

koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Domy pomocy społecznej w Polsce

Zuzanna Grabusińska

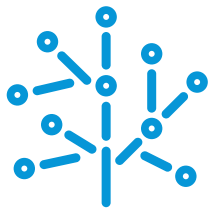


KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Domy pomocy społecznej w Polsce

Zuzanna Grabusińska

Warszawa 2013



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja powstała w ramach projektu „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” w ramach Działania 1.2 „Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej” Program Operacyjny Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Redaktor merytoryczny: dr Joanna Staręga-Piasek

Korekta: Marcin Teodorczyk

© Copyright by Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013

ISBN: 978-83-61638-85-8

Wydanie I

Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.

Publikacja jest dystrybuowana bezpłatnie.

Skład i druk: www.transdruk.pl

Spis treści

Wstęp	4
I. Geneza powstawania domów pomocy społecznej	7
Uwarunkowania historyczne	7
II. Usytuowanie domu pomocy społecznej w systemie pomocy społecznej	14
Aktualny stan prawny domów pomocy społecznej	14
Alternatywa dla całodobowych usług	16
Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	16
Rodzinne domy pomocy	19
Ośrodki wsparcia	21
Miejsce umocowania organizacyjnego DPS w systemie pomocy społecznej	24
Podmioty, które mogą prowadzić domy pomocy społecznej	28
Domy pomocy społecznej do 1989 r.	30
Podstawowe informacje dotyczące funkcjonowania domów pomocy społecznej	34
Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku	40
Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych	44
Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych	46
Domy pomocy społecznej dla osób intelektualnie niepełnosprawnych	49
Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej	52
Kierowanie do domów pomocy społecznej	56
Odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej	58
Personel i jego struktura	66
Prowadzona dokumentacja	71
III. Proces wypracowywania standardów jakości w domach pomocy społecznej	73
Standardy świadczonych usług	73
Standardy świadczonych usług w domu pomocy społecznej - fizyczne i społeczne	75
Co to jest standard?	75
Podstawowe wartości a zakres świadczonych usług i ich charakterystyka	77
Obowiązujące standardy świadczonych usług	85
Kim jest pracownik pierwszego kontaktu?	90
Proces dochodzenia do wymaganego poziomu usług	95
Prawa i wolności mieszkańców	99
Relacje społeczne a standardy świadczonych usług	103
Zarządzający domem pomocy społecznej	108
Podsumowanie	120
Bibliografia	125



Domy pomocy społecznej stanowią ważny element budowanego systemu pomocy społecznej. Posiadają jedno z najstarszych korzeni jako forma pomocy społecznej w zakresie organizowania opieki adresowanej do osób, które bez pomocy osób trzecich nie były w stanie samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania. W przeszłości placówki te przeszły liczne przeobrażenia, nie tylko w samej wewnętrznej strukturze organizacyjnej, ale przede wszystkim w postrzeganiu ich przez otoczenie zewnętrzne. Jest to forma pomocy, która pomimo wielu fundamentalnych zmian zachodzących wewnątrz organizacji, postrzegana jest przez otoczenie zewnętrzne w sposób krzywdzący, jako miejsce o bardzo siernych warunkach zamieszkania, jako ostateczność, „wybór mniejszego zła” w sytuacji braku wystarczającego oparcia ze strony bliskich w środowisku zamieszkania, a przecież są to jednostki o dużym stopniu profesjonalizacji usług, z ich szeroko rozbudowanym wachlarzem, wychodzącym naprzeciw oczekiwaniom osób (i ich rodzin) z nich korzystających.

Celem niniejszej publikacji jest próba przedstawienia fotografii domów pomocy społecznej oraz zwrócenie uwagi na zmiany, jakie w nich zaszły. Przybliżenie procesu ewolucyjnych zmian, jakie wystąpiły na drodze przeobrażenia tej instytucji w taką, jaką jest obecnie. Teoretycznie domy pomocy społecznej podobnie jak cała pomoc społeczna przeszły dużą zmianę od opieki do pomocy – czy jednak faktycznie?

Pobieżne spojrzenie na funkcjonujące domy potwierdza te ogromne zmiany. Domy zostały zmodernizowane, zmieniły się warunki zamieszkania pojedynczych osób, zmienił się wystrój wnętrz. Czy jednak współczesnym domom pomocy społecznej udało się wprowadzić w życie fundamentalną zasadę świadczenia odpowiedniego wsparcia, jakie w danym momencie jest niezbędne z pełnym poszanowaniem praw podmiotowych osób, wobec których realizują wsparcie? Czy nadal pomimo zmian funkcjonują w oparciu o model charakterystyczny dla instytucjonalnej opieki na etapie zinstytucjonalizowania opieki działającej na rzecz osoby zależnej, w której osoby opiekujące podejmują decyzje dotyczące życia tych osób, nie pytając o zdanie samych zainteresowanych? Czy udało się uwolnić osoby pracujące w domach pomocy społecznej od zawłaszczania przestrzeni swoich podopiecznych, przełamując rutynę w podejściu do osób uzależnionych od wsparcia? Otwartą pozostaje kwestia, na ile regulacje prawne umożliwiające organizowanie opieki na poziomie satysfakcjonującym dla każdego człowieka, w praktyce przekładają się na codzienność domu pomocy społecznej, konsumując zasadę pomocniczości i respektując na co dzień w funkcjonowaniu podstawowe pryncypia, takie jak godność, intymność, niezależność czy prawo dokonywania wyboru. W tej kwestii pozostaje wiele wątpliwości, zwłaszcza że nie do końca dopracowano się skutecznych instrumentów kontroli działalności merytorycznej domów pomocy społecznej.

Na ile różnego rodzaju oferty zarówno usług opiekuńczych, jak i wspierających zmierzają do podejmowania działań zmierzających do uwolnienia ich ekspresji, wyrazistego, soczystego wyrażania siebie, wyzwoliło z ograniczeń tę ekspresję, uniemożliwiając, uatrakcyjniając mo-

notonię codziennego funkcjonowania, zmieniając obraz ich postrzegania, budując w świadomości społecznej ilustrację nowoczesnej, specjalistycznej placówki ze zróżnicowaną ofertą usługową, w której każdy wymagający wsparcia chętnie by zamieszkał, przełamując powszechny stereotyp postrzegania instytucji całodobowego wsparcia jako miejsca wybranego w ostateczności, gdy brak wsparcia ze strony osób bliskich.

Współczesny dom pomocy społecznej to złożona instytucja, w której splata się cała różnorodność jego funkcjonowania, niektórzy porównują dom pomocy społecznej do złożonego przedsiębiorstwa, w którym zarządza się zasobami skomplikowanymi mechanizmami, gdzie potrzeby mieszkańców nakładają się na „interesy” personelu, ale w tle jest sprawna infrastruktura, zabezpieczenie finansowania gwarantującego swobodne funkcjonowanie całości. Wymaga to od kadry zarządzającej dużej sprawności organizacyjnej i umiejętności, a także woli racjonalnego zarządzania, posiadania umiejętności godzenia różnych interesów oczekiwań, czasem skrajnie różnych potrzeb mieszkańców, co wymaga równolegle wysokiej wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka, empatii i codziennej troski o mieszkańców, ale i o personel, który w bezpośrednim kontakcie z mieszkańcami domu staje się głównym ogniwem oparcia zapewnianego przez DPS.

Ostatnie dwadzieścia lat to w historii domów pomocy społecznej okres dynamicznego rozwoju niespotykany we wcześniej, możliwy wyłącznie dzięki dodatkowemu zasileniu środkami finansowymi przeznaczonymi na prace odtworzeniowe, remontowe czy modernizacyjne. Od momentu transformacji ustrojowej, domy pomocy społecznej weszły na ścieżkę zmian, których dynamika stała się przykładem dla innych obszarów pomocy społecznej. Aby jednak dojść do obecnego poziomu świadczonych realizowanych usług, przebyta droga dla wielu z nich okazywała się karkołomna. Wprowadzanie nowych rozwiązań, wdrażania norm standardowych, pokonując różnego rodzaju bariery i zatory zarówno mentalne, jak i finansowe w praktyce nie było wcale proste. Obecnie domy pomocy społecznej znajdują się na finiszu drogi osiągnięcia jakości wsparcia zapewnianego mieszkańcom DPS, która wytyczona została przed kilkunastu laty jako preferowana, zadowalająca. Dzisiaj, gdy można by uznać, iż spełniają, przynajmniej w części, oczekiwania osób decydujących się na zamieszkanie w nich, okazuje się, że część zaczyna popadać w tarapaty finansowe wynikające z braku zrozumienia przez decydentów o potrzebach osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, powodując, iż ciągle aktualnym jest powiedzenie, „że budowa drogi jest ważniejsza niż potrzeby osób biednych, chorych, niepełnosprawnych, niedysponujących wystarczającą siłą, aby walczyć o swoje prawa.

Kryzys gospodarczy, niewystarczające środki finansowe powodują, że dynamika rozwoju domów została złamana. W obrazie współczesnego domu pomocy społecznej coraz częściej pojawia się rysy przybierające niepokojący kształt, będące skutkiem ograniczania nakładów, a w konsekwencji kosztów, wydatków. Ciągle zbyt łatwo lokalnym decydentom przychodzi podejmowanie decyzji o zmniejszaniu środków z budżetów domów, nie dostrzegając ich znaczenia, jaką pełnią w lokalnym systemie wsparcia, a skupiając się na celach doraźnych, sprowadzających się wyłącznie do minimalizacji wydatków bez zastanawiania



się nad ich skutkami w następnych latach. W dłuższej perspektywie działanie takie może praktycznie zniwelować trud włożony w wystandaryzowanie tej formy pomocy społecznej i zepchniecie jej jakości do poziomu nieakceptowanego społecznie. Pogarszanie jakości świadczonych usług, popadaniem w zadłużenie to również powrót do sytuacji sprzed kilkudziesięciu lat, gdy placówki te wypadały poza ramy jakiegokolwiek akceptowalnego poziomu jakości świadczonych usług. Nieostrzeganie znaczenia całodobowego wsparcia zapewnianego osobom wymagającym całodobowej troski w domu pomocy społecznej w sferze kreowania polityki społecznej, jako jednostki niwelującej niepożądane zjawiska, jest daleko krzywdzące. Rodzi niebezpieczne zjawisko, zmierzające do powtórnej degradacji zasobów niezbędnych do świadczenia tego rodzaju usług i może paowocować sytuacją, w której domy po okresie dynamicznego rozwoju zatoczą koło i obniżą jakość świadczonych usług do poziomu „przysiółków dla ubogich”, w których nikt nie chciałby zamieszkać z własnego wyboru.

Obecnie domy pomocy społecznej stały się poniekąd zakładnikami wypracowanych i wdrożonych standardów, których utrzymanie niesie za sobą określony koszt. Tarapaty finansowe części samorządów sprowadzają się do ich rozwiązywania kosztem domów pomocy społecznej. W związku z tym coraz mniej realny staje się proces zmniejszania ich wielkości i eliminowania z przestrzeni publicznej jednostek, w których mieszka kilkaset osób, eliminując jeden z podstawowych czynników ich „instytucjonalnego” charakteru na rzecz bardziej przyjaznych mieszkańcom rozwiązań. Wręcz przeciwnie coraz częściej słyszy się głosy „o konieczności obniżania standardów z argumentacją finansową w tle - bo nas na to nie stać”. To bardzo niebezpieczny moment dla funkcjonowania domów pomocy społecznej, w którym dosyć łatwo można zaprzepaścić dorobek ostatnich dwudziestu lat pozytywnych przeobrażeń i cofnąć się w ich rozwoju do lat siedemdziesiątych czy osiemdziesiątych ubiegłego stulecia.

I. GENEZA POWSTAWANIA DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

UWARUNKOWANIA HISTORYCZNE

Brak jest usystematyzowanej wiedzy na temat ewoluowania historycznie instytucjonalnych form pomocy społecznej w naszym kraju. Wiedza na ten temat jest wyrywkowa, szczątkowa dotycząca wąskich fragmentów jej funkcjonowania. Z badań prowadzonych w domach pomocy społecznej na początku lat dziewięćdziesiątych na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że część domów istnieje nieprzerwanie od stu, a nawet stu pięćdziesięciu lat, jednak brak jest, usystematyzowanych źródeł informacji na ten temat.

Próbując prześledzić początki pomocy społecznej w Polsce, w tym domów pomocy społecznej, docieramy do jej pierwszych śladów we wczesnym średniowieczu. To właśnie w tamtym okresie powstawały pierwsze fundacje m.in. księcia Władysława I Hermana czy rodziny Odrowążów, świadczące działalność dobroczynną, która wyewoluowała do obecnej postaci instytucji całodobowego wsparcia. Dość wcześnie pojawiły się szpitale, niemające wiele wspólnego z dzisiejszym wyobrażeniem opieki medycznej, które koncentrowały się na pomocy opiekuńczej. Przemiany społeczno-gospodarcze XIII i XIV wieku zmieniając strukturę społeczną, powodowały, że część ludności migrowała do miast, a liczne klęski militarne wypędzaly ludność z ich dotychczasowych siedzib, wojny, grabieże czy pielgrzymki do miejsc kultowych powodowały, że na drogach spotykało się gromady wędrowców, wśród których nierzadko pojawiali się chorzy, bezsilni, starcy, okaleczeni, porzucone niemowlęta lub osieroczone starsze dzieci – którzy potrzebowali schronienia i opieki na krótszy lub dłuższy czas.

Wiek XIV, który był okresem ustalenia w Polsce nowego porządku prawnego, to okres scalenia, co dopiero rodzącego się państwa. Interesującym novum było wprowadzenie zarządzenia dotyczącego opieki nad psychicznie chorymi, które dzisiejszym językiem można określić jako początki interwencji państwa w sferze socjalnej, a w XVI wieku coraz większą rolę zaczęły odgrywać bractwa, zajmujące się dobroczynnością, okres kontrreformacji to prawdziwy rozwój bractw religijnych i dalszy rozwój szpitali, których fundatorami były zarówno osoby z hierarchii kościelnej, jak i bogate mieszczaństwo, magnaci, a także szlachta. Powstające szpitale na ziemiach ówczesnej Polski rozróżniamy następująco:

- szpitale powoływane dzięki fundacjom królów, książąt i biskupów, którzy nadają im uposażenie ze swoich dóbr i dochodów;
- szpitale powstające przy zgromadzeniach zakonnych¹.

1 W Polsce średniowiecznej poświęcają się opiece społecznej: zakonnicy regularni de S. Spiritu lub Saxia zwani pospolicie „Duchakami”, kanonicy regularni Stróżów Grobu Świętego, zwani „Miechowitami”, Joanici, Krzyżacy gwiazdziści. Zastęga płynąca z zapewnienia cielesnej i duchowej opieki ubogiej oraz migrującej warstwie ludności może stanowić jedną z podstaw skłaniania feudalnego pana lub panującego przez Kościół, do sprawowania grupy zakonników i nadania im obfitych dóbr. Stąd można przypuszczać, że prawie każdy z ówczesnych konwentów osadzanych w Polsce prowadzi szpital – hospicjum będące formą opieki nad pielgrzymem i ubogim. Opieka nad ubogim i chorym nędzarzem zmierza w dwu kierunkach: nie pozwala się mu umrzeć w grzechu i doprowadza do zbawienia przez oświecenie w zasadach wiary. Dzięki tym zasługom fundatorzy wierzą, że przyczyniają się do własnego zbawienia. Za wyzyskaniem kultu ubogiego i, co za tym idzie, szpitali w stara-



Wreszcie XIX wiek - w podzielonej przez zabory Polsce następują istotne zmiany społeczne. Zaczynają ujawniać się dwa światy: bogatych i biednych. Koniec wieku XIX i początek XX spowodował bardzo istotne zmiany, nastąpił gwałtowny rozwój przemysłu, życia kulturalnego, co za tym idzie - dochodzi do postępu cywilizacyjnego, nowego stylu życia, lecz ma to wymierne skutki, dramatycznie pogarszającą się sytuację większości społeczeństwa.

Ważnym podkreślenia faktem jest to, iż w XIX i XX wieku pojawiają się pojęcia social work (praca socjalna) i social worker (pracownik socjalny), rozpowszechnione pierwotnie w Stanach Zjednoczonych, dosyć szybko przyswojone i rozpowszechnione w Europie. Rozpoczął się proces budowania zinstytucjonalizowanego systemu wsparcia głównie dla biednych, chorych i niepełnosprawnych. W okresie międzywojennym opieka zdrowotna opierała się głównie na pracy lekarzy prowadzących wolną praktykę, a obowiązek pomocy społecznej spoczywał na związkach samorządu terytorialnego, dodatkowo opieką społeczną zajmowały się także parafie i organizacje charytatywne. Okres międzywojenny wyróżnia również fakt uchwalenia pierwszej ustawy o pomocy społecznej², która - jak na ówczesne czasy - poruszała nowoczesnością rozwiązania i ustanowieniem gminy jako głównego podmiotu realizującego „opiekę społeczną”.

Po II wojnie światowej podstawę prawną w zakresie pomocy społecznej stanowiła nadal ustawa z VIII 1923 r. (formalnie obowiązywała do 1990 r.), jednak w praktyce nie stosowano jej rozwiązań i była jedynie martwym zapisem prawnym zastąpionym tzw. „prawem instruktazowym”³, które porządkowało doraźne funkcjonowanie domów pomocy społecznej. W 1958 r. powołano Polski Komitet Pomocy Społecznej, który wraz z Polskim Czerwonym Krzyżem i innymi organizacjami społecznymi oraz kościelnymi realizowały zadania pomocy społecznej.

W procesie wyodrębniania się współczesnego domu pomocy społecznej ważny jest okres po II wojnie światowej, kiedy w rządy sprawowały władze PRL-u wyróżniające się specyficznym podejściem do pomocy społecznej, nie widząc potrzeby rozwijania takiej działalności, traktując opiekę adresowaną do osób niepełnosprawnych jako obszar marginalizowany czy wręcz wstydlivy. Odzwierciedleniem podejścia jest umiejscowienie domów pomocy społecznej w powojennej Polsce, w systemie ochrony zdrowia i podległość Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Umiejscowienie pomocy społecznej, w tym domów pomocy społecznej w służbie zdrowia, skutkowało określonym podejściem i organizacją tych placówek, analo-

niach o dotacje przemawia fakt, że większość wzmianek czy przekazów z XIII i XIV wieku o nowo powstałych szpitalach, pochodzi z lat, z których jednocześnie mamy wzmianki o klęskach elementarnych – najczęściej o głodzie (...). W 1224 roku zostaje założony szpital św. Ducha w Krakowie. Podobnie sytuacja wygląda w 1263 roku, kiedy zostaje ufundowany szpital św. Ducha w Poznaniu, czy też w 1363 roku, kiedy założono szpital w Wieliczce. Zwiększająca się w czasie klęsk liczba nędzarzy wzmacnia argument o nagrodzie wiekuiestej czekającej fundatorów. (cytat z artykułu Beaty Woźniak, „Biedak w Średniowieczu”, opublikowanego na licencji Creative Commons na portalu historycznym Histmag.org, licencja /CC BY-SA 3.0/).

2 Ustawa o pomocy społecznej z 1923 roku.

3 Funkcjonowanie domów pomocy społecznej porządkowała Instrukcja Nr 25/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 7 sierpnia 1971 roku w sprawie kierowania oraz kwalifikowania pod względem zdrowotnym kandydatów do domów pomocy społecznej (Dz. Urz. MZIOS Nr 17, poz.88), która zastąpiła wcześniejszą Instrukcję Nr 36/63 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie rodzajów i typów zakładów pomocy społecznej oraz kwalifikowania pod względem zdrowotnym kandydatów do tych zakładów (Dz. Urz. MZIOS Nr 14, poz.91).

gicznie jak szpitali, w wymiarze nie tylko wyposażenia pomieszczeń, ale przede wszystkim ze względu na ustalony w systemie służby zdrowia model relacji: chory – personel medyczny, w której to relacji „chory” był traktowany najczęściej jak przedmiot oddziaływania profesjonalnego personelu, ograniczany do średniego personelu medycznego. Z punktu widzenia późniejszych przemian fakt ten wydaje się wcale nie bez znaczenia, gdyż przyporządkowanie to zaowocowało dramatycznymi zaniedbaniami, (wynikającymi z ogromnych potrzeb finansowych ochrony zdrowia i ustawicznym niedofinansowaniem tej sfery i faktu, braku wyraźnego rozdzielania środków budżetowych, skutkujący brakiem wewnętrznej równowagi pomiędzy rozwojem ochrony zdrowia a pomocy społecznej - rozwojem pierwszej kosztem tej drugiej), których niwelowanie w latach dziewięćdziesiątych zajęło zaautonomizowanej pomocy społecznej ponad dwadzieścia lat.

Czytając Instrukcję Nr 25/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie kierowania oraz kwalifikowania pod względem zdrowotnym kandydatów do domów pomocy społecznej, nie sposób nie zauważyć, że dokument ten całkowicie pomija warunki zamieszkania w domu oraz prawa osób w tych placówkach, a skupia się na przesłankach, jakie należy spełnić, aby móc się ubiegać o miejsce. Instrukcja to lista dokumentów, jakie trzeba przedłożyć prezydium rady narodowej oraz wskazania i przeciwwskazania zdrowotne do umieszczenia.

Czytając materiały archiwalne, można zauważyć, że teoretycznie osobom zaangażowanym w tamtym okresie w działania pomocy społecznej przyświecały podobne cele jak obecnie – „doprowadzić do maksymalnego usamodzielnienia nie tylko poprzez bezpośrednie świadczenia, ale i działalność profilaktyczną oraz resocjalizacyjną”. Już wówczas zwracano uwagę na pojawiające się problemy związane z procesami starzenia społeczeństwa i brakiem opieki ze strony rodziny, która ze względu na rozluźnione więzi w konsekwencji migracji zarobkowej i podejmowanej pracy zarobkowej kobiet sprowadzały się do coraz częstszej potrzeby organizowania stałej lub częściowej pomocy i opieki osobom starszym czy niepełnosprawnym. Jednak artykułowane problemy nie przekładały się na działania praktyczne. Już w latach siedemdziesiątych pojawia się pojęcie „oczekiwania na miejsce” i kolejka oczekujących, która oscylowała na poziomie kilkunastu tysięcy osób (według danych z 1978 r. było to 13,6 tys. osób, w 1980 – 14,5 tys. osób, a w 1980 r.⁴ – 15 tys. Osób, które oczekiwały na umieszczenie w domu pomocy społecznej, przede wszystkim osób somatycznie przewlekłe chorych i przewlekłe chorych ze schorzeniami układu nerwowego).

W 1981 r. w Polsce funkcjonowało 547 domów:

- domów rencistów - 101 – posiadających 61 tysięcy miejsc;
- domów dla przewlekłe chorych somatycznie – 178 – na około 23 tysiące miejsc;
- domów dla przewlekłe chorych ze schorzeniami układu nerwowego - 70 – na 8 tysięcy miejsc;
- domów dla umysłowo upośledzonych – 199 – na 20 tysięcy miejsc, w tym 114 domów dla dzieci posiadających około 10 tysięcy miejsc.

Ponadto, 108 dziennych domów pobytu, z których korzystało 3,5 tysiąca osób.

4 Robocze dane Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, będące w posiadaniu autora.



Jeśli w 1979 r. domy pomocy społecznej dysponowały liczbą 59,5 tysiąca miejsc, to porównując te dwie wielkości, z pełną odpowiedzialnością można uznać, że wbrew deklaracjom, troska ówczesnych władz o zaspokojenie potrzeb osób wymagających opieki w systemie całodobowym, była niewielka w zestawieniu przyrosty 1,5 tysiąca uruchomionych miejsc w okresie 10 lat, w stosunku do kilkunastu tysięcy osób ubiegających się o umieszczenie w domu pomocy społecznej. Dodać należy, że poza domami pomocy społecznej w tamtym okresie nie rozwijano usług opiekuńczych ani dziennych form wsparcia, które rozwijane są współcześnie.

Zwróćmy uwagę na fakt, iż pod koniec lat siedemdziesiątych i w latach osiemdziesiątych narastały problemy związane z zapewnieniem właściwej opieki osobom „zależnym”, które wymusiły na komunistycznych władzach pewną konieczność skupienia uwagi na potrzebach osób starszych i zaplanowania w związku z tym, działań prowadzących do zwiększenia liczby miejsc w domach, głównie poprzez nowe inwestycje⁵, o których czytamy w kierunkach działania Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1980 r., a w których zwracano również uwagę na konieczność rozwijania wsparcia środowiskowego na rzecz osób w starszym wieku. Jednak już w samym dokumencie podkreślano brak środków finansowych i w związku z tym konieczność rozwijania ich w oparciu o „szeroki front społecznego działania”. Opierając rozwój usług środowiskowych na „społecznym działaniu”, podkreślano konieczność rozwijania szerokiego wachlarza usług, sieci dziennych domów pomocy społecznej oraz klubów seniora i wiejskich domów rolnika. Wówczas zaplanowano uruchomienie sieci dziennych domów pomocy społecznej w miastach powyżej 100 000 mieszkańców.

Rosnące zapotrzebowanie na miejsca w domach pomocy społecznej zwiększało presję na podejmowanie działań zmierzających do realnego wzrostu liczby miejsc w domach pomocy społecznej zarówno na drodze inwestycyjnej, jak i poza inwestycyjnej, co w praktyce prowadziło do nadmiernego zagęszczania domów i całkowitego wyeksploatowania infrastruktury istniejących domów pomocy społecznej, których dekapitalizację próbowano wyeliminować po dziewięćdziesiątym roku). Dla przypomnienia, pod koniec lat siedemdziesiątych (stan na 31 grudnia 1978 i 1979 r.) w Polsce funkcjonowało odpowiednio 58 869 i 59 555 miejsc w domach pomocy społecznej. Spośród istniejących w tamtym okresie 49 województw, największą liczbą miejsc dysponowały województwa warszawskie i katowickie po 5 tysięcy miejsc każde, natomiast najmniejszą białkopodlaskie – 63 miejsca⁶ (obok całodobowych domów pomocy społecznej, na koniec 1979 r. w Polsce funkcjonowało 75 dziennych domów pomocy społecznej na 2 700 miejsc i 192 wiejskie domy rolnika, w których przebywało 1028 osób).

W latach osiemdziesiątych, pojawiają się nowe typy domów pomocy społecznej - domy rencistów, spółdzielcze domy rencistów, będące alternatywnym pomysłem na częściowe rozwiązywanie problemów mieszkaniowych (rencista przenosi się do małego mieszkania tzw. kawalerki, zwalniając swoje, większe mieszkanie, które przeznaczano na po-

5 „Węzłowe kierunki działania w realizacji uchwały VIII Zjazdu Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej” opracowane w 1980 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

6 Robocze dane statystyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, 1980 r.

trzeby rozwojowych rodzin, ale również domów dla alkoholików, które w praktyce okazały się nietrafionym pomysłem, gdy pod wspólnym dachem zamieszkiwało ponad sto osób z problemem alkoholowym i takie wspólne zamieszkanie stawało się nie do zniesienia, zarówno dla tych osób, jak i dla personelu, którego przygotowanie w praktyce było niewystarczające do zmagania się z takim wyzwaniem. Stan stagnacji trwał do 1989 r. i decyzji ówczesnych władz o autonomizacji pomocy społecznej oraz usytuowania jej pod nadzorem merytorycznym ministerstwa pracy i spraw socjalnych. Z punktu widzenia rozwoju tej formy pomocy społecznej to ważny moment, który zapoczątkował ogromne zmiany w sposobie funkcjonowania tych placówek.

Warto przypomnieć, że na początku 1990 r. resort zdrowia „przekazał” domy pomocy społecznej resortowi pracy w stanie, który wymagał zdecydowanych działań naprawczych. Był to okres, w którym domy pomocy społecznej przyporządkowane były administracji rządowej i prowadzone przez administrację rządową. Usytuowanie domów na terenie całego kraju spowodowało przyporządkowanie ich wojewódzkim zespołom pomocy społecznej, które powstawały w konsekwencji polecenia Prezesa Rady Ministrów Tadeusza Mazowieckiego⁷. Stan infrastruktury domów pomocy społecznej skłonił do szybkiego podjęcia decyzji o dokapitalizowaniu tych jednostek i gruntownej ich modernizacji. W ślad za tymi decyzjami do domów pomocy społecznej popłynęły środki finansowe, które miały umożliwić wyeliminowanie wieloletnich zaniedbań w infrastrukturze domów pomocy społecznej, zagrażających bieżącej bezpiecznej egzystencji przebywających w ich mieszkańców.

Domy pomocy społecznej rozpoczęły działalność w nowej rzeczywistości społecznej z ogromnymi deficytami. W 1992 roku na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przeprowadzono analizę stanu domów, która potwierdziła posiadaną wiedzę potoczną o dramatycznie niskiej jakości ich funkcjonowania. Badania wykonała duńska firma Atopos z siedzibą w Odensie. Badaniem objęta została większość placówek, uzewnętrzniając skrajności, które w latach następnych stały się podstawą wypracowywania norm dla poszczególnych sfer funkcjonowania domów pomocy społecznej⁸.

Wyniki raportu wskazywały, że około 70% ówczesnych domów usytuowanych było w miastach, większość z nich to domy, w których przebywały osoby przewlekle chore. We wszystkich domach mieszkaly osoby, tzw. „leżące”, czyli osoby, które w ciągu dnia nie opuszczały swoich łóżek. Osoby te stanowiły około 30% ogólnej liczby mieszkańców.

Wprawdzie 96% domów usytuowanych było w budynkach wolnostojących, w całości wykorzystywanych na potrzeby domów, ale jedynie 38% wybudowanych było na potrzeby domów pomocy społecznej. Pozostałe budynki zostały zaadaptowane na ich potrzeby z pierwotnego przeznaczenia takiego jak: domy mieszkalne, hotele robotnicze, pałace,

7 Wystąpienie Prezesa Rady Ministrów z 17 stycznia 1990 r. adresowane do wojewodów oraz Prezydentów m.st. Warszawy, Krakowa i Łodzi wskazujące na konieczność wprowadzenia reformy pomocy społecznej w efekcie ustaleń „okrągłego stołu” zakładający utworzenie wojewódzkich zespołów pomocy społecznej uchwałami wojewódzkich rad narodowych jako jednostek budżetowych.

8 „Analiza wybranych elementów działalności domów pomocy społecznej w Polsce”- raport opracowany na zlecenie MPIPS przez Atopos, Campagni for Idea and Development A/S, Odense, Dania, sierpień 1993 r.



dworki, szpitale, budynki klasztorne, szkoły czy inne budynki użyteczności publicznej. Rodzaj obiektów skutkował dużą rozpiętością powierzchni użytkowej. W 1992 r. ponad 60% domów nie posiadało oczyszczalni ścieków, a 75% domów korzystało z sieci wodociągowej (23% posiadało własne ujęcie wodne). Większość domów nie była wyposażona w awaryjne zasilanie w energię elektryczną na wypadek awarii sieci elektrycznej (okres ten obfitował w wysoką awaryjność sieci co obecnie staje się coraz większą rzadkością). W prawie 80% domy posiadały własne kotłownie, z czego 90% to kotłownie węglowe, a 10% kotłownie olejowe. Ciekawostką z dzisiejszej perspektywy można uznać fakt, iż 2% domów ogrzewało budynki piecami kaflowymi. Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo przeciwpożarowe, niepokojącym był fakt, iż w 1/3 obiektów miała drewniane stropy zwiększające zagrożenie pożarowe przy jednoczesnym braku jakichkolwiek urządzeń wykrywania ognisk pożarowych. Połowa domów nie posiadała instalacji przyzywowej. Średnio na jeden dom przypadało 1,8 numeru telefonicznego (tylko w 15% domów był faks). Z punktu widzenia warunków architektonicznych – w domach brak było sal dziennego pobytu, średnio na jednego mieszkańca przypadało 0,46 m², 1,9 sali dziennego pobytu na dom. W domach występowały liczne bariery architektoniczne - wąskie korytarze, strome schody, ogromne sale mieszkalne i kompletny brak zaplecza typu dziennego. Rzadkością była możliwość zamieszkania w pojedynczych pokojach (w badanych domach takich pokoi było 3,5 tysiąca). Dominowały pokoje 7-8 osobowe, ale występowały również pokoje kilkunastu, a nawet kilkudziesięcioosobowe, w których wspólnie mieszkało 20-30 osób. Dominującymi grupami zawodowymi były salowe i pielęgniarki, natomiast sporadycznie domy zatrudniały instruktorów terapii zajęciowej, psychologów czy pracowników socjalnych. Największą grupę stanowili pracownicy z wykształceniem podstawowym lub średnim zawodowym. W domach brakowało nie tylko sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie mieszkańcom, ale również elementarnego wyposażenia w meble czy pościel, a nawet zastawę stołową.

Początkowo realizowanie działań naprawczych nie miało ujednoliconego charakteru i opierało się na indywidualnych decyzjach dyrektorów poszczególnych domów pomocy społecznej w porozumieniu z wojewódzkimi zespołami pomocy społecznej. Okres ten zaowocował skrajnościami powodującymi, że jedne domy prowadziły prace remontowe i modernizacyjne z dużym rozmachem i na bardzo wysokim poziomie, a inne nie mogły się przebić z elementarnymi potrzebami, dlatego podjęte zostały decyzje rozpoczynające prace eksperckie, które zwieńczone zostały wypracowaniem jednolitych standardów świadczonych usług dla wszystkich domów pomocy społecznej na terenie całego kraju.

Początkowo dokument standardów świadczonych usług w domach pomocy społecznej, jako wersja robocza, funkcjonował w obiegu nieformalnym i traktowany był jako zalecenie do stosowania, a z czasem przeobraził się w akt normatywny, obowiązujący wszystkie domy pomocy społecznej. Do ustawy o pomocy społecznej obowiązek funkcjonowania domów pomocy społecznej na poziomie ustalonego standardu świadczonych usług wprowadzono w 1997 r., dając im równocześnie czas na przeprowadzenie działań naprawczych w ramach

tw. programów naprawczych, które zostały zaprojektowane na okres 10 lat, ustalając pierwotną datę zakończenia tego procesu na 31 grudnia 2006 r.

Proces ten został zaburzony przez fundamentalne zmiany w całym systemie pomocy społecznej, w następstwie wprowadzenia reformy administracyjnej państwa, która zmieniła przynależność organizacyjną domów pomocy społecznej, co spowodowało konieczność wydłużania okresu realizacji procesu naprawczego z 10 na 12 lat, czyli z granicznego 2006 r. - wydłużenie realizacji do końca 2010 roku, a następnie o kolejne dwa lata do końca 2012 r.⁹.

9 Na przełomie 2012/2013 roku z inicjatywy poselskiej trwały prace parlamentarne związane z nowelizacją niektórych zapisów ustawy o pomocy społecznej, wśród proponowanych przez posłów nowelizacji znalazła się propozycja wydłużenia okresu dochodzenia do wymaganego standardu do końca 2013 roku, który umożliwi kilku domom pomocy społecznej zakończenie programów naprawczych.



II. USYTUOWANIE DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W SYSTEMIE POMOCY SPOŁECZNEJ

Aktualny stan prawny domów pomocy społecznej

Pomoc społeczna jest częścią polityki społecznej rozumianej jako całokształt środków i działań publicznych, których społeczeństwo stara się zabezpieczyć swoim obywatelom przed groźbą niezabezpieczenia podstawowych potrzeb, uznanych za ważne. Do zagrożeń objętych zabezpieczeniem społecznym należą: choroba i zabezpieczające ją świadczenia w postaci zasiłku chorobowego, starość i nabycie uprawnień do emerytury, inwalidztwo – nabycie uprawnień do renty, bezrobocie i możliwość uzyskania zasiłku dla bezrobotnych. Takie podejście powoduje, że pomoc społeczna skupia się na sytuacjach, w których występują:

- różne zagrożenia - alkoholizm, choroba psychiczna, patologia życia rodzinnego, bezdomność itp.

- kumulacja zagrożeń,

- niedostatek systemu zabezpieczenia (niskie emerytury, renty, niezaradność),

- niezawinione negatywne skutki polityki gospodarczej m.in. bezrobocie, ubóstwo.

Pomoc społeczna jest działalnością instytucji państwowych, samorządowych, społecznych, kościołów, osób prywatnych – umożliwiającą i ułatwiającą zaspokojenie podstawowych potrzeb osobom i rodzinom niezdolnym do uczynienia tego samodzielnie w ramach istniejącego podziału dóbr, usług oraz świadczeń.

Obecnie działania pomocy społecznej reguluje ustawa z 12 marca 2004 r., która jest drugą ustawą o pomocy społecznej w powojennej Polsce.

W 1990 r. ustawa o pomocy społecznej wprowadziła system nakładający na organy administracji rządowej i samorządowej obowiązek niesienia pomocy osobom i rodzinom, które znalazły się w trudnej sytuacji bytowej, gdyż nie były w stanie samodzielnie rozwiązać swojego problemu, przy pomocy własnych środków, możliwości i uprawnień. Ustawa wprowadziła nową jakość do przestrzeni społecznej, dając podstawę prawną do pomocy osobom, które jej potrzebowały. Warto pamiętać, iż powstała w okresie transformacji ustrojowej, gdy intensywny proces zmian gospodarczych i społecznych owocował wieloma negatywnymi zjawiskami, m.in. narastającym bezrobociem wynikającym z restrukturyzacji przedsiębiorstw i likwidacją wielu przedsiębiorstw państwowych. W tych warunkach pomoc społeczna stała się odpowiedzią władz na pojawiające się problemy społeczne. To okres rozwoju nie tylko form środowiskowego wsparcia, ale również rozwoju instytucjonalnych form opieki, jakimi są domy pomocy społecznej. Filozofia ta kontynuowana była w ustawie z dnia 12 marca 2004 r., która rozbudowała system wsparcia odpowiadając na ewoluujące problemy społeczne i która obowiązuje z wprowadzonymi w międzyczasie zmianami do chwili obecnej.

Stawiając sobie jako cel, m.in. zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka, pomoc społeczna, będąc częścią polityki społecznej, domykającą system działalności pań-

stwa w zakresie kształtowania warunków pracy i bytu oraz takich stosunków społeczno-kulturalnych, w których możliwe jest zaspokajanie potrzeb na określonym poziomie, zmierza do tworzenia elementarnych warunków bezpieczeństwa socjalnego dla obywateli.

Głównym celem działań pomocy społecznej jest doprowadzenie w miarę możliwości do usamodzielnienia życiowego osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Jednak niemałą grupą osób, które uzyskują przysługujące im wsparcie pomocy społecznej stanowią osoby starsze, niepełnosprawne, których szanse na samodzielność i uniezależnienie od pomocy społecznej w obecnych warunkach są raczej niewielkie (niska dochodowość tych grup społecznych uniemożliwia zaspokojenie potrzeb na rynku komercyjnych poprzez zakup stosownych usług). Osobom tym pomoc społeczna oferuje poza wsparciem finansowym różnego rodzaju usługi, które różnią się w zależności od miejsca świadczenia i ich zakresu na usługi opiekuńcze realizowane w miejscu zamieszkania odbiorcy tych usług, usługi specjalistyczne opiekuńcze adresowane do osób przewlekłe psychicznie chorych i z zaburzeniami psychicznymi oraz usługi całodobowe świadczone w domach pomocy społecznej. Ponadto w środowisku lokalnym obok oferty usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby wymagającej pomocy, funkcjonują różnego rodzaju ośrodki wsparcia oferujące wachlarz usług typu dziennego oraz rodzinne domy pomocy, będące specyficzną formą usługi opiekuńczej świadczonej u świadczeniodawcy. Dodatkowo w ostatnich latach zaczęły pojawiać się mieszkania chronione, będące formą mieszkalnictwa dla osób z różnego rodzaju deficytami, dzięki którym osoby korzystające z tej formy pomocy zyskują maksimum samodzielności i niezależności z gwarancją „parasola ochronnego” i pomocy ze strony odpowiednich specjalistów będących do ich dyspozycji. Rodzaj, forma i zakres udzielanej pomocy są dostosowane do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy.

Najczęściej pomoc udzielana jest w formie finansowej w postaci różnych świadczeń finansowych, rzadziej rzeczowej, chyba że za formę rzeczową uzna się również świadczenie różnego rodzaju usług, które finansowane bezpośrednio są przez ośrodki pomocy społecznej. Uptywający czas, postęp społeczny odzwierciedlający się w zmianach jego struktury wewnętrznej, wynikający w dużej mierze z przeobrażeń struktury społecznej, ze zmian demograficznych, a także z procesów migracyjnych jest nie bez wpływu na proces zmian w wewnętrznej strukturze świadczeń pomocy społecznej.

W punktu widzenia jej odbiorców oczekiwania różnią się w zależności od wieku, sprawności, potrzeb, dlatego dla jednych odbiorców jest źródłem wsparcia finansowego, ale dla innych, takich jak osoby starsze lub niepełnosprawne znacznie częściej miejscem gwarantującym wymagane wsparcie w postaci usług, które świadczone są w miejscu ich zamieszkania w systemie dziennym, a gdy okazuje się, że są niewystarczające, wówczas alternatywą stają się domy pomocy społecznej.



Alternatywa dla całodobowych usług

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane są w miejscu zamieszkania osoby wymagającej wsparcia. Przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób w sytuacji, gdy rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Usługi te w zależności od sytuacji materialnej są bezpłatne albo odpłatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z usług opiekuńczych oraz od kosztu i liczby godzin usług opiekuńczych świadczonych konkretnej osobie. Rozwiązania prawne umożliwiają również odstąpienie od pobierania opłaty w przypadku szczególnej i trudnej sytuacji życiowej świadczeniobiorcy. Usługi opiekuńcze realizowane są w ramach katalogu zadań własnych gminy i finansowane z budżetu środków własnych gminy.

Natomiast, specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyjątkiem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, są zadaniem własnym gminy.

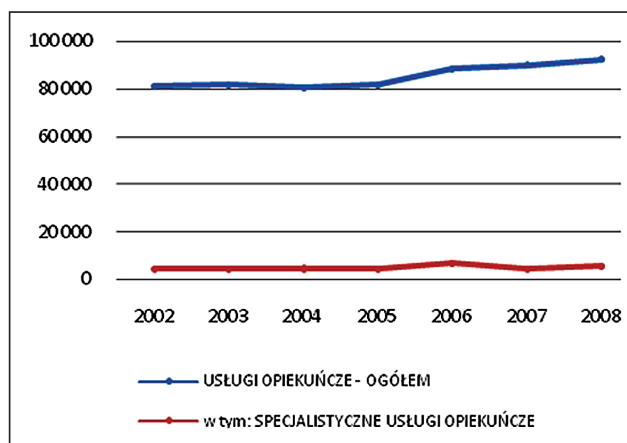
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zadaniem zleconym gminie i finansowanym z budżetu państwa i realizowane są na podstawie rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Świadczenie w postaci usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi, przyznaje ośrodek pomocy społecznej, ustalając ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Ośrodek pomocy społecznej może realizować usługi samodzielnie lub w ramach zlecenia usługi „podmiotom uprawnionym”, o których mowa w art. 25 ustawy o pomocy społecznej albo w ramach zakupu usług na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych

Tabela 1. Usługi opiekuńcze w latach 2000-2008

Rok	Usługi opiekuńcze		W tym: usługi opiekuńcze specjalistyczne	
	Liczba osób	Kwota środków (w zł)	Liczba osób	Kwota środków (w zł)
2000	86 180	259 543 223	4 107	6 865 368
2001	82 387	261 471 124	3 616	7 521 816
2002	81 185	260 553 065	4 609	8 184 534
2003	81 700	261 313 637	4 462	8 533 071
2004	80 650	262 687 905	4 736	10 864 026
2005	81 993	266 215 464	4 571	10 068 495
2006	88 525	281 425 076	6 891	9 995 724
2007	90 016	303 134 286	4 682	10 740 888
2008	92 470	342 389 099	5 619	15 678 206

Źródło: Usługi opiekuńcze w latach 2000-2008 (dane statystyczne MPiPS)

Wykres 1. Liczba osób, które skorzystały z pomocy w formie usług opiekuńczych w latach 2002-

Źródło: Analiza statystyczna MPiPS za 2011 r.



koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Dynamika rozwoju usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych nie jest satysfakcjonującą zważywszy na obserwowane trendy społeczne i rosnącą liczbę osób, które z różnych powodów wymagają wsparcia w postaci usług. W ocenie organizatorów pomocy społecznej poprawę w tym obszarze mogłoby spowodować wprowadzenie zmian w zakresie realizacji tego zadania, które polegałyby na rozdzieleniu wypłat świadczeń z pomocy społecznej od pomocy udzielanej w ramach realizacji wszelkich szeroko rozumianych usług, a przede wszystkim na określeniu standardu usług opiekuńczych i ustaleniu katalogu świadczeń wchodzących w ich zakres. Pewną poprawę mogłoby również przynieść wprowadzenie większej niż ma to do tej pory miejsce dopłat do świadczonych usług, które umożliwiłyby większej populacji osób starszych i niepełnosprawnych dostęp do tej formy pomocy. Szerszy rozwój usług opiekuńczych w środowisku zmniejszałby również presję na miejsca w domach pomocy społecznej, czy inaczej mówiąc, pozwalał osobom mało samodzielnym pozostawać w miejscu zamieszkania, eliminując konieczność zamieszkania w instytucji całodobowego wsparcia.

Tabela poniżej przedstawia dane o liczbie osób zatrudnionych do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w gminach. Dane o pracownikach zatrudnionych w ośrodkach pomocy społecznej sporządzone zostały w oparciu o dane MPiPS-03 za 2007 r., natomiast dane o pracownikach zatrudnionych przez podmioty niepubliczne dotyczą tylko specjalistycznych usług opiekuńczych według stanu na 30 czerwca 2007 r.

Tabela 2. Liczba osób świadczących usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze wg stanu na dzień 31 grudnia 2007 r.

	Liczba pracowników ośrodków pomocy społecznej	Liczba pracowników zatrudnionych przez podmioty niepubliczne	Liczba pracowników ogółem
Usługi opiekuńcze	6 279	brak danych	
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	945	2126,39	3071,39

Źródło: Opracowanie własne, robocze dane MPiPS zebrane jednorazowo w 2007 r.

Liczba osób, którym udzielana była pomoc w formie usług opiekuńczych systematycznie rosła w latach 2004–2008. Od 2009 r. obserwowany jest spadek liczby osób objętych tą formą pomocy, który pogłębił się w roku 2011. Liczba osób objętych w 2011 r. tymi usługami wyniosła 87.212. Średnio każda osoba skorzystała z 373 godzin usług, o 11% mniej niż

w 2004 r. Odpłatność gminy za jedną godzinę usługi wyniosła w 2011 r. 12 zł, w porównaniu z 8 zł w 2004 r.

Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w latach 2004-2011 dofinansowanymi z budżetu gminy objętych było od ok. 4500 osób (2005 r./najmniej) przy średniej liczbie 309 świadczeń na osobę w roku do ok. 6900 osób (2006 r. - najwięcej) przy średniej liczbie 193 świadczeń na osobę w roku. Im więcej osób korzystało, tym mniej świadczeń przyznawano. Średnia odpłatność gminy za 1 godzinę kształtowała się od kwoty 6,70 zł w roku 2004 do kwoty 13,30 zł w 2011 r. Biorąc pod uwagę fakt, że koszt dopłaty ze strony gminy w niektórych przypadkach był niższy niż godzina usługi opiekuńczej, można wysnuć wniosek, że dużą część kosztu ponosiła osoba, która tej usługi wymagała.

Jeśli chodzi o specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, można przyjąć, że liczba osób korzystających z tych usług systematycznie rosła, od liczby 8900 w roku 2004 do 10 600 osób w roku 2011. Natomiast równolegle następował spadek średniej liczby świadczeń od 397 w 2004 r. do 350 w roku 2011, przy czym średni koszt godziny wyniósł w tym okresie 9,90 zł w 2004 r., a 17,60 zł w 2011 r.

Główną wadą obecnego systemu usług jest jego niewystarczający zakres w stosunku do potrzeb, ich niska jakość, a przede wszystkim brak możliwości wyboru usługodawcy przez klienta. Często jest to również brak nadzoru ze strony ośrodka pomocy społecznej - podmiotu wykonującego usługę czy zbyt rzadka kontrola. O wyborze podmiotu wykonującego usługi decyduje gmina, której głównym kryterium wyboru jest cena usługi, a nie jej jakość. Osoby korzystające z usług nie mają możliwości wyboru podmiotu realizującego usługi w środowisku, co najwyżej mogą prosić o zmianę opiekunki wykonującej usługę. Bardzo często jakość usług pozostawia wiele do życzenia, gdyż istnieje brak profesjonalnej kadry lub dobrze wyszkolonych osób do świadczenia takich usług. Są też w Polsce rejony, gdzie usługi nie są realizowane w ogóle.

Rodzinne domy pomocy

Rodzinny dom pomocy stanowi specjalną formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę fizyczną lub podmiot niepubliczny, posiadający status organizacji pożytku publicznego w jej miejscu zamieszkania (w ramach działalności gospodarczej), lub w miejscu prowadzenia tego rodzaju usług, dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób wymagających wsparcia w tej formie. Jest szczególna forma usług, która ma charakter całodobowy, ale nie posiada statusu instytucjonalnego. Osobę wymagającą całodobowych usług bytowych i opiekuńczych kieruje się na pobyt stały lub okresowy do rodzinnego domu pomocy na jej wniosek lub - za jej zgodą - na wniosek opiekuna prawnego złożony w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Decyzję w sprawie skierowania do rodzinnego domu pomocy wydaje kierownik ośrodka.

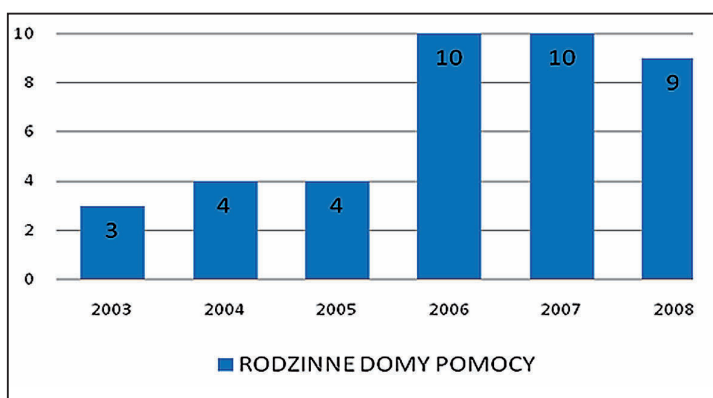
Usługi świadczone w ramach rodzinnego domu pomocy są interesującą formą usługi opiekuńczej. Wydaje się, iż w następnych latach forma ta będzie zyskiwała coraz większą grupę zwolenników i samorządy gminne częściej niż do tej pory będą gotowe do rozwijania jej dla



swoich mieszkańców. Zaletą domu jest właśnie jego rodzinny, kameralny charakter, który stwarza większą możliwość indywidualnego podejścia do każdej z osób w nim mieszkających w większym stopniu niż stwarza to dom pomocy społecznej.

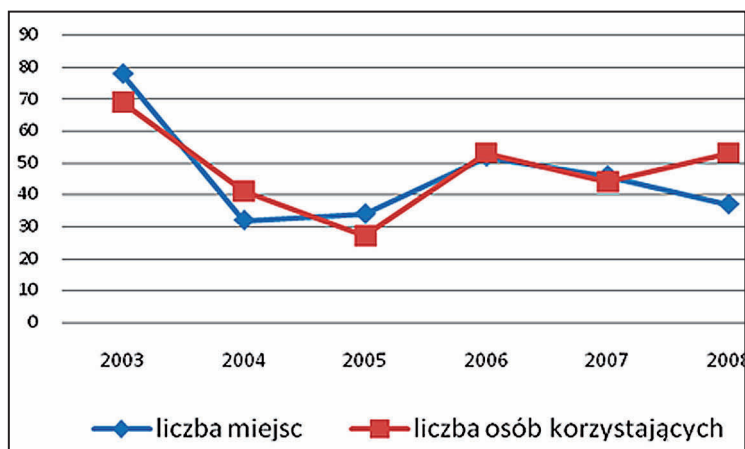
Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom, ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy zawartej między kierownikiem ośrodka a osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy. Przy ustalaniu odpłatności od osoby przebywającej w rodzinnym domu pomocy stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o pomocy społecznej, dotyczące zasad odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej.

Wykres 2. Rozwój usług w postaci rodzinnych domów pomocy w latach 2003-2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS

Wykres 3. Mieszkańcy rodzinnych domów pomocy w latach 2003-2008



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MPiPS

Do 2012 r. dynamika rozwoju rodzinnych domów pomocy była bardzo niska, co było spowodowane niechęcią gmin do zawierania umów z osobami prywatnymi, ale w następstwie zmiany przepisów w 2012 r. usługę tę mogą świadczyć również podmioty niepubliczne, stwarza większą nadzieję na zainteresowanie zakupem takiej usługi dla osób wymagających tej formy pomocy. Niski rozwój rodzinnych domów może być również spowodowany trudnościami w spełnieniu standardów bytowych, w szczególności w zakresie likwidacji barier architektonicznych i spełnienia wymogów sanitarnych, które w myśl przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. i określonych w nich standardów świadczonych usług, muszą być spełnione przed rozpoczęciem działalności.

Ośrodki wsparcia

Ośrodek wsparcia jest zazwyczaj dzienną formą pomocy, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy, w tym usługi żywieniowe. Stosowane rozwiązania dopuszczają prowadzenie przy ośrodkach wsparcia miejsc całodobowego, okresowego pobytu. Poprzez działalność ośrodków wsparcia wspiera się nie tylko osobę, do której usługa jest adresowana, lecz także rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad niepełnosprawnymi członkami, zapobiegając jednocześnie konieczności zamieszkania przez takie osoby w placówkach wsparcia całodobowego, jest również wydatnym wsparciem dla osób samotnych, zapobiegając ich wykluczeniu z życia społecznego. Prowadzenie ośrodków wsparcia, z wyłączeniem ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest zadaniem własnym gminy lub powiatu finansowanym z ich budżetu. Gmina lub powiat może zlecać prowadzenie takich ośrodków wsparcia jednostkom niepublicznym.

Z danych MPiPS-03 za 2008 r. wynika, że w Polsce funkcjonowało 1493 ośrodków wsparcia, z których wsparcia skorzystało ponad 94 tysiące osób, natomiast w 2011 r. z 1380 ośrodków wsparcia na 68 000 miejsc, z których skorzystało około 100 tysięcy osób.

Tabela 3. Ośrodki wsparcia o charakterze lokalnym

OŚRODKI WSPARCIA o charakterze lokalnym (gminne lub prowadzone przez inne podmioty) według stanu na koniec 2008 r.	liczba instytucji	liczba osób korzystających
Ogółem	1270	84 124
Z tego:		
Środowiskowe domy samopomocy	417	13 816



Dzienne domy pomocy	234	18 322
Noclegownie	215	16 792
Jadłodajnie	112	18 599
Kluby samopomocy	48	2 486
Inne ośrodki wsparcia	256	15 365

Tabela 4. Ośrodki wsparcia o charakterze ponadlokalnym

OŚRODKI WSPARCIA o charakterze ponadlokalnym (powiatowe lub prowadzone przez inne podmioty na zlecenie powiatu) wg stanu na koniec 2008 r.	Liczba instytucji	Liczba osób korzystających
Ogółem	223	10 106
Z tego:		
Środowiskowe domy samopomocy	181	6 516
Dzienne domy pomocy	12	613
Noclegownie	2	98
Inne ośrodki wsparcia	29	2 918

Źródło: Tabele na podstawie MPiPS-05, wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2010 r.

Zdecydowana większość ośrodków wsparcia prowadzonych jest przez gminy lub na ich zlecenie i ta forma wsparcia osoby/rodziny w środowisku lokalnym najlepiej rozwija się w warunkach miast.

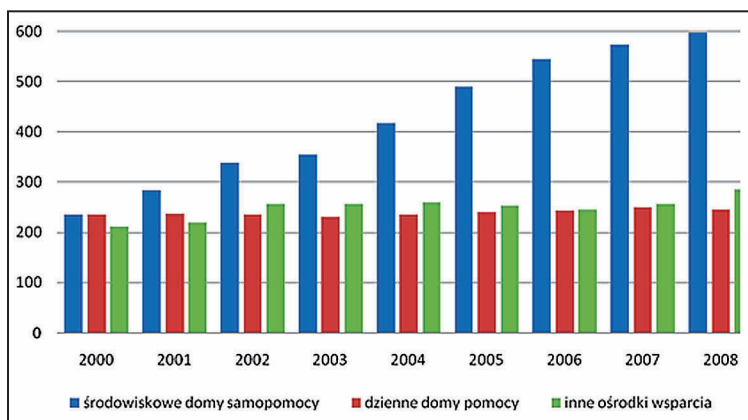
Od 2000 r. stale znacząco wzrastała liczba ośrodków wsparcia o charakterze lokalnym i w niewielkim stopniu, choć w miarę równomiernie, liczba ośrodków wsparcia o charakterze ponadlokalnym. Na tę sytuację miała wpływ przede wszystkim powstająca sieć ośrodków

wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, której rozwój finansowany jest z budżetu państwa.

Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy, świadczą usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (osób psychicznie chore i upośledzonych umysłowo). Tworzenie i finansowanie takich jednostek jest zadaniem administracji rządowej zleconej do realizacji gminie lub powiatowi. Środki na bieżącą działalność tych jednostek planują w swoich budżetach wojewodowie. Poziom finansowania tych jednostek w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowany i waha się na poziomie od 750 zł do 1200 zł na jednego uczestnika miesięcznie.

Jest to jedna z najlepiej rozwijających się i funkcjonujących form wsparcia osób w środowisku lokalnym, a w szczególności w środowisku wiejskim. W 2000 r. w całej Polsce funkcjonowało ogółem 235 środowiskowych domów samopomocy, w których z usług korzystało 7110 osób. W 2008 r. liczba środowiskowych domów samopomocy wynosiła już 627, a z usług w tych jednostkach korzystało 19 519 osób. Poniżej zaprezentowany wykres ilustruje, jak na przestrzeni 8 lat zmieniała się liczba ośrodków wsparcia w zależności od ich rodzaju i związanego z nim sposobu finansowania.

Wykres 4. Liczba ośrodków wsparcia w podziale na wybrane typy



Źródło: Opracowanie na podstawie danych statystycznych MPiPS

Przedstawione dane wyraźnie wskazują, że liczba dziennej pomocy społecznej finansowanych z budżetów samorządów utrzymuje się od 2000 r. na porównywalnym poziomie. Okresowo wzrastała lub zmniejszała się liczba innych ośrodków wsparcia, natomiast przeszło 2,5-krotnie wzrosła natomiast liczba środowiskowych domów samopomocy. Jedną z przyczyn zwiększonego zapotrzebowania na miejsca w tych domach może być niepokojące zjawisko znacznego wzrostu liczby osób chorych psychicznie, które wymagają wsparcia.



Miejsce umocowania organizacyjnego DPS w systemie pomocy społecznej

Dom pomocy społecznej jest specyficzną formą pomocy adresowaną do osób, które ze względu na utratę lub brak zdolności do zaspokajania swoich codziennych potrzeb, nie mogą samodzielnie funkcjonować w środowisku dotychczasowego zamieszkania, zastępując otoczenie rodzinne i próbują je substytuować. Jest więc placówką o charakterze całodobowym oferującą usługi bytowe wraz ze wszystkimi składnikami życia codziennego, które towarzyszą każdemu człowiekowi. Jednak zanim dom pomocy społecznej przyjął obecnie realizowaną filozofię funkcjonowania przebył długą drogę ewolucji od pierwotnie bardzo siermiężnych miejsc izolacji osób chorych psychicznie nazywanych potocznie przytułkami, do współczesnych wystandaryzowanych jednostek różniących się zakresem i rodzajem usług, w zależności od typu niepełnosprawności osób, które w nim mieszkają.

Domy, jak wskazano wcześniej, historycznie ewoluowały w konsekwencji różnych potrzeb osób w nich przebywających, ewolucji podlegała typologia, czasem zacierając faktycznie różnice pomiędzy poszczególnymi typami (lub podtypami, które wyodrębniano w latach osiemdziesiątych). Proces ten ma również miejsce obecnie. Po zmianie ustawy w 2008 r., z wcześniej wyodrębnionych 6 typów domów tzw. „jednotypowych” umożliwiono łączenie typów pokrewnych i różnych w oddzielnych budynkach, stwarzając różne kombinacje łączenia, zacierając różnice pomiędzy poszczególnymi typami domów.

Współcześnie funkcjonowanie domów pomocy społecznej, w świetle przeobrażeń, jakie w nich nastąpiły, pozwalają rozróżnić na dwa okresy:

- od zakończenia II wojny światowej, do Okrągłego Stołu
- po 1989 r., czyli od momentu rozpoczęcia wdrażania reformy pomocy społecznej.

Analizując ich rozwój w obecnym kształcie, nie sposób pominąć jednak funkcjonowania w okresie międzywojennym, pamiętając, iż sens ich tworzenia uzewnętrzniał się we wczesnym średniowieczu.

Ustawa o opiece społecznej z 1923 r. wyraźnie odróżniała działania opieki zakładowej i pozazakładowej. W okresie Polski Ludowej odstąpiono jednak od stosowania określenia „zakładowa opieka społeczna” na rzecz „stacjonarnej opieki społecznej”. Placówki nazywane „zakładami pomocy społecznej” zaczęto nazywać „domami pomocy społecznej”. M. Karczewski stwierdził, że w zabiegu tym chodziło nie tylko o zmianę nazwy, lecz przede wszystkim o zmianę - w ślad za zmianą nazwy, warunków zamieszkania oraz o zmianę atmosfery - z zakładowej na domową, zbliżenie warunków pobytu w domu pomocy społecznej do warunków życia w domu rodzinnym. Długi, często dożywotni pobyt mieszkańców w takim domu wymaga innej atmosfery niż w szpitalu czy sanatorium, aby korzystny jej wpływ oddziaływał nie tylko na stan fizyczny, ale - i to przede wszystkim - na psychikę człowieka¹⁰.

Okres transformacji ustrojowej (po ustaleniu Okrągłego Stołu) można by dodatkowo podzielić na okres od 1990 r. do reformy administracyjnej państwa, w którym domy przyporządkowane były administracji rządowej i po reformie administracyjnej państwa, czyli po

¹⁰ A. Oleszczyńska, M. Karczewski, Organizacja pomocy społecznej na rzecz ludzi starych w PRL, [w:] Encyklopedia seniora, poz. cyt., s. 252.

1998 r., kiedy istniejące domy przyporządkowano administracji samorządowej szczebla powiatowego.

Do 1989 r.¹¹ praktyczne zasady organizacji domów pomocy społecznej opierały się na trzech założeniach:

- elastyczności liczby miejsc w domach pomocy społecznej, co prowadziło do ciągłego pogarszania się warunków bytowych osób mieszkających w domach,
- zróżnicowania typów domów (najczęściej na papierze), co w praktyce nie było możliwe z powodu braku miejsc,
- rodzinnego charakteru tych placówek, co ze względu na ich wielkość i liczbę osób w nich mieszkających nie było praktycznie możliwe w realizacji.

Działania takie doprowadziły do sytuacji, w której infrastruktura domów była prawie zupełnie zdekapitalizowana, w placówkach panowało przegęszczenie (mieszkańcy mieszkali w wieloosobowych pokojach, nawet 20-osobowych). Domy funkcjonowały na podobnych zasadach jak szpitale - funkcjonowanie regulowały te same przepisy jak w służbie zdrowia i w znikomej postaci prowadzona była rehabilitacja i terapia.

Po 1990 r. reorganizacja administracji rządowej i przejście zadań pomocy społecznej do kompetencji Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, a w następstwie tych decyzji, uchwalenie pierwszej od II wojny światowej ustawy o pomocy społecznej przyczyniło się do procesu pozytywnych zmian – domy pomocy społecznej zaczęły intensywnie nadrobić zaległości w zakresie infrastruktury oraz braku w strukturze zatrudnionego personelu (i jego kwalifikacjach), także sukcesywnie rozszerzając zakres oferowanych usług. Jednak brak jasno określonych ram wdrażanych zmian pogłębiał różnice między poszczególnymi domami, gdyż dyrektorzy prowadzących domy pomocy społecznej w bardzo różny sposób realizowali prace związane z rozszerzaniem katalogu usług dla swoich mieszkańców rozwijając takie rodzaje form aktywności i terapii, które częściej wynikały z „wygody” personelu niż z potrzeb konkretnej grupy osób mieszkających w danym momencie w domu pomocy społecznej. Wprawdzie prowadzono wówczas prace nad standardami usług w domach, ale każdy rozumiał je w zupełnie inny sposób pasujący do własnego subiektywnego postrzegania zakresu i jakości świadczonych usług. W podejściu tym dominowało myślenie instytucjonalne ukierunkowane na zmiany w tych segmentach domu, które były istotne z punktu widzenia zarządzających, a nie odbiorców tych usług. W niektórych przypadkach można by wręcz odnieść wrażenie, iż postrzeganie zewnętrzne domu było ważniejsze, niż komfort zamieszkania ich mieszkańców.

Był to również okres, w którym dokonana została analiza stanu domów pomocy społecznej, której wnioski posłużyły następnie jako podstawa do określania norm standardowych.

¹¹ Do 1989 r. domy pomocy społecznej znajdowały się pod nadzorem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. To usytuowanie powodowało, że w morzu potrzeb finansowych służby zdrowia domy były systematycznie niedoinwestowane. Wieloletnie zaniedbania remontowe i inwestycyjne doprowadziło do całkowitej dekapitalizacji niektórych obiektów.



Nie bez wpływu na funkcjonowanie domów pomocy społecznej było również przyjęcie przez Polskę obowiązków wynikających z ubiegania się o przyjęcie do Unii Europejskiej. W sprawie tej profesor Aleksander Łukaszewicz w artykule pt. „W kwestii przystąpienia do Unii” stwierdza: Z perspektywy Polski (i zresztą jakiegokolwiek kraju) przystąpienie do Unii Europejskiej stwarza szczególną potrzebę dostrzegania i rozumienia szkieletowych interakcji i sprzężeń. Trzeba dostrzec trzy płaszczyzny. Pierwsza to wzajemne procesy adaptacyjne sfery realnej i sfery regulacji w obrębie samej Unii, druga - to samo w odniesieniu do krajów trzecich, trzecia to adaptacja układu krajowego do układu Unii. Tak więc złożoność - i dramaturgia - procesu adaptacji Polski do Unii Europejskiej polega nie tylko na sprostaniu wymaganiom ekonomicznym (wszelkie przekroje strukturalno-gospodarcze, krajowa równowaga gospodarcza, wymiennosc waluty krajowej itd.), ale także wymaganiom instytucjonalnym - takim przekształceniom sfery regulacji, które choć mogą być odmienne nie mogą być sprzeczne z zasadami funkcjonowania sfery regulacji w Unii¹², co staje się kolejnym potwierdzeniem konieczności posiadania przez Polskę określonych standardów instytucjonalnych, a więc również standardów usług w domach pomocy społecznej. Z resztą jeszcze przed akcesją kadra pomocy społecznej, w tym między innymi kadra zarządzająca domami pomocy społecznej odbyła liczne wizyty studyjne, przyglądając się jak funkcjonują podobne domy w krajach Unii i przenosząc różne rozwiązania i pomysły na warunki swoich placówek. Pojawiły się również liczne kontakty dwustronne owocujące dynamicznymi zmianami, w efekcie dostępu do zewnętrznych środków finansowych.

Od 1990 r. sposób funkcjonowania domów pomocy społecznej w Polsce reguluje ustawa o pomocy społecznej – pierwotnie ustawa z 29 listopada 1990 r., a obecnie ustawa z 12 marca 2004 r.¹³, która odnosi się nie tylko do domów pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy terytorialne lub w ich zastępstwie przez podmioty niepubliczne, ale również do placówek prowadzonych „komercyjnie” przez osoby fizyczne lub podmioty prawne w ramach działalności gospodarczej. Wprowadzenie do rozwiązań ustawowych tzw. prywatnych domów miało w zamyśle projektodawców doprowadzić do uporządkowania sfery usług całodobowych z punktu widzenia potencjalnego odbiorcy całodobowej usługi, który często nie rozróżnia animozji związanych z mechanizmami prawnymi i finansowymi, pomiędzy poszczególnymi jednostkami i tożsamo traktuje wszystkie placówki całodobowego wsparcia. Nierozróżnianie form organizacyjnych całodobowego wsparcia wywoływało w przeszłości wiele nieporozumień i krzywdzących ocen, wynikających z uogólnień po np. upublicznieniu nieprawidłowości występujących w danej placówce opiekuńczej. Rozwój prywatnych placówek i czasem nieuczciwe podejście do osób decydujących się na zamieszkanie w prywatnych placówkach, doprowadziło do konieczności określenia również dla prywatnych podmiotów minimalnego poziomu i zakresu świadczonych usług. Usta-

12 A. Łukaszewicz, W kwestii przystąpienia do Unii Europejskiej, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1997 r.

13 Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. wraz ze zmianami opublikowana w tekście jednolitym w Dzienniku Ustaw Nr 175 poz. 1362 z 2009 r.

wodawca porządkując organizację usług, zastosował ciąg logiczny - osoba samodzielnie funkcjonuje w środowisku, gdy nie jest już samodzielna i wymaga wsparcia innych osób może skorzystać z usług opiekuńczych w środowisku swojego zamieszkania lub w miejscu zamieszkania usługodawcy w przypadku rodzinnego domu pomocy, a w sytuacji gdy usługi te nie rozwiązują jego problemów egzystencjonalnych lub inaczej są niewystarczające, może zamieszkać w domu pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty publiczne lub prywatnej placówce całodobowego wsparcia działającej w oparciu o zasady wolnego rynku. Dodatkowo dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych na poziomie lokalnym organizowane są usługi w ośrodkach wsparcia między innymi w środowiskowych domach samopomocy, w którym mogą organizowane być okresowe miejsca całodobowego pobytu, pomyślane jako wsparcie dla osób na co dzień zajmujących opieką wobec swoich bliskich. Dopełnieniem tej ilustracji katalogu usług adresowanych do osób niesamodzielnych, jest możliwość pobytu w placówce funkcjonującej w systemie ochrony zdrowia – zakładzie opiekuńczo-leczniczym czy pielęgnacyjno-opiekuńczym, adresowanym do osób, które mają poważne problemy zdrowotne, a nie wymagają leczenia szpitalnego. Jako swego rodzaju ciekawostkę można uznać, iż obok domów pomocy społecznej pełniących analogiczne funkcje, prowadzone są placówki dla szczególnych grup społecznych np. Dom Aktora czy Dom Weterana, adresowane do wąskiej grupy odbiorców emerytowanych artystów czy żołnierzy. We wcześniejszym okresie podobne placówki prowadzone były dla kombatantów, nauczycieli, pracowników służby zdrowia, budowlańców czy kolejarzy, jednak sukcesywnie resorty odpowiedzialne za prowadzenie i finansowanie wsparcia dla swoich emerytowanych pracowników wycofywały się z prowadzenia takiej resortowej działalności i placówki te przekształcano sukcesywnie w domy pomocy społecznej.

Ustawa o pomocy społecznej określa podmiotowe prawo osoby wymagającej całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność do umieszczenia w domu pomocy społecznej, wskazując, że jest to placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Do końca 1998 r. regulacje ustawy dodatkowo określały, że domy świadczą usługi zdrowotne, jednak po wdrożeniu reformy zdrowia, usługi medyczne wykreślone zostały z tego katalogu i osoby mieszkające w domach pomocy społecznej korzystają z powszechnego systemu ochrony zdrowia, a po stronie domu jest jedynie umożliwienie im do niej dostępu. Podmiotowe prawo osoby do zamieszkania w domu pomocy społecznej jest niestety nagminnie łamane, gdy osoby wnoszące o skierowanie do domu pomocy społecznej spotykają się z odmową ze strony właściwego organu, z uzasadnieniem braku środków finansowych (paradoksalnie domy pomocy społecznej wyrosły jako miejsce wsparcia dla osób ubogich).



Podmioty, które mogą prowadzić domy pomocy społecznej

Prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej przyporządkowany został samorządom terytorialnym, głównie samorządom powiatowym, jednak ustawa nie wyklucza innych rozwiązań organizacyjnych, stwarzając możliwość tworzenia takich jednostek samorządom gminnym, a także samorządom wojewódzkim. Rozwiązania te biorą się skądinąd ze słusznego założenia, że na poziomie lokalnym powinny funkcjonować małe placówki odpowiadające na lokalne potrzeby, a samorządowe województwo dysponując znacznie pokazniejszym potencjałem finansowym i organizacyjnym, posiada możliwości do tworzenia wysoko specjalistycznych placówek całodobowego wsparcia otwartych na całą społeczność regionu. Możliwości organizacyjne nie są w satysfakcjonującym stopniu wykorzystywane w działaniach praktycznych i de facto są nadal pewną teoretyczną alternatywą dla aktualnie funkcjonującego systemu organizacyjnego, sytuującego domy pomocy społecznej w powiecie, i finansowania oraz prowadzenia bezpośrednio przez samorząd powiatowy lub w jego imieniu przez inny niepubliczny podmiot. Ponadto ustawodawca umożliwił prowadzenie domów pomocy społecznej przez inne podmioty prawne lub osoby fizyczne, jednak popularność prowadzenia takiej działalności jest bliska zeru. Podmioty prawne i osoby fizyczne o wiele częściej prowadząc działalność ukierunkowaną na świadczenie usług w systemie całodobowym, korzystają z przepisów wywodzących się z prowadzenia działalności gospodarczej.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania, organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej oraz osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działającym na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancji wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej.

W obowiązującej ustawie brak jest zastrzeżenia, które obowiązywało w ustawie o pomocy społecznej z 1990 r., zgodnie z którym do prowadzenia domów pomocy społecznej nie miały zastosowania przepisy o działalności gospodarczej. Nie ma przeszkód prawnych w zakładaniu domów pomocy społecznej prowadzonych przez np. osobę fizyczną.

Umożliwienie prowadzenia podmiotom niepublicznym prowadzenia domów pomocy społecznej praktycznie nie przełożyło się na szczególne zainteresowanie tych podmiotów tworzeniem domów. W zasadzie do chwili obecnej utrzymuje się tradycyjny podział na domy prowadzone bezpośrednio przez samorząd terytorialny, głównie powiat – 580 domów dysponujących 63 960 miejscami, z których zamieszkałych jest 63 109 i 202 domy na 13 400 miejsc prowadzone przez podmioty niepubliczne z większości zgromadzenia zakonne, które mają w tym zakresie długoletnie doświadczenie, prowadząc te domy kilkadziesiąt czy nawet kilkaset lat (część domów chlubi się ponad stuletnią tradycją nieprzerwanej działalności opiekuńczej).

Tabela 5. Liczba domów prowadzonych według podmiotów prowadzących

Kategoria domu	Liczba domów Ogółem	Liczba domów prowadzonych przez samo- rząd powiatowy	Liczba domów prowadzonych przez podmioty niepubliczne
Ogółem	782	580	202
dla osób w podeszłym wieku	119	81	38
dla osób przewlekle somatycznie chorych	160	134	26
dla osób przewlekle psychicznie chorych	177	154	23
dla intelektualnie niepełnosprawnych dorosłych	140	108	32
dla dzieci i młodzieży intelektualnie niepełnosprawnej	72	22	50
dla osób niepełnosprawnych fizycznie	10	4	6
dla osób w podeszłym wieku i osób somatycznie i przewlekle chorych	76	58	18
dla osób przewlekle somatycznie chorych i niepełnosprawnych fizycznie	11	11	0
dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych fizycznie	14	12	2
dla intelektualnie niepełnosprawnych dorosłych i dzieci i młodzieży	36	23	13

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS



Domy pomocy społecznej do 1989 r.

Dom pomocy społecznej okresowo zmienia nazwę, koryguje sposób prowadzonej działalności, rozwija różne nowe usługi, zmienia sposób funkcjonowania, ale nieprzerwanie pełni funkcję substytucyjną wspólnego zamieszkania osób wymagających całodobowej opieki, aspirującą do tworzenia warunków zbliżonych do indywidualnego zamieszkania w warunkach rodziny.

Archiwalne dokumenty administracji rządowej¹⁴, a uściślając Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, wskazują, że do wybuchu II wojny światowej w Polsce było dostępnych 24 tysiące miejsc w domach opieki, których liczba po wojnie skurczyła się o około 30%, osiągając stan z przed 1939 r. po 1949 r. Większość stanowiły miejsca w tzw. domach opieki dla sprawnych fizycznie osób starszych, rzadkością były domy dla osób przewlekle chorych czy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Okres do 1956 r. był dla rozwoju pomocy społecznej, w tym również dla domów pomocy społecznej, bardzo niekorzystny ze względu na panujące przekonanie, że budowany ustrój jest gwarantem szybkiego znikania potrzeb na świadczenia pomocy społecznej. W latach pięćdziesiątych realizowano proces przejmowania pałaców i dworów, które z punktu widzenia władz były nieprzydatne na inne cele. W 1956 r. przejęto od resortu oświaty kilkadziesiąt zakładów dla dzieci głębiej opóźnionych umysłowo, z racji uznania ich za niekwalifikujące się do nauki szkolnej i niepoddające się planowym oddziaływaniom wychowawczym. Pierwszy plan budowy nowych domów pomocy społecznej powstał dopiero w latach 1961-1965, jednak realizacja jego, jak i kolejnych, przegrywała z ówczesnymi priorytetami budowy zakładów produkcyjnych i wykonanie nie stanowiło nawet 50% wcześniejszych zamierzeń (na lata 1970-1980 zakładano budowę 14 000 miejsc, z czego udało się zrealizować nieco ponad 6000). Ponieważ działania inwestycyjne nie przynosiły spodziewanych efektów, koncentrowano się na przejmowaniu zbędnych w innych obszarach obiektów nienadających się na pełnienie funkcji domu pomocy społecznej – np. wymienione wcześniej pałace czy obiekty szpitalne. Jako ciekawostkę można wskazać Rządowy Program Rozwoju Służby Zdrowia i Pomocy Społecznej, który zakładał do 1990 r. powstanie 128 tysięcy miejsc w domach pomocy społecznej, którego zamierzenia okazały się całkowicie nierealne we wdrożeniu praktycznym i ciągle napotykały na trudne nie do pokonania bariery.

Już w latach osiemdziesiątych w artykule „Domy pomocy społecznej w systemie pomocy społecznej – teraźniejszość i przyszłość” Olgierd Horoszewicz pisał: Nowoczesna pomoc społeczna opiera się na założeniu, iż naturalnym miejscem zamieszkania każdego człowieka jest jego własny dom lub dom, w którym mieszka wraz z rodziną, oraz jego własne środowisko. Dlatego pierwszoplanowym celem pomocy społecznej jest zapewnienie klientom świadczeń, które ułatwiają im życie w środowisku tak długo jak to możliwe. Dopiero wówczas, gdy nawet najbardziej rozwinięte świadczenia nie zapewniają możliwości samodzielnego życia – zachodzi konieczność ich zaspokajania już kompleksowo – bytowych,

¹⁴ Zestawienia statystyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z lat osiemdziesiątych (materiały robocze będące w posiadaniu autora).

medycznych i społecznych w placówkach rezydencjalnych (stałego pobytu) tj. domach pomocy społecznej¹⁵. Domy pomocy społecznej stanowiły wówczas obok podsystemu pomocy środowiskowej, podsystem domów pomocy społecznej, które świadczyły „kompleksowe” usługi w zakresie mieszkania, utrzymania, opieki i pielęgnacji, ale również rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Co ciekawe, już wówczas zarządzający systemem usług, stawiali na rozwijanie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby starszej, chorej, czy niepełnosprawnej. Problemem tamtego okresu w zakresie właściwego rozwoju tych usług był brak zainteresowania osób chętnych do wykonywania tego rodzaju prac, mimo że usługi te polegały na prostych zabiegach pielęgnacyjnych, jak wskazuje w swoim artykule Olgierd Horoszewicz. Zwraca również uwagę maksyma, która po trzydziestu latach wciąż nie straciła na aktualności, że zawsze będą osoby, które nie tyle z powodu złego stanu zdrowia, ile z racji ogólnej niepełnosprawności życiowej, powinny zamieszkać w domu pomocy społecznej oraz osoby niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie, samotne lub nieposiadające rodzin zdolnych lub chętnych do świadczenia niezbędnej opieki i pielęgnacji, dla których niezbędna będzie sieć odpowiednich domów o należytym standardzie, dostosowanym do ogólnego standardu warunków mieszkaniowych ogółu społeczeństwa. Taki sposób podejścia przyczynił się do dużej jak na tamte czasy dynamiki przyrostu liczby miejsc w domach pomocy społecznej w latach 1970-1980, która zaowocowała liczbą około 12 500 miejsc (z 47 963 w 1970 r. do 60 419 miejsc w 1980 r.), co ilustruje tabela poniżej:

Tabela 6. Typy domów pomocy społecznej

Typy domów	Liczba miejsc 1970 r.	Liczba miejsc 1980 r.
Domy rencistów	7 674	9 391
Domy dla przewlekle chorych i niewidomych	21 085	22 675
Domy dla przewlekle chorych ze schorzeniami układu nerwowego	2 975	7 939
Domy dla umysłowo upośledzonych opóźnionych umysłowo dorosłych	7 429	9 904
Domy dla dzieci niedorozwiniętych umysłowo (opóźnionych umysłowo)	8 800	10 510

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS

Powyższa ilustracja wskazuje również, jak rozkładają się potrzeby w zakresie liczby miejsc w poszczególnych typach, znajdując odzwierciedlenie w liczbie miejsc w poszczególnych

¹⁵ O. Horoszewicz, Domy pomocy społecznej w systemie pomocy społecznej – teraźniejszość i przyszłość, maszynopis artykułu udostępniony przez autora, Warszawa 1981 r.



typach domów i mimo że obecnie obowiązuje nieco odmienna typologia to różnice w tym zakresie są nieznaczne, a obecne potrzeby na miejsca w określonych typach podobne. W tym samym artykule autor wskazuje ponadto na rosnące potrzeby społeczne, podając dwie liczby oczekujących w 1970 r. i 1980 r. na miejsca w domach: liczba osób oczekujących na umieszczenie w 1970 r. kształtowała się na poziomie 9 000 osób, a w 1980 r. wynosiła już 15 000 osób, wskazując również na wydłużający się do kilku lat okres oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej i problem blokowania łóżek szpitalnych w sytuacji braku potrzeby stosowania intensywnej procedury medycznej przez osoby, które powinny przebywać w domach, szacując ich liczbę na około 9 000. Sygnalizował również problemy związane ze stanem technicznym obiektów, w których znajdowały się domy pomocy społecznej, wynikający z faktu umiejscowienia domów w starych obiektach, często kilkusetletnich, o charakterze zabytkowym – pałacach, dworach, których modernizacja ze względów konserwatorskich była niemożliwa wobec braku alternatywy wykwaterowania mieszkańców, nadmiernego przepiętnienia domów, zapewnienia odpowiednich środków finansowych i środków materiałowych, niedostatecznych możliwości realizacyjnych przedsięwzięcia budowlanych. Wskazując na nieopłacalność takiego przedsięwzięcia, nie podnoszono absolutnie problemu jakości życia osób w nich przebywających, kładąc akcent na aspekt dostępności i braku alternatywnych rozwiązań. Warto również zauważyć, że troską ówczesnych organizatorów tej formy pomocy społecznej był po reformie administracyjnej z 1975 r. brak dostępu w poszczególnych województwach do miejsc określonego typu.

Długi okres zamieszkania pojedynczego mieszkańca oraz zmiany jego kondycji zdrowotnej powodują, że zmiany prawne nie zawsze możliwe są do prostego przełożenia na praktykę domu i najczęściej wymagają okresu przejściowego, w którym możliwa jest adaptacja do nowych uwarunkowań prawnych. Dobrym przykładem jest zmiana typologii domów i preferencji związanych z przyjmowaniem kolejnych kandydatów do umieszczenia w domu. Na przykład: w latach osiemdziesiątych funkcjonowały domy rencistów, które przyjmowały osoby już po pięćdziesiątym roku życia, a w momencie zmiany typologii i wyodrębnienia typu dla osób starszych, a następnie dla osób w podeszłym wieku, w domach tych mieszkaly osoby w miarę młode o dużej sprawności, które odbiegały od potocznego obrazu osoby starszej, które nie wymagały „całodobowej opieki”, gdyż najczęściej mogłyby jeszcze świetnie radzić w środowisku, czasem przy niewielkim wsparciu np. objęte usługami opiekuńczymi. Ich powrót do środowiska był jednak wykluczony co najmniej z dwóch powodów – osoby te nie posiadały zaplecza lokalowego, do którego mogłyby wrócić, a pomoc społeczna nie dysponowała mieszkaniem przeznaczonymi na usamodzielnianie mieszkańców.

Albo domy dla dzieci – w latach osiemdziesiątych na znikomym zakresie tworzone wsparcie środowiskowe dla dzieci umysłowo upośledzonych, szczególnie form typu dziennego, które umożliwiłyby głównie matkom tych dzieci godzenie ról społecznych, a w konsekwencji pozostawanie dzieci intelektualnie niepełnosprawnych w środowisku rodzinnym. Brak alternatywnych rozwiązań skutkowało, że w tym okresie dzieci niestety najczęściej trafiały do domów pomocy społecznej nie tylko w przypadku upośledzenia znacznego czy głę-

bokiego, ale również, co jest obecnie szczególnie bulwersujące w przypadku upośledzeń lekkich. Często były to dzieci, które mogłyby funkcjonować w środowisku rodzinnym i społecznym, jednak umieszczane były w placówkach, a praktyką, która dzisiaj może wprowadzać w osłupienie było przenoszenie młodych osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, które wcześniej były wychowankami domów dziecka, przy braku perspektyw w dorosłym życiu w środowisku lokalnym - do domu pomocy społecznej (zdarzają się przypadki, że jeszcze dzisiaj takie osoby mieszkają w domach, będąc kilkadziesiąt lat mieszkańcami domu). Są to takie zaszłości, które wymagają łączenia czy inaczej przekładania rozwiązań teoretycznych na praktyczne działanie.

Teoretycznie, zgodnie z obowiązującym przepisami obecnie, rozróżnia się sześć typów domów w zależności od tego, dla jakiej kategorii osób dom jest przeznaczony:

- dla osób w podeszłym wieku;
- dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- dla przewlekle psychicznie chorych;
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dla dzieci i młodzieży intelektualnie niepełnosprawnych;
- dla niepełnosprawnych fizycznie.

Jednak, jak wskazano wcześniej, jednorodność niepełnosprawności w jednym domu jest w praktyce bardzo trudna do osiągnięcia z uwagi na ewoluowanie stanu pojedynczego mieszkańca oraz liczne sprzężenia, proces starzenia, rozwój, wielochorobowości bądź odwrotnie- poprawę kondycji fizycznej i psychicznej, będącej następstwem kompleksowej opieki i rehabilitacji w domu, zamieszkanie osób, które nie mieszczą się w wyznaczonych ramach jednotypowości, spowodował korektę typów, wprowadzając możliwość ich łączenia. Łączenie tzw. typów pokrewnych, wprowadza możliwość funkcjonowania domu tzw. dwu-typowego. To rozwiązanie jest konsekwencją zmiany podejścia do osoby mieszkającej w domu, a mianowicie, jeśli osoba zamieszkała w domu z własnej nieprzymuszonej woli to respektując prawa podmiotowe takiej osoby, nie można wbrew jej woli, przenieść jej do innego typu domu tylko dlatego, że jest starsza lub w gorszej kondycji. Zatem w sytuacji pogarszającego się stanu zdrowia ma prawo nadal w nim pozostać, analogicznie jak w warunkach życia rodzinnego, a po stronie domu pomocy społecznej leży powinność innego, szerszego zorganizowania jej wsparcia. Zastosowano w tym zakresie pewną analogiczną strategię podejścia stosowaną w codziennym życiu - opiekujemy się bliskimi osobami, jeśli tracą zdrowie czy sprawność potrzebna do samoobsługi.

Podejście to wprowadzone w latach dziewięćdziesiątych zapewniło mieszkańcom poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa oraz wyzwoliło od lęku, który we wcześniejszym okresie powodował, że mieszkańcy ukrywali najdłużej jak to było możliwe objawy chorobowe z obawy przed przeniesieniem do innego domu. Stabilizacja ta skutkuje naturalnym przeobrażaniem się sposobu sprawowanej opieki w domu określonego typu - w dom dla zupełnie innej kategorii osób. Na przykład: dla ludzi starych przeobraziły się częściowo w domy dla osób przewlekle chorych, a domy dla dzieci i młodzieży intelektualnie niepeł-



nosprawnej stały się placówkami, w których przebywają osoby dorosłe. Decyzja o możliwości łączenia dwóch typów pokrewnym niepełnosprawności wywołała jednak nie do końca pożądany skutek - presję ze strony samorządów prowadzących domy pomocy społecznej, aby w jednym domu można łączyć (ze względów oszczędnościowych) również inne typy tzw. skrajne i w 2010 r. kolejna nowelizacja przepisów ustawy wprowadziła taką możliwość, warunkując jednak takie rozwiązanie koniecznością zamieszkania osób o „skrajnych niepełno sprawnościach” w oddzielnych budynkach i zagwarantowaniem dla każdej kategorii mieszkańców odrębnych standardów świadczonych usług wypracowanych dla każdej z nich oddzielnie.

Podstawowe informacje dotyczące funkcjonowania domów pomocy społecznej

Jeśli okres do końca 1989 r. jest czasem pewnej stagnacji dla całodobowych usług adresowanych do osób starszych czy niepełnosprawnych, to początek lat dziewięćdziesiątych można uznać za okres wzrostu liczby miejsc, jednak nie poprzez „dopychanie kolanem” skutkujących dramatycznym zagęszczeniem powierzchni, ale poprzez adaptację nowych obiektów na potrzeby domów pomocy społecznej oraz rozbudowę już wcześniej funkcjonujących. Pojawiło się również, można by rzec cynicznie „nowe zjawisko”, ponieważ pojawiały się inicjatywy budowy domów w zupełnie nowych obiektach, projektowanych i budowanych na potrzeby domów pomocy społecznej, co we wcześniejszych okresach raczej się nie zdarzało.

Wprawdzie lata dziewięćdziesiąte to okres powstawania wielu nowych domów pomocy społecznej, ale ich powstawaniu towarzyszyła w dużej mierze zupełna przypadkowość, brak przemyślenia lokalizacji i uzależnienie tworzenia domu od możliwości pozyskania obiektu, który tracił swoją dotychczasową funkcję lub terenu pod zabudowę nowego obiektu. Owoce takiego działania jest nierównomierne rozmieszczenie domów pomocy społecznej, co szczególnie jest zauważalne, po 2004 r., kiedy kierowanie i umieszczanie odbywa się zazwyczaj w obrębie powiatu, w którym mieszka osoba kierowana. Samorząd umieszcza przede wszystkim osoby ze swojego terenu, co w sytuacji, gdy w około 80 powiatach brak jest jakiegokolwiek domu pomocy społecznej, a w dalszych 80 istnieje jeden typ domu pomocy społecznej - skutkuje utrudnionym dostępem mieszkańców z takich powiatów. Dzieje się tak pomimo zapisów ustawowych o równym dostępie do domów pomocy społecznej, mają mniejsze szanse na szybki dostęp do wolnego miejsca niż w powiecie, który dysponuje bazą kilku lub więcej domów pomocy społecznej. Nierównomierne rozmieszczenie sieci domów pomocy społecznej to także odwrotna sytuacja, w której w jednym powiecie funkcjonuje kilkanaście domów, dysponujących liczbą miejsc znacznie przekraczających potrzeby powiatu, których utrzymanie przysparza władzom samorządowym poważnych kłopotów wynikających z obciążeń finansowych i chętnie postawiłyby część bazy w stan likwidacji, uzasadniając swoje podejście właśnie wysokimi obciążeniami finansowymi z tego tytułu. Zatem obecnie według najświeższych danych w Polsce (według danych MPiPS na koniec 2011 r.) funkcjonuje 782 domów pomocy społecznej na ogólną liczbę miejsc 77 368, co w zderzeniu z liczbą 578 domów w 1991 r., i liczbą 62 000 miejsc, z początków procesu

autonomizacji pomocy społecznej i funkcjonowania pomocy społecznej w nowych strukturach, daje wzrost ponad 200 nowych placówek i 15 000 miejsc, jednak liczba ta jest nadal niewystarczająca w stosunku do rosnących potrzeb. Brak szeroko rozwiniętych usług środowiskowych powoduje, że napór na domy jest nadal duży, chociaż byłby znakomicie większy, gdyby nie bariery finansowe ograniczające dynamikę rozwoju infrastruktury domów oraz brak wystarczających środków finansowych związanych z pokryciem bieżących kosztów utrzymania osoby w domu.

Jak wskazują dane z poszczególnych województw, liczba mieszkańców domów pomocy społecznej wyniosła na koniec 2010 r. – 75 738 osób, a na koniec roku 2011 – 76 219. Oznacza to zwiększenie liczby osób mieszkających o 832, co nie jest zadowalającą liczbą w kontekście wolnych miejsc w domach z jednej strony i kolejkami do określonych typów domów w niektórych regionach kraju.

Zmiany w zakresie liczby domów pomocy społecznej od 1990 r. i liczby miejsc w tych domach ilustruje poniższa tabela, obrazując systematyczny przyrost liczby zarówno domów, jak i miejsc do 2004 r. i załamanie tego pozytywnego trendu w latach następnych. Analizując te dane liczbowe, celowym wydaje się wzmożenie działań wpływających na dalszy rozwój bazy domów pomocy społecznej, tym bardziej że Polska dołączyła do grupy państw o zwiększonym współczynniku udziału osób starszych, które w nieodległej przyszłości będą wymagały intensyfikacji działań opiekuńczych bądź w postaci usług opieki długoterminowej, bądź zwiększonego dostępu do miejsc w domach pomocy społecznej. Wprawdzie bardziej celowym wydaje się z punktu widzenia organizatorów pomocy społecznej, rozwijanie usług środowiskowych, jednak część z nich pomimo wszystko będzie wymagała opieki całodobowej.

Tabela 7. Domy pomocy społecznej w poszczególnych latach ogółem - liczba domów oraz liczba miejsc

Rok	Liczba domów	Liczba miejsc
1990	560	61 037
1991	578	62 519
1992	614	64 844
1993	644	67 372
1994	680	69 863
1995	681	69 000
1996	758	73 006
1997	720	70 909
1998	722	70 477



1999	760	73 133
2000	756	73 363
2001	786	76 326
2002	800	77 731
2003	820	80 557
2004	813	80 633
2005	795	80 226
2006	793	78 918
2007	794	78 377
2008	792	77 998
2009	793	77 711
2010	792	77 093
2011	782	77 368

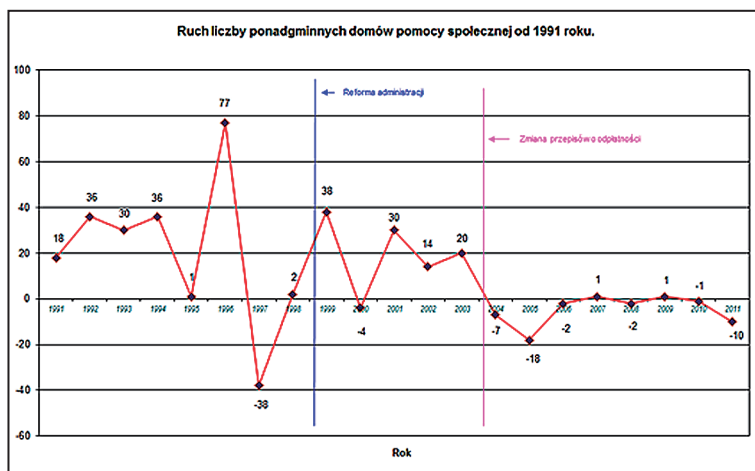
Źródło: Procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb osób oczekujących na umieszczenie w ponadgminnych domach pomocy społecznej na podstawie mpips-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2010 r.

Wzrost liczby miejsc do 2005 r. ilustruje dużą dynamikę rozwoju infrastruktury domów pomocy społecznej zaplanowaną i wdrażaną w latach dziewięćdziesiątych. Regres następujący po 2005 r. jest wypadkową rozgęszczania domów w związku z koniecznością finalizowania programów naprawczych, do których zobligowane były funkcjonujące domy oraz procesem likwidacji tych placówek, których szanse zrealizowanie programów naprawczych i osiągnięcie wymaganych standardów świadczonych usług było znikome oraz brakiem inicjatyw ze strony samorządu terytorialnego rozwojem infrastruktury domów.

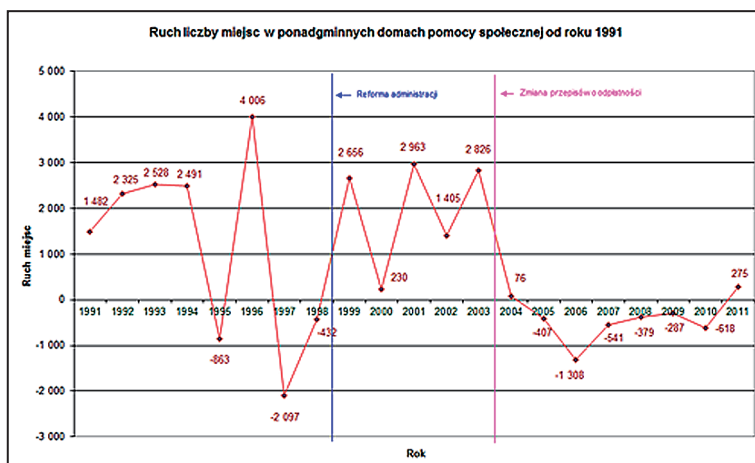
Warto zwrócić uwagę, że obok rozwoju domów ponadgminnych nie zaobserwowano równie wysokiej dynamiki rozwoju domów pomocy społecznej gminnych, których ogólna liczba na koniec 2011 roku wynosiła 20, przy czym 17 z nich było dofinansowywane z budżetu państwa, a jedynie 3 finansowane w całości ze środków samorządu gminnego, co zważywszy na fakt, że zadania miast na prawach powiatu realizowane są przez jedną jednostkę, która realizuje równocześnie zadania gminy i powiatu oraz braku rozwijania na poziomie satysfakcjonującym alternatywnego wsparcia usługowego środowiskowego, jest informacją nie-
napawającą optymizmem.

Regres po stronie rozwoju sieci domów pomocy społecznej oddaje poniższy wykres, który jednoznacznie wskazuje na największy okres rozwoju w latach 1992-2003 (ujemny przyrost w 1997 r. wynika z decyzji administracyjnej związanej z przekazaniem kilkudziesięciu do-

mów pomocy społecznej gminom-miastom grodzkim).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS

Z tego punktu widzenia interesującym jest również zestawienie zmian po stronie liczby mieszkańców w poszczególnych latach pomiędzy 1991 a 2011 oraz zmiany dotyczące rotacji mieszkańców, które w widoczny sposób ilustrują, jakie następowały zmiany po stronie odpowiedzialnych za organizowanie tej formy wsparcia – duże zaangażowanie związane z rosnącym zapotrzebowaniem na liczbę miejsc całodobowego wsparcia i regres po wprowadzeniu nowych mechanizmów finansowania. Do tego dochodzą plany samorządów związane z rozwojem infrastruktury domów pomocy społecznej przekładającym się na liczbę dostępnych miejsc w domach, i tak według danych z 2011 r. samorzady i podmioty nie-



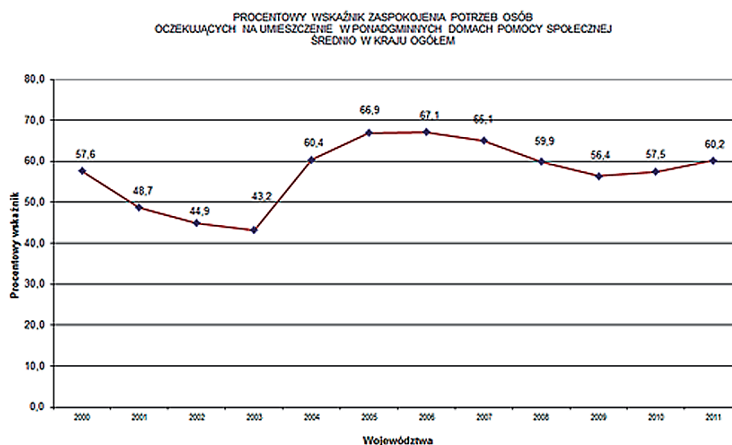
koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

publiczne prowadzące domy na zlecenie planowały zwiększenie liczby miejsc o 190 miejsc w skali całego kraju.

Tabela 8. Procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb osób oczekujących na umieszczenie w ponadgminnych domach pomocy społecznej

LP	WOJEWÓDZTWO	ROK											
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01	DOLNOŚLĄSKIE	52,5	44,4	42,6	38,9	50,6	54,5	54,3	53,0	46,3	42,5	41,0	47,5
02	KUJAWSKO-POMORSKIE	46,4	46,4	41,6	37,5	74,8	74,8	71,6	67,1	66,0	65,6	67,3	64,5
03	LUBELSKIE	63,3	54,7	47,8	45,8	74,1	71,8	72,6	69,9	67,3	73,5	77,0	77,8
04	LUBUSKIE	75,2	61,3	54,7	48,9	78,1	73,7	71,3	67,8	58,0	56,2	60,6	53,8
05	ŁÓDZKIE	63,1	51,3	54,6	48,2	58,6	53,2	54,4	73,7	67,6	66,2	62,5	68,2
06	MAŁOPOLSKIE	66,9	52,6	45,4	56,0	66,1	64,9	70,8	67,9	60,0	51,1	51,7	56,8
07	MAZOWIECKIE	56,2	35,2	34,5	39,3	49,9	51,8	67,3	64,3	65,3	57,1	59,9	66,9
08	OPOLSKIE	60,2	48,6	44,8	38,3	76,4	80,0	86,3	70,5	69,6	48,9	59,1	70,9
09	PODKARPACKIE	48,8	55,4	53,0	52,0	77,7	82,5	91,2	87,8	81,7	72,5	74,0	85,6
10	PODLASKIE	49,2	40,6	49,3	47,2	57,2	67,1	68,2	65,3	48,9	52,0	54,4	51,1
11	POMORSKIE	49,9	35,1	47,8	40,8	58,5	55,0	57,2	53,6	42,8	40,7	38,7	39,1
12	ŚLĄSKIE	57,5	38,2	34,9	30,8	40,6	45,0	43,5	44,4	41,7	37,7	38,2	36,3
13	ŚWIĘTOKRZYSKIE	59,2	72,0	41,9	45,1	88,7	93,3	80,3	76,3	76,5	68,7	65,5	67,8
14	WARMIŃSKO-MAZUR	41,8	43,9	41,4	38,7	56,3	65,4	49,4	47,5	46,2	39,8	47,2	52,3
15	WIELKOPOLSKIE	63,8	70,6	17,0	54,3	75,7	70,0	67,5	63,5	70,0	71,7	61,8	58,6
16	ZACHODNIOPOMORS	56,8	55,2	48,6	41,4	77,1	67,4	67,8	68,5	50,1	58,1	60,9	65,3
P O L S K A:		57,6	48,7	44,9	43,2	60,4	66,9	67,1	65,1	59,9	56,4	57,5	60,2
		ZMIANA PRZEPISÓW O ODPLATNOŚCI											

Źródło: Procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb osób oczekujących na umieszczenie w ponadgminnych domach pomocy społecznej na podstawie mpips-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej, wg stanu na dzień 31.XII.2010 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS

W ciągu roku 2011 przyjęto do domów pomocy społecznej 10 791 osób, odeszło z domów pomocy społecznej (do innych placówek, rodziny, usamodzielnionych, zmarło) 10 310 osób.

W ogólnej liczbie mieszkańców domów pomocy społecznej 9 988 osób nie opuszczało łóżek, co stanowi ponad 13,1% ogółu mieszkańców domów pomocy społecznej.

Struktura wiekowa mieszkańców domów w 2011 r. przedstawiała się następująco: najmniejszą grupę stanowiły osoby do lat 18 stanowiąc 1,83%, osoby w wieku 19 do 40 lat stanowiły 14,46%, w osoby wieku 41 do 60 lat, stanowiły najliczniejszą grupę wynoszącą około 30,73%, w wieku 61 do 74 lat – 23,03%, powyżej 74 lat – 29,95%. Proporcje te wpisują się w ogólny obraz struktury społecznej oraz ilustrują skuteczność działań pomocy społecznej. Około 2% udział w strukturze wiekowej mieszkańców jest odzwierciedleniem skuteczności budowania oparcia środowiskowego dla dzieci i młodzieży intelektualnie niepełnosprawnej, która korzystając z ośrodków wsparcia dziennego pozostaje w rodzinie, a nie staje się mieszkańcem domu pomocy społecznej.

W roku 2011 w stosunku do 2010 roku ogółem zmniejszyła się o 10 liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej, których liczba w poszczególnych typach, według stanu na dzień 31 grudnia 2011r. wynosi przy liczbie 782 domów pomocy społecznej, dysponujących ogólną liczbą miejsc 77 368, w których przebywało 76 219 mieszkańców.

W tym:

- dla osób w podeszłym wieku – 188 domów na 13 071 miejsc
- dla osób przewlekłe somatycznie chorych – 219 domów na 24 715 miejsc
- dla przewlekłe psychicznie chorych – 147 domów na 18 366 miejsc



- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 146 domy na 14 360 miejsc
- dla dzieci i młodzieży intelektualnie niepełnosprawnych – 104 domy na 8 372 miejsca
- dla niepełnosprawnych fizycznie – 11 domów na 1 342 miejsca

W ogólnym przekroju rozwoju ilościowego domów pomocy społecznej, wartym wyróżnienia jest rok 2005, gdy po wejściu w życie nowej ustawy o pomocy społecznej, z mocy której domy pomocy społecznej dla matek samotnie wychowujących dzieci i kobiet w ciąży zostały przekształcone w ośrodki wsparcia, ogólna liczba domów w 2005 r. w stosunku do 2004 roku uległa zmniejszeniu o 18, z czego 10 przekształconych zostało w ośrodki wsparcia.

W roku 2005 w stosunku do 2004 roku, zmniejszyła się także liczba mieszkańców, co można uznać jako skutek decyzji administracyjnych wynikających z przekształceń organizacyjnych, ale również skutek procesu rozgęszczania domów - w następujących typach domów pomocy społecznej, w tym:

- dla osób w podeszłym wieku – o 259 osób,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych – o 1549 osób,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie - o 11 osób,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie – o 149 osób.

Jednocześnie wzrosła liczba mieszkańców w domach:

- dla osób przewlekle psychicznie chorych – o 632 osoby
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie - o 66 osób.

Ogółem liczba mieszkańców w 2005 roku uległa zmniejszeniu o 1478 osób w stosunku do 2004 roku. Zestawiając liczbę mieszkańców w poszczególnych domach w roku 2004 i 2011, nie sposób nie zauważyć, że liczba ta spadła o ponad 3 500 miejsc.

Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku

Organizowanie i prowadzenie domów pomocy społecznej spoczywa na organach administracji publicznej, których duża część jest prowadzona przez sektor niepubliczny, z którego najliczniejszą grupę stanowią domy prowadzone przez zgromadzenia zakonne. Określenie obecnie precyzyjnej liczby tych domów zawiera w sobie spory błąd wynikający rozmycia różnic, pomiędzy typem dla przewlekle somatycznie chorych a typem dla osób w podeszłym wieku i klasyfikowaniem odmiennie w różnych częściach kraju podobnych placówek. Ze statystycznego punktu widzenia na koniec 2011 r. funkcjonowało 119 domów dysponujących 8 591 miejscami, jednak gdyby zmienić mechanizmy finansowania będące skutkiem obowiązujących standardów świadczonych usług, ich liczba uległaby zwiększeniu. Uwzględniając jedynie kryterium wieku, ponad połowa mieszkańców domów pomocy społecznej to osoby powyżej 61 roku życia.

Jak wskazuje Jerzy Krzyszkowski¹⁶, w szkicu socjologicznym pomocy społecznej, odwołując się do twórczyni pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej: Opieka i pomoc to dwa różne rodzaje działalności. Opieka jest działalnością o charakterze kompensacyjno-rewalidacyj-

¹⁶ J. Krzyszkowski, Pomoc społeczna. Szkic socjologiczny, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2008, za: H. Radlińska, Pedagogika społeczna, Ossolineum, Wrocław 1961.

nym, dotyczy jednostek niezdolnych do samodzielnego życia, za które sprawujący opiekę bierze odpowiedzialność. Ma charakter ciągły, stanowiący trwały układ zależności, np. między dziećmi a rodzicami czy ludźmi starymi a ich opiekunami. Opieka jest działaniem, które ubezwłasnowolnia, ogranicza albo nawet uniemożliwia własną inicjatywę, zaradność. (...) Pomoc ma zastosowanie w sytuacjach trudnych, jest doraźna bądź okresowa. Funkcją odpowiednio sprawowanej pomocy powinno być stopniowe doprowadzenie podopiecznego do samodzielności niezależności życiowej. Jej zasadę stanowi domaganie się rozwoju, co zakłada świadome współuczestnictwo i współpracę otrzymującego pomoc. Oznacza to zachowanie odpowiedzialności za siebie, korzystającego z pomocy oraz brak podporządkowania biorcy osobie udzielającej pomocy. Krzyszkowski przytacza również dosyć trafny komentarz Dariusza Zalewskiego¹⁷ dotyczący sporu wokół terminów „opieka” i „pomoc społeczna”, dopatrując się przyczyn w trudnościach z ich operacjonalizacją, gdyż żadna z tych form nie występuje w praktyce w czystej postaci, a są ze sobą wzajemnie wymieszane, co jest argumentem na rzecz zamiennego używania tych dwóch pojęć. Wskazuje ponadto na pomieszanie racji ideologicznych, merytorycznych i politycznych, skutkujących łączeniem „opieki” z działalnością filantropijną, dobroczynną, uznawaną za niższy etap rozwoju pomocy społecznej. Wielu organizatorów pomocy społecznej wykazuje się dużą drażliwością w zakresie poprawności terminologicznej właśnie w takim znaczeniu, akcentując „wyższość” pomocy społecznej nad opieką społeczną. Patrząc z dzisiejszej i praktycznej perspektywy na te różnice terminologiczne, można odnieść wrażenie, iż nie mają one istotnego znaczenia, jeśli w procesie wspierania osoby będącej w trudnej sytuacji uwzględnione zostaną podstawowe przesłanki wynikające z partnerstwa, podmiotowości odbiorcy pomocy itd.¹⁸.

Przejście mentalne, wyraźnie rysujące się po 1990 r. od opieki społecznej do pomocy społecznej na poziomie domu pomocy społecznej jest zamazane. Jak wskazuje D. Zalewski w sensie organizacyjnym nie funkcjonują i nigdy nie funkcjonowały dwie odmienne struktury - opieki i pomocy społecznej - ale istnieją odmienne reguły działania oraz odmienne formy aktywności, różniące się przesłankami, zakresem i stosowanymi metodami, inne wydają się cele, a także kategorie świadczeniobiorców objętych opieką lub pomocą¹⁹.

Pomimo że pomoc społeczna i opieka społeczna nie są synonimiczne, to w odniesieniu do usług adresowanych do osób starszych panuje swego rodzaju dualizm pojęciowy. Pojęcia te używane są często używane zamiennie, szczególnie w odniesieniu do usług świadczonych w systemie całodobowym w jednostkach takich, jak domy pomocy społecznej. Zadać można więc następujące pytania: czy świadczone w formie stacjonarnej usługi opiekuńcze dla osób w podeszłym wieku mają bardziej znamiona opieki społecznej czy pomocy społecznej? Czy bardziej uzasadnione jest zatem mówienie o „stacjonarnej opiece społecznej” czy „stacjonarnej pomocy społecznej” nad ludźmi starymi?²⁰.

17 D. Zalewski, Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji, praca doktorska, Uniwersytet Warszawski 2002.

18 Z. Grabusińska, Rola pracy socjalnej w aktywnej integracji, MCPS, Warszawa 2012.

19 D. Zalewski, Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 32.

20 Ł. Jurek, Zmiany stacjonarnej opieki nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach, praca doktorska, Uniwer-



Za stosowaniem pojęcia „pomoc społeczna” przemawia wiele przesłanek, główną z nich znajdujemy w art. 55 ustawy o pomocy społecznej, który wskazuje, że organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Zapis ten eksponuje wolę podmiotowego traktowania przez ustawodawcę wszystkich mieszkańców domów pomocy społecznej, niejako ubezwłasnowolnionych przez los, ale ciągle będących pełnoprawnymi obywatelami, posiadającymi takie same prawa jak przed zamieszkaniem w domu pomocy społecznej. Aspekt podmiotowości był do 1990 roku, w dużej mierze pomijany, niezauważany²¹. Dążenie do upodmiotowienia świadczeniobiorców jest istotną cechą pomocy społecznej²².

Cechą pomocy społecznej jest także dopasowanie zakresu świadczeń do indywidualnych potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych, która w domach pomocy społecznej przełożona została na wprowadzenie i stosowanie indywidualnych planów wsparcia, które mają na celu zapewnienie oddzielnego spojrzenia na problemy każdego mieszkańca oraz skoordynowanie działań całego personelu na te problemy²³ za pośrednictwem pracownika pierwszego kontaktu, który odpowiedzialny jest za wypracowywanie i nadzorowanie realizacji indywidualnego planu wsparcia, a także reprezentowanie mieszkańca (gdy zajdzie taka potrzeba), zachęcanie do aktywnego spędzania czasu i motywowanie go do różnych działań.

Zaznaczyć należy, że pobyt w domu pomocy społecznej nie ma tylko niwelować zależności osób starych, ale powinien również aktywnie tę zależność ograniczać. Służyć temu mają usługi wspomagające, których celem jest między innymi rewitalizacja (rehabilitacja) geriatryczna²⁴.

Niezwykle istotne z perspektywy nowej filozofii podejścia w pomocy społecznej jest funkcjonowanie w domach pomocy społecznej dla osób starszych samorządów mieszkańców. Samorząd wybierany jest przez mieszkańców domu i reprezentuje ich interesy. Służy artykułowaniu potrzeb mieszkańców oraz rozwiązywaniu ich problemów. Może wpływać na kształtowanie i rozwijanie właściwych relacji między personelem i podopiecznymi. Dialog prowadzony między nimi daje możliwość na aktywne uczestniczenie osób niesamodzielnych w procesie rozwiązywania ich problemów.

Powyższe przesłanki wskazują jednak, iż większość działań adresowanych do osób w podeszłym wieku ma raczej charakter trwały, pogłębiający się wraz z wiekiem. W związku z czym usamodzielnienie się osób starszych jest raczej niemożliwe. Osoby starsze wraz z upływem czasu wymagają systematycznego zwiększania zakresu usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

sytyet Ekonomiczny we Wrocławiu, 2008 r. str. 78.

21 Z. Szarota, *Formy aktywności mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób starszych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000, s. 49.

22 P. Błędowski, *Pomoc społeczna*, poz. cyt., s. 238.

23 Por. Z. Takowski, C. Jurkiewicz, *Plan opieki indywidualnej*, [w:] Z. Tarkowski, *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej*, Wydawnictwo Fundacji „ORATOR”, Lublin 1998, s. 151.

24 A. Mielczarek, *Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy jakości życia ludzi starych*, „MED1”, 2007, nr 3, artykuł dostępny na stronie internetowej www.DPS.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=879.

nych, które świadczone są im do końca życia, co jest odwrotnym celem od dążenia pomocy społecznej do uniezależnienia świadczeniobiorców instytucji pomocy społecznej.

W literaturze przedmiotu można się spotkać z opiniami utożsamiającymi domy pomocy społecznej z instytucjami totalnymi²⁵. Pobyt w tych placówkach postrzegany jest jako miejsce izolacji, marginalizacji społecznej. Instytucje „izolują” mieszkające w nich osoby od integralnego funkcjonowania społecznego, zmniejszając szanse na ich reintegrację społeczną. Ponadto domy pomocy społecznej uchodzą za miejsca deprywacji potrzeb psychologicznych i emocjonalnych²⁶, a mieszkańcy tych placówek często traktowani są przedmiotowo, bez poszanowania ich praw i godności²⁷.

Świadczone w domach pomocy społecznej usługi opiekuńcze mogą być nacechowane wysokim poziomem zależności²⁸, który może mieć charakter negatywny, związany z koniecznością bezwzględnego podporządkowania się władzy personelu oraz zasadom panującym w placówce. Ogranicza to autonomię, ubezwłasnowolnia i zabija indywidualną zaradność. Bezrefleksyjne rozpościeranie opieki nad osobami niesamodzielnymi skutkuje tym, że z czasem rezygnują one ze swoich aspiracji, minimalizują swoje potrzeby, a ich życie zmienia się w wegetację²⁹.

Przejęcie odpowiedzialności za podopiecznego jest istotną cechą opieki³⁰. Tymczasem, jak podkreśla J. Gałęziak, celem pomocy społecznej powinno być wspieranie, a nie wyręczanie. Wspieranie pobudza do rozwoju samodzielności, odpowiedzialności i samopomocy. Wyręczanie wyzwała postawę roszczeniową, marazm i bierność³¹.

25 E. Tarkowska, *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Warszawa, 1994.

26 L. Dziewięcka-Bokun, *Rodzina „małą ojczyzną” starości*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa...*, poz. cyt., s. 169.

27 O. Kowalczyk, *Niepełnosprawność...*, poz. cyt., s. 61.

28 Z. Szarota twierdzi, że instytucjonalna pomoc społeczna niestety najczęściej wzmacnia zależność osób z niej korzystających. Też, poz. cyt., s. 85.

29 I. Rybka, *System pomocy społecznej w Polsce wobec nowej fali ekonomii społecznej: szanse i bariery*, „Trzeci Sektor”, 2007, nr 9, s. 32.

30 M. Biedroń, *Interpretacje pojęcia „opieka” jako czynnika konstytuującego podejście do pracy socjalnej*, [w:] J. Kędzior, A. Ładyżyński (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Dolnośląska Wyższa Szkoła Służb Publicznych „ASESOR” we Wrocławiu i Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006, s. 62.

31 J. Gałęziak, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, [w:] Z. Tarkowski, *Zarządzanie...*, poz. cyt., s. 10.



Tabela 9. Domy dla osób w podeszłym wieku w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 r.

LP	Województwo	Ogółem			
		Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
	0	1	2	3	4
1	Dolnośląskie	6	6	520	518
2	Kujawsko-Pomorskie	9	9	598	589
3	Lubelskie	5	6	378	344
4	Lubuskie	2	2	140	126
5	Łódzkie	9	9	956	931
6	Małopolskie	15	15	1051	1038
7	Mazowieckie	15	15	1156	1107
8	Opolskie	7	7	418	405
9	Podkarpackie	4	4	172	159
10	Podlaskie	3	3	85	87
11	Pomorskie	1	2	33	31
12	Śląskie	22	22	1930	1915
13	Świętokrzyskie	1	1	35	35
14	Warmińsko-Mazurskie	5	5	263	252
15	Wielkopolskiw	12	12	796	757
16	Zachodniopomorskie	1	1	60	59
	Polska	117	119	8591	8353

Źródło: Domy dla osób w podeszłym wieku w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 roku - na podstawie mpips-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych

Domy dla osób przewlekle chorych to domy, w których w głównej mierze przebywają osoby starsze, dotknięte najczęściej wielochorobowością. Obecnie funkcjonuje 160 domów przeznaczonych dla tych osób dysponujących 15 850 miejscami. Z racji zwiększonego zapotrzebowania osób przewlekle somatycznie chorych na opiekę medyczną pojawia się wiele głosów, iż wsparcie dla nich powinno być organizowane przez system ochrony zdrowia, w ramach opieki długoterminowej czy w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Za chorobę przewlekłą uznaje się wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają

jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego, ale także socjalnego, albo wymagać będą długiego okresu obserwacji, nadzoru, czy specjalistycznej opieki. Choroby przewlekłe to głównie choroby układu oddechowego, układu krążenia, układu kostno-stawowego, choroby mięśni, układu moczowego czy systemu wydzielania wewnętrznego oraz związane z nieprawidłową przemianą materii i niewłaściwym sposobem odżywiania się.

Organizując wsparcie dla osób przewlekłe somatycznie chorych, kadra zarządzająca domu pomocy społecznej, koncentruje się na holistycznym podejściu w zastosowanej terapii, mającej na celu przywrócenie sprawności i minimalizowanie skutków chorobowych, ale przede wszystkim równowagi i harmonii interakcji społecznych pomiędzy mieszkańcem a jego otoczeniem. Człowiek chory przewlekłe, często dotkliwie odczuwa: ograniczenie szans rozwoju społeczno-emocjonalnego, cechuje go utrata perspektyw życiowych i nadziei, ulega konieczności rezygnacji z planów i zamierzeń, ujemnie ocenia swoje możliwości i pozycję społeczną, wykazuje zaburzenia aktywności psychicznej i stanów emocjonalnych, myśli o własnej nieprzydatności do życia. Taka osoba boi się odrzucenia emocjonalnego przez innych bądź przyjaźni motywowanej litością, odczuwa obniżenie nastroju, bierność, brak optymizmu, niską motywację, potrzebuje życzliwości i ustawicznego wzmacniania i budując system wsparcia dla każdej osoby będącej mieszkańcem domu pomocy społecznej, należy o tym pamiętać.

Aby dom pomocy społecznej mógł być skutecznym ogniwem dopełniającym system usług w pomocy społecznej, jego organizatorzy muszą dokonać wyraźnego rozróżnienia osób niepełnosprawnych i osób starszych, na te które w obliczu swojej niesamodzielności i niepełnosprawności są w stanie w miarę aktywnie funkcjonować i na tych, którzy wymagają znacznego zakresu wsparcia ze strony osób trzecich, oraz programować i wdrażać działania zmierzające do budowania spójnej sieci oparcia społecznego dla wszystkich osób doświadczających różnych form niepełnosprawności. Obecnie przy znacznych niedoborach usług specjalistycznych, braku mieszkań dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych i braku inicjatyw ze strony samorządów tworzenia sieci mieszkalnictwa chronionego, deficycie form wsparcia dziennego między innymi dziennych domów pomocy, usług środowiskowych, rodzinnych domów pomocy - jedyną alternatywą pozostaje dom pomocy społecznej. Otaczające osoby niepełnosprawne bariery infrastrukturalne, finansowe, mentalne, powodują, że osoby te borykają się z problemem wykluczenia społecznego. Osoby niepełnosprawne będąc mieszkańcami domów, wymagają jednak jak najpełniej integracji ze środowiskiem, która jest czynnikiem rozwijającym, stymulującym do zwiększania wysiłku umożliwiającego niejednokrotnie łagodzenie niepełnosprawności. Aby działania takie mogły odnieść właściwy skutek konieczne jest również synchronizowanie działań domu pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Zwiększanie dostępności do usług zdrowotnych dla osób niepełnosprawnych, w tym do usług profilaktycznych łagodzących skutki niepełnosprawności.



Tabela 10. Domy dla osób przewlekle somatycznie chorych w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 r.

LP	Województwo	Ogółem			
		Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
	0	1	2	3	4
1	Dolnośląskie	19	19	1982	1970
2	Kujawsko-Pomorskie	11	11	937	917
3	Lubelskie	2	4	242	257
4	Lubuskie				
5	Łódzkie	12	12	1651	1644
6	Małopolskie	17	17	1576	1555
7	Mazowieckie	23	23	2170	2022
8	Opolskie		2	42	38
9	Podkarpackie	5	5	447	423
10	Podlaskie	4	4	488	489
11	Pomorskie	6	6	512	492
12	Śląskie	11	11	994	988
13	Świętokrzyskie	7	7	988	936
14	Warmińsko-Mazurskie	7	7	540	534
15	Wielkopolskiw	20	21	2197	2164
16	Zachodniopomorskie	12	12	1084	1068
	Polska	156	160	15850	15497

Źródło: Opracowanie własne na podstawie mpips-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych

Osoby z zaburzeniami psychicznymi to dość specyficzna grupa odbiorców świadczeń pomocy społecznej. Niestety obecny styl życia, tempo zmian, presja wywierana na jednostkę ze strony środowiska to czynniki, wpływają na wzrost liczby tych osób, którym w następstwie zmian chorobowych potrzebne jest wsparcie. Zmniejszenie natężenia chorób i objawów psychopatologicznych, jest uzależnione od kondycji psychicznej całego społeczeństwa, jednak sposób myślenia i dotychczasowe postawy społeczne sprzyjają powstawaniu zaburzeń ich systematycznemu rozwojowi. Współczesny człowiek stoi ustawicznie przed trudnym wyborem, które niejednokrotnie są nadmiernym obciążeniem dla jego psychiki. Niejednokrotnie

stoi przed alternatywą wyboru wzajemnie się wykluczających wartości- albo być kochającym ludzi i życie, albo dążyć do sukcesu, robić karierę, eliminując potencjalne zagrożenie (zwykle rzadko udaje się połączyć wrażliwość na ludzi z robieniem kariery). Generalnie „kult pieniądza”, egoizm, mutualizm, obok uwarunkowań genetycznych, staje się jednym z ważnych czynników wzrostu liczby pacjentów depresyjnych, zaburzonych czy przewlekłe psychicznie chorych.

Niejednokrotnie wsparcie to jest konieczne równoległe z realizowanym procesem leczenia a czasem po długookresowym pobycie w szpitalu psychiatrycznym osoba nie znajdując odpowiedniego oparcia w środowisku zamieszkania trafia do domu pomocy społecznej.

Zaburzenia psychiczne, to zachowania będące głównym obszarem zainteresowania psychiatrii, ze względu na potrzebę ich leczenia, natomiast pomoc społeczna skupia swoje działania na budowaniu stosownego wsparcia dla tych osób. Zaburzenia psychiczne to zaburzenia czynności organizmu, uniemożliwiające człowiekowi utrzymanie równowagi wewnętrznej lub zrównoważonej wymiany z otoczeniem, manifestujące się w zakresie czynności psychicznych.

Według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w Polsce zaburzenia psychiczne dzielimy na: choroby psychiczne, tj. stany, w których obecne są zaburzenia psychotyczne, upośledzenia umysłowe i inne zakłócenia czynności psychicznych.

Artykuły 23, 24 i 28 tej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymagają, by w sytuacjach hospitalizacji bez zgody ustalić u pacjenta stan choroby psychicznej. Należy wówczas stwierdzić objawy psychotyczne. Objawami psychotycznymi, zgodnie z klasyfikacją ICD-10³², w kategoriach manii psychotycznej i depresji psychotycznej, są: urojenia, omamy, skrajne zaburzenia zachowania, jak zatrzymanie wszelkiej aktywności (osłupienie) lub odwrotnie – bezładne pobudzenie (podniecenie) ruchowe, skrajna dezorganizacja myślenia np. poprzez niekontrolowany natłok myśli.

Chorobą psychiczną, w tym ujęciu, nie jest więc ani ciężkie zaburzenie psychiczne, ani endogenne (związane z wewnętrznymi przyczynami), tylko zaburzenie w przebiegu, którego występują określone objawy z listy. Ten stan prawny najprawdopodobniej będzie w najbliższym czasie zmieniany, wobec zasadniczego braku zgody współczesnej psychiatrii na rozpoznawanie chorób psychicznych, wynikające z kwestionowania przez psychiatrów zaliczania całych grup zaburzeń do chorób psychicznych. W szczególności dotyczy to zaburzeń afektywnych, jednobiegunowych i dwubiegunowych, w przebiegu których jedynie u części osób i jedynie w krótkich okresach czasu mogą występować objawy psychotyczne. Rozwój metod terapeutycznych w psychiatrii idzie w parze z istotnymi przeobrażeniami po stronie rekomendacji aprobowanych form wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie. Stosowanie nowych form leczenia psychiatrycznego łączy się ze znacznym ograniczeniem

32 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – międzynarodowy system diagnozy nozologicznej. ICD-10 jest opracowana przez WHO i obowiązuje w Polsce od roku 1996. http://pl.wikipedia.org/wiki/Mi%C4%99dzynarodowa_Klasyfikacja_Chor%C3%B3b_ICD-10.



opieki w szpitalach, tendencją ograniczania hospitalizacji do niezbędnego minimum i przenoszenia środka ciężkości z form instytucjonalnych na rzecz opieki środowiskowej. Stąd w pomocy społecznej realizowana jest od momentu wejścia w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego sieć oparcia, którego głównym ogniwem są środowiskowe domy samopomocy. W wielu jednak przypadkach wsparcie w środowisku okazuje się niewystarczające, szczególnie wówczas gdy zagrożone jest bezpieczeństwo zdrowia i życia takiej osoby lub jego otoczenia, wiążące się z potrzebą zamieszkania w instytucji całodobowej opieki.

Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, to oferta nie dla wszystkich osób zaburzonych psychicznie, ale jedynie dla osób spełniających kryteria przyznania tej formy pomocy, u których występują objawy psychotyczne stale lub okresowo (przewlekle), ale nie jednorazowo, czy sporadycznie - powodujące niemożność samodzielnego przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, bowiem osoby te na skutek choroby manifestującej się objawami psychotycznymi nie mają możliwości przezwyciężania wielu trudnych sytuacji życiowych.

W leczeniu chorób psychicznych stosowanych jest wiele różnorodnych metod terapii i rehabilitacji, do których należą:

rehabilitacja lecznicza - leczenie usprawniające,

rehabilitacja ruchowa - usprawnianie układu kostno- mięśniowo-nerwowego,

rehabilitacja psychologiczna zajmująca się zaburzeniami reakcji psychicznych oraz rehabilitacja społeczna zajmująca się usprawnianiem nieprawidłowych relacji socjospołecznych, będących w centrum zainteresowania pomocy społecznej.

Ważnym elementem rehabilitacji społecznej jest terapia zajęciowa (ergoterapia), wykorzystanie pracy i dostosowanych zajęć, głównie manualnych, jako czynnika usprawniającego osobę z zaburzeniami psychicznymi.

Tabela 10. Domy dla osób przewlekle somatycznie chorych w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 r.

LP	Województwo	Ogółem			
		Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
	0	1	2	3	4
1	Dolnośląskie	6	6	675	675
2	Kujawsko-Pomorskie	11	11	1118	1098
3	Lubelskie	8	12	726	745
4	Lubuskie	5	5	462	462
5	Łódzkie	17	17	2042	1998
6	Małopolskie	24	25	2680	2600
7	Mazowieckie	15	20	2432	2468

8	Opolskie	3	3	760	759
9	Podkarpackie	13	13	1770	1753
10	Podlaskie	4	4	655	653
11	Pomorskie	9	11	1279	1268
12	Śląskie	17	18	2092	2092
13	Świętokrzyskie	11	11	1126	1166
14	Warmińsko-Mazurskie	7	7	975	972
15	Wielkopolskiw	10	10	1096	1088
16	Zachodniopomorskie	4	4	799	798
Polska		164	177	20687	20595

Źródło: Domy dla osób przewlekle somatycznie chorych w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 roku – na podstawie MIPS-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej, wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Domy pomocy społecznej dla osób intelektualnie niepełnosprawnych

Zgodnie definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia, osoby intelektualnie niepełnosprawne mieszczą się w definicji osoby niepełnosprawnej: „Osoba niepełnosprawna to osoba, u której istotne uszkodzenia i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodują uniemożliwienie, utrudnienie lub ograniczenie sprawności funkcjonowania w społeczeństwie, biorąc pod uwagę takie czynniki jak płeć, wiek oraz czynniki zewnętrzne”.

Poza dysfunkcjami fizycznymi, umysłowo-psychicznymi i pozostałymi bliżej nieokreślonymi występują jeszcze sprzężone schorzenia psychofizyczne określające znaczny stopień niepełnosprawności. Inny podział charakteryzujący osoby niepełnosprawne uwzględnia rodzaj ich niepełnosprawności.

Rodzaje niepełnosprawności:

Obniżona sprawność sensoryczna (zmysłowa) – brak, uszkodzenie lub zaburzenie funkcji analizatorów zmysłowych (są to m.in. osoby niewidome, niedowidzące, głuche, niedosłyszające, z zaburzeniami percepcji wzrokowej i słuchowej)

Obniżona sprawność intelektualna – upośledzenie umysłowe, demencja starcza

Obniżona sprawność funkcjonowania społecznego – zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej oraz zdrowia psychicznego

Obniżona sprawność komunikowania się – utrudniony kontakt słowny (zaburzenia mowy, autyzm, jąkanie się)

Obniżona sprawność ruchowa – osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wrodzoną lub nabytą)

Mózgowe porażenie dziecięce

Obniżona sprawność psychofizyczna z powodu chorób somatycznych – np. nowotwory, guz mózgu, cukrzyca.



Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności to: wady wrodzone, choroby przewlekłe, nagłe - wypadki, urazy.

W ustawie o pomocy społecznej niepełnosprawność zdefiniowana została jako niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, albo zaliczenie do grupy inwalidów lub legitymowanie się stopniem niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Tabela 11. Domy dla osób dorosłych intelektualnie niepełnosprawne w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 roku

LP	Województwo	Ogółem			
		Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
	0	1	2	3	4
1	Dolnośląskie	13	13	1518	1510
2	Kujawsko-Pomorskie	11	11	848	794
3	Lubelskie	8	11	899	876
4	Lubuskie	3	3	184	185
5	Łódzkie	7	7	548	544
6	Małopolskie	13	13	732	785
7	Mazowieckie	18	1	1766	1785
8	Opolskie	5	5	479	470
9	Podkarpackie	5	5	508	500
10	Podlaskie	1	1	114	114
11	Pomorskie	6	8	512	539
12	Śląskie	12	12	925	919
13	Świętokrzyskie	5	5	465	462
14	Warmińsko-Mazurskie	6	6	683	639
15	Wielkopolski	15	16	1517	1501
16	Zachodniopomorskie	6	6	620	615
	Polska	134	141	12318	12238

Źródło: Domy dla osób intelektualnie niepełnosprawnych w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 roku – na podstawie mpips-05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Tabela 12. Domy dla dzieci i młodzieży intelektualnie niepełnosprawnych w podziale na województwa według stanu na koniec 2011 r.

LP	Województwo	Ogółem			
		Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
	0	1	2	3	4
1	Dolnośląskie	1	1	102	102
2	Kujawsko-Pomorskie	1	1	110	108
3	Lubelskie	2	2	217	209
4	Lubuskie	2	2	156	159
5	Łódzkie	1	1	107	107
6	Małopolskie	2	2	222	213
7	Mazowieckie	3	3	228	228
8	Opolskie	5	5	413	416
9	Podkarpackie	1	1	85	84
10	Podlaskie	1	1	270	270
11	Pomorskie	5	5	394	408
12	Śląskie	7	7	582	579
13	Świętokrzyskie	1	1	124	127
14	Warmińsko-Mazurskie	1	1	90	89
15	Wielkopolskiw				
16	Zachodniopomorskie	3	3	340	336
	Polska	36	36	3440	3435

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPiPS

Według dostępnych danych statystycznych, coraz częściej domy przekształcają się w domy o typach mieszanych, w których występują dwie, a czasem niestety więcej typów niepełnosprawności, co skłania do refleksji, że samorządy nie realizują polityki gospodarki miejscami wynikającej ze specjalizacji działań dla określonego typu niepełnosprawności, a kierują się minimalizacją wydatków i kierowaniem osób do domów usytuowanych na własnym terenie, czasem również wtedy, gdy nie ma ku temu przesłanek związanych ze stanem zdrowia czy określoną niepełnosprawnością. W dłuższej perspektywie może to prowadzić do całkowitego zatarcia różnic pomiędzy poszczególnymi domami i sprowadzić funkcje domu do zapewnienia dachu nad głową i wyżywienia dla mieszkańców i rezygnację ze specjalistycznego wsparcia adresowanego do osób dotkniętych poszczególnymi niepełnosprawnościami. Ilustrację aktualnej liczby domów i liczbą miejsc, jakimi dysponują ilustruje tabela poniżej:



Tabela 13. Liczba domów i liczba miejsc w poszczególnych typach domów pomocy społecznej według stanu na koniec 2011 roku

Typ domu	Liczba domów	Liczba miejsc
1) dla osób w podeszłym wieku	119	8 591
2) osób przewlekle somatycznie chorych	160	15 850
3) osób przewlekle psychicznie chorych	177	20 687
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	140	12 318
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	72	5 410
6) osób niepełnosprawnych fizycznie	10	901
7) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	76	7 437
8) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	11	1 246
9) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	14	1 488
10) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	36	3 440

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPiPS

Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej

Każdy dom pomocy społecznej musi posiadać zezwolenie wojewody właściwego ze względu na położenie domu i musi być wpisany do rejestru, który corocznie ogłaszany jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Aby uzyskać zezwolenie, dom pomocy społecznej musi spełniać standard usług. Podmiotom prowadzącym domy pomocy społecznej, które nie spełniały standardu świadczonych usług wojewoda do 2004 roku wydawał zezwolenia warunkowe, które zachowywały ważność pierwotnie do dnia 31 grudnia 2006 r. a w następstwie nowelizacji przepisów w tym zakresie do końca 2012 roku. W zakresie wydawania zezwolenia na prowadzenie domu obowiązuje właściwość miejscowa, sprowadzająca się do konieczności ubiegania się o wydanie zezwolenia do wojewody właściwego ze względu na umiejscowienia domu pomocy społecznej.

Chcąc uzyskać zezwolenie podmiot prowadzący składa wniosek³³ o wydanie zezwolenia, przedkładając go służbom wojewody wraz dokumentami niezbędnymi do jego wydania,

³³ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej zawiera w załączniku wzór wniosku.

przy spełnieniu warunków określone w ustawie, należąc do podmiotów, które zostały do tego uprawnione, a przede wszystkim wypełniając warunki standardów świadczonych usług. Przedkładany wniosek zawiera podstawowe informacje o podmiocie ubiegającym się o zezwolenie (jego nazwę lub dane osobowe w przypadku ubiegania się o zezwolenie osoby fizycznej, siedzibę i adres, dane z ewidencji podatkowej, informacje o wpisie w rejestrze przedsiębiorców albo w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), a także informacje o samym obiekcie, jego usytuowaniu, wielkości, dla kogo będzie przeznaczony, jakiego rodzaju personel przewidziany jest do pracy z mieszkańcami, i jaki zakres usług będzie świadczony przez poszczególne jego grupy. Do wniosku o zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej wnioskodawca jest zobowiązany dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do nieruchomości, na której jest usytuowany dom, stosowne dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań wynikających z prawa budowlanego, przepisów przeciwpożarowych, sanitarnych, a także projekt regulaminu organizacyjnego. Dokumenty powinny również zawierać informacje o źródłach finansowania, a także o nie zaleganiu z płatnościami do Urzędu Skarbowego i ZUS-u. Wśród informacji powinna znaleźć się również informacja – o osobie, która będzie nim kierowała – czy jest do tego zdolna ze względu na stan zdrowia i czy nie była karana za przestępstwo popełnione umyślnie. Oświadczenia, podmiot lub osoba fizyczna składa pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Po złożeniu dokumentów i ewentualnym ich uzupełnieniu na życzenie wojewody następuje wizytacja, w którym usytuowany jest dom pomocy społecznej. Wizytacji dokonują inspektorzy socjalni, którzy naocznie potwierdzają bądź nie, informacje zawarte w dokumentach. W następstwie pomyślnie przeprowadzonej wizytacji wojewoda wydaje zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej na czas nieokreślony, równocześnie wpisując dom do prowadzonego przez siebie rejestru.

Rejestr domów pomocy społecznej prowadzony przez wojewodę jest jawny i podawany do publicznej wiadomości. Wojewoda corocznie, do 30 czerwca, ogłasza rejestr domów pomocy społecznej w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

Konsekwencją takiej konstrukcji prawnej jest uprawnienie po stronie wojewody w odniesieniu do samorządowych organów prowadzących, które w przypadku podejmowania decyzji o ewentualnej likwidacji lub zmiany przeznaczenia obiektu, w którym usytuowany jest dom pomocy społecznej, mają obowiązek posiadania zgody wojewody. Uzyskanie zgody na prowadzenie wprawdzie wydawane jest na czas nieokreślony, ale każdy dom podlega nadzorowi i kontroli ze strony służb wojewody i w określonych sytuacjach może takie zezwolenie utracić, co jest równoznaczne z procedurą likwidacji domu. Jako przesłanki zasadne do podjęcia takiej decyzji ustawodawca uznał obniżenie jakości świad-



czonych usług i ich zejście poniżej określonych standardów lub przestał spełniać warunki określone w ustawie. Skutek prawny takiej sytuacji to cofnięcie zezwolenia i wykreślenie z rejestru, co jest równoznaczne ze stawianiem takiej placówki w stan likwidacji. Oczywiście taka decyzja jest poprzedzona procedurą kontrolną i wydawaniem odpowiednich zaleceń do realizacji, których uporczywe nierealizowanie skutkuje podejmowaniem takiej drastycznej decyzji. Wojewoda, a w jego imieniu służby socjalne mają świadomość skutków podjęcia takiej decyzji. To przecież konieczność zapewnienia kilkudziesięciu a może nawet kilkuset osobom opieki w innych domach pomocy społecznej, a także utrata pracy dla kilkudziesięciu osób zatrudnionego personelu. Dlatego do tej pory nawet przy sporach w trakcie realizacji procedury sprawdzającej udało się wypracować kompromisy i w praktyce żaden wojewoda nie zamknął domu, chociaż od momentu wprowadzenia standardów kilkanaście domów zostało zlikwidowanych w następstwie decyzji samego podmiotu prowadzącego, który nie był w stanie sprostać standardom świadczonych usług i nie dysponował wystarczającymi środkami finansowymi, aby zrealizować skuteczny program naprawczy.

Do chwili obecnej przepis ten był wystarczającą ochroną, przed niepodejmowaniem pochopnej decyzji dotyczącej likwidacji domu pomocy społecznej, który nierzadko jest postrzegany przez lokalnych włodarzy jako „kłopot”, a nie miejsce rozwiązujące złożone problemy społeczne.

Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki całodobowej dla osób starszych lub niepełnosprawnych

Warto jeszcze raz wspomnieć, że procedura rejestracji ma na celu nie tylko respektowanie wymogów zawartych w ustawie, ale poprzez upowszechnianie tej informacji ma dotrzeć do odbiorcy, potencjalnego mieszkańca, że dom w którym będzie mieszkał spełnia wszystkie wymagania i świadczone usługi świadczy na porównywalnym poziomie jak w innych tego typu placówkach. Przestanka ta skłoniła organizatorów systemu do zawarcia w rozwiązaniach prawnych podobnych regulacji w odniesieniu do prywatnych placówek pełniących funkcje opiekuńcze w stosunku do osób starych, przewlekle chorych – w zakresie konieczności rejestracji i standardów świadczonych usług. Chodzi o placówki prowadzone przez osoby fizyczne i prawne, jako działalność gospodarczą. Istotna różnica między nimi, a domami pomocy społecznej polega na tym, że osoby przebywają w nich na podstawie umowy z podmiotem, który prowadzi placówkę, a nie na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez odpowiedni organ (tak jak w przypadku domów pomocy społecznej). Jednak dla przeciętnego Kowalskiego potoczne pojęcia „dom opieki”, „dom pomocy” są tożsame, często mylone, a w konsekwencji nieakceptowane zdarzenia, jakie miały w nich miejsce, sprowadzały się do ogólnego stwierdzenia, że „w domach opieki dzieją się straszne rzeczy”, dlatego względem prywatnych placówek wprowadzona została analogiczna procedura sprowadzająca się do wymogu posiadania zezwolenia wojewody na prowadzenie placówki. Wymóg posiadania zezwolenia na działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym

lub w podeszłym wieku, wynika z troski ustawodawcy o poziom usług świadczonych przez te placówki i konieczność ochrony praw osób w nich przebywających. Osoby te nie zawsze są w stanie dokonać obiektywnej oceny warunków, jakie są im oferowane przez prywatne placówki. Mogą być też narażone na złe traktowanie, a rodziny niejednokrotnie mieszkające w znacznej odległości, nie mając regularnego kontaktu z bliskimi nie potrafią dokonać racjonalnej oceny sytuacji.

Zezwolenie ww. placówkom wydaje w drodze decyzji administracyjnej wojewoda (właściwy ze względu na położenie placówki). Dlatego podmiot, który ma zamiar prowadzić działalność w wymienionym zakresie, powinien przed jej rozpoczęciem otrzymać stosowne zezwolenie od właściwego wojewody. Ustawa o pomocy społecznej daje wojewodzie uprawnienie do kontrolowania omawianych placówek w zakresie standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw osób w nich przebywających.

Jest to obszar działalności, w którym częściej dochodzi do nieprawidłowości niż w publicznych domach – głównie w zakresie prowadzenia nielegalnej działalności, bez uzyskania stosownego zezwolenia. Decydując się na uruchomienie placówki bez wymaganych zezwoleń, osoba prowadząca naraża się na dotkliwe kary finansowe, a nawet ewentualność jej zlikwidowania, gdy obiekt i sposób sprawowanej opieki nie spełniają wymaganego ustawowo standardu. Dlatego, jak wskazują służby wojewodów, uzyskanie precyzyjnej liczby prowadzonych prywatnych domów jest niemożliwe do oszacowania, gdyż nie ujmuje tych, którym „udało się” umknąć uwadze inspektorów i prowadzą nielegalną działalność. Jak wskazuje poniższa tabela obecnie prowadzonych placówek jest 196 na 5 930 miejsc.

Tabela 14. Liczba domów pomocy społecznej

PRZEZNACZENIE	OGÓŁEM		
	LICZBA PLACÓWEK (4+7)	LICZBA MIEJSC (5+8)	LICZBA MIESZKAŃCÓW
OGÓŁEM z tego dla:	196	5 930	4 904
1) osób w podeszłym wieku	109	2 913	2 552
2) osób przewlekle chorych	13	388	350
3) osób niepełnosprawnych	1	82	82
4) innych osób niż w. wymienione	73	2 547	1 920

Źródło: Opracowanie na podstawie mpips 05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.



Liczba prywatnych placówek jest dosyć płynna, gdyż w tym obszarze - częściej niż po stronie samorządowych jednostek całodobowego wsparcia - tworzone są nowe i likwidowane placówki, w których prowadzona jest działalność gospodarcza nacelowana na świadczenie całodobowych usług opiekuńczo- pielęgnacyjno- wspierających.

Kierowanie do domów pomocy społecznej

Aby zamieszkać w domu pomocy społecznej osoba wymagająca wsparcia musi spełniać przesłanki wynikające z art. 54 ustawy o pomocy społecznej, który określa, kto i w jakich okolicznościach ma prawo do skierowania do domu pomocy społecznej. Kierowanie do domu jest ściśle powiązane z rozwijaniem usług opiekuńczych w środowisku lokalnym, ponieważ procedurę kierowania powinno uruchamiać się po wyczerpaniu możliwości zapewnienia usług opiekuńczych. W związku z tym do domu kieruje się osobę, która wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Kierowanie do domu pomocy społecznej zostało zaliczone do tych świadczeń pomocy społecznej, które powinny być łatwo dostępne dla odbiorcy pomocy, dlatego wszystkie czynności z tym związane odbywają się na poziomie ośrodka pomocy społecznej. Osoba chcąca zamieszkać w domu, składa wniosek w miejscowym ośrodku wraz z dodatkowymi dokumentami, których lista została zawarta w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej³⁴.

Pisemny wniosek osoby ubiegającej się o skierowanie do domu, złożony do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na jej miejsce zamieszkania w chwili jej kierowania poprzedzony jest przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego w miejscu zamieszkania, który powinien zawierać w szczególności pisemne stwierdzenie braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę. Ponieważ osoby decydujące się na zamieszkanie w domu pomocy społecznej to osoby o ograniczonej sprawności, często o ograniczonej sprawności postrzegania otaczającej rzeczywistości, poza samą zainteresowaną osobą, wniosek może zgłosić inna osoba np. sąsiadka czy lekarz rodzinny lub powiatowe centrum pomocy rodzinie lub sam pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej. Wśród dokumentów załączanych do wniosku znajdują się:

- decyzja o przyznaniu osobie ubiegającej się zasiłku stałego oraz jej pisemna zgoda na ponoszenie opłaty za pobyt w domu, lub decyzja ZUS czy KRUS ustalająca wysokość emerytury lub renty oraz pisemną zgodę na ponoszenie z niej opłaty i potrącanie jej przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia,
- oświadczenia o wysokości dochodu osoby ubiegającej się, małżonka, zstępnych przed wstępnymi zobowiązanymi do ponoszenia opłaty.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej Dz. U. 2012 poz. 964.

Wśród załączonych dokumentów mogą znaleźć się ponadto inne, które mogą mieć wpływ na miejsce skierowania np. uprawnienia kombatanckie.

W następstwie zebranych dokumentów ośrodek pomocy społecznej wydaje decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za dom. Natomiast decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej. W przypadku regionalnych domów, decyzję wydaje marszałek województwa, oprócz regionalnych domów finansowanych z dochodów własnych samorządu województwa. W takim wypadku decyzję o skierowaniu wydaje organ gminy, a decyzję o umieszczeniu i opłacie za pobyt – marszałek województwa.

Jednocześnie w stosunku do domów prowadzonych przez osoby fizyczne, kościoł katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia i inne osoby prawne (jeżeli nie są prowadzone na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego) nie mają zastosowania przepisy dotyczące zasad kierowania i umieszczania osób w domu pomocy społecznej, ustalania kosztu utrzymania, zasad odpłatności, czy zwalniania z części lub całości ponoszonej opłaty. Takie domy świadczą usługi na podstawie umów cywilno prawnych i ustalają cenę za swoje usługi na zasadach wolnorynkowych, pozwalających na konkurowanie z innymi podmiotami.

Placówki te są powszechnie dostępne dla osób, które uznają, że nie potrafią bądź nie chcą funkcjonować nadal samodzielnie i opłaty, jakie ponoszoną z tego tytułu są prywatną sprawą stron umowy. Wysokość opłaty jest jednak poważną zaporą przed podejmowaniem swobodnej decyzji w tym zakresie, gdyż porównując średnią dochodowość osób zależnych ze średnimi wysokościami opłat za usługi całodobowe, najczęściej sama zainteresowana osoba nie mogłaby wszystkich obciążeń z tego tytułu, więc najczęściej członkowie rodziny w sposób dobrowolny umawiają się na partycypację w tej opłacie. Ustawodawca wprowadził jednak szczególną okoliczność, która umożliwia gminie kierowanie osób do takich domów pomocy społecznej, w sytuacji gdy w domach prowadzonych bezpośrednio przez samorząd lub przez podmioty niepubliczne na ich zlecenie brak jest wolnych miejsc.

Dopełnieniem takiego rozwiązania jest dodatkowo przepis wskazujący na umieszczenie w możliwie najkrótszym czasie i wpisaniem na listę osób oczekujących w przypadku, gdy natychmiastowe umieszczenie jest niemożliwe, co jest swego rodzaju zabezpieczeniem przed wydłużaniem się w nieskończoność czasu oczekiwania na wolne miejsce, co miało miejsce w przeszłości, gdy zdarzało się, że po ustaleniu przesłanek do zamieszkania w domu pomocy społecznej kandydat oczekiwał kilka a nawet kilkanaście lat na wolne miejsce w domu. Dziś czas oczekiwania zasadniczo się skrócił i osoba w rozsądnym terminie może przenieść się do domu, chociaż zdarzają się niechlubne przykłady tworzenia tzw. „sztucznej kolejki”, aby wydłużyć w czasie moment zamieszkania i tym samym nie ponosić odpowiedzialności za ponoszenie opłaty z tego tytułu (organ kieruje kandydatów do jednego domu, pomijając fakt np. wolnych miejsc w sąsiednim domu, wydłużając czas oczekiwania do kilku lat).



Odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej

Na dużym poziomie ogólności można uznać, że opłaty we wszystkich domach na terenie kraju są takie same, ponieważ wszystkie domy obowiązują zasady odpłatności regulowane ustawowo. Pierwotnie zasady określała ustawa o 1990 roku obowiązywały do końca 2003 roku i w ograniczonym zakresie obowiązują również obecnie, w odniesieniu do mieszkańców umieszczonych w domach do końca 2004 roku. Osoby te ponoszą odpłatność według tzw. starych zasad.

„Stare zasady” z ustawy z 1990 roku ograniczają miesięczną opłatę na poziomie 200% kryterium dochodowego nie więcej jednak niż 70 % dochodu osoby skierowanej do domu pomocy społecznej, różnicując opłaty ponoszone za pobyt osoby dorosłej lub dziecka wprowadzając preferencje w opłatach za pobyt dzieci. „Stare zasady” określiły miesięczną opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej osoby pełnoletniej posiadającej dochód ustalony na poziomie 200% kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie dla osoby samotnie gospodarującej, przy czym opłata ta nie mogła być wyższa niż 70% dochodu osoby przebywającej w domu pomocy społecznej, natomiast miesięczna opłata za pobyt dzieci w domu pomocy społecznej ponoszona przez rodziców lub opiekunów, jeżeli dysponowali dochodem dziecka w wysokości 150% ww. kwoty kryterium dochodowego, jednak nie więcej niż kwota odpowiadająca 70% dochodu na osobę w rodzinie, przy równoczesnym wliczaniu w to dziecko kierowane.

W obecnym stanie prawnym osoby przebywające na „starych zasadach” ponoszą odpłatność w wysokości 70% swojego dochodu łącznego netto, nie więcej niż pełny koszt utrzymania. W większości przypadków zrezygnowano (w efekcie poszukiwania rozwiązań minimalizujących poziom finansowania domów ze środków samorządowych) z drugiego elementu zasady nie więcej niż 200% dochodu, ponieważ poprzednia ustawa dopuszczała pobieranie opłaty do pełnej wysokości w przypadku osiągnięcia przez dom wymaganego standardu świadczonych usług, z czego co obecnie, dosyć skwapliwie i powszechnie korzystają, gdy w wyjątkiem kilku domów, pozostałe osiągnęły wymagane standardy.

Najważniejszym jednak elementem zasad odpłatności wprowadzonych w 2004 roku było uwolnienie opłaty za pobyt do pełnego kosztu utrzymania i ustalenie składowych tego kosztu. Wprowadzenie nowych mechanizmów miało na celu doprowadzenie do sytuacji, w której domy pomocy społecznej uniezależnią się od transferów finansowych ze strony samorządu, zachowując płynność finansową, jednak oczekiwanie to okazało się mrzonką, a w niektórych przypadkach pojawiały się sytuacje odwrotne, w których następował transfer środków finansowych ze strony domów pomocy społecznej między innymi z wnoszonych przez mieszkańców opłat w stronę samorządu terytorialnego, rekompensującego sobie w ten sposób niedobory we własnym budżecie.

Uwolnienie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej pozwoliło zachować powszechną zasadę dostępu do miejsca w domu pomocy społecznej niezależnie od poziomu posiadanego dochodu, który jest podstawowym wyznacznikiem uprawnień do świadczeń w pomocy społecznej. Zachowanie pełnego dostępu do zamieszkania osobom niesamodzielnym w

domu pomocy społecznej zostało podyktowane troską o osoby, które posiadając wysokie dochody czy znaczne zasoby, nie są w stanie zapewnić sobie dostępu do całodobowych usług z powodu braku wystarczającej oferty placówek prywatnych, których rozmieszczenie jest nierównomiernie w różnych częściach kraju³⁵.

Obecnie pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca ustala organ prowadzący – w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym - ustala wójt lub odpowiednio burmistrz, prezydent miasta, w domu pomocy społecznej o zasięgu powiatowym - ustala starosta, a w domu regionalnym marszałek województwa. Wyliczony w oparciu o poniesione wydatki koszt jest ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku kalendarzowego. Ogłoszenie, to stanowi podstawę do ustalenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej od następnego miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało opublikowane. W związku z tym najczęściej nowy koszt stanowi podstawę wyliczenia od miesiąca marca, znacznie rzadziej od lutego, mimo że domy czynią maksymalnie duże starania, aby wyliczony koszt zaczął jak najwcześniej obowiązywać, starając się w ten sposób minimalizować straty wynikające z rosnącymi kosztami utrzymania, które wpływają na generowanie kosztów, które jeśli nowa wysokość kosztu będzie obowiązywać z opóźnieniem, będą kosztami bez pokrycia w roku danym roku kalendarzowym.

Jeśli dom pomocy społecznej rozpoczyna działalność w trakcie trwania roku budżetowego, np. po zakończeniu cyklu inwestycyjnego, to średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca ustala na poziomie uśrednionego kosztu obowiązującego w poszczególnych domach danego typu w województwie, a w roku następnym licząc poniesione wydatki w miesiącach funkcjonowania domu i dzieląc ich sumę przez liczbę tych miesięcy.

Ustawa poza określaniem metody ustalania kosztu w domu pomocy społecznej, wskazuje w zamkniętym katalogu, kto jest zobowiązany do ponoszenia tych opłat. Jako pierwszą wylicza samą osobę przebywającą w domu, a w przypadku osób małoletnich ich przedstawiciela ustawowego z dochodów dziecka, w drugiej kolejności wskazuje najbliższą rodzinę osoby przebywającej w domu, a więc współmałżonka, następnie dzieci i wnuki, a jako trzecią gminę właściwą ze względu na adres zamieszkania osoby przed skierowaniem do domu pomocy społecznej. Wprowadzony w ustawie mechanizm sprowadza się do sytuacji, w której dom pomocy społecznej uzyskuje pełną kwotę, jaka jest potrzebna na zapewnienie sprawnego funkcjonowania domu, na którą składają się wspólnie z osobą kierowaną jej najbliżsi, a przypadku, gdy najbliższa rodzina jest niewydolna ekonomicznie, to opłatę tę uzupełnia gmina. W praktyce jednak najczęściej rodzina z racji swoich niskich dochodów jest zwalniana z ponoszenia opłaty i dopełnienie do pełnego kosztu staje się obowiązkiem gminy.

³⁵ Odsetek takich osób jest niewielki w stosunku do ogólnej liczby osób kierowanych do domów pomocy społecznej, ponieważ osoby, które opłacają pełną opłatę z tytułu pobytu stanowią zaledwie 1,8% wszystkich mieszkańców.



Mechanizm ten w praktyce nie okazał się jednak właściwym dla finansowania pobytu osób kierowanych do domów pomocy społecznej i stał się przyczyną słabnącego rozwoju tej formy pomocy. W zasadzie ten trend utrzymuje się od momentu przejścia prowadzenia domów przez samorządy obserwuje się wyraźną niechęć gmin do ponoszenia takiego kosztu, mimo iż w efekcie jego wprowadzenia, podwyższone zostały udziały samorządów gminnych w podatkach bezpośrednich – PIT i CIT (Mechanizmy te wprowadzone zostały w styczniu 2004 roku do ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego, poprzez zwiększenie o 5% udziału w podatkach bezpośrednich).

Zastosowany mechanizm jest niezmiernie istotny z punktu widzenia potrzeb osób wymagających całodobowego wsparcia w postaci usług w domu pomocy społecznej, gdyż w większości przypadków osoby kierowane nie dysponują dochodem rozporządzalnym pozwalającym na pokrycie jej kosztu utrzymania i konieczne jest dodatkowe wsparcie w tym zakresie przypadków, kiedy osoba jest w stanie samodzielnie pokryć koszty swojego utrzymania jest zaledwie 2%.

Warto również zaznaczyć, iż przepisy określają górną granicę dochodu, który jest przeznaczany na opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej i która to granica została ustalona na poziomie 70% łącznego dochodu wyrażonego w wartościach netto. W tym zakresie dochodzi do licznych nieporozumień, ponieważ w większości przypadków opłata za pobyt w domu potrącana jest ze świadczenia wypłacanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Ubezpieczenia Rolniczego, który nie posługuje się pojęciem dochodu, a świadczenia i nie sumuje wypłat świadczeń wraz z dodatkami, dokonuje potrącenia wyłącznie z emerytury lub renty, która ustalana jest w wysokości brutto, od której potrącana jest zaliczka na poczet podatku dochodowego.

Wychodząc naprzeciw ochronie interesu rodziny, aby w następstwie zobowiązania do ponoszenia opłat za członka swojej rodziny w domu pomocy społecznej sama nie znalazła się w niedostatku, ustawa wskazała sytuacje, które uprawniają do sięgania do jej dochodu, ustalając dolną granicę dochodu chroniącego rodzinę przed nadmiernymi obciążeniami, na poziomie 300% kryterium dochodowego wskazanego dla osoby samotnie gospodarującej, w taki sposób, aby kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie była niższa niż 300% tego kryterium i analogicznie ustalanego kryterium dochodowego na jednego członka w rodzinie, zapewniającego, że opłata nie może być pobierana od kwot niższych niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (jeśli od 1 października 2012 roku w systemie pomocy społecznej kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 542 złote to opłata ustalana jest od kwoty nie niższej niż 1626 złotych, a w przypadku rodziny, gdy dochód ten wynosi 456 złotych na osobę w rodzinie, to opłata nie może być ustalana od kwoty niższej, niż 1368 złotych na osobę w rodzinie).

Ponad katalog obowiązkowy osób zobowiązanych do ponoszenia opłaty, przepisy umożliwiają wnoszenie na zasadach dobrowolności opłatę za pobyt w domu również przez inne osoby, ale przepis ten w praktyce jest raczej rzadko wykorzystywany, mimo że pojawił się w następstwie występujących praktyk w środowisku, w których osoba przed pójściem do

domu rozdysponowuje swój zgromadzony majątek i np. aktem darowizny przekazuje go np. dalszemu krewnemu za tzw. dożywotnią opiekę. W takiej sytuacji osoba obdarowana powinna również możliwość partycypowania w koszcie pobytu darczyńcy.

Ponieważ ustawa o pomocy społecznej w kwestii ustalania odpłatności z tytułu pobytu w domu pomocy społecznej posługuje się dochodem, przepisy szczegółowe odnoszą się również do przypadku, które jest również bardzo istotny z punktu widzenia aktywności niepełnosprawnego mieszkańca domu pomocy społecznej. Pracownicy domów pomocy społecznej od lat podejmowali wysiłki, aby mieszkańcy podejmowali się różnych zajęć aktywizujących. W związku z tym, jeśli osoba przebywająca w domu podejmuje pracę ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych, to uzyskiwany z tego tytułu dochód, zmniejsza się o 50% i jedynie połowę dolicza się do dochodu, z którego pobierana jest opłata, a przypadku uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej pomniejsza się o kwotę odpowiadającą wysokości kieszonkowego wypłacanego z tytułu uczestnictwa w tych warsztatach.

Ustalona według opisanego mechanizmu opłata wnoszona jest przez mieszkańca do kasy domu lub na jego rachunek bankowy. W przypadku wyrażonej na piśmie zgody, opłata może być potrącana z emerytury lub renty mieszkańca domu - przez właściwy organ emerytalno-rentowy, zgodnie z odrębnymi przepisami a z zasiłku stałego mieszkańca domu - przez ośrodek pomocy społecznej dokonującego wypłaty świadczenia.

Dopełnieniem mechanizmu dotyczącego odpłatności jest możliwość zwolnienia z opłaty za pobyt w domu. Pierwszą okolicznością jest nieobecność mieszkańca, która została zaplanowana, bądź taka, która była niemożliwa do przewidzenia. Tak więc mieszkaniec ma prawo, do 3-tygodniowego urlopu, w czasie którego nie ponosi opłat za okres nieobecności. Zasada ta obowiązuje również w przypadku, gdy opłatę za pobyt osoby wnoszą członkowie rodziny i urlopowany mieszkaniec przebywa w czasie urlopu u tej osoby. Zwrot opłaty za 21 dni w roku obowiązuje niezależnie od sytuacji, gdy dni nieobecności mieszkaniec wykorzysta łącznie czy pojedynczo. Należy zwrot przysługuje mu również w sytuacji, gdy ze względu na pogorszenie się stanu zdrowia przebywa w szpitalu. W tle takiego rozwiązania pojawia się chęć wyjścia naprzeciw potrzebom mieszkańców, tworzenie możliwości utrzymywania kontaktów z osobami bliskimi oraz różnego rodzaju wyjazdy, np. do sanatorium czy na turnus rehabilitacyjny. Ponieważ jednak przepis prawny umożliwiający korzystanie ze zwrotu należności nie doprecyzowuje sytuacji, w której dokonuje się zwrotu, mieszkańcy mają do niego prawo również w momencie, gdy trafiają do szpitala. Ta sytuacja jest o tyle interesująca, że z racji skromnych warunków zapewnienia wyżywienia w polskich szpitalach, dodatkowe środki ze zwrotu opłaty najczęściej wykorzystywane są na zakup dodatkowych produktów żywnościowych, owoców, soków czy innych produktów, którym uzupełnia się „ubogie” menu szpitalne.

Ponadto, w przypadku, gdy mieszkańcem jest osoba małoletnia, to okres ten został wydłużony do 70 dni w roku, przybliżając się do okresu wakacyjnego dzieci funkcjonujących w warunkach domu rodzinnego, aby ten czas dziecko mogło spędzić z rodziną.

Poza tzw. urlopowaniem rozwiązania prawne przewidują również inne nieprzewidziane



okoliczności, które wymuszają sytuację, w której ponoszenie opłat jest dla osoby bardzo trudne bądź w ogóle niewykonalne i wprowadził rozwiązanie umożliwiające zwolnienie na wniosek mieszkańca z części lub całości opłaty. Za okoliczności, które uznane zostały „za szczególne” uznano: wnoszenie opłaty za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub innej placówki, a więc sytuację opłacania podobnej placówki dla innego członka rodziny, długotrwałą chorobą, bezrobocie, niepełnosprawność, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innego zdarzenia losowego, gdy małżonkowie lub najbliżsi członkowie rodziny (zstępni, wstępni) utrzymują się z jednego świadczenia lub wynagrodzenia bądź, gdy osoba zobowiązana do wnoszenia opłaty jest w ciąży lub samotnie wychowuje dziecko.

Zmienione zasady ponoszonych opłat miały na celu zracjonalizowanie tej sfery usług. Z jednej strony skonsumowanie zasady proporcjonalności udziału w opłacie w stosunku do posiadanego dochodu, umożliwienie każdej osobie, która nie może funkcjonować samodzielnie w środowisku lokalnym możliwość zamieszkania w domu pomocy społecznej, gdy wyrazi taką wolę. Obecnie rozwiązanie to budzi coraz więcej wątpliwości i jest coraz częściej krytykowane przez samorządy, które ponosząc odpowiedzialność za realizowanie tego zadania nie wyrażają woli partycypacji w ponoszonych nakładach i mimo że domy są najczęściej ich jednostkami organizacyjnymi o statusie jednostki budżetowej, najchętniej nie ponosiłyby żadnych kosztów z tego tytułu, przenosząc wszystkie obciążenia na mieszkańców. W związku z tym ze strony samorządów pojawia się powracający wątek sięgania do majątku osób przebywających w domach pomocy społecznej – środków pieniężnych, czy posiadanej nieruchomości mimo, że dotyczy to niewielkiej części mieszkańców. Oczekiwanie to sprowadza do wprowadzenia rozwiązań wymuszających między innymi zbycie mieszkania czy domu, aby ze środków ze sprzedaży pokrywać koszty pobytu. Jednak w obecnym stanie prawnym takie rozwiązanie nie jest możliwe do stosowania. Rodzi się również wątpliwość na gruncie prawa podmiotowego osoby. Mieszkaniec przebywa w domu pomocy społecznej z własnej nieprzymuszonej woli i teoretycznie zawsze ma prawo powrotu do środowiska, z którego przyszedł. Wymuszenie sprzedaży np. mieszkania, spowoduje w nim znaczne obniżenie poczucia bezpieczeństwa, że w sytuacji, gdy warunki zamieszkania w domu pomocy społecznej nie spełniają jego oczekiwań to nie będzie on posiadał możliwości powrotu do środowiska. Jeśli nastąpiłoby wymuszone zbycie nieruchomości, to znając realia polskiego rynku mieszkaniowego, czy dostępność do lokali mieszkalnych z zasobów gminy i faktyczny brak dostępu do wynajmu, powrót taki praktycznie stałby się całkowicie niemożliwy.

Stosowany mechanizm pobierania opłat za pobyt w domu pomocy społecznej wywołał jeszcze jedno niepożądane zjawisko. W sytuacji gdy w praktyce trójpartycypacyjny układ wnoszenia opłaty sprowadza się do standardowego uzupełniania opłaty środkami ze strony gminy, która kieruje osobą do domu, to w efekcie takiego mechanizmu, osoby o najniższych dochodach, bądź nieposiadające żadnego dochodu mają w praktyce utrudniony dostęp do

miejsca w domu. Gminy niestety niechętnie wydają skierowania osobom, które nie dysponują wystarczającym dochodem, aby samodzielnie pokryć koszty swojego pobytu i szybciej podejmą decyzję o skierowaniu do domu osobie, która dysponuje wysokim dochodem, niż osobie, która jest np. zasiłkobiorcą socjalnym. Tak więc w gruncie rzeczy mechanizm, który miał umożliwić domom pomocy społecznej swobodę funkcjonowania obrócił się przeciwko osobom najsłabszym, pokrzywdzonym przez los, własną niezaradność czy niepełnosprawność.

Wprowadzenie zmiany po stronie mechanizmów pobierania opłaty w włączenie do niej gminy, miało w sumie zasadniczy cel – zracjonalizowanie kierowania do domów pomocy społecznej i zbudowanie własnego lokalnego systemu wspierania osób wymagających wsparcia w środowisku lokalnym, poprzez różnego rodzaju usługi opiekuńcze, prowadzenie ośrodków wsparcia, czy dziennych domów pomocy. Niestety gminy nie wykazały się w tej sferze dużą aktywnością. Częściej starają się udowodnić, że w tym zakresie nie występują lokalne potrzeby i że system usług funkcjonujących jest wystarczający niż podjąć inicjatywę, która zawsze wiąże się z dodatkowymi kosztami, rozwijania wachlarza usług dostępnego dla osób zależnych. Pasywna postawa samorządów gminnych ciekawie odzwierciedla się w danych statystycznych, gdy w 2003 roku, czyli przed wejściem w życie nowych przepisów prawnych, na skierowanie do domów oczekiwało około 18 tysięcy osób, a po wejściu w życie nowych rozwiązań okazało się, że w domach rośnie liczba wolnych miejsc, która przez kilka kolejnych lat utrzymywała się na poziomie około 3 tysięcy, mimo że w środowisku nie zwiększała się liczba osób objętych usługami opiekuńczymi bądź specjalistycznymi, czy innymi formami pomocy środowiskowej, a wręcz przeciwnie w ostatnich latach w sposób znaczący spadała liczba usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby wymagającej wsparcia (oczywiście zupełnie innego rodzaju jest problem, że na koniec 2011 roku na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało ponad 8 tysięcy osób przy liczbie około 1 tysiąca wolnych miejsc).

W odniesieniu do osoby kierowanej do domu pomocy społecznej ponoszona opłata jest na podstawie decyzji administracyjnej, natomiast w inny sposób odbywa się pobieranie opłaty ze strony najbliższych członków rodziny, którzy zobowiązani zostali ustawowo do jej ponoszenia, w sytuacji gdy ich dochód przekracza 300% kryterium dochodowego ustalonego według zasad ustawy o pomocy społecznej. Ośrodek pomocy społecznej przed umieszczeniem kandydata sprawdza sytuację finansową najbliższej rodziny i negocjuje z nią wysokość ponoszonej opłaty na rzecz bliskiego członka rodziny, biorąc pod uwagę warunki, w jakich funkcjonuje rodzina, ponieważ ustalona kwota opłaty nie powinna spowodować sytuacji niedostatku w rodzinie, która pozostaje w środowisku. Mając na myśli warunki funkcjonowania, chodzi głównie o obciążenia związane np. z kształceniem dzieci, spłatą kredytu mieszkaniowego, obciążeniami związanymi z długotrwałym leczeniem. Ponieważ system pomocy społecznej uwzględnia wprawdzie dochód netto, ale od dochodów odlicza jedynie te składowe, które zostały uwzględnione w ustawie, a więc zaliczkę na poczet podatku dochodowego, składki na ubezpieczenie społeczne czy zdrowotne, alimenty płacone na rzecz



innych członków rodziny i nie bierze pod uwagę stałych obciążeń takich jak wymienione wyżej. Uwzględnianie ich przy opłatach za pobyt w domu społecznej, ma z założenia nie dopuszczać do sytuacji, w której rodzina po opłaceniu należnej kwoty za pobyt w DPS, sama stałaby się biorcą pomocy społecznej. W sytuacji gdy ośrodek pomocy społecznej ustali wspólnie z rodziną kwotę opłaty, w następstwie takiego porozumienia zawiera z nią umowę. Rodzina wnosi tę opłatę na konto gminy. Środki te są najczęściej rekompensatą dla gminy w następstwie wnoszonej opłaty za osobę uzupełniającą odpłatność do pełnego średniego kosztu utrzymania, ale teoretycznie możliwe jest również wnoszenie opłaty bezpośrednio do kasy domu pomocy społecznej, jeśli ta dopłata w całości pokrywa koszty utrzymania. Zmiana przepisów dotyczących ponoszenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej sprawia, że miarę upływu czasu w domach sukcesywnie zmniejsza się liczba osoby ponoszących opłaty według starych zasad (przyjętych do domów przed 1 stycznia 2004 roku) a w domach takich osób przebywa obecnie (według danych MPiPS) około 42 tysiące osób. W tym opłacających pobyt:

- z emerytury, renty, renty socjalnej – 38 360 osób, około 92%,
- zasiłku stałego – 3 149 osób, około 7,6%,
- przez członków rodziny – 71,
- z innych źródeł -77.

Wśród osób przebywających w domach pomocy społecznej na starych zasadach 1 290 osób ponosi odpłatność w pełnej wysokości, natomiast 354 osoby zostały zwolnione z ponoszenia opłat, ponadto 115 osób nie posiada żadnego dochodu. Liczby te potwierdzają fakt, iż do domów pomocy społecznej trafiają przede wszystkim osoby niezamożne, które samodzielnie nie są w stanie zapewnić sobie całodobowego wsparcia i odpowiedniej opieki gwarantującej bezpieczną egzystencję.

Osoby przyjęte do domów pomocy społecznej po 1 stycznia 2004 roku ponoszą odpłatność według nowych zasad – ogółem 34 200 osób, w tym:

- 1 400 osób ponosi opłaty bez dopłaty ze strony gminy,
- 32 803 osób ponosi opłaty wraz z dopłatą ze strony gminy.

Wśród osób ponoszących opłaty według nowych zasad:

- z emerytury, renty, renty socjalnej opłaca pobyt 28 239,
- z zasiłku stałego – 4 800 osób,
- z innych źródeł 440.

Ustawodawca umożliwił również radzie gminy określenie w drodze uchwały korzystniejszych dla mieszkańców domów, ich małżonków i krewnych warunków ustalania opłat za pobyt w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym, częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, zwrotu należności za okres nieobecności osoby w domu jednak gminy do tej pory nie skorzystały z tego przepisu.

Spadek liczby osób kierowanych do domów pomocy społecznej po 2004 roku kształtował się na poziomie np. 2 360 wolnych miejsc w 2005 roku, a w 2006 – 2 800 wolnych miejsc,

w 2011 roku liczba ta spadła do poziomu 1 tysiąca wolnych miejsc. Natomiast równolegle zaczęła formować się kolejka osób oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej, która kilkakrotnie przekroczyła liczbę wolnych miejsc. (Na umieszczenie w różnych typach domów obecnie oczekuje ponad 8 tysięcy osób).

Tabela 15. Liczba osób umieszczonych w ponadgminnych domach pomocy społecznej w 2011 r. oraz oczekujących na umieszczenie według stanu na dzień 31 XII 2011 r. ogółem

OSOBY	Liczba osób umieszczonych w DPS-ach w 2011 r.	Liczba osób oczekujących na umieszczenie wg stanu na dzień 31 XII 2011 r.
OGÓŁEM z tego:	10 649	8 225
1) osoby w podeszłym wieku	2 968	1 829
2) osoby przewlekle somatycznie chore	4 537	2 953
3) osoby przewlekle psychicznie chore	1 806	2 650
4) osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie	734	557
5) dzieci i młodzież niepełnosprawne intelektualnie	282	69
6) osoby niepełnosprawne fizycznie	322	167

Źródło: Opracowanie na podstawie mpips 05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej według stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Gminy generalnie nie spieszą się przed kierowaniem osób do domów pomocy społecznej, tłumacząc się brakiem środków finansowych na to zadanie. Dlatego też na wolne miejsca w domach pomocy społecznej paradoksalnie nie ma dużego zapotrzebowania. Głównie dotyczy to miejsc w domach dla osób w podeszłym wieku oraz w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych, jednak obserwuje się nie jednakowy poziom tego zjawiska, co jest konsekwencją lokalnej polityki władz gminnych. Przewrotnie można by uznać, że w najkorzystniejszej sytuacji w obecnym stanie prawnym są osoby, które trafiają do domów na podstawie orzeczenia sądu, który może orzec umieszczenie w domu pomocy społecznej w przypadku, gdy osoba zaburzona psychicznie lub przewlekle psychicznie chora ze względu na stan swojego zdrowia zagraża sobie lub swojemu otoczeniu. W takiej sytuacji niezależnie od podejścia do tego problemu społecznego czy kondycji finansowej – gmina jest zobligowana do wykonania postanowienia sądu.



Niestety, słabość obowiązujących rozwiązań prawnych pokazuje, że osoba posiadając prawo podmiotowe najczęściej prawo podmiotowe do miejsca w domu pomocy społecznej, chyba że względu na swój stan zdrowia, ale również słabą znajomość swoich praw, najczęściej nie potrafi wyegzekwować skierowania do domu pomocy społecznej (w świetle prawa osoba wymagająca wsparcia w tej formie pomocy w przypadku odmowy ze strony gminy posiada instrument odwoławczy od takiej decyzji w postaci odwołania do samorządowego kolegium odwoławczego, który w sytuacji gdy jest uzasadnienie umieszczenia w domu, nie może utrzymać takiej decyzji w mocy, jednak praktyka wskazuje, że osoby zależne rzadko egzekwują swoje podmiotowe prawo na drodze postępowania administracyjnego).

Wprawdzie co jakiś czas podejmowane są w tym zakresie różne inicjatywy administracyjne ze strony administracji, jednak poza apelowaniem, monitowaniem, proszeniem brak jest skutecznej metody egzekwowania tego prawa.

Personel i jego struktura

Jeżeli w domach pomocy społecznej przebywają osoby, które wymagają opieki i wsparcia, w zasadzie w systemie całodobowym, to najważniejszym elementem tak budowanego systemu wsparcia jest zatrudniony w tych jednostkach personel. Obecnie zatrudniony personel przechodził podobną drogę ewolucyjnych przeobrażeń jak inne elementy funkcjonowania domów. Wystarczy w zwrócić chociażby uwagę na strukturę zatrudnienia, jaka funkcjonowała w latach osiemdziesiątych, aby uświadomić sobie skalę tych przeobrażeń. W latach osiemdziesiątych, gdy domy pomocy społecznej przyporządkowane były służbie zdrowia, również w sferze zatrudnienia dominował sposób podejścia „medyczny” i trzon personelu stanowiły osoby reprezentujące zawody medyczne, głównie pielęgniarki i salowe. Dopelnieniem tej ilustracji byli rehabilitanci i lekarze oraz personel administracyjny. Personel medyczny był etatowo zatrudniany przez domy. Generalnie liczba zatrudnionego personelu była nieadekwatna do liczby mieszkańców, tak więc poziom sprawowanej opieki pozostawiał wiele do życzenia. Jak wskazuje E. Tarkowska³⁶ „charakterystyczną cechą zespołów pracowników zatrudnionych w domach pomocy społecznej była i często jest dominacja średniego personelu medycznego. Jest to zarówno dominacja ilościowa (pielęgniarki obok salowych, stanowią najliczniejszą grupę pracowniczą), jak i co najważniejsze- dominacja merytoryczna. Służba zdrowia była i jest najważniejszą siłą w domach pomocy społecznej, najważniejszą rolę odgrywają pielęgniarki [...] na przykład w domach dla dzieci umysłowo upośledzonych podlegali im wychowawcy, często z wyższym pedagogicznym wykształceniem”. Według danych statystycznych MPIPS, na początku lat dziewięćdziesiątych na jednego pracownika przypadało 1,62 mieszkańców, przy czym, średnio jeden pracownik administracji na ośmiu mieszkańców, jeden pracownik działalności rehabilitacyjno-medycznej na 7,7 mieszkańców, jeden pracownik opiekuńczy na 4,52 mieszkańca, a na jednego pracownika socjalnego 96,7 mieszkańców. Liczby te wskazują dominację dwóch grup – administracji i średniego

³⁶ E. Tarkowska, *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1994.

personelu medycznego. Zjawisko to było mało korzystne z punktu widzenia ciągłości życia codziennego i ciągłości kontaktów międzyludzkich, który stanowi jeden z podstawowych warunków poczucia bezpieczeństwa. Teoretycznie, nie można wykluczyć, że z punktu widzenia medycznego taki sposób podejścia był wystarczający, ale na pewno nie komplety i wystarczający, gdyż przywiązywał bardzo niską wagę do potrzeb rozwojowych i samorealizacji mieszkańców. Stan ten na początku lat dziewięćdziesiątych, gdy domy przyporządkowane zostały resortowi pracy i polityki społecznej stał się podstawą do rozpoczęcia procesu tzw. „odmedyczniania” domów polegającego na przywróceniu wewnętrznej równowagi w strukturze pomiędzy osobami reprezentującymi zawody opiekuńcze, medyczne, terapeutyczne itp. Proces ten był spójny z założoną metodologią podejścia w procedowanych standardach świadczonych usług, zakładający, że mieszkaniem domu pomocy społecznej to osoba, która między innymi ma problemy zdrowotne, a nie jest pacjentem, który ma również potrzeby egzystencjonalne. Zmiana ta pośrednio sprowadzała się również do takiego przemodelowania, funkcjonowania codziennego mieszkańców, aby poprzez usprawnianie, intensyfikowanie działań rehabilitacyjnych doprowadzać w jak najczęstszych przypadkach do uczyniania mieszkańców w trakcie dnia. Mówiąc inaczej, aby mieszkańcy nie leżeli w ciągu dnia w łóżkach, a uczestniczyli w różnego rodzaju zajęciach usprawniająco- terapeutyczno- aktywizujących. W konsekwencji takiego podejścia do domów zaczęto przyjmować do pracy osoby innych zawodów niż miało to miejsce we wcześniejszym okresie. Proces ten napotykał na duży opór ze strony pielęgniarek, które poczuły się mało potrzebne oraz zagrożone utratą wysokiej pozycji w hierarchii organizacji domu pomocy społecznej, tym bardziej, że na czele wielu domów stały również pielęgniarki pełniące funkcje dyrektorów domów, broniące „interesów” tej grupy pracowniczej. Jednak, co warto dodać, opór ten był nieuzasadniony gdyż w całej zmianie chodziło wyłącznie o podniesienie jakości świadczonej opieki i zwrócenie uwagi na innego zaniedbane potrzeby mieszkańców.

Pomocne w tym zakresie okazały się również standardy świadczonych usług, które wprawdzie nie wskazywały wprost jacy pracownicy powinni być zatrudnieni w domu, ale wskazywały, jaki sposób opieki i w jakim minimalnym zakresie jest wymagany. W ten sposób w domach pracę rozpoczęli różnego rodzaju rehabilitanci, terapeuci zajęciowi czy pracownicy kulturalno-oświatowi, których rola w codziennej pracy sprowadza się do organizacji czasu dnia w wymiarze usprawniającym i zagospodarowywania czasu wolnego. Niestety na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat nie prowadzi się analizy statystycznej, która umożliwiłaby precyzyjne wskazanie ile osób wykonujących dany zawód zatrudnionych jest w domach pomocy społecznej. Obecnie obowiązujące standardy świadczonych usług również nie określają, jaki personel powinien być zatrudniony w domu pomocy społecznej, a jedynie wskazują proporcję pomiędzy liczbą personelu terapeutyczno-opiekuńczego, a liczbą mieszkańców, podkreślając pryzmat czynności opiekuńczych w odniesieniu do czynności administracyjno-technicznych, wskazując wyłącznie pracownika socjalnego jako osobę, która musi funkcjonować w każdym domu w proporcji co najmniej dwóch pracowników socjalnych na 100 mieszkańców a także konieczność zapewnienia dostępności do psychologa.



Z badań jednorazowych wynika, że proces tzw. „odmedyczniania domów” spowodował, że zmniejszyła się wydatnie liczba personelu pielęgnacyjnego i obecnie domy zatrudniają niecałe 7 tysięcy pielęgniarek, co jest liczbą satysfakcjonującą w zderzeniu z faktem, że od 1999 roku po wejściu w życie reformy ochrony zdrowia usługi zdrowotne nie są świadczone przez dom pomocy społecznej, a świadczone przez ochronę zdrowia w ramach zakładów ochrony zdrowia, co powinno skutkować zewnętrznym zapewnieniem tych usług przez uprawnione podmioty.

Obecnie na liczbę oscylującą wokół 77 tysięcy mieszkańców, domy zatrudniają 54 400 pracowników, co stanowi liczbę 51 etatów przeliczeniowych, którzy pracują w poszczególnych działach domów, co ilustruje tabela poniżej:

Tabela 16. Ogólna liczba osób zatrudnionych osób w ponadgminnych domach pomocy społecznej na podstawie umowy o pracę w przeliczeniu na pełne etaty w podziale na poszczególne działy

PRACOWNICY	OGÓŁEM PRACOWNICY ZATRUDNIENI W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ	
	LICZBA OSÓB	W PRZELICZENIU NA PEŁNE ETATY
OGÓŁEM z tego:	53 439	51 201,02
1) kierujący domami	925	904,93
2) działalności opiekuńczo-terapeutycznej	29 768	28 764,39
3) działalności medyczno-rehabilitacyjnej	7 214	6 619,51
4) działalności administracyjnej	4 357	4 060,63
5) gospodarczy i obsługi	11 175	10 851,56

Źródło: Ogólna liczba osób zatrudnionych osób w ponadgminnych domach pomocy społecznej na podstawie umowy o pracę w przeliczeniu na pełne etaty i zatrudnienie w latach 200-2008- na podstawie mpips 05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Pracownicy domów pomocy społecznej zgrupowani są wokół systemu wsparcia realizowanego w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, które składają się z reprezentantów zawodów takich jak pracownicy socjalni, pielęgniarki, terapeuci (w tym psychologowie, pedagodzy, rehabilitanci, logopedzi itp.), fizjoterapeuci, instruktorzy terapeuci, opiekunowie, dietetycy, które stanowią główny trzon działalności domu. Działalność opiekuńczo-terapeutyczna uzupełniana jest przez osoby z zawodami technicznymi i ekonomicznymi, które zatrudniane są w części administracyjnej i obsługowej.

Nierozzerwalnie z jakością świadczonych usług związana jest nie tylko liczba zatrudnionego w domu pomocy społecznej personelu, którego minimalne wskaźniki określa standard świadczonych usług, ale także sposób wynagradzania personelu, który wpływa na zjawisko pozytywnej lub negatywnej weryfikacji zatrudnionego personelu, wpływając również na poziom fluktuacji, który może być czynnikiem gwarantującym jakość, gdy kadra jest stabilna o wysokich kwalifikacjach i dużej wrażliwości na potrzeby mieszkańców.

Tabela 17. Zatrudnienie w domach pomocy społecznej w latach 2000–2008

Rok	Liczba domów	Personel w stacjonarnych jednostkach pomocy społecznej			
		zatrudnieni ogółem (pełne etaty)	w tym:		
			administracja	działalność podstawowa	pozostali
1	2	3	4	5	6
2000	772	45 828,04	5 301,30	27 260,95	13 265,79
2001	800	46 775,92	5 291,14	28 550,05	12 934,73
2002	811	47 438,12	5 250,57	29 626,00	12 561,55
2003	820	48 280,74	5 197,69	30 421,59	12 661,46
2004	813	47 982,36	5 077,36	30 848,31	12 056,69
2005	795	48 719,93	5 087,63	31 786,26	11 846,04
2006	793	49 143,58	4 970,77	32 784,30	11 388,51
2007	794	49 864,92	4 929,99	33 473,74	11 461,19
2008	792	50 223,72	4 942,89	34 023,67	11 257,16

Źródło: Ogólna liczba osób zatrudnionych osób w ponadgminnych domach pomocy społecznej na podstawie umowy o pracę w przeliczeniu na pełne etaty i zatrudnienie w latach 2000-2008- na podstawie mpips 05 wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej. wg stanu na dzień 31.XII.2011 r.

Liczba pracowników zatrudnionych w domach pomocy społecznej, sukcesywnie wzrasta wraz ze wzrostem liczby domów pomocy społecznej. Wprawdzie od 2005 roku, zmniejsza się liczba jednostek, ale w efekcie wprowadzonych wskaźników zatrudnienia liczba pracowników ulegała zwiększeniu. Najbardziej cieszyć może fakt, że zmienia się proporcja zatrudnienia w strukturze organizacyjnej.

Pracownicy domów pomocy społecznej posiadają status pracowników samorządowych w konsekwencji powierzenia samorządowi terytoralnemu tego zadania do realizacji. Sprowadza się to do sytuacji, iż prawa i obowiązki pracowników zatrudnionych w jednostkach organi-



zacyjnych pomocy społecznej, w tym w domach pomocy społecznej regulują (z wyjątkiem pracowników zatrudnionych na podstawie ustawy – Karta nauczyciela) przepisy o pracownikach samorządowych. Z dniem 1 stycznia 2009 r. w życie ustawa z 2 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2008 r., nr 223, poz., 1458) w której rozdział 4 określa uprawnienia pracownika samorządowego. Na podstawie upoważnienia określonego w tej ustawie wydane zostało przez Radę Ministrów rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych. Rozporządzenie to w odniesieniu do pracowników jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego, w tym także domów pomocy społecznej, określa m. in.: wykaz stanowisk z podziałem na stanowiska kierownicze, urzędnicze, pomocnicze i obsługi, minimalne wymagania kwalifikacyjne niezbędne na poszczególnych stanowiskach, warunki i sposób wynagradzania pracowników, w tym minimalny poziom wynagradzania zasadniczego oraz maksymalny poziom dodatku funkcyjnego.

Przepisy ww. rozporządzenia, zgodnie z przepisami ww. ustawy³⁷ wskazują, że pracodawca określa w regulaminie wynagradzania:

- wymagania kwalifikacyjne pracowników samorządowych,
- szczegółowe warunki wynagradzania, w tym maksymalny poziom wynagrodzenia zasadniczego. W regulaminie wynagrodzeń pracodawca może także określić warunki przyznawania oraz warunki i sposób wypłacania premii i nagród (z wyłączeniem nagrody jubileuszowej), warunki i sposób przyznawania dodatków funkcyjnych, specjalnych, a także innych dodatków.

Rada Ministrów określając zasady wynagradzania pracowników jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego, przyjęła, iż finansowanie wydatków na wynagrodzenia tych pracowników samorządowych następuje w ramach środków przewidzianych na ten cel w budżetach jednostek samorządu terytorialnego. W praktyce na budżet domu pomocy społecznej składają się odpłatności mieszkańców, rodzin, gmin oraz dotacja z budżetu państwa. Tylko niektóre samorządy powiatowe przeznaczają dodatkowe środki własne na dofinansowanie działalności bieżącej tych jednostek, w tym na wzrost wynagrodzeń. Jeżeli jednak pozwala na to sytuacja finansowa danego pracodawcy, nie ma żadnych przeszkód, aby ustalił on w regulaminie wynagradzania, znacznie wyższy poziom minimalnych stawek wynagrodzenia zasadniczego dla pracowników, niż określony w rozporządzeniu Rady Ministrów. Teoretycznie przytoczone rozporządzenie daje określone możliwości wynagradzania pracowników domów pomocy społecznej, jednak pomiędzy teorią a praktyką jest duża różnica, gdyż od wielu lat obserwowane jest zjawisko wyhamowania wzrostu wynagrodzeń i oscylowania płac na najniższym poziomie – głównie po stronie personelu opiekuńczego (widać różnicę w warunkach płacowych pomiędzy grupami zawodowymi stanowisk administracyjnych, a stanowiskami opiekuńczymi).

³⁷ Art. 39 ustawy o pracownikach samorządowych 2 listopada 2008 roku.

Poza aspektem ilościowym liczby zatrudnionego personelu niewątpliwym wpływ na funkcjonowanie domu pomocy społecznej mają predyspozycje osobowościowe personelu gdyż wynikają one bezpośrednio z osobowości człowieka, jego temperamentu i charakteru. Jak wskazuje Anna Zawada³⁸ w artykule „Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w zmieniającej się rzeczywistości” - „wiedzę i umiejętności można nabyć, trudno jest jednak zmienić predyspozycje. Zatem to one powinny decydować o przydatności do danej pracy”. Pozycja zawodowa pracowników domów pomocy społecznej w stosunku do innych dziedzin, jest stosunkowo niska. Wynika ona między innymi ze stereotypowego widzenia domu, błędnego przekonania odnośnie do wizerunku domu pomocy społecznej i tego, co dzieje się w jego wnętrzu. W obiegowej opinii brak obrazu postrzegającego tę formę pomocy jako miejsca, w którym można prowadzić normalny styl życia właściwy dla swojego wieku i poziomu sprawności. Takie postrzeganie domu jest również hamulcem w pozyskiwaniu najlepszych kandydatów do zatrudnienia w domu, gdyż szczególnie dzisiaj, gdy w domach rozpoczął się proces zastępowalności kadr, element ten jest szczególnie ważny.

Prowadzona dokumentacja

Każdy dom pomocy społecznej działa na podstawie statutu nadanego mu przez organ prowadzący i regulaminu organizacyjnego, w którym określa się między innymi prawa i obowiązki mieszkańców. Dom ma sformułowaną filozofię i misję działania, określone cele oraz strategię rozwoju. Prowadzi dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki i posiada opracowane procedury regulujące sposób postępowania w określonych sytuacjach. Liczba procedur powinna być dostosowana do konkretnych potrzeb aktualnie mieszkających w domu mieszkańców. Dokumentacja domu zawiera odpowiednie zezwolenia, które z punktu widzenia administracyjnego muszą być systematycznie uaktualniane. Zgodnie z wymogami prawnymi dom może funkcjonować wyłącznie posiadając zezwolenie na prowadzenie, którego aktualność jest sprawdzana przez służby kontrolne wojewody. W trakcie okresowych kontroli inspektorzy socjalni weryfikują czy dom posiada np. spełnia warunki konieczne do uzyskania zgody straży pożarnej ze względu na bezpieczeństwo przeciwpożarowe. Z punktu widzenia sprawowanego wsparcia i opieki, dokumentacja powinna być prowadzona na rzecz mieszkańców, a więc dokumentacja indywidualna i dokumentacja prowadzona na rzecz społeczności mieszkańców odzwierciedlająca istotne zdarzenia dnia codziennego. Takim dokumentem jest np. dziennik raportów, w którym zapisywane są ważne zdarzenia dotyczące zarówno pojedynczych incydentów dotyczących mieszkańców jak również zdarzenia z życia domu. Ponadto dom powinien posiadać opracowany prospekt opisujący i promujący jego działalność - udostępniany w różnych miejscach dostępnych publicznych oraz osobom (lub ich rodzinom) zainteresowanym zamieszkaniem w domu, aby udostępnić wiedzę o swojej działalności potencjalnym kandydatom do zamieszkania w domu, aby ułatwić im i ich rodzinom dokonanie wyboru w zgodzie z własnymi preferencjami. Posiadanie prospektu jest

³⁸ A. Zawada, Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w zmieniającej się rzeczywistości, Vademecum Kadr Socjalnych „Problemy socjalne” - wydanie specjalne, Częstochowa 2005.



wyjściem naprzeciw zasadzie swobodnego wyboru domu pomocy społecznej przez osobę kierowaną, która została zawarta w ustawie o pomocy społecznej w art. 54.

Główna zasada, którą kierują się domy przy sporządzaniu, przechowywaniu i udostępnianiu dokumentacji to pełna poufność informacji o mieszkańcu - ograniczona dostępność do dokumentacji oraz określenie procedur jej dostępności.

Z punktu widzenia sposobu sprawowanego wsparcia, najważniejszym elementem tej dokumentacji jest indywidualna dokumentacja mieszkańca, nazywana w standardach indywidualnym planem wsparcia, który powinna się składać z diagnozy socjalno medycznej, niezbędnych informacji o mieszkańcu (stan ogólnej sprawności, upodobania, przyzwyczajenia, podstawowe informacje o rodzinie i osobach bliskich) oraz zawierać niezbędne informacje o realizowanych świadczeniach i efektach uzyskiwanych w następstwie ich realizacji.

Indywidualna dokumentacja mieszkańca powinna być systematycznie uaktualniana przez pracownika pierwszego kontaktu, we współpracy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Warto również zwrócić uwagę na inne części składowe takiej dokumentacji, a mianowicie np. wskazanie osoby upoważnionej do dysponowania osobistymi środkami finansowymi, czy informację o preferencjach mieszkańca dotyczących pochówku.

III. Proces wypracowywania standardów jakości w domach pomocy społecznej Standardy świadczonych usług

Jak wskazano wcześniej, rozwój bazy domów pomocy społecznej realizowany był bardzo nierównomiernie, by nie powiedzieć, że skrajnie różnie zresztą niektóre z nietrafionych decyzji było odczuwalne w niektórych domach przez długie lata. Np. dokonywanie nieracjonalnych inwestycji, które nie przekładały się na jakość świadczonych usług w domu (np. dom montował okna witrażowe czy kryształowe żyrandole, a w drugim domu obok brakowało środków na podstawowe prace remontowe), przeinwestowanie jednego domu kosztem zaniedbań w drugim domu. Nierówności finansowania i rozwoju poszczególnych domów wymagało uporządkowania, stąd pomysł dookreślenia poszczególnych zakresów usług i poziomu ich świadczenia, co miało nastąpić po opracowaniu i wdrożeniu standardów świadczonych usług. Przed organizatorami pomocy społecznej pojawiła się konieczność odpowiedzi na pytanie: co to jest standard świadczonych usług lub inaczej - co rozumiemy przez standard usług w domu pomocy społecznej?

Pojawiła się również szansa na relatywnie swobodne wypracowanie standardów świadczonych usług, dzięki pojawieniu się możliwości sfinansowania prac eksperckich za pomocą działań w ramach Programu PHARE³⁹, w ramach projektu 023 – Podnoszenie poziomu usług świadczonych w domach pomocy społecznej. Głównym celem programu było wypracowanie nowoczesnego modelu pomocy społecznej poprzez wypracowanie zasad oceny efektywności i jakości świadczonych usług przez stacjonarne placówki pomocy społecznej. Stworzeniu skuteczniejszego systemu opieki w tych placówkach służyło wypracowanie między innymi akceptowalnego poziomu sprawowanej opieki, relacji między personelem i mieszkańcami oraz warunków zapewniających poszanowanie godności, intymności, i niezależności ich mieszkańców. Przy wypracowywaniu poszczególnych zapisów, kierowano się zasadą stworzenia takich norm, które będą sprzyjały tworzeniu warunków w domu, mogących w sposób właściwy zastępować dom rodzinny, zapewniając równocześnie mieszkańcom opiekę, aktywizację i rehabilitację.

39 Program PHARE (Poland, Hungary – Assistance for Restructuring of their Economies) rozpoczął działanie po 1989 roku. Początkowo pomoc bezwrotna przeznaczona była dla Polski i Węgier, potem programem objęte były inne kraje Europy Środkowo Wschodniej. Budżet Programu ustalał Parlament Europejski oraz Rada Unii Europejskiej w oparciu o uzgodnienia państw członkowskich Unii, uwzględniając między innymi liczbę mieszkańców oraz produkt krajowy brutto, decydując jaka kwotę przydzielano każdemu z krajów. Z funduszy programu PHARE finansowane były projekty o znaczeniu systemowym, mające wpływ na całe sektory gospodarki, takie jak :restrukturyzacja przedsiębiorstw, restrukturyzacja rolnictwa, rozwój infrastruktury, reformy administracji, reformy systemu opieki społecznej i zatrudnienia. Jeden z programów PHARE (SED/P 9111 był koordynowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w latach 1992-1996 r. Głównym celem programu było wspieranie działań Ministra Pracy i Polityki Społecznej dotyczących pomocy społecznej, zaangażowania społeczności lokalnych w rozwiązywanie problemów społeczno-gospodarczych, rozwoju informacji i edukacji społecznej na temat polityki społecznej państwa. Składał się z trzech części zawierających w sumie siedem projektów. Standardy świadczonych usług w domach pomocy społecznej realizowane były w ramach projektu 4- SED 023. Budżet Programu wynosił 18 milionów ECU, co stanowiło około 54 miliony złotych.



Analizie i ocenie podany został między innymi sposób zarządzania domami, który miał usprawnić sposób zarządzania, wpływając na poprawę jakości świadczonych usług, wypracowano model standardów, opracowano model nadzoru, jakości oraz przeszkolono kadre domów pomocy społecznej w tym obszarze. Prace w projekcie skupiały się na opracowaniu standardów dla funkcjonujących i nowo powstających domów pomocy społecznej. Powołano zespół ekspertów składający się z kadry zarządzającej oraz nadzorującej domy, który w zespole roboczym opierając się na analizie stanu domów oraz po zapoznaniu się ze sposobem i poziomem, jakości funkcjonowania domów w wybranych państwach Unii Europejskiej wypracował propozycje minimalnego standardu świadczonych usług. Końcowym efektem prac eksperckich był dokument określający poziom i zakres świadczonych usług w poszczególnych sferach życia domu, stając się podstawą do merytorycznych ram rozwiązań pranych w tym zakresie.

Wypracowanie standardów świadczonych usług zostało zakończone przygotowaniem propozycji rozłożenia w czasie zmian, jakie w ocenie zespołu ekspertów były nieodzowne. Wprowadzanie zmian rozłożono na etapy wdrażania poprzedzone dokonaniem analizy aktualnego poziomu usług świadczonych przez dom oraz przygotowaniem programu naprawczego, który zawierać będzie harmonogram niezbędnych prac, wraz z określeniem przewidywanych kosztów.

W programie naprawczym przewidywano rozwiązanie następujących kwestii:

określenia poziomu, na jakim świadczone są poszczególne usługi w domu pomocy społecznej - jaki jest i jaki powinien być?

określenia, czy respektowane są podstawowe wartości zapewniające poszanowanie godności, intymności, i niezależności ich mieszkańców, dając równocześnie poszanowanie bezpieczeństwa?

jakie działania należy podjąć, aby uzyskać pożądaný efekt, czyli możliwie jak najwyższy poziom usług.

Założono przygotowanie planu działania (harmonogramu wdrażania), który należało opracować w zespole utworzonym na poziomie domu przy udziale personelu, a także przy pełnej akceptacji mieszkańców i akceptacji jednostki nadrzędnej, finansującej program naprawczy, zapewniając w ten sposób jego faktyczną realizację. Zwrócono wówczas również uwagę na konieczność uwzględniania zmian filozofii funkcjonowania domu na etapie projektowania budowy nowych obiektów przeznaczonych dom pomocy społecznej, eliminując ewentualne działania naprawcze, przystosowujące obiekt do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Propozycja zawierała również wprowadzenie nowej funkcji do działań personelu – funkcji pracownika pierwszego kontaktu, przypisując mu - jako jedną z głównych ról ochronę prywatności mieszkańca i wspieranie go w różnego rodzaju trudnych sytuacjach, uznając, że każdy pracownik pierwszego kontaktu będzie miał pod swoją opieką kilku mieszkańców, dla których będzie przy współpracy z personelem specjalistycznym opracowywał indywidualne plany opieki, stając się łącznikiem pomiędzy kadrą specjalistyczną a mieszkańcem, który bodźcowany wielością kontaktów z różnymi pracownikami mógł czuć się zagubiony,

„osaczony”. Do obowiązków pracownika pierwszego kontaktu przypisano bieżące korygowanie planów (w porozumieniu z kadrą specjalistyczną) stosownie do potrzeb i oczekiwań mieszkańca. Ideą takiego podejścia było wytworzenie więzi między mieszkańcami a pracownikami pierwszego kontaktu na tyle głębokie, aby minimalizować poczucie zagrożenia, sytuacje stresowe i konfliktowe, szybko reagować na ledwo zauważalne pogarszanie się stanu zdrowia, wspierać w sytuacjach trudnych.

Założono również, że indywidualny plan opieki, później nazwany indywidualnym planem wsparcia, powinien być to podstawowy dokument o mieszkańcu. Zawierać winien on dane na temat stanu zdrowia mieszkańca, jego przyzwyczajęń i upodobań, jak również plan opieki na najbliższy okres np. miesiąca czy kwartału. Obserwacje upodobań powinny owocować bieżącą korektą tego planu, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom mieszkańca. Plan powinien być również podstawowym źródłem informacji o mieszkańcu w sytuacji, gdy rotacja personelu powoduje zmianę pracownika opiekującego się mieszkańcem.

Ilustracja obrazu domów pomocy społecznej tamtego okresu, umożliwia ocenę faktycznych zmian, jakie nastąpiły w domach pomocy społecznej. Niemniej jednak wyjaśnienia wymaga samo pojęcie standardu.

Standardy świadczonych usług w domu pomocy społecznej – fizyczne i społeczne **Co to jest standard?**

Standard to norma, przeciętny, typowy model postępowania, co do którego wspólnie umawiają się strony, wyznaczając granicę poniżej, której nie wolno zejść. Podstawową cechą standardu jest jego ustawiczna modyfikacja wynikająca z poprawy ogólnych warunków bytu i funkcjonowania społeczeństwa. A więc standard ulega ciągłemu podwyższaniu, mniejszymi lub większymi krokami, w zależności od postępu rozwoju życia społecznego.

Nowoczesna pomoc społeczna, stanowiąca integralną część zabezpieczenia społecznego, jest określana najczęściej, jako system świadczeń mających na celu zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych, zdrowotnych i społecznych osób, grup czy społeczności, które z różnych powodów (wieku, zdrowia, braku ogólnej sprawności życiowej, wykluczenia społecznego) nie są w stanie ich zaspokoić samodzielnie, przy czym warunkiem koniecznym jest opieranie sposobu opieki na respektowaniu podstawowych wartości.

Źródłem standardów świadczonych usług w domach są postanowienia Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiące fundament respektowania podstawowych wartości.

„W trosce o byt i przyszłość naszej Ojczyzny, odzyskawszy w 1989 roku możliwość suwerennego i demokratycznego stanowienia o Jej losie, my, Naród Polski - wszyscy obywatele Rzeczypospolitej, zarówno wierzący w Boga będącego źródłem prawdy, sprawiedliwości, dobra i piękna, jak i niepodzielający tej wiary, a te uniwersalne wartości wywodzący z innych źródeł”.

Wszystkich, którzy dla dobra Trzeciej Rzeczypospolitej tę Konstytucję będą stosowali, wzywamy, aby czynili to, dbając o zachowanie przyrodzonej godności człowieka, jego prawa do



wolności i obowiązku solidarności z innymi, a poszanowanie tych zasad mieli za niewzruszoną podstawę Rzeczypospolitej Polskiej”.

To jest konieczne, by człowiek miał poczucie sensu, swojej wartości, by miał poczucie podmiotowości, ale także by mógł być przez innych traktowany z uwagą, szacunkiem, troską, etc.

Otwartym pozostaje pytanie na ile normy postępowania, ale i praktyka ich stosowania sprowadza się do poszanowania wolności osób przebywających w domach, konsumując art. 2 Konstytucji ustalającym, że Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.

Sprawiedliwość społeczną wyznacza prawo, dlatego głównymi adresatami normy zawartej w cytowanym przepisie są organy prawodawcze. Mają one tworzyć sprawiedliwe prawo. Prawo niesprawiedliwe, w wypadku zaskarżenia do TK, powinno zostać przez Trybunał uznane za niezgodne z Konstytucją i w konsekwencji uchylone.

Sprawiedliwość społeczna wymaga m.in. zróżnicowania praw podmiotów, jeżeli uzasadnia to ich odmienna sytuacja.

Istotnym z punktu widzenia standardów świadczonych usług jest art. 30. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych: czym jest godność i dlaczego na niej należy budować nowoczesne wsparcie realizowane w pomocy społecznej, a więc i domach pomocy społecznej?⁴⁰.

Dom pomocy społecznej pełni głównie funkcję ratowniczą, ale również aktywizującą i profilaktyczną. Zaspokaja potrzeby swoich mieszkańców zarówno w sferze usług bytowych jak i społecznych.

Pod pojęciem potrzeb rozumie się silnie odczuwalne pragnienie, brak czegoś, który powoduje, że podejmuje się działania zmierzające do zapełnienia tego braku.

Potrzeby społeczne i formalne, uznane za niezbędne; mogą one być zaspokajane w różnej kolejności, w różnym czasie – zależnie od możliwości. Wynika stąd, że wraz z rozwojem społeczno-gospodarczym- a także kulturalnym- rośnie, bo musi rosnąć w pomocy społecznej zarówno zakres, jak i standard świadczonych usług, aby sprostać istniejącym i pojawiającym się potrzebom oraz dla coraz lepszego dopasowywania ich do indywidualnych oczekiwań i preferencji odbiorców pomocy społecznej.

Wprowadzie funkcjonująca sieć usług powinna ułatwić osobom wymagającym wsparcia wybór między usługami środowiskowymi, a domem pomocy społecznej. Nie należy jednak się spodziewać, aby w najbliższej przyszłości zmniejszyła się liczba wymagających zamieszkania w domu pomocy społecznej.

40 Z punktu widzenia sprawowanej opieki - godność to uwolnione z ograniczeń moralno-wolitywnych (osoba musi mieć wolę czynienia tego, co uważane jest za dobro), społeczno-ekonomicznych (patrz słabe strony społecznego gospodarstwa rynkowego) i egzystencjalnych (człowiek musi swemu życiu nadać sens i musi wziąć za swoje życie odpowiedzialność) źródło ekspresji człowieka, pozwalającej mu doświadczać siebie jako osoby dobrej, spełniającej się, szczęśliwej, ale i od innych osób uzyskiwać komunikaty, że jest tak postrzegana i traktowana. Człowiek zniewolony pobytem w instytucji totalnej, pan optycznej, sprowadzającej człowieka do roli zasobu pomocy społecznej nie ma szans na doświadczenie siebie jako osoby godnej.

Proces ewolucji domów pomocy społecznej wymusza na nich rozszerzanie i unowocześnianie form i metod swojej działalności, dlatego też organizacja sposobu funkcjonowania domów pomocy społecznej od dłuższego czasu ulega ustawicznym zmianom.

Pierwszym krokiem milowym, który zapoczątkował ten proces zmian było wprowadzenie wymogu spełniania przez domy pomocy społecznej standardów świadczonych usług, które wprowadzono do regulacji prawnych na początku 1997 roku, który kończy się 31 grudnia bieżącego roku.

Warto przypomnieć, że:

Domy wybudowane na potrzeby pomocy społecznej stanowią mniejszość. Domy funkcjonują w obiektach adaptowanych i modernizowanych. Wykonywano prace dostosowujące obiekty do wymogów prawa budowlanego. W znacznej części domów na początku lat dziewięćdziesiątych były drewniane stropy, stwarzające poważne zagrożenie pożarowe. Domy nie posiadały własnych oczyszczalni ścieków, a tylko część odprowadzała ścieki do kanalizacji. Poważnym utrudnieniem w funkcjonowaniu, był brak awaryjnego zasilania w energię elektryczną, problemy związane z korzystaniem z sieci wodociągowej, brak pełnego dostępu mieszkańców do ciepłej wody, czy brak instalacji przyzywowej i przeciwpożarowej. Jedynie część domów posiadała centralne ogrzewanie. Pozostałe ogrzewane były piecami węglowymi. Powszechnie występowały wieloosobowe pokoje (nawet dwudziesto i więcej osobowe) dramatycznie niska liczba pomieszczeń sanitarnych, powszechny brak wind i liczne bariery architektoniczne, wąskie i ciemne korytarze.

Wiele do życzenia pozostawiał również sposób funkcjonowania personelu w relacji do mieszkańców, tak, więc standardy świadczonych usług stały się poważnym impulsem do zmiany podejścia personelu do mieszkańców w zakresie świadczonej opieki, niwelujące instytucjonalne podejście do mieszkańców.

Standardy podstawowych usług dokonały podziału na: zaspokajające potrzeby bytowe (zamieszkanie, wyżywienie, odzież i obuwie, środki czystości, przybory toaletowe) i usługi opiekuńcze i wspomagające (terapię zajęciową, zajęcia aktywizujące, organizację czasu wolnego). Działania domu powinny ponadto umożliwiać realizację potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewniać warunki do rozwoju samorządności mieszkańców, stymulować nawiązywanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktu z rodziną i środowiskiem, oraz wspierać działania na rzecz lokalnego środowiska. Sposób funkcjonowania i organizacji tych usług opiera się na respektowaniu podstawowych pryncypiów takich jak godność, niezależność, prawo dokonywania wyboru, poczucie bezpieczeństwa.

Podstawowe wartości a zakres świadczonych usług i ich charakterystyka

Co to są podstawowe pryncypia:

Godność to dobro osobiste chronione przez prawo. Polska Konstytucja w preambule stwierdza istnienie przyrodzonej godności człowieka. Art. 30 Konstytucji charakteryzuje ją, jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne źródło wolności i praw człowieka i obywatela.



Jest jedyną konstytucyjną wartością, która nie może być ograniczona i jedną z klauzul generalnych stanowiących podstawę interpretacyjną całego systemu prawa. Z punktu widzenia Kodeksu karnego naruszenie czyjejś godności jest przestępstwem znieważenia.

Sąd Najwyższy RP w wyroku z 21 marca 2007 (I CSK 292/06) stwierdził, iż godnością osobistą jest własne wewnętrzne przekonanie danego człowieka o jego etycznym i moralnym nieposzlakowaniu oraz oczekiwanie czci wobec siebie rozumianej jako pozytywne nastawienia innych osób wobec niego ze względu na społeczne i osobiste wartości, które reprezentuje. Tak rozumiana godność nie podlega wartościowaniu, a jej naruszenie występuje, gdy bez uzasadnionych podstaw, zwłaszcza w obecności osób trzecich, traktuje się kogoś negatywnie i wyraża się o nim w sposób poniżający.

Natomiast Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, w preambule, iż „uznanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju świata”, zaś w artykule 1, że „wszyscy ludzie rodzą się równi pod względem swej godności i swych praw. Są oni obdarzeni rozumem i sumieniem i powinni postępować wobec innych w duchu braterstwa.”

Godność to uwolnione z ograniczeń moralno-wolitywnych (osoba musi mieć wolę czynienia tego, co uważane jest za dobro), społeczno-ekonomicznych (patrz słabe strony społecznego gospodarki rynkowej) i egzystencjalnych (człowiek musi swemu życiu nadać sens i musi wziąć za swoje życie odpowiedzialność) źródło ekspresji człowieka, pozwalającej mu doświadczać siebie jako osoby dobrej, spełniającej się, szczęśliwej, ale i od innych osób uzyskiwać komunikaty, że jest tak postrzegana i traktowana. Człowiek zniewolony pobytem w instytucji, sprowadzającej człowieka do roli zasobu pomocy społecznej nie ma szans na doświadczenie siebie jako osoby godnej (np. instytucji totalnej, w której osoba jest traktowana instrumentalnie, jak przedmiot oddziaływania).

Intymność/prywatność

Kojarzy się z czymś osobistym. Może dotyczyć różnych sfer: kontaktów z innymi, sposobów zaspokajania potrzeb. Intymność jest warunkiem koniecznym kogoś bliskiego w przypadku kontaktów z innymi. Intymny kontakt pozwala stworzyć głęboką, silną więź uczuciową pomiędzy dwojgiem ludzi.

Jeśli chodzi o potrzeby to można je zaspokajać w sposób jawny (widoczny dla innych) lub intymny (w odosobnieniu lub z bliską osobą) W intymności załatwiamy potrzeby fizjologiczne (korzystanie z toalety), jak i wyższe (kontemplacja, relaksowanie się). Intymność uważana jest za niezbędny czynnik wpływający na zdrowie psychiczne człowieka. Głęboki osobisty charakter czegoś.

Sfera intymności sferą bezpieczeństwa. Bliskość.

Niezależność

Inaczej samodzielność. Może przejawiać się w różnych sferach funkcjonowania. Można mówić o niezależności w sensie fizycznym oraz psychicznym.

Niezależność fizyczna objawia się w swobodnym korzystaniu z równych środków służących zaspokajaniu własnych potrzeb, obowiązków (dotyczących ciała) np. osoba po amputacji kończyn musi sobie poradzić z szeregiem przeszkód – drzwi, klamka, wyjście, szerokość wózka inwalidzkiego, schody itd. Nie ma nic trudniejszego jak zależność od innych. Jest to cecha charakterystyczna mieszkańców DPS, która jest często źródłem poniżenia, niskiej samooceny, złego samopoczucia, apatii, przygnębienia.

Niezależność psychiczna sprowadza się do samodzielności wyrażania poglądów, opinii w oparciu o kilka źródeł. Umiejętność korzystania z samotności, budowania bliskich związków w miłości, a nie lęku prze samotnością itd. Mieszkańcy nie rzadko z obawy przed wyśmianiem, publicznym poniżeniem, pogardą, rezygnują z niezależności.

Prawo dokonywania wyboru

To przyzwolenie na korzystanie z różnych możliwości postępowania. Potencjalnie każdy ma wybór, ale czasem bywa on ograniczony przez np. niepełnosprawność, chorobę, lęk, czyjś zakaz, nakaz itd.

Jeśli wybór jest podjęty zgodnie z potrzebami, świadomie, nie szkodzi, najczęściej mówimy „ja chcę”, „muszę”, „powinienem”. Warto zastanowić się na ile pozostawiany jest wybór mieszkańcom.

Więcej swobody wprowadzamy, stosując zamiast „musisz” krótki opis najlepszego rozwiązania sytuacji (najefektywniejsze jest wspólne ustalenie rozwiązania). Sytuacje, w których nie mamy wyboru, rodzą frustracje, złość, agresję, poczucie krzywdy, uzależnienia, czujemy się nic nie warc. Wydaje się nam, że jesteśmy w klatce bez wyjścia. Zyt długie tłumienie emocji w sobie – poczucie zamkniętych możliwości – prowadzi do chorób, utraty sensu życia, czasem do samobójstwa.

Poczucie bezpieczeństwa

Bezpieczeństwo to stan, dający poczucie pewności istnienia i gwarancji jego zachowania, a także szanse na doskonalenie. Jest to jedna z podstawowych potrzeb człowieka. Odznacza się brakiem ryzyka utraty tego, co jest dla człowieka szczególnie cenne – życie, zdrowie, praca, szacunek, uczucia, dobra materialne i niematerialne. Bezpieczeństwo jest naczelną potrzebą człowieka i grup społecznych, jego brak wywołuje niepokój i poczucie zagrożenia. Człowiek, grupa społeczna, starają się oddziaływać na swoje otoczenie tak, by usuwać a przynajmniej oddalać zagrożenia, eliminując własny lęk, obawy, niepokój i niepewność. Potrzeba bezpieczeństwa należy do najważniejszych potrzeb psychicznych. Jej niezaspokojenie najczęściej prowadzi do zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego. Zdaniem wielu psychologów i psychiatrów u podstaw wszelkich nerwic leży lęk, a genezy nastawień lękowych należy szukać we wczesnym dzieciństwie, zwłaszcza zaś w nieprawidłowym oddziaływaniu wychowawczym i niewłaściwych postawach rodzicielskich.



Deprywacja emocjonalna

Jest to sytuacja pozbawienia możliwości zaspokojenia potrzeby kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi i więzi emocjonalnej z opiekunami. U niemowląt prowadzi do poważnych i trwałych zaburzeń rozwoju (choroba sieroca, choroba szpitalna). Deprywacja emocjonalna występuje w warunkach izolacji, która niekoniecznie musi być skutkiem odrzucenia emocjonalnego. U mieszkańców rodzi dyskomfort prowadzący do wycofywania się z aktywnego funkcjonowania, bierności, godzenia się na sposób traktowania przez otoczenie.

Warunkiem koniecznym funkcjonowania domu pomocy społecznej jest spełnienie wszystkich wymogów wynikających z ogólnie obowiązujących przepisów regulujących bezpieczeństwo przeciwpożarowe, bezpieczeństwo sanitarne oraz prawo budowlane. Po stronie domu jest stworzenie warunków zapewniających osobom mieszkającym w domu pomocy społecznej ochronę godności osobistej, poczucie intymności, niezależność dostosowaną do ich poziomu sprawności, możliwość rozwoju osobowości, możliwość dokonywania wyborów, bezpieczeństwo i swobodne kontakty ze środowiskiem. Każdy mieszkaniec ma zapewnioną opiekę oraz możliwość zaspokojeniu niezbędnych potrzeb bytowych, społecznych, edukacyjnych i umożliwienie dostępu do usług zdrowotnych, edukacyjnych. Wartym podkreślenia jest zachowanie wszystkich praw obywatelskich mieszkańca, jakimi dysponował przed zamieszkaniem w domu pomocy społecznej oraz jego aktywne uczestnictwo w sprawowaniu opieki. Opracowane standardy zaakcentowały pozytywny wpływ funkcjonowania mieszkańców w środowisku koedukacyjnym, wskazując na tworzenie domów koedukacyjnych. Wynikało to z pewnych założeń, które w sposób nieformalny dzieliły domy na domy dla kobiet i mężczyzn. Wypracowane standardy wyeksponowały dostępność wszystkich pomieszczeń wraz z ich wyposażeniem dla mieszkańców i ich dostosowanie do rodzaju niepełnosprawności osób z nich korzystających. Prosty przykładem, który wcale nie był odosobniony w praktycznym funkcjonowaniu domów było zamykanie na klucz pomieszczeń, z których mieszkańcy mogli korzystać tylko pod nadzorem personelu, podobnie zresztą jeśli chodzi o wyposażenie, które niejednokrotnie umieszczane było bądź w takich zamkniętych pomieszczeniach, bądź w miejscach usytuowanych poza zasięgiem mieszkańca. Z tego samego sposobu podejścia zarezerwowano pokój mieszkalny jako prywatna przestrzeń osób mieszkających w pokoju mieszkalnym. Wymóg ten w pierwszej fazie wdrażania standardów nie był wcale prosty do osiągnięcia, ponieważ z jednej strony pokoje zamieszkiwało wiele, a z drugiej najczęściej drzwi do pokoi mieszkalnych zwyczajowo były otwierane na całą szerokość, aby personel w swobodny sposób mógł obserwować, co robią mieszkańcy, a jeśli drzwi były zamykane to personel swobodnie wchodził do każdego pokoju nie oczekując przyzwolenia mieszkańców na naruszenie sfery prywatności. Dlatego też do standardów wprowadzono normę posiadania kluczy do swoich pokoi, gwarantując mieszkańcom prawo zamykać go na klucz.

W zakresie warunków lokalowych podniesiona została kwestia uwolnienia pomieszczeń domu od przykrych zapachów i zwrócono uwagę na konieczność utrzymywania w nich ładu i czystości. Konstrukcja przygotowanych przez zespół ekspercki standardów, wymagania

w tym zakresie podzieliła na wymagania ogólne odnoszące się do całego domu i szczegółowe odnoszące się do poszczególnych pomieszczeń, a co ciekawe oddzielnie odniosła się do personelu i stawianych mu wymagań.

Wymagania ogólne wskazywały, aby lokalizacja domu zapewniała swobodną komunikację z najbliższym miastem lub osiedlem (niewielka odległość bądź dogodny dojazd), pozwalając na integrację mieszkańców z rodziną i środowiskiem lokalnym, przy jednoczesnej ochronie prywatności mieszkańców zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz domu. Zwrócono również uwagę, aby w najbliższym otoczeniu domu znajdował się park lub ogród umożliwiający mieszkańcom stały kontakt z naturą. Podkreślono walory architektury domu oraz jego najbliższego otoczenia umożliwiającej swobodne poruszanie się osób niepełnosprawnych (brak barier architektonicznych), a w związku z tym preferowaną jednokondygnacyjną zabudowę pawilonową. Ponieważ niewiele z obiektów, w których usytuowane są domy, spełniają taki optymalny warunek, jako element kompensujący istniejący stan rzeczy wprowadzono konieczność instalowania wind i odpowiedniego przystosowania klatek schodowych, które zwiększają swobodę przemieszczania się osób, szczególnie o deficytach ruchowych. Jako standard obowiązujący wszystkie domy uznano wyposażenie obiektów w centralne ogrzewanie z możliwością regulowania temperatury w poszczególnych pomieszczeniach oraz wyposażenie w ciepłą wodę. Aby wewnątrz domu stwarzało mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa, spokoju i minimalizowało psychiczne konsekwencje przebywania w stosunkowo dużym skupisku ludzi uznano za konieczne zadbanie o odpowiedni wystrój wnętrz, o dostęp do odpowiedniej ilości światła dziennego a w razie niemożliwości takiej modernizacji światła sztucznego. Zwrócono również uwagę pewną cechę występującą w większości budynków, w których umiejscowione zostały domy pomocy społecznej a mianowicie długie, ciemne korytarze, robiące przytłaczające wrażenie. W procesie naprawczym takie ciągi komunikacyjne zostały złamane aneksami wypoczynkowymi, zielenią, zmianą wystroju zmieniającą odbiór wizualny. Zadbano również o wprowadzenie wymogu instalacji przyzywowej, jako optymalnego rozwiązania w sytuacjach koniecznej nagłej pomocy personelu w sytuacji raptownego pogorszenia się stanu zdrowia np. zasnęnięcia. Po analizach kosztów modernizacji ustalono górną granicę wielkości domu z przeznaczeniem dla nie więcej niż 100 mieszkańców, która to norma w późniejszym okresie została zawężona do nowo powstających domów, z powodu braku możliwości zlikwidowania domów kilkuset osobowych, w których w jednym skupisku mieszkało 600 czy 700 mieszkańców, które to domy w procesie naprawczym wydatnie zmniejszyły liczbę mieszkańców, jednak pozostały nadal domami kilkuset osobowymi.

W zakresie standardów szczegółowych, ustalono, iż w jednym pokoju nie mniejszym niż 16 metrów kwadratowych powierzchni mieszkalnej nie może wspólnie mieszkać więcej niż dwie osoby. Pokój ten powinien być wyposażony w miejsce do spania, stosownie do potrzeb każdego z mieszkańców w łóżko lub tapczan, szafę z wydzieloną częścią dla każdego mieszkańców i możliwością zamknięcia ich na klucz, szafki nocne, stół i krzesła, odpowiednią ilość wyprowadzeń elektrycznych w pokoju, pozwalającą na swobodne korzystanie



z energii elektrycznej. Wprowadzanie normy standardów zagwarantowały mieszkańcom podstawowe wyposażenie pokoju w meble, to dały również możliwość wyboru i wyposażenia swojego pokoju we własne meble i inne osobiste przedmioty. W zakresie wymagań sanitarnych uznano, że przy każdym pokoju mieszkalnym powinna być łazienka z toaletą, a w przypadku braku pomieszczeń sanitarnych w każdym pokoju, zagwarantowany jest łatwy dostęp do pomieszczeń sanitarnych ogólnodostępnych, przy określeniu normy minimalnej nie mniej niż jedna toaleta wyposażona w umywalkę, na potrzeby nie więcej niż 4 osób oraz niemniej niż jedna łazienka na potrzeby nie więcej niż 5 osób. Zwrócono również uwagę, aby sposób urządzenia i wyposażenia tych łazienek i toalet zapewniał intymność osobom z nich korzystającym (odrębne kabiny, parawany itd.). Istotnym elementem wyposażenia łazienek stało się alternatywne wyposażenie w wanny lub kabiny prysznicowe, umożliwiające swobodny wybór mieszkańcom prawo wyboru rodzaju kąpiei zgodnie z nawykami higienicznymi - kąpiel w wannie lub pod prysznicem oraz wyposażenie w takie urządzenia w pomieszczeniach, które są łatwe i bezpieczne w obsłudze, suszarki i dozowniki do mydła w płynie, w pomieszczeniach sanitarnych ogólnodostępnych.

Wypracowane standardy świadczonych usług odniosły się również do innych pomieszczeń, które powinny być w każdym domu:

- jadalni dostosowanej wielkością do liczby mieszkańców, umożliwiającej pewną elastyczność w wyborze pory spożywania posiłku oraz zapewniającej jego swobodne spożywanie, także osobom niepełnosprawnym,
- gabinetu lekarskiego oraz zabiegowego, standardowo wyposażonego,
- rehabilitacyjnych wyposażonych w stosowny do potrzeb mieszkańców sprzęt,
- miejsca wspólnego przebywania, przeznaczone do aktywizacji i rekreacji, w tym: sale do zajęć terapeutycznych, sale dziennego pobytu, bibliotekę i czytelnię, salę telewizyjną, podręczną kuchenkę przeznaczoną na indywidualne potrzeby mieszkańców, pokój wyciszeń, kawiarenkę, przy czym ilość tych pomieszczeń winna być odpowiednio proporcjonalna do liczby i potrzeb mieszkańców, zapewniając swobodne z nich korzystanie,
- kaplicę lub inne miejsca kultu religijnego, stosownie do potrzeb mieszkańców,
- pomieszczenie pro morte.

Wypracowane standardy uwzględniały również konieczność wyodrębnienia pokoju gościnnego, podyktowaną słabą dostępnością do miejsc noclegowych w miejscowościach usytuowania domów, a troską o umożliwienie mieszkańcom przyjmowanie indywidualnych odwiedzin, głównie członków najbliższej rodziny, na kontaktach, z którymi szczególnie zależało i zależy osobom przebywającym w domach.

Co ciekawe, normy standardów odnosiły się również do minimalnych standardów w zakresie pomieszczeń przeznaczonych na potrzeby personelu, które - poza pomieszczeniami, w których personel bezpośrednio wykonywał swoją pracę - powinny uwzględniać pomieszczenia socjalne dla personelu, w tym przede wszystkim: szatnie, odrębne łazienki i toalety oraz pokój socjalny, a także do pomieszczeń gospodarczych - kuchni dostosowanej wiel-

kością, wyposażeniem i towarzyszącym jej zapleczem do ilości i rodzaju przyrządzanych posiłków, pralni ze stosownym zapleczem (suszarnią, prasownią itp.) i pomieszczeń magazynowych.

Standardy oddzielnie odniosły się do cech personelu zatrudnionego w domu pomocy społecznej eksponując, czym powinny wyróżniać się osoby pracujące w domu. Zasady ogólne, wskazały, iż osoby zatrudnione w domu - obok odpowiednich kwalifikacji - charakteryzować się muszą szczególną wrażliwością na problemy mieszkańców, a każdy pracownik domu powinien postrzegać i traktować osobę przebywającą w domu przede wszystkim jako mieszkańca, a nie tylko jako pacjenta z problemami psychicznymi i fizycznymi. Ogólna zasada wskazywała, że liczba personelu zatrudnionego w domu, a także proporcje zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych (personelu specjalistycznego, personelu podstawowego, personelu administracyjno-technicznego) powinna być dostosowana do potrzeb mieszkańców, dopiero w późniejszym okresie przyjęła postać wskaźników zatrudnienia w zespołach opiekuńczo terapeutycznych i wskazaniem konieczności zatrudnienia osób o określonym zawodzie, między innymi pracownika socjalnego czy psychologa. Pierwotnie decyzję o tym, jaki personel powinien pracować w konkretnym domu ustalony został całkowicie po stronie zarządzających domami jednak obecne regulacje wskazują wskazane preferencje. Polityka kadrowa została scedowana na kierownictwo domu, które powinno prowadzić ją w taki sposób, aby z jednej strony prowadzić do stabilności zatrudnienia, a z drugiej strony gwarantować poprawę jakości sprawowanej nad mieszkańcami opieki. W związku z tym ważnym stało się zatrudnianie personelu w zależności od potrzeb mieszkańców specjalistów z różnych dziedzin. Równocześnie w domu powinno się jasno określić zasady współdziałania poszczególnych specjalistów. Kierownictwo ustala cykliczność spotkań personelu, na których dyskutowane są i rozwiązywane problemy związane z pracą domu. Standardy wyeksponowały również konieczność bieżącej analizy swojej pracy przez personel pod kątem przestrzegania praw mieszkańca i wypełniania obowiązków wobec niego oraz poddawania analizie efektów swojej pracy w celu wypracowania jak najlepszych metod wspierania mieszkańców. Ważnym z punktu widzenia standardów okazało się takie zorganizowanie pracy, aby przez 24 godziny na dobę zapewniona była na terenie domu wystarczająca liczba pracowników do sprawowania opieki oraz możliwe było korzystanie z zajęć przez mieszkańców również w godzinach popołudniowych. Ponieważ po stronie codziennego wyglądu mieszkańców obserwowano liczne zaniedbania, standardy wyeksponowały określiły bezpośrednią odpowiedzialność personelu za ich czystość i estetykę otoczenia oraz ubiór mieszkańców.

Podkreślono również możliwość modyfikowania i uaktualniania zakresów czynności poszczególnych pracowników zgodnie ze zmieniającymi się warunkami w domu, mając na uwadze najlepsze w danych warunkach zaspokajanie potrzeb mieszkańców.

Standardy zwracały ponadto uwagę na poziome funkcjonowanie zatrudnionego personelu, wskazując, że personel specjalistyczny może mieć przypisane także inne, niż wynika-



to by to z ich kwalifikacji zawodowych, zadania związane z zakresem sprawowanej przez dom opieki nad mieszkańcami np. pracownika pierwszego kontaktu, opiekuna, terapeuty etc. W takiej filozofii podejścia dominowało przekonanie, że nadrzędnym zadaniem personelu jest zawsze gotowość wspierania mieszkańców i wychodzenia im naprzeciw w możliwie najkrótszym czasie w momencie sygnalizowania potrzeby, której osoba będąca mieszkańcem domu pomocy społecznej nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić bez konieczności sygnalizowania jej do osoby odpowiedzialnej za jej realizowanie. To założenie również było wypadkową doświadczeń wywiedzionych ze środowiska rodzinnego i szybkiego reagowania na zmieniające się potrzeby członków rodziny. Projektodawcom takiego podejścia chodziło głównie o wyeliminowanie podejścia „to nie ja to koleżanka”, które nierzadko powodowały, że sygnalizowana potrzeba nie znajdowała adresata realizacji i w efekcie w ogóle nie była zaspokajana. Z resztą ta sama filozofia towarzyszyła wyodrębnieniu pracownika pierwszego kontaktu i konieczności bieżącego utrzymywania bezpośredniego kontaktu z mieszkańcem w celu poprawy jakości świadczeń udzielanych mieszkańcom.

Pracownik pierwszego kontaktu powinien mieć pod swoją opieką nie więcej niż kilku mieszkańców, dla których we współpracy z personelem specjalistycznym tworzy indywidualne plany wsparcia oraz dba o właściwą realizację tych planów. Równocześnie pracownik został zobowiązany do przede wszystkim: indywidualnych spotkań z mieszkańcem, omawiania z nim jego bieżących problemów, budowania i uaktualniania wspólnie ze specjalistycznym personelem indywidualnych planów opieki, realizowania nakreślonych zadań, zwłaszcza związanych z realizacją indywidualnych planów opieki. Ważną rolę w tym procesie przypisano pracownikowi socjalnemu jako pracownikowi inspirującemu działania zmierzające do jak najpełniejszego włączenia mieszkańca w zaspokajanie jego podstawowych potrzeb.

Pierwotnie wypracowane standardy świadczonych usług zwracały ponadto uwagę na przeformułowanie czasu pracy personelu, który będzie wchodził w pełnienie funkcji pracowników pierwszego kontaktu, wskazując na konieczność uwzględniania przy planowaniu liczby zatrudnianego personelu czasu, jaki powinni pracownicy poświęcić bezpośredniej pracy z mieszkańcami. Standardy zwracały również uwagę na warunki pracy pozwalające na właściwe sprawowanie opieki nad mieszkańcami i wykonywanie innych zadań związanych z funkcjonowaniem domu.

Ponieważ w latach dziewięćdziesiątych personel głównie stanowiły pielęgniarki i salowe, które na terenie domu korzystały ubrań służbowych (fartuchów pielęgniarskich i czepków), wypracowane normy odnosiły się do stroju, z jakiego powinien korzystać personel, uznając, że nie zaleca się noszenia przez personel na terenie domu uniformów - poza bezpośrednim wykonywaniem czynności tego wymagających, natomiast zaleca się, aby każdy pracownik posiadał identyfikator. Norma ta miała na celu wyrównanie nierówności rysującej się pomiędzy personelem, który traktując: „z góry” mieszkańców podkreślał swoją odrębność i ważność strojem, który wyróżniał go spośród mieszkańców domu pomocy społecznej.

Zmiany te jak na połowę lat dziewięćdziesiątych były dosyć rewolucyjne, co wyeksponowało

potrzeby edukacyjne personelu. Standardy w związku z tym podkreślały potrzebę ciągłego podnoszenia kwalifikacji przez personel zatrudniony oraz potrzebę przeszkolenia każdego nowozatrudnionego pracownika w zakresie podstawowych informacji o funkcjonowaniu domu pomocy społecznej (celu, strukturze, procedurach, potrzebach mieszkańców, życia codziennego, usług oferowanych przez dom, wartości, na których oparte jest wsparcie i opieka, współpraca pomiędzy pracownikami i itd.). Poza tym kierownictwo domu, przy podnoszeniu własnych kwalifikacji, jednocześnie zostało zobowiązane do stwarzania warunków umożliwiających udział w szkoleniach wszystkich pracowników, które to szkolenia te winny obejmować przede wszystkim:

- standardy obowiązujące w domach pomocy społecznej,
- potrzeby mieszkańców a świadczone im usługi,
- organizację pracy personelu,
- zasady bezpieczeństwa, higieny itp.,
- inne tematy wynikające z ustawicznego podnoszenia jakości i rodzaju świadczonych usług, natomiast personel specjalistyczny dodatkowo został zobligowany do doskonalenia umiejętności zawodowych oraz zaznajamiania się z nowoczesnymi metodami i technikami pracy w swojej dziedzinie.

Zanim standardy świadczonych usług stały się normami prawnymi, określonymi w przepisach wykonawczych do ustawy o pomocy społecznej, przeszły twardą obróbkę legislacyjną, w trakcie której niektóre z przyjętych norm okazały się nazbyt wyprzedzające mentalność osób uczestniczących w tym procesie i część wypracowanych norm szczególnie tych dotyczących standardów społecznych nie znalazła odzwierciedlenia w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej pozostawiając pewne niedopowiedzenia, które w praktyce zostały wyparte przez rutynowe podejście personelu do wykonywanych obowiązków służbowych. W konsekwencji obowiązujące standardy są o wiele niższe niż wypracowane propozycje, co zważywszy na kilkunastoletni okres wdrażania jest poważnym uszczerbkiem jakościowym, trudnym do odrobienia w przyszłości.

Obowiązujące standardy świadczonych usług

W konsekwencji, obecnie obowiązujące standardy świadczonych usług posiadają w sobie wewnętrzną nierównowagę pomiędzy standardami bytowymi a standardami społecznymi, koncentrując się na normach fizycznych, dotyczących warunków zamieszkania, a przemilczając relacje, jakie powinny towarzyszyć wykonywaniu poszczególnych czynności przez personel w trakcie realizowanego wsparcia. W ramach standardów bytowych dom zapewnia miejsce zamieszkania, pozbawione barier architektonicznych, w pokoju jedno, dwu lub trzyosobowym wyposażonym w podstawowe sprzęty dla każdego mieszkańca, a także swobodny dostęp do infrastruktury dziennej i pomieszczeń sanitarnych, dla których określono minimalne proporcje w odniesieniu do liczby mieszkańców- jedna toaleta na nie mniej, niż czterech mieszkańców i jedna łazienka dla nie mniej, niż pięciu mieszkańców. W ramach standardów bytowych dom zapewnia mieszkańcom wyżywienie, na które składa się co najmniej trzy posiłki dziennie



(a w przypadku dzieci i młodzieży intelektualnie niepełnosprawnej, co najmniej cztery posiłki), na które składają się śniadanie, obiad i kolacja oraz podwieczorek w domach dla dzieci młodzieży intelektualnie niepełnosprawnej. Standardy określają przedziały czasowe w czasie, których poszczególne posiłki powinny być dostępne dla mieszkańców niezależnie od momentu, w którym wyrażają wolę spożycia posiłku. Dla śniadania jest to przedział czasowy pomiędzy godziną ósmą, a dziesiątą, dla obiadu godziny pomiędzy dwunastą, a czternastą - i kolacja najwcześniej od godziny siedemnastej. Wydawać by się mogło, że „urzędowe” godziny spożywania posiłków mają w sobie cechy instytucjonalizowania życia mieszkańców, jednak u podstaw takiego zapisu prawnego leży troska o swobodny wybór mieszkańców, podyktowany przeciwdziałaniem praktyk „funkcjonowania ze względu na łatwość administrowania domem” np. eliminowania pokusy wydawania posiłku wieczornego w porze obiadu, gdyż jest to bardziej dogodne dla personelu. Zazwyczaj mieszkańcy przychodząc do domu pomocy społecznej posiadają własną odzież i obuwie, ale w miarę upływu czasu pojawia się konieczność sukcesywnego uzupełniania „wynoszonej” odzieży czy obuwia lub zakupu w chwili zamieszkania, stąd w normach standardowych pojawił się zapis o konieczności zapewnienia mieszkańcowi ze strony domu odzieży i obuwia, dostosowanego do pory roku. Po stronie domu pomocy społecznej jest również powinność zakupu podstawowych środków higienicznych takich jak mydło, pasta do zębów, dezodorant czy krem do golenia. Oczywiście to, jakie środki higieniczne są potrzebne konkretnemu mieszkańcowi uzależnione jest od jego płci, wieku i konkretnych potrzeb, które powinny być znane i zaspokajane w domu, w którym mieszka.

Poza tym po stronie domu pomocy społecznej leży zapewnienie czystości, a więc pranie i sprzątanie, które również dostosowane jest do indywidualnych potrzeb mieszkańców. Podstawowa zasada sprowadza się do czystych, wolnych od przykrych zapachów pomieszczeń, które sprzątane są co najmniej raz dziennie, lub częściej (jeśli występuje taka potrzeba) i prania pościeli, ręczników oraz odzieży mieszkańca. Standardy wskazują wprowadzić konieczność wydzielenia podręcznego pomieszczenia, w którym mieszkańcy mają możliwość samodzielnego wykonywania prępierek ręcznych lub prania w pralce swoich rzeczy, ale prawie każdy dom posiada centralną pralnię, która pierze pranie całego domu. Pralnie te korzystają z nowoczesnych urządzeń pralniczych dostosowanych do codziennej obsługi tak dużej liczby osób.

W ramach usług opiekuńczych, dom zobowiązany jest do zapewnienia opieki sprowadzającej się do pomocy w czynnościach dnia codziennego, dostęp do terapii zajęciowej, pracę socjalną, różnego rodzaju formy aktywizacji, a także organizuje święta i zdarzenia okolicznościowe. Organizując życie w domu, należy również zapewnić możliwość praktykowania mieszkańcom własnej religii.

Życie domu to nie tylko to, co dzieje się wewnątrz. Dom pomocy społecznej funkcjonuje w określonej obudowie społecznej. Rolą organizatorów oraz prowadzących dom jest integrowanie placówki, ze środowiskiem zewnętrznym, umożliwiając domowi, a domyśle głównie

jego mieszkańcom wtopienie się środowisko lokalne. Dom pomocy społecznej powinien w sposób umiejętny korzystać z wszystkich dostępnych sposobów społeczność lokalna traktowała dom jako trwały, spójny element własnej przestrzeni, który nie tylko nie przeszkadza, ale jest pomocny w funkcjonowaniu społeczności. Jest to kwestia zarówno organizowania codziennego życia w sposób stymulujący zainteresowania i respektujący podstawowe wartości, ale również sztuka umiejętnego zachęcania do czynnego w nim uczestnictwa. Integrowanie wewnętrznego z otoczeniem zewnętrznym, aby nie było wrażenia, że mieszkańcy domu pomocy tworzą odrębną społeczność lokalną. Dbłość o trwałe związki ze społecznością lokalną powinna powodować, że zacierać się będą różnice między tym, co dzieje się wewnątrz i na zewnątrz domu i powodować, że w powszechnym odbiorze działania domu całkowicie wtopią się w środowisko w swojego funkcjonowania, a mieszkańcy społeczności odczuwać potrzebę uczestnictwa w zdarzeniach organizowanych przez dom.

Jednym ze skuteczniejszych sposobów integracji jest świadczenie różnego rodzaju usług na rzecz środowiska lokalnego, w którym zlokalizowany jest dom. Działania takie poza korzyściami w aspekcie społecznym mogą przysporzyć domowi również korzyści finansowe. Jednak nie jest to wyłączny obszar aktywności, gdyż pozytywne oddziaływanie na środowisko mają różnego rodzaju otwarte wydarzenia integracyjne organizowane niejako dla mieszkańców domu pomocy społecznej, ale zachęcające lokalnych mieszkańców do udziału w nich. W praktyce jednak taka integracja jest niepełna, istnieje szczątkowo i w wąskim zakresie. Wprawdzie nacisk na tę stronę funkcjonowania kładą również standardy, ale kadra zarządzająca domami, opierając się na krótkookresowym bilansie zysków i strat, przedkłada efekt finansowy nad integracyjny i uznaje, że działalność na rzecz środowiska lokalnego jest jedynie dodatkowym obciążeniem dla domu pomocy społecznej.

Zakres realizowanych usług wewnątrz domu pomocy społecznej na rzecz mieszkańców czy czynności związane z samym utrzymaniem infrastruktury domu pomocy, a co za tym idzie posiadaniem zaplecza kadrowego i wyposażeniowego, tak naprawdę daje domom możliwość swobodnego świadczenia bardzo szerokiego wachlarza usług zewnętrznych zaczynając od usług opiekuńczych, a na remontowych kończąc. Oczywiście zachętą dla domów pomocy społecznej w tym zakresie mogłyby być rozwiązania prawne, umożliwiające pozostawianie dodatkowych środków wypracowanych za świadczenie usług zewnętrznych na potrzeby domu, jednak takie podejście napotyka na opór ze strony Ministra Finansów, który nie aprobuje rozwiązań, dających dodatkowe źródła „zasilania finansowego” dla jednostek budżetowych, a takimi przecież są domy pomocy społecznej. W przeszłości takie przyjazne rozwiązania funkcjonowały np. konto środków specjalnych, czy prowadzenie gospodarstwa pomocniczego, ale zostały one skutecznie wyeliminowane z obrotu prawnego.

Standardy regulują przepisy wykonawcze, zawarte w rozporządzeniu, które kilkakrotnie było zmieniane. Do 15 listopada 2005 r. wymagany standard usług określało rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 15 września 2000 r. (a wcześniej rozporządzenie z 23 kwietnia 2003 roku) w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 82, poz. 929),



które było aktem wykonawczym do ustawy z 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, a następnie o złagodzonych standardach rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 17 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, które obowiązywało do 2012 roku (Dz. U. Nr 217, poz. 1837) wydane na podstawie ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a następnie zastąpione rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 roku, obecnie obowiązującym.

Standardem objęte zostały usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie - również potrzeby edukacyjne. Standard zróżnicowany jest w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej ilości pracowników socjalnych, zapewnienie kontaktu z psychologiem, a domach dla osób przewlekłe psychicznie chorych również z psychiatrą. Zależność ta obejmuje także wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego umożliwia uwzględnianie wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osób odbywających służbę zastępczą, pracujących bezpośrednio z mieszkańcami (nie więcej jak 30% ogólnej liczby zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym).

Zadaniem każdego domu jest wypracowanie właściwego zakresu usług, zgodnego ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu. Aby potrzeby te mogły zostać określone, potrzebna jest wiedza, której zdobycie jest możliwe wyłącznie poprzez uzyskanie zaufania mieszkańca, który wyzbywając się obaw związanych z „uzależnieniem od instytucji”, jest gotów sygnalizować kwestie, które są dla niego ważne, istotne. W celu właściwego określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług, w domu w następstwie obowiązujących przepisów powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Ich podstawowa rola polega na opracowywaniu indywidualnych planów wsparcia mieszkańców, wspólnie z mieszkańcami oraz wspólną ich realizację wraz z mieszkańcami.

Indywidualny plan wsparcia jest częścią indywidualnej dokumentacji prowadzonej w domu pomocy społecznej, która jest prowadzona dla każdego mieszkańca, na którą składa się diagnoza socjalno medyczna, niezbędnych podstawowe informacje o mieszkańcu, które ułatwią budowanie i modyfikowanie indywidualnego planu (stan ogólnej sprawności, upodobania, przyzwyczajenia, podstawowe informacje o rodzinie i osobach bliskich) oraz zawiera informacje o świadczeniach i efektach uzyskanych w wyniku realizacji indywidualnego planu wsparcia.

Indywidualna dokumentacja mieszkańca powinna być systematycznie uaktualniana przez pracownika pierwszego kontaktu. Warto również zwrócić uwagę na inne elementy składowe takiej dokumentacji, a mianowicie, np. wskazanie osoby upoważnionej do dysponowania osobistymi środkami finansowymi, czy oświadczenie osoby o oczekiwaniach dotyczących pochówku. Przepisy w tym zakresie dopuszczają pełną swobodę dając możliwość wypracowania własnej dokumentacji na poziomie domu, jednak ważnym jest, aby indywidualny

plan wsparcia składała się z dwóch części: stałej i ruchomej. Pierwsza zawiera względnie stałe informacje o mieszkańcu natomiast druga jest systematycznie korygowana i uzupełniana (do tej części powinno się wpisywać planowane działania względem osoby i wprowadzać modyfikacje takich planów, a także dokonywać okresowej oceny tych działań, czy dzięki nim uzyskano zmianę pozytywną bądź negatywną). Pracownicy pierwszego kontaktu wzbraniają się przed opisem negatywnym, obawiając się oceny związanej z własną pracą poniekąd zapominając, jaki cel przyświeca konstruowaniu indywidualnego planu wsparcia. Negatywny opis zrealizowanych działań nie jest przecież porażką a bodźcem do poszukiwania alternatywnych działań, które odniosą pozytywny skutek.

Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w jak najkrótszym w terminie po przyjęciu do domu, najdalej w okresie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. Głównym czynnikiem warunkującym przygotowanie indywidualnego planu wsparcia jest wyznaczenie pracownika pierwszego kontaktu. „Wyznaczenie” w sensie umownym, gdyż to po stronie mieszkańca jest wybór osoby spośród zatrudnionego personelu, osoby, która budzi jej największe zaufanie i sympatię i która będzie dla niego pracownikiem pierwszego kontaktu dając gwarancję udziału w opracowaniu swojego indywidualnego planu wsparcia mieszkańca. Ponieważ w domu, mieszkają osoby o równym poziomie sprawności psychofizycznej w części przypadków udział ten jest ograniczony a w skrajnych czasach wręcz niemożliwy, gdy z mieszkańcem brak jest kontaktu werbalnego.

Wybrany pracownik pierwszego kontraktu poniekąd staje się koordynatorem działań wynikających z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca. Pracownicy pierwszego kontaktu działając na rzecz swoich mieszkańców stają się automatycznie członkami zespołów terapeutyczno-opiekuńczych. Aby funkcja ta mogła być wypełniana w sposób właściwy, konieczny jest do spełnienia warunków indywidualnego podejścia, sprowadzający się do ograniczonej liczby osób względem, których wybrany pracownik może pełnić tę funkcję, aby zachować ideę indywidualnego podejścia. Przepisy nie doprecyzowują tej liczby z podstawowego powodu, jakim jest pozytywny wybór mieszkańca inspirowanego swobodną wolą mieszkańca, jednak z praktycznego punktu widzenia liczba nie powinna przekraczać kilku, nie więcej niż pięciu mieszkańców, aby możliwy był do wygospodarowania czasu zarówno na indywidualne rozmowy, prowadzenie indywidualnego planu oraz wykonywanie podstawowych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych.

Standardy świadczonych usług opierają się na głównej przesłance, iż najważniejszym podmiotem oddziaływania jest mieszkaniowiec. Przesłanka ta, przewartościowując podejście do mieszkańca wprowadziła nowy sposób podejścia do mieszkańca opierający się o realizowanie funkcji pracownika pierwszego kontaktu i organizowanie personelu opiekuńczego w zespoły terapeutyczno-opiekuńcze.

Pracownik pierwszego kontaktu stał się pierwszoplanową postacią w domu. Funkcjonowanie pracownika pierwszego kontaktu ma sprzyjać tworzeniu „parasola ochronnego” nad mieszkańcem, a także wychodzić naprzeciw problemom mieszkańca, kiedy ten znajdzie się w trudnej sytuacji.



Kim jest pracownik pierwszego kontaktu?

Jest to osoba wyróżniająca się kwalifikacjami i umiejętnościami, które ułatwiają jej pełnić tę rolę. Dlatego wydaje się zasadnym wybór takiej osoby z personelu pracującego na co dzień bezpośrednio z mieszkańcami. Preferencja ta nie wyklucza jednak udziału w pełnieniu tej funkcji, przedstawicieli zawodów tzw. pionu techniczno- administracyjnego, jeśli są to osoby preferowane przez mieszkańców (jednak powinny być to raczej pojedyncze przypadki a nie reguła).

Pracownik pierwszego kontaktu powinien być nie tylko łącznikiem między mieszkańcem, a pozostałymi pracownikami, ale również jego adwersarzem. Codzienne kontakty z mieszkańcem powinny mu umożliwić sprawne prowadzenie indywidualnego planu wsparcia, w którym planowane są działania na najbliższy okres, a także dokonywania bieżących korekt, które wynikają ze zmiany zdania mieszkańca lub dokonanej obserwacji czy sugestii bądź zaleceń specjalisty.

Dlatego ważne są kwalifikacje i umiejętności, jakimi powinna cechować się osoba pełniąca tę funkcję, aby w sposób umiejętny przełożyć teoretyczne zasady podmiotowego podejścia do osoby mieszkającej w domu na codzienną praktykę działania, co wcale nie jest zadaniem łatwym. Mieszkańcy to nierzadko osoby z utrwalonymi nawykami i wykrystalizowanymi oczekiwaniami a po stronie osób pracujących postawa sprowadzająca się do podejmowania decyzji za mieszkańca, w jego imieniu, w przekonaniu posiadania wiedzy o jego potrzebach. Tzw. „ja wiem lepiej” związane jest również z rutyną wykonywania określonych czynności skutkującej zawłaszczaniem projektowania życia pojedynczemu mieszkańcowi. Przeciwdziałanie pozbawianiu sprawstwa jest poważnym wyzwaniem dla personelu, któremu trudno jest zerwać z metodami pracy z przeszłości.

Trwający proces poprawy jakości świadczonych usług w domach skutkował kilkukrotnymi drobnymi korektami standardów, które w obecnie obowiązującym stanie dookreślają warunki zamieszkania i zakres świadczonego względem mieszkańca wsparcia.

W związku z tym, dom zapewnia mieszkańcowi miejsce zamieszkania w pokoju maksymalnie trzyosobowym, jeśli porusza się samodzielnie, a w przypadku osoby leżącej czteroosobowym. Pokój, w którym mieszka musi mieć określoną wielkość nie mniejszą jednak niż 9 m² w przypadku, gdy mieszka w pokoju jednoosobowym i odpowiednio 12 lub 18 m² na osobę, gdy mieszka w pokoju dwu lub trzy osobowym. Standardy określają elementarne wyposażenie pokoju mieszkalnego, wskazując, że jest wyposażony w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca domu oraz odpowiednią do liczby osób mieszkających w pokoju liczbę wyprowadzeń elektrycznych. Ponieważ większość domów pomocy społecznej jest adaptowana na potrzeby domu, norma ta może mieć 5% odstępstwo, które pozwala uznać pokój za mieszczący się w standardzie, umożliwiając uznanie pokoi mniejszych o kilkanaście czy kilkadziesiąt centymetrów za mieszczące się w normie.

Jeśli przy pokoju, w którym mieszka, brak jest łazienki to dom ma obowiązek zapewnić taką dostępność mieszcząc się w normie, iż liczba dostępnych łazienek zapewnia możliwość

korzystania z każdej, przez nie więcej niż pięć osób, a w przypadku toalet, przez nie więcej niż cztery osoby. Wymóg ten jest łagodzony, gdy liczba osób leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców domu i wówczas dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%. Posiadanie przez dom mniejszej liczby łazienek w przypadku osób leżących dopuszczone jest z uwagi na fakt wykonywania czynności higienicznych i sanitarnych na łóżku mieszkańca. Standardy wskazują na konieczność przystosowania łazienek i toalet do potrzeb osób niepełnosprawnych, a więc konieczność montowania różnego rodzaju udogodnień ułatwiających mieszkańcom korzystanie z pomieszczeń sanitarno- higienicznych. Możliwość posiadania wspólnie użytkowanych łazienek i toalet została ograniczona do funkcjonujących domów, natomiast w nowo powstających do wymóg ten został poszerzony o konieczność posiadania przy pokoju mieszkalnym toalety i łazienki lub jednego pomieszczenia sanitarnego łączącego obie te funkcje. Akcentując prawo wyboru preferencji sposobu wykonywania czynności higienicznych standardy zwracają uwagę na zamiennność wyposażenia łazienek w wannę lub prysznic.

Standardy gwarantują również zapewnienie porządku w pokojach i innych pomieszczeniach, które mają być sprzątane w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów.

W ramach warunków zamieszkania standardy określają również minimalne standardy żywienia mieszkańca gwarantując mieszkańcom co najmniej 3 posiłki dziennie w przypadku osób dorosłych i co najmniej 4 w przypadku dzieci oraz możliwość wyboru zestawu posiłków z co najmniej dwóch, a także możliwość otrzymania posiłku dodatkowego oraz posiłku dietetycznego, zgodnie ze wskazaniem lekarza, umożliwiając w ten sposób wyjście naprzeciw preferencjom żywieniowym i ograniczeniom wynikającym ze stanu zdrowia mieszkańców. Standardy określają również minimalny odstęp pomiędzy kolejnymi posiłkami i dwugodzinny czas wydawania, przeciwdziałając ewentualnym praktykom kumulacji posiłków dla „wygody” personelu, szczególnie w drugiej części dnia, wskazując, że kolacja może być podawana najwcześniej o godz. 18:00, a także podnoszą kwestie możliwości spożywania posiłków we własnym pokoju, co bezpośrednio wiąże się z dostarczaniem posiłków do pokoju mieszkańca. Mieszkańcy mają ponadto zagwarantowany dostęp do drobnych przekąsek i picia w ciągu całego dnia, jak również w nocy.

W zakresie usług opiekuńczych dom pomocy społecznej zapewnia mieszkańcom pomoc w podstawowych czynnościach higienicznych, w ubieraniu, jedzeniu wskazując na pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych. Standardy w ramach usług wspomagających zapewniają również mieszkańcom możliwość podnoszenia własnej sprawności i możliwość udziału w terapii zajęciowej oraz aktywne formy spędzania czasu. Dom ma również obowiązek umożliwienia zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych. Normy standardów wskazują również na tworzenie warunków sprzyjających rozwijaniu samorządności mieszkańców oraz nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktów z rodziną i osobami bliskimi i społecznością lokalną. Przewidując sytuacje, w których mieszkańcy mogą trafić do domu



ze środowisk zaniedbanych lub odwrotnie nadopiekuńczych, w których zaniechano uczenia wykonywania pewnych czynności samodzielnie, uznając, iż sprawnie realizowana rehabilitacja i terapia mogą na tyle usprawnić osobę, że traci racjonalność podstawowa przesłanka zamieszkania w domu, standardy celują w działalność ukierunkowaną na usamodzielnienie w miarę możliwości mieszkańca domu, której następstwem w niektórych przypadkach powinno być takie usamodzielnienie, które umożliwi powtórne zamieszkanie w środowisku lokalnym.

Standardy świadczonych usług rozstrzygają również kwestię podejmowania przez mieszkańców pracy, co jest szczególnie ciekawe z perspektywy posiadania przez mieszkańców w większości przypadków orzeczenia o niepełnosprawności, a w przypadku jego braku, faktycznych ograniczeń związanych z możliwością świadczenia pracy. Intencją tej normy standardów jest umożliwienie podjęcia- ze względów terapeutycznych- lekkiej pracy, która z jednej strony zabija nudę nierzadko towarzyszącą osobom mieszkającym w domach a z drugiej umożliwia aktywizację, której następstwem bywa wypracowanie własnego świadczenia rentowego.

Ponadto standardy świadczonych usług zwracają uwagę na konieczność zapewnienia bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych oraz zapewnienia mieszkańcom nieposiadającym własnego dochodu, finansowania wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% wysokości zasiłku stałego.

Dom uznaje się za spełniający warunki standardów, jeżeli budynek lub budynki, w którym jest usytuowany są pozbawione barier architektonicznych, a w przypadku budynków wielokondygnacyjnych, spełniony jest wymóg wyposażenia w windę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Przepisy standardów eksponują również wyposażenie budynku w system przyzywowo-alarmowy i system alarmu przeciwpożarowego.

W zakresie pomieszczeń znajdujących się wewnątrz budynku normy standardów wskazują na konieczność posiadania poza pokojami mieszkalnymi, pokoje dziennego pobytu, jadalni, gabinetu medycznej pomocy doraźnej, pomieszczeń do terapii i rehabilitacji, kuchenki pomocniczej, pomieszczeń pomocniczych do prania i suszenia, palarni - jeżeli wśród mieszkańców domu są osoby palące, pokoju gościnnego, kaplicy - jeżeli mieszkańcy nie mają możliwości uczestniczenia w nabożeństwach poza domem, a także innych pomieszczeń technicznych służących zaspokajaniu potrzeb sanitarnych mieszkańców domu.

Mieszkańcom domu nieposiadającym własnej odzieży i obuwia oraz możliwości ich zakupu z własnych środków zapewnia się odzież i obuwie odpowiedniego rozmiaru, dostosowane do ich potrzeb i pory roku, utrzymane w czystości i wymieniane w razie potrzeby, przy czym mieszkaniowiec powinien dysponować odzieżą na zmianę, w co najmniej dwóch zestawach, odzież wierzchnią dostosowaną do pory roku, co najmniej cztery komplety bielizny, oraz bieliznę nocną, co najmniej w dwóch zestawach oraz buty i domowe pantofle. Konieczność zaopatrywania w odzież i obuwie została podyktowana troską sprowadzającą się do swobodnego funkcjonowania wewnątrz i na zewnątrz domu pomocy społecznej,

pozwalającego na niewyróżnianie się z pośród innych osób, które funkcjonują w otoczeniu zewnętrznym. Ponadto po stronie domu jest zapewnienie pościeli i ręczników.

Poza odzieżą, dom zapewnia również mieszkańcom środki higieniczne takie jak: mydło, pastę i szczoteczkę do mycia zębów oraz środki piorące, szampon do mycia włosów, a dla mężczyzn – przybory do golenia,

Standardy określają również minimalne normy w zakresie usług opiekuńczych, wskazując na konieczność organizowania terapii zajęciowej, świadczenie pracy socjalnej, możliwość korzystania z biblioteki lub punktu bibliotecznego oraz codziennej prasy, a także organizację świąt i uroczystości okazjonalnych oraz umożliwia się udział w imprezach kulturalnych i turystycznych.

Po stronie standardów opiekuńczych znalazł się poza tym wymóg sprawienia pogrzebu, zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu, w sytuacji gdy mieszkaniec nie posiadał osób bliskich, które chciałyby zająć się organizacją pochówku. Z przepisu tego wynika ponadto obowiązek pokrycia kosztów sprawienia pogrzebu w sytuacji gdy mieszkaniec nie posiadał uprawnień do zasiłku pogrzebowego, a nie dysponował wystarczającymi środkami zgromadzonymi na koncie osobistym, które pozwalałyby na pokrycie kosztów sprawienia pogrzebu. W praktyce dom sprawiający pogrzeb, wykorzystuje w tym celu zasiłek pogrzebowy a gdy środki te są niewystarczające, pokrywa różnicę ze środków własnych mieszkańca a w dalszej kolejności ze środków bieżących domu.

W zakresie warunków, jakie powinny zostać spełnione by uznać, że normy standardów zostały spełnione, dom zobowiązany jest do zatrudnienia co najmniej dwóch pracowników socjalnych na stu mieszkańców domu, zapewnić mieszkańcom kontakt z psychologiem, a w przypadku mieszkańców domu przebywających w domach, dla osób przewlekle psychicznie chorych również z psychiatrą. Ponadto standardy określają wskaźniki zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w odpowiednim typie domu dla:

- a) osób w podeszłym wieku – nie mniej niż 0,4 na jednego mieszkańca domu,
- b) osób przewlekle somatycznie chorych – nie mniej niż 0,6 na jednego mieszkańca domu,
- c) osób przewlekle psychicznie chorych – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu,
- d) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu,
- e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – nie mniej niż 0,6 na jednego mieszkańca domu,
- f) osób niepełnosprawnych fizycznie – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu.

Wyliczając minimalną liczbę personelu opiekuńczo-terapeutycznego w konkretnym domu, do wskaźnika można doliczać wolontariuszy, którzy współpracują z domem i na co dzień wspierają mieszkańców.



Do tej liczby można doliczyć również stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, jeżeli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu, przy czym w liczonym wskaźniku udział tych osób nie może przekroczyć 30% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym.

Spełnienie formalnych standardów jest jednak tylko częścią ilustracji jakości funkcjonowania domów pomocy społecznej, rdzeniem jest to, w jaki sposób standardy są przekładane na praktyczne działanie, bo przecież z punktu widzenia sposobu zaspokajania potrzeb zamieszkujących w nich osób najważniejszy jest sposób - obszary swobody i możliwości wyborów z jednej strony, zależności i podporządkowania - z drugiej. Ważny jest stopień jednolitości lub zróżnicowania (stwarzającego możliwości wyboru) przestrzeni życia codziennego, czasu życia codziennego, środowiska społecznego, w jakim przebiega życie tych ludzi oraz ich środowiska materialnego, bo przecież dom pomocy społecznej jest miejscem, w którym jest zaspokajana całość potrzeb zamieszkujących w nim osób. Koncentracja wysiłków, energii i wiedzy nierzadko skupia się na zaspokajaniu najbardziej podstawowych potrzeb mieszkańców, przede wszystkim potrzeb biologicznych organizmu ludzkiego, niedostrzeganie wagi wielu potrzeb związanych ze społecznym i psychicznym funkcjonowaniem jednostki, jej potrzeb emocjonalnych, samorealizacyjnych, podmiotowości a przede wszystkim godności. Człowiekowi pozostającemu na stałe w instytucji zdarza się, że z czasem pod wpływem stagnacji staje się osobą o zredukowanych, ograniczonych potrzebach niż mają osoby na mieszkające zewnątrz. Taki obraz zdarza się, że jest rysowany przez samych mieszkańców, którzy niekiedy sami siebie postrzegają. Zaspokajając najbardziej podstawowe potrzeby człowieka, zapewniając mu miejsce do spania, pożywienie, odzież, pomoc w zapewnieniu opieki medycznej, oraz poczucie elementarnego bezpieczeństwa socjalnego, jest niezmiernie ważne. Dom pomocy społecznej zaspokaja te potrzeby w sposób odbiegający od sposobu ich realizacji w warunkach samodzielnego życia w gospodarstwach domowych. Różnica polega na wielu skomplikowanych, niekiedy ukrytych, nieuświadomionych, formach i mechanizmach zależności mieszkańca domu i personelu. Jest to zjawisko właściwe wszelkim instytucjom, a głównie instytucjom totalnym. Charakterystyczna jest dla ich swoista „instytucjonalizacja” potrzeb mieszkańców, wyrażająca w uniformizacji sposobów ich zaspokajania, prowadzących do uprzedmiotowienia i wyobcowania mieszkańców. Biorąc pod uwagę, że dom pomocy społecznej wydaje się, że również w przyszłości będzie miejscem zamieszkania osób starych, niepełnosprawnych, które nie znajdują oparcia środowisku zamieszkania, należy dążyć do wyeliminowania efektów „instytucjonalizacji”. Wymaga wielu zmian: w infrastrukturze domów pomocy społecznej, w sposobie ich funkcjonowania, w organizacji codzienności, a także przełamaniu wielu barier mentalnych, stereotypów, nawyków czy zwykłej rutyny zarówno wśród pracowników zatrudnionych w domach, jak i m, jednak warunkiem niezbędnym jest między innymi pokonanie przeszkód materialnych, finansowych i organizacyjnych. Najtrudniejszą kwestią jest oczywiście konsekwentne prowadzonych działań, m.in. edukacyjnych. Wydaje się przewyższenie istniejących nawyków,

postaw i stereotypów, utrwalonych przez długie lata i funkcjonujących na zasadzie oczywistości niekwestionowanych i niepoddawanych weryfikacji.

Proces dochodzenia do wymaganego poziomu usług

Aby domy pomocy społecznej mogły spełnić standardy świadczonych usług, zrealizowany został przez nie proces naprawczy, zapoczątkowany formalnie w 1997 roku i trwający do końca 2012 roku, co w sumie sprowadza się do 15 lat zabiegania o zmianę jakości domów i w domach. Realizacji programów naprawczych, związana była z koniecznością podjęcia większych lub mniejszych zadań inwestycyjnych, które po reformie administracyjnej w Polsce w 1999 stały się obciążeniem samorządu terytorialnego, którego zadanie polegało na kontynuacji procesu zapoczątkowanego przez administrację rządową. Deficyt środków finansowych po stronie samorządu spowodował, że realizacja tego zadania była długo fałowo wspierana przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej. Według danych MPiPS w 2002 roku zebranych z poszczególnych województw zrealizowanie programów naprawczych do końca 2006 roku realizowanych w 747 domach pomocy społecznej wymaga kwoty około 1.300 mln zł.

Suma ta, z uwagi na ograniczone środki budżetowe powiatów, w zakresie dofinansowania zadań inwestycyjnych w domach pomocy społecznej stała się podstawą do planowania dodatkowych środków zarówno w budżetach wojewodów, jak i w rezerwach celowych budżetu państwa. Niestety niskie zrozumienie problemów tych jednostek, a właściwie potrzeb osób niepełnosprawnych mieszkających w domach sprowadziła się np. do niewielkiej liczby domów które uzyskały możliwość skorzystania ze środków inwestycyjnych zarezerwowanych w kontraktach wojewódzkich realizowanych przez województwa samorządowe – urzędy marszałkowskie. W kontraktach wojewódzkich, w 2002 r. ujęte zostały prace inwestycyjne w 14 domach pomocy społecznej, z czego 6 w województwie mazowieckim (5.550 tys. zł) i 8 w województwie podkarpackim (1.000 tys. zł).

Tabela 17. Kontrakty wojewódzkie 2004 i 2005 rok

LP.	Województwo	Domy pomocy społecznej - dotacja w ramach PROGRAMU WSPARCIA 2004	Domy pomocy społecznej - dotacja w ramach PROGRAMU WSPARCIA 2005
1	2	3	4
01	Dolnośląskie	8 358 882	1 211 700
02	Kujawsko-Pomorskie	293 000	0
03	Lubelskie	2 285 650	3 374 000
04	Lubuskie	1 000 000	1 259 669
15	Łódzkie	2 771 000	2 402 875
16	Małopolskie	6 124 046	0
17	Mazowieckie	6 000 000	0



18	Opolskie	1 094 000	432 900
19	Podkarpackie	0	402 800
210	Podlaskie	0	0
211	Pomorskie	0	0
212	Śląskie	4 000 000	0
213	Świętokrzyskie	5 043 230	2 052 000
214	Warmińsko-Mazurskie	3 872 190	0
315	Wielkopolskie	5 000 000	0
316	Zachodniopomorskie	0	1 384 000
	RAZEM	45 841 998	12 519 944

Źródło: Opracowanie na podstawie danych uzyskanych z zestawienia zbiorczego MPiPS

W 2004 roku w czterech województwach nie realizowano zadań w obszarze pomocy społecznej, zaś w 2005 roku w 8 województwach. W roku 2006 tylko trzech Marszałków województw: lubelskiego, mazowieckiego i zachodniopomorskiego odpowiedziało na apel Ministra Pracy i Polityki Społecznej, o uwzględnienie w kontraktach wojewódzkich domów pomocy społecznej, potwierdzając zabezpieczenie środków na ten cel.

Mając na uwadze problemy jednostek samorządu terytorialnego z pozyskaniem środków na realizację tych zadań, Minister właściwy ds. zabezpieczenia czynił starania w zakresie pozyskania środków unijnych. Niestety wstępnie przyjęte jako działanie dofinansowane w ramach EFS, w ramach późniejszych ustaleń zostało odrzucone.

Corocznie w rezerwie celowej budżetu państwa pozostającej w gestii ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego, planowane były środki dla domów pomocy społecznej z przeznaczeniem na dofinansowanie tych jednostek w części dotyczącej wydatków bieżących, w tym na remonty i ewentualne doposażenie, i utrzymanie mieszkańców, a także dotacje związane z realizacją programów naprawczych. Jednak wysokość dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie zadań własnych jednostki samorządu terytorialnego z zakresu pomocy społecznej, nie może przekroczyć 50% kosztów realizacji zadania, dlatego nie wszystkie powiaty mogły korzystać z takiej dotacji, gdyż nie były w stanie zabezpieczyć 50% środków własnych.

Na przykład w 2004 r. z rezerwy celowej budżetu państwa dla domów pomocy społecznej przeznaczono kwotę 20 000 000 zł, z tego 7,5 mln zł na zwiększenie kwoty dotacji na 1 mieszkańca DPS do kwoty 1210 zł w 6 województwach (małopolskie, mazowieckie, podlaskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie). Pozostałe środki podzielono proporcjonalnie do liczby miejsc w województwach, na realizację programów naprawczych lub zakup wyposażenia w ramach wydatków bieżących. Podziału środków na konkretne domy pomocy społecznej dokonali wojewodowie.

W 2005 r. z rezerwy celowej budżetu państwa dla domów pomocy społecznej przeznaczono środki w wysokości 16 536 099 zł, podzielone proporcjonalnie do liczby miejsc w województwach, na dofinansowanie utrzymania miejsc w domach pomocy społecznej oraz na realizację programów naprawczych. Podziału środków na konkretne domy pomocy społecznej dokonali wojewodowie.

Dodatkowo w roku 2005 dla niektórych domów pomocy społecznej z niektórych województw, z rezerwy ogólnej budżetu państwa, przekazano środki w wysokości 2,5 mln złotych na realizację zadań w ramach programów naprawczych.

W roku 2006 po raz pierwszy od 2001 roku została zaplanowana dla domów pomocy społecznej rezerwa celowa w wysokości 15 mln zł (wydatki majątkowe). Zdecydowano o dofinansowaniu domów, gdzie niewielkimi środkami inwestycyjnymi do końca tego roku możliwe będzie osiągnięcie obowiązującego standardu usług. Środki w oparciu o przekazane wnioski wojewodów zostały rozdysponowane na domy samorządowe. Jednocześnie z uwagi na zgłoszone zapotrzebowanie samorządowych domów pomocy społecznej na środki na realizację programów naprawczych, znacznie przewyższające wysokość ww. rezerwy celowej, na początku maja 2006 r. Minister Pracy i Polityki Społecznej wystąpił o przyznanie dodatkowych środków w wysokości 20 mln zł z rezerwy ogólnej budżetu państwa, na realizację programów naprawczych w domach pomocy społecznej, w tym w domach prowadzonych przez podmioty niepubliczne na zlecenie powiatów, które zgodnie z ustawą o finansach publicznych mogą otrzymać dotację na realizację inwestycji tylko w oparciu o specjalne upoważnienie w ustawie budżetowej. Ponadto domy pomocy społecznej mogły również ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON robót budowlanych, dotyczących obiektów służących rehabilitacji.

Programy naprawcze domów pomocy społecznej podlegały monitorowaniu przez resort pracy i polityki społecznej według informacji, którego w momencie pierwotnego terminu osiągania standardów świadczonych usług a więc w 2006 roku na ogólną liczbę 811 funkcjonujących wówczas domów pomocy społecznej, stałe zezwolenie posiadało 181, zaś 630 zezwolenie warunkowe.

Z uzyskanych w 2006 r. danych zbiorczych MPiPS wynikało, że w dalszym ciągu w domach utrzymywane jest nadmierne zagęszczenie w pokojach mieszkalnych, o czym świadczyła liczba 215 domów, w których pokoje mieszkalne nie spełniały norm powierzchniowych oraz 173 domy nie posiadały odpowiedniej liczby łazienek w stosunku do liczby mieszkańców. W 99 domach pomocy społecznej brak było instalacji alarmowo-przeciwpożarowej, a aż 243 domy pomocy społecznej niespełnione były normy zatrudnienia właściwej liczby personelu, która wynikała ze wskaźników zatrudnienia dla każdego typu domu pomocy społecznej. Według stanu na koniec 2006 roku w domach pomocy społecznej znajdowało się 1862 wolnych miejsc).

W procesie realizacji programów naprawczych, na ostatnim etapie ich wdrażania, najwięcej problemów w dochodzeniu do wymaganego standardu świadczonych usług domy przysparzały te obszary, które wymagały dodatkowych znacznych nakładów finansowych: montowania instalacji przeciwpożarowej,



instalowania wind przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych, osiągnięcia wymaganego wskaźnika zatrudnienia personelu w zespołach terapeutyczno-opiekuńczych.

Dynamikę procesu dochodzenia domów pomocy społecznej do standardu świadczonych usług ilustrują zestawienia tabelaryczne poniżej:

Tabela 18. Sytuacja dochodzenia domów pomocy społecznej do standardu świadczonych usług według stanu na III kwartał 2010 roku jedynie 22 domy nie były w stanie zakończyć programów naprawczych

Województwo	Liczba domów pomocy społecznej	Liczba domów, które nie osiągną standardów do końca 2010 r.
1. Dolnośląskie	53	0
2. Kujawsko- Pomorskie	48	1
3. Lubelskie	43	2
4. Lubuskie	24	0
5. Łódzkie	66	4
6. Małopolskie	87	4
7. Mazowieckie	89	1
8. Opolskie	31	1
9. Podkarpackie	49	2
10. Podlaskie	21	0
11. Pomorskie	45	0
12. Śląskie	92	3
13. Świętokrzyskie	32	1
14. Warmińsko- Mazurskie	38	2
15. Wielkopolskie	65	1
16. Zachodnio-Pomorskie	34	0
Razem	817	22

Źródło: Opracowanie na podstawie danych uzyskanych z zestawienia zbiorczego MPiPS

Natomiast według stanu na I kwartał 2011 roku 20 domów nie posiadało stałego zezwolenia i proces zaawansowania prac wskazywał, że na koniec 2012 roku 4 domy nie zakończą działań naprawczych. Domy, które borykały się z zakończeniem programów naprawczych, to jednostki, w których w sposób istotny zintensyfikowane zostały działania inwestycyjne, gdyż inne sposoby dojścia do wymaganego standardu okazały się nieskuteczne.

Tabela 19. Liczba domów, które nie zakończyły programów naprawczych i prognoza domów, które nie są w stanie zakończyć ich do końca 2012 r.

Województwo	Liczba domów pomocy społecznej	Liczba domów, które nie osiągnęły standardów do końca 2010 r.	Liczba domów, które nie osiągnęły standardów do końca 2012 r.
1. Dolnośląskie	53	0	0
2. Kujawsko- Pomorskie	48	1	0
3. Lubelskie	43	2	0
4. Lubuskie	24	0	0
5. Łódzkie	66	4	0
6. Małopolskie	87	4	1
7. Mazowieckie	89	1	1
8. Opolskie	31	1	0
9. Podkarpackie	49	2	0
10. Podlaskie	21	0	0
11. Pomorskie	45	0	0
12. Śląskie	92	1	0
13. Świętokrzyskie	32	1	0
14. Warmińsko-Mazurskie	38	2	1
15. Wielkopolskie	65	1	1
16. Zachodnio-Pomorskie	34	0	0
Razem	817	20	4

Źródło: Opracowanie na podstawie danych uzyskanych z zestawienia zbiorczego MPiPS

Według stanu na styczeń 2013 r. w Polsce z funkcjonujących i zarejestrowanych domów pomocy społecznej zaledwie 3 nie zakończyły procesu dochodzenia do wymaganego standardu świadczonych usług i nie uzyskały bezterminowego zezwolenia wojewody na prowadzenie domu pomocy społecznej.

Prawa i wolności mieszkańców

W naszej kulturze jednym z podstawowych obszarów życia, które należą do sfery prywatnej jest spełnianie potrzeb fizjologicznych czy higiena osobista, które w warunkach domu pomocy społecznej nie rzadko w przeszłości były upubliczniane. Z resztą również obecnie zdarzają się takie przypadki, gdy prywatność nie ma należytego poszanowania. Dlatego podstawowym przedmiotem troski jest respektowanie prywatności mieszkańca, organizowanie życia społeczności domu, a także opieki indywidualnej dla mieszkańców z uwzględnieniem jej poszanowania.



Dotyczy to również tak ważnych kwestii jak światopogląd, dlatego w domu zarówno pracownicy jak i inne osoby powinny zadbać o jak najwyższy poziom respektowania poglądów mieszkańców i prawo do swobodnego praktykowania własnej religii, prawo do zachowania własnego stosunku do religii, do uczestnictwa mieszkańców w podejmowaniu decyzji dotyczącej własnej osoby, a także określenia stopnia poszanowania prawa mieszkańców do dokonywania wyboru przy wykonywaniu różnych czynności i planowaniu poszczególnych zajęć i procedur np. dotyczące palenia tytoniu, spożywania alkoholu. Zarówno palenie tytoniu jak i spożywanie alkoholu to szczególny wymiar codziennego funkcjonowania domu pomocy społecznej, w którym ja częściej uwidacznia się poziom instytucjonalności i przedmiotowego traktowania osób mieszkających w domu, gdyż dosyć często pojawiają się głosy i postawy oczekiwania ze strony zarządzających jak i personelu, o wprowadzeniu administracyjnego zakazu całkowitego spożywania alkoholu i palenia papierosów na terenie domu pomocy społecznej.

Otoczenie społeczne to przestrzeń, na którą poza obszarem terytorialnym składają się: panujące zwyczaje, kultura, styl życia, panująca moda. Przestrzeń, otoczenie społeczne od momentu zamieszkania w domu wyraźnie się zawęża, dlatego właśnie standardy wyróżniają indywidualną pracę z mieszkańcem w oparciu o indywidualny plan wsparcia, poziom uczestnictwa mieszkańca w jego tworzeniu. Często w domach obserwuje się negatywne postawy mieszkańców stosunku do innych i do swojego położenia. Brak kontaktów, oziębłość uczuciowa, utrata zaufania do innych, czy wręcz agresja ze skłonnościami do smutku, fatalizmu, depresji, są nierzadko cechami nowo przyjmowanych mieszkańców domów pomocy społecznej.⁴¹ Osoby te czują ogromne osamotnienie, czują się niepotrzebni, z silnym poczuciem odrzucenia przez bliskich. Nie potrafiąc poradzić sobie z emocjami, są przekonani o ogromnej krzywdzie, jaką zgotował im los. Jest to moment, w którym wysiłki pracowników powinny być skoncentrowane na pomocy takim osobom w adaptacji do życia w nowych warunkach, a największa rola w tym zakresie przypada pracownikowi pierwszego kontaktu i wypracowaniu takiego indywidualnego planu wsparcia, w który zostanie wkomponowana rehabilitacja psychiczna, fizyczna, zmiana zachowania mieszkańca, a także rozwijanie zainteresowań, również tych dotychczas nieujawnionych. Wspieranie mieszkańców w sytuacjach dla nich trudnych, aktywizowania i motywowania do różnych zadań, utrzymywania kontaktów z rodziną i dokumentowania realizowanych działań to główna rola pracownika pierwszego kontaktu. Innymi słowy pracownik pierwszego kontaktu jest także rzecznikiem spraw i praw mieszkańców, reprezentuje ich na, zewnątrz, jeżeli zachodzi taka potrzeba. Celem jego pracy jest więc spersonalizowana opieka, niwelująca poczucie osamotnienia i anonimowości mieszkańca, ma to również przyczynić się do osłabienia instytucjonalizacji. Jest to jedno z wielu założeń istniejącego standardu obowiązujących usług.

Szczególną rolę w tym w tym względzie odgrywa aktywizacja mieszkańców. Racjonalne spędzanie wolnego czasu to najlepsza forma terapii zapobiegająca przedwczesnej staro-

41 Por. A. Zawada, Funkcjonowanie domów pomocy społecznej..., poz. cyt.

ści. Jednocześnie jest to alternatywa na rezygnację i zubożenie. Osoba aktywna, mająca poczucie własnej przydatności czy użyteczności, mimo upływającego wieku, często nie najlepszego stanu zdrowia i braku najbliższej rodziny, z reguły odznacza się dużo lepszą kondycją psychosomatyczną, aniżeli osoba przekonana o własnej bezużyteczności, bierna, nieposiadająca żadnych zainteresowań, niejednokrotnie świadomie przyjmująca postawę zależności, wrogości skierowanej na siebie czy otoczenie. Główną formą aktywizacji mieszkańców jest realizowana terapia zajęciowa, której rodzaj nie zawsze dopasowany jest do zainteresowań mieszkańców. Najczęstsze rodzaje terapii występujące w domach, to: haftowanie, robienie na drutach, zajęcia w pracowni krawieckiej, tkackiej, ceramicznej, praca w kuchni, ogrodzie, prace porządkowe; muzykoterapia - śpiewanie, słuchanie muzyki różnego rodzaju, udział w koncertach; zajęcia plastyczne - malowanie, rysowanie, wycinanie, modelowanie, terapia oparta na słowie - czytanie książek, czasopism, pogadanki, dyskusje, rozmowy indywidualne; zajęcia rekreacyjne - spacer, wycieczki, ogniska, zabawy taneczne, rajdy, gimnastyka; wyjścia do placówek kulturalnych - do kina, teatru, czy muzeum.

W domach pomocy społecznej rozwijana jest aktywność rekreacyjno-hobbistyczna oraz receptywna. W bardzo znikomym stopniu lub w ogóle, jest rozwijana jest aktywność zorientowana na działania publiczne i społeczne oraz aktywność integracyjna, czyli ten rodzaj aktywności, który przybiera formę spotkań towarzyskich (m.in. kluby seniora), działań o charakterze naukowo-szkoleniowym (uniwersytety trzeciego wieku) czy charytatywnym.

Zarówno niska aktywność integracyjna, jak i aktywność zorientowana publicznie, to w dużej mierze wynik niedostatecznego rozpowszechniania ich przez pracowników wśród mieszkańców. Można również wysnuć wniosek, że niepodjęmowane nie podejmuje się prób zachęcania mieszkańców do aktywności, np. w uniwersytetach trzeciego wieku. Czynnikiem zniechęcającym do takiej działalności może być również fakt związany z ograniczeniem swobody w postaci ustalonych raz na zawsze procedur, obowiązujących zwyczajów, regulaminów, które szczegółowo regulują każdy dzień, na które skarżą się mieszkańcy.

Wiele osób z racji swojego wcześniejszych doświadczeń mogłoby stanowić potencjał wsparcia społecznego, pozwalający na wykorzystanie umiejętności i posiadanej wiedzy, dający poczucie satysfakcji, przekonanie w sensie życia. Niewątpliwie kontakty z otoczeniem zewnętrznym czynią życie mieszkańców domów pomocy społecznej bogatszym, pogodniejszym, mniej monotonnym.

Nie podlega dyskusji fakt, że to pomocy społecznej nie jest domem rodzinnym i zawsze pozostanie placówką instytucjonalną, której działalność w wysokim stopniu wyznaczają standardy usług, które z zasady mają eliminować w funkcjonowaniu domów elementów totalnego charakteru instytucji, aby w miarę możliwości, w jak największym stopniu przypominały dom rodzinny. Wyznacznikiem przełamywania charakteru instytucji totalnej jest również indywidualna aktywność mieszkańców poza placówką, otwarte uczestnictwo w życiu lokalnego środowiska, powodując, że współpraca ze środowiskiem lokalnym należy niewątpliwie do jednych z ważniejszych zadań domów. W pewnym zakresie osłabiając totalny charakter domów, pozwala zaistnieć mieszkańcom w życiu lokalnej społeczności, budować



emocjonalne więzi oraz przełamywać istniejące jeszcze w świadomości społecznej stereotypy dotyczące tego rodzaju placówki.

Czynnikiem negatywnie wpływającym na jakość świadczonych usług, niedostrzeganym na pierwszy rzut oka może być brak możliwości izolacji przestrzennej i brak prywatności w sytuacji, gdy osoby mieszkają w pokojach wieloosobowych, co ma istotne konsekwencje dla wzajemnych stosunków pomiędzy mieszkańcami domu, a także dla ich stosunków z personelem. Na pozór paradoksalnie kolektywne formy życia oraz bliskość przestrzenna oddzielają w sensie społecznym i psychicznym. Zawężona przestrzeń, w następstwie stłoczenia, życie w gromadzie anonimowych jednostek, prowadzi do społecznej atomizacji, intensyfikuje poczucie samotności, tak charakterystyczne dla mieszkańców domów pomocy społecznej, jest także głównym źródłem konfliktów.

Przestrzeń życia codziennego w domu pomocy społecznej można przedstawić koncentrycznie, w postaci coraz szerszych kręgów: począwszy od przestrzeni łóżka, przez najbliższą przestrzeń życiową – pokój mieszkalny, łazienka, pokoje dziennego pobytu oraz dalszą przestrzeń pozostałej części domu i otoczenia znajdującego się na zewnątrz poza ogrodzeniem domu. O wielkości przestrzeni życiowej będącej w dyspozycji mieszkańca, decyduje jego stan zdrowia oraz stopień sprawności i samodzielności.

Mieszkaniec „leżący”, związany jest z niewielką przestrzenią łóżka i jego najbliższego otoczenia. Wszystkie czynności wykonuje się w łóżku lub przy łóżku. Zmiana miejsca najczęściej związana jest z potrzebami fizjologicznymi, zabiegami higienicznymi lub zdrowotnymi - zawsze związanymi działaniami i decyzjami osób trzecich, pracowników lub rodziny. Dotyczy to również osób, z którymi ma kontakt ciągu dnia ma osoba leżąca – ich dobór i częstotliwość są w pełni uzależnione od osób trzecich. Mieszkańcy samodzielnie się poruszający mają do dyspozycji szerszą i bardziej zróżnicowaną przestrzeń zarówno wewnątrz domu – sale dziennego pobytu, jadalnia, świetlica, sale terapeutyczne, gabinety, sale rehabilitacyjne – jak i na zewnątrz domu. Tak więc różne elementy przestrzeni życia codziennego mogą (gdy zaniedbana zostanie wyraźna troska personelu) być wyrazem ograniczenia możliwości, uzależnienia od innych, uprzedmiotowienia, którego wyeliminowanie z przestrzeni domu pomocy społecznej stało się wyzwaniem dla określenia wymaganych standardów świadczonych usług.

Zatem porządkując, czy weryfikując poziom jakości otoczenia społecznego należy wziąć pod uwagę swobodę bezpiecznego poruszania się mieszkańców po terenie domu i poza nim, przy równoczesnym akcentowaniu rozwoju integracji mieszkańców domu ze środowiskiem zewnętrznym.

W domu powinny być zapewnione warunki, aby mieszkaniec także w razie choroby bądź niedyspozycji mógł pozostawać we własnym pokoju. Stworzenie takich warunków to oprócz zapewnienia intymności, także odpowiednie wyposażenie domu w sprzęt pomocniczy, ułatwiający mieszkańcom funkcjonowanie w podobny sposób jak się to odbywa w warunkach domu rodzinnego. Nie bez wpływu na jakość relacji jest troska o umożliwienie mieszkańcom

wykonania badań okresowych co najmniej raz w roku, w tym badania wzroku i słuchu. Wczesne diagnozowanie okresowe zapewni z jednej strony wczesne wykrywanie chorób i dysfunkcji, umożliwiając długie pozostawanie w dobrej kondycji, a z drugiej jest podstawowym działaniem wynikającym z jakości funkcjonowania domu i jego troski o kondycję mieszkańca. Wpływ na jego kondycję będzie mieć również zapewnienie właściwego sprzętu pomocniczego dostosowanego do rodzaju niepełnosprawności, który umożliwi samodzielne chodzenie, wykonywanie czynności higienicznych, samodzielne spożywanie posiłków itp.

Otoczenie społeczne to organizowanie codziennego życia w sposób stymulujący zainteresowania i respektujący podstawowe wartości. Integrowanie tego życia z otoczeniem zewnętrznym, aby nie było wrażenia, że mieszkańcy domu pomocy tworzą odrębną społeczność lokalną to dbałość o trwałe związki ze społecznością lokalną powodująca zacieranie się pomiędzy tym, co dzieje się wewnątrz i na zewnątrz domu. Jednym ze skuteczniejszych sposobów integracji jest świadczenie różnego rodzaju usług na rzecz środowiska lokalnego. W ten sposób dom stając się usługodawcą dla „świata zewnętrznego” staje się wręcz jego ważnym istotnym elementem. Poza tym działania takie poza korzyściami w aspekcie relacyjnym przysparzają domowi również korzyści finansowych.

Relacje społeczne a standardy świadczonych usług

Podstawowa zasada, na której budowany jest system wsparcia to przede wszystkim właściwe relacje między personelem a mieszkańcami, opierające się na założeniu, że mieszkaniec to osoba a nie pacjent z problemami zdrowotnymi – fizycznymi i psychicznymi. Często zresztą w kręgu organizatorów pomocy społecznej krąży powiedzenie, że w przypadku nierównowagi pomiędzy standardami bytowymi i standardami opiekuńczymi w odbiorze ze strony mieszkańców ważniejszy jest sposób ich traktowania przez personel niż warunki zamieszkania. Nierzadko zresztą zamieszkanie w domu pomocy społecznej związane jest właśnie z szokiem wywołanym z relacjami pomiędzy personelem a mieszkańcami.

Jak zauważa Elżbieta Isakiewicz w artykule „Domy społecznej niemocy”⁴², prowadząc rozmowy z pracownikami i mieszkańcami domów pomocy społecznej: Wprowadzono standaryzację toalet. Nie wprowadzono standaryzacji sumień - ocenia psychoterapeutka (...) z warszawskiego ośrodka „Cogito”, która ma okazję przyglądać się mechanizmom działającym w domu pomocy, odwiedzając mieszkającą tam znajomą. W relacjach personel-pensjonariusze funkcjonują te same nawyki, co w poprzedniej epoce. Ich kultywowaniu sprzyja anachroniczny system obsadzania stanowisk dyrektorów, często z nadania lokalnych układów (większość jest w gestii samorządów), bez wymogu konkursu czy kadencyjności.”

(...) Taki dom pomocy społecznej jest traktowany jak prywatny folwark - mówi zastrzegający anonimowość pracownik socjalny jednej z mazowieckich placówek.

Mało pozytywnie wypowiada się na temat mieszkania w domu pomocy społecznej w tym samym artykule znana psycholog Maria Lehman - „Choć w ustawie o pomocy społecznej

⁴² Domy społecznej niemocy, „Tygodnik Powszechny”, 19.10.2010 r.



mówi się o godności pensjonariuszy, nie istnieje instytucja, która by czuwała nad ich psychicznym komfortem. Deprywacja emocjonalna nie podlega monitoringowi - twierdzi Maria. - A ta zaczyna się już w momencie przekroczenia progu domu pomocy.

Z opowieści jednej z mieszkanek, która wypowiedziała się do tego artykułu osoby samotnej, w wieku 78 lat, z wykształceniem wyższym humanistycznym, mieszkającej trzy lata w domu pomocy społecznej liczącym 130 mieszkańców: przeziara ziarno rozczarowania i goryczy „dano mi do wypełnienia ankietę. Miałam napisać, gdzie ostatnio pracowałam, czy mam majątek. Nie było pytania, co lubię robić, czym się interesuję.

Wysłałam do holu: marmury, śliska posadzka, na ścianach mozaiki. Zimno jak cholera, nie grzali. Pod zamkniętymi drzwiami stołówki stał nieruchomo milczący tłum o bezkrwistych twarzach, o laskach, trójnogach, kulach. Drzwi otworzyły się, tłum bez szmeru przesunął się do przodu. W środku kilka kobiet w fartuchach bez identyfikatorów w milczeniu roznosiło posiłki, a potem w pośpiechu zabierało talerze. Bez identyfikatorów chodził cały personel. Pół roku uczyłam się, kto za co odpowiada.

Z opowieści innej mieszkanki (od siedmiu lat) domu pomocy: - Pierwszego dnia opiekunka weszła do mojego pokoju bez uprzedzenia. Poprosiłam, żeby na przyszłość pukała. A ona: „Fochów się babci zachciewa! Personel nigdy nie puka”.

- Bezosobowe traktowanie mieszkańców to forma zaimanifestowania własnej dominacji – tłumaczyła Marzena Kucińska - To komunikat, kto tu ustala reguły, kto rządzi.

Inna mieszkanka: - Na obiad podawali kartofle zanurzone w wodzie. Pływały w niej kotlety, surówka. Spytałam, czy nie mogliby odcedzać. „Nie - usłyszałam - nie ma sitka”. „Jak to? - zdziwiłam się - to znalazły się pieniądze na marmury, a nie mogą na sitko?”. Wtedy opiekunka fuknęła: „Dach nad głową mają, jedzenie podane, a jeszcze się czepiają”. A przecież ja tu z ulicy nie przyszedłam, 40 lat przepracowałam, oddaję emeryturę i już więcej się nie odezwała. Zrozumiała: ta cisza objawiająca się o marmurowe ściany oznacza kapitulację. Maria Lehman wskazuje, że przejście do domu jest najgorsze dla tych, co na starcie trafiają do dwu- albo więcej osobowych pokoi. „Dwójki”, o ile nie dotyczą małżeństw lub obłożnie chorych, to przekleństwo nowicjuszy: np. dwie osoby starsze: dwie obce starości wtłoczone w dwa przechodnie pokoje na 12 metrach. Jedna ma kłopoty ze snem, druga z pęcherzem. Kiedy druga udaje się do toalety, pierwsza się budzi. Dwie obce starości nie mieszczą się w szafie, zaglądają sobie do szuflad, wyszarpują skrawki przestrzeni na intymność, w walce o ostatni zewnętrzny dowód niezależności. Psychologowie zwracają uwagę na wyniszczający charakter tej konfrontacji, bo aparat związany z napięciem jest u starszych ludzi rozregulowany - dochodzi do gwałtownych skoków ciśnienia, zapaści krążeniowych, depresji. Jedna z mieszanek, która przez półtora roku mieszkała ze współlokatorką, przyznaje: - Nigdy wcześniej nie doświadczyłam tej grzesznej tęsknoty za czyjąś śmiercią. Znieczulasz się. Czekaś, aż ktoś umrze, bo wiesz, że wtedy zwolni się „jedyńka” i będziesz bliżej wyzwolenia. Przytoczone w artykule wypowiedzi mieszkańców wskazują, że nie zawsze przełożenie zasad zawartych w przepisach jest zgodne z podstawowymi pryncypiami i odczucia mieszkańców mogą być zgoła inne od filozofii, która im przyświecała.

Prawidłowe funkcjonowanie domu pomocy społecznej zgodnie z zasadą podmiotowego indywidualnego podejścia do mieszkańca jest możliwe w sytuacji, gdy zatrudnione osoby posiadają odpowiednie do zajmowanego stanowiska kwalifikacje oraz predyspozycje do pracy z osobami niepełnosprawnymi. Zatrudnienie to musi w poszczególnych specjalnościach odpowiadać na rzeczywiste potrzeby mieszkańców i posiadać możliwość płynnego przeorganizowania się w sytuacjach zmieniających się potrzeb.

Jest to możliwe do osiągnięcia jedynie w sytuacji pełnej współpracy między poszczególnymi grupami zawodowymi oraz po dokonaniu okresowej analizy efektów pracy z mieszkańcami, w której działania zmierzają do wypracowania najlepszych metod realizacji celów, zadań i wartości, na których oparta jest opieka w domu.

Ponieważ w pracy z osobami niepełnosprawnymi zalecana jak najmniejsza fluktuacja zatrudnionych, pracowników, ważnym elementem kształtowania właściwych relacji między personelem a mieszkańcami jest motywowanie do lepszej pracy poprzez między innymi podnoszenie poziomu wiedzy o problemach osób przebywających w domu, w ramach permanentnego kształcenia, uwzględniającego wiedzę o standardach i filozofii podejścia do osób mieszkających w domach. Szkoleniem powinni być objęci zarówno nowo przyjmowani pracownicy (szkolenie z zakresu funkcjonowania domu, jego misji, struktury, filozofii, wartości, na których oparta jest opieka w domu), jak i pracownicy z długim doświadczeniem (poznawanie nowych metod pracy z osobami niepełnosprawnymi oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu). Szkolenia powinny również uwzględniać stałe podnoszenie kwalifikacji, a w wyniku ich awans. Poprzez realizację programu szkoleniowego personel będzie lepiej rozumiał potrzeby i problemy mieszkańców i efektywniej ich wspierał.

Właściwa organizacja pracy personelu jest jednym z głównych gwarantów respektowania standardów jakościowych. Zatrudnieni w domu specjaliści powinni ściśle ze sobą współpracować, dążąc do pełnego zaspokojenia potrzeb mieszkańców i właściwego funkcjonowania domu. Odpowiednia proporcja pomiędzy personelem specjalistycznym, a personelem podstawowym i administracyjno-technicznym, w połączeniu z efektywnym wykorzystaniem personelu, pozwolą na osiągnięcie właściwego efektu. Ponieważ personel domu zatrudniony jest w systemie zmianowym ważnym jest, aby o różnych porach dnia i nocy, w dni wolne od pracy oraz w dni świąteczne była właściwa liczba personelu.

Pracownicy powinni mieć jasno określony zakres czynności, a także przypisane role, które zapewniają płynność sprawowania opieki. Pozwala to na widzenie mieszkańca całościowo, a nie z punktu widzenia poszczególnej specjalności zawodowej.

Dbając o właściwe relacje między mieszkańcami a personelem, nie można zapominać o odpowiednich warunkach pracy personelu, udostępnieniu urządzeń ułatwiających pracę, dających możliwość bezpiecznej pracy, stworzeniu możliwości spożycia posiłków, umycia się.

Standardy świadczonych usług, opierając się na podstawowych wartościach, eksponują godność, niezależność, prawo dokonywania wyboru. Poziom respektowania wartości mierzy się nie tylko poprzez „prawo do zamykania własnego pokoju na klucz”, ale także poprzez



prawo wolnego wyboru w sferach, które bywają kontrowersyjne w odbiorze części osób odpowiedzialnych za organizowanie tej formy wsparcia. Taką sferą jest swobodny dostęp do alkoholu i nierzadko traktowanie osób przebywających w domach, jak osoby niezdolne o decydowaniu o sobie i zawłaszczania decyzyjności w tym obszarze (jest grupa zwolenników wprowadzenia całkowitego zakazu spożywania alkoholu na terenie domu pomocy społecznej). Z założenia dom pomocy społecznej nie jest zakładem, w którym między personelem, a osobami objętymi tym systemem wsparcia dominują relacje zależności, a więc nie może być miejscem, w którym zabrania się całkowitego spożywania alkoholu, tym bardziej że w miejscu tym wyodrębniona została „przestrzeń prywatna” w postaci pokoi mieszkalnych. Kwestię tę pozostawia się ogólnym zasadom i normom, w tym takim jak zakaz spożywania alkoholu przez osoby nieletnie, czy przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, które mają przeciwwskazania do spożywania alkoholu. Osoba przebywająca w domu pomocy społecznej przebywa w nim z własnej woli i na własną prośbę i dlatego należy rozróżniać spożywanie alkoholu w mirze domowego ogniska, czyli w pokoju mieszkalnym, spożywanie alkoholu w ramach okolicznościowych zdarzeń, np. świąt, i odróżniać je od upijania się z równoczesnym zakłócaniem spokoju - wyboru niepijących mieszkańców - a także ewentualnym niszczeniem pod wpływem alkoholu sprzętów znajdujących się na wyposażeniu pokoi mieszkalnych. Uczciwie należy jednak przyznać, że w domach mieszkają osoby, które mają problem alkoholowy, będący ciężarem dla współmieszkańców i zatrudnionego personelu. Źródło problemu alkoholowego w domach pomocy społecznej jest głębsze i wymaga odniesienia do szerszego kontekstu problemu alkoholizmu w Polsce.

Alkohol występuje wszędzie wokół nas. Większość ludzi pije go umiarkowanie i bez problemów – dla większości osób nadmiernie pijących, picie jest w dużym stopniu nieświadomym, nieprzemyślanym zachowaniem. Błędnie sądzi się, że pijaństwo i alkoholizm oznaczają to samo. W rzeczywistości określają one zupełnie różne zjawiska. Pijaństwo jest społecznie szkodliwym nawykiem czy obyczajem, bardzo powszechnie zakorzenionym w Polsce, natomiast alkoholizm należy rozpatrywać w kategorii choroby. I właśnie ten fakt przyczynia się do tworzenia klimatu sprzyjającego powstawaniu problemów alkoholowych.

To osoby wywodzące się z różnych środowisk, przychodzące do domu w różnym wieku, pochodzenia, wykształcenia, zawodu, sytuacji rodzinnej, upodobań kulturalnych, z bagażem różnych doświadczeń, często z frustracjami, rozterkami i problemami wynikającymi nie tylko z pogarszającego się stanu zdrowia czy niepełnosprawności, ale również z faktu konieczności zamieszkania w instytucji całodobowego wsparcia. Ten społeczny bagaż ma istotny wpływ na sposób funkcjonowania w warunkach instytucji na umiejętność lub niemożność odnalezienia się i dostosowania do nowych warunków życia. Do tego dochodzi problem zależności od personelu, wynikający z pogarszającego się stanu zdrowia, a także nieformalnych mechanizmów podległości wobec osób, od których zależy sposób i stopień zaspokojenia codziennych potrzeb. Wówczas nierzadko uwidacznia się problem z nadmiernym piciem, który bywa nasila się jeszcze po okresie zaadaptowania do nowych warunków.

Z perspektywy zewnętrznej dom pomocy społecznej to przyjazne miejsce, w którym co-

dzienne czynności do tej pory wykonywane najczęściej samodzielnie, wykonywane są przez profesjonalny personel, który zaspokaja potrzeby swoich mieszkańców uwzględniając ich indywidualne preferencje. Realizowanie zastępczo za mieszkańców wszystkich czynności dnia codziennego, dla wielu spośród nich jest dodatkowym symptomem wpływającym na obniżone poczucie własnej wartości. Dodatkowo personel organizuje różne formy spędzania czasu wolnego, co w ocenie specjalistów sprzyja działaniom niepożądanym, jakimi bezspornie jest spożywanie nadmiernych ilości alkoholu.

Wystarczy taka postawa u kilku osób, aby skutecznie zaburzyć prawidłowy rytm funkcjonowania domów pomocy społecznej, a przede wszystkim stwarzać potencjalne, a nierzadko realne niebezpieczeństwo narażania współmieszkańców na zagrożenie / obniżone poczucie bezpieczeństwa czy lęk o siebie. Stwarza to również poważny problem dla personelu, który narażony jest na agresywne postawy mieszkańców będących pod wpływem alkoholu. Personel odpowiedzialny za zapewnienie mieszkańcom poczucia bezpieczeństwa, jest zobowiązany do łagodzenia sytuacji trudnych wywołanych nadmiernym spożywaniem alkoholu, co w praktyce nie jest proste, jeśli zwrócić uwagę, iż jest to środowisko pracy mocno sfeminizowane, a problem alkoholowy dotyczy głównie mężczyzn. W sytuacji silnego wzburzenia czy agresji „dużego mężczyzny” słabym autorytetem jest „mniejsza i słabsza kobieta”. Dom wprowadził zatrudnia personel posiadający umiejętności do pracy z trudnymi mieszkańcami (pracowników socjalnych, psychologów, terapeutów), ale ich liczba jest nieproporcjonalna do potrzeb, a zdarza się również, że zakres obowiązków takich specjalistów odbiega od oczekiwań (np. pracownicy socjalni zajmujący się obsługą końcówek świadczeń mieszkańców).

W odniesieniu do osób z problemem alkoholowym praca socjalna ma zasadnicze znaczenie. Ponieważ osoby nadużywające, czy uzależnione od alkoholu bagatelizują swój problem i lansują pogląd, iż nie mają żadnego problemu i w każdej chwili mogą przestać pić – tylko muszą tego chcieć. Rola personelu jest w takich przypadkach jest dwójnasób trudna, gdyż nierzadko po stronie wymiaru sprawiedliwości, a także organów odpowiedzialnych za szybkie reagowanie w trudnych sytuacjach wywołanych nadużywaniem alkoholu, nie obce jest deprecjonowanie problemu. Taka postawa wiąże się z brakiem świadomości, „jak traktować awanturującego się pijanego alkoholika na wózku inwalidzkim”. Łagodne podejście organów ścigania wzmacnia jednak poczucie bezkarności w tych osobach, które awanturują się pod wpływem alkoholu, czasem używając rękoczynów i przysparzając personelowi coraz to nowych kłopotów.

Problem nadużywania alkoholu przez niektórych mieszkańców domów pomocy społecznej nie znalazł do tej pory skutecznej metody rozwiązania. Okresowo powraca koncepcja wyodrębnienia domów dla alkoholików, w których obowiązywałyby zupełnie inne reguły funkcjonowania oraz inne warunki zamieszkania niż w pozostałych domach pomocy społecznej jednak pomysł ten ma tyle samo zwolenników, co przeciwników, co zważywszy na wcześniejsze doświadczenia pomocy społecznej w tym zakresie rodzi wiele pytań, które na dzień dzisiejszy pozostają bez odpowiedzi.



Zarządzający domem pomocy społecznej

Kluczową postacią, ułatwiającą sprawność funkcjonowania złożonej struktury domu pomocy społecznej jest postać dyrektora. Od jego pomysłów, długofalowej koncepcji funkcjonowania domu, zaangażowania, zależy sprawne działanie domu i zaspokajanie potrzeb jego mieszkańców. Kim jest i kim powinien być dyrektor domu pomocy społecznej? Ustawodawca wprawdzie nie określił, jaki zawód powinien reprezentować zarządzający domem, ale zobligował wszystkich kierujących jednostkami pomocy społecznej do legitymowania się ukończonymi studiami podyplomowymi w zakresie organizacji pomocy społecznej oraz co najmniej 3 letnim stażem pracy w pomocy społecznej.

Niemniej jednak interesującą jest kwestia jego przygotowania zawodowe do kierowania tak skomplikowaną jednostką. W przeszłości nie rzadko zdarzało się, jak wskazywała w przeprowadzonych badaniach w domach pomocy społecznej E. Tarkowska⁴³, że: Dawniej stanowisko to bywało miejscem schronienia dla ludzi przypadkowych a wpływowych, niekiedy był to rodzaj synekury. Brak przygotowania pedagogicznego, medycznego czy z zakresu polityki społecznej - a więc dziedzin uważanych za najodpowiedniejsze przygotowanie fachowe dla dyrektora takiego domu - mógł być kiedyś sygnałem przypadkowego obsadzenia takiego stanowiska⁴⁴. Aktualnie poza wymaganymi kwalifikacjami, aby zostać dyrektorem domu należy wygrać konkurs i być dobrym menedżerem.

W świetle dotychczasowych doświadczeń poza cechami wyróżniającymi dobrego menadżera, dyrektor domu powinien tak jak pozostali personel cechować się wrażliwością na problemy osób niepełnosprawnych i być przekonany o konieczności zapewnienia tym osobom jak najlepszego wsparcia. Powinien widzieć w mieszkańcach nie tylko osoby o określonych deficytach, ale osoby o takich samych potrzebach i uprawnieniach, jak inni ludzie. Dyrektor domu z racji faktu, iż jest osobą o dużym autorytecie, z którego zdaniem liczą się nie tylko podwładni, ale również mieszkańcy jest w sposób świadomy oraz nieświadomy naśladowany. Jeśli w jego zachowaniu, stosunku do mieszkańców bądź jakiejś konkretnej osoby widoczne będą negatywne emocje, to istnieje duży rachunek prawdopodobieństwa, iż w podobny sposób ta osoba lub osoby będą traktowane przez personel a nawet przez współmieszkańców. To dodatkowe obciążenie dla osoby dyrektora, który z jednej strony ma przed sobą zadania wynikające ze zarządzania jednostką, a z drugiej- odpowiedzialność za harmonijne jej funkcjonowanie, również w wymiarze stosunków międzyludzkich. Nierzadko również zdarza się, że mieszkańcy mają większe, niż do innych osób zaufanie i zwracają się do niego bezpośrednio w różnych czasach bardzo błahych sprawach, jednak ważnych z punktu widzenia mieszkańca. Stawia to przed dyrektorem wymaganie cierpliwości i wrażliwości na potrzeby osób mieszkających w domu.

43 E. Tarkowska, *Życie codzienne...*, poz. cyt.

44 Według opracowania S. Welbeia z 1985 roku, 16% dyrektorów przebadanych domów miało wykształcenie pedagogiczne, 12% medyczne, a 35% pracowało poprzednio w zawodach niemających nic wspólnego z opieką społeczną.

Czy w świetle standardów świadczonych usług i sposobu ich wdrożenia przez poszczególne domy pomocy społecznej - dom pomocy społecznej jest środowiskiem sprzyjającym bezpieczeństwu, wolności, podmiotowości, ekspresji osób będących mieszkańcami tej instytucji pomocy społecznej?

Jak wynika z treści art. 2, ustawy, pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

Osoba wymagająca całodobowej opieki, czyli osoba, o której między innymi mówi treść art. 2 ust. 1 ustawy, której niezbędne jest poświęcanie jej wiele czasu i staranie o nią przez całą dobę, która znalazła się w takiej sytuacji z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogąca samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, ma prawo do zamieszkania w domu pomocy społecznej. Ustalaniem, czy w danym przypadku występują okoliczności uzasadniające przyznanie tej formy pomocy zajmują się gminy, na których w niemałej liczbie przypadków spoczywa wynikający z treści art. 61 obowiązek partycypacji w ponoszeniu kosztów udzielenia pomocy w formie pobytu i usług świadczonych w domach pomocy społecznej zajmują się gminy, w niemałej liczbie przypadków zainteresowane ograniczaniem dostępu do tej formy pomocy społecznej. Czy zatem osoba niemogąca samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, nominalnie mająca dostęp do naturalnego oparcia społecznego, jakim jest rodzina – ma prawo do pobytu i usług świadczonych przez dom pomocy społecznej? Można założyć, iż w niemałej liczbie przypadków gminy nie kierują takich osób do domów pomocy społecznej, bowiem uznają, że osobom tym wystarczy zapewnienie im pomocy w formie usług opiekuńczych.

Ważną normą prawną, która może być inspiracją tworzenia i funkcjonowania domu pomocy społecznej w oparciu o tzw. panoptyczny model instytucji, o którym Zygmunt Baumann wspomina w swoim tekście: O ładzie, co niszczy i chaosie który tworzy, czyli o polityce przestrzeni miejskiej⁴⁵.

Cytowany przez Z. Baumana Michel Crozier sformułował tezę o ścisłym związku skali pewności - niepewności z hierarchią władzy: ten w kolektywie zorganizowanym rządzi, kto potrafi uczynić sytuację nieczytelną i niepewną dla innych, utrzymując ją równocześnie w stanie dla siebie samego przejrzystym, to znaczy wolnym od niespodzianek i łatwym do przewidywania. Czy domy pomocy społecznej są wolne od rządów opartych na występującej między kadrą zarządzającą i personelem tych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a osobami będącymi mieszkańcami tych instytucji nierównowadze przejrzystości i nieczytelności, pewności i niepewności? Michel Foucault przedstawił model władzy nowoczesnej, także tej sprawowanej w instytucjach. M. Foucault pisze o panoptycznym modelu władzy nowoczesnej wspierającej się na założeniu, że władza instytucji panoptycznej jest spr-

⁴⁵ Zob. <http://bylecoq.w.interia.pl/text/lad.htm>.



wowana przez nadzorców nad lokatorami panoptikonu. Nadzorcy w instytucji działającej w ramach tego modelu stale i w pełni mają dostęp do informacji o tym, co czynią „lokatorzy”, podczas gdy lokatorzy nigdy nie mają pewności, czy są, czy nie są kontrolowani. Analiza treści informacji przekazywanych przez osoby będące mieszkańcami domów pomocy społecznej do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wskazuje na to, że nie niemała liczba tych osób doświadcza znaczących ograniczeń dotyczących możliwości suwerennego zarządzania swoim życiem, wpływania na to, co się wokół nich dzieje, a co gorsze nie mają możliwości oceniania, kontrolowania kadry zarządzającej domem i personelu tych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

Takim i innymi nieprawidłowościom występującym w relacjach między personelem, a osobami będącymi mieszkańcami domów pomocy społecznej może sprzyjać zapis nakładający na osoby uzyskujące wsparcia w ramach pomocy społecznej obowiązek współdziałania (w domyśle z kadrą zarządzającą i personelem jednostek organizacyjnych pomocy społecznej) w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej. Zapis ten niedwuznacznie lokuje kadrę zarządzającą i personel w pozycji dominacji nad osobami uzyskującymi wsparcia w formie pobytu i usług świadczonych w domach pomocy społecznej. Czy są perspektywy wyeliminowania tej nierównowagi? Czy osoby będące mieszkańcami domów pomocy społecznej będą mogły wyjść z cienia, by w większym stopniu niż ma to miejsce obecnie uczestniczyć w partycypacji w zarządzaniu pomocą społeczną? Nie będzie to łatwe także dlatego, iż osoba znajdująca się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, osoba zepchnięta do roli prekariusza – najczęściej traci wolę nie tylko aktywnego udziału w projektowaniu i w realizowaniu zdarzeń w jej środowisku lokalnym, ale co gorsza traci wolę radzenia sobie z tą sytuacją. Można założyć, że jeśli nie ulegnie zmianie model pomocy społecznej z modelu pomocy opartym na założeniu, że to zarządcy, specjaliści, eksperci wiedzą lepiej jak zaspokajać potrzeby osób wymagających wsparcia, jak rozwiązywać kwestie społeczne, etc. na model sieciowy oparty na założeniu, że tym racjonalniejsza jest polityka społeczna im bardziej oparta jest na partycypacyjno- deliberytywnym modelu demokracji – to nadal większość osób przebywających w domach pomocy społecznej zamrażanych będzie w roli podopiecznego, klienta (chodzi o postawy klienteli styczne), zasobu pomocy społecznej, a nade wszystko przedmiotu oddziaływania polityków, specjalistów, ekspertów, etc.

Jakie są postawy organizatorów wsparcia wobec osób zależnych? Czy traktowane są z poszanowaniem i troską o ich godność, podmiotowość, czy może uznawane za balast utrudniający rozwój?

W stawie znajduje się zapis nakładający na wojewodów zadanie polegające m.in. na nadzorze nad jakością działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz nad jakością usług, dla których minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określił standardy, w tym standardy opieki i wychowania, a także zgodnością zatrudnienia pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w wymogami kwalifikacyjnymi. Minister działając na podstawie art. 23, ust. 2 Ustawy o pomocy społecznej określił te standardy,

które należy rozumieć jako wymagana prawem cecha usługi, warunków pobytu, etc. Jest jednak otwartą kwestią, czy wojewodowie dysponują wystarczającymi zasobami, by móc wywiązać się należycie z tego zadania, gdyż od wielu lat realizowany jest program odgraniczania liczby urzędników administracji publicznej, który pomimo wprowadzenia do ustawy wskaźników zatrudnienia inspektorów socjalnych, uprawnionych do realizacji tego zadania są o wiele za małe.

Poza tym ustawodawca dopuścił możliwość pokrywania przez dom pomocy społecznej, a tym samym także w pewnej części przez osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne będące mieszkańcami tych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej pokrywania wydatków ponoszonych na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przypisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, jakby nie dostrzegając faktu, iż osoby te za świadczenia zdrowotne udzielane ze środków publicznych, płacą poniekąd dwukrotnie.

Dostęp do usług zdrowotnych należy mieszkańcom domów pomocy społecznej (podstawowa opieka zdrowotna i opieka długoterminowa)

Osoby przebywające w domach pomocy społecznej to przede wszystkim osoby o różnych deficytach, głównie zdrowotnymi, które przez organizatorów usług pomocy społecznej traktowane są jak osoby wymagające wsparcia, a nie jak pacjenci. Wprowadzona w życie reforma służby zdrowia w 1999 roku spowodowała między innymi, że usługi zdrowotne, które wcześniej realizowane były wewnątrz domu pomocy społecznej, po reformie ochrony zdrowia realizowane są w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Wprawdzie w latach dziewięćdziesiątych opieka zdrowotna w domach pomocy społecznej pozostawiała wiele do życzenia, ale w następstwie problemów, które pojawiły się tuż po wdrożeniu reformy, jej poziom z perspektywy upływu lat można ocenić jako wcale nienajgorszy. Przed reformą z 1999 roku domy korzystały z własnego personelu medycznego, zatrudniając etatowo personel medyczny, głównie lekarzy i pielęgniarki (zaszłość podległości domów resortowi zdrowia skutkowało strukturą organizacyjną, na którą składały się głównie zawody medyczne), świadczący usługi zdrowotne w tym pielęgnacyjne w domu pomocy społecznej. Od chwili wejścia w życie nowych przepisów personel medyczny przypisany został zakładom opieki zdrowotnej, w następstwie powodując przypisanie im właśnie punktów pomocy ambulatoryjnej potocznie nazywanymi przychodniami lekarskimi. Taki stan rzeczy spowodował, że wyegzekwowanie usług medycznych graniczyło z cudem. Pierwszy rok wdrażania reformy ochrony zdrowia okazał się koszmarem zarówno dla mieszkańców, jak i dyrektorów tych placówek, którzy wszelkimi dostępnymi sposobami starali się zapewnić swoim mieszkańcom dostęp do świadczeń medycznych (np. dyrektorzy wspólnym środkiem transportu wozili mieszkańców również leżących do lekarza, ustawiając ich w długie kolejki oczekujących na konsultację lekarską). W ciągu pierwszych kilku lat udało się unormować praktycznie dostęp do usług lekarzy pierwszego kontaktu, jednak trudności napotymano w obszarze dostępu do lekarzy specjalistów (w szczególności do lekarzy psychiatrów), do których dostęp do dnia



dzisiejszego pozostawia wiele do życzenia, go, jednak najtrudniejszy, by nie rzec, że nie do pokonania okazał się problem zapewnienia właściwego dostępu do usług pielęgniariek. Wprawdzie obecny stan prawny sprowadza się do powinności domu w zakresie dostępu do usług zdrowotnych, ale w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne i jakość usług również w tym obszarze, w ustawie o pomocy społecznej zachowano przepisy umożliwiające zatrudnianie personelu medycznego, który świadczy usługi medyczne wykraczające poza zakres kontraktowanych usług zdrowotnych w ramach koszyka gwarantowanego usług medycznych, domy dosyć powszechnie wykorzystują to rozwiązanie i zatrudniają etatowo głównie pielęgniarki w i rehabilitantów.

Obecnie dom pomocy społecznej, będąc jednostką organizacyjną pomocy społecznej, zaspokaja podstawowe potrzeby bytowe mieszkańców, nie sprawuje natomiast funkcji leczniczych i nie zapewnienia świadczeń medycznych, w tym opieki pielęgniarstwie. Osoba wymagająca pomocy medycznej mieszkająca w domu pomocy społecznej ma prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgnacyjnej, jak osoba zamieszkująca w domu rodzinnym. Może zatem na miejscu, w domu pomocy społecznej korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na analogicznych zasadach jak w domu pacjenta, w tym: świadczeń lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej.

Ustawa o pomocy społecznej w art. 55 wskazuje, że dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, oraz wskazuje, iż po stronie domu leży obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponieważ w domach pomocy społecznej przebywają osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, które wymagają wyrównywania różnego rodzaju deficytów poprzez świadczenie opieki, terapii oraz zagwarantowanie poczucia bezpieczeństwa konieczne jest zagwarantowanie między innymi łatwego dostępu do świadczeń zdrowotnych w systemie 24 godzinnym. Niestety praktyka dowodzi, że zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych napotyka na ustawiczne problemy.

Zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi osoba wymagająca pomocy medycznej przebywająca w domu pomocy społecznej ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na ogólnych zasadach, a więc tak jak wszystkie osoby ubezpieczone, w następstwie opłacanej składki zdrowotnej.

Na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁶, na terenie domu pomocy społecznej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, której zada-

46 Art. 2 ust. 2a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) – zmiana została wprowadzona w konsekwencji zabiegów ze strony domów pomocy społecznej, które podejmowały próby zapewnienia usług zdrowotnych swoim mieszkańcom wszelkimi sposobami. Przepis ten obecnie praktycznie nie jest stosowany.

niem będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domu pomocy społecznej. Osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w takiej wydzielonej jednostce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej mogłyby być te osoby, które obecnie są zatrudnione w domu pomocy społecznej, jeśli posiadają prawo wykonywania zawodu medycznego i Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ) mógłby zawrzeć z nimi stosowne umowy, jednak ta regulacja prawna pozostała bardziej w sferze teorii i nie doczekała się powszechnego wdrożenia do praktyki z uwagi na małą atrakcyjność partnerów, jakimi są domy pomocy społecznej dla dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, a w konsekwencji dla oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Na terenie kraju w funkcjonujących obecnie domach pomocy społecznej zaledwie w 17 udało się uruchomić jednostkę ZOZ-u zgodnie z wyżej wymienioną regulacją prawną.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, aktach wykonawczych do tej ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zgodnie z ww. rozporządzeniem, świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Kryterium kwalifikującym do objęcia świadczeniobiorcy opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta, który determinuje zapotrzebowanie na usługi o charakterze leczniczym (kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego), rehabilitacyjnym oraz pielęgnacyjno - opiekuńczym. Do oceny zapotrzebowania na opiekę wykorzystuje się m.in. skalę opartą na skali Barthel. Skala ta wykorzystywana jest także na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia do określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Ponieważ dostępność do świadczeń gwarantowanych pozostawiała wiele do życzenia dokonano nowelizacji rozporządzenia w celu poprawy dostępności do świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zmiany te miały wyjść naprzeciw potrzebom między innymi mieszkańców domów pomocy społecznej poprzez określenie, iż pielęgniarka może jednocześnie opiekować się nie więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami i nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej).

Wprowadzone zmiany powodują, że zarówno w opiece stacjonarnej jak i domowej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane są świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.



Warto przypomnieć, że w latach 2008-2010 pielęgniarska opieka domowa w podstawowej opiece zdrowotnej realizowana była tzw. metodą zadaniową. W 2009 roku finansowanie świadczeń pielęgniarki POZ realizowane było według wskazanej przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania świadczeń, to jest metody zadaniowej lub kapitałowej. W następstwie wydania przez Prezesa NFZ zarządzenia Nr 36 z 2009 r. zarządzenia zmieniającego w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, metoda zadaniowa finansowania świadczeń została zlikwidowana, pomimo iż z punktu widzenia odbiorcy świadczeń pielęgnacyjnych była znacznie korzystniejsza, niestety kosztowniejsza dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Od 2010 r. świadczeniobiorcom udzielane są świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, na warunkach określonych w znowelizowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, których finansowanie jest zabezpieczane przez oddziały wojewódzkie Funduszu. W myśl wprowadzonych zmian nie wszyscy świadczeniobiorcy, którzy dotychczas korzystali z pielęgniarskiej opieki domowej w POZ, kwalifikują się do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową, ze względu na obowiązujące kryteria. Pielęgniarska opieka domowa w POZ realizowana przez pielęgniarkę POZ w domu lub w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, dotyczyła wyłącznie tych świadczeniobiorców, u których stwierdzono ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i zapotrzebowanie na opiekę ocenione skalą opartą na Skali Barthel wynosiło nie więcej niż 60 punktów. Natomiast do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową kwalifikowane są osoby, u których stwierdzono ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i zapotrzebowanie na opiekę ocenione skalą opartą na Skali Barthel wynosi od 0-40 punktów. Wsparcie dla pacjentów, którzy uzyskali powyżej 40 pkt. w skali Barthela spoczywa na pielęgniarce POZ.

Od 1 marca 2010 roku świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej są finansowane wyłącznie w oparciu o roczną stawkę kapitałową korygowaną współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy, tak jak miało to miejsce w 2009 roku. Współczynnik dla pensjonariuszy DPS wynosi 3,5, co oznacza, że stawka kapitałowa dla tych ubezpieczonych wynosi $\times 3,5$. W związku z likwidacją metody zadaniowej finansowania świadczeń pielęgniarki POZ, Narodowy Fundusz Zdrowia nie zaprzestał finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki dla świadczeniobiorców zamieszkałych w domu rodzinnym lub w DPS, lecz przesunięte zostały te świadczenia jako odrębny zakres świadczeń do kontraktowania w ramach świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Wszyscy świadczeniobiorcy, w tym również mieszkańcy domów pomocy społecznej, którzy dokonali wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, niezależnie od przyjętej w umowie przez świadczeniodawcę metody finansowania świadczeń, powinni być objęci opieką pielęgniarską.

ską, zgodnie z zakresem kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast wobec osób wymagających wzmożonej opieki należne są świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej realizowanej w domu świadczeniobiorcy.

Z danych udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w 2009 roku 426 świadczeniodawców realizowało umowy w zakresie pielęgniarki POZ - zadaniowa metoda finansowania świadczeń, w tym 118 świadczeniodawców udzielało jednocześnie świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do pielęgniarki POZ - zadaniowa metoda finansowania - stan na dzień 30.IX.2009r.) było łącznie 21 214, w tym ocenionych skalą Barthel (w przedziale 0-40 punktów - 13 726 osób, zaś w skali 45-60 - 7 130 osób).

W świetle obowiązujących przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określającej warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, osoby przebywające w Domach Pomocy Społecznej mogą korzystać z kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń pielęgniarskich, na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich świadczeniobiorców. Zmiany w warunkach realizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, obowiązujące od 1 marca 2010 r., zostały wprowadzone w celu zapewnienia możliwości udzielenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej szerszej grupie świadczeniobiorców, w tym części świadczeniobiorców, którzy do dnia 28 lutego 2010 r. uzyskiwali świadczenia w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w POZ finansowanej metodą zadaniową.

Z udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji wynika, że w 2007 roku zakontraktowano świadczenia lekarza POZ dla mieszkańców domów pomocy społecznej na kwotę 1.638.354,54 PLN. W oparciu o przedstawione przez lekarzy listy aktywne zadeklarowanych pacjentów w 2006 r. w domach pomocy społecznej korzystało 91.992 tys. osób.

Osoby przebywające w domach pomocy społecznej wymagają częstszych porad i świadczeń diagnostycznych, dlatego aby zachęcić podmioty kontraktujące usługi zdrowotne wprowadzony został zwiększony współczynnik korygujący stawkę kapitałową lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (2,5) i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (3,5).

Dyrektorzy domów pomocy społecznej głównie w obawiając się o zdrowie swoich mieszkańców, zatrudniają pielęgniarki, specjalistów rehabilitacji a także lekarzy – głównie specjalistów z zakresu psychiatrii i neurologii (części etatu, umowy zlecenia, umowy o dzieło). Wynagrodzenia pracowników medycznych, wydatki na zakup sprzętu medycznego i jego eksploatację, zakup leków, materiałów opatrunkowych, finansowane są z budżetu domu pomocy społecznej. Wydatki na ten cel stanowią w niektórych przypadkach nawet do 25% miesięcznych wydatków domu pomocy społecznej, co paradoksalnie jest równoważnikiem środków finansowych, które wcześniej zostały wyjęte z budżetów domów pomocy społecznej i przekazane do puli środków ochrony zdrowia w momencie wdrażania reformy ochrony zdrowia, i podejmowaniem decyzji o zewnętrznym świadczeniu usług zdrowotnych dla mieszkańców domów pomocy społecznej z powszechnego systemu ochrony zdrowia. Taka sytuacja wpływa na podwyższenie średniego kosztu utrzymania mieszkańca w domu po-



mocy społecznej, ograniczając możliwości związane z finansowaniem pobytu osób kierowanych do DPS. Przekłada się to również negatywnie na sytuację finansową mieszkańców, którzy płacą podwójnie opłacają te same świadczenia płacąc składki na ubezpieczenia zdrowotne i partycypując w koszcie zatrudnianego przez domy personelu medycznego, a także ich rodzin oraz gmin, które dopłacają do pełnego kosztu utrzymania mieszkańca. Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na liczbę i wynagrodzenie personelu medycznego zatrudnionego w domach pomocy społecznej i opłacanych ze środków pomocy społecznej, pomimo obowiązku świadczenia usług pielęgniarских ze strony podstawowej opieki zdrowotnej finansowanych z NFZ-u.

Z zebranych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej danych wynika, że w domach pomocy społecznej w całej Polsce, w domach powiatowych oraz prowadzonych na zlecenie powiatu, zatrudnionych było w 2019 roku ok. 7405 osób na stanowiskach pielęgniarki, w tym 41 położnych oraz 647 osób na stanowiskach kierowników zespołów pielęgniarских. Świadczenie usług pielęgniarских odbywało się w większości na podstawie umowy o pracę – ok. 7258 osób, natomiast w 146 przypadkach na podstawie umowy zlecenia.

Tabela 20. Liczba mieszkańców domu pomocy społecznej

Województwo	liczba mieszkańców domu pomocy społecznej		liczba mieszkańców domu pomocy społecznej sklasyfikowanych wg skali Barthela (0-40pkt)		liczba pielęgniarów etatowych zatrudnionych przez dom pomocy społecznej	liczba pielęgniarów opieki długoterminowej, którzy świadczą usługi w domu pomocy społecznej	liczba pielęgniarów, którzy świadczą usługi w domu pomocy społecznej	wskaźnik liczby osób wymagających wzmożonej opieki pielęgniarstwa do ogólnej liczby mieszkańców (3:1)	wskaźnik liczby osób objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową do ogólnej liczby mieszkańców (1:4)	wskaźnik liczby mieszkańców objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową na jedną pielęgniarkę POZ (1:7)
	ogółem	w tym: korzystających ze świadczeń pielęgniarstkich	ogółem	w tym: objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
dolnośląskie	5433	1327	2312	1564	279	150	15	0,43	3,47	362,20
kujawsko-pomorskie	3892	514	1252	532	284	47	43	0,32	7,32	90,51
lubelskie	4619	935	1607	690	481	50	23	0,35	6,69	200,83
lubuskie	2343	111	1037	282	178	18	1	0,44	8,31	2343,00
łódzkie	6148	1055	1931	1383	538	61	64	0,31	4,45	96,06
małopolskie	4354	1632	2939	779	633	83	55	0,40	9,44	133,71
mazowieckie	9056	1754	2879	645	768	62	20	0,32	14,04	452,80
opolskie	2763	958	1307	1037	48	114	1	0,47	2,58	162,53
podkarpackie	4484	636	1752	786	442	101	12	0,39	5,70	373,67
podlaskie	2036	545	624	87	178	8	23	0,31	23,40	88,52
pomorskie	3814	477	1089	12	261	2	8	0,29	317,83	476,76
śląskie	7716	2056	2585	821	559	72	34	0,34	9,40	226,94
świętokrzyskie	3211	846	1144	389	392	86	18	0,36	8,25	178,39
warmińsko-mazurskie	3463	542	1266	512	251	31	29	0,37	6,76	119,41
wielkopolskie	6160	956	2541	16	356	158	51	0,41	3,65	120,78
zachodniopomorskie	3722	2191	1483	618	177	59	41	0,4	6,02	90,78
Razem	76214	16535	27748	11860	5825	1102	454	0,36	6,43	167,87

Źródła: Opracowanie własne uzyskane na podstawie informacji z MPiPS



koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Jednocześnie interesującym jest fakt, że w domach pomocy społecznej w sumie zatrudnionych jest 8116 osób posiadających kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki i położnej. Poprzez wyliczenie różnicy wynika, że ok. 711 osób z powyższymi kwalifikacjami zatrudnionych jest na innych stanowiskach niż pielęgniarskich (z wyłączeniem kierowników zespołów pielęgniarskich). Osoby te najprawdopodobniej zatrudnione są na stanowiskach opiekunek, jednakże nie można wykluczyć, że także na innych stanowiskach, w wyniku posiadania dodatkowego wykształcenia lub innych kwalifikacji.

Biorąc pod uwagę ogólną liczbę funkcjonujących domów pomocy społecznej, można założyć, że średnio w jednym DPS zatrudnionych jest 9 pielęgniarek. Najwyższą średnią zatrudnienia pielęgniarek odnotowano w województwie świętokrzyskim i która wynosiła prawie 14 stanowisk pielęgniarskich na jeden dom. Natomiast najniższą średnią odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim – niecałe 7 stanowisk na jeden dom. Jednak ważniejszym wskaźnikiem jest liczba pielęgniarek przypadająca na 1 miejsce w domu pomocy społecznej. Średnia w Polsce wynosi 0,094 etatu na 1 miejsce statutowe, czyli można przyjąć, że na 100 mieszkańców przypada 9,4 etatu pielęgniarki. Najwyższy wskaźnik przy takim sposobie liczenia również odnotowano w województwie świętokrzyskim i wyniósł on 0,129, czyli prawie 13 etatów na 100 mieszkańców. Najniższy zaś w województwie zachodniopomorskim – 0,064, czyli 6,4 etatu na 100 mieszkańców domu. Jak widać, różnica w skrajnych wartościach jest dość znaczna. W powyższych wyliczeniach ujęto także osoby kierujące zespołami pielęgniarek, zakładając, że osoby te posiadają również wykształcenie pielęgniarskie.

Tylko w niektórych domach pomocy społecznej usługi pielęgniarskie świadczone są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczywiście świadczenia te są dopełnieniem i wspomogieniem usług pielęgniarskich zapewnianych i finansowanych przez domy pomocy społecznej. Średnio w miesiącu, we wszystkich domach pomocy społecznej świadczonych jest ok. 1600 godzin usług finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia⁴⁷.

47 W 2006 roku dokonano jednorazowo analizy na temat średnich miesięcznych wysokości wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Średnie wynagrodzenie osób zatrudnionych na stanowiskach pielęgniarek w domach pomocy społecznej (powiatowych i prowadzonych na zlecenie powiatu) wynosiło, wg stanu na koniec 2006 roku, 1650 zł miesięcznie. Najwyższą średnią odnotowano w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych – ok. 1742 zł brutto miesięcznie. Najniższą w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych – ok. 1614 zł brutto. W przypadku województw najwyższe średnie uposażenia na stanowiskach pielęgniarek odnotowano w województwie wielkopolskim – ok. 2032 zł brutto, natomiast najniższe w województwie świętokrzyskim – średnio niecałe 1500 zł brutto. Czyli w skrajnych przypadkach różnica ta wynosi prawie 500 zł. Natomiast najwyższe średnie wynagrodzenie pielęgniarek zatrudnionych w domach prowadzonych przez powiat zanotowano w województwie podlaskim i wynosi ono ok. 1851 zł brutto a najniższe w województwie świętokrzyskim – niecałe 1565 zł brutto. W domach prowadzonych na zlecenie powiatu najwyższe średnie wynagrodzenie mają pielęgniarki w województwie wielkopolskim – 2297 zł brutto. Natomiast najniższe w województwie podlaskim – ok. 1255 zł brutto miesięcznie. Paradoksalnie pielęgniarki nie są grupą zawodową, która ma najniższe jedno z wyższych uposażeń wśród pracowników domów pomocy społecznej. Jak już wcześniej wspomniano, średnie wynagrodzenie miesięczne pielęgniarek oscyluje w wysokości 1655 zł brutto. Dla przykładu: pracownik socjalny – średnie wynagrodzenie 1591 zł brutto, terapeuta z wykształceniem wyższym – 1463 zł, opiekun – 1369 zł, instruktor zajęciowy – 1372 zł.

Status prawny pracowników zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej- w tym również pracowników medycznych- określają przepisy ustawy z 22 marca 1990 r. o pracownikach samorządowych a zasady wynagradzania - wydane na jej podstawie rozporządzenie Rady Ministrów z 2 sierpnia 2005 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego. W związku z tym to organy samorządowe, prowadzące domy pomocy społecznej, mają bezpośredni wpływ na wysokości zarobków osób zatrudnionych w domach pomocy społecznej, w tym także pielęgniarek. W przypadku domów prowadzonych przez inne instytucje, ustalanie wysokości zarobków należy do organów zarządzających tymi placówkami.

Kwestią, na którą warto również zwrócić uwagę, jest uzewnętrzniający się w następstwie niedoboru po stronie opieki pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, problem związany z pomocą mieszkańcom w pobieraniu leków.

Ponieważ dom pomocy społecznej w obowiązujących regulacjach ochrony zdrowia traktowany jest tożsamo z domami rodzinnymi i przebywające w nich osoby korzystają ze świadczeń zdrowotnych na tych samych zasadach jak pacjent w warunkach domu rodzinnego, to pracownicy domu pomocy społecznej, współuczestnicząc w procesie pielęgnacji realizują te same zadania, co w domu rodzinnym bliscy chorego.

Zadania pielęgniarstwa polegają na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych oraz leczniczych, które wykonywane są przede wszystkim poprzez realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Tak więc podstawą do podania przez pielęgniarkę leku, jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać nazwę leku, dawkę, sposób i czasokres podawania. Pielęgniarki nie posiadają uprawnień do samodzielnego ordynowania leków. Próbując odpowiedzieć na pytanie, kto może podawać leki mieszkańcom domów pomocy społecznej, należałoby postawić analogiczne pytanie, kto wykonuje te czynności w stosunku do osoby przewlekle chorej w domu rodzinnym. Funkcję taką wykonuje bliska osoba lub inna osoba sprawująca opiekę. Dawki leku, czas i okres podawania określa lekarz zlecający farmakoterapię. Jeżeli natomiast podanie leku wymaga udziału pielęgniarstwa lekarz zleca wykonanie tego zadania pielęgniarce środowiskowej. Należy dodać, że warunkach domowych nie podaje się takich leków, których nie może aplikować sobie sam chory lub ktoś bliski z jego otoczenia. Bliską osobą w warunkach domu pomocy społecznej jest np. pracownik pierwszego kontaktu czy opiekunka, która może w ramach czynności opiekuńczych pomóc pacjentowi w przyjmowaniu leku, zgodnie z zaleceniem lekarza np. przez dopilnowanie godzin przyjmowania leku, wyjęcie tabletki z opakowania w przypadku niesprawnych rąk czy przygotowania wody do ich popicia.



Podsumowanie

Domy pomocy społecznej podlegają ustawicznym przeobrażeniom. W okresie ostatnich dwudziestu lat dał się zauważyć się znaczący postęp w zakresie warunków zamieszkania i codziennego funkcjonowania. Jednak słabością zmian, jest skupienie uwagi w praktyce, na tych w obszarze standardów mierzalnych, których źródłem jest ogólna poprawa warunków życia społecznego i których meritum dotyka dobrostanu materialnego, spychając na dalszy plan dobrostan emocjonalny. W tym wymiarze w instytucjach całodobowego wsparcia jest jeszcze wiele do zrobienia, aby z satysfakcją można było odnieść się do całego procesu zmian. Z jednej strony barierą do pokonania są zwyczaje by nie rzecz rutyna osób świadczących usługi, a z drugiej mechanizmy finansowe, które w sposób istotny przeszkadzają pozytywnym zmianom, skutkując dużą rotacją personelu i odpływem do innych sektorów dobrze przygotowanej kadry poszukującej bardziej satysfakcjonującego w wymiarze finansowym zatrudnienia. Domy pomocy społecznej nadal stoją przed koniecznością adaptacji do sytuacji nieustającego deficytu środków finansowych i zabiegania o płynność finansową swoich placówek, dającą możliwości swobodnego funkcjonowania mieszkającym w nich osobom. To trudne zadanie, szczególnie w sytuacji tak małego zrozumienia ze strony osób decydujących o właściwej drodze rozwoju tych jednostek.

Paradoksalnie, nikt- myśląc o przyszłości, nie planuje miejsca, w którym całkowicie jest uzależniony od innych, każdy wyobraża sobie, swoją i swoich bliskich przyszłość w świeżych barwach. Jednak proza życia wymusza podejmowanie decyzji, optymalnych w danych okolicznościach, co najczęściej jest przyczyną decyzji o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Statystyka dowodzi, że liczba tych, którzy decydują się na własne lub swoich bliskich zamieszkanie w domu, uzyskując pomoc w formie pobytu i usług nie maleje a rośnie. W jednostkach całodobowego wsparcia, w domach pomocy społecznej i prywatnych placówkach mieszka ponad 82 000 osób. Dodatkowo 22 000 przebywają w placówkach opiekuńczo-leczniczych funkcjonujących w strukturach ochrony zdrowia. Wskazuje to na potrzebę nie tylko zmian ilościowych, ale przede wszystkim jakościowych życia w tego typu jednostkach.

Świadczy to o tym, że nie tylko dawniej, ale również we współczesnych czasach los ludzki bywa złożony i nieprzewidywalny. Innymi słowy zabieganie o jakość, jest wartością nadrzędną, która powinna być wskazówką dla organizatorów tej formy pomocy, aby wypracowywać standardy takie, aby każdy chciał zamieszkać w domu pomocy społecznej, a w przypadku zamieszkania nie czuł rozczarowania. Rozumując w ten sposób należy zadbać zarówno o rozwój liczby domów pomocy społecznej proporcjonalny do potrzeb, jak również nie zaprzestawać w poszukiwaniu optymalnego modelu takiej placówki. Dzisiaj przeciętny dom pomocy społecznej to najczęściej miejsce wspólnego zamieszkania stu, stu pięćdziesięciu, a w skrajnych przypadkach pięciuset kilkudziesięciu osób. Jeśli poważnie potraktować założenie „budowanie systemu wsparcia zbliżonego do warunków rodzinnych”, to należałoby kontynuować działania zmniejszania wielkości domów na rzecz wspólnego zamieszkania kilku czy kilkunastu osób pod wspólnym dachem, respektując prawo człowieka do prywat-

ności, której tak niewiele, gdy wspólnie zamieszkuje kilkaset osób, w płynny sposób przechodząc na różne formy mieszkalnictwa dla osób wymagających całodobowego wsparcia, które dopasowane będą do wymogów współczesnego społeczeństwa.

Współczesne społeczeństwo, jest coraz bardziej świadome swoich praw, ma coraz wyższe oczekiwania względem własnego wyobrażenia siebie w roli osoby wymagającej wsparcia, nie wyobrażając sobie wejścia w rolę podopiecznego całodobowej instytucji. Należy się mieć nadzieję, że będzie to wystarczający czynnik wymuszający zmiany, które na przestrzeni najbliższych kilkudziesięciu lat całkowicie zmienią obraz domu pomocy społecznej widzianego przez pryzmat dzisiejszych rozwiązań.

Pamiętając, że osoby żyjące w domu pomocy społecznej winny cieszyć się wysoką jakością życia i winny żyć w miejscu, w którym będą się czuły jak u siebie, jak w domu, w miejscu, które respektuje ich godność osobistą i szanuje prywatność. Winny mieć wiele możliwości nawiązywania przyjaźni i znajomości, uczestnictwa w życiu społeczności domu i szerszej społeczności, jak i angażowania się w zajęcia wzbogacające życie, również te, które niosą ze sobą pewien element ryzyka i co wymaga, między innymi, by wspierali ich pracownicy domu potrafiący się łatwo komunikować, którzy szanują ich indywidualność, godność i prywatność oraz którzy są wyczuleni na ich potrzeby i aspiracje.

Osoby mieszkające w domu pomocy społecznej winny czuć się bezpieczne, dlatego nie mogą być poddawane jakimkolwiek formom wykorzystywania, zaniedbania, zastraszania czy nękania. Co więcej, mieszkańcy powinni mieć ufność i gwarancję, że ich poczucie bezpieczeństwa i równowagi nie zostanie podważone zachowania nieakceptowane, takie jak osobista krytyka, niestosowne żarty, faworyzowanie czy subtelne formy ostracyzmu.

Mieszkańcy powinni również doświadczać dyskryminacji. Wymaga to jasnego i przejrzystego sposobu przydzielania usług, co odnosi się do różnego rodzaju osób mieszkających w domu pomocy społecznej, które nie doświadczały dyskryminacji w zakresie świadczenia innych usług, do których są uprawnione, jak np. opieka medyczna czy edukacja.

Mieszkańcy winni być wspierani, by mogli wieść życie zgodne z własnym wyborem. Koncepcja koncentrowania się na potrzebach jednostki odnosi się do procesu oferowania odpowiedniego wsparcia i w odpowiednim czasie, by umożliwić osobie prowadzenie życia jako równoprawny obywatel, zgodnie z jej wyborem. Takie podejście do oferowania usług oznacza, że usługa jest planowana i dostarczana z aktywnym uczestnictwem osoby, i uwzględniająca jej szczególny charakter. Indywidualny plan wsparcia ma na celu zagwarantowanie, że konkretna usługa świadczona osobie, jest odzwierciedleniem jej potrzeb i celów życiowych. Taki podejście ma nie tylko odzwierciedlenie w języku standardów, ale także w języku codziennym używanym przez osoby wspierające oraz organizatorów tej formy pomocy, poprzez używanie wyrażen np. „wsparcie” lub „usługi wspierające”, zastępując w świadomy sposób pojęcia „opieka” czy „czynności opiekuńcze”.

Domy pomocy społecznej winny rozwijać również działania integracyjne z szerszą społecznością lokalną, umożliwiając mieszkańcom rozwijanie sieci znajomości a przede wszystkim życzliwości ze strony otoczenia zewnętrznego.



Jaka będzie przyszłość domów pomocy społecznej, a nade wszystko, jakie będą perspektywy poprawy efektywności działania tych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej? Prawdopodobnie zależeć to będzie w niemałym stopniu od tego, jakie idee, style życia, zachowania władz, ale i obywateli zdominują aktywność osób w przestrzeni publicznej. Czy debata publiczna np. o kierunkach rozwoju, a może regresu polityki społecznej prowadzonej przez władze publiczne, którą można rozumieć jako instytucjonalną odpowiedź władz publicznych na zbiorowe potrzeby obywateli, ale i na kwestie społeczne, których nie rozwiązanie, czy choćby tylko znaczące złagodzenie rzutować będzie negatywnie na rozwój zostanie zdominowana przez partykularne grupy interesu, czy przez sieciowe podmioty troszczące się o harmonijny rozwój Polski. Ostatnio można dostrzec, iż ma miejsce, choć nie medialny, to jednak spór, a nawet konflikt między tzw. inżynierami społecznymi a „socjalnikami”. Ci pierwsi, najczęściej funkcjonujący w roli technokratów promują zarządzanie zasobami ludzkimi wykorzystujące m.in. instytucje oraz ich słabe strony -hierarchiczność uniemożliwiająca otwartą debatę, infekowanie się nowymi ideami, ale też nowymi memami⁴⁸ wpływającymi na zachowania osób w przestrzeni publicznej, panoptyczną kontrolę nad tzw. publicznością, stawianie głównie na gospodarczy rozwój, nawet kosztem rozwoju kulturowego, kontrola i niejawnie śledzenia zachowań ludzi, etc. Style życia, idee, zachowania osób w przestrzeni publicznej są memami rozprzestrzeniającymi się z osoby na osobę za pomocą kultury. Gdy wpływ kultury na zachowania człowieka słabnie, może rosnąć ryzyko manipulowania zbiorowościami, na co najprawdopodobniej inżynierowie społeczni stawiają.

A ci drudzy – szkoda, że nie pierwsi w możliwości kształtowania rzeczywistości przez dyktowanie nowych idei, nowych form i nowej mocy, uruchamianie sił sprzyjających rozwojowi – stawiają na przyjazne towarzyszenie osobie w trudnej sytuacji, a zwłaszcza w kryzysie. Wspieranie jej w działaniach zmierzających do uwolnienia się z ograniczeń moralno-wolitywnych, społeczno-ekonomicznych i egzystencjalnych, które uniemożliwiają jej lub znacząco ograniczają możliwość życia z poczuciem sensu, szacunku dla siebie i dla innych. Przyjazne towarzyszenie osobie, rozumne jej wspieranie oparte nie tylko na zasadzie pomocniczości, ale także na zasadzie sprawiedliwości, z której można wywieść obowiązek władz publicznych wspierania naturalnych ogniw oparcia społecznego, ale i organizowania i zapewnienia funkcjonowania różnych form substytucji tych ogniw może mieć miejsce prawdopodobnie tylko wówczas, gdy osoby przebywające w domach pomocy społecznej uzyskają większe pole wolnej ekspresji ich marzeń, potrzeb, planów życia, etc. Nie należy oczekiwać, iż zafunduje im to władza, która jak na razie nie widzi interesu w upodmiotowieniu tych osób, we

48 Mem jest jednostką informacji kulturowej zapisanej w mózgu. Jego oddziaływanie jest widoczne dzięki obserwacji efektów socjotypowych. Efekty socjotypowe to m.in. języki, melodie, projekty, wartości moralne i estetyczne, wzory działania, czy cokolwiek innego, co można przyswoić dzięki internalizacji i co można przekazać innym jako jedną całość poprzez proces obiektywizacji eksternalizacji. Mem jest jednostką informacji zapisanej w mózgu lub na innym nośniku – w książce, na płycie CD, na ulotce reklamowej itd. W tym przypadku pojęcie memu i socjotypu się zlewają. Mem jest autonomiczną strukturą neuronalną w mózgu, będącą nośnikiem informacji kulturowej.

wprowadzeniu ich jako partnerów do projektowania i realizowania polityk. Jak już stwierdzono – osoby będące mieszkańcami domów pomocy społecznej w najbliższym okresie nie zorganizują się w silne podmioty społeczeństwa obywatelskiego mogące wywierać skuteczny wpływ na politykę, która winna także uwzględniać ich interesy. Prawdopodobnie można upatrywać szans zmiany tej sytuacji w nowym modelu pomocy społecznej, którego jednym z fundamentalnych założeń byłoby uznanie, że podmiotem pomocy społecznej nie jest ani gmina, ani powiat, ani region, ani administracja rządowa, ani ta, czy inna organizacja społeczna, czy fundacja, ale tym podmiotem jest reprezentacja interesów osób będących mieszkańcami domów pomocy społecznej, reprezentacja ich rodzin/bliskich, organizacje społeczne troszczące się o interesy osób będących mieszkańcami domów pomocy społecznej, fundacje, przedstawiciele biznesu, gmina.

Jeśli nie nastąpią zmiany w pomocy społecznej rosnąć będzie poczucie niepewności, lęku dominującego życie wielu osób, w tym wielu mieszkańców domów pomocy społecznej. Na pewno będzie to skutkowało narastaniem różnych form frustracji, niesprzyjającej skutecznemu wspieraniu osób zależnych od wsparcia.

Są powody by przypuszczać, że jeśli nie weźmiemy szybkiej lekcji uczenia się języka, za pomocą którego nazywać, opisywać będziemy rzeczywistość w domach pomocy społecznej, oceniać ją za pomocą przyjętych wspólnie z mieszkańcami DPS miar i wskaźników, wyrażać się będą uzasadnione interesy osób przebywających w tych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, narastać będzie konflikt między osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej i reprezentantami ich interesu, a podmiotami prowadzącymi te jednostki organizacyjne pomocy społecznej i ich kadrami zarządzającą. Dziś język służy także do nazywania, opisu i walki np. z osobami „roszczeniowymi”, zachowaniami, które nie przystoją osobie będącej mieszkańcem domu pomocy społecznej, niszczenia innych, „profanów”, nieprofesjonalistów usiłujących dokonać wglądu w to, czym jest dom pomocy społecznej, a czym być powinien. Bez nowego języka niewielkie są szanse na zaprojektowane nowego modelu pomocy społecznej, w tym domu pomocy społecznej. Mimo, iż władza w nie-małej liczbie przypadków nadal forsuje pan optyczny model domu pomocy społecznej, to jednak w czasie, gdy osoby przebywające w domach pomocy społecznej są coraz częściej świadome swoich praw, w tym prawa nie tylko do odpowiednich warunków pobytu i usług świadczonych w tych domach, ale także prawa do swobodnej ekspresji, gdy Internet staje się istotnym źródłem informacji dalsze ukrywanie interesów tych podmiotów i kadry zarządzającej może się okazać niemożliwe.

Dalsze nie dostrzeganie konieczności zmian w domach pomocy społecznej może i prawdopodobnie powodować będzie nie tylko narastanie konfliktów, ale także może i prawdopodobnie spowoduje kryzys tej instytucji pomocy społecznej. Kryzys może być nie tylko trudnym doświadczeniem dla osób będących mieszkańcami DPS, ale także może prowadzić do pogłębiania się trudności w życiu mieszkańców domów pomocy społecznej. Kryzys to stan, którym nie tylko może przynieść pożądane zmiany, ale może pogłębiać bierność, apatię, ale i roszczeniowość u osób uzyskujących wsparcia w domach.



Rozszerzanie pola ekspresji osób uzyskujących wsparcie w domach pomocy społecznej to jedna z form profilaktyki, której nie zaordynuje władza publiczna. Ideę tę mogą wdrożyć do nowego modelu pomocy społecznej podmioty kooperujące w ramach otwartego współdziałania, dialogu, debaty. Sieć jako związek różnych suwerennych podmiotów połączonych relacją zależności i translacji interesów, w tym zgody na oddanie części swojej suwerenności, by móc uzyskać większy wpływ na zmiany – to prawdopodobnie droga prowadząca do ograniczenia wpływu zapożyczonych z ekonomii idei, które nie konieczne muszą się sprawdzać w działalności socjalnej. Jedną z takich idei jest idea aktywizacji nieaktywnego zasobu ludzkiego, podczas gdy w działalności socjalnej – wydaje się – racjonalniejszym byłoby nie walczenie z biernością tzw. „klientów pomocy społecznej”, a wspieranie osób w ich staraniach o uwolnienie się z ograniczeń ich ekspresji, a gdy sami tego czynić nie mogą proponowanie im niejako w zastępstwie ich rodzin różnych ofert poprawiających jakość ich życia. Z takiego podejścia wyrasta idea substytucyjności w pomocy społecznej.

Bez obawy popełnienia błędu można stwierdzić, iż w wielu, zbyt wielu przypadkach dom pomocy społecznej nie jest środowiskiem sprzyjającym bezpiecznemu, wolnemu od przemocy miejscem realizacji przez osoby tam przebywające ich indywidualnych planów życia. Niektórzy organizatorzy pomocy społecznej świadomi tego faktu usiłują opracowywać i realizować programy i projekty celem, który jest tzw. „usamodzielniania” niektórych mieszkańców DPS.

Jeśli prawdziwą jest teza Ulricha Becka⁴⁹, iż w społeczeństwie naszego typu jednostka ma za zadanie znajdowanie i stwarzanie – jednostkowymi sposobami, przy pomocy jednostkowej inteligencji, osobiście posiadanych zasobów – indywidualnych rozwiązań dla społecznie stwarzanych problemów, która to aktywność nawet ludzi stojących blisko siebie, skazuje na konkurencję, to nie jest tak, że nie można znaleźć innych form działania, które racjonalnie konsumowałyby postulat wypełnienia życia różnymi działaniami zmierzającymi do ludzkiej solidarności.

Jose Saramago⁵⁰ wyjaśniając ludzką obojętność na sprawy wymagające załatwienia miał powiedzieć: „Rozumiem, dlaczego ludzie nie reagują. Nie ze strachu, jak dawniej, przed policją, torturami czy więzieniem - który jeszcze występuje w wielu krajach - ale ze strachu przed niepewnym jutrem, bezrobociem. I ten strach paraliżuje. Są takie rodzaje strachu, które pobudzają do buntu, ale ten strach powoduje paraliż”.

Spojrzenie na domy pomocy społeczne daje szansę nie tylko dokonania wstępnej analizy i oceny tej instytucji pomocy społecznej. Daje także nadzieję, choć nie gwarancję na włączenie wielu podmiotów w proces projektowania i realizowania zmian.

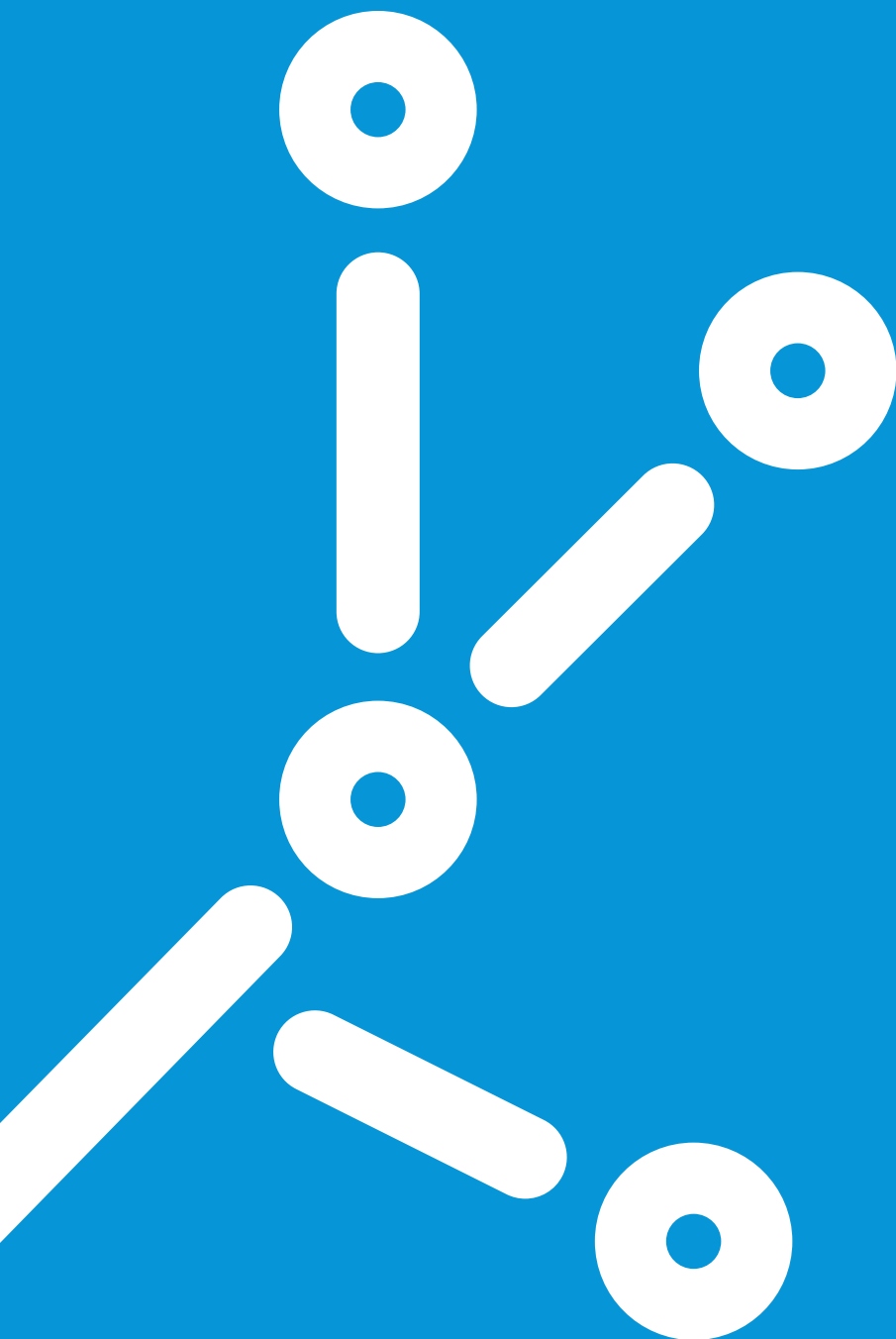
49 Zob. http://www.tokfm.pl/blogi/instytutobywat/2013/02/bauman_strach_to_uczucie_poddanych_nie_obywateli/1#Cuk.

50 Zob. <http://finanse.wp.pl/kat,104124,title,Z-biedy-odchodzi-naapetyt,wid,15329743,wiadomosc.html?ticaid=1100e9>.

Bibliografia

- Augustyn, M.** (z zesp.), *Opieka długoterminowa w Polsce - opis, diagnoza, rekomendacje* Warszawa 2010.
- Auleytner, J.**, *Polityka społeczna stan i perspektywy*, WSP TWP, Warszawa 1995.
- Auleytner, J.**, *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Warszawa 2004.
- Kurzynowski, A.**, *Problemy rodziny w polityce społecznej*, IGS UW, Warszawa 1991.
- Butkiewicz, M.**, *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, Wyd. Edukacja i Praca, Warszawa 1995.
- Frąckiewicz, L.**, *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*, Śląsk, Katowice 2002.
- Głąbicka, K.**, *Polityka społeczna Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2001.
- Głąbicka, K.**, *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 2004
- Kazimierzczak, T., Łuczyńska, M.**, *Wprowadzenie do pomocy społecznej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego – Interart, Warszawa 1995.
- Krzyszowski, J.**, *Pomoc społeczna. Szkic socjologiczny*, Wyd. IRSS, Warszawa 2008.
- D. Lalak i T. Pilch** (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa. 1999.
- Rysz-Kowalczyk B.**, *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001.
- Golinowska, S.**, *Raport o rozwoju społecznym – zmieniająca się rola państwa. Polska'97*, NHDR 1997.
- Rymśa, M.**, *Reformy społeczne lat dziewięćdziesiątych: próba podsumowania*, [w:] M. Rymśa (red.), *Reformy społeczne. Bilans dekady*, Warszawa 2004.
- Pilch, T.**, *Organizacja pomocy społecznej w Danii*, „Auxilium Sociale. Wsparcie społeczne”, 1997, nr 3/4.
- Helsińska Fundacja Praw Człowieka**, *Raport z badań w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej*, ISBN EXIT, Warszawa 1997.
- Najwyższa Izba Kontroli**, *Informacja o wynikach kontroli kierowania osób do domów pomocy społecznej i finansowania ich pobytu przez organy samorządu terytorialnego*, Warszawa 2010.
- Najwyższa Izba Kontroli**, *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych*, Warszawa 2010.
- Gładkowska, M.**, „Opieka społeczna” w Warszawie 1923-1947, Biblioteka Pracownika socjalnego – Interart Warszawa, 1995.
- Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*, „Praca Socjalna”, 2004, nr 4.
- Hermesen, K. W.**, „Socialhilfe” - Pomoc społeczna – Rozwiązania niemieckie – materiały robocze, Federalne Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej Republiki Federalnej Niemiec.





publikacja bezpłatna

ISBN 978-83-61638-85-8

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

00-697 Warszawa
Aleje Jerozolimskie 65/79

Tel.: 22 237 00 00
Fax: 22 237 00 99

NIP: 7010066145
Regon: 140971293

e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl
www.crzl.gov.pl