

Anna Zawada<sup>1</sup> 

# Instytucjonalna opieka nad osobami starszymi – domy pomocy społecznej czy domy niedostatecznej pomocy społecznej?

## **Institutional care for the older adults – social welfare homes or homes with insufficient social care?**

### **Streszczenie:**

Jest oczywiste, że każdy, kto podejmuje decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej (DPS), oczekuje dobrej jakości życia, która przekłada się na kompleksową opiekę, poczucie bezpieczeństwa, dobrą dietę i dobrze zagospodarowany czas wolny. Współczesny mieszkaniec DPS-u coraz częściej jest sprawny fizycznie, z reguły nie posiada rodziny bądź z różnych przyczyn nie ma z nią kontaktu lub kontakt jest sporadyczny, ma przeciętną emeryturę/rentę, zatem nie stać go na prywatny dom opieki, ale jest bardziej świadomy swoich praw, aktywny, odważny i nastawiony w znacznie większym stopniu na wyższą jakość życia. Poziom jakości życia w DPS-ach niewątpliwie jest kwestią bardzo złożoną. Dlatego coraz częściej mówi się o deinstytucjonalizacji systemu opieki stacjonarnej. Proces ten nie powinien oznaczać likwidacji DPS-ów, ale takie ich przekształcenie, by w jak największym stopniu były dostosowane do kondycji zdrowotnej mieszkańców i nie odbierały im godności. Domy pomocy społecznej powinny zyskać charakter rodzinny i prywatny (Zych, 1999). Niezbędne zatem są gruntowne reformy w zakresie organizacji i finansowania infrastruktury stacjonarnej opieki społecznej, która w obecnym wymiarze nie jest dostosowana do zachodzących zmian demograficznych w strukturze wiekowej i współczesnego seniora. Reorganizacja domów pomocy społecznej powinna być priorytetowym zadaniem polityki społecznej państwa.

### **Słowa kluczowe:**

deinstytucjonalizacja, dom pomocy społecznej, jakość życia, opieka instytucjonalna, senior

---

1 Uniwersytet Bielsko-Bialski, azawada@ubb.edu.pl

### Summary:

Anyone who decides to live in a social welfare home (SWH) expects a good quality of life, translating into comprehensive care, a sense of security, a good diet, and well-managed free time. A modern nursing home resident is increasingly often physically fit, usually does not have a family or, for various reasons, does not have contact with them or that contact is sporadic, and has an average old-age pension/disability pension. Thus, they cannot afford a private nursing home but are more aware of their rights; they are active, courageous, and much more focused on a higher quality of life. The quality of life in nursing homes is undoubtedly a very complex issue. That is why the idea of deinstitutionalizing the residential care system is discussed more and more often. This process should not mean closing down SWHs but their transformation to adapt them to the health condition of the residents to the highest possible degree and not deprive them of dignity. Social welfare homes should gain a family and private character (Zych, 1999). Therefore, thorough reforms are necessary for the organization and financing of the stationary social care infrastructure, which, in its current dimension, needs to be adapted to the demographic changes in the age structure and the modern senior citizen. The reorganization of social care homes should be a prime concern of the state's social policy.

### Keywords:

deinstitutionalization, social welfare home, quality of life, institutional care, senior citizen

## Wprowadzenie

Starzenie się jest nieuniknionym procesem każdego ludzkiego życia, które przekłada się na procesy demograficzne. Analizując dane Głównego Urzędu Statystycznego można zauważyć, że w Polsce rośnie udział osób starszych w populacji. W 2022 r., podobnie jak w latach wcześniejszych, nastąpił wzrost liczby mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej – na koniec roku populacja osób starszych wyniosła 9797,7 tys. i w stosunku do 2021 roku zwiększyła się o 0,7%. Najliczniejszą grupę seniorów w 2022 roku stanowiły osoby w przedziale wiekowym 65–69 lat. Ich udział w ogólnej liczbie osób starszych wyniósł 25,7%. Na przeciwnym kontynuum znalazły się osoby w wieku 80–84 lata oraz 85 lat i więcej. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku udział w ogólnej liczbie osób starszych ukształtował się w 2022 r. na poziomie 8,2% (GUS, 2022).

Z najnowszej prognozy GUS wynika, że w 2030 roku liczba ludności w Polsce w wieku 60 lat i więcej ma osiągnąć poziom 10,8 mln (wzrost o 10,8% w stosunku do 2021 r.), a w 2040 – 12,3 mln (wzrost o 26,0%). W 2050 r., jak wynika z danych szacunkowych, ma być 13,7 mln osób w wieku poprodukcyjnym (tj. o 40,8% więcej niż w 2021 r.), co stanowić będzie 40,4% społeczeństwa. Kobiety w wieku 60 lat i więcej w 2050 r. będą stanowiły 22,2% ogółu ludności kraju, natomiast mężczyźni – 18,2%. Przewiduje się, że udział kobiet w wieku 60 lat i więcej w populacji kobiet wzrośnie z 28,9% w 2021 r. do 43,3% w 2050 r., a w przypadku

mężczyzn wskaźnik ten zwiększył się z 22,2% w 2021 r. do 37,3% w 2050 r. Wśród mieszkańców miast udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 27,7% w 2021 r. do 42,4% w 2050 r., z kolei wśród populacji wiejskiej zwiększył się z 22,3% do 37,8% (Ibidem).

Prognozy demograficzne wskazują także na kontynuację procesu wydłużania się życia ludzi; fakt ten należy łączyć z permanentnym rozwojem społeczno-gospodarczym, który niewątpliwie ma wpływ na jakość życia, oraz szybkim postępem w dziedzinie medycyny, umożliwiającym wcześniejsze i dokładniejsze diagnozowanie chorób, co przekłada się na skuteczniejsze ich leczenie (Zawada, 2024). Według najnowszych polskich tablic średnia prognozowana długość życia w 2024 r. w Polsce dla 60-latków wynosi 264,2 miesiąca (w 2022 r. było to 238,9 miesiąca, czyli niespełna 20 lat, w 2023 r. – 254,3 miesiąca), a dla 65-latków 218,9 miesięcy (w 2022 r. było to 196,2 miesiąca, tj. 16 lat i 4 miesiące, w 2023 r. – 210,0 miesięcy) (Komunikat GUS, 2022a, 2023, 2024).

W 2030 r. przeciętna długość trwania życia dla kobiet będzie wynosiła około 84,0 lata, natomiast dla mężczyzn 80,0 lat (GUS, 2014). Jednak średnia długość trwania życia społeczeństwa nie jest skorelowana z trwaniem życia w zdrowiu (liczba lat, w których dana osoba może spodziewać się, że jej życie będzie przebiegało bez ciężkich lub umiarkowanych problemów zdrowotnych), które w 2021 r. wyniosło 59,1 roku dla mężczyzn oraz 63,1 roku dla kobiet (Bojanowska, 2023 za: GUS, 2022b). Obserwuje się wysoką zachorowalność na schorzenia związane ze stylem życia, takie jak udar mózgu, choroby serca, cukrzyca, otyłość, nowotwory, depresja. W ostatnim okresie wzrosła również zachorowalność na choroby układu oddechowego, które powodują 7% wszystkich zgonów, tj. nieco mniej niż przeciętnie w krajach OECD (10%) (GUS, 2021)<sup>2</sup>. Ponadto seniorzy bardzo często chorują na schorzenia narządu ruchu (zwyrodnienia stawów, osteoporoza, łamliwość kości), układu moczowego, ośrodkowego układu nerwowego (np. choroba Alzheimera) (Steuden, 2014). Na uwadze należy mieć także sytuację pandemiczną – COVID-19, która w znacznym stopniu ograniczyła korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz wywołała, jak wskazują badacze zjawiska, dług zdrowotny bardzo trudny do oszacowania (Bojanowska, 2023).

Z reguły osoby starsze chorują nie na jedną, ale kilka chorób przewlekłych, które w znacznym stopniu utrudniają, a nawet uniemożliwiają im wykonywanie czynności samoobsługowych oraz ujemnie wpływają na ich dobrostan i jakość życia. Jak podają Wiktoria Wróblewska i Radosław Antczak (2019), już co dziesiąta osoba w wieku 60–64 lata, co czwarta w wieku 75–79 lat i prawie co trzecia w wieku 80–84 lata wykazuje ograniczenia w samodzielnym

2 Dane za rok 2018.

wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności (Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego – *Activities of Daily Living*, ADL), tj. ubieranie się, chodzenie, kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka, korzystanie z toalety. Seniorom z takimi ograniczeniami w zakresie wykonywania czynności samoobsługowych potrzebna jest na co dzień pomoc. W pierwszej kolejności za udzielanie pomocy powinny być odpowiedzialne dzieci. Zorganizowanie opieki przebiega bez większych problemów, jeśli dzieci mieszkają razem z rodzicami lub w tej samej miejscowości. Problem pojawia się wówczas, kiedy dzieci mieszkają w miejscowości oddalonej o kilka czy kilkadziesiąt kilometrów od rodziców lub poza granicami kraju, bądź też jeśli senior nie ma dzieci. Jak wykazują badania, częściej na brak opieki narażeni są również ci rodzice, którzy żyli w związkach nieformalnych lub są rozwiedzeni (w szczególności ojcowie, którym sąd z reguły nie powierza opieki rodzicielskiej) (Błęadowski, 2019). Są również i takie przypadki, kiedy jedynym opiekunem jest samotne dziecko aktywne zawodowo lub dziecko, które samo za pewien czas będzie potrzebowało pomocy. Sytuacja taka wymusza konieczność korzystania z pomocy najbliższej rodziny bądź sąsiedzkiej, na które bardzo często nie można liczyć. Relacje międzyludzkie w dużej mierze oparte są na wyrachowanym instrumentalizmie, a to nie sprzyja rozwojowi opieki nieformalnej.

## Plany Polaków związane ze zorganizowaniem na starość życia swojego i swoich bliskich

Firma badawcza ARC Rynek i Opinia na zlecenie emeis Polska, lidera stacjonarnej opieki długoterminowej, przeprowadziła w marcu 2024 badanie na temat postrzegania przez Polaków pomocy instytucjonalnej. Badanie zostało powtórzone po dekadzie, a głównym założeniem było uchwycenie różnic w nastawieniu do opieki długoterminowej. Wyniki badań pokazały, że w 2014 r. ponad połowa respondentów (52%) zdecydowałaby się na opiekę nad swoim bliskim, niezdolnym do samodzielnego funkcjonowania, sprawowaną przez rodzinę w domu. Tylko 23% badanych skorzystałoby z pomocy zewnętrznego ośrodka. Po 10 latach proporcje te uległy zmianie – do 37% spadł odsetek osób, które wyraziły gotowość opiekowania się swoimi bliskimi w domu, natomiast do 34% wzrósł odsetek osób wskazujących na opiekę w specjalistycznym ośrodku (<https://pracodawcydlazdrowia.pl/raport-emeis-polska-opieka-dlugoterminowa-w-opinii-polakow/>).

Polityka senioralna powinna zatem uwzględniać nie tylko specyficzne zmiany demograficzne, tj. feminizację starości, która jest wynikiem nadumieralności mężczyzn, singularyzację starości – zjawisko to wiąże się z wysokim odsetkiem seniorów mieszkających samotnie – oraz podwójne starzenie się, czyli

szybki wzrost odsetka osób najstarszych w całej populacji osób starszych, których potrzeby zdrowotne, społeczne i bytowe są bardzo swoiste i zróżnicowane (Szukalski, 2019), ale również przemiany zachodzące w życiu społeczno-kulturowym. Przede wszystkim mamy do czynienia, o czym wspomniano, z migracją wewnętrzną i zewnętrzną, także trwałą, młodych ludzi. Po drugie, spada liczba gospodarstw wielopokoleniowych, w których osoby młodsze mają możliwość opiekowania się starzejącymi się rodzicami czy dziadkami. Po trzecie, obserwujemy wzrost jakości życia, rosną płace, w szczególności w dużych aglomeracjach, zatem więcej osób może pozwolić sobie na zakwaterowanie najbliższych w domu pomocy. Po czwarte, cechą charakterystyczną współczesnej epoki jest odchodzenie od wielu tradycyjnych modeli i wzorów życia, wcale nie mały odsetek ludzi reprezentuje styl życia zalecany przez konsumpcjonizm. Dzieci wychowywane są w poczuciu źle pojętej wolności i przekonaniu, że są najważniejsze. Rodziny natomiast coraz częściej oparte są na układzie kohabitacyjnym, konkubenckim, patchworkowym, związkach homoseksualnych.

Nieformalny potencjał opiekuńczy jest zatem bardzo zagrożony. Pozostaje wówczas skorzystanie z instytucjonalnej formy pomocy. Trzeba jednak podkreślić, że niewielki odsetek seniorów decyduje się na takie rozwiązanie.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2012 r. wynika, że zdecydowana większość badanych (64%) na starość chciałaby pozostać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy osób bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Zdecydowanie mniej osób myśli o całkowitym związaniu swojego życia z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną (15%). Mniej więcej co dziesiąty respondent chciałby mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z odpłatnej stałej pomocy (8%) bądź z bezpłatnej opieki, np. pomocy społecznej, Czerwonego Krzyża, Caritasu lub innych wolontariuszy (3%). Incydentalnie wybierają badani dom spokojnej starości – zarówno prywatny, jak i państwowy, oraz możliwość zamieszkania wspólnie z innymi starymi ludźmi w celu wzajemnego wspierania się (CBOS, 2012).

Z kolei we wspomnianych już badaniach przeprowadzonych przez firmę badawczą ARC Rynek i Opinia, badani zapytani o formę opieki dla siebie samych w przyszłości, gdyby zaistniała taka potrzeba, wybrali w kolejności: opiekunkę lub pielęgniarzkę przychodzącą do domu ( w 2014 r. – 35%, w 2024 – 41%), ośrodek opieki (odpowiednio: 34% i 30%), opiekę rodziny (29% i 23%), inne rozwiązanie (2% i 6%).

W porównaniu do wyników sprzed 10 lat spadł zatem odsetek tych, którzy chcieliby, aby opiekę zapewnił im ośrodek opieki oraz rodzina, ale wzrósł statystycznie istotnie odsetek tych, którzy chcieliby pozostać w domu, korzystając z profesjonalnej pomocy.

Truizmem jest twierdzenie, że własny dom czy mieszkanie to najlepsze miejsce dla starzejącego się człowieka. Niewątpliwie własne lokum to nie tylko dach nad głową, wartość bytowa. Dom jest również centrum wartości życiowych – tak właśnie jest pojmowany w kulturze tradycyjnej. Jest on połączeniem „szczęścia, dobrobytu, harmonii rodzinnej, wspólnotą nie tylko żywych, ale i przodków” (Toporkov, 1995).

Jednak osobom, które nie mają żadnej rodziny, chętnych do opieki i wsparcia znajomych, należy zapewnić takie warunki, aby starzenie się przebiegało z godnością i równocześnie zachowaniem poczucia bezpieczeństwa. Nie zawsze poczucie bezpieczeństwa gwarantuje środowiskowa pomoc w postaci usług opiekuńczych czy pomoc świadczona przez pielęgniarki środowiskowe. Niskiej jakości usługi środowiskowe niejednokrotnie przyspieszają decyzję seniorów o zamieszkaniu w domach pomocy społecznej.

Odpowiednio prowadzony dom pomocy społecznej powinien zapewnić seniorom wsparcie w życiu codziennym, opiekę medyczną i uchronić przed izolacją społeczną.

## **Domy pomocy społecznej dla seniorów na tle istniejących uwarunkowań prawnych**

W przepisach prawnych pomocy społecznej *de facto* funkcjonują trzy formy zapewnienia całodobowej opieki seniorom: domy pomocy społecznej (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dział 2, rozdz. 2 „Domy pomocy społecznej”), rodzinne domy pomocy (Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy) oraz domy opieki związane z działalnością gospodarczą. Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku została uregulowana w Dziale 2, rozdz. 3 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283, 1572). W tej części aktu prawnego znajdują się m.in. istotne przepisy regulującego kwestie zezwoleń na prowadzenie placówki (art. 67) oraz opisujące usługi świadczone przez prywatny dom opieki (art. 68).

W prywatnych placówkach można liczyć na szybkie przyjęcie i dużą dostępność miejsc, jednak z reguły są one poza zasięgiem przeciętnego emeryta i rencisty, których nie stać na ponoszenie wysokich kosztów pobytu. Ceny w prywatnych domach opieki uzależnione są w dużym stopniu od standardu placówki. Im wyższy standard usług, bogatsze zaplecze rehabilitacyjne, wyższy standard pokoi, tym cena zakwaterowania jest wyższa. Cena za prywatny dom spokojnej starości jest

również uzależniona od jego lokalizacji. Największą popularnością cieszą się placówki zlokalizowane na obrzeżach dużych miast lub w niewielkiej od nich odległości. Dobry dojazd do miasta oraz urokliwa okolica placówki czynią z niej atrakcyjne miejsce pobytu stałego. Nie bez znaczenia jest też liczba miejsc w pokojach, ceny za pokój jednoosobowy w domach opieki o podwyższonym standardzie niejednokrotnie przekraczają 6000–8000 zł ([https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-\\_med/](https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-_med/)).

Zatem osoby przewlekle chore, samotne, posiadające niskie świadczenia właściwie nie mają żadnego wyboru mieszkalnictwa poza domami pomocy społecznej. Rodzinne domy pomocy społecznej są bowiem nieliczne (w całym kraju na 31 grudnia 2023 r. funkcjonowały 23 RDP) (GUS, 2024a), ponieważ brakuje osób chętnych do prowadzenia tego typu placówek. RDP prowadzone są bowiem na podstawie działalności gospodarczej przez osoby lub rodziny, które zawierają z gminą porozumienie określające obowiązki obu stron (Zawada, 2017). Od prywatnych domów opieki prowadzonych przez osoby fizyczne lub podmioty prawne różnią się przede wszystkim tym, że nie są nastawione na zysk.

Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej wydaje wojewoda właściwy ze względu na położenie domu (art. 57.2 ustawy o pomocy społecznej). Mogą prowadzić je (art. 57.1):

- 1) jednostki samorządu terytorialnego;
- 2) Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia;
- 3) inne osoby prawne;
- 4) osoby fizyczne.

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2018.0.734; par. 5, ust. 1) domy pomocy społecznej dla osób starszych winny świadczyć następujące usługi:

- 1) w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając:
  - a) miejsce zamieszkania,
  - b) wyżywienie,
  - c) odzież i obuwie,
  - d) utrzymanie czystości;
- 2) opiekuńcze, polegające na:
  - a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
  - b) pielęgnacji,
  - c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- 3) wspomagające, polegające na:
  - a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,

- b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu,
- c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,
- d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
- e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- f) pkt f, g – nie dotyczą osób starszych (przyp. autorki),
- h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 *zasiłek stały* ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”,
- j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach,
- k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu.

Ustawodawca określił także szczegółowo zasady odpłatności za pobyt w DPS. Kwestię tę reguluje art. 58.1 ustawy o pomocy społecznej, który mówi, że „Wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa dom pomocy społecznej”. DPS ma również obowiązek zapewnić mieszkańcom świadczenia zdrowotne (art. 58.2); usługa ta realizowana jest najczęściej w oparciu o współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto ustawa określa wskaźniki wysokości odpłatności za miesięczny pobyt mieszkańca (art. 60) i reguluje obowiązek wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej. W pierwszej kolejności zobligowany do opłaty jest mieszkaniec domu (nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu), a w dalszej kolejności małżonek, zstępni przed wstępnymi, gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej. Przy czym rodzina i gmina nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność.

## Senior w domu pomocy społecznej

Polska, obok Węgier, Rumunii i Litwy, uznawana jest za kraj o słabo rozwiniętym pod względem organizacyjnym systemie opieki długoterminowej. Tym samym nasz system został skategoryzowany jako jeden z najmniej przyjaznych dla odbiorcy wśród państw europejskich (Bakalarczyk, 2021 za: Kraus et al., 2010).

Cechuje go niski poziom nakładów publicznych, słabo rozwinięty sektor usług opieki formalnej, znaczna rola sektora nieformalnego (głównie rodziny), przy jednoczesnym ograniczonym wsparciu dla opiekunów nieformalnych.

Jak wynika z raportu *Health at a Glance* OECD, w naszym kraju w 2017 r. udział publicznych wydatków na opiekę długoterminową (łącznie w segmencie społecznym i zdrowotnym) wyniósł 0,4% PKB, natomiast średnia dla krajów rozwiniętych stanowiła 1,7% PKB (Bakalarczyk, 2021 za: OECD, 2019). Zdaniem Rafała Bakalarczyka relatywnie niskie nakłady publiczne na opiekę długoterminową, przy sukcesywnie rosnących potrzebach opiekuńczych, mogą prowadzić do częściowego niedoboru zaspokojenia tych potrzeb oraz do konieczności nakładów prywatnych na ten cel (Bakalarczyk, 2021).

Można mieć poczucie, że decydenci odpowiedzialni za politykę społeczną nie biorą pod uwagę skali problemów, jakie dotknęły opiekę długoterminową, oraz jak brak systemowych rozwiązań będzie odczuwalny w kolejnych latach, w szczególności dla osób gorzej sytuowanych ekonomicznie. Doktor Zofia Szweda-Lewandowska z Instytutu Gospodarstwa Społecznego SGH w Warszawie na czwartej edycji ogólnopolskiej konferencji „Opieka długoterminowa w Polsce – dzisiaj i jutro” pt. „Demograficzna srebrna era. Co dalej z opieką długoterminową?”, zorganizowanej w listopadzie 2022 r. w Warszawie przez Związek Stowarzyszeń „Koalicja na pomoc niesamodzielnym”, podsumowała taką postawę jednym zdaniem: „Nie myślimy o przyszłości, reagujemy dopiero po incydencie” (<https://zdrowie-polakow.pl/opieka-dlugoterminowa-w-polsce-w-zapasci/>).

Proces deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej jest więc niezbędny. Co prawda w ostatnim okresie zaszło kilka pozytywnych zmian w opiece długoterminowej, ale jak możemy przeczytać w raporcie „Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi”: „mają one charakter punktowy, nieskoordynowany w ramach jednej przemyślanej całości, a dodatkowo są opatrzone niewielkimi środkami i nie działają w ramach powszechnie obowiązujących ustaw, a jedynie w trybie konkursowym, który obejmuje tylko część społeczności lokalnych” (Bakalarczyk, 2021, s. 38).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że proces deinstytucjonalizacji niejednokrotnie jest źle rozumiany. W dokumencie „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” jest informacja, a wręcz nawet zalecenie: „Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w niniejszych wytycznych unika się używania terminu *deinstytucjonalizacja*, ponieważ jest on często rozumiany po prostu jako zamknięcie zakładów” (<https://niezaleznezycie.pl/ogolnoeuropejskie-wytyczne-dotyczace-przejscia-od-opieki-instytucjonalnej-do-opieki-swiadczonej-na-poziomie-lokalnych-spolesznosci>). Natomiast założeniem tego procesu nie jest

konieczność likwidacji opieki instytucjonalnej, lecz wzmocnienie opieki środowiskowej i przysługujące seniorowi prawo wyboru, czy chce zamieszkać w instytucji opiekuńczej, czy możliwie długo pozostawać w środowisku.

Profesor Piotr Błądowski, redaktor naukowy raportu *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania* (2021) we wstępie wyjaśnia: „Nasza filozofia deinstytucjonalizacji opiera się na konieczności zapewnienia osobie zależnej możliwości wyboru formy wsparcia. To traktujemy jako punkt wyjścia do zmian i odrzucenia jakże częstej sytuacji, w której czynnikiem decydującym o udzielaniu świadczeń jest ich podaż, dostępność, a nie faktyczne potrzeby świadczeniobiorcy” (s. 4). Zatem osoby w podeszłym wieku, o ile są w pełni świadome, powinny mieć prawo decydowania o sobie oraz dokonywania samodzielnego wyboru we wszystkich obszarach, które ich dotyczą. Działania skierowane na seniorów powinny uwzględniać poszanowanie ich praw, godności, upodobań, preferencji.

Proces deinstytucjonalizacji powinien polegać na odchodzeniu od dużych instytucji na rzecz małych, bardziej kameralnych, przypominających warunki życia domowego.

Alternatywa dla opieki stacjonarnej to ograniczenie liczby miejsc w ośrodkach wsparcia i DPS do 30 oraz tworzenie rodzinnych domów pomocy (Łuczak, 2021). Instytucje opiekuńcze powinny być maksymalnie sprofesjonalizowane, sprofilowane i dofinansowane.

Osoby sędziwe powinny mieć standardy opieki na najwyższym poziomie, aby miały poczucie bezpieczeństwa, dowartościowania. Istotna jest przede wszystkim autonomia mieszkańca w różnych dziedzinach jego życia, która daje poczucie samostanowienia o sobie. Aktualnie mieszkańcy mają niewielki wpływ na jakość swojego życia.

Ekspert apelują: deinstytucjonalizacji nie należy traktować jako szansy na oszczędności. Proces ten powinien być traktowany jako cel strategiczny polityki społecznej państwa, który wymaga i będzie wymagał dla osiągnięcia wymiernych efektów szczegółowego określenia i zabezpieczenia źródeł finansowania. W przeciwnym razie może dojść do sytuacji, w której niskiej jakości opieka stacjonarna zostanie zastąpiona przez jeszcze niższej jakości opiekę środowiskową (Raport *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, 2021).

Temat deinstytucjonalizacji usług społecznych jest ważny m.in. ze względu na potrzebę zaangażowania różnych podmiotów pozarządowych, także wyznaniowych, w realizację zadań społecznych na szczeblu lokalnym. Ponadto pojawia się on w kontekście dyskusji o kompetencjach, kwalifikacjach pracowników systemu pomocy społecznej oraz nowych profesjach społecznych, które mogą

odegrać kluczową rolę m.in. w realizowaniu usług społecznych oferowanych przez Centrum Usług Społecznych (CUS), powołane do życia Ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U.2019. poz. 1818). Nie bez znaczenia są także przemiany prawne, społeczno-demograficzne i kulturowe, które dokonały się w ostatnich latach.

W kontekście dyskusji, która toczy się wokół procesu deinstytucjonalizacji, nie powinno się zapominać, że tzw. nowi starzy chcą żyć inaczej, zmiany świadomościowe są wyraźnie widoczne. Trzeba mieć również na uwadze fakt, że aktualnie w dobie przemian społeczno-demograficznych i kulturowych mieszkańcami DPS dla osób w podeszłym wieku nie są wyłącznie – a takie stereotypy jeszcze funkcjonują – osoby leżące, niesamodzielne, schorowane. Są to również osoby sprawne fizycznie i żywotne intelektualnie, ale z racji wieku wymagające usług opiekuńczych zwykłych. Jednak niskiej jakości usługi opiekuńcze, co nie należy do rzadkości, bądź nieufność osób starszych w stosunku do osób udzielających im wsparcia w środowisku domowym, przyczyniają się do przyspieszonej decyzji o zamieszkaniu w DPS.

Decyzję tę przyspiesza także samotność i pojawiające się w związku z tym: lęk, brak poczucia bezpieczeństwa psychicznego, stany depresyjne. Starość to ten etap życia, gdy człowiek nie powinien być sam. Samotni seniorzy szybciej się starzeją, są w gorszej kondycji psychosomatycznej. Codziennego kontaktu z drugą osobą nie zastąpi krótka wizyta raz lub dwa razy w tygodniu opiekunki społecznej. Zatem wielu samotnych seniorów woli jesień życia spędzić w domu spokojnej starości w towarzystwie osób, które mają podobne problemy, potrzeby, niż żyć samotnie. To jest ich prawo do samodecydowania o sobie, własny wybór.

Oczekiwania seniorów dotyczące wysokiej jakości życia w placówkach opiekuńczych wymagają konkretnych działań, sprawą istotną jest więc, aby DPS-y nie były pozbawione odpowiedniego wsparcia finansowego.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w końcu grudnia 2023 r. działało w kraju 2138 zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, które posiadały łącznie 132,6 tys. miejsc, a przebywało w nich 121,9 tys. mieszkańców. Domy pomocy społecznej stanowiły 42,3% (904) wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, a placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej stanowiły 30,5% (652) (GUS, 2023a).

Obecnie najważniejszą instytucją, ze względu na dostępność dla przeciętnego seniora, są domy pomocy społecznej. Wprawdzie w ostatnim okresie standard DPS-ów w naszym kraju wyraźnie uległ poprawie, ale sytuacja ta dotyczy głównie wyposażenia i estetyki pomieszczeń. Ponadto zauważa się, że coraz częściej

poszczególne placówki starają się wypracować własny profil działania, dostosowany do potrzeb mieszkańców.

Jednak ogólna ocena autorki artykułu dotycząca funkcjonowania domów pomocy społecznej jest bardzo krytyczna.

Główną bolączką tych placówek jest ich wielkość, a to uniemożliwia stworzenie takich warunków, które zbliżone byłyby w jak największym stopniu do środowiska naturalnego. Obecnie średnio w placówce jest około 100 mieszkańców, a to czyni te instytucje „ozieźbłymi” molochami, w których trudno o kameralną atmosferę i spersonalizowane relacje. Współczesne DPS-y nie zaspokajają więc jednej z najważniejszych potrzeb człowieka – potrzeby poszanowania intymności, własnej przestrzeni życiowej. W jednym pokoju zamieszkuje kilka obcych sobie osób (2–3; jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on czteroosobowy) (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, t.j. Dz.U. 2018.0.734).

Nasuwa się zatem pytanie, jak mają funkcjonować ze sobą osoby, które różnią cechy charakteru, środowisko pochodzenia, kultura osobista, zainteresowania, system wartości, a więc cechy, które praktycznie są nie do pogodzenia? Mieszkańcy kłócą się, rodzi się agresja; sytuacja taka nie tylko ujemnie wpływa na jakość ich życia, ale również destabilizuje pracę personelu.

## **Jakość świadczonych usług w domach pomocy społecznej – na podstawie Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) w 2022 r. oraz wybranych wyników badań własnych**

Celem analizy literatury przedmiotu oraz wybranych wyników badań własnych było zapoznanie się ze sposobem funkcjonowania stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie realizacji podstawowych potrzeb mieszkańców, w tym respektowania prawa do wolności.

Badania dotyczące jakości życia mieszkańców DPS są szczególnie ważne w kontekście toczących się dyskusji na temat deinstytucjonalizacji usług opieki długoterminowej. W niektórych kręgach związanych z pomocą społeczną proces deinstytucjonalizacji usług społecznych nie znajduje poparcia. Jest to wynik, jak już zaznaczono, niezrozumienia, czym właściwie jest deinstytucjonalizacja. Tymczasem deinstytucjonalizacja jest nie tylko szansą na polepszenie standardów materialnych, ale również może w pewnym zakresie przeciwdziałać instytucjonalnemu sposobowi zaspokajania potrzeb.

Autorka uznała zatem za stosowne przedstawić wyniki badań własnych (z konieczności skrótowo), które przeprowadzone zostały w latach 2010–2020 w wybranych DPS-ach zlokalizowanych w województwach śląskim i małopolskim<sup>3</sup>. Z uwagi na grupę respondentów za najbardziej adekwatną technikę badawczą uznano wywiad kwestionariuszowy (Dudziak, 2010), który uzupełniony został swobodną rozmową. W kilku DPS-ach wywiad przeprowadzony był przez pracowników placówki – przełożoną pielęgniarek i psycholog oraz studentów uczestniczących w seminariach dyplomowych i magisterskich autorki. Autorka połączyła tutaj naukę z dydaktyką. Studenci-seminarzyści mogli bowiem sprawdzić nabytą wiedzę w praktyce, a doświadczenie wykorzystać przy opracowywaniu materiału empirycznego podczas pisania pracy licencjackiej czy magisterskiej.

Miejsmem spotkań z mieszkańcami były przede wszystkim ich pokoje, w mniejszym zakresie świetlica, sala terapii zajęciowej. Grupę badawczą stanowili wyłącznie mieszkańcy, którzy sami wyrazili chęć udziału w badaniach i jednocześnie potrafili odnieść się do swojej dawnej i aktualnej sytuacji. Ponadto zostały przeprowadzone rozmowy z dyrektorami placówek.

Aktualny stan jakości świadczonych usług w DPS-ach przybliży także Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT), dlatego też autorka zdecydowała się na przedstawienie wybranych wyników badań. Audyt przeprowadzony został przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 roku w 10 placówkach całodobowej opieki, 7 domach pomocy społecznej i w jednym zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Niewątpliwie z raportem powinny zapoznać się wszystkie osoby pracujące w systemie opieki długoterminowej, by mieć świadomość, jaki jest standard opieki w audytowanych domach i jaki wpływ może mieć zastana sytuacja na jakość życia ich mieszkańców.

Już ponad dwie dekady temu eksperci krytycznie odnosili się do szeroko pojętej opieki w DPS-ach (zob. m.in. Liszewska, 1997). Zwracano uwagę na brak doboru mieszkańców w zależności od typu schorzenia czy uprzedniej sytuacji społeczno-zawodowej oraz na kwaterowanie seniorów uzależnionych od alkoholu i bezdomnych w DPS-ach dla osób w podeszłym wieku. Analiza struktury

---

3 Aktualnie autorka prowadzi badania nad jakością życia mieszkańców mieszkających w wybranych DPS-ach na terenie województwa śląskiego, wykorzystując do badań kwestionariusz WHOQOL-Bref w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz. WHOQOL-Bref zawiera 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Wyniki badań poddane zostaną analizie statystycznej. Badania przeprowadzone zostaną także przy pomocy techniki wywiadu swobodnego oraz autorskiej ankiety. Na koniec grudnia 2024 roku uzyskano ponad 200 kwestionariuszy ankiet.

organizacyjnej funkcjonowania DPS-ów od zawsze wskazywała, i nadal wskazuje, sporo przejawów dysfunkcyjności. Przede wszystkim DPS-y mierzą się z permanentnymi trudnościami finansowymi. Z drugiej strony możemy mówić o nieadekwatności przepisów w stosunku do rzeczywistej sytuacji beneficjentów oraz o przewadze medycznego modelu opieki, który koncentruje się na świadczeniach usług pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, w stopniu znaczącym ograniczając bądź pomijając rolę społecznych potrzeb.

Jak wynika z raportu KMPT w większości DPS-ów dla osób w podeszłym wieku (także przewlekle somatycznie chorych) kwaterowane są osoby uzależnione od alkoholu i opuszczające schroniska dla bezdomnych. Taki stan rzeczy absolutnie nie powinien mieć miejsca. Personel opiekuńczo-terapeutyczny nie jest przygotowany do pracy z tzw. trudnymi mieszkańcami, a takie osoby mocno zaburzą funkcjonowanie placówki. Również z badań autorki oraz bieżących informacji studentki-wolontariuszki (informacje z IV kwartału 2024 roku), która ma systematyczny kontakt z jednym z DPS-ów w Bielsku-Białej wynika, że osoby mające problem z alkoholem z reguły zachowują się agresywnie, pozbawione są podstawowych zasad kultury osobistej, nie dbają o higienę.

Seniorzy zamieszkujący DPS-y mają zazwyczaj bardzo skomplikowaną sytuację rodzinną i/lub zdrowotną, tym bardziej oczekują zaspokojenia nie tylko potrzeb bytowych, zdrowotnych, ale również ciekawego zagospodarowania czasu wolnego, spokoju, poczucia bezpieczeństwa, prywatności, a przede wszystkim poszanowania własnej godności.

Wprawdzie 11 maja 2013 roku weszły w życie przepisy, które przewidują możliwość tworzenia domów pomocy społecznej dla osób z problemami alkoholowymi, jednak rzeczywistość okazuje się zupełnie inna. Jak do tej pory, mimo dużego zapotrzebowania na tego typu placówki – o czym informują sami dyrektorzy DPS, m.in. na spotkaniach organizowanych przez organy władzy samorządowej czy konferencjach – funkcjonuje tylko jeden DPS tego typu. Samodzielny specjalistyczny DPS dla osób uzależnionych od alkoholu działa od 26 czerwca 2012 roku w Krakowie. Jest to jednostka organizacyjna gminy miejskiej Kraków, docelowo przeznaczona dla 55 dorosłych osób obojga płci z terenu całej Polski. Na 31 grudnia 2023 r. w placówce przebywały 52 osoby (<https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2023>).

Podstawową barierą tworzenia tego typu placówek są oczywiście finanse. Koszt utrzymania mieszkańca w tego typu DPS-ie przewyższa koszty utrzymania w klasycznym domu pomocy. Jest to wynik obligatoryjnego zatrudnienia specjalistycznej kadry i prowadzenia zajęć według specjalnie opracowanego programu terapeutycznego. Pozostałe wymogi są jednak zbliżone do tych, jakie występują w standardowych domach pomocy społecznej.

Kolejna kwestia to stosowanie praktyk, które naruszają poszczególne prawa mieszkańców. Z raportu możemy się dowiedzieć, że zarzuty dotyczyły m.in. braku zapewnienia odpowiedniego bezpieczeństwa i wsparcia mieszkańcom w sytuacjach przemocowych, do jakich dochodzi pomiędzy nimi. Problem przemocy wynika zazwyczaj z czynników chorobowych mieszkańców – zaburzenia psychiczne, intelektualne, zaburzenia emocjonalne, uzależnienie od alkoholu. Przemocy fizycznej (np. popychanie, uderzanie w plecy), psychicznej doświadczają mieszkańcy także ze strony niektórych pracowników. Ponadto zdarza się, że personel poniża, krytykuje, ocenia. W niektórych placówkach mieszkańcy ponosili kary za łamanie zasad obowiązujących w DPS. Karą był np. zakaz wyjazdu na najbliższą wycieczkę.

Przedstawiciele KMPT odnotowali kilka przypadków dyscyplinowania mieszkańców przez personel. Trzeba podkreślić, że w aktualnym stanie prawnym nie ma regulacji, na mocy których pracownicy placówek opiekuńczych posiadaliby prawo nakładania jakichkolwiek kar na mieszkańców oraz prawo do dyscyplinowania ich. Wymierzanie kar mieszkańcom czy dyscyplinowanie narusza wolność osobistą jednostki, która chroniona jest przez art. 31 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z ww. artykułem każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe.

Nieprawidłowości wykryto w sferze postępowania z depozytem i środkami pieniężnymi mieszkańców. Przykładowo, na upoważnieniu do odbioru emerytury/renty i innych świadczeń, do dokonywania opłat za pobyt w DPS oraz wpłat pozostałych pieniędzy na konto depozytowe DPS były wyłącznie podpisy pracowników DPS, którzy byli wymienieni w upoważnieniu do dysponowania środkami pieniężnymi. Natomiast w miejscu przeznaczonym na podpis mieszkańca zwykle była adnotacja, że ze względu na stan zdrowia mieszkaniac nie mógł się podpisać. Taka sytuacja prowadzi do nadużyć, wykorzystywania osoby starszej, tak ze strony personelu, jak i rodziny, która niejednokrotnie swojego bliskiego traktuje jak „bankomat”. Zatem mieszkaniac nie ma wsparcia w tym zakresie, nie jest zabezpieczony jego interes.

Nie najlepiej dzieje się w sferze zdrowotnej. Braki występują w kadrze pielęgniarskiej, odnotowano także przypadki niewłaściwego podawania leków.

Z badań autorki oraz obserwacji studentki-wolontariuszki również wynika, że mieszkańcy mają spore zarzuty dotyczące opieki zdrowotnej. Lekarze współpracujący z tymi placówkami z reguły odwiedzają je niesystematycznie, a w przypadku wizyt kontakt z mieszkańcami jest pobieżny. Jedna z mieszkanek żaliła się, że „lekarz poogląda mieszkańca jak rzecz, brak specjalnego zainteresowania, i idzie sobie, nie ma z kim porozmawiać” [kobieta, rozwiedziona, lat 70, wykształcenie średnie zawodowe] (Zawada, 2017). Z kolei 87-letni schorowany mężczyzna

z bardzo dużym ubytkiem wzroku stwierdził, że wszyscy są życzliwi, ale brakuje zwykłych codziennych rozmów: „Pielęgniarki nie przychodzą porozmawiać, zapominają o mnie, brak kontaktu, brak rozmowy, właściwie całymi dniami siedzę przed telewizorem” [mężczyzna, wdowiec, lat 87, wykształcenie średnie ogólnokształcące] (Ibidem).

Studentka-wolontariuszka zwróciła również uwagę na fakt, iż nie wszystkie pokoje były wyposażone w instalację przywoławczą, która służy do wzywania pomocy w nagłych wypadkach. Natomiast w pokojach, w których była zainstalowana, nie zawsze funkcjonowała. W rezultacie dochodziło do tego, że mieszkańcy musieli głośno krzyknąć, kiedy chcieli przywołać pielęgniarkę, a efekt był taki, że nie zawsze mogli doczekać się na jej przybycie. Taki stan rzeczy z całą pewnością nie sprzyja poczuciu bezpieczeństwa psychicznego seniorów, może przyczynić się do rozwoju choroby, stanów apatii, niepokoju czy poczucia bycia nikomu niepotrzebnym.

Brakuje także pieniędzy na regularne specjalistyczne zabiegi rehabilitacyjne. W DPS-ach, w których przeprowadzone były badania, zazwyczaj 1–2 razy w tygodniu były prowadzone zajęcia ogólnousprawniające z wykorzystaniem piłek, kijków, taśmy, woreczków z ziarenkami itp. Tymczasem zajęcia rehabilitacyjne powinny być priorytetem w DPS-ach, ponieważ pomagają w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i ogólnej sprawności seniorów, opóźniają procesy starzenia się, zapobiegają powstawaniu wielu chorób, a przede wszystkim poprawiają samopoczucie (Zawada, 2018).

Aktywizacja mieszkańców i oddziaływanie terapeutyczne to kolejne sfery, które nie są wolne od zastrzeżeń. W przywołanym raporcie podano, że w jednym z DPS-ów organizowano dość często wyjazdy rekreacyjne, ale korzystała z nich nieliczna grupka osób. Selektywny dobór uczestników wycieczek uwarunkowany był pojemnością samochodu, którym dysponowała placówka. Jednakże takie podejście, na co zwrócił uwagę KMPT, może powodować konflikty wśród mieszkańców i wywoływać poczucie nierównego traktowania.

W innej placówce nie prowadzono indywidualnych planów wsparcia podopiecznych. Zatem formy terapii były dobierane w sposób dość przypadkowy, bez uwzględniania potrzeb seniorów.

Z kolei z badań autorki wynika, że w DPS-ach dominują dwa typy aktywności – receptywna oraz rekreacyjno-hobbistyczna. Ta pierwsza sprowadza się z reguły do oglądania programu telewizyjnego, słuchania radia, czytania książek, prasy, druga – do spacerów, organizowania ognisk, wycieczek (najczęściej po regionie) czy wyjazdów do miejsc kultu religijnego. Inną formą aktywności rekreacyjno-hobbistycznej są wyjścia do placówek kulturalnych – do kina, teatru, na wystawy. Nie są to jednak częste wyjścia ze względu na brak funduszy.

W niewielkim stopniu rozwinięta jest aktywność zorientowana na działania publiczne i społeczne, także aktywność integracyjna, która ma najczęściej okazjonalny charakter.

Biorąc natomiast pod uwagę fakt, że większość mieszkańców DPS skarżyła się na ograniczenie swobody w postaci ustalonych procedur, regulaminów, które szczegółowo wyznaczają rytm dnia, tym bardziej zasadne wydaje się, aby mieszkańcy DPS-ów mieli możliwość zagospodarowania czasu wolnego poza placówką. Należałoby jednak zadbać o likwidację barier w realizacji tego przedsięwzięcia. Podstawową barierą może być dojazd do miejsc, w których odbywają się zajęcia, bądź koszty uczestnictwa w zajęciach (jeśli takie są), bariera psychiczna oraz bariera społeczna. Okazuje się, iż niektórzy mieszkańcy mają odczucie, że nie w każdym miejscu czuliby się komfortowo, np. na uniwersytecie trzeciego wieku. Z obawy o utratę własnej godności, wartości, rezygnują z przebywania w miejscach, które postrzegają jako nieprzyjazne dla siebie (Zawada, 2017). Uważają też, że w niektórych miejscach są dyskryminowani. Najczęściej wymieniali środowisko służby zdrowia, co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę stan zdrowia (przewlekłą chorobę, dysfunkcje poszczególnych układów lub narządów), który wymusza na ogół wielokrotne i długoletnie kontakty z poradniami specjalistycznymi (Zawada, 2013).

Zapewnienie właściwych, profesjonalnych kontaktów na linii DPS – służba zdrowia to duże wyzwanie dla placówki. Nie należy bowiem zapominać, że powszechna dostępność opieki medycznej i wysoka jej jakość gwarantują osobom starszym poczucie bezpieczeństwa zamieszkiwania w domu pomocy społecznej (zob. też Koziół, 2002).

Warto w tym miejscu przytoczyć opinię Marii Lehman, która podkreśla, że dyskryminacja osób zamieszkujących domy pomocy społecznej nie jest fikcją. Psycholog zwraca uwagę m.in. na język aktów prawnych. W art. 54.1 ustawy o pomocy społecznej z 2004 r. jest mowa o umieszczaniu starszej osoby w DPS-ie: „To «umieszczanie», potocznie: «oddawanie do domu starców», to tylko zapowiedź tego, jak starsi ludzie są traktowani w domach pomocy społecznej” (Zdziarski, 2012, s. 103).

Praca w DPS wiąże się m.in. z odpowiedzialnością za mieszkające w nim osoby, dlatego kadra powinna być przeszkolona w zakresie praw mieszkańców, metod postępowania z mieszkańcami agresywnymi, uzależnionymi od alkoholu, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, konfliktowych, ale również w zakresie udzielania pierwszej pomocy (Raport KMPT).

DPS-y powinny zatem zatrudniać osoby, które wykazują się odpowiednimi predyspozycjami do pracy z osobami w podeszłym wieku, powinno unikać się przyjmowania ludzi przypadkowych.

Aktualnie jednak DPS-y mają coraz większe problemy kadrowe, co znacząco obniża jakość życia ich mieszkańców. Strukturalne problemy kadrowe szczególnie uwidoczniły się w okresie pandemii, kiedy zaczęło brakować ludzi przeszkolonych do pracy w tych placówkach.

Pozycja pracowników DPS wśród innych zawodów jest nadal stosunkowo niska, zatem należałoby rozważyć wzrost wynagrodzeń i prestiżu zawodów w opiece długoterminowej, a z całą pewnością zyskaliby na tej zmianie mieszkańcy.

Analiza funkcjonowania domów pomocy społecznej powinna posłużyć ich ocenie i skłonić decydentów do projektowania i realizowania pożądanych zmian, które przyczynią się do godnego przeżycia ostatniej fazy życia (Zawada, 2024).

## Zakończenie

Chociaż proces deinstytucjonalizacji już się rozpoczął, to placówki stacjonarne dla osób w podeszłym wieku będą jeszcze długo funkcjonowały. Również w definicji deinstytucjonalizacji Komisji Europejskiej jest wyartykułowane, że proces ten powinien być rozumiany „nie tylko jako dążenie do zamknięcia zakładów opieki, ale jako proces rozwoju usług społecznych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności, który miałby umożliwić pozostawanie przez osobę potrzebującą pomocy jak najdłużej w swoim środowisku zamieszkania” (<http://www.gov.pl/attachment/4453eb0c-f209-4e2b-bce9-0a5c23623ed7>).

Proces deinstytucjonalizacji może przyczynić się do obalenia negatywnego stereotypu funkcjonującego jeszcze w obiegowej opinii społecznej, że faza starości to wyłącznie zniedołężnienie, zależność od innych, apatia, do postrzegania starości jako okresu wartościowego, w którym osiąga się spokój i równowagę wewnętrzną (Hehman & Bugental, 2013).

Aby domy pomocy społecznej nie zyskały miana domów niedostatecznej pomocy, powinny ulec przekształceniu w kierunku:

- bardziej środowiskowej i kameralnej formuły funkcjonowania;
- dostosowania infrastruktury do indywidualnych potrzeb mieszkańców. Mieszkańcy nie powinni mieć ograniczonej wolności osobistej, mają pełne prawo do poszanowania osobistych potrzeb i prywatnej przestrzeni. Zatem każdy senior powinien mieszkać w pokoju jednoosobowym;
- likwidacji w jak największym stopniu elementów placówki totalnej;
- większego respektowania praw mieszkańców;
- integracji placówek ze środowiskiem lokalnym;
- podjęcia działań na rzecz możliwości zagospodarowania sprawnym mieszkańcom czasu wolnego poza placówką;
- nawiązania współpracy (o ile to możliwe) z rodziną beneficjenta;

- zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych;
- zwiększenia nakładów na regularne zabiegi rehabilitacyjne;
- zapewnienia wysokiej jakości życia u jego kresu;
- poprawy sytuacji kadrowej w placówkach poprzez wzrost wynagrodzeń, także nadanie określonych kompetencji zawodowych;
- zmiany nazewnictwa „dom pomocy społecznej”, który ma wydźwięk pejoratywny.

3 czerwca 2024 r. w odpowiedzi na interpelację poselską Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej poinformował o realizowanej i rozwijanej reformie systemu opieki długoterminowej, w tym funkcjonowania domów pomocy społecznej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego. Oby tylko na drodze do podniesienia poziomu jakości życia mieszkańców DPS nie pojawiła się bariera finansowa.

## Bibliografia

- ARC Rynek i Opinia (2024). *Opieka długoterminowa w opinii Polaków*. ARC Rynek i Opinia.
- Błądowski, P. (red.). (2019). *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*. OCI Sp. z o.o.
- Błądowski, P. (red.). (2021). *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*. OCI Sp. z o.o.
- Bojanowska, E. (2023). Sytuacja zdrowotna osób starszych w czasie i po pandemii. *Polityka Społeczna, 1*, 16–21.
- CBOS (2012). *Polacy wobec własnej starości. Komunikat z badań*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Dudziak, B. (2010). *Wprowadzenie do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej.
- Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności (2012). *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*. Wydrukowano w Brukseli.
- GUS (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- GUS (2021). *Ku lepszemu życiu. Polska w OECD*. Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- GUS (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*. Główny Urząd Statystyczny – Urząd Statystyczny w Białymstoku.
- Hehman, J., & Bugental, D. B. (2013). „Life stage-specific” variations in performance in response to age stereotypes. *Developmental Psychology, 49*(7), 1396–1406.
- Kozioł, W. (2002). Warunki realizacji obowiązującego standardu usług na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w Różance. *Praca Socjalna, 4*, 94–105.

- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., & Czipionka, T. (2010). *A typology of long-term care systems in Europe*, ENEPRI Research Report No. 91.
- Liszewska, M. (1997). Dom pomocy społecznej dla seniorów: pytania o jakość opieki. *Tematy*, 10, 2–6.
- Łuczak, P. (2021). Zakres przedmiotowy deinstytucjonalizacji. W: P. Błędowski (red.), *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania* (ss. 15–16). OCI Sp. z o.o.
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019*. OECD Publishing.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018.0.734).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U.2024 r. poz. 1129).
- Studen, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Toporkov, A. (1995). Dom. W: A. Toporkov (red.), *Slavjanskaja mifologia. Encyklopedičeskij slovar* (ss. 168). Moskwa.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283, 1572).
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U.2019. poz. 1818).
- Wróblewska, W., Antczak, R. (2019). Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów. W: I. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.), *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie* (ss. 69–84). Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
- Zawada, A. (2013). Opieka nad osobami starszymi w domach pomocy społecznej na przykładzie podregionu bielsko-bialskiego. W: A. Fabiś (red.), *Biblioteka Gerontologii Społecznej. Współczesne oblicza starzenia się* (ss. 152–166). Wydawnictwo Naukowe „Śląsk” – Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej.
- Zawada, A. (2017). Instytucjonalna opieka seniorów – konieczność czy sposób na dobrą jakość życia? *Praca Socjalna*, 5, 131–149.
- Zawada, A. (2018). W trosce o dobrą jakość w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych. *Praca Socjalna*, 2, 76–95.
- Zawada, A. (2024). Instytucjonalna forma wsparcia i opieki nad osobami starszymi – wyzwania i rekomendacje. W: E. Reczek, M. Kapuścińska (red.), *Współczesne wyzwania i dylematy systemu pomocy społecznej w Polsce. Ujęcie interdyscyplinarne* (ss. 11–26). Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Zdziarski, M. (2012). Szacunek i godność. Rozmowa z Marią Lehman, psychologiem, animatorką działań na rzecz seniorów. W: M. Zdziarski, *OswoićStarość.pl* (ss. 95–107). Instytut Łukasiewicza.

Zych, A. A. (1999). Dom pomocy społecznej. W: D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej* (ss. 61). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

## Netografia

- Bakalarczyk, R. (2021). *Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*. Współfinansowano przez Narodowy Instytut Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ze środków Programu Rozwoju Organizacji Obywatelskich na lata 2018-2030, <https://klubjagiellonski.pl/wp-content/uploads/2021/04/starosc-po-polsku-xxx-wersja-online-1.pdf> [dostęp: 19.11.2024]
- GUS (2022a). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 marca 2022 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*. Załącznik do komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 marca 2022 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,10.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2022b). *Trwanie życia w zdrowiu w 2021 r. Informacje sygnalne*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2021-r-,5,2.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2023). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 marca 2023 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*. Załącznik do komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 marca 2023 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,11.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2023a). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2023 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2023-roku,18,8.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2024). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 marca 2024 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*. Załącznik do komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 marca 2024 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,12.html> [dostęp: 10.10.2024]
- Ogólnopolskie ramowe wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych. Wprowadzenie w proces deinstytucjonalizacji usług społecznych*, <https://www.gov.pl/attachment/f54b5d71-9dd1-41d5-bf03-b1261402d4a3> [dostęp: 10.10.2024]
- Opieka długoterminowa w Polsce w zapasici – Zdrowie Polaków*, <https://zdrowie-polakow.pl/opieka-dlugoterminowa-w-polsce-w-zapasci/> [dostęp: 10.10.2024]

- Pietryka, E. (2025). *Cennik domów opieki 2025 – zobacz, ile kosztuje dom spokojnej starości*, [https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-\\_med/](https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-_med/) [dostęp: 05.01.2025]
- Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania w 2022 r., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022> [dostęp: 10.10.2024]
- Sprawozdanie MRiPS-05 za 2023 rok, <https://www.gov.pl/attachment/cb0085f6-c0a0-4863-aa96-92c40b8a45ef> [dostęp: 10.10.2024]
- Szukalski, P. (2019). Polska – kraj starych ludzi! ¼ Polaków ma przynajmniej 60 lat. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn informacyjny*, 3, 3, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/29640/2019-03%20Staro%C5%9B%C4%87.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 10.10.2024]