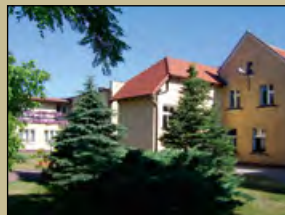


DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
JAKO INSTYTUCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

STANDARDY FUNKCJONOWANIA NA PRZYKŁADZIE

**DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ  
W PLESZEWIE**





DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
JAKO INSTYTUCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

STANDARDY FUNKCJONOWANIA NA PRZYKŁADZIE

**DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ  
W PLESZEWIE**

dr Andrzej Stogowski

Publikacja pt.  
**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ JAKO INSTYTUCJA OPIEKI  
DŁUGOTERMINOWEJ. STANDARDY FUNKCJONOWANIA  
NA PRZYKŁADZIE DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W PLESZEWIE**

powstała w ramach projektu pod nazwą  
„Poprawa standardu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi  
i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków  
i akcją edukacyjną”. Projekt współfinansowany ze środków MF EOG i NMF  
2009-2014 w ramach programu PLo7 „Poprawa i lepsze dostosowanie  
ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”.

Autor:  
dr Andrzej Stogowski

Wydawca:  
Starostwo Powiatowe w Pleszewie

Druk:  
PCRDruk Drukarnia

ISBN 978-83-924749-9-9

Materiał dofinansowany ze środków funduszy norweskich i EOG



POWIAT  
PLESZEWSKI



# SPIS TREŚCI

|             |   |
|-------------|---|
| WSTĘP ..... | 7 |
|-------------|---|

## Część pierwsza.

|   |    |
|---|----|
| OBLICZA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ .....  | 13 |
| 1. Definicje opieki długoterminowej .....   | 13 |
| 2. Demografia a zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne<br>i opiekuńcze .....                              | 22 |
| 3. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia .....   | 40 |
| 4. Opieka długoterminowa w systemie pomocy społecznej<br>i dostępność do świadczeń opieki długoterminowej ..... | 49 |

## Część druga.

|  |     |
|--|-----|
| USŁUGI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ NA PRZYKŁADZIE<br>DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W PLESZEWIE .....                                 | 73  |
| 1. Od historii do dnia dzisiejszego Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie ...   | 76  |
| 2. Organizacja pracy i zarządzanie w DPS w Pleszewie .....   | 99  |
| 3. Opieka długoterminowa w DPS w Pleszewie .....   | 128 |
| 4. Projekty realizowane w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie<br>ze szczególnym uwzględnieniem projektu norweskiego ..... | 143 |

|                   |     |
|-------------------|-----|
| ZAKOŃCZENIE ..... | 159 |
|-------------------|-----|

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| ZUSAMMENFASSUNG ..... | 161 |
|-----------------------|-----|

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| WYBRANE POZYCJE BIBLIOGRAFICZNE ..... | 167 |
|---------------------------------------|-----|



# Wstęp

**P**rzemiany demograficzne, które obserwujemy od wielu dekad zwłaszcza w krajach o najwyższym stopniu rozwoju wskazują wyraźny przyrost procentowy udziału osób starszych w społeczeństwach. Świadomość dokonujących się na naszych oczach zmian w demografii znajduje wielokrotnie miejsce w prowadzonych kierunkach polityki społecznej i ekonomicznej poszczególnych państw. Obserwujemy wzrost zainteresowania tematyką gerontologiczną i demograficzną w mediach oraz w opinii publicznej, a także w ramach tzw. srebrnej lub też siwiejącej gospodarki uwzględniającej fakt szybkiego i falowego starzenia się społeczeństw jako ważny czynnik wpływające na długofalową politykę ekonomiczno-społeczną całych kontynentów.

Jak zauważa P. Szukalski „wynikające z rozrostu populacji seniorów zwiększenie się zapotrzebowania na środki służące pełnej realizacji zabezpieczenia społecznego określane jest jako krytyczny czynnik przyszłej nierównowagi finansowej. Stąd już niedaleko do prób złagodzenia wpływu przemian demograficznych poprzez zwiększenie zastępów tych pięćdziesięcio-, sześćdziesięciokilkulatków, którzy – wciąż pracując – będą płatnikami podatków i para podatków zamiast być beneficjentami publicznych transferów”<sup>1</sup>.

Coraz częściej negatywne tendencje demograficzne stanowią element przeorientowania polityki społecznej i zdrowotnej. Akcentuje się mianowicie tzw. aktywne starzenie się pojmowane, jako profilaktyka i instrument przeciwdziałania starzeniu się jednostki i społeczeństwa. Zjawisko to wpisuje się zgodnie z psychologicznymi koncepcjami rozwoju cyklu życia w istotę życia człowieka i obejmuje

---

<sup>1</sup> Kryńska P, Szukalski P., Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej Raport końcowy. Łódź 2013, s. 3 i n.

nie tylko okres 65+, jaki Światowa Organizacja Zdrowia przyjmuje, jako początek starości, ale wykazuje silne powiązanie ze wszystkimi grupami wiekowymi, nadając takim instrumentom charakterystyki międzypokoleniowej i interdyscyplinarnej. Wymaga ona, bowiem przygotowywania się we wszystkich obszarach życia, nie tylko fizycznego (zdrowie, tężyzna fizyczna, kondycja etc.), lecz także aktywności zawodowej, intelektualnej, umiejętności spędzania wolnego czasu, rozwijania swoich pasji, budowania i utrzymywania pozytywnych relacji z rodziną, przyjaciółmi, otoczeniem, itp.

Chodzi zatem o to, by człowiek potrafił rozwijać do końca te typy aktywności, które nie mogą być mierzone wyłącznie czynnikami opłacalności ekonomicznej, lecz które posiadać będą silne inklinacje społeczne, aksjologiczne, środowiskowe<sup>2</sup> praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjaciołom” [Hinterlong, 2001, s. 7].

Wraz ze wspieraniem idei aktywnego starzenia się wymagane jest skierowanie wzroku instytucji publicznych, organizacji pozarządowych, itp. na osoby, które z powodu doświadczanych deficytów zdrowotnych nie mogą uczestniczyć w pełni w życiu społecznym, mając wielokrotnie trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego czy w podejmowaniu czynności dnia codziennego.

Obok wspomnianej wcześniej srebrnej gospodarki rozwija się w sposób niezwykle szybki tzw. biała gospodarka, uwzględniająca czynniki długoletności, niesprawności i niesamodzielności coraz większej i coraz starszej grupy osób w społecznościach. Wymaga ona między innymi budowania zintegrowanych i innowacyjnych form instytucjonalnej opieki, pielęgnacji nad osobami starszymi, niesamodzielnymi, osobami z niepełnosprawnościami, którym podejmowanie codziennych czynności w środowisku zamieszkania, mimo wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i sąsiedztwa, sprawia trudności nie do pokonania. Obok form aktywnego wspierania profilaktyki starzenia się konieczne jest zatem budowanie efektywnych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej, stacjonarnej, instytucjonalnej na rzecz osób niesamodzielnych. Rozwiązania te mają umożliwiać

---

<sup>2</sup> Por. tamże. Zalicza się to tych czynności m.in. praca domowa, opieka nad dziećmi, wolontariat, pomoc rodzinie i przyjaciołom” [Hinterlong, 2001, s. 7].



osobom objętym ich działaniami na zachowanie jak najwyższej jakości życia i dostarczającym im najwyższej jakości usług społecznych, rehabilitacyjnych, zdrowotnych, pielęgnacyjnych, terapeutycznych czy religijnych, zgodnie z wieloaspektową strukturą człowieka i jego ukierunkowaniem na rozwój osobistych pasji, zainteresowań przy zachowaniu jak najdłużej samodzielności w czynnościach codziennych.

Analizowaniu tego zagadnienia w kontekście stwarzania nowych szans na rozwój osoby w środowisku opieki instytucjonalnej i długoterminowej poświęcone jest to opracowanie, które powstało w ramach projektu: *„Poprawa standardu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną”*.

Projekt ten realizowany jest przez Powiat Pleszewski od listopada 2014 roku, a jego zakończenie planowane jest na 30 kwietnia 2016 roku. Działania projektowe wpisują się w program PL 07 pn. „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych” i finansowane są ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego EOG.

Za główny cel projektu przyjęto lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej do zaspokojenia potrzeb szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnymi oraz osób starszych. Cel ten osiąga się poprzez m.in.: poprawę standardu usług opiekuńczych oraz rozszerzenie zakresu usług rehabilitacyjnych w DPS w Pleszewie. Dodatkowo podjęto się także:

- modernizacji obiektu i doposażenia placówki w nowoczesny, specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny;
- prowadzenia profilaktyki upadków osób starszych
- zapewnienie większego wsparcia osobom starszym i niesamodzielnym oraz ich rodzinom w bezpośrednim otoczeniu placówki;
- działań służących poprawie kwalifikacji i umiejętności personelu placówki.

Głównymi adresatami projektu są – obok personelu medycznego placówki – przede wszystkim osoby starsze przewlekle chore i niesamodzielne oraz ich

rodziny i otoczenie z powiatu pleszewskiego, którym w ramach projektu zapewniono usługi: poradnicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze.

Projekt podejmuje w ramach zadań:

- a) szereg inwestycji w infrastrukturę i wyposażenie Domu, m.in.:
  - a. kompleksowy remont i modernizacja infrastruktury budynku Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w celu poprawy komfortu życia mieszkańców DPS,
  - b. zakup aparatury medycznej i sprzętu rehabilitacyjnego w celu poprawy bazy rehabilitacyjnej i rozszerzenia zakresu usług świadczonych przez DPS Pleszew;
- b) działania merytoryczne i organizacyjne m.in.
  - a. uruchomienie ośrodka teleopieki,
  - b. przeprowadzenie programu badań przesiewowych pod kątem osteoporozy, cukrzycy oraz podwyższonego poziomu cholesterolu i nadciśnienia,
  - c. uruchomienie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego,
  - d. szkolenia dla kadr medycznych,
  - e. realizacja akcji informacyjno-promocyjnej oraz programu edukacji prozdrowotnej dla mieszkańców Domu oraz powiatu.

Wszystkie przewidziane w projekcie działania wpisują się w strategię dbania o jakość usług rehabilitacyjnych, zdrowotnych i pielęgniarских zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej.

Opracowanie składa się z dwóch części.

Pierwsza część podejmuje analizę wyzwań dla opieki długoterminowej w Polsce, zwracając uwagę na jej interakcję z wieloma obszarami życia społecznego, w tym usługami zdrowotnymi, socjalnymi, ich finansowaniem czy rodzajami domów pomocy społecznej świadczących takowe usługi.

Kolejna część wskazuje przede wszystkim na sposób wdrażania rozwiązań i poszukiwania nowych inicjatyw przez Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie, które mają nie tylko zapewnić wysokiej jakości usługi pielęgnacyjne, zdrowotne,

bytowe podopiecznym dps-u, lecz stanowiących próbę stałego wsparcia i aktywizowania osób starszych i niesamodzielnych czy także uzależnionych w celu wzmocnienia ich poczucia wartości i zachowania jak najwyższej jakości życia.

Podejmując się takiego zagadnienia nie sposób oczywiście w ramach krótkiego opracowania poruszyć wszystkich aspektów funkcjonowania Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie, dlatego zainteresowanych historią domu, zmianami jakie zaszły na przestrzeni lat do ubiegłej dekady odsyłamy do wydanych już staraniami DPS w Pleszewie publikacji autorstwa m.in. Bogdana Jędrasiaka (Tu jest nasz dom. Pleszew 2004) czy Jana Piaseckiego (Trochę wiosny jesienią. Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie wczoraj i dziś wydanej w 1994).

W tym miejscu pragnę podziękować dyrekcji DPS w Pleszewie oraz wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tej publikacji, a zwłaszcza p. Dyr. Grzegorzowi Grygielowi, p. dr hab. Adamowi Czabańskiemu, p. Marcinowi Mielniczkowi, którzy wspierali mnie na etapach powstawania tego opracowania. Dziękuję również p. Marcinowi Nowickiemu za pomoc w wykonaniu i opracowaniu materiału zdjęciowego.

*Autor*



## Część pierwsza

# Oblicza opieki długoterminowej

## 1. Definicje opieki długoterminowej

**N**iniejszy rozdział opracowania powinniśmy raczej nazwać „Problemy z terminologią dotyczącą opieki długoterminowej oraz rozbieżności definicyjne w zakresie tej opieki”. W zależności bowiem od instytucji definiującej lub typu aktu prawnego, spotykamy określenia rozbieżne.

Wydaje się, że dla problematyki opieki długoterminowej pojęciem wyjściowym powinna być niezdolność do samodzielnej egzystencji. Pojęcie to choć fundamentalne, niemal nie funkcjonuje w systemie prawnym, a przecież to fakt niesamodzielności egzystencjalnej i jej rodzaj warunkują dalsze postępowanie opiekuńcze. Przyjęcie takiej perspektywy wydaje się najbardziej personalnym podejściem do problemu, a przyjęcie jej wymuszałoby ściślejsze dopasowanie rozwiązań systemowych do potrzeb podmiotu tej troski czyli pacjenta.

W dyskusjach i aktach prawnych częściej pojawia się pojęcie niepełnosprawności, które również bywa rozmaicie definiowane.

W określeniu Światowej Organizacji Zdrowia niepełnosprawność jest ograniczeniem lub brakiem zdolności do wykonywania czynności w sposób lub

w zakresie przyjmowanym za normalny dla człowieka. Stan ten jest wywołany uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu. Definicja ta jest jednak dość ogólna i nie uwzględnia różnic wynikających np. z zakresu czasowego, a przecież istnieje różnica w potrzebach osoby trwale niepełnosprawnej i osoby znajdującej się czasowo w takiej sytuacji. Siłą rzeczy, jako definicja ogólna, stanowisko WHO nie rozróżnia też sytuacji osoby niepełnosprawnej ze względu na rokowania, np. niepełnosprawny w wyniku wypadku pacjent, który dzięki rehabilitacji ma szanse rozszerzenia swojej zdolności do samodzielnej egzystencji, znajduje się w innej perspektywie niż osoba stopniowo tracąca taką zdolność w wyniku postępującej choroby lub ograniczeń, czy wreszcie od osoby trwale wymagającej opieki w podtrzymaniu funkcji życiowych. Takich rozróżnień pojawia się więcej w miarę przybliżania się do poszczególnych przypadków.

Polskie akty prawne z tego zakresu zwracają raczej uwagę na niezdolność do wypełniania ról społecznych a w szczególności do podejmowania pracy. To nastawienie wynika jednak głównie z prawnego ukierunkowania tych określeń oraz ich stopnia uogólnienia. Ta perspektywa nie nadaje się do potrzeb niniejszych rozważań, bo nie może stanowić punktu wyjścia dla określenia precyzyjnych potrzeb osoby potrzebującej opieki.

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych<sup>3</sup> opisuje niezdolność do samodzielnej egzystencji jako stan naruszenia sprawności organizmu uniemożliwiający zaspokajanie podstawowych potrzeb bez pomocy innych osób. Do podstawowych potrzeb zalicza się poruszanie, komunikację i samoobsługę. Ten stan uznano za równoznaczny z niepełnosprawnością w stopniu znacznym w rozumieniu art. 5 tejże ustawy, w którym mowa jest między innymi o stałej lub długotrwałej opiece i pomocy innych osób.

Z powyższych rozważań widać, że precyzyjna definicja osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji nastrocza pewne trudności wynikające z dużego stopnia ogólności pojęcia. Natomiast łatwiej jest określić, co rozumiemy przez opiekę

---

<sup>3</sup> Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 97.123.776 z późn. zm.

długoterminową. Tym mianem obejmujemy realizowaną stacjonarnie lub w domu podopiecznego długotrwałą, profesjonalną i ciągłą pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego<sup>4</sup>.

Z tej definicji wynika fakt sprawowania opieki realizowanej poza szpitalnie, ale zarazem w sposób instytucjonalny i zorganizowany. Tym samym pozostawiamy poza obrębem rozważań cały obszar opieki organizowanej spontanicznie przez rodzinę, sąsiadów czy znajomych, bądź organizacje charytatywne nieprowadzące działalności instytucjonalnej. Trudno ocenić jak duży jest odsetek osób objętych taką formą pomocy.

P. Błędowski zwraca uwagę, że termin niepełnosprawność używany jest w związku z ograniczoną zdolnością do zatrudnienia lub wykonywania pracy zarobkowej, natomiast niesamodzielność oznaczałaby wg niego niezdolność do zaspokajania potrzeb związanych z codzienną aktywnością (Altagskompetenzen – przyp.AS), a więc odżywianiem, higieną, ubieraniem się i rozbieraniem czy wreszcie szeroko pojętym samodzielnym prowadzeniem gospodarstwa domowego.<sup>5</sup>

Według autorów raportu „Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim”<sup>6</sup> formą ta objętych jest większość osób niesamodzielnych. Jednakże forma ta dotyczy z zasady tych osób, które nie potrzebują profesjonalnego wsparcia medycznego.

Trudno jednoznacznie orzec z jakiej przyczyny forma pomocy pozainstytucjonalnej cieszy się taką popularnością, czy raczej dlaczego tak małą popularnością cieszy się forma instytucjonalna. Pytanie to byłoby niepełne, gdyby nie dodać do niego informacji o absolutnej niewystarczalności ilości miejsc w instytucjach pomocy długoterminowej.

---

<sup>4</sup> E. Szwałkiewicz, Warunki funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce, Medi 4/2003; DPS Forum 4/2003).

<sup>5</sup> Por. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Warszawa 2012, s. 55 i n.

<sup>6</sup> Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim. Białystok 2013-2014.

Skalę tego niedoboru opisuje między innymi A. Wilmowska-Pietruszyńska<sup>7</sup> zwracając uwagę zwłaszcza na dysproporcje w tym względzie w odniesieniu do innych, niekoniecznie najwyższej rozwiniętych, krajów UE.

Łączą tu się dwa niekorzystne zjawiska niedostateczny rozwój infrastruktury ze swoistym poczuciem nieprzyzwoitości powierzania opieki instytucji opiekuńczej członka rodziny. Przekonanie, że obowiązek opieki spoczywa na rodzinie, jest słuszne, ale brak zrozumienia, że opieka instytucjonalna daje osobie nie samodzielnej lepsze możliwości funkcjonowania, rehabilitacji a nawet rozwoju pozwalając na podniesienie komfortu życia, a tym samym w lepszy i pełniejszy sposób pozwala realizować wspomniany obowiązek opieki. Pokutuje w tym względzie przekonanie o niestosowności oddania członka rodziny do tzw. domu starców instytucji kojarzonej z samotnością i porzuceniem. Wydaje się, że ten aspekt wymaga solidnej i długodystansowej edukacji społecznej.

Nie znaczy to oczywiście, że celem działań powinno być wyrwanie osób niesamodzielnych z ich środowisk rodzinnych czy sąsiedzkich. Przeciwnie celem działań rehabilitacyjnych powinno być umożliwienie osobie niesamodzielnej funkcjonowania w warunkach domowych, czyli wzrost ich samodzielności. Jednakże wiele zależy od typu niesamodzielności, możemy przecież jasno wskazać niemożność takiego działania w stosunku do osób sparaliżowanych, czy potrzebujących stałej opieki paliatywnej, żywienia pozaustrojowego itd. Należy więc wyważyć między chęcią zapewnienia osobie niesamodzielnej domowych warunków i rodzinnej opieki, a możliwościami sprawowania tej opieki w sposób zapewniający możliwie wysoki komfort życia.

Chociaż nie należy to wprost do naszego tematu, ale wielki szacunek i znakomite efekty daje działalność licznych ośrodków rozwoju aktywności seniora znanych pod ogólną nazwą Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Zbyt krótki czas ich funkcjonowania i brak szczegółowych danych, nie pozwala orzekać jednoznacznie, ale ich działalność może radykalnie wydłużyć okres aktywności i samodzielności osób starszych zgodnie z zasadą, że profilaktyka jest lepsza niż leczenie.

---

<sup>7</sup> A. Wilmowska-Pietruszyńska, Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce, Orzecznictwo Lekarskie, 2009, 6(1), s. 1.



Z drugiej strony tego zagadnienia jest oczywiście wspomniane niedostosowanie polskiej oferty ośrodków opiekuńczych do potrzeb i to potrzeb wzrastających, co jasno wynika z opisanych w innym miejscu diagnoz demograficznych. Przykładem może tu być niezgodność polskiego systemu z zaleceniami WHO w dziedzinie gerontologii opisana w pracy zbiorowej Standardy świadczenia usług medycznych<sup>8</sup>

Opieka długoterminowa w Polsce, jak już wspomniano wyżej, jest realizowana w dwóch systemach: służby zdrowia i pomocy społecznej. Ten podział jest istotny ze względu na formy i rodzaj świadczonych usług, ale i ze względu na sposób kwalifikacji osób, którym te usługi przysługują.

W systemie służby zdrowia obowiązuje dziesięciostopniowa skala Barthel<sup>9</sup>, która pozwala na klasyfikację osób niesprawnych, którym przysługują świadczenia zdrowotne. Problematiczne jednak jest to, że skala ta pozwala na określenie niesamodzielności tylko w zakresie fizycznym. Natomiast w systemie pomocy społecznej kryteriów kwalifikacji osób, którym pomoc długoterminowa przysługuje niejednokrotnie zacierają się i zachodzą na siebie tworząc liczne niejasności.

Próba wyjścia z impasu terminologicznego jest przyjęcie definicji opieki długoterminowej podejmującej ocenę samodzielności i sprawności osoby w związku z narastającą w danej kohorcie wiekowej 65+ niesamodzielności i niepełnosprawności.

W takim ujęciu, przywołanym przez P. Błędowskiego w obszernym raporcie POLSeniora wydanym w 2012 roku, przez opiekę długoterminową rozumiemy „działania podejmowane na rzecz osób potrzebujących opieki ze strony opiekunów nieformalnych lub formalnych oraz wolontariuszy (...)”<sup>10</sup>

Świadczenia opieki długoterminowej stanowią oczywiście nieodłączny element systemu opieki zdrowotnej, jednak ze względu na wieloaspektowy i wielowymiarowy charakter życia jednostki i społeczeństwa, wykraczają znacząco poza

---

<sup>8</sup> Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry, praca zbiorowa pod redakcją dr n med Jarosława Dejerzyka, s. 7.

<sup>9</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 61/2007/DSOZ.

<sup>10</sup> Por. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.) Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Poznań 2012, s. 449-466.

ten system wymagając włączania innych obszarów życia społecznego, zarówno prawnego, gospodarczo-ekonomicznego, jak i aksjologiczno-społecznego.<sup>11</sup>

Życie osób, co do których podejmuje się działania opieki długoterminowej, często wymaga wsparcia w tzw. sprawności funkcjonalnej w czynnościach dnia codziennego: pielęgnacji, dbałości o higienę, przygotowywania posiłków lub karmienia, robienia zakupów, włączanie w życie społeczne i kulturowe społeczności lokalnych i sąsiedzkich, wsparcia w trudnościach natury emocjonalno-psychologicznej, wyręczania lub wspierania w wykonywaniu prostych czynności gospodarstwa domowego.<sup>12</sup>

Dlatego właśnie do terminologii opieki długoterminowej włącza się również funkcjonalnie obszar socjalny: świadczenia socjalne, także w formie pieniężnej i materialnej oraz usługi, które nazwalibyśmy pozamedycznymi i – właściwie sensu stricte – opiekuńczymi w wymiarze długoterminowym. Tymi usługami, jakie na codzień świadczone są w domach pomocy społecznej.

Wyzwaniem definicyjnym, ale koniecznym do podjęcia, jest włączenie elementów orzecznictwa do niezdolności do samodzielnej egzystencji (funkcjonalne, niesamodzielności) oraz większej koordynacji działań i monitorowania jakości usług w opiece długoterminowej. Kwestią dyskusyjną natomiast wydaje się określenie w definicji źródeł finansowania tej opieki.

Obecnie panująca praktyka wykazuje wyraźne tendencje rozdziału usług i świadczeń na różne ministerstwa, resorty czy instytucje na wszystkich możliwych poziomach zarządzalności. Nie istniejąca prawie współpraca i koordynacja działań uniemożliwia – mimo zaproponowanych standardów opieki długoterminowej – właściwe finansowanie jej działań.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Por. P. Błedowski, M. Mossakowska (I inni), *Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland Assumptions and objectives of the PolSenior project*, [w:] *Experimental Gerontology* 46 (2011) 1003-1009.

<sup>12</sup> Tamże, s. 451-452.

<sup>13</sup> *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka. Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2010.

„Opieka nad ludźmi starszymi we współczesnym społeczeństwie powinna być aktywna, wszechstronna i wykonywana w sposób profesjonalny, celem zachowania im korzystnego dla zdrowia trybu życia, a także jego promowaniu, zapobieganiu chorobom oraz leczenie występujących patologii. Do zadań opieki nad ludźmi starymi należy, także współdziałanie z chorym i jego opiekunami w szczególnie trudnych sytuacjach życiowych chorego”<sup>14</sup>. Z przytoczonej terminologii wynikałoby zatem, że opieka nad pacjentem w wieku starszym powinna być sprawowana przez multidyscyplinarny, zapewniający holistyczne spojrzenie na potrzeby i godność pacjenta oraz niezbędną indywidualizację świadczonych osobie usług zdrowotnych<sup>15</sup>, włączając w to działania zarówno medyczne, jak i niemedyczne.

W takim ujęciu, mimo, że akcentowany jest przede wszystkim aspekt medyczny, wskazuje się na posiadanie przez świadczących usługi opieki długoterminowej należytej wiedzy, podejścia do chorego uwzględniającego także czynników pozamedycznych mających istotny wpływ na stan zdrowia.

Opieka długoterminowa w takim ujęciu wymyka się zwykłym ramom opieki medycznej czy pielęgniarskiej stając się wszechstronną opieką, wyrażającą się w podejmowaniu wobec podopiecznych czynności pozwalających wspierać aktywny tryb życia (lub inkluzyjny lub przeciwdziałający wykluczeniu albo izolacji w zależności od stopnia niesamodzielności). Przyczynia się ona do zmniejszenia wpływu czynników chorobotwórczych, wspiera proces powrotu do zdrowia i poprawia jakość życia.

---

<sup>14</sup> Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrya. Propozycje – zespołu specjalistycznego: (M. Augystyn, P. Błędowski, A. Jakrzewska-Sawińska, A. Józwiak, K. Wiczorowska-Tobis, Z. Woźniak). Warszawa – Poznań 2003-2013 (Rok nie pewny różne źródła podają dwie odrębne daty. Przyjmuję najczęściej wskazywaną).

<sup>15</sup> Pod pojęciem opieki holistycznej rozumiana jest „opieka lekarska, pielęgniarska, i rehabilitacyjna oraz pomoc psychosocjalna. Obejmuje ona również aspekty edukacyjne, gdyż pacjent świadomy ograniczeń wynikających z procesu chorobowego nakładającego się na podeszły wiek może czynnie uczestniczyć w procesie leczenia, a przede wszystkim zapobiegania niepełnosprawności wynikającej z jej powikłań. Z drugiej strony holistyczne podejścia do pacjenta obejmuje również edukację rodziny czy opiekunów w zakresie zasad opieki nad pacjentem w wieku podeszłym oraz pomoc w przypadku pogarszającego się zdrowia i związanej z tym niesprawności”. Tamże.

Możliwe jest to tylko i wyłącznie w połączeniu różnorodnych form działań opiekuńczych: medycznych – leczniczych oraz pozamedycznych, np. rehabilitacyjnych, terapeutycznych (arteterapie, animaloterapie, terapie psychologiczne itp.), pielęgnacyjnych czy wreszcie wspierających – asystenckich.

Takie ujęcie definicyjne opieki długoterminowej wyraża w pełni nie tylko sam proces świadczenia usług medycznych, lecz również akcentuje profilaktykę, edukację, wielodyscyplinarne podejście do podopiecznego (nie tylko pacjenta!), kieruje uwagę na zachowywanie samodzielności i niezależności w sferze czynności życia codziennego oraz potrzeb psychologicznych, emocjonalnych, społecznych, religijnych. Umożliwia ono również godne zmierzenie się z problematyką ostatniej fazy życia i śmierci.<sup>16</sup>

Wieloaspektowość i holistyczne ujęcie problematyki opieki długoterminowej widoczne jest również w proponowanych standardach opieki geriatrycznej, które wymagają uwzględniania sytuacji i czynników z pogranicza wielu innych dziedzin medycyny, nauk społecznych i humanistycznych.

„Dotyczy to m. in. takich sytuacji, jak:

1. pielęgnacja chorego nieprzytomnego;
2. postępowanie z chorym z porażeniem kończyn;
3. postępowanie z chorym ze złamaniami w obrębie układu kostno-stawowego;
4. postępowanie z chorym pobudzonym psychomotorycznie;
5. postępowanie z chorym z bólem; przy bólu trudnym do uśmierzania;
6. postępowanie z chorym, u którego występuje trudna do opanowania duszność;
7. postępowanie z chorym z nudnościami i wymiotami;
8. postępowanie z chorym, u którego występują zaparcia stolca;
9. postępowanie z chorym, u którego występują biegunki;
10. postępowanie z chorym, u którego występują zaburzenia w oddawaniu moczu;

---

<sup>16</sup> Por. A. Stogowski, Przyczynek do aksjologicznej perspektywy życia na emeryturze, [w:] A. Stogowski, S. Dzięgielewska-Gęsiak, Indywidualne aspekty życia na emeryturze. Między możliwościami a ograniczeniami, Poznań 2013, s. 11-26.

11. postępowanie z chorym z anoreksją i kacheksją, uczuciem szybko pojawiającego się zmęczenia;
12. postępowanie z chorym, u którego występują zmiany w obrębie jamy ustnej;
13. postępowanie z chorym, u którego występują owrzodzenia odleżynowe;
14. postępowanie z chorym, u którego występują owrzodzenia żyłakowe;
15. postępowanie u chorego z krwawieniem;
16. postępowanie z chorym ze świądem;
17. postępowanie z chorym z lękiem i niepokojem, okresową paniką, skłonnościami samobójczymi;
18. postępowanie z chorym z bólem duchowym, egzystencjalnym;
19. postępowanie z chorymi w agonii”.<sup>17</sup>

Mając na uwadze wielowątkową sytuację dotyczącą opieki długoterminowej, na która zapotrzebowanie zwiększa się wraz z postępującym wiekiem, zespół ds. osób starszych pod kierownictwem Senatora Mieczysława Augustyna proponował wyodrębnić kwestię ryzyka od utraty samodzielności (niesamodzielność) odrębnym ubezpieczeniem umożliwiającym budowanie wysokiej jakości usług opiekuńczych adekwatnie do potrzeb jednostki w oparciu o racjonalnie skonstruowany zintegrowany budżet i zarządzalny program szczegółowy.<sup>18</sup>

Posługując się na potrzeby tego opracowania terminem opieki długoterminowej przyjmować będziemy podejmowanie długoterminowych – długofalowych działań opiekuńczych: medycznych i niemedycznych, mających na celu zdrowie, wsparcie w czynnościach życia codziennego, asystowanie, pielęgnację i aktywizację osoby oraz uwzględniającą jej potrzeby fizjologiczne, psychospołeczne i aksjologiczno-religijne umożliwiające zachowanie jak najwyższej jakości życia, wsparcie samodzielności, przyniesienie ulgi w cierpieniu i przeciwdziałanie izolacji społecznej tej osoby”.

---

<sup>17</sup> Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. Propozycje – zespołu specjalistycznego: (M. Augustyn, P. Błędowski, A. Jakrzewska-Sawińska, A. Józwiak, K. Wiczorowska-Tobis, Z. Woźniak), tamże.

<sup>18</sup> Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje, tamże.

## 2. Demografia a zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

**Z**achwycamy się rozwojem cywilizacji. Nasze zdobycze techniczne ułatwiają nam życie, zmniejszają odległości między kontynentami. Odzwierciedleniem tego postępu są również zmiany demograficzne.

Na naszych oczach dokonuje się wielka przemiana. W miarę stabilny przyrost ludności, który dokonywał się na przestrzeni wieków, zmieniany klęskami naturalnymi, wojnami i epidemiami, został w okresie po II wojnie światowej zastąpiony początkową eksplozją demograficzną lat powojennych i kolejnymi falami wyżu, będących jego echemi, a następnie odwróceniem trendu wzrostowego.

W tych przemianach ważne są co najmniej dwa aspekty.

Pierwszy to zmiana liczby urodzeń.

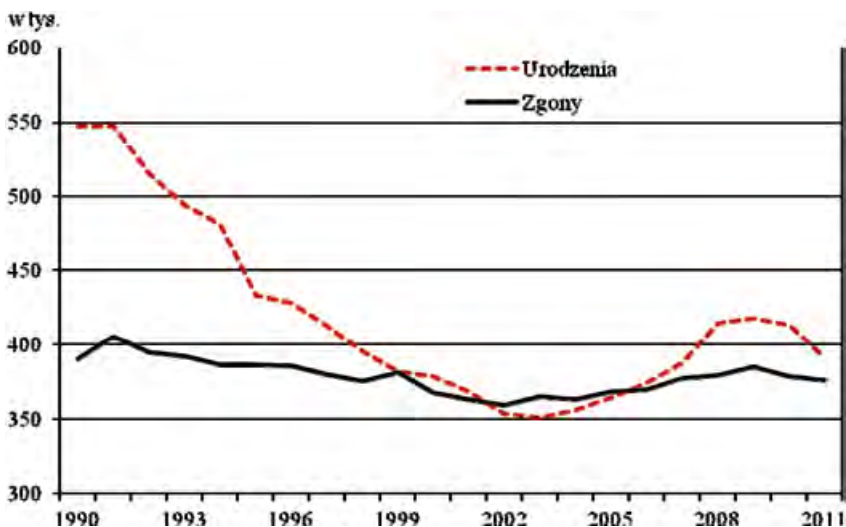


Urodziny żywe w latach 1946-2011 – wyże i nize demograficzne<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Wykres z materiałów prasowych na konferencji prasowej 22 grudnia 2011 – „wyniki wstępne Narodowego Spisu Powszechnego”.

Powyższy wykres znakomicie obrazuje pierwszy aspekt istotny dla zmian demograficznych, które rzutują na obecny stan ludnościowy w Polsce i stanowią punkt wyjścia dla analiz perspektywicznych.

Stopniowy, ale i systematyczny spadek urodzeń, łagodzony kolejnymi falami wyżu, sam w sobie stanowi zły prognostyk. Jednak z pojedynczej danej wnioskować nie należy, dlatego warto skonfrontować liczbę urodzeń z liczbą zgonów.



Zestawienie liczby urodzeń (linia czerwona) z liczbą zgonów (linia czarna)<sup>20</sup>

Powyższy wykres ilustruje pełniej tendencje demograficzną, której cechą zasadniczą jest zbliżenie się liczby zgonów do liczby urodzeń, co z jednej strony powoduje zaledwie zastępowalność pokoleniową, gdy jeszcze w latach 90. XX w. można było mówić o znaczącym przyroście naturalnym. Tendencja ta, zgodna zresztą z opisanymi już podobnymi zjawiskami w krajach Europy zachodniej, ma niewątpliwy związek z podniesieniem poziomu życia mieszkańców. Ta nie wątpliwie w istocie pozytywna przyczyna prowadzi jednak do zjawiska określanego jako starzenie społeczeństwa.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> jw.

<sup>21</sup> Zauważa się, że podejście wieloaspektowe i holistyczne do starzenia się człowieka mieści się

Sam fakt pojawienia się mniejszej liczby młodych obywateli powoduje stopniowe zwiększanie się dysproporcji wiekowych w społeczeństwie na niekorzyść młodego pokolenia i zwiększających tzw. medianę – tzn. średnią wieku obywateli danego kraju.<sup>22</sup>

## Zmiany demograficzne w Polsce na lata 2007-2035

---

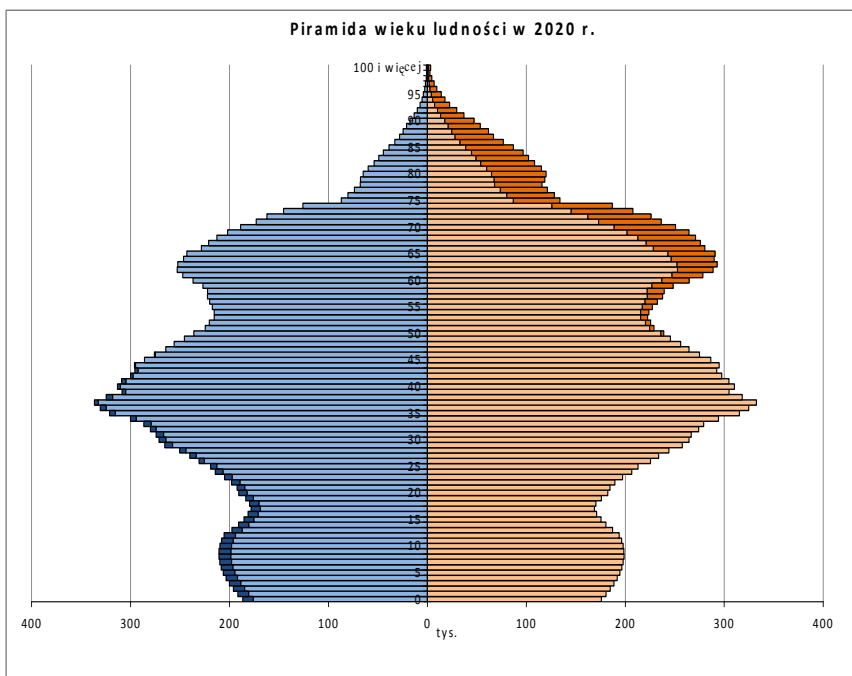
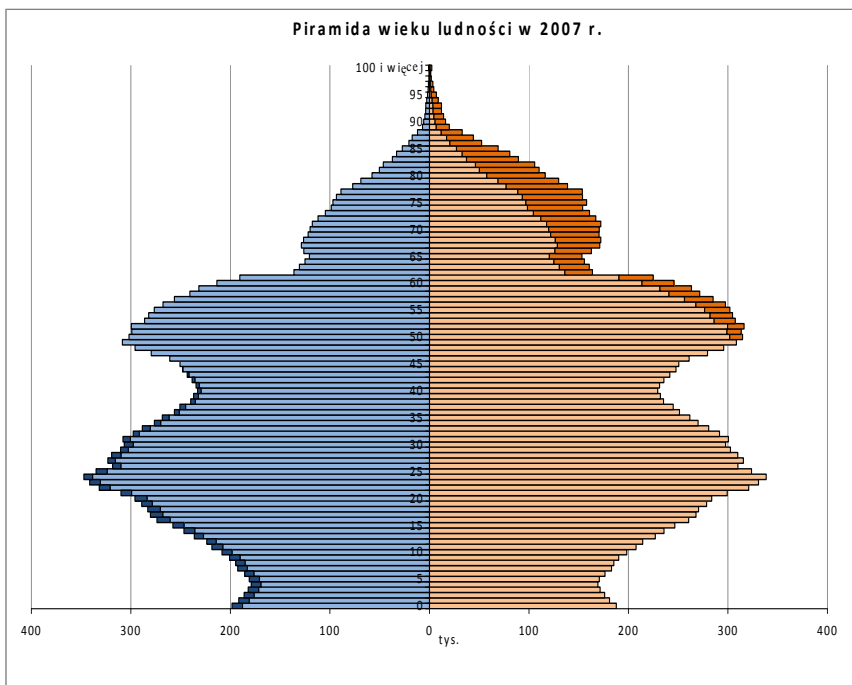
Dane te analizowane są systematycznie i aktualizowane, np. prognozowano zmiany demograficzne w 2007 roku, które do dziś sprawdziły się (por. ilustracje poniżej).

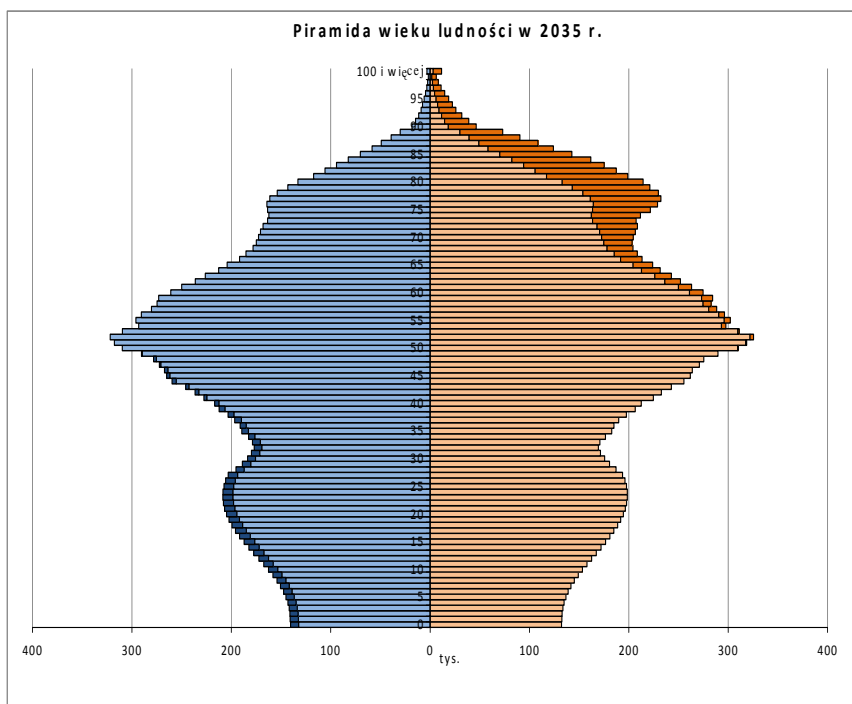
---

w „szerszej koncepcji analizowania przemian z perspektywy cyklu życia i postrzegania starzenia się populacji jako w gruncie rzeczy pozytywnego procesu przezwycięzania chorób i wydłużania życia ludzi”; S. Golinowska, Srebrna gospodarka – ekonomiczny wymiar procesu starzenia się populacji, [w:] Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, Warszawa 2012, s. 134-135.

<sup>22</sup> Por. A. Stogowski, Przyczynek do aksjologicznej perspektywy życia na emeryturze, [w:] A. Stogowski, S. Dzięgielewska-Gęsiak (red.), Poznań 2013, s. 11 i n.







Źródło: „Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035”, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych.

Można wyraźnie zaobserwować, że podczas, gdy liczba osób w wieku podeszłym i starszych zwiększa się kilkukrotnie, spada drastycznie liczba potencjalnych opiekunów, zwłaszcza w obszarze działań nieformalnych, a więc pomocy rodzinnej i sąsiedzkiej.

Można zatem dostrzec, że negatywne tendencje demograficzne wpłyną jednocześnie na pogorszenie się wskaźników dotyczących niesamodzielności i zapotrzebowania na opiekę oraz wskaźników podaży usług opiekuńczych i wspierających dla osób w wieku podeszłym.

Prawdziwa jednak rewolucja zaszła jednak w drugim aspekcie – długości życia. Średnia długość życia ludzkiego, jest parametrem mylącym i należy ją traktować z naukową ostrożnością. Wyliczenie to mówi bowiem nie o realnej długości życia, a o statystycznym iloczynie, liczby ludności, długości życia poszczególnych osób. Wynik ten w różnych okresach historycznych był zaciemniany przez wysoką śmiertelność niemowląt i dzieci oraz epidemie czy okresy głodu.

W epokach historycznych długość życia, aż do XIX wieku oscylowała wokół wartości od 22 – do 28 lat<sup>23</sup>. W chwili obecnej mamy do czynienia ze znacznym spadkiem współczynnika umieralności niemowląt w Polsce. O ile na początku lat 90-tych XX w wynosił około 9 promili to w roku 2012 wyniosła 4,6 promila. Dla porównania w Europie zachodniej w tym czasie wskaźnik utrzymywał się na poziomie 4,2 promila. Jeśli dodamy do tego spadek umieralności dzieci, praktyczne wyeliminowanie na naszym obszarze epidemii, to uzyskamy bardzo optymistyczną konkluzję o wzroście średniej długości życia ludzkiego.<sup>24</sup>



W chwili obecnej ten współczynnik wzrósł do 75 lat. Oznacza to niemal trzykrotne wydłużenie życia ludzkiego w ostatnim półwieczu. Dla większej jas-

<sup>23</sup> Por. E. Jakubas Długość życia w parafii Nasiechowice w XIX, XX i XXI wieku, Zamość 2012.

<sup>24</sup> Tamże.

ności warto sięgnąć po kolejny współczynnik czyli medianę wieku. W 2015 roku mediana<sup>25</sup> wieku wynosi 38,6 czyli nasze społeczeństwo jest w szczytowej fazie rozwoju sił witalnych, o tyle według Gusowskiej „Prognozy ludności na lata 2014-2050” wynika, że w roku 2050 mediana wzrośnie do 50,2. Wynika to nie tylko ze znacznego wydłużenia życia ludzkiego, a tym samym zwiększenia liczby osób w wieku podeszłym, starszym i sędziwym w społeczeństwie, lecz jednocześnie wskazuje na istotne obniżenie przyrostu naturalnego w Polsce.

## Prognoza demograficzna – wnioski

---

Zestawienie powyżej przedstawionych wskaźników prowadzi do ogólnych wniosków na temat zmian demograficznych w społeczeństwie polskim w kolejnych latach. Możemy śmiało twierdzić (a dane statystyczne możemy wesprzeć obserwacją podobnych zmian już obserwowanych w społeczeństwach Europy Zachodniej), że czeka nas zmiana w strukturze wieku członków naszego społeczeństwa.

Dwa zasadnicze dla naszego aspekty tego przesunięcia to, wzrost liczby ludzi w wieku poprodukcyjnym i równie znaczący spadek liczby ludzi w wieku produkcyjnym oraz dzieci i młodzieży. Zjawisko to całościowo przedstawiane jest w literaturze przedmiotu jako starzenie się społeczeństwa.<sup>26</sup>

Te tendencje oznaczają, że stosunek liczby osób potrzebujących opieki do tych, którzy tej opieki mogą udzielić będzie się zmieniał na niekorzyść.

Przewidywania wskazują, że najbliższe 5 dekad przyniesie ze sobą nie tylko zmniejszenie ludności Polski o ok. 7 mln, lecz pociągnie za sobą dalsze konsekwencje zwiększającej się mediany wieku. W uśrednionym scenariuszu przygotowanym przez analityków Banku Światowego dla potrzeb Zielonej Karty<sup>27</sup> wskazywano, że blisko 40 procentowej redukcji doświadczy grupa wiekowa 15-64 lata,

---

<sup>25</sup> Do roku 2014 do grudnia 31.12. województwo Wielkopolskie zaliczało się do najmłodszych w Polsce z medianą 36,6.

<sup>26</sup> Przywoływane są tutaj inne określenia jak: siwienie społeczeństwa, pojawienie się srebrnej gospodarki itp. Por. M. Mossakowska, P. Błędowski, Psychologiczne, dz. cyt. tamże.

<sup>27</sup> Odwołanie do danych Eurostatu 2009-2011.

przy jednoczesnym ponad dwukrotnym przyroście procentowym osób w wieku powyżej 65 roku życia. Znamiennym faktem jest także zjawisko tzw. starzenia się grupy seniorów wyrażające się w prognozowanym przyroście osób po 75 roku życia o ok. 180 % w ciągu 50 lat! Pociągnie to za sobą konieczność dostarczania specyficznych usług tzw. białej gospodarki dla blisko 6 i pół miliona osób w wieku starszym 75+!

Pewne złagodzenie tej drastycznej prognozy może przynieść uwaga, że wydłużenie przeciętnego wieku ludzkiego w Polsce idzie w parze, a w pewnym stopniu jest wynikiem, poprawy stanu zdrowia w społeczeństwie, lepszej opieki zdrowotnej i odżywianie, a co za tym idzie dzisiejszy seniorzy prezentują większą witalność, lepszą kondycję i lepszy stan zdrowia, niż pokolenie ich rodziców czy dziadków. Niemala zasługę w tym mają centra aktywności seniora, uniwersytety trzeciego wieku i inne organizacje pozarządowej, edukacyjne i profilaktyczne programy ministerialne i europejskie.

Mimo jednak tych optymistycznych informacji musimy stwierdzić, że tendencje demograficzne wskazują na konieczność przygotowania instytucji opieki długoterminowej na przyjęcie w nadchodzących latach większej liczby podopiecznych, bowiem mechanizmy transformacji demograficznej dokonują się przez opisywane w statystyce kohorty osób urodzonych w latach 1950-65 oraz 1975-90.

Kohorty te stanowiąc będą w latach 25-35 a następnie 45-60 kolejne wielkie fale osób starszych przechodzących na emeryturę oraz /lub ze względu na wiek posiadających zwiększone zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, medyczne i świadczenia socjalne, w tym spory ich odsetek na cały warsztat opieki długoterminowej instytucjonalnej.<sup>28</sup>

W 2006 roku stosunek procentowy osób w pełni samodzielnych do częściowo niesamodzielnych oraz w dużym stopniu niesamodzielnych wynosił odpowiednio w grupach wiekowych:

---

<sup>28</sup> Por. Raport Diagnozy społecznej [www.diagnoza.com](http://www.diagnoza.com) z roku 2009-10.

| Stopień niesamodzielności       | 65-74 lata | 75-84 lata | 85 i więcej |
|---------------------------------|------------|------------|-------------|
| W pełni samodzielni             | 54,6       | 36,8       | 31,3        |
| W pewnym stopniu niesamodzielni | 31,5       | 36,5       | 28,8        |
| W dużym stopniu niesamodzielni  | 13,9       | 26,7       | 39,9        |

by w roku 2007 rosnąć w kierunku niesamodzielności częściowej i dużej od 1 do 6%! W kolejnych latach odnotowuje się przyrost o kolejne punkty procentowe do 10-14 % w zależności od badanej cechy ADL<sup>29</sup>.

Jest to związane z naturalnym pojawianiem się u osób w wieku starszym wraz z postępowaniem w latach kolejnych zmian wynikających nie tylko z mechanizmów starzenia się, ale również częstych zmian chorobowych i dysfunkcji.<sup>30</sup>

### Obserwacje dotyczące wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej

Proces starzenia się ludności na kontynencie europejskim zyskał miano siwiejącej Europy lub siwiejącego społeczeństwa. W literaturze przedmiotu wskazuje się na liczne konotacje tego zjawiska w obszarach życia ekonomicznego, gospodarczego i politycznego oraz społecznego. Nie bez znaczenia jest przecież fakt, że już w 2005 roku przewidywano wzrost liczby ludności w wieku powyżej 60 i 65 roku życia do roku 2050 do ok. 30-33 procent całej populacji Europy, jednocześnie przyjmując w prognozach demograficznych przyrost liczby osób po 80 roku życia o blisko 180%, tj. o ok. 30-34 miliony!<sup>31</sup>

Tak ogromny odsetek ludności w wieku powyżej 80 roku życia pozwala nawet mówić nie tylko o siwiejącym społeczeństwie i srebrnej gospodarce, lecz również o tzw. „białej gospodarce” czy „wzroście zapotrzebowania na usługi białej gospodarki”.<sup>32</sup>

<sup>29</sup> Por. M. Mossakowska, P. Błędowski, *Psychologiczne*, dz. cyt.

<sup>30</sup> T. Zdrojewski, *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, Warszawa 2013.

<sup>31</sup> Komisja Wspólnot Europejskich ([www.europa.eu](http://www.europa.eu)) z dnia 10.07.2015.

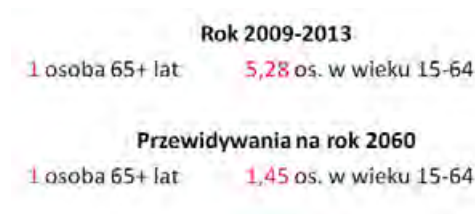
<sup>32</sup> Por. A. Stogowski, *Przyczynek do aksjologicznej perspektywy życia na emeryturze*, [w:] A. Sto-

J. Derejczyk i B. Bień zauważają, że takie negatywne tendencje demograficzne pociągają za sobą niezwykle ważne wyzwania zwłaszcza w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dotyczy to między innymi takich kwestii jak: zwiększony procentowy udział osób starszych w społeczeństwie, zwiększone oczekiwania w sferze dostępności i jakości usług zdrowotnych i opiekuńczych, wzrost kosztów opieki medycznej i pielęgnacyjnej w odniesieniu do PKB poszczególnych państw i wiele innych.<sup>33</sup>

Do wyżej wymienionych aspektów dodać należy również zwiększone zapotrzebowanie na edukację gerontologiczną, profilaktykę starzenia się (zdrowie, aktywność fizyczna i społeczna) oraz na liczbę specjalistów w dziedzinie geriatricznej oraz świadczących usługi pielęgnacyjne w miejscu zamieszkania osób starszych i niesamodzielnych i w instytucjach wsparcia dziennego i opieki długoterminowej.

W Polsce odnotuje się zgodnie z przewidywaniami wyraźny spadek tzw. współczynnika zależności określającego liczbę osób zależnych od pomocy opiekuna w przeliczeniu na 10 osób w tzw. wieku produkcyjnym. Badania wskazują, że na tle innych krajów europejskich Polska odnotuje wyraźny wzrost zapotrzebowania na usługi opieki długoterminowej – instytucjonalnej ze względu na trzykrotne obniżenie się ww. wskaźnika (*dependency ratio*).<sup>34</sup>

Prognoza odwrotności współczynników obciążenia demograficznego dla Polski może być przedstawiona w następujący sposób:



Źródło: opracowanie własne.

---

gowski, S. Dziegielewska-Gęsiak (red.), Indywidualne aspekty starzenia się. Między możliwościami a ograniczeniami, Poznań 2013, s. 14-15.

<sup>33</sup> J. Derejczyk, B. Bień (i inni), Gerontologia i geriatriczność w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? [w:] Gerontologia Polska 16(2008)3, s. 151-152.

<sup>34</sup> J. Derejczyk, tamże, s. 151-152.

Tak drastyczne zmiany mające dokonać się w przeciągu następnych trzech dekad obecnego stulecia spowodują wyraźnie dającą się zauważyć niewydolność (niewystarczalność) opieki w warunkach domowych i konieczność przysposobienia nowych placówek i instytucji do świadczenia usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i zdrowotnych w formie opieki krótkoterminowej i długoterminowej.

W Raporcie przygotowanym do tzw. Zielonej Księgi (2010) odnajdujemy uśrednione dane za rok 2008, które już wtedy ukazywały konieczność zwrócenia uwagi na niesamodzielność (lub też: ryzyko niesamodzielności), jako samodzielny powód do ubezpieczenia społecznego powodujący nieuchronne zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, wsparcie i pielęgnację osób po 65 roku życia.<sup>35</sup>

J. Koettl stawia w tej palącej kwestii pytanie o finansowanie opieki długoterminowej w Polsce. Jego zdaniem, negatywne trendy demograficzne przełożą się na destabilizację finansową sektora finansów publicznych w obszarze długoterminowej opieki medycznej a także usług pielęgnacyjnych w instytucjach opieki długoterminowej, jak np. domy pomocy społecznej.

Wynika to między innymi z nakładania się kilku czynników m.in. przewidywanego zmniejszenia wpływu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne spowodowanego spadkiem udziału procentowego grupy w tzw. wieku produkcyjnym do całości populacji w Polsce, zwiększonym popytem na usługi medyczne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne itp. ze względu na rosnącą liczbę osób starszych oraz niesamodzielnych w społeczności.

Nie bez znaczenia jest tu również fakt malejącej liczby osób mogących świadczyć (lub sprostać świadczeniu) usługi opiekuńcze wobec osób nie samodzielnych – zarówno członków ich rodzin, jak i w formie opieki nieformalnej:

---

<sup>35</sup> Dane już w 2008 roku w uogólnieniu GUS-owskim wskazywały liczbę ok. 2,5 mln osób o różnym stopniu niesamodzielności w Polsce. Kolejne lata do roku 2014 wykazują tendencję zwyżkową, w prognozach mającą osiągnąć w roku 2035-2040 wzrost o ok. 63%! Por. M. Augustyn, Opieka długoterminowa w Polsce, Streszczenie Zielonej Księgi, Instytut Obywatelski, Warszawa 2010.



wolontariatu, pomocy sąsiedzkiej itp.) oraz niewystarczającej wysokości posiadanych tzw. oszczędności i ubezpieczeń prywatnych.<sup>36</sup>

Analiza ekonomiczno-gospodarcza tego sektora usług dla seniorów i osób niesamodzielnych wskazywałaby zdaniem przedstawicieli Human Development Banku Światowego na trzy kwestie, z jakimi przyjdzie się zmierzyć krajom Europy Środkowej w najbliższych dziesięcioleciach, a mianowicie:

1. na zapewnienie finansowania przyszłych wydatków na opiekę medyczną i pielęgnacyjną (zwłaszcza długoterminową);
2. na bieżącym monitorowaniu popytu na długoterminową opiekę medyczną i świadczenia pielęgnacyjne oraz świadczenia pieniężne
3. na kontrolowaniu kosztów usług opieki długoterminowej (medycznej, pielęgnacyjnej, rehabilitacji, terapii itp.) świadczonych w ramach sektora publicznego.<sup>37</sup>

Mimo, iż autorzy opracowań często oddzielają w przygotowywanych analizach usługi medyczne w opiece terminowej od innych usług, wskazują na te pierwsze jako bardziej kosztochłonne, to jednak nie sposób odnieść wrażenia, że takie traktowanie zagadnienia nie daje pełnego obrazu opieki długoterminowej.

Zauważyć należy, że wiele trudności w realizacji usług opieki długoterminowej w Polsce i innych krajach europejskich wynika właśnie z oddzielenia kwestii medycznej od pozostałych usług. Wynika to m.in. z innych źródeł finansowania, lecz nie tylko.

Osoba objęta opieką długoterminową poddana jest nie tylko świadczeniu wobec niej usług medycznych, lecz w co najmniej równym stopniu innym czynnościom i usługom z obszaru potrzeb pozamedycznych: pielęgnacji, usługom transportowym, rehabilitacyjnym, wsparciu w czynnościach życiowych (dnia codziennego), dowozie lub/i transporcie, właściwym żywieniu, aktywizacji spo-

---

<sup>36</sup> Johannes Koettl, Bieżące wydatki publiczne na długoterminową opiekę medyczną w Polsce oraz ich implikacje dla przyszłych kierunków polityki w tym zakresie, Materiały Instytutu Obywatelskiego do Zielonej Księgi, Warszawa 2010.

<sup>37</sup> Zainteresowanych tym zagadnieniem odsyłam do opracowania Banku Światowego na potrzeby przygotowania Zielonej Księgi, Tamże, s. 8-12.

leczonej, kulturowej, zapobieganiu i przeciwdziałaniu marginalizacji społecznej i izolacji etc.<sup>38</sup>

Tylko podejście zintegrowanego traktowania opieki długoterminowej pozwala na bliższe rzeczywistości rozpoznanie źródeł niewystarczalności usług i ich finansowania oraz ich innowacyjnego i realnego rozwiązywania.

Fakt ten znalazł odzwierciedlenie w prowadzonych w Wielkopolsce badaniach zrealizowanych w ramach projektu Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Poznaniu „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji”.

Z przeprowadzonych analiz na terenie całego województwa, w tym także powiatu pleszewskiego wynika, że blisko 40% osób posiada doświadczenie związane ze sprawowaniem opieki nad osobą dorosłą niesamodzielną lub niepełnosprawną, przy czym większość tych osób przekroczyła już 65 lub nawet 70 rok życia. Coraz częściej na przestrzeni lat można zauważyć natomiast, że w sprawowanie opieki i wsparcia osoby starszej niesamodzielnej zaangażowana jest tylko jedna osoba – najczęściej kobieta, która sporadycznie może liczyć na wsparcie środowiska rodzinnego lub otoczenia (sąsiedztwa).<sup>39</sup>

Dzieje się tak, mimo istotnego wciąż dla większości Polaków utrzymywania więzi poprzez kontakty osobiste i spotkania, co potwierdzono również w badaniach z 2013 roku.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Mimo, że od prezentowanych przez prof. B. Bień i Z. Wojszel badań minęło blisko 9 lat, to nie tylko nie utraciły one na swej ważności, lecz poprzez wspomniany w opracowaniu spadek współczynnika zależności, wyraźnie akcentują pogłębiający się kryzys w problematyce docelowego i przyszłościowego finansowania tego typu usług. Por. B. Bień, Z. Wojszel, Zapotrzebowanie a kosztowanie z usług zdrowotnych i społecznych przez niesprawne osoby starsze w Posce w okresie 12 miesięcznej obserwacji longitudinalnej, *Przegląd Lekarski* 63(2006), s. 328-331. Por. E. Zasadzka, K. Wieczorowska-Tobis, Zmiany w układzie ruchu w procesie starzenia się, [w:] *Gerontologia Polska* 3(2014), s. 161-165.

<sup>39</sup> Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, *Obserwatorium Integracji Społecznej „Społeczno-ekonomiczne aspekty wsparcia funkcji opiekuńczej rodzin na terenie województwa wielkopolskiego”,* Poznań 2012-13.

<sup>40</sup> [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_107\\_13.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_107_13.PDF) dostęp z dnia 15.12.2015 Uwaga: link może nie otwierać się prawidłowo, należy wtedy przejść przez stronę cbos.pl w statystyki 2013 na wyniki ankiety nr 107 (przyp. Autora).

Podobnie ma się sprawa z pielęgnacją, która ukazywana jest jako najbardziej wyrazista cecha zawodu pielęgniarki. Pomija się natomiast fakt, że pielęgnacja oraz szeroko rozumiana opieka i wsparcie wobec osoby niesamodzielnej realizowane może być przez osoby różnych profesji, zarówno specjalistów, jak i wolontariuszy, będących na różnych poziomach profesjonalizacji usług i kompetencji. Wskazać przy tym należy, że w właściwe dopasowanie świadczonego wsparcia w zależności od różnych poziomów kompetencyjnych oraz różnych stopni niezbędnej pielęgnacji pozwolić może na bardziej racjonalne przełożenie wydatków sfery publicznej, jak i lepszego zintegrowania działań jednostek świadczących zinstytucjonalizowaną formę wsparcia i opieki (krótko- i długoterminowej, medycznej i pozamedycznej) z innymi podmiotami, a nawet osobami prywatnymi.

Takie podejście stanowi to nieodzowny element budowania długofalowej racjonalnej polityki społecznej w obszarze wspierania osób starszych i nie samodzielnych, zwłaszcza w opiece długoterminowej.

Z badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że długoterminowa opieka dotyczy w sporej części osób, które doświadczyły udaru mózgu, który jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów na świecie u osób dorosłych. Pominięcie wieloaspektowego podejścia i zintegrowania działań wielu służb i środowisk we wsparciu osób dorosłych (tu: starszych!) po darach wykluczyłoby i tak niską liczbę osób (ok. 30%) odzyskującą sprawność po doświadczonej udarze dzięki długotrwałej i trudnej rehabilitacji. Przeradzająca się urazowość w długotrwałą niesprawność lub niepełnosprawność ma, zdaniem J. Pniewskiej liczne skutki społeczno-ekonomiczne. Nie dotyczy to tylko pogorszenia się sytuacji materialnej rodzin dotkniętych problemem niepełnosprawności i przewlekłej choroby, lecz również obniżenia się jakości życia<sup>41</sup> podopiecznych (chorych, starszych), obniże-

---

<sup>41</sup> Istnieje oczywiście wiele czynników składających się na ocenę jakości życia, dla niniejszego opracowania można wskazać, że jakość życia uwarunkowana jest w sporej mierze stanem zdrowia osoby” wyrażającym się we wzajemnej relacji, zachodzącej między jednostką a otoczeniem w celu utrzymania lub przywrócenia stanu homeostazy – równowagi – harmonii. W ten sposób jakość życia da się pojmować jako wieloaspektowe i wielowymiarowe zjawisko zawierające elementy fizyczne, psychiczne, emocjonalne oraz uwarunkowania natury ekonomiczno-bytowej, społecznej itp. Zjawisko to może mieć wymiar obiektywny (uwarunkowany lub określony kulturowo-społecznie) oraz indywidualny (satisfakcja indywidualna). Por. R. L. Schalock,

nia się jakości życia samej rodziny opiekuna (opiekunów) osoby chorej (zmniejszona mobilność, zwiększenie kosztów życia w związku z ponoszeniem wydatków na leki, pielęgnację i rehabilitację)<sup>42</sup> oraz konieczności zmierzenia się z najczęściej występującymi: niedowładem połowicznym, zmniejszoną samodzielnością w tzw. aktywności codziennej, afazją (problemy z mówieniem lub zanim mowy) oraz depresją<sup>43</sup>.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że wymieniane elementy stanowią jedynie przykładowe zapotrzebowania na usług opiekuńcze, medyczne i pielęgnacyjne oraz społeczne wobec osób starszych niesamodzielnych w ośrodkach opieki długoterminowej.

Do prawidłowej oceny stanu zapotrzebowania na opiekę można i należy posłużyć się odpowiednim narzędziem, np. kwestionariuszami Easy-Care czy CANE. Narzędzia te pozwalają na zweryfikowanie u danej osoby tzw. sprawności funkcjonalnej – czyli zdolności do zabezpieczania własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w środowisku i życiu codziennym i zapotrzebowania na różne stopnie opieki w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek deprivacji w tym obszarze.

Przywołany kwestionariusz CANE poddaje weryfikacji i ocenie 24 dziedzin życia i w oparciu o dokonaną analizę buduje obraz zaspokojonych oraz potrzebnych do zaspokojenia potrzeb osoby w wieku podeszłym objętej opieką. Dziedziny te dotyczą: mieszkania, prac domowych, przygotowywania i spożywania posiłków, dbania o siebie i innych, wykonywania codziennych zajęć, pamięci i komunikacji<sup>44</sup> (słuch, wzrok, itp), mobilności oraz upadków, zachowywania

---

Three Decades of Quality of Life, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 15(2000)2, s. 110-120.

<sup>42</sup> Por. J. Pniewska, A. Smelkowska (i inni), Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa nad osobami starszymi w ostrej fazie udaru mózgu za pomocą Northwick Park Dependency Score, [w:] P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis (red.) Współczesne wyzwania gerontologii, Poznań 2013, s. 127-136.

<sup>43</sup> E. Kamusińska, Terażniejszość i przyszłość w życiu starszych osób z niepełnosprawnością z powodu przebytego udaru mózgu, [w:] Gerontologia Polska 3(2014), s. 135-142.

<sup>44</sup> Por. M. Liguz-Lęczar, Osłabienie sprawności poznawczej w starzeniu. Przyczyny i mechanizmy neurobiologiczne, [w:] Gerontologia Polska 3(2014), s. 166-171.

czystości w potrzebach fizjologicznych, zdrowia fizycznego, przyjmowanych leków, objawów psychotycznych czy stresu, procesu leczenia, samookaleczeń (samouszkodzeń), przemocy lub wykorzystywania, zachowania i postępowania, utrzymywania sieci kontaktów towarzyskich i związków osobistych, relacji do wartości materialnych (pieniądze, budżet), korzystanie z zasiłków i świadczeń.<sup>45</sup>

Wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, medyczne i pozamedyczne dla osób starszych wynika z samej natury procesu starzenia się i tylko częściowo związany jest z subiektywną oceną starości i starzenia się jednostki. Nawet w indywidualnym ujęciu duże znaczenia ma prowadzony przez jednostkę styl życia i jej oczekiwania w perspektywie różnicującego się i zmieniającego stanu biologicznego i czynnościowego organizmu człowieka.<sup>46</sup>

Jednakże w większości przypadków okres uznawany za starość naznaczony jest postępującą niesprawnością, wielochorobowością i wielolekowością oraz zwiększającym się zapotrzebowaniem na opiekę i zależność od opiekunów.<sup>47</sup>

Dane z GUS (stan na 31.12.2014) wykazują, że niepełnosprawna jest blisko co 8 osoba w społeczności Polski. Współczynnik ten rośnie drastycznie w kolejnych grupach wiekowych, by osiągnąć 30% wśród 60-74-latków i ponad 40% w grupie osób, które ukończyły 75 rok życia.

Taki narastający wskaźnik obciążenia niesamodzielnością i różnymi stopniami niepełnosprawności wraz ze wspomnianymi negatywnymi tendencjami demograficznymi i współczynnikiem zależności stanowią wyzwanie dla przygotowywanych programów i strategii rozwiązywania problemów społecznych i usług medycznych, zwłaszcza w dziedzinie opieki długoterminowej.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (i inni), Kwestionariusz CANE jako narzędzie do analizy zapotrzebowania na opiekę u osób starszych, [w:], P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis, Współczesne, dz. cyt., s. 115-125.

<sup>46</sup> Por. S. Kropińska, E. Zasadzka, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis, Początek starości w subiektywnej ocenie kobiet i mężczyzn, [w:], P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis, Współczesne, dz. cyt., s. 9-20.

<sup>47</sup> M. Biskup, J. Czesak (i inni), Physical capability and disability in the elderly women after mastectomy, [w:] Gerontologia Polska 3(2014), s. 127-134.

<sup>48</sup> K. Wieczorowska-Tobis, A. Stogowski, Aging and disability, [w:] Gerontologia Polska 3(2014), s. 156-160.

Dotyczy to także budowania silnej kadry medycznej i pielęgnacyjnej w dziedzinie geriatrici oraz wspierania tzw. łóżek (miejsc) geriatrycznych na oddziałach i w szpitalach oraz poradni geriatrycznych. Polska w tej kwestii plasuje się niestety nadal na ostatnich miejscach tabeli wśród krajów europejskich.<sup>49</sup>

Biorąc pod uwagę powyższe oraz fakt, że w prowadzonych przez POLSENIOR badaniach: blisko 15 procent osób w wieku 65+ w Polsce nie jest w stanie samodzielnie dokonać czynności mycia czy kąpieli; blisko 12% ma trudności w samodzielnym ubraniu się; ma trudności w sprzątaniu mieszkania – 16,4%, zakupach- 14,5%, przygotowywaniu posiłków – ok. 10%, czy zmywaniu – 8,5%<sup>50</sup> i przypominając jednocześnie, że sprawowanie opieki w środowisku domowym dokonywane jest najczęściej przez jedną osobę; można przypuszczać, że najbliższe lata przyniosą ze sobą znaczący wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze zorganizowane przez podmioty zewnętrzne.

Dotyczyć to będzie zarówno opieki wspierającej czynności życia codziennego w miejscu zamieszkania jak i w opiece stacjonarnej długoterminowej w jednostkach takich jak domy pomocy społecznej.

Nakłada to na barki polityki społecznej i zdrowotnej w Polsce wszystkich szczebli, zwłaszcza gminnych i powiatowych, przemiany myślenia w podejściu do organizacji i finansowania usług opiekuńczych długoterminowych.

Dowodem na nasilający się kryzys w tej dziedzinie organizacji życia społecznej są dane pomocy społecznej, które wykazują dla województwa wielkopolskiego<sup>51</sup> udzielenie pomocy o ponad 12 tysięcy więcej osobom w trudnej sytuacji życiowej (stanowi to 8% Wielkopolan!). W kwestii analizowanej opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej napotykały również znaczący w skali

---

<sup>49</sup> Por. B. Bień, Z. Wojszel, Zapotrzebowanie a koszystanie z usług zdrowotnych i społecznych przez niesprawne osoby starsze w Polsce w okresie 12 miesięcznej obserwacji longitudinalnej, *Przegląd Lekarski* 63(2006), ss. 328-331. Por. też szeroko to zagadnienie w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań 2012.

<sup>50</sup> Por. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań 2012, s. 450-452.

<sup>51</sup> Powiat pleszewski nie odstępuje w tej kwestii znacząco od trendów w skali makroregionalnej)

wojewódzkiej wzrost kosztów odpłatności za pobyt mieszkańca dps o blisko 8,5 mln złotych w ciągu zaledwie jednego roku.<sup>52</sup>

Do tego dochodzi zbliżający się do 0,92 wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w dps-ach w Wielkopolsce oferujących ponad 6340 miejsc na 65 domów oraz konieczność nakładana przez zmiany prawne z 2015 roku dotycząca zachowania współczynnika liczby pracowników socjalnych na 50 rodzin i osób samotnie prowadzących gospodarstwo domowe. W obecnych warunkach takiego wymogu nie spełniałaby blisko 2/5 gmin wielkopolskich.<sup>53</sup>

Kolejnym zagadnieniem jest zwiększenie dostępności do indywidualnego wspierania i aktywizacji osób starszych z różnymi formami zespołów otępiennych, zwanych popularnie demencyjnymi. Z prowadzonych przez autora opracowania badań pilotażowych w odpowiednikach domów pomocy społecznej wynika, że na jedną osobę objętą opieką długoterminową na tzw. oddziałach zamkniętych demencyjnych, przypada średnio ok. 9 minut dziennie czynności aktywizujących.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Związane jest to zarówno z większą liczbą mieszkańców – ponad 3260 osób w 2013 roku – jak i kosztami na osobę.

<sup>53</sup> Dane za: Biuletyn Obserwatorium Integracji Społecznej w Poznaniu 7/2014, ss. 36-44.

<sup>54</sup> Badania ankietowe i wywiady prowadzone od października 2015 roku w miejscowościach Dillingen, Guenzburg, Werrtingen, Gundelfingen i innych. Nie dotyczy czynności karmienia i pielęgnacji ciała (higieny osobistej) oraz w szczególnych przypadkach osób leżących – profilaktyki przeciwoleżynowej. Dotyczy natomiast zarówno działań grupowych, jak i indywidualnych. Kwestia ta stanowić będzie odrębne opracowanie.

### 3. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia

**O**pieka długoterminowa jest poza szpitalną formą opieki medycznej i jest adresowana do tych pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale potrzebują pomocy medycznej, której nie są sobie w stanie zapewnić sami, ani przy pomocy bliskich. Zarazem celem takiej pomocy jest przysposobienie pacjenta lub jego opiekunów do samodzielnego funkcjonowania.

„Misja zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, którą jest pomoc człowiekowi przewlekle choremu w odzyskaniu możliwie największego zakresu sprawności i niezależności oraz poprawa jakości jego życia a także zaangażowanych członków rodziny (bliskich) wyznacza główne zadanie zakładu”<sup>55</sup>

Z założenia i misji wyznaczanej przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczących świadczenia usług w placówkach podlegających resortowi zdrowia, wynika ich przejściowy charakter. Misją jest przeprowadzenie chorego i jego bliskich przez okres terapii i rekonwalescencji do samodzielnego radzenia sobie z chorobą.

Zacytowany fragment daje nam obraz całkowitej koncepcji opieki długoterminowej w rozumieniu służby zdrowia: miałaby ona stanowić element pośredni między szpitalem a ewentualnym powrotem pacjenta do takiej formy samodzielności jaka będzie dla pacjenta i jego bliskich możliwa.

Nie dziwi dzisiaj już fakt włączania ochrony zdrowia do całej sfery usług społecznych<sup>56</sup>. Niemniej jednak jednoznaczne określenie pełnego katalogu usług o charakterze medycznym jak o wpisujących się do usług społecznych nie jest możliwe poprzez niejednorodność samego katalogu.

Do tego samego wniosku dochodzi się w raportach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która definiując system zdrowia odwołuje się do wszelkich

---

<sup>55</sup> Organizacja zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, Ministerstwo Zdrowia Warszawa 1999. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zpo\\_stand.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zpo_stand.pdf)

<sup>56</sup> Por. E. Denek, Rola samorządu terytorialnego w świadczeniu usług społecznych, [w:] E. Denek (red.), Usługi społeczne w gospodarce samorządu terytorialnego, Poznań 2003, s. 8 i n.



aktywności i podejmowanych działań, mających jako zasadniczy cel promocję, utrzymywanie zdrowia i/lub jego przywracanie.<sup>57</sup>

Musimy sobie przy tym uświadomić istnienie i wpływ różnorodnych elementów składających się na stan zdrowia człowieka. Dlatego łatwiej jest podać opisowo co przyjmujemy za usługę społeczną w sferze ochrony zdrowia, niż wyliczyć katalog danych usług.

M. Osak przyjmuje za E. Denkiem, że wyróżnikiem usług społecznych w systemie ochrony zdrowia jest ich bezpośrednie oddziaływanie człowieka na człowieka odnoszące się „do zdolności umysłowych i/lub fizycznych (...) i związane z tym adresowanie działań do indywidualnego (a nie masowego, nie oznaczonego) odbiorcy”.<sup>58</sup> Nadmienić jednak tutaj należy, że opieka indywidualnego nie wyklucza oczywiście oddziaływań grupowych, jednakże zawsze z elementem bezpośredniego kontaktu człowieka z człowiekiem. W przypadku innych usług – tzn. pozamedycznych – możliwe jest oddziaływanie pośrednie, np. poprzez środowisko-otoczenie, wzmacnianie zasobów środowiska rodzinnego, wzmacnianie zasobów lokalowych (mieszkaniowych), itp.

Ponieważ opieka, zwłaszcza opieka długoterminowa bezpośrednio wpisuje się do katalogu usług społecznych gwarantowanych w systemie ubezpieczeń społecznych w określonych przypadkach wyrażonych w Ustawie o pomocy społecznej i zawiera jako warunek *sine qua non* opiekę (usługi) medyczne – ochrony zdrowia, dlatego ważne jest przyjęcie właściwej perspektywy i definicji takich usług. Na przestrzeni lat widać wyraźnie zmieniające się podejście do określenia usług świadczonych w sferze ochrony zdrowia.

Przyjmuje się od dawna, że mowa jest w takim przypadku o „świadczeniach zdrowotnych”, które unormowane są systemem prawnym. W ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 roku podaje się nie tylko samą definicję takich świadczeń, lecz wymienia się także ich katalog. Uznaje się więc działania, które służą zachowaniu ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Dodaje się także te

---

<sup>57</sup> The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, WHO 2000, s. 5 i n.

<sup>58</sup> M. Osak, Usługi społeczne w sferze zdrowia – kierunki prywatnego uczestnictwa, [w:] M. Grewiński, B. Więckowska, Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, Warszawa 2011, s. 74 i n.

działania medyczne, które stanowią element procesu leczenia oraz określone są i regulowane odrębnymi zasadami ich wykonywania wobec pacjenta.<sup>59</sup> Kolejne ustawy (np. z 27 sierpnia 2004) roku pozostają już przy samej definicji nie przywołując katalogu. Może to stanowić przekonanie o tym, że bogactwo działań podejmowanych w celu przywrócenia zdrowia, poprawy jakości życia czy usamodzielnienia się pacjenta, uniemożliwia ich zwykłą i jednoznaczną katalogizację.<sup>60</sup>

Pomoc i opieka w pionie podległym resortowi zdrowia jest świadczona w trzech podstawowych formach:

## 1. Zakłady stacjonarne

---

Świadczenia opiekuńcze mają być w tym ujęciu oferowane poszpitalnie pacjentom, którzy nie są w stanie podjąć samodzielnego życia. Do istotnych celów takiego zakładu należy edukacja chorego i jego rodziny dla osiągnięcia możliwie najwyższego stopnia samodzielności w środowisku zamieszkania, o ile to możliwe.

Placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze mają również stawiać sobie za cel odnośnie podopiecznych (pacjentów):

- A. poprawę stanu ich zdrowia
- B. zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia
- C. aktywizację i usprawnienie ruchowe
- D. zapewnienie bezpieczeństwa i opieki
- E. uzyskanie maksymalnej samodzielności i niezależności
- F. umacnianie zdrowia
- G. przygotowanie chorego i jego rodziny – opiekunów, bliskich do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych<sup>61</sup>
- H. pomoc w zakresie powrotu chorego do aktywnego życia w społeczeństwie i rodzinie.

---

<sup>59</sup> Dz. U. 2007 nr 14 poz. 89 z późn. zm.

<sup>60</sup> M. Osak, usługi, dz. cyt. s. 76.

<sup>61</sup> Organizacja zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, Ministerstwo Zdrowia Warszawa 1999. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zpo\\_stand.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zpo_stand.pdf), s. 5-6.

Widać jednak, że natura zarówno samej pomocy jak i całej instytucji wyraża się w swoistych oddziaływaniach na rzecz polepszenia jakości i samodzielności w życiu pacjenta. Dotyczy to zaledwie pewnego odsetka osób – pacjentów, których stan zdrowia (choroby) upoważnia do rokowania nadziei na polepszenie sytuacji oraz usprawnienie pozwalające na powrót do środowiska zamieszkania.<sup>62</sup>

Zarazem jednak w systemie ochrony zdrowia wymienia się też sytuacje, w których dość trudno dopatrzeć się szans na powrót do stanu samodzielności.

Warto przytoczyć tu pełen katalog:

- a) ze schorzeniami neurologicznymi
  - z chorobami naczyń mózgu
  - po udarze mózgu<sup>63</sup>
  - z zespołami otępiennymi w tym z Chorobą Alzheimera
  - ze stwardnieniem rozsianym
  - z urazami rdzenia kręgowego
- b) z przewlekłe postępującymi chorobami mięśni i stawów
- c) po skomplikowanych złamaniach i urazach
- d) z trudno gojącymi się ranami i odleżynami
- e) z zaburzeniami psychicznymi
- f) z upośledzeniem umysłowym
- g) ze schorzeniami geriatrycznymi<sup>64</sup>

Wydaje się, że zwłaszcza osoby wymienione w punkcie g, czyli osoby ze schorzeniami geriatrycznymi, ale i niektórzy chorzy innych grup mają mizerne szanse, z uwagi na naturę ich dolegliwości na powrót do funkcjonowania w warunkach domowych. Są to raczej kandydaci do ewentualnego przejścia pod opiekę zakładów z systemu pomocy społecznej. Musimy bowiem pamiętać, że dokonana przez urzędników Ministerstwa zdrowia klasyfikacja, tak precyzyjna i klarowna, w praktyce ulega zakłóceniu. Często bowiem powstaje komplikacja w postaci zde-

---

<sup>62</sup> Por. E. Kamusieńska, Teraźniejszość i przyszłość w życiu starszych osób z niepełnosprawnością z powodu przebytego udaru mózgu, [w:] Gerontologia Polska 3(2014), s. 135-142.

<sup>63</sup> Tamże.

<sup>64</sup> Organizacja zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, Ministerstwo Zdrowia Warszawa 1999. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zpo\\_stand.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zpo_stand.pdf), s. 5-6

rzenia dwóch kategorii w jednej osobie. Najprostszą, ale i najczęstszą koincydencją będzie dodanie do jednej z kategorii (np. udar mózgu) komponenty podeszłego wieku, co drastycznie zmienia i rokowania dotyczące powrotu do zdrowia jak i samodzielnej egzystencji w warunkach domowych.

Bardzo godne pochwały jest zaznaczenie w omawianym dokumencie ważnej roli zachowania godności pacjenta, jego intymności i poszanowania wartości ludzkich.

Z zacytowanego spisu kategorii pacjentów jak i z medycznego charakteru tych placówek wynika charakter udzielanej tam pomocy choremu potrzebującemu stałej profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. W zakres świadczonej pomocy wchodzi inwazyjne i nieinwazyjne podtrzymanie funkcji oddechowych, rehabilitacji ruchowej, profilaktyki przeciw odleżynowej, a także opieki psychologicznej i aktywizacji.

Na zakładach stacjonarnych ciąży obowiązek zapewnienia całodobowej opieki i pielęgnacji podopiecznym, ze szczególnym obowiązkiem zachowania bezpieczeństwa.

W opublikowanym stosunkowo krótko po cytowanym powyżej tekście Ministra Zdrowia raporcie Najwyższej Izby Kontroli pod tytułem „Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych”<sup>65</sup> z marca 2010 znajdujemy krytyczne uwagi pod adresem tych placówek. Jest to o tyle istotne, że kontroli poddano 53 ZOL. Najważniejszym zastrzeżeniem NIK było, nie przestrzeganie zasad o czasowym pobycie pacjentów w tych placówkach i to mimo istotnych medycznych wskazań do kontynuowania tej formy opieki długoterminowej. Przy czym zalecenie pokontrolne wzywało do stworzenia form kontroli tego aspektu.

Warto tu nadmienić, że przyczyną podjęcia tej kontroli były zastrzeżenia zgłaszane w mediach o nieprawidłowościach w tym zakresie skutkujących długim terminem oczekiwania na miejsce w ZOL. Pozostałe zastrzeżenia dotyczyły nie-

---

<sup>65</sup> Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych, Warszawa 2010.

prawidłowości w rozliczaniu świadczonych usług, nierzetelności w prowadzeniu medycznych i winą za te nieprawidłowości obarczono organy prowadzące.

Trudno, po lekturze tego raportu, oprzeć się wrażeniu, że zasadniczym źródłem tych nieprawidłowości jest zbyt mała liczba tego typu placówek w stosunku do rosnącego zapotrzebowania. Podobnie brak miejsc w zakładach udzielających tego typu pomocy w sposób permanentny.

## 2. Opieka domowa wspierana przez pielęgniarkę domową opieki długoterminowej

---

Jest to forma kontynuacji opieki stacjonarnej, a zarazem etap osiągnięcia docelowego powrotu do samodzielnego funkcjonowania.

Pomoc w tej formie jest udzielana przewlekle chorym, którzy nie wymagają hospitalizowania i nie wymagają całodobowej opieki medycznej, ale ze względu na specyfikę schorzenia wymagają systematycznej specjalistycznej opieki pielęgniarskiej (np. kroplowy wlew dożylny wykonywanie opatrunków, karmienie przez zgłębnik lub przez przetokę, pielęgnacja przetoki, założenie i usunięcie cewnika, płukanie pęcherza moczowego, pielęgnację w związku z założoną rurką tracheotomijną).

Ponadto pielęgniarka opieki długoterminowej kontynuuje przygotowanie chorego i jego opiekunów do samoopieki i samopielęgnacji. Pomoc jest świadczona w dni pracujące tygodnia w godzinach dziennych (od 8 do 20), ale w sytuacjach szczególnie uzasadnionych świadczona jest też w dni wolne od pracy. Pacjent może liczyć na co najmniej 4 wizyty w tygodniu. Do jej zadań należy pomoc w organizacji opieki również w zakresie organizacji sprzętu medycznego i badań kontrolnych.

W przypadku chorych mniej wymagających, nie kwalifikujących się do opieki długoterminowej, pewne formy takiej opieki mogą być świadczone w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej przez pielęgniarki środowiskowe w porozumieniu i z udziałem lekarza POZ.

### 3. Opieka hospicyjna i paliatywna

---

Tworem niełatwym do klasyfikacji są hospicja zarówno domowe jak i stacjonarne. Ze względu na sposób finansowania znajdują się one poza systemem opieki zdrowotnej, z drugiej jednak strony ze względu na rodzaj świadczonych usług w tym na funkcjonowaniu opieki hospicyjnej w systemie opieki paliatywnej i niezbędnego w niej udziału lekarzy, muszą funkcjonować w ścisłym związku z opieką medyczną. Idea hospicyjna tak stacjonarna jak domowa jest skoncentrowana na godnym umieraniu. Obejmuje więc chorych w stanach terminalnych. Zasadniczą część podopiecznych stanowią chorzy onkologiczni. Można wyróżnić dwie formy organizacyjne, o których już wspomniano: hospicja stacjonarne z całodobową opieką pielęgniarską i lekarską, oraz hospicja domowe, które zapewniają wsparcie (głównie na zasadach wolontariatu) chorym przebywającym w warunkach domowych.

Jak już wspomniano jest to forma towarzyszenia chorym terminalnym w ostatnich chwilach ich życia (które to chwile mogą trwać bardzo długo) i jedną z cech tej opieki jest działanie paliatywne czyli ukierunkowane na uwolnienie chorego od zbędnego bólu.

Co do poziomu opieki paliatywnej w Polsce trwają wciąż dyskusje. Tworzą się wciąż nowe i rozwijające się organizacje, instytucje czy podmioty świadczące wysokiej jakości usługi dla osób starszych, w tym usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze, wspierające, lecznicze i – jako szczególny rodzaj opieki – paliatywnej

Wszystkie natomiast muszą zapewnić odpowiednie podejście i opiekę, którą zwłaszcza w kontekście hospicyjnych i paliatywnym możemy rozumieć jako „ustawiczną pomoc w zaspokajaniu materialno-psychofizycznych potrzeb w ramach planowo i świadomie zorganizowanych czynności opiekuńczych, czynności świadczonych w tych wszystkich sytuacjach życiowych, w których ludzie nie umieją albo nie mają dostatecznych warunków i zasobu sił, aby samodzielnie zaspokoić swoje potrzeby psychofizyczne, chociażby w podstawowym zakresie”.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Jest to kolejna z wielu definicji opieki, także wpisująca się w dziedzinę opieki długoterminowej. Dla potrzeb pracy nie poddawano jej w poprzednich paragrafach celem uniknięcia powtórzeń. Por. E. Trempała, *Opieka i wychowanie* [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa 1997, s. 479.

Dr Aleksandra Ciałkowska-Rysz konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej w roku 2013<sup>67</sup> powołując się na badania monitoringowe medycyny paliatywnej prowadzone w roku 2011 przez Worldwide Palliative Care Alliance<sup>68</sup>, ocenia wysoko polski system tej opieki. Według danych tej diagnozy Polska znajduje się w grupie Ivb, co oznacza najwyższy poziom opieki paliatywnej.

Prowadzona w tym samym czasie ocena na zlecenie Parlamentu Europejskiego Polska znalazła się na 5 miejscu w Europie, Do tych pozytywnych ocen dodano jednak zastrzeżenia. Po pierwsze wskazano na zbyt niskie finansowanie (leki paliatywne jako leki podlegają kontroli i finansowaniu przez NFZ) oraz zbyt późną kwalifikację do tej formy leczenia.

Niemniej istotnym wyróżnikiem opieki paliatywnej jest zwłaszcza doświadczenie niesienia pomocy i opieki nie tylko w „fizycznej sferze życia, związanej ze zamianami na poziomie somatycznym, ale również w innych sferach – społecznej, psychicznej i duchowej, w których współczesna medycyna niewiele jest w stanie zrobić”.<sup>69</sup>

Oprócz ruchu hospicyjnego medycyna paliatywną, która jest niewątpliwie formą opieki długoterminowej, jest również świadczona (już całkowicie w ramach systemu opieki zdrowotnej) w ramach:

- Oddziałów szpitalnych medycyny paliatywnej
- Oddziałów dziennych medycyny paliatywnej
- Poradnie paliatywne (pod różnymi nazwami)

Kolejną kwestią związaną z opieką długoterminową w systemie zdrowia jest rehabilitacja geriatryczna i pourazowa, której celem jest przywrócenie albo też utrzymywanie w jak najlepszej sprawności osób w podeszłym wieku.

---

<sup>67</sup> A. Ciałkowska-Rysz, Medycyna paliatywna – potrzebna jest zmiana stereotypów [w:] Gazeta lekarska 6/2013

<sup>68</sup> „Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011”

<sup>69</sup> Zainterenowanych tą tematyką kieruję do opracowań p. dr Justyny Deręgowskiej. Przywołany cytat pochodzi z: J. Deręgowska, Nowe schematy opieki nad seniorem w świetle założeń współczesnej opieki paliatywnej, [w:] A. Stogowski, S. Dzięgielewska-Gęsiak, Indywidualne..., dz. cyt., s. 117-130.

Dotyczy to np. poprawy funkcjonalności danego układu, łagodzenie bólu, profilaktyka upadków oraz unieruchomień, zwiększenie stopnia samodzielności pacjenta (podopiecznego) itp.

Ochrona w takim systemie obejmowałaby zatem zagadnienia: fizjoterapii, ergoterapii, terapii zajęciowych, psychoterapii, lecz również „dobór sprzętu ortopedycznego, dobór odzieży i bezpiecznego obuwia oraz aktywność społeczną”.<sup>70</sup>

Wzmocnienie działań opiekuńczych w systemie zdrowia wymaga ścisłej współpracy z innymi działaniami podejmowanymi w dziedzinach pozamedycznych.

Dlatego właśnie środowiska polskich gerontologów i geriatrów od lat nawołują do budowania interdyscyplinarnych zespołów geriatrycznych, które podejmowałyby się kompleksowych działań uwzględniających holistyczne psychoduchowe i fizyczno-emocjonalne podejście do pacjenta geriatrycznego.<sup>71</sup>

Dobrostan życia człowieka, jakość jego życia zarówno w ujęciu obiektywnym jak i indywidualnie odczuwanym wymagają wykraczania poza zwykłe schematy i podziały oraz umiejętne zintegrowanie różnych dziedzin od medycznych poprzez pielęgnacyjne i rehabilitacyjne po aktywizujące i duchowe. Dotyczy to człowieka w każdej fazie rozwojowej, a ze względu na zwiększone potrzeby opiekuńcze – zwłaszcza w ostatniej fazie rozwojowej – starości.

---

<sup>70</sup> A. Batko-Szwaczka, I. Otremba (i inni), Uwarunkowania kliniczne i czynnościowe rehabilitacji pacjentów oddziału geriatrycznego, [w:] Gerontologia Polska 3(2014), s. 147.

<sup>71</sup> Tamże. Prace te od wielu lat pojawiają się na łamach różnych czasopism naukowych i stanowią jeden z ważniejszych celów prac członków wielu stowarzyszeń i towarzystw naukowych (np. Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego).



## 4. Opieka długoterminowa w systemie pomocy społecznej i dostępność do świadczeń opieki długoterminowej

**D**omy pomocy społecznej stanowią formę pomocy oferowanej dla osób niebędących w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych (Alltagskompetenzen) i wymagających do tego stałej opieki innych osób oraz:

- a) nie mogących otrzymać niezbędnej opieki, pielęgnacji i wsparcia umożliwiających im pozostanie w ich miejscu zamieszkania;
- b) wymagających całodobowej opieki z powodu niesamodzielności, stanu zdrowia lub też niepełnosprawności;

Domy pomocy społecznej działają w oparciu o uchwały i rozporządzenia właściwego ministra<sup>72</sup> i są placówkami przeznaczonymi dla osób, które z uwagi na posiadane schorzenia, podeszły wiek, niesamodzielność lub niepełnosprawność – przy nie posiadaniu warunków środowiskowych lub rodzinnych (w tym: mieszkanie, środki materialne etc.), umożliwiających utrzymanie w miarę samodzielnej egzystencji – wymagają stałej opieki.

Domy Pomocy Społecznej dostarczają mieszkańcom usługi opiekuńcze, bytowe, wspomagające oraz aktywizujące w różnych obszarach życia, np. edukacyjnie, duchowo-religijnie, estetycznie, społecznie, artystycznie. Formy i zakres stosowania takich usług uzależniony jest od potrzeb społeczności danego domu

---

<sup>72</sup> Zaliczamy do nich m.in.: Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 z późniejszymi zmianami), Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837). Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późniejszymi zmianami). Przepisów prawnych dotyczących jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, samorządowych jednostek organizacyjnych i jednostek budżetowych. Ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 249, poz. 2104 z późniejszymi zmianami). oraz dokumenty strategiczne i operacyjne podejmowane przez samorządy lokalne w obszarze polityki społecznej, w tym pomocy społecznej oraz zdrowotnej, rozwiązywania problemów społecznych, strategii rozwoju gmin i powiatów etc.

(i indywidualnego mieszkańca!) z zachowaniem wyznaczanych standardów ich świadczenia.

Fundamentalną regułą kształtującą funkcjonowanie domów pomocy społecznej jest poszanowanie godności jej mieszkańców. Sfera ta obejmuje sobą także zasadę poszanowania intymności, zachowania bezpieczeństwa uwzględniając stan zdrowia, samodzielności i potrzeb pielęgnacyjnych, medycznych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych etc. mieszkańca.<sup>73</sup>

Zadaniem ustalenia stopnia potrzeb każdego mieszkańca dps zajmują się zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej<sup>74</sup> powołane do tego i funkcjonujące w ramach każdego standaryzowanego dps zespoły terapeutyczno-opiekuńcze.

To samo rozporządzenie wyróżnia następujące typy domów pomocy społecznej dla osób:

- a) w podeszłym wieku
- b) przewlekle psychicznie chorych
- c) przewlekle somatycznie chorych
- d) niepełnosprawnych fizycznie

oraz dla:

- e) dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami intelektualnymi
- f) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie<sup>75</sup>

Autorzy opracowania *Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim* słusznie zauważają, że w praktyce z zachowaniem stosownych rozporządzeń łączy się wymienione wyżej rodzaje dps w następujący sposób:

- „1) dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych;
- 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;

---

<sup>73</sup> Por. Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z późn. zm.) Art.: 55.

<sup>74</sup> Pkt 2, 3, 4.

<sup>75</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012 poz. 964).

- 3) dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 4) dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Bądź w inny sposób, pod warunkiem usytuowania każdego z nich w odrębnym budynku<sup>76</sup> z zachowaniem jednakże zasady nie stosowania barier architektonicznych ani w samym budynku ani wokół niego oraz ułatwiania przemieszczania się i przemieszczania mieszkańców pomiędzy poziomami przy zastosowaniu odpowiednich urządzeń dźwigowych (np. winda) umożliwiających transport osób unieruchomionych i/lub posiadających niepełnosprawności utrudniające poruszanie się.

#### PNADGMINNE DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ W POLSCE



<sup>76</sup> ROPS Białystok, Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim, Białystok 2013-14, s. 10.

Dla lepszego zilustrowania dostępności i zapotrzebowania na opiekę długoterminową w szeroko rozumianym systemie polityki społecznej, zwłaszcza pomocy społecznej warto posłużyć się następującymi danymi.<sup>77</sup>

Niezwykle cenną informacją w kontekście drugiej części opracowania jest fakt, że w dane MPiPS za 2014 wraz z prognozą na rok 2015 w tablicy 28-8 dotyczącej domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu wykazują na terenie całego kraju wynik zerowy.

Utworzenie zatem oddziału dla osób uzależnionych jest niewątpliwym milowym krokiem naprzód we wspieraniu osób w opiece długoterminowej.

#### GMINNE DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ W POLSCE



<sup>77</sup> Dane pochodzą z opracowania MPiPS-05 za rok 2014 i z prognozami na 2015 – stan na dzień 30.09.2015.

**BILANS LICZBY MIEJSC W PONADGMINNYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ  
ZA 2014 r. I PLANOWANE ZWIĘKSZENIE LICZBY MIEJSC W 2015 r.**

| WYSZCZEGÓLNIENIE  | OGÓŁEM<br>LICZBA MIEJSC<br>(2+3) | z tego w domach: |                             |
|---|----------------------------------|------------------|-----------------------------|
|   |                                  | SAMORZĄDÓW       | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0   | 1                                | 2                | 3                           |
| 1. STAN NA DZIEŃ 31 GRUDNIA<br>2013 r.                                  | 77 608                           | 63 486           | 14 122                      |
| 2. OGÓŁEM ZWIĘKSZENIA W 2014 r<br>(a+b+c), z tego:                      | 748                              | 625              | 123                         |
| a) z adaptacji i remontów   | 218                              | 203              | 15                          |
| b) z inwestycji   | 186                              | 186              |                             |
| c) inne   | 344                              | 236              | 108                         |
| 3. OGÓŁEM ZMNIEJSZENIA W 2014<br>r. (a+b+c), z tego:                    | 448                              | 219              | 229                         |
| a) z powodu rozgęszczenia   | 10                               | 10               |                             |
| b) przekazania innym podmiotom  | 243                              | 21               | 222                         |
| c) inne   | 195                              | 188              | 7                           |
| 4. RÓŻNICA (2 - 3)  | 300                              | 406              | -106                        |
| 5. STAN NA DZIEŃ 31 GRUDNIA<br>2014 r. (1 + 2 - 3 = 1 + 4)              | 77 908                           | 63 892           | 14 016                      |
| 6. PLANOWANE ZWIĘKSZENIE<br>LICZBY MIEJSC W 2014 r. (a + b),<br>z tego: | 145                              | 83               | 62                          |
| a) w I półroczu (1+2+3)   | 103                              | 43               | 60                          |
| z tego:<br>1) z adaptacji i remontów                                    | 8                                | 8                |                             |

| WYSZCZEGÓLNIENIE                     | OGÓŁEM<br>LICZBA MIEJSC<br>(2+3) | z tego w domach: |                             |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------|-----------------------------|
|                                      |                                  | SAMORZĄDÓW       | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0                                    | 1                                | 2                | 3                           |
| 2) z inwestycji                      |                                  |                  |                             |
| 3) inne                              | 95                               | 35               | 60                          |
| b) w II półroczu (1+2+3)             | 42                               | 40               | 2                           |
| z tego:<br>1) z adaptacji i remontów | 2                                |                  | 2                           |
| 2) z inwestycji                      | 40                               | 40               |                             |
| 3) inne                              |                                  |                  |                             |

OGÓŁEM LICZBA OSÓB UMIESZCZONYCH W PONADGMINNYCH  
DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ W 2014 r. ORAZ OCZEKUJĄCYCH  
NA UMIESZCZENIE WG STANU NA DZIEŃ 31 XII 2014 r.

| OSOBY  | LICZBA OSÓB<br>UMIESZCZONYCH<br>W PONADGMIN.<br>DPS-ach w 2014 r. | LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH<br>NA UMIESZCZENIE WG STANU<br>NA DZIEŃ 31 XII 2014 r. |
|--|---|---|
| 0  | 1   | 2   |
| OGÓŁEM (1+2+3+4+5+6+7),<br>z tego:                     | 10 444  | 7 228   |
| 1) osoby w podeszłym wieku                             | 2 990   | 1 620   |
| 2) osoby przewlekle somatycznie chore                  | 4 530   | 2 920   |
| 3) osoby przewlekle psychicznie chore                  | 1 726   | 1 931   |
| 4) osoby dorosłe niepełnosprawne<br>intelektualnie     | 676   | 538   |
| 5) dzieci i młodzież niepełnosprawne<br>intelektualnie | 193   | 45  |

| OSOBY                              | LICZBA OSÓB UMIESZCZONYCH W PONADGMIN. DPS-ach w 2014 r. | LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH NA UMIESZCZENIE WG STANU NA DZIEŃ 31 XII 2014 r. |
|------------------------------------|--|---|
| 0                                  | 1  | 2   |
| 6) osoby niepełnosprawne fizycznie | 317  | 170   |
| 7) osoby uzależnione od alkoholu   | 12   | 4   |

**BILANS LICZBY MIEJSC W PONADGMINNYCH DOMACH  
POMOCY SPOŁECZNEJ OGÓŁEM  
WG STANU NA DZIEŃ 31. XII. 2014 r.<sup>78</sup>**

| LP     | WOJEWÓDZTWO        | STAN NA DZIEŃ<br>31.XII.2013r. | ZWIĘKSZENIA<br>W 2014 r. |                           |              |      | ZMNIJSZENIA<br>W 2014 r. |                          |                           |      | Różnica<br>(2-6) | STAN NA 31.XII.2014r.<br>(1+2-6=1+10) |
|--------|--------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|------|------------------|---------------------------------------|
|        |                    |                                | OGÓŁEM<br>(3+4+5)        | z adaptacji<br>i remontów | z inwestycji | inne | OGÓŁEM<br>(7+8+9)        | z powodu<br>rozgłoszenia | przekaz. in.<br>podmiotom | inne |                  |                                       |
|        | 0                  | 1                              | 2                        | 3                         | 4            | 5    | 6                        | 7                        | 8                         | 9    | 10               | 11                                    |
| 1<br>5 | Wielko-<br>polskie | 6 313                          | 5                        | 5                         |              |      | 25                       |                          | 21                        | 4    | -20              | 6 293                                 |

<sup>78</sup> Zgodnie z prognozami zaplanowano zwiększenie miejsc o kolejne 42. Tamże.

PROCENTOWY WSKAŹNIK ZASPOKOJENIA POTRZEB OSÓB OCZEKUJĄCYCH  
NA UMIESZCZENIE W PONADGMINNYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ  
OGÓŁEM WG STANU NA DZIEŃ 31.XII.2014 r.

| LP            | WOJEWODZTWO          | LICZBA OSÓB                             |  | PROCENTOWY<br>WSKAŹNIK<br>ZASPOKOJENIA<br>POTRZEB |
|---------------|----------------------|---|--|---|
|               |                      | UMIESZCZONYCH<br>W DPS-ACH<br>W 2014 r. | OCZEKUJĄCYCH<br>NA UMIESZCZENIE<br>STAN NA<br>31.XII.2014 r. |   |
|               | 0                    | 1                                       | 2  | 3   |
| 01            | Dolnośląskie         | 825                                     | 802  | 50,7  |
| 02            | Kujawsko-Pomorskie   | 491                                     | 308  | 61,4  |
| 03            | Lubelskie            | 573                                     | 203  | 73,8  |
| 04            | Lubuskie             | 406                                     | 318  | 56,1  |
| 05            | Łódzkie              | 1 013                                   | 229  | 81,6  |
| 06            | Małopolskie          | 1 052                                   | 232  | 81,9  |
| 07            | Mazowieckie          | 1 088                                   | 720  | 60,2  |
| 08            | Opolskie             | 385                                     | 183  | 67,8  |
| 09            | Podkarpackie         | 576                                     | 33   | 94,6  |
| 10            | Podlaskie            | 261                                     | 209  | 55,5  |
| 11            | Pomorskie            | 432                                     | 380  | 53,2  |
| 12            | Śląskie              | 1 120                                   | 1 783  | 38,6  |
| 13            | Świętokrzyskie       | 364                                     | 270  | 57,4  |
| 14            | Warmińsko-Mazurskie  | 423                                     | 301  | 58,4  |
| <b>15</b>     | <b>Wielkopolskie</b> | <b>936</b>                              | <b>595</b>   | <b>61,1</b>                                       |
| 16            | Zachodniopomorskie   | 499                                     | 662  | 43,0  |
| P o l s k a : |                      | 10 444                                  | 7 228  | 62,2  |



PROCENTOWY WSKAŹNIK ZASPOKOJENIA POTRZEB OSÓB OCZEKUJĄCYCH  
NA UMIESZCZENIE W GMINNYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ  
OGÓŁEM WG STANU NA DZIEŃ 31.XII.2014 r.

| LP            | WOJEWODZTWO          | LICZBA OSÓB                         |   | PROCENTOWY<br>WSKAŹNIK<br>ZASPOKOJENIA<br>POTRZEB |
|---------------|----------------------|-------------------------------------|---|---|
|               |                      | UMIESZCZONYCH<br>W DPS-CH W 2014 r. | OCZEKUJĄCYCH<br>NA UMIESZCZENIE<br>STAN NA 31.XII.2014 r. |   |
|               | 0                    | 1                                   | 2   | 3   |
| 01            | Dolnośląskie         | 36                                  | 67  | 35,0  |
| 02            | Kujawsko-Pomorskie   |                                     |   |   |
| 03            | Lubelskie            |                                     |   |   |
| 04            | Lubuskie             |                                     |   |   |
| 05            | Łódzkie              |                                     |   |   |
| 06            | Małopolskie          | 26                                  | 4   | 86,7  |
| 07            | Mazowieckie          | 16                                  |   | 100,0   |
| 08            | Opolskie             | 12                                  | 1   | 92,3  |
| 09            | Podkarpackie         |                                     |   |   |
| 10            | Podlaskie            |                                     |   |   |
| 11            | Pomorskie            | 48                                  | 63  | 43,2  |
| 12            | Śląskie              | 105                                 | 74  | 58,7  |
| 13            | Świętokrzyskie       | 19                                  |   | 100,0   |
| 14            | Warmińsko-Mazurskie  |                                     |   |   |
| <b>15</b>     | <b>Wielkopolskie</b> | <b>2</b>                            | <b>4</b>  | <b>33,33</b>                                      |
| 16            | Zachodniopomorskie   |                                     |   |   |
| P o l s k a : |                      | 264                                 | 213   | 68,7  |

Dla zapewnienia wysokiego poziomu świadczonych mieszkańcom dps usług określono ich standardy wraz z drogą kierowania, przekierowania, przyjmowania do dps ubiegających się o to osób.<sup>79</sup>

Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że budowa, rozwój i utrzymanie infrastruktury dps-ów o zasięgu ponadgminnym stanowi tzw. 'zadanie własne powiatu'. Z zachowaniem określonych standardów również samorządy gminne i wojewódzkie mogą prowadzić takie placówki.

Samorządy mogą zlecać prowadzenie takich domów organizacjom pozarządowym, osobom prawnym lub odpowiednim podmiotom Kościelnym prowadzącym działalność statutową w obszarze pomocy społecznej. Wraz ze zleceniem realizacji takiego zadania samorządy je finansują lub dofinansowują.

Jakikolwiek jednak podmiot czy instytucja pragnęłaby prowadzić dom pomocy społecznej, musi ubiegać się o tzw. wpis do rejestru wojewody właściwego<sup>80</sup> czyli uzyskanie pozwolenia. Pozwolenie takie udziela się wyłącznie jednostkom spełniającym ustalone w dokumentach oficjalnych (uchwała, rozporządzenie) standardy.<sup>81</sup>

Umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej odbywa się w określonej ustawowo procedurze.

Po pierwsze prawo zamieszkania w dps przysługuje osobie wymagającej stałej – całodobowej opieki. Osoba ta z podanych wyżej w opracowaniu przyczyn, nie potrafi samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb codziennych, a otoczenie w miejscu zamieszkania nie może jej tego zagwarantować.<sup>82</sup> Osoba taka powinna

---

<sup>79</sup> Ścisłe zasady przyjęcia do domu pomocy społecznej podaje art. 54 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2013 roku, poz. 182, z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 964, z późn. zm.) w paragrafie 8.

<sup>80</sup> Dotyczy to terenu województwa, na jakim prowadzony jest dany dps.

<sup>81</sup> Por. wspomniane już rozporządzenie ministra MPiPS z dnia 23.08.2012.

<sup>82</sup> P. Błędowski słusznie zauważa, że nie dotyczy to wyłącznie strony finansowej przedsięwzięcia, jakkolwiek strona materialna rodziny bądź opiekuna stanowi istotny element. Niezmiernie ważnym i niezwykle trudnym czynnikiem jest zorganizowanie takiej opieki w ramach posiadanych zasobów ludzkich (najczęściej jednego członka rodziny, lub całej rodziny, o wiele rzadziej przy współuczestnictwie przyjaciół, sąsiadów, wolontariuszy). Por. Strategie działania w starze-

zostać skierowana do domu pomocy społecznej uwzględniającego jej stan (por. typy domów pomocy społecznej), który znajduje się możliwie najbliżej dotychczasowego miejsca zamieszkania danej osoby.

Po drugie odpowiednie organy samorządowe (gmina ostatniego miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o przyjęcie do dps) wydaje odpowiednie skierowanie.<sup>83</sup>

Po trzecie – decyzja o umieszczeniu w danym domu pomocy społecznej zostaje wydana przez jednostkę samorządową prowadzącą ten dom<sup>84</sup> wraz z ustaleniem wysokości opłat za pobyt w danym DPS.<sup>85</sup>

Za każdym razem pobyt w dps wymaga również zgody osoby zainteresowanej lub jej prawnego przedstawiciela.

Koszt utrzymania mieszkańca w danym domu pomocy społecznej obejmuje:

- a) kwotę rocznych kosztów działalności domu (utrzymanie mieszkańców) z roku poprzedniego,
- b) prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjęty w ustawie budżetowej na dany rok kalendarzowy,

---

jącym się społeczeństwie, dz. cyt, s. 58 i n.

<sup>83</sup> Wydaje się ono po uprzednim wpłynięciu podania, przeprowadzeniu przez pracowników socjalnych wywiadu środowiskowego i stwierdzeniu niemożliwości zapewnienia podstawowych usług opiekuńczych przez środowisko zamieszkania danej osoby. W przypadkach szczególnych, np. nie wyrażenia przez opiekuna prawnego zgody na umieszczenie podopiecznego w dps lub gdy osoba, której dotyczy sprawa posiada wyraźne niepełnosprawności psychiczne (intelektualne, umysłowe), właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ośrodek pomocy społecznej może wystąpić do sądu rodzinnego o przyjęcie osoby do dps. Jednakże może się do odbyć w przypadku sytuacji wyraźnie zagrażającej zdrowiu lub życiu osoby, dla której ubiega się o skierowanie do dps.

<sup>84</sup> Dotyczy to więc w zależności od tego czy dom jest gminny czy ponadgminny – gminy lub władz starostwa powiatowego, a w przypadku ponalokalnych-regionalnych dpsów – decyzja ta należy do Marszałka województwa, na terenie którego znajduje się przyjmujący dps.

<sup>85</sup> Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w każdym domu pomocy społecznej musi być ogłoszony w wojewódzkim dzienniku urzędowym nie później niż do dnia 31 marca każdego roku. Koszta te są ustalane przez wójta, burmistrza lub prezydenta (w przypadku domów gminnych) lub starostę albo marszałka województwa (w przypadku domów – odpowiednio: ponadgminnych lub wojewódzkich). Por. Art 60 Ustawy o pomocy społecznej.

podzieloną przez liczbę miejsc, ustaloną jako sumę rzeczywistej liczby mieszkańców w poszczególnych miesiącach roku poprzedniego

Koszt ten natomiast nie obejmuje tzw. kosztów inwestycyjnych, wydatków bieżących na remonty i zakupy związane z realizacją programu naprawczego etc.<sup>86</sup>

Oplata ponoszona przez mieszkańca nie może zgodnie z ustawą przekroczyć 70% jego dochodów – najczęściej dotyczy to emerytury lub renty. Ze względu na wyraźne różnice pomiędzy uzyskiwanymi przez kierowaną do dps osobę dochodami a kosztami jej utrzymania w placówce – pozostała różnica zostaje pokryta albo przez członków rodziny (z zachowaniem następstwa zstępujący i wstępujący) lub przez kierującą gminę. W realiach polskich jedynie niewielki odsetek osób jest w stanie pokryć całkowity koszt pobytu w dps, dlatego skierowanie osoby do dps jest każdorazowo wyraźnym obciążeniem albo budżetów domowych albo (najczęściej) gminnych.<sup>87</sup>

Wysokość opłaty uchwalana jest jako decyzja administracyjnej w odniesieniu do wysokości opłaty ponoszonej przez mieszkańca. Pozostała kwota ustalana jest umownie (na podstawie umowy) z rodziną i pozostałymi podmiotami – gminą, która kieruje i przekazuje środki do jednostki prowadzącej dany dps.

Ustawa z 2004 roku dała możliwość kierowania osoby do placówki, z którą umowę zawarł NFZ. Dotyczy to placówek mogących świadczyć opiekę długoterminową jako świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych (tzw. ZOL-e) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (tzw. ZPO). W takim przypadku standardy (a więc zakres i sposób realizacji gwarantowanych usług) precyzuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140 poz. 1147 ze zm.). Koszty natomiast związane z odpłatnością za pobyt w takiej placówce podaje się w oparciu o Ustawę

---

<sup>86</sup> Tamże.

<sup>87</sup> Por. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie, dz. cyt, ss. 59n. Nie pomogło tu nawet wyraźna zachęta kierowana przez ustawodawcę do organizowania usług środowiskowych. Kwestia ta powracała także w 2010 i w 2012 roku w raportach dotyczących nie samodzielności i ubezpieczeń od niesamodzielności przygotowywanych m.in. przez zespół Senatora Mieczysława Augustyna.

z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.). W paragrafie 18 tej ustawy znajdziemy, że koszty te wynoszą 250% najniższej emerytury.

Pomiędzy dwoma wyżej wymienionymi sposobami wnoszenia opłat istnieje jednak znacząca różnica. W obu przypadkach mieszkańiec domu partycypuje w koszty utrzymania do 70% wysokości swoich poborów (dochodów). Pozostała kwota w przypadku pobytu w dps regulowana jest jak wspomniano umowami rodzina-gmina kierująca, natomiast w przypadku ZOL i ZPO jednostki muszą szukać brakującej kwoty 'na własną' rękę. Może to wymagać niejednokrotnie drastycznych cięć budżetowych, poszukiwania oszczędności i darowizn.<sup>88</sup>

Wielokrotnie ze względu na szczególne okoliczności uniemożliwiające uzyskiwania wyższej emerytury lub renty (zdarzenia losowe, niepełnosprawność, długotrwałe bezrobocie lub choroba) można osobę zwolnić z opłat częściowo lub całkowicie.

Osobom przebywającym w domach pomocy społecznej na podstawie skierowań datowanych sprzed 1 stycznia 2004 roku wysokość opłaty pokrywana jest z budżetu państwa w formie dotacji celowej na utrzymanie. Wysokość dotacji oblicza się wg wzoru: liczba osób, jakim przysługuje utrzymanie pomnożona przez miesięczne utrzymanie mieszkańca przez 12 miesięcy.

Jakkolwiek kwestie kierowania osób do domów pomocy społecznej czy też jednostek takich jak ZOL czy ZPO są jasne, to kwestia rosnących rokrocznie kosztów utrzymania osób wraz ze wzrastającą liczbą osób korzystających z usług opiekuńczych specjalistycznych i długoterminowych, stawia poważne zadania i wyzwania przed organizującymi i prowadzącymi domy pomocy społecznej.

Niedaleka przyszłość z pewnością wymagać będzie zmierzenia się z większym delegowaniem zadań opiekuńczych innym podmiotom oraz wspierania środowiskowych usług opiekuńczych. Niewątpliwie wyzwaniem będzie także budowanie infrastruktury i sieci usług prywatnych z jednoczesnym zapewnieniem świadczenia ich w wysokiej jakości. Dodatkowym elementem będzie dbanie

---

<sup>88</sup> Por. P. Błędowski, Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych, w: Strategie działania, dz. cyt., s. 58-61.

o wysoki stopień zatrudnienia w dps celem zachowania standardów oraz wysokiej jakości usług w opiece długoterminowej.

Dla zilustrowania dokonujących się zmian warto przyrzeć się następującym danym:<sup>89</sup>

OGÓŁEM MIESZKAŃCY PONADGMINNYCH DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ  
W PODZIALE NA MIESZKAŃCÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ SAMORZĄDÓW  
POWIATOWYCH I PODMIOTÓW NIEPUBLICZNYCH W 2014 r.

| WYSZCZEGÓLNIENIE  |    | OGÓŁEM<br>LICZBA<br>MIESZKAŃCÓW<br>(2+3) | z tego w domach:          |                             |
|---|----|--|---------------------------|-----------------------------|
|   |    |  | SAMORZĄDÓW<br>POWIATOWYCH | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0   |    | 1  | 2                         | 3                           |
| Wg stanu na dzień 31 XII 2013 r.                                  | 01 | 76 212                                   | 62 465                    | 13 747                      |
| Przyjętych w ciągu 2014 r.  | 02 | 10 740                                   | 8 981                     | 1 759                       |
| z tego:<br>wg starych przepisów                                   | 03 | 252                                      | 236                       | 16                          |
| wg nowych przepisów   | 04 | 10 488                                   | 8 745                     | 1 743                       |
| Odeszło w ciągu 2014 r.<br>(w. 06 do w. 09)                       | 05 | 10 272                                   | 8 457                     | 1 815                       |
| z tego: do innych placówek  | 06 | 1 017                                    | 668                       | 349                         |
| do rodziny  | 07 | 610                                      | 489                       | 121                         |
| usamodzielnionych   | 08 | 311                                      | 276                       | 35                          |
| zmarło  | 09 | 8 334                                    | 7 024                     | 1 310                       |
| Wg stanu na dzień 31 XII 2014 r.<br>(w.01+w.02-w.05) lub (w.12 do | 10 | 76 680                                   | 62 989                    | 13 691                      |

<sup>89</sup> Dane pochodzą z opracowania MPiPS-05 za rok 2014 i z prognozami na 2015 – stan na dzień 30.09.2015.

| WYSZCZEGÓLNIENIE  |    | OGÓŁEM<br>LICZBA<br>MIESZKAŃCÓW<br>(2+3) | z tego w domach:          |                             |
|---|----|--|---------------------------|-----------------------------|
|   |    |  | SAMORZĄDÓW<br>POWIATOWYCH | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0   |    | 1  | 2                         | 3                           |
| w.16) lub (w. 17+26)  |    |  |                           |                             |
| w tym: nieopuszczających łóżek  | 11 | 9 916                                    | 7 980                     | 1 936                       |
| Z wiersza 10 w wieku:   |    | <b>x</b>                                 | <b>x</b>                  | <b>x</b>                    |
| - do 18 lat   | 12 | 1 140                                    | 331                       | 809                         |
| - od 19 do 40 lat   | 13 | 10 579                                   | 7 444                     | 3 135                       |
| - od 41 do 60 lat   | 14 | 22 671                                   | 19 340                    | 3 331                       |
| - od 61 do 74 lat   | 15 | 19 621                                   | 17 223                    | 2 398                       |
| - powyżej 74 lat  | 16 | 22 669                                   | 18 651                    | 4 018                       |
| Z wiersza 10 przebywających na podstawie decyzji wydanej przed 1 stycznia 2004 r. (w.18+w.23)     | 17 | 34 050                                   | 27 665                    | 6 385                       |
| z tego: Opłacających pobyt  | 18 | 33 910                                   | 27 616                    | 6 294                       |
| z tego głównie z: emerytury, renty, renty socjalnej   | 19 | 31 494                                   | 25 457                    | 6 037                       |
| zasilku stałego   | 20 | 2 316                                    | 2 102                     | 214                         |
| przez członków rodziny  | 21 | 37                                       | 24                        | 13                          |
| innych źródeł   | 22 | 63                                       | 33                        | 30                          |
| Zwolnieni z odpłatności   | 23 | 140                                      | 49                        | 91                          |
| Opłacających pobyt w pełnej odpłatności   | 24 | 315                                      | 271                       | 44                          |
| Nie posiadających żadnych własnych dochodów, otrzymujących wsparcie finansowe z pomocy społecznej | 25 | 31                                       | 16                        | 15                          |

| WYSZCZEGÓLNIENIE   |    | OGÓŁEM<br>LICZBA<br>MIESZKAŃCÓW<br>(2+3) | z tego w domach:          |                             |
|--|----|--|---------------------------|-----------------------------|
|  |    |  | SAMORZĄDÓW<br>POWIATOWYCH | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0  |    | 1  | 2                         | 3                           |
| Z wiersza 10 przebywających na podstawie decyzji wydanej po 1 stycznia 2004 r. | 26 | 42 630                                   | 35 324                    | 7 306                       |
| w tym:   |    |  |                           |                             |
| Wnoszący opłatę za pobyt bez dopłaty gminy                                     | 27 | 1 542                                    | 1 046                     | 496                         |
| w tym opłata wnoszona przez:   |    |  |                           |                             |
| mieszkańca   | 28 | 509                                      | 345                       | 164                         |
| członków rodziny   | 29 | 26                                       | 4                         | 22                          |
| mieszkańca i członków rodziny  | 30 | 1 007                                    | 697                       | 310                         |
| Wnoszący opłatę za pobyt z dopłatą gminy                                       | 31 | 41 088                                   | 34 278                    | 6 810                       |
| w tym opłata wnoszona przez:   |    |  |                           |                             |
| mieszkańca   | 32 | 37 236                                   | 31 474                    | 5 762                       |
| członków rodziny   | 33 | 91                                       | 51                        | 40                          |
| mieszkańca i członków rodziny  | 34 | 3 268                                    | 2 520                     | 748                         |
| pełna odpłatność gminy   | 35 | 493                                      | 233                       | 260                         |
| Z wiersza 26 opłacających pobyt (w.28+w.30+w.32+w.34)                          | 36 | 42 020                                   | 35 036                    | 6 984                       |
| z tego głównie z:  |    |  |                           |                             |
| emerytury, renty, renty socjalnej  | 37 | 35 006                                   | 28 997                    | 6 009                       |
| zasiłku stałego  | 38 | 6 546                                    | 5 863                     | 683                         |
| innych źródeł  | 39 | 468                                      | 176                       | 292                         |



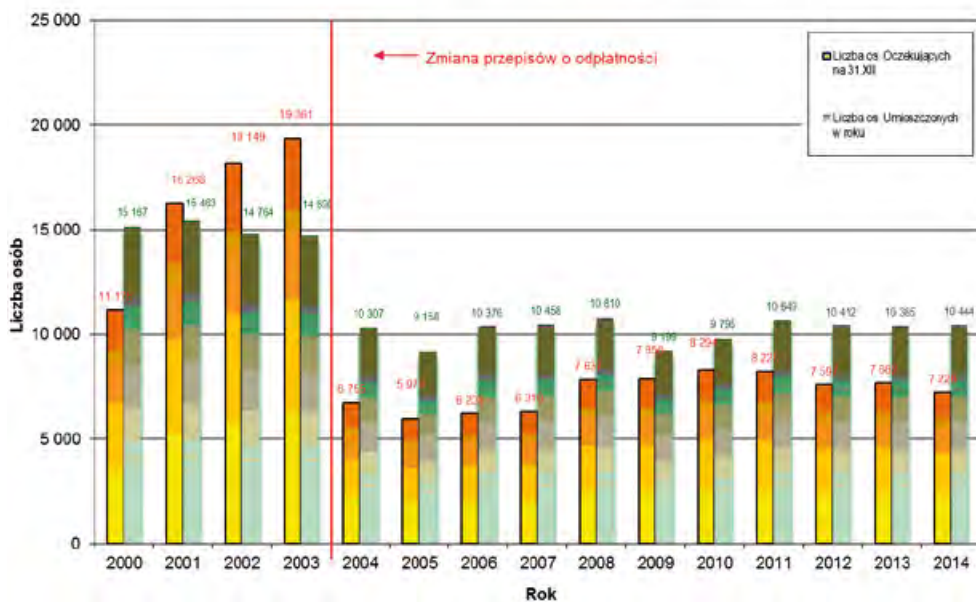
OGÓŁEM MIESZKAŃCY GMINNYCH DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ W PODZIALE  
NA MIESZKAŃCÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ SAMORZĄDÓW I  
PODMIOTÓW NIEPUBLICZNYCH W ROKU SPRAWOZDAWCZYM 2014 r.

| WYSZCZEGÓLNIENIE  |    | OGÓŁEM<br>LICZBA<br>MIESZKAŃCÓW<br>(2+3) | z tego w domach: |                             |
|---|----|--|------------------|-----------------------------|
|   |    |  | SAMORZĄDÓW       | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0   |    | 1  | 2                | 3                           |
| Wg stanu na dzień 31 XII 2013 r.  | 01 | 1 047                                    | 965              | 82                          |
| Przyjętych w ciągu 2014 r.  | 02 | 264                                      | 253              | 11                          |
| z tego:   | 03 |  |                  |                             |
| wg starych przepisów  |    |  |                  |                             |
| wg nowych przepisów   | 04 | 264                                      | 253              | 11                          |
| Odeszło w ciągu 2014 r.<br>(w. 06 do w. 09)   | 05 | 250                                      | 231              | 19                          |
| z tego:   | 06 | 35                                       | 29               | 6                           |
| do innych placówek  |    |  |                  |                             |
| do rodziny  | 07 | 29                                       | 28               | 1                           |
| usamodzielnionych   | 08 | 10                                       | 10               |                             |
| zmarło  | 09 | 176                                      | 164              | 12                          |
| Wg stanu na dzień 31 XII 2014 r.<br>(w.01+w.02-w.05) lub (w.12 do<br>w.16) lub (w. 17+26)           | 10 | 1 061                                    | 987              | 74                          |
| w tym:  | 11 | 142                                      | 131              | 11                          |
| nieopuszczających łóżek   |    |  |                  |                             |
| Z wiersza 10 w wieku:   |    | X  | x                | x                           |
| - do 18 lat   | 12 |  |                  |                             |
| - od 19 do 40 lat   | 13 | 17                                       | 17               |                             |
| - od 41 do 60 lat   | 14 | 106                                      | 102              | 4                           |
| - od 61 do 74 lat   | 15 | 272                                      | 246              | 26                          |
| - powyżej 74 lat  | 16 | 666                                      | 622              | 44                          |
| Z wiersza 10 przebywających na<br>podstawie decyzji wydanej przed 1<br>stycznia 2004 r. (w.18+w.23) | 17 | 38                                       | 33               | 5                           |
| z tego:   | 18 | 38                                       | 33               | 5                           |
| Oplacających pobyt  |    |  |                  |                             |

| WYSZCZEGÓLNIENIE   |    | OGÓŁEM<br>LICZBA<br>MIESZKAŃCÓW<br>(2+3) | z tego w domach: |                             |
|--|----|--|------------------|-----------------------------|
|  |    |  | SAMORZĄDÓW       | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0  |    | 1  | 2                | 3                           |
| z tego głównie z:<br>emerytury, renty, renty<br>socjalnej  | 19 | 33                                       | 28               | 5                           |
| zasiłku stałego  | 20 | 5  | 5                |                             |
| przez członków rodziny   | 21 |  |                  |                             |
| innych źródeł  | 22 |  |                  |                             |
| Zwolnieni z odpłatności  | 23 |  |                  |                             |
| Opłacających pobyt w pełnej<br>odpłatności   | 24 | 1  | 1                |                             |
| Nie posiadających żadnych<br>własnych dochodów,<br>otrzymujących wsparcie<br>finansowe z pomocy społecznej | 25 |  |                  |                             |
|  |    |  |                  |                             |
| Z wiersza 10 przebywających<br>na podstawie decyzji wydanej<br>po 1 stycznia 2004 r.                       | 26 | 1 023                                    | 954              | 69                          |
| w tym:<br>Wnoszący opłatę za pobyt<br>bez dopłaty gminy  | 27 | 52                                       | 52               |                             |
| w tym opłata wnoszona<br>przez:<br>mieszkańca  | 28 | 17                                       | 17               |                             |
| członków rodziny   | 29 |  |                  |                             |
| mieszkańca i członków<br>rodziny   | 30 | 35                                       | 35               |                             |
| Wnoszący opłatę za pobyt<br>z dopłatą gminy  | 31 | 971                                      | 902              | 69                          |
| w tym opłata wnoszona<br>przez:<br>mieszkańca  | 32 | 850                                      | 785              | 65                          |
| członków rodziny   | 33 |  |                  |                             |
| mieszkańca i członków<br>rodziny   | 34 | 119                                      | 115              | 4                           |

| WYSZCZEGÓLNIENIE   |    | OGÓŁEM<br>LICZBA<br>MIESZKAŃCÓW<br>(2+3) | z tego w domach: |                             |
|--|----|--|------------------|-----------------------------|
|  |    |  | SAMORZĄDÓW       | PODMIOTÓW<br>NIEPUBLICZNYCH |
| 0  |    | 1  | 2                | 3                           |
| pełna odpłatność gminy                                   | 35 | 2  | 2                |                             |
| Z wiersza 26 opłacających pobyt<br>(w.28+w.30+w.32+w.34) | 36 | 1 021                                    | 952              | 69                          |
| z tego głównie z:<br>emerytury, renty, renty socjalnej   | 37 | 889                                      | 833              | 56                          |
| zasiłku stałego  | 38 | 128                                      | 115              | 13                          |
| innych źródeł  | 39 | 4  | 4                |                             |

Ogółem liczba osób umieszczonych w ponadgminnych domach pomocy społecznej od roku 2000 - oraz oczekujących na umieszczenie wg stanu na dzień 31.XII.





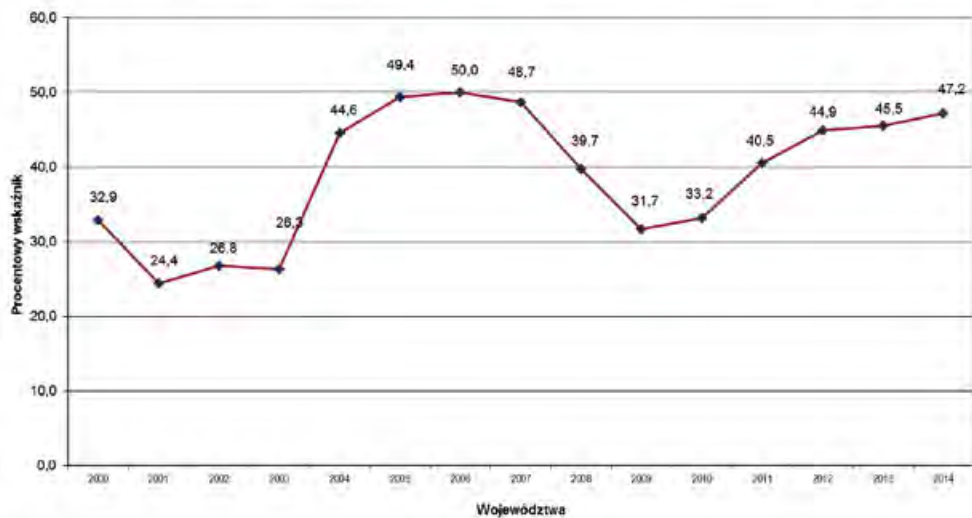
| LP             | 0 | ROK         |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------------|---|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                |   | 1           | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   | 11   | 12   | 13   | 14   | 15   |
|                |   | WOJEWÓDZTWO |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 13             |   | 32,9        | 34,5 | 28,8 | 23,4 | 76,0 | 89,2 | 83,9 | 77,1 | 74,0 | 61,6 | 59,4 | 69,2 | 67,7 | 65,2 | 56,7 |
| 14             |   | 16,2        | 22,6 | 16,9 | 28,9 | 57,8 | 66,2 | 27,3 | 46,0 | 42,2 | 21,9 | 48,5 | 48,7 | 41,0 | 40,5 | 50,4 |
| 15             |   | 35,9        | 31,5 | 51,5 | 32,6 | 92,2 | 82,6 | 80,3 | 50,3 | 57,3 | 50,6 | 43,3 | 56,3 | 58,2 | 60,3 | 50,6 |
| 16             |   | 12,2        | 22,4 | 11,0 | 5,7  | 24,3 | 29,0 | 19,5 | 52,7 | 25,8 | 18,5 | 24,4 | 24,6 | 24,1 | 29,5 | 16,2 |
| <b>POLSKA:</b> |   | 32,9        | 24,4 | 26,8 | 26,3 | 44,6 | 49,4 | 50,0 | 48,7 | 39,7 | 31,7 | 33,2 | 40,5 | 44,9 | 45,5 | 47,2 |

**ZMIANA PRZEPISÓW O ODPLATNOŚCI**

ZATRUDNIENIE 1W PONADGMINNYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ  
OD ROKU 2000

| ROK  | LICZBA<br>DOMÓW | PERSONEL W STACJONARNYCH JEDNOSTKACH POMOCY SPOŁECZNEJ |               |                           |           |
|------|-----------------|--|---------------|---------------------------|-----------|
|      |                 | ZATRUDNIENI<br>OGÓŁEM                                  | W TYM:        |                           |           |
|      |                 | (PEŁNE ETATY)  | ADMINISTRACJA | DZIAŁALNOŚĆ<br>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 |
| 2009 | 793             | 50 533,17  | 4 960,44      | 34 323,09                 | 11 249,64 |
| 2010 | 792             | 51 076,32  | 4 965,54      | 35 100,29                 | 11 010,49 |
| 2011 | 782             | 51 201,02  | 4 965,56      | 35 383,90                 | 10 851,56 |
| 2012 | 780             | 51 067,25  | 4 893,62      | 35 487,66                 | 10 685,97 |
| 2013 | 783             | 51 144,27  | 4 887,64      | 35 645,80                 | 10 610,83 |
| 2014 | 781             | 51 688,44  | 4 919,98      | 36 111,01                 | 10 657,45 |

PROCENTOWY WSKAŹNIK ZASPOKOJENIA POTRZEB OSÓB PRZEWLEKLE PSYCHICZNIE CHORYCH  
OCZEKUJĄCYCH NA UMIESZCZENIE W PONADGMINNYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ. Tabl. 6P-1 i 6P-2, k.4







## Część druga

# Usługi opieki długoterminowej na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie

**Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie** jest jedną z trzech tego typu jednostek znajdujących się na terenie powiatu pleszewskiego.

Pozostałe dwa to:

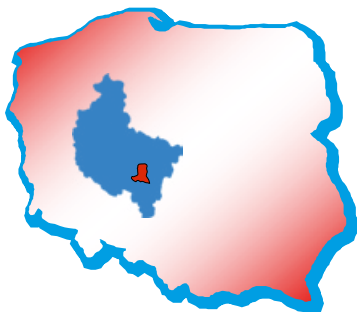
- a) Dom Pomocy Społecznej Fabianów, mieszczący się przy ul. Pleszewskiej 2 (poczta Dobrzyca 63-330)

oraz

- b) Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr św. Dominika, znajdujący się w Broniszewicach 91 (poczta Czermin 63-304)

Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie (DPS Pleszew) mieści się przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5. Pleszew jest niewielkim, lecz niezwykle urokliwym miastem położonym w południowej części Wielkopolski.

# POWIAT PLESZEWSKI



DPS Pleszew jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej podległą **Radzie Powiatu w Pleszewie**.

posiadającą 240 miejsc mieszkalnych i funkcjonującą jako:

- „Oddział I – dla osób przewlekle somatycznie chorych (148 miejsc) – zespół obiektów przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5 i ul. Podgórnej 2,



Zdj. 1. Budynek główny –  
Plac Wolności im. Jana Pawła II 5



Zdj. 2. Budynek przy ul. ul. Podgórnej 2

- Oddział II – dla osób przewlekle psychicznie chorych (92 miejsca) – zespół obiektów przy ul. Malińskiej 9 i ul. Malińskiej 9A – Pododdział dla osób uzależnionych od alkoholu”.<sup>90</sup>



Zdj. 3. Budynek pododdziału, ul. Malińska 9a



Zdj. 4. Budynek przy ul. Malińskiej 9

Misją Domu jest „Godność, bezpieczeństwo, stabilizacja i rodzinna atmosfera poprzez zapewnienie profesjonalnej opieki i świadczenie usług na najwyższym poziomie.”

Realizacja usług opieki długoterminowej w DPS Pleszew może zostać przedstawiona wg następującego schematu, pozwalającego na pełną prezentację dokonywanych zmian jakościowych i dostarczanych usług dla mieszkańców Domu<sup>91</sup>:

- a. Od historii do dnia dzisiejszego Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie
- b. Organizacja pracy i zarządzanie w DPS w Pleszewie
- c. Opieka długoterminowa w DPS w Pleszewie
- d. Projekty realizowane w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie ze szczególnym uwzględnieniem projektu norweskiego

<sup>90</sup> [www.dpspleszew.com.pl/cat,10](http://www.dpspleszew.com.pl/cat,10) dostęp z dnia 20.11.2015 r.

<sup>91</sup> W tej części zamiennie stosowane będą określenia DPS Pleszew, Pleszewski DPS lub Dom, wszystkie odnoszą się do Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie.

## 1. Od historii do dnia dzisiejszego Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie<sup>92</sup>

Początek DPS datuje się na połowę dziewiętnastego stulecia, ze względu na pierwszą oficjalną wzmiankę w Tygodniku Powiatu Pleszewskiego „Wohenblatt nr 19 z dnia 10 maja 1854 r.”

Burzliwe okresy wojen w okresie walki o niepodległość pociągały za sobą niezliczoną liczbę ofiar i powodowały osieracanie coraz większej liczby dzieci.



Zdj. 5. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Konieczne zatem stało się, zdaniem ówczesnych władz pruskich utworzenie tzw. Rettungshaus'u, stanowiącego odpowiednik dzisiejszych domów pomocy i wychowawczych.

---

<sup>92</sup> Zainteresowanych historią DPS w Pleszewie odsyłam do wcześniejszych publikacji, w których kwestia ta została szeroko omówiona, a mianowicie: Piasecki J, Trochę wiosny jesienią. Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie: wczoraj i dziś. Pleszew 1994; Jędrusiak B., Tu jest nasz dom. Pleszew 2004. Korzystam w tym resume z tych publikacji oraz informacji z oficjalnej strony DPS-u [www.dpspleszew.com.pl/cat,11](http://www.dpspleszew.com.pl/cat,11) dostęp z dnia 20.11.2015r., a także ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie.



Zdj. 6. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

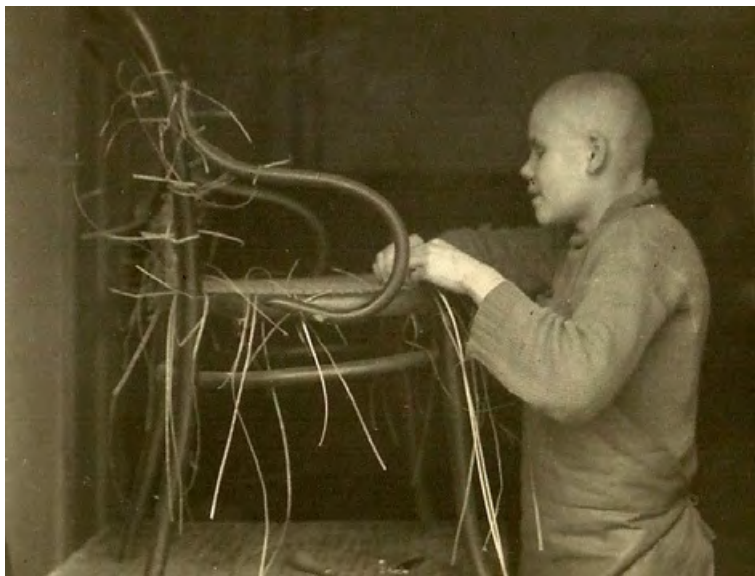
Powoływany 8 sierpnia 1854 do życia ewangelicki Dom Pomocy dla chłop-  
ców miał służyć w sumie 5 powiatom: samemu powiatowi pleszewskiemu oraz  
otaczającym go powiatom.

Organizacją i zarządzaniem zajął się ówczesny pastor Karol Strecker.



Zdj. 7. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

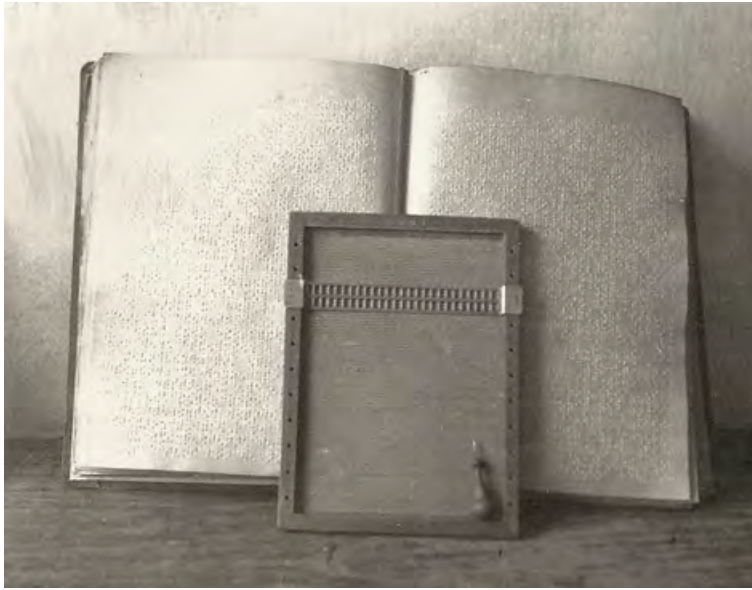
Jego intensywna praca nie pozostawała bez echa w społeczności lokalnej, a oparcie zasad prowadzenia domu na wymagających, lecz pełnych poszanowania do godności człowieka zasadach chrześcijańskich – protestanckich przynosiła wymierne owoce wychowawcze.



Zdj. 8. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Wymagała ona od Streckera nie tylko znajomości organizacyjnych, poszukiwania źródeł finansowania w trudnych czasach późóg wojennych, powstańczych i niejednokrotnie przeciwstawiania sobie ludzi żyjących od lat ze sobą w regionie, lecz również umiejętnego łagodzenia sporów, wyznaczania celów oraz dawania świadectwa życia pełnego poświęcenia, chrześcijańskiego oddania oraz służby na rzecz drugiego człowieka.

Powstawały wtedy rzeczy, którymi dzielono się z innymi potrzebującymi spoza domu.



Zdj. 9. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Dzięki jego staraniom i zaangażowaniu wielu osób ze środowiska pleszewskiego i sąsiednich powiatów, udało się w niespełna 8 lat później uruchomić także podobny dom dla dziewcząt.



Zdj. 10. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Od roku 1905 r. kierownictwo i rozbudowa Domu zostało powierzone pastrowi Jost z Sobótki.



Zdj. 11. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

W roku 1916 placówce wraz z nowowymbudowanymi obiektami nadano nazwę „Zakładów im. Josta-Streckera”, dla uczczenia pamięci dwóch najbardziej zasłużonych jej kierowników.

Wytężona praca odpowiadając na pojawiające się wciąż nowe potrzeby środowiska lokalnego przyczyniła się do utworzenia trzech kolejnych oddziałów:

1. przytułku dla osób nieuleczalnie chorych,
2. tzw. domu dla kalek,
3. pensjonatu i domu dla sióstr, który posiadał także specjalny punkt medycyno-pielęgniacyjny dla osób chorych.





Zdj. 12. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Od 1932 r. kierownikiem został pastor Joachim Scholz. Władza nadzorcza należała do państwa, zaś bezpośredni nadzór prowadziło wybierane przez organy gminy kuratorium w Pleszewie.

Pozostając wiernymi przesłaniom i misji swoich założycieli i kierujących, jako główną zasadę działania centrum (domu) przyjmowano również i wtedy chrześcijańskie miłosierdzie, a za cel stawiano sobie stworzenie dobrej opieki dla osób chorych.

Przyjęty i uchwalony statut zakładał osobowość prawną zakładu, nazywanego wówczas „*zakładem czystej dobroczynności*” oraz misyjny charakter domu.



Zdj. 13. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Pozwoliło to nie tylko na pozyskiwanie dodatkowych środków od darczyńców, lecz również środków na rozwój misji i prac kościoła chrześcijańskiego umożliwiających:

- a. utrzymanie podopiecznych,
- b. ich wyżywienie,
- c. ubranie oraz
- d. zapewnienie im właściwego wychowania i opieki w duchu chrześcijańskiej służby, odpowiedzialności i przebaczenia.



Zdj. 14. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

W trudnych czasach międzywojennych w obiektach domu przy ul. Malińskiej 9 i Podgórnej 2 mieszkało 49 wychowanków – chłopców i dziewcząt. W obiektach przy ul. Malińskiej 24 i obecnym Placu Wolności im. Jana Pawła II 5 przebywało 151 pensjonariuszy.

W czasie wojny **Zakłady im. Josta-Streckera oprócz posiadanych już obiektów dodatkowo objęły opieką** katolicki Dom Sierot przy ul. Podgórnej 14. Prace kontynuowano, zwłaszcza, że potrzebujących, nie tylko z powodu zdrowia, lecz również ubóstwa, samotności etc. przybywało.



Zdj. 15. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

Dom stawał się zatem nie tylko centrum udzielania pomocy, lecz swoistym punktem odniesienia integrującym wszystkich potrzebujących pomocy oraz chętnych do jej udzielania.



Zdj. 16. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

W dniu 21 stycznia 1945 r., po trzynastu latach ciężkiej pracy nad rozwojem i prowadzeniem domu, pastor Scholz wraz z rodziną musiał opuścić Pleszew i wyjechać do Niemiec.<sup>93</sup>

Trzy dni później prowadzenie domu stało się zadaniem społeczności pleszewskiej, a na jego pierwszego polskiego kierownika powołano Kazimierza Nowaczyka.

Początkowa nazwa domu „Dom Opieki dla Dorosłych w Pleszewie” została zmieniona na „Państwowy Dom Rencistów”.



Zdj. 17. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

8 lat później, po śmierci Nowaczyka, kierownictwem domu zajęła się jego żona Maria Nowaczyk, która wykazała się niezwykle dobrym zmysłem organizacyjnym rozslawiając sposób funkcjonowania domu także poza regionem wielkopolskim. Dom udzielał pomocy mężczyznom i kobietom w wieku

---

<sup>93</sup> Zgodnie ze źródłami pastor Scholz nie zaniechał swoje społecznej i chrześcijańskiej misji wspierania najbardziej potrzebujących i dzięki jego staraniom otworzono placówkę o podobnym charakterze, której zarządzanie mu powierzono.

podeszłym i starszym, zapewniając godziwą starość i dbając o zachowanie jak najlepszego dobrostanu wszystkich mieszkańców. Wdrażano w dalszym ciągu różne formy zajęć terapeutycznych, w tym także terapię zajęciową przez pracę, uwzględniającą dotychczasowe doświadczenie zawodowe i życiowe mieszkańców.<sup>94</sup>



Zdj. 18. Zdjęcie pochodzi ze zbiorów Muzeum Regionalnego w Pleszewie

W roku 1966 kierownikiem Domu został Ignacy Jachimiak, elementarne prace remontowe które przeprowadził pozwoliły na utrzymanie sprawności technicznej pomieszczeń zamieszkiwanych przez 250 mieszkańców. Po Ignacym Jachimiaku nowy dyrektor Henryk Mietlicki kierował Domem zaledwie 2 miesiące, po nim funkcję dyrektora przejęła Henryka Staszak która rozwijała silną stronę terapii zajęciowej poprzez kółka robót ręcznych oraz zainstalowanie kręgielni plenerowej. Ten ostatni element zapewniał także męskiej części mieszkańców domu możliwość ruchu, terapii i rehabilitacji na świeżym powietrzu. Nie do pominięcia był również czas kierownictwa Małgorzaty Staszewskiej, która od 1969 r.

---

<sup>94</sup> Także i dzisiaj podkreśla się znaczenie prowadzenia terapii i opieki w oparciu o pracę biograficzną oraz ergoterapię.



Od 1986 r. funkcję dyrektora przejął Mieczysław Kołtuniewski. Działania tego dyrektora dały możliwość uzyskania niezbędnej przestrzeni na użytek kotłowni, kuchni, stołówki oraz zaplecza magazynowego. Poszerzono również ilość dostępnych miejsc o 42. Prace remontowe prowadzone jeszcze przed 1995 rokiem pozwoliły na udostępnienie mieszkańcom nowych lokali, wyposażonych łazienek oraz pokoju gościnnego, zaplecza sanitarnego.

Nie do pominięcia jest również fakt uruchomienia specjalistycznych gabinetów, w tym:

1. dentystycznego,
2. rehabilitacyjnego,
3. lekarskiego
4. zabiegowego

a także: świetlicy, pokoiów dla pielęgniarek, salowych, przyjęć pensjonariuszy, pracowników socjalnych oraz nowej portierni.<sup>95</sup>

Zmianom podlegał również teren wokół domu wzbogacając się w tym czasie o tereny rekreacyjne, kręgielnię, kort tenisowy i plac szachowy.

W roku 1992 w strukturach domu objęto działaniami dzieci niepełnosprawne w ramach zorganizowanej filii Dziennego Ośrodka Adaptacyjnego.

Natomiast w 1997 podzielono zgodnie z określeniami Statutu Domu placówkę na:

- a) część dla osób dorosłych obojga płci przewlekłe somatycznie chorych
- b) część dla przewlekłe psychicznie chorych mężczyzn

Zmiany prawne z 1999 r., oddały w zarząd dom władzom powiatowym, które udzieliły pozwolenia na prowadzenie Domu z przeznaczeniem dla:

- a) dla osób przewlekłe somatycznie chorych (w liczbie 179 miejsc)
- b) dla osób przewlekłe psychicznie chorych (w liczbie 90 miejsc).

Dążąc do osiągnięcia standardów prowadzenia tego typu placówek oddano w latach 2001-2004 do dyspozycji mieszkańców i pracowników:

---

<sup>95</sup> [www.dpspleszew.com.pl/cat,11](http://www.dpspleszew.com.pl/cat,11) dostęp z dnia 21.10.2015 r.



- a) pomieszczenia rehabilitacyjne wyposażone w nowoczesny sprzęt na oddziale I;
- b) salę rehabilitacyjną, kawiarnię, palarnię,
- c) wyłożone kostką polbrukową wewnętrzne drogi i chodniki przy zespole budynków przy Placu Wolności 5,
- d) podjazdy dla wózków inwalidzkich przyczyniając się tym samym do likwidacji barier architektonicznych.
- e) windę osobową w budynku oddziału I,
- f) szyb i zamontowano windę osobową w budynku przy ul. Malińskiej
- g) dobudowano klatkę schodową w budynku przy ul. Malińskiej
- h) przebudowane i zmodernizowane na ogrzewanie gazowe trzy kotłownie.
- i) przebudowane i naprawione drogi wewnętrzzakładowe,
- j) odremontowano salę przy ul. Podgórznej 2.<sup>96</sup>

Przykładowe zmiany ilustrują zdjęcia poniżej.



Zdj. 20. Kawiarnia na Oddziale I

---

<sup>96</sup> Tamże.



Zdj. 21. Pomieszczenie rehabilitacyjne – UGUL



Zdj. 22. Pomieszczenie rehabilitacyjne – wirówka kończyn górnych



Zdj. 23. Widok na salę rehabilitacyjną i kawiarnię



Zdj. 24. Klatka schodowa na Oddziale przy ul. Malińskiej 9



Zdj. 25. Kuchenka dla mieszkańców Oddział I

Od stycznia 2007 roku nowym dyrektorem zostaje Grzegorz Grygiel, który przeprowadza w DPS niezbędne prace remontowe jak również otwiera Dom na nowej obszarze działalności.

W pierwszym roku sprawowania funkcji przez nowego dyrektora opracowano dokumentację techniczną oraz przeprowadzono remont części obiektu przy ul. Malińskiej co w wydatny sposób powoduje poprawę warunku pobytu dla mieszkańców nie opuszczających samodzielnie łóżek, w realizacji tego zadania w dość wydatny sposób partycypowały środki z WUW w Poznaniu.



Zdj. 26. Pokój mieszkalny na Oddziale przy ul. Malińskiej 9

W następnym roku przeprowadzona zostaje wymiana okien w pomieszczeniach kuchni, magazynach i terapii zajęciowej oraz zostają zakupione 2 bramy przesuwne ze sterowaniem elektrycznym.

W 2010 rok rozpoczęto realizację inwestycji pn. „Przebudowa, rozbudowa, nadbudowa budynku Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie – budynek dla osób uzależnionych od alkoholu”. W ramach tego zadania przygotowano dokumentację projektową, wytyczono budynek, wykonano roboty budowlane i opłacono nadzór inwestorski. W tym samym roku w związku z koniecznością zapewnienia transportu mieszkańcom Domu Powiat Pleszewski zabezpieczył środki finansowe na zakup nowego samochodu do przewozu mieszkańców. Kupiony został nowy 9-cio osobowy pojazd, z możliwością przewozu dwóch osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich marki Ford Transit. Przeprowadzono

również remontu części dachu budynku przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5 (tzw. kaferki).

W kolejnym roku następuje zakończenie robót budowlanych mających na celu utworzenie Pododdziału Domu przeznaczonego dla osób uzależnionych od alkoholu. Jednocześnie pozyskano pieniądze na utworzenie miejsc parkingowych, chodnika i drogi dojazdowej oraz wykonanie ogrodzenia ww. budynku. Zakupiona została również część wyposażenia z przeznaczeniem na nowy Pododdział dla osób uzależnionych od alkoholu. Kupiono m.in. część mebli, sprzętu AGD i RTV, koce, pościelenie, kołdry, dozowniki, wózki sprzątające.

W 2012 roku zrealizowano roboty budowlane mające na celu zagospodarowanie terenów sportowo-rekreacyjnych Domu. W ramach prac wykonano boisko do piłki nożnej, boisko do siatkówki, do gry w bule wyremontowano kręgielnię plenerową oraz chodnik wraz z przylegającym oświetleniem, urządzono także tereny rekreacyjne w postaci trawników z ławkami ogrodowymi. Zakupiono także pozostałe wyposażenie Pododdziału w tym meble, sprzęt rehabilitacyjny oraz sprzęt komputerowy.

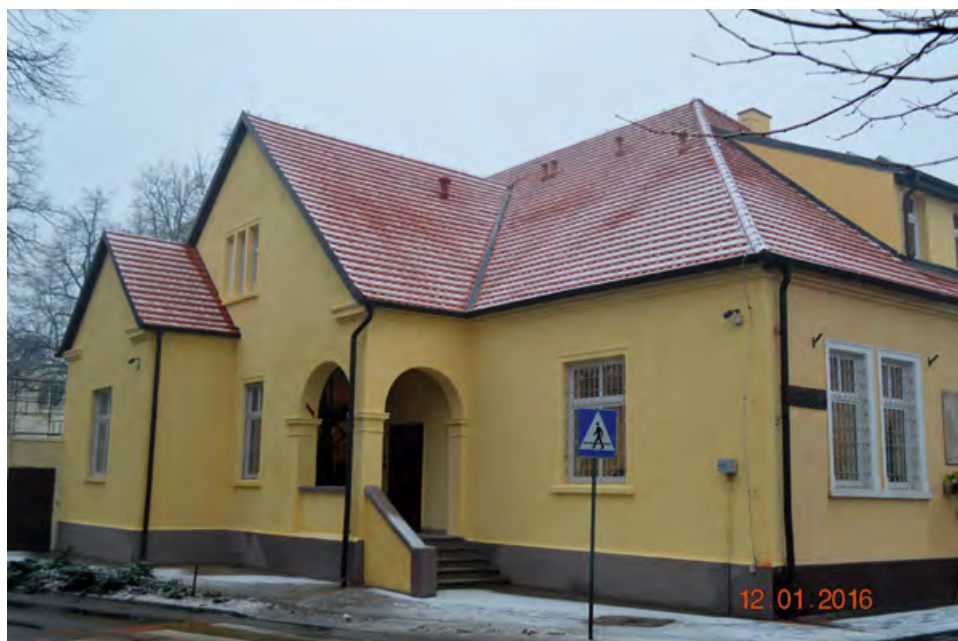


Zdj. 27. Tereny sportowo-rekreacyjne

W kolejnym roku działalności złożono do Ministerstwa Zdrowia wniosek pn. Poprawa standardu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną. Wniosek złożono w ramach programu PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. Wniosek przeszedł pomyślnie ocenę formalną i czekał na ocenę merytoryczną w roku 2014. Udało się również dokonać przebudowy wewnętrznej instalacji gazowej w budynku Domu przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5 z kotłowni do kuchni centralnej Domu. Instalacja miała zasilać w przyszłości urządzenia gastronomiczne po odcięciu dopływu pary technologicznej

Najważniejszym wydarzeniem 2014 roku była pozytywna ocena wniosku pn. Poprawa standardu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną”. Podpisana została umowa z Ministerstwem Zdrowia na realizację projektu – kwota 4.281.769,00 zł. Oprócz tego zakupiono nowy fabrycznie pojazd melex do rozwoju posiłków na poszczególne oddziały Domu. Zrealizowano także roboty budowlane polegające na remoncie części pokrycia dachowego budynku Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5 (część dachu od strony ul. Podgórznej). Wymieniona została również stolarka okienna i drzwiowa w budynku głównym Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie oraz termomodernizacja i wymiana pokrycia dachu pralni Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie. Na potrzeby kuchni zamontowano nowe urządzenia wraz z niezbędną infrastrukturą towarzyszącą.

Rok 2015 to m.in. likwidacja pralni zakładowej i przeprowadzenie postępowania przetargowego na usługi pralnicze. Wykonano również remont pozostałej części pokrycia dachowego budynku Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie znajdującego się przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5.



Zdj. 28. Budynek główny po remoncie dachu

W tym miejscu należy nadmienić, że od 2007 roku Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie nawiązuje współpracę ze Stowarzyszeniem Promocji Zdrowia w Pleszewie. Poszerzając usługi wspomagające, organizuje różne formy wsparcia wykraczające poza terapię zajęciową świadczoną w Domu, realizowane są projekty w których beneficjentami są podopieczni placówki.





Zdj. 29. Warsztaty florystyczne



Zdj. 30. Przegląd zespołów teatralno-kabaretowych

Nie do pominięcia jest również współpraca dwustronna nawiązana przez DPS z Centrum Rozwoju Instytucjonalnego i Opieki Domowej w Oslo której efektem była pięciodniowa wizyta studyjna pracowników DPS w Oslo.



Zdj. 31. Uroczyste otwarcie Dziennego Domu Senior-WIGOR

DPS przez lata swojej działalności otwarty był na środowisko lokalne tak i teraz w grudniu 2015 roku w wyremontowanych pomieszczeniach po byłej pralni zostaje utworzony Dzienny Dom Senior-WIGOR dla 30 osób w wieku 60+ mieszkańców powiatu pleszewskiego.

Ostatnie lata to czas wzmożonego wysiłku Starostwa Powiatowego w Pleszewie, dyrekcji, kierownictwa, pracowników mającego na celu stworzenie najlepszych warunków do świadczenia opieki przez Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie na najwyższym poziomie

## 2. Organizacja pracy i zarządzanie w DPS w Pleszewie

W skład Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie wchodzi kilka budynków:

- Budynek przy Placu Wolności im. Jana Pawła II nr 5
- Budynek przy ul. Podgórznej 2
- Budynek przy ul. Malińskiej 9
- Budynek przy ul. Malińskiej 9A – stanowiący Pododdział dla osób uzależnionych od alkoholu

Tym samym na wszystkich oddziałach i pododdziałach w pleszewskim DPS-ie przebywa 240 osób, w tym:

- somatycznie przewlekle chorych – 148
- psychicznie przewlekle chorych 92, z czego na pododdziale dla osób uzależnionych od alkoholu 32 osoby.

Jednocześnie w DPS w Pleszewie struktura zatrudnienia na dzień 30.10. 2015 roku kształtowała się następująco:

## Struktura organizacyjna i struktura zatrudnienia w DPS w Pleszewie<sup>97</sup>

---

### **Dział Medyczo-Opiekuńczy nr 1**

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| Pielęgniarki – 15,50 etatów  | 16 osób  |
| Pokojowe – 14 etatów         | 14 osób  |
| Opiekunki – 23,50 etatów     | 24 osoby |
| Technik fizjoterapii 4 etaty | 4 osoby  |
| Kierownik – 1etat            | 1 osoba  |
| Z-ca kierownika – 1 etat     | 1 osoba  |

### **Dział Medyczo-Opiekuńczy nr 2**

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Pielęgniarki – 14 etatów      | 15 osób |
| Pokojowe – 14 etatów          | 14 osób |
| Opiekunki – 20,50 etatów      | 21 osób |
| Terapeuta – 1 etat            | 1 osoba |
| Technik fizjoterapii – 1 etat | 1 osoba |
| Kierownik – 1 etat            | 1 osoba |

### **Dział Terapeutyczny i Spraw Mieszkańców**

|  |         |
|--|---------|
| Instruktor ds. kul. – oświat. 5 etatów | 5 osób  |
| Opiekunki – 5 etatów                   | 5 osób  |
| Terapeuci – 6 etatów                   | 6 osób  |
| Dietetyk – 1 etat                      | 1 osoba |
| Pracownicy socjalni – 4,875 etatu      | 5 osób  |
| Pomoc administracyjna 0,875 etatu      | 1 osoba |
| Kapelan – 0,50 etatu                   | 1 osoba |
| Kierownik – 1etat                      | 1 osoba |

---

<sup>97</sup> Na podstawie danych otrzymanych z DPS w Pleszewie oraz por. załącznik Nr 24 do regulaminu Organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie.

## **Dział Wsparcia Dziennego – Dzienny Dom Senior WIGOR**

Terapeuta – 1 etat 1 osoba

### **Dział Organizacyjno-Gospodarczy**

Kucharze – 10 etatów 10 osób  
Kierownik kuchni – 1 etat 1 osoba  
Portierzy – 6 etatów 6 osób  
Konserwator 2 etaty 2 osoby  
Robotnik gospodarczy – 2 etaty 2 osoby  
Krawcowa – 2 etaty 2 osoby  
Zaopatrzeniowiec – 1 etat 1 osoba  
Magazynier – 1 etat 1 osoba  
Administrator – 1 etat 1 osoba  
majster 1 etat 1 osoba  
inspektor ds. BHP – 0,25 etat u 1 osoba  
sekretarka – 1 etat 1 osoba  
ST. Referent – 2 etaty 2 osoby  
Pomoc administracyjna – 1 etat 1 osoba  
Kierownik OG – 1 etat 1 osoba  
Dyrektor – 1 etat 1 osoba

### **Dział Ekonomiczno-Finansowy**

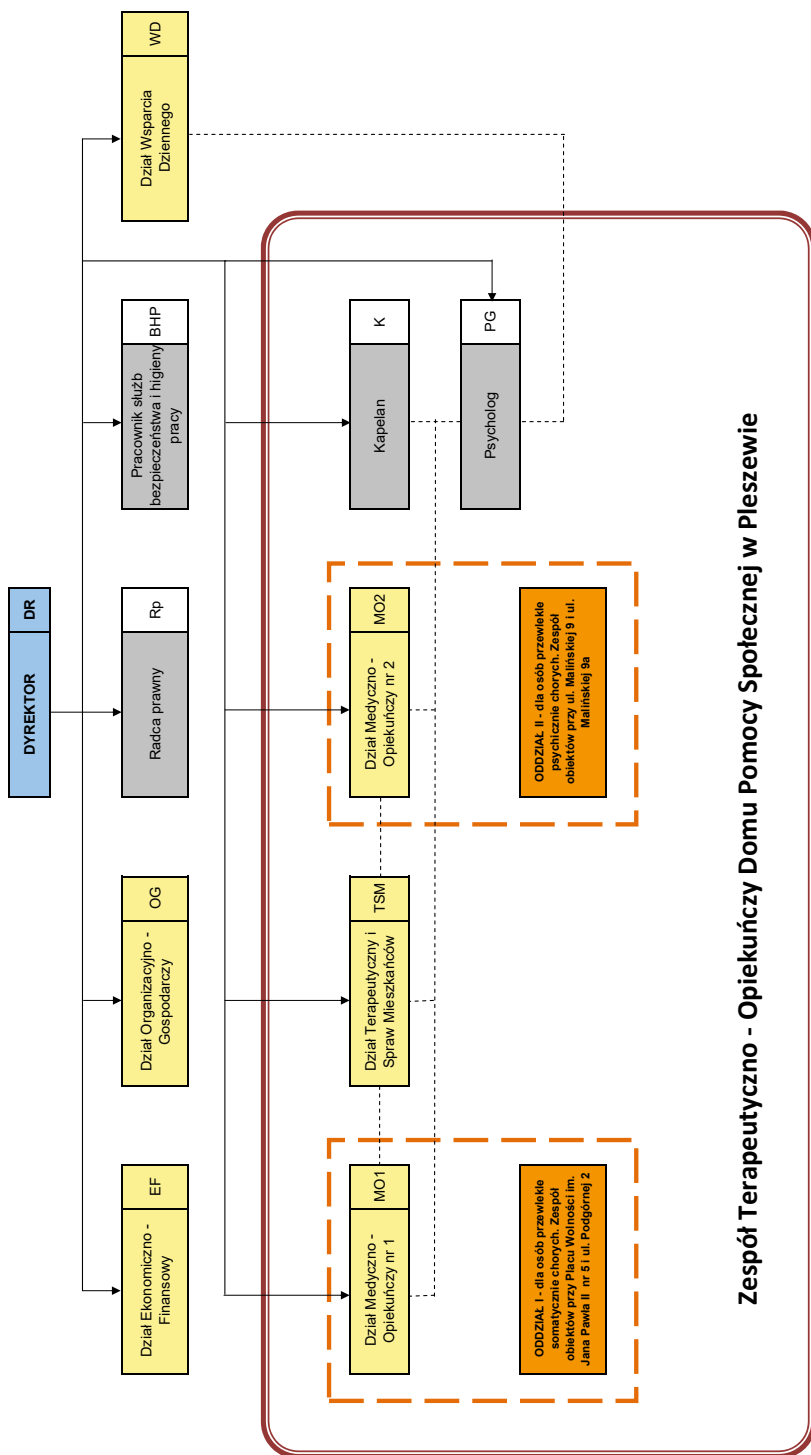
Gł. Księgowa – 1 etat 1 osoba  
ST. Księgowa – 2 etaty 2 osoby  
Księgowa – 1 etat 1 osoba  
Pomoc administracyjna – 1 etat 1 osoba

### **Samodzielne stanowiska**

Psycholog – 1 etat 1 osoba  
Radca prawny – 0,5 etatu 1 osoba

# STRUKTURA ORGANIZACYJNA

## Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie



Dom Pomocy Społecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. 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.

Wśród usług wspomagających realizowanych w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie należy wyróżnić następujące:

- działalność Dziennego Domu Senior WIGOR,
- terapia zajęciowa,
- zabiegi rehabilitacyjne,
- działalność Pododdziału dla osób uzależnionych od alkoholu.

Dzienny Dom Senior WIGOR jest nowym elementem w strukturze organizacyjnej Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie. Pieczę nad podopiecznymi sprawuje terapeuta zajęciowy zatrudniony na cały etat. Jednocześnie inni pracownicy Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie (rehabilitant, dietetyk, psycholog, pielęgniarka) świadczą dodatkowe usługi na rzecz podopiecznych.

Na potrzeby Dziennego Domu Senior WIGOR udostępnione zostały następujące pomieszczenia:

- pomieszczenie ogólnodostępne pełniące funkcje sali spotkań i jadalni (z miejscami dla 30 osób),
- pomieszczenie kuchenne (aneks),
- pomieszczenie klubowe (biblioteczka, TV, komputer z dostępem do internetu),
- pomieszczenie rehabilitacyjne (wraz z drobnym sprzętem rehabilitacyjnym),
- pomieszczenie do odpoczynku (wyposażone w 5 tapczanów oraz 5 stolików nocnych),
- pomieszczenie do terapii indywidualnej,
- pokój pielęgniarki,

- łazienka damska oraz męska,
- pralnia,
- szatnia (szafki na 30 osób).

Dzięki podjętym działaniom polegającym na wyremontowaniu i wyposażeniu obiektu 30 seniorów z powiatu pleszewskiego w wieku powyżej 60 lat, nieaktywnych zawodowo ma możliwość skorzystania z oferty następujących usług:

- socjalnych (w tym odpłatny posiłek),
- edukacyjnej,
- kulturalno-oświatowej,
- aktywności ruchowej i kinezyterapii,
- sportowo-rekreacyjnej,
- aktywizującej społecznie,
- terapii zajęciowej.

Terapia zajęciowa jako jeden z czynników rehabilitacji społecznej ma na celu włączenie mieszkańca domu pomocy społecznej w nurt życia domu i społeczeństwa. Podstawowym celem terapii zajęciowej prowadzonej w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie jest zwiększanie zakresu samodzielności i zaradności życiowej, wdrażanie do aktywności fizycznej i umysłowej, kształtowanie charakteru, rozwijanie osobowości, nabywanie nowych umiejętności oraz kontynuowanie dawnych zainteresowań. Twórczy udział w zajęciach buduje poczucie wartości własnej i sensu życia, eliminując monotonię dnia codziennego, nudę i pustkę. Terapeuci, instruktorzy terapii zajęciowej, instruktorzy ds. kulturalno-oświatowych starają się zorganizować czas wolny proponując szeroki wachlarz zajęć o których poniżej.

Terapia przez sztukę (plastyko-terapia) – zajęcia oparte na szeroko rozumianych sztukach plastycznych, które wykorzystują twórczo kreatywną aktywność, jak: malowanie obrazów, wycinanie, modelowanie, wykonywanie kwiatów, malowanie na szkłe, wykonywanie kompozycji z elementami suszonych kwiatów, szydełkowanie, haftowanie, wykonywanie ozdób świątecznych, wykonywanie wazonów z kolorowych butelek.



Zajęcia biblioterapii – opierają się głównie na wykorzystywaniu terapeutycznych wartości literatury, dają szansę oderwania się od smutnej rzeczywistości. Pomagają zrozumieć siebie i innych ludzi. Mogą stać się punktem wyjścia do rozważań nad własną sytuacją życiową, nad sposobem pomocy samemu sobie. Udział naszych mieszkańców w zajęciach biblioterapii może być bierny – gdy mieszkaniec słucha czytanej przez terapeutę książki, czynny – gdy osoba sama dobiera odpowiednią literaturę i czyta. Po przeczytaniu fragmentu książki przeprowadzana jest dyskusja. Zajęcia, utrzymujące sprawność psychiczną, treningi pamięci dla osób z demencją z otępieniem.

Zajęcia muzykoterapii – pozwalają w nawiązywaniu kontaktów, dają możliwość rozładowania wewnętrznych napięć, podwyższają umiejętność koncentracji. Podstawowym środkiem oddziaływania terapeutycznego jest słuchanie muzyki, śpiewanie piosenek ale również nauka relaksacji przy odpowiedniej muzyce, trening autogenny Schultza i Jacobsona w radzeniu sobie ze stresem.

Zajęcia silwoterapii – to rodzaj terapii, mającej na celu przywrócenie bądź polepszenie sprawności fizycznej i psychicznej. Podstawowym środkiem oddziaływania terapeutycznego w silwoterapii jest kontakt z przyrodą: spacer, zbieranie grzybów, utrzymanie czystości na terenach zielonych, pomoc przy uprawie warzyw, sadzenie kwiatów, wycieczki piesze, rowerowe. Zajęcia te oddziałują na człowieka pozaintelektualnie, pobudzają do życia, a zarazem wyciszają emocje.

Zajęcia kulturalno-oświatowe – przygotowanie widowisk teatralnych, kabaretowych, konkursów recytatorskich, biesiad, zabaw oraz innych imprez okolicznościowych. Spotkania integracyjne (wyjazdy do innych Domów). Zajęcia te uczą pracy w grupie ale również obejmują elementarne zadania aktorskie, ćwiczenia dykcyjne, ćwiczenia pamięci, naukę i rozumienie tekstu literackiego, rozwijają wrażliwość, pobudzają wyobraźnię.



Zdj. 32. Zabawa karnawałowa

Zajęcia edukacyjno-informacyjne – dla osób z problemem alkoholowym. Pogłębianie wiadomości na temat problemu alkoholowego, mechanizmu uzależnienia możliwości terapii. Zajęcia dają możliwość wymiany doświadczeń, wzajemnego wspierania się i budowania motywacji do życia w abstynencji.

Zajęcia kulinarne – mają charakter praktyczno-teoretyczny. Na zajęciach realizowane są zagadnienia dotyczące racjonalnego żywienia, planowania i wykonania potraw różnego rodzaju, przygotowanie deserów, sałatek, wypiek ciastek. Nauka nakrywania do stołu, układania serwetek. Mieszkaniec poprzez te zajęcia trenuje umiejętności społeczne.

Zajęcia komputerowe – służą nie tylko rozwijaniu pasji, ale są również źródłem rozrywki i jednocześnie uczą poprzez zabawę. Uczestnicy tych zajęć nabywają umiejętności obsługi komputera, Internetu, wyszukiwania interesujących stron z zakresu np. sportu, muzyki, mogą na bieżąco śledzić wydarzenia kulturalne i polityczne z kraju i ze świata.

Zajęcia sportowe – na terenach rekreacyjno sportowych kręgielni plenerowej, boisku oraz udział w zajęciach na siłowni, pływalni, hipoterapii, kręgielni itp. Udział w grach i zabawach – gry świetlicowe: warcaby, szachy. Zajęcia te mają za zadanie usprawnić mieszkańców. Pobudzają ich aktywność. Uczą zdrowej rywalizacji.

Realizowane są również zajęcia stolarskie w drewnie oraz sklejce. Ponadto mieszkańcy Domu uczestniczą w wyjazdach na imprezy do zaprzyjaźnionych domów pomocy społecznej.

Jednym z ważnych elementów oferty skierowanej do mieszkańców Domu Pomocy Społecznej jest rehabilitacja. Zespoły rehabilitacyjne dysponują gabinetami rehabilitacyjnymi oferującymi usługi, obejmujące wszystkie działy fizjoterapii.

1. Sala kinezyterapii – wyposażona jest w UGUL – Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego, rower treningowy, tablice do ćwiczeń manualnych, rotory kończyn dolnych, kończyn górnych i stawu barkowego, maty i drabinki do gimnastyki zbiorowej, piłki i taśmy do ćwiczeń, stół pionizacyjny, bieżnie, platformę wibracyjną, stepper, orbitrek, tor do nauki chodzenia,
2. Gabinet masażu – posiada stół do masażu o napędzie elektrycznym, lampę sollux i bioptron, krzesło do masażu karku oraz aqavibron z zamkniętym obiegiem wody.
3. Gabinet fizykoterapii wyposażony jest w:
  - a) magnetronic,
  - b) multitronic, który umożliwia wykonywanie zabiegów:
    - prądami interferencyjnymi
    - prądami diadynamicznymi
    - stymulacji porażen
    - stymulacji porażen spastycznych (tonoliza)
    - stymulacji TENS
    - stymulacji wg Kotz'a (rosyjska stymulacja)

- prądem Träbertha
  - prądem faradycznym i neofaradycznym
  - elektrogimnastyki z szeroką regulacją
  - jonoforezy
  - galwanizacji
- c) biostymulator laserowy,
- d) aparat do terapii ultradźwiękowej,
- e) aparat do krioterapii,
4. Gabinet hydroterapii dysponuje:
- a) wanną do hydromasażu, masażu podwodnego i kąpeli perełkowej
- b) wanną do masażu wirowego kończyn dolnych i górnych

Rehabilitacja w Pleszewskim Domu przeprowadzana jest przez wykwalifikowaną kadrę fizjoterapeutów w oparciu o indywidualny program rehabilitacji każdego mieszkańca.

W ramach zajęć rehabilitacyjnych wykonywane są następujące ćwiczenia:

- ćwiczenia w systemie ciężarkowo-bloczkowym,
- ćwiczenia ogólnousprawniające
- ćwiczenia oddechowe i przeciwzakrzepowe,
- ćwiczenia czynne,
- czynne z oporem,
- ćwiczenia z przyrządami,
- bierne,
- czynno-bierne,
- izometryczne,
- manualne,
- równoważne,
- pionizacja i nauka chodzenia,
- indywidualna praca z pacjentem (np. IBITA Bobath dla dorosłych, PNF, Terapia Manualna, Kinesiotaping, PIR-poizometryczna relaksacja mięśni).



Zdj. 33. Terapia ruchowa i usprawniająca – rehabilitacja ruchowa indywidualna



Zdj. 34. Zajęcia usprawniające

Jak wspomniano w części pierwszej opracowania, w Polsce wg danych, opracowań i raportów MPiPS nie istnieją wyspecjalizowane domy pomocy społecznej przeznaczone bezpośrednio dla osób uzależnionych.

Rozwiązaniem zaproponowane przez Pleszewski DPS jest na pewno pionierską i cenną inicjatywą w kierunku rozwiązywania problemów uzależnionych osób skierowanych do pobytu w domach pomocy społecznej.



Zdj. 35. Wejście do budynku pododdziału dla osób uzależnionych od alkoholu

Oddział dla osób uzależnionych od alkoholu został oficjalnie uruchomiony w 1 października 2012 roku, w otwarciu uczestniczyli mieszkańcy, kierownictwo i pracownicy Domu, przedstawiciele władz. Oddział został także poświęcony (zdjęcie poniżej), w nawiązaniu do chrześcijańskich wartości, na jakich budowano Dom i jego cele od samego początku.

Pododdział zachowuje wysokie standardy dla poddawanych tu terapii 32 mieszkańców Domu, posiadając odpowiednią infrastrukturę, wysoko kwalifikowaną kadrę oraz szczegółowo opisany program terapeutyczny.



Zdj. 36. Uroczyste poświęcenie oddziału



Zdj. 37. Stołówka i sala wykładowo-szkoleniowa

Stawiamy także na nowoczesne technologie.



Zdj. 38. Sala komputerowa

Ważne są również chwile wypoczynku i pobytu



Zdj. 39. Pokój mieszkalny



W wywiadzie dotyczącym idei i sposobu realizacji przedsięwzięcia na rzecz uzależnionych mieszkańców Domy, dyrektor jednostki, p. Grzegorz Grygiel podkreślał m.in.:

„Wyniki przeprowadzonych badań mówią, że 5-20% mieszkańców domów pomocy społecznej nadużywa alkoholu. Wymaga to moim zdaniem, podjęcia próby konstruktywnego rozwiązania sytuacji. Mieszkańcy domu pomocy najczęściej mieszkają w dwu, trzyosobowych pokojach i picie chociażby jednego z nich zakłóca życie i funkcjonowanie pozostałych osób nie tylko z pokoju, ale i z całego domu. Pogarsza atmosferę i wzajemne relacje między nimi, staje się przyczyną napięć, kłótni, a nawet agresywnych zachowań. (...)

W wielu sytuacjach z zażywaniem alkoholu związanych jest pośrednio wiele innych problemów dotyczących naszych mieszkańców, jak np.: pożyczanie i nieoddawanie pieniędzy od współmieszkańców, znajomych, niekiedy rodziny, zaciąganie pożyczek od instytucji lub parabanków i popadanie w długi ...

Tego typu zachowania wpływają negatywnie na wzajemne relacje pomiędzy mieszkańcami. Należy zatem pomóc mieszkańcom domu, którzy nie mają problemu alkoholowego w spokojnym funkcjonowaniu w placówce, a jednocześnie umożliwić mieszkańcom z problemem alkoholowym skorzystanie z terapii. Stąd pomysł utworzenia pododdziału dla osób uzależnionych od alkoholu. (...)

Pobyt na oddziale jest z założenia pobytom czasowym – do 6 miesięcy. Cała kadra pracująca w oddziale została przeszkolona przez specjalistów z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie. W ramach terapii w oddziale prowadzonych jest wiele rozmów indywidualnych, koncentrujemy się na zasobach i umiejętnościach, na treningu uczącym nowych umiejętności społecznych i asertywnych zachowań abstynenckich.

Pobyt w oddziale nie zastąpi leczenia, ale pozwala spojrzeć na używanie alkoholu z innej perspektywy, dając możliwość poszerzenia wiedzy dotyczącej przyczyn i konsekwencji picia alkoholu, wzbudza motywację do wprowadzenia różnych zmian w życiu mieszkańca DPS, daje szansę zdobycia wielu umiejętności indywidualnych i społecznych, jak również może zachęcić i lepiej przygotować mieszkańca do udziału w terapii w placówce leczenia uzależnień.

Jestem przekonany, że po powrocie do macierzystego domu mieszkańiec może mieć większą motywację do podjęcia leczenia w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu, a zadaniem kadry macierzystego domu będzie wspieranie mieszkańca w podjętych decyzjach o zmianie oraz w działaniach w kierunku lepszego funkcjonowania.

W celu realizacji procesu terapeutycznego oddział posiada swój odrębny regulamin organizacyjny a jego oferta jest i będzie nadal skierowana do wszystkich domów pomocy społecznej z terenu wielkopolski, jaki i innych regionów. (...)

Prace budowlane rozpoczęły się pod koniec 2010 roku. Przedsięwzięcie zostało włączone do harmonogramu zadań wynikających z Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2008-2012, dzięki czemu uzyskano wsparcie finansowe na budowę w łącznej kwocie 1.344.031,24 zł. Pozostałe środki – 1.068.733,24 pochodziły z Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz środków własnych Powiatu Pleszewskiego.

Ponadto na wyposażenie i zagospodarowanie terenu wokół oddziału udało się pozyskać 340.731,23 zł z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego oraz 148.600,00 zł z Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Montaż finansowy przedsięwzięcia, wg ustaleń i analizy dokumentacji wyniósł:  
Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego: 1.688.885,04 – budowa, tereny rekreacyjne i wyposażenie  
Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu – 298.600,23 – budowa i wyposażenie  
Powiat Pleszewski – 100.000,00 – budowa  
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu – środki PFRON będące w dyspozycji Samorządu Województwa Wielkopolskiego – 818.733,00 – budowa  
Łącznie – 2.886.218,28 zł. (przyj. AS)

Zadbaliśmy o właściwy komfort pracy i wypoczynku.



Zdj. 40. Hol



Zdj. 41. Pokój mieszkalny

Pododdział DPS dla osób uzależnionych od alkoholu w dokumencie operacyjnym opracowanym przez Tomasza Głowika i Aleksandrę Szoldrę-Kobus wskazuje na istotne cele programu terapeutycznego. Wg niego zakłada się, iż mieszkańcy:

- „osiągną większą satysfakcję ze swego życia,
- wzbudzą w sobie motywację do zmiany wzorca picia, poprzez zwiększenie swojego poczucia skuteczności i gotowości do zmiany,
- zdobędą lub pogłębią swoje umiejętności pomocne przy zachowywaniu abstynencji,
- zwiększą swoją aktywność w dbaniu o własne zdrowie i kondycję – zarówno fizyczną jak i psychiczną,
- doświadczą bycia słuchanym i rozumianym oraz docenienia ich osiągnięć życiowych,
- zmierzą się z trudnymi tematami (choroby, starości i śmierci)
- odkryją swoje ‘uśpione’ lub nigdy nie odkryte hobby i zainteresowania,
- ożywią lub nawiążą (jeśli jest taka możliwość) kontakt z bliskimi lub innymi wspierającymi je osobami”.<sup>99</sup>

Program oddziału dla osób z problemem alkoholowym w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie przedstawia się następująco:

### *Wprowadzenie*

#### *Charakterystyka populacji osób, do których program jest adresowany*

##### *Teoretyczny model stanowiący uzasadnienie programu*

- *Założenia programowe*
- *Zalecenia do programu*

##### *Struktura programu*

- *Terapia problemów alkoholowych*

---

<sup>99</sup> Schemat organizacyjny takich działań i ich rodzaje omówione zostaną w ostatniej części tego rozdziału.

- *Trening pamięci*
- *Terapia zajęciowa*
- *Rehabilitacja/leczenie*
- *Spektrum celów*
- *Metody pracy*
- *Określenie intensywności, sekwencji i czasu trwania programu*
- *Ramowy tygodniowy rozkład zajęć w oddziale*
- *Założenia etatowe, charakterystyka bazy lokalowej oraz określenie niezbędnego zabezpieczenia rzeczowego i finansowego*
- *Sposób oceny efektów programu*
- *Wskaźniki efektywności*

*Program – scenariusze zajęć*

Warto w tym miejscu, ze względu na wyjątkowość pododdziału na skalę krajową wskazać kilka istotnych elementów dotyczących świadczenia usług profilaktyki i terapii uzależnieniowej w ramach prowadzonej już w Domu opieki długoterminowej.

FUNDAMENTALNE DLA PROGRAMU SĄ NASTĘPUJĄCE ZAŁOŻENIA:

1. Rozwój psychiczny człowieka jest procesem, który trwa całe życie.
2. Zmiana jest możliwa na każdym etapie życia i choroby.
3. Do osobistych zasobów każdego człowieka należą jego doświadczenia życiowe.
4. Życie ludzkie jest zorientowane na cel.
5. W każdym momencie życia człowiek jest w stanie dokonywać wyborów i kierować się osobistymi wartościami.
6. Dialog jest wyrazem szacunku dla chorego i starszego człowieka.
7. Problem alkoholowy zaburza funkcjonowanie człowieka chorego, niepełnosprawnego i w podeszłym wieku.

Program terapeutyczny realizowany jest według następującej **Strategii oddziaływania:**

- Metody i techniki pracy stosowane w różnorodnych formach terapii zajęciowej,

- Kontakt indywidualny – każdy mieszkaniec spotyka się ze swoim opiekunem/terapeutą prowadzącym co najmniej raz w tygodniu. Jest to czas na rozmowę o sprawach istotnych z punktu widzenia terapii jak i czas na realizację różnorodnych zadań.
- Zajęcia grupowe – praca z podziałem na mniejsze i większe grupy. Grupy terapeutyczne mają charakter rotacyjny. Inne grupy, np. te w ramach terapii zajęciowej pracują w określonym rodzaju aktywności, na który zdecydowali się sami lub też skierowali ich tam terapeuci.
- Spotkania społeczności – odbywają się raz w tygodniu – uczestniczą w nich wszyscy mieszkańcy i zespół terapeutyczny. Na spotkaniach omawiane są sprawy bieżące istotne dla pracy oddziału.
- Mityngi AA – odbywają się raz w tygodniu. Są przeznaczone dla wszystkich mieszkańców i organizowane przy współudziale członków Wspólnoty AA.
- Psychoedukacja i treningi umiejętności

Program ten jest zorganizowany jest wg następującego planu dnia

| Godziny     | Poniedziałek   | Wtorek   | Środa                  | Czwartek   | Piątek   |
|-------------|--|--|------------------------|--|--|
| 8.00-9.00   | śniadanie  | Śniadanie  | Śniadanie              | Śniadanie  | Śniadanie  |
| 9.00-9.30   | Gimnastyka poranna   | Gimnastyka poranna   | Gimnastyka poranna     | Gimnastyka poranna   | Gimnastyka poranna   |
| 9.30-10.30  | Spotkanie grupowe/<br>zajęcia terapeutyczne<br>gr. I i II/czas na rozmowy indywidualne | Spotkanie grupowe/<br>zajęcia terapeutyczne<br>gr. III i IV/czas na rozmowy indywidualne | Spotkanie społeczności | Spotkanie grupowe/<br>zajęcia terapeutyczne<br>gr. I i II/czas na rozmowy indywidualne | Spotkanie grupowe/<br>zajęcia terapeutyczne<br>gr. III i IV/czas na rozmowy indywidualne |
| 10.30-12.00 | Terapia zajęciowa  | Terapia zajęciowa  | Terapia zajęciowa      | Terapia zajęciowa  | Terapia zajęciowa  |

| Godziny                | Poniedziałek                                | Wtorek                                      | Środa                                       | Czwartek                                 | Piątek                                      |
|------------------------|---|---|---|--|---|
| 12.00-13.00            | Obiad/zespół                                | Obiad                                       | Obiad                                       | Obiad/zespół                             | Obiad                                       |
| 13.00-15.00            | Terapia zajęciowa                           | Terapia zajęciowa                           | Terapia zajęciowa                           | Terapia zajęciowa                        | Terapia zajęciowa                           |
| 15.00-16.00            | Czas wolny/<br>praca<br>w małych<br>grupach | Czas wolny/<br>praca<br>w małych<br>grupach | Czas wolny/<br>praca<br>w małych<br>grupach | Czas wolny/<br>praca w małych<br>grupach | Czas wolny/<br>praca<br>w małych<br>grupach |
| 16.30-17.30<br>(18.00) | Trening pamięci                             | Quizy dla wszystkich                        | Miting AA                                   | Wykład/spotkanie z gościem               | Film edukacyjny dla wszystkich              |
| 18.00                  | Kolacja                                     | Kolacja                                     | Kolacja                                     | Kolacja                                  | Kolacja                                     |
| 18.30                  | Czas wolny                                  | Czas wolny                                  | Czas wolny                                  | Czas wolny                               | Czas wolny                                  |

Jakkolwiek program ten skierowany jest do osób uzależnionych od alkoholu i siłą rzeczy musi zawierać specyficzne dla tej grupy odbiorców elementy, to jednak na swoje fundamenty opiera na celach, zasadach, metodach wystandardyzowanych w świadczeniu pozostałych usług opieki długoterminowej w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie i na jego przykładzie można wskazać różnorodność dostarczanych mieszkańcom pleszewskiego Domu usług.

Program ten ustrukturyzowany jest czterostopniowo, a mianowicie składa się z 4 podstawowych elementów:

- terapii (na pododdziale uzależnieniowym jest to terapia problemów alkoholowych),
- treningu pamięci i treningu relaksacyjnego,
- terapii zajęciowej,
- oddziaływań leczniczych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych etc.

Terapia zajęciowa rozumiana szeroko jako szereg różnorodnych działań, których celem jest wzbudzenie i wspieranie aktywności klientów, rozwijanie zainteresowań i zasobów oraz poprawa i podtrzymanie sprawności psychofizycznej, podejmowana jest zarówno specjalnie dla osób uzależnionych, jak też w integracji z pozostałymi mieszkańcami domu, a podczas imprez – także z gośćmi. W programie wymienia się następujące formy terapii:

- różne rodzaje ergoterapii (praca w stolarni, garncarstwo),
- arteterapia,
- biblioterapia,
- muzykoterapia,
- sylwoterapia,
- bajkoterapia,
- choreoterapia,
- ludoterapia,
- terapia zajęciowa z wykorzystaniem komputera (DPS posiada salę komputerową dla mieszkańców) i inne.

Ostatni element programu zwraca uwagę na rehabilitację i leczenie, podkreślając, iż „pobyty w oddziale dla osób uzależnionych nie zwalnia DPS-u ze stałej opieki medycznej i rehabilitacji. W tym kontekście terapia i prowadzone oddziaływania wobec osób z problemem alkoholowym są dodatkowym zadaniem DPS-u. Jednak ważnym elementem rehabilitacji mieszkańców i pacjentów oddziału może być codzienna gimnastyka, czyli kinezyterapia, bądź też inne, zgodne z indywidualnymi potrzebami programy rehabilitacyjne podtrzymujące lub poprawiające sprawność fizyczną mieszkańców”.<sup>100</sup>

Dbając o zaspokajanie potrzeb bytowych, zdrowotnych i rekreacyjnych mieszkańców domu we wszystkich podległych DPS budynkach znajdują się odpowiednie pokoje mieszkalne, gabinety lekarskie i pielęgniarskie, sale rehabilitacji

---

<sup>100</sup> Ze względu na zachowanie intymności mieszkańców Domy nie prezentujemy materiału dotyczącego wykonywania usług pielęgnacyjnych, higienicznych itp. Zainteresowanych bogatszą galerią zaprasza się do odwiedzenia strony Domu. [www.dpspleszew.com.pl](http://www.dpspleszew.com.pl) w zakładce galeria zdjęć.



czy wreszcie gabinet psychologa. W domu odnajdziemy również odpowiednio wyposażone sale do terapii zajęciowej, pomieszczenia dziennego pobytu, oraz niezbędną do integracji mieszkańców, pracowników i odwiedzających kawiarnię, bibliotekę, kuchenkę oraz stołówkę. Całość uzupełniają pokój gościnny oraz palarnia.

Zgodnie z wymogami standaryzacji cały teren wokół pleszewskiego DPS-u przystosowany jest do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Szczególny klimat domu nadawany jest przez otaczającą go zieleń, umożliwiającą, dzięki ubogaczonej altanami, alejkami spacerowymi i ławkami infrastrukturze, spędzanie czasu na świeżym powietrzu, odnalezienie chwili relaksu i zadumy, czy wreszcie dającej sposobność pracy terapeutycznej w oparciu o świat przyrodniczy.



Zdj. 42. Altanka w ogrodzie przy Oddziale I

Do Domu przynależą także wydzielone specjalnie do tego celu tereny sportowo-rekreacyjne. Na szczególną uwagę należy zwrócić na boisko do bule czy kręgielnię plenerową. Nie mniejszym zainteresowaniem mieszkańców domu cieszą się również: boisko do piłki siatkowej i nożnej oraz szachownica.



Zdj. 43. Tereny rekreacyjno-sportowe

Dla zwolenników spokojniejszego wypoczynku Dom posiada również specjalnie przygotowane miejsce do grillowania.

Infrastruktura Domu wyposażona jest również w przestrzenną salę widowiskową oraz pomieszczenia dla celów terapii zajęciowej, a także przestrzenie do gier, zabaw, integracji, rehabilitacji czy terapii. Nie może również zabraknąć miejsc dla integracji międzypokoleniowej oraz sportu.

Realizacja usług społecznych nie tylko spełniających wymogi standaryzacji, lecz podejmujących nowe innowacyjne metody i nowatorskie rozwiązania w celu zapewnienia jak najwyższej jakości życia i dobrostanu mieszkańców domu

pomocy społecznej implikuje wiele czynników, do których zaliczyć możemy (obok właściwych narzędzi finansowania oczywiście):

- a) dobór wysoko wykwalifikowanej kadry
- b) dbałość o podnoszenie kwalifikacji zatrudnionych osób
- c) wdrażanie zasad dobrej komunikacji zespołowej
- d) zapewnienie właściwej bazy lokalowej
- e) dobór odpowiednich narzędzi zarządzania
- f) dbałość o wysoką jakość świadczonych usług wobec osób, rozumianą jako „działania skierowane na człowieka, których celem jest kształtowanie i wzbogacanie jego zasobów społecznych, fizycznych i intelektualnych”.<sup>101</sup>
- g) i inne

Zauważamy przy tym, że całość świadczonych usług wymaga kilku istotnych elementów składających się na pełen obraz profesjonalizacji świadczenia tych usług i zarządzania nimi.

Do najistotniejszych zaliczymy zatem sprawy organizacyjne procesu udzielania usługi, korzyści z nich wynoszone przez odbiorcę usługi oraz wyniki podejmowanych działań z perspektywy dostawcy tychże usług.

Niezbędne przy tym staje się właściwe określenie (zdefiniowanie) rodzaju dostępnych usług, wyznaczenie sposobu pomiaru i oceny ich efektywności, monitorowanie oraz mechanizmy poprawy jakości.<sup>102</sup>

Zarządzaniem takimi usługami określa się m.in. „zestaw działań obejmujących: planowanie, organizowanie, motywowanie oraz kontrolę, wykorzystujący zasoby organizacji – ludzkie, finansowe, rzeczowe, informacyjne z zamiarem osiągnięcia założonych celów. Tym samym zarządzanie jest sztuką, która obejmuje

---

<sup>101</sup> Cyrek M., Miłucha-Baczek E., Usługi społecznej jako wyznacznik kapitału ludzkiego w kontekście spójności regionalnej, [w:] M. G. Woźniak (red), Nierówności społecznej a wzrost gospodarczy w kontekście spójności społeczno-ekonomicznej, Z. 12, Rzeszów 2008, s. 449 i n.

<sup>102</sup> A. Badałek, Innowacyjność w zarządzaniu usługami społecznymi

osiągnięcie rezultatów poprzez pracę innych ludzi, wykorzystywanie zasobów z zachowaniem efektywności i skuteczności<sup>103</sup>.

Każdy z wymienionych elementów pełni istotną rolę w podnoszeniu i zapewnieniu jakości wytwarzania i/lub dostarczania określonego typu usług lub produktów. Pomijanie lub lekceważenie któregośkolwiek z nich prowadzi do braku efektywności podejmowanych działań, rozmijanie się z założonymi celami, niedostosowanie odpowiednich narzędzi do przeciwdziałania pojawiającym się trudnościom czy wreszcie do wypalenia pracowników i niezadowolenia odbiorców usług czy konsumentów.

A. Badelek podkreśla, że zarówno planowanie strategiczne, zakładanie czasem zmiany strukturalnej działania, określenia faz i obszarów ryzyka i metod przeciwdziałania im, motywowanie, budowanie spójnej struktury zespołów i organizacyjnej, monitoring, ocenianie i kontrola muszą odbywać się w ścisłym partnerstwie wewnątrz i zewnątrz organizacyjnym. Buduje to poczucie więzi i współodpowiedzialności za podejmowaną inicjatywę czy realizowany projekt.<sup>104</sup>

Jakkolwiek budowa partnerstwa może okazać się nieraz trudna, to praca w oparciu o te fundamentalne zasady zarządzania i partnerstwo (lokalne, ponadlokalne, strukturalne, strategiczne i trwałe) przynosi wymierne owoce i wpływa pozytywnie na efektywność wykonywanych czynności i realizacji procesu zmiany.<sup>105</sup>

Zarządzanie, zwłaszcza w usługach opieki długoterminowej wymaga istnienia i stosowania standardów takich usług ze względu na ich funkcję stymulującą względem jakości pracy i świadczenia tych usług. W tym znaczeniu rozumie się standardy jako narzędzia do „podwyższania powszechności i intensywności czynników projakościowych i obniżania powszechności i intensywności czynników antyjakościowych w obszarze usług pomocy i integracji społecznej”.<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> R.W. Gryffin, *Podstawy Zarządzania Organizacjami*, Warszawa 1998, s. 38 i n.

<sup>104</sup> A. Badelek, *Innowacyjność*, dz. cyt. tamże.

<sup>105</sup> A. Stogowski, *Types of partnerships in the perspective of local government responsible for the development of social and economic capital. Social education approach*, [w:] I. Werner, E. Więcek-Janka, *Pomiędzy zarządzaniem procesami edukacyjnymi a rynkiem pracy, Przedsiębiorczość I Zarządzanie t. XV, z. 8, cz. II, Łódź 2014*, ss. 255-267.

<sup>106</sup> Por. R. Szarfenberg, *Krajowy Raport Badawczy*, dz. cyt. s. 25. Pojawia się tam (od s. 24) wyszczególnienie ponad 50 czynników mogących wpływać na podwyższenie lub obniżenie jakości

Innymi słowy standardy i ich monitorowanie ich wdrażania motywują do podwyższania i zachowywania jakości świadczonych usług budując wzajemne zaufanie zespołu, podopiecznych, kadry zarządzającej itp., umożliwiając wdrażanie nowych przedsięwzięć, budowanie modelowych rozwiązań oraz przeciwdziałanie możliwym ryzykom.

Zarządzanie wystandaryzowanymi usługami jest efektywniejsze, gdy jasno określone są następujące elementy struktury usługi (standardu):

- a) cel usługi
- b) zakres usługi
- c) rezultat usługi
- d) czas świadczenia usługi
- e) dokumentacja usługi
- f) współpraca przy realizacji usługi
- g) kontrola jakości wykonania usługi<sup>107</sup>

Wyżej wymienione elementy w zarządzaniu w opiece długoterminowej muszą jednak zostać poszerzone o wymogi związane z warunkami albo kontekstem świadczonej usługi, obejmując takie zagadnienia jak,

- a) baza lokalowa,
- b) liczba zespołu świadczącego usługi specjalistyczne
- c) liczba osób, którym usługa jest (ma być) świadczona.<sup>108</sup>

Wg Boczonnia natomiast zarządzanie wymagałoby właściwego opisu standardu usługi (dokładny opis produktu), który przy bliższej analizie daje się zaaplikować do budowania strategii, schematów organizacyjnych jednostek pomocy społecznej oraz programów oddziaływania na daną jednostkę lub grupę społeczną mających przynieść określoną zmianę społeczną lub zmianę zachowania (postępowania)

---

pracy socjalnej wraz z % oceną ich wpływu na efektywność takiej pracy.

<sup>107</sup> Por. Standard usługi. Poradnictwo zawodowe dla młodzieży; [www.ohp.pl/files/0000000059.doc](http://www.ohp.pl/files/0000000059.doc) dostęp z dnia 15.09.2015.

<sup>108</sup> Por. R. Szarfenberg, Krajowy Raport, dz. cyt., s. 28-29.

jednostki w celu jej wzmocnienia, usamodzielnienia, uniezależnienia od otrzymywanej pomocy etc.

Opis taki zawierałby zatem:

- a) preambułę określającą tło i kontekst danego zjawiska
- b) podstawy prawne świadczonej usługi czy podejmowanych działań
- c) przedmiot określający usługę w sposób odzwierciedlający jego zawartość treściową i charakter (jak przy działaniu)
- d) misję i cel usługi czy działania
- e) zakres podmiotowy (odbiorcę i wykonawcę), rzeczowy (czego dotyczy i co zawiera, co jest do wykonania) i przestrzenny realizacji usługi (gdzie, w jakich warunkach)
- f) specyfikację usługi stanowiącą policzalny element i pozwala na określenie co, jak długo, ile konkretnie działań w ramach usługi ma być zrealizowane
- g) warunki świadczenia usługi, w tym materialne (dostępność, zasoby ludzkie i materialne) oraz duchowe (jakie wartości, wolności i przekonania należy wziąć pod uwagę przy realizacji takich usług) i formalne (np. kwalifikacje pracowników, umiejętności niezbędne, pomocne, niewymagane etc.)
- h) procedury postępowania przy realizacji usługi
- i) zasady monitorowania i ewaluacji procesu świadczenia usługi
- j) zasady zarządzania ryzykiem oraz w sytuacjach nadzwyczajnych.<sup>109</sup>

W tej mierze podejmowane przez Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie działania i świadczone usługi spełniają normy standaryzacji a wypracowywane, aktualizowane i wdrażane metody zarządzania, partnerstwa, delegowania i współpracy wpisują się w zaprezentowane powyżej schematy.<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> Por. J. Bocoź, Poradnik standaryzacji usług społecznych. Sieć Wspierania Organizacji Poza-rządowych SPLOT, Warszawa 2004, s. 17-22.

<sup>110</sup> Przypomnijmy, że standart będzie w takim ujęciu normą, modelem postępowania, granicą poniżej której nie wolno zejść. Ze swej natury będzie więc czymś dynamicznym, ciągle zmieniającym się w celu zapewnienia jak najwyższej jakości i dostępności usług. Por. Z. Grabuśńska, Domy Pomocy Społecznej w Polsce, Warszawa 2013, s. 75 i n.

Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie posiada odpowiednio ustrukturyzowane dokumenty organizacyjne i zarządcze.

Zaliczyć do nich możemy:

- a. *Regulamin organizacyjny domu zawierający wszystkie elementy do poprawnego realizowania zadań i możliwości zarządzania nimi (w tym, zespołem, usługami, itp.)*
- b. *Kodeks etyczny pracowników Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie jako Załącznik nr 1 do Zarządzenie Dyrektora Domu Pomocy Społecznej nr DR-001a/5/2009 z dnia 24.07.2009 roku*
- c. *Statut Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie jako Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XXII/133/08 Rady Powiatu w Pleszewie z dnia 29 października 2008 r.*
- d. *Schemat Struktury organizacyjnej DPS jako Załącznik nr 24 do Regulaminu Organizacyjnego DPS w Pleszewie*
- e. *Zarządzenie Nr DR.000.1.2014 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie z dnia 3 stycznia 2014 roku w sprawie określenia misji Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie*
- f. *Zarządzenie Nr DR.001a.11.2013 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w sprawie wprowadzenia Zasad Kontroli Zarządczej w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie*
- g. *Wypracowany zespołowo rejestr ryzyka dla wyznaczonych i wyznaczanych celów z 2014 r. (Patrz aneks)*
- h. *Program oddziału dla osób z problemem alkoholowym w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie, zawierający wszystkie elementy właściwe dla wdrażania zasad zarządzania wystandaryzowanym produktem, a mianowicie:*

### 3. Opieka długoterminowa w DPS w Pleszewie

**O**pieka długoterminowa jest nie tylko terminem teoretycznym, lecz praktyką życia codziennego wyrażającą się w dostarczaniu usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, które wraz z pozostałymi wymienianymi w tym opracowaniu dopełniają całości obrazu opieki i wsparcia mieszkańców domu pomocy społecznej.

Istotnym pojęciem w opiece długoterminowej jest skala Barthel.

Skala Barthel<sup>111</sup> jest uznaną w systemie międzynarodowym skalą stosowaną w ocenie sprawności chorego, umożliwiającą dokładne określenie stopnia zapotrzebowania na opiekę osoby chorej/niesprawnej.

Celem stosowania tej skali jest dokładne zdiagnozowanie rodzaju i stopnia czynności możliwych do samodzielnego lub przy różnym rodzaju wsparcia wykonania przez badaną osobę chorą, starszą, niesamodzielną.

W stustopniowej skali Barthel wyróżnia się trzy przedziały ocenowe:

- od 0 do 20 pkt – oznaczające całkowitą niesamodzielną,
- od 20 do 80 pkt – oznacza, że w pewnym stopniu pacjent potrzebuje pomocy otoczenia (opiekuna) do wykonywania określonych czynności,
- od 80 do 100 pkt – oznacza, że przy niewielkim wsparciu osoba chora może funkcjonować samodzielnie.

Istotne w skali Barthel jest to, że wynik badania wynoszący 40 lub mniej punktów decyduje o zakwalifikowaniu badanej osoby chorej/starszej/niesamodzielnej do opieki długoterminowej.

W DPS w Pleszewie zamieszkują obecnie 43 osoby objęte opieką długoterminową. Zakwalifikowanie tych osób zostało poprzedzone badaniem w ww.

---

<sup>111</sup> Skala Barthel została wprowadzona w Polsce rozporządzeniem ministra zdrowia z 23 grudnia 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.



skali Barthel<sup>112</sup> – wszystkie osoby nie osiągają więcej niż 40 pkt w rzeczonyj skali, a mianowicie:

- do 10 punktów uzyskało 15 osób
- 10-20 punktów – 11 osób
- 21-30 punktów – 13 osób
- 31-40 punktów – 3 osoby.

Osoby te objęte są opieką świadczoną przez dwie spółki: Grupowa Praktykę Pielęgniarek „Opieka” oraz Niepubliczny Zakład Specjalistycznej i Pielęgniarskiej Opieki Zdrowotnej „Salus”.

Jak zostało to już określone w pierwszej części opracowania, w zakresie opieki medycznej wyróżnić można oddziały dla osób przewlekle chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), a także hospicja oraz możliwość świadczenia pielęgnacyjnych i opiekuńczych usług w zakresie opieki długoterminowej realizowane w miejscu zamieszkania i świadczenia pielęgnarskie realizowane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Usługi te mogą być realizowane również w domach pomocy społecznej.

Jednostki, instytucje zapewniające całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską, a także stosownie do potrzeb pacjentów/podopiecznych/mieszkańców: opiekuńczą, pielęgnacyjną, rehabilitacyjną i terapeutyczną przeznaczone są dla osób wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem

Warunkiem przyjęcia pacjenta do grupy opieki długoterminowej jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością indeksu Barthel poniżej 40 punktów.

Pielęgniarskiej opieka długoterminowa domowa jest adresowana do osób obłożnie przewlekle chorych przebywających w miejscu zamieszkania i które wymagają wsparcia w postaci systematycznych świadczeń pielęgnarskich. Dotyczy to zatem osób, nie wymagających hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego i z różnych względów nie przebywających w zakładach opieki

---

<sup>112</sup> Zgodnie z dokumentami strategicznymi badanie to weryfikowane jest każdego miesiąca.

długoterminowej, wymagających jednakże systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa.

Świadczenia gwarantowane, realizowane w warunkach domowych, które obejmują:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem i planem pielęgnowania;
- edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny / opiekunów;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.<sup>113</sup>

---

<sup>113</sup> Zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej ze zm. wymienia: a) świadczenia podstawowe do objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, a mianowicie: wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową; ustalenie kwestii pielęgnacyjnych i stworzenie indywidualnego planu opieki; comiesięczną ocenę stanu zdrowia pacjenta według skali Barthel; ewentualną modyfikację planu opieki, zgodnie z możliwością wykonywania wszystkich niezbędnych czynności pielęgnacyjnych; b) świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia; c) świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej. Tutaj wymienia się m.in.: założenie sondy żołądkowej lub dwunastniczej, zmianę opatrunków w sposób sterylny, założenie lub wymianę cewnika u kobiet; jądrowe podmycie kroczka, obserwację ilości i barwy wydalanego moczu, obserwację w kierunku infekcji wstępującej układu moczowego, wymianę lub opróżnianie worka na mocz, płukanie pęcherza moczowego, podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych, także podawanie insuliny; dostarczenie i wykorzystywanie sprzętu jednorazowego użytku niezbędnego do wykonania zlecenia (uwaga! za wyjątkiem sprzętu do podawania insuliny!sic!) oraz edukację w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub opiekuna; podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych oraz w postaci iniekcji dożylnych; czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, d) świadczenia usprawniające w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej: m.in. zastosowanie drenażu ułożeniowego; oklepywanie pacjenta etc.

Także i w tym przypadku opieką długoterminową mogą być objęte osoby nie uzyskujące w skali Barthel więcej niż 40 punktów.

Na szczególną uwagę zasługuje dostarczanie usług opieki i pielęgnacji przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej osobom, będącym podopiecznymi / mieszkańcami domów pomocy społecznej. Działania takie dotyczą:

- a) współudziału w tworzeniu – ustalaniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny danego DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- b) edukacji personelu DPS w zakresie potrzeb ustalonych planami opieki;
- c) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwa oraz zleceń lekarskich.

Ustawodawca w ustawie o pomocy społecznej w artykule 68 wskazuje na konieczność świadczenia pielęgnacji wobec mieszkańców domu, w tym pielęgnacji w czasie choroby oraz udzielanie niezbędnej pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w przypadku placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

Zakresy świadczonych przez poszczególne zespoły w domach pomocy społecznej określone są w statutach poszczególnych DPS-ów oraz w zakresach obowiązków. I tak:

- a) dla opiekuna i opiekunki zakres obowiązków w dps kształtuje się następująco:
  - Uczestniczenie w przyjmowaniu nowoprzybyłego mieszkańca do Domu.
  - Udzielanie mieszkańcowi informacji o możliwości uzyskania pomocy.
  - Zapoznanie nowo przybyłego mieszkańca z topografią obiektu, do którego został przyjęty.
  - Zapoznanie mieszkańca z folderem i możliwością korzystania z biblioteki.
  - Przekazywanie informacji o zasadach korzystania z kuchni oraz nt. prania bielizny osobistej i pomaganie w tych czynnościach.
  - Systematyczne zapoznawanie mieszkańca Domu z jego historią.
  - Pomaganie mieszkańcowi w zwiedzaniu miasta.

- Integrowanie z grupą.
- Organizowanie czasu wolnego.
- Aktywizowanie do samodzielnej egzystencji mieszkańca.
- Dbanie o estetyczny wygląd zewnętrzny mieszkańców, utrzymywanie w czystości szafek przyłóżkowych, szaf, stolików.
- Przygotowywanie mieszkańców do wizyty lekarza oraz wyjazdu z mieszkańcami do lekarzy specjalistów.
- Karmienie chorych i niesprawnych mieszkańców.
- Pomaganie w czynnościach życia codziennego mieszkańców. Pielęgnowanie chorych, wykonywanie wszystkich niezbędnych czynności higienicznych.
- Pomoc w prowadzeniu korespondencji i innych czynnościach sprawiających trudność mieszkańcom Domu.
- Pobieranie posiłków oraz dostarczanie ich do pokoi chorych i niepełnosprawnych mieszkańców wg zaleceń lekarza.
- Prowadzenie obserwacji mieszkańca.
- Motywowanie do leczenia, kształtowanie nawyków.
- Umożliwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem.
- Wspieranie mieszkańca w trudnych sytuacjach.
- Pomaganie w rozwiązywaniu konfliktów.
- Reprezentowanie interesów mieszkańca.
- Uczestniczenie w zajęciach rehabilitacyjnych, sportowych i kulturalnych mieszkańców.
- Uczestniczenie przy wypłatach depozytowych oraz przy wydawaniu przedmiotów wartościowych oraz zakupionych towarów i rzeczy mieszkańcom
- Wypisywanie kart urlopowych dla mieszkańców w czterech egzemplarzach.
- Opiekunka w przypadku stwierdzenia samowolnego opuszczenia Domu przez mieszkańca, zgłasza ten fakt pielęgniarce dyżurnej i pracownikowi socjalnemu.
- Uczestniczenie w poszukiwaniu mieszkańca w przypadku opuszczenia Domu, szczególnie osoby ubezwłasnowolnionej,

- Uczestniczenie w opracowaniu planu indywidualnego oraz jego prowadzenie i realizacja.
- Prowadzenie sprawozdań z realizacji planu higieny.
- Wykonywanie, oprócz pracy opiekuńczej, innych czynności oraz przejmowanie na siebie roli przyjaciela, powiernika.
- Zabezpieczenie rzeczy po zmarłym mieszkańcu.
- Zastępowanie nieobecnej opiekunki Działu w razie wystąpienia takiej konieczności i polecenia bezpośredniego przełożonego.
- Poszerzanie wiedzy w zakresie wykonywanego zawodu oraz branie udziału w szkoleniach w przypadku skierowania.
- Ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu prawidłowego funkcjonowania Domu.
- Rzetelne, sumienne i wyczerpujące wykonywanie przydzielonych zadań zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami.
- Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji pracy.
- Uczestnictwo w pracach mających na celu utrzymanie oraz podnoszenie poziomu osiągniętego standardu Domu.
- Dbanie o dobro zakładu, chronienie jego mienia, czuwanie nad jego racjonalną eksploatacją oraz zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić zakład na szkodę.
- Znajomość przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej, udział w szkoleniach i instruktażach z tego zakresu oraz poddawanie się wymagającym egzaminom sprawdzającym.
- Niezwłoczne powiadomienie Dyrektora o zauważonych w Zakładzie wypadkach przy pracy, albo zagrożeniach życia lub zdrowia ludzkiego.
- Przestrzeganie zasad i procedur zawartych w Regulaminie Organizacyjnym oraz Regulaminie Pracy Domu, a także stosowanie się do wydanych zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Domu.
- Podstawowe obowiązki, jako pracownika samorządowego, regulują przepisy Rozdziału 3 ustawy o pracownikach samorządowych oraz odpowiednie przepisy Kodeksu pracy.

- Zapewnienie własnej dyscypliny pracy.
- Przestrzeganie zasad współżycia społecznego.
- Poddawanie się wstępnym, okresowym i kontrolnym oraz innym zaleconym badaniom lekarskim i stosowanie się do wskazań lekarskich.
- Przestrzeganie tajemnicy służbowej, zawodowej – ochrona danych osobowych mieszkańców i pracowników.
- Wykonywanie innych czynności służbowych zleconych przez Przełożonego, Dyrektora Domu bądź osobę przez niego upoważnioną.



Zdj. 44. Opieka pielęgniarska w DPS Pleszew

- b) dla pielęgniarki zaś kształtuje się w następujący sposób
- Uczestniczenie w przyjmowaniu nowoprzybyłego mieszkańca do Domu.
  - Czuwanie nad bezpieczeństwem i właściwym stanem zdrowia mieszkańca.
  - Nadzorowanie i pomaganie mieszkańcom w przestrzeganiu higieny osobistej.
  - Pielęgnowanie chorych, dokładne wykonywanie wszystkich czynności pielęgniarskich.

- Wykonywanie zabiegów zleconych przez lekarzy.
- Wydawanie leków mieszkańcom.
- Udzielanie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach i zachorowaniach. Organizowanie pomocy lekarskiej.
- Karmienie chorych i niesprawnych mieszkańców.
- Pobieranie posiłków oraz dostarczanie ich do pokoi chorych i niepełnosprawnych mieszkańców wg zaleceń lekarza.
- Dbanie o estetyczny wygląd zewnętrzny mieszkańców.
- Przygotowywanie mieszkańców do wizyty lekarza oraz wyjazdu z mieszkańcami do lekarzy specjalistów.
- Aktywizowanie do samodzielnej egzystencji mieszkańca.
- Prowadzenie obserwacji mieszkańca.
- Wspieranie mieszkańca w trudnych sytuacjach.
- Reprezentowanie interesów mieszkańca.
- Motywowanie do leczenia, kształtowanie nawyków.
- Powiadomienie pracownika socjalnego o pogorszeniu się stanu zdrowia mieszkańca, w celu powiadomienia rodziny. W przypadku nieobecności pracownika socjalnego za dokonanie powiadomienia rodziny odpowiada pielęgniarka.
- Uczestniczenie w poszukiwaniu mieszkańca w przypadku opuszczenia Domu, szczególnie osoby ubezwłasnowolnionej,
- Czuwanie nad bezpiecznym i właściwym przechowywaniem leków, opatrunków i środków dezynfekcyjnych.
- Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej.
- Uczestniczenie przy wypłatach depozytowych oraz przy wydawaniu przedmiotów wartościowych oraz zakupionych towarów i rzeczy mieszkańcom
- Uczestniczenie w opracowaniu planu indywidualnego oraz jego prowadzenie i realizacja.
- Prowadzenie sprawozdań z realizacji planu higieny.
- Przenoszenie w miarę możliwości umierającego mieszkańca do oddzielnego pomieszczenia

- Zapewnienie troskliwej opieki i szacunku osobom umierającym.
- Sprawowanie opieki nad umierającą osobą, zapewnienie ciszy i spokoju w otoczeniu chorego, zapewnienie kontaktu z duchownym, częste przebywanie przy chorym.
- Zabezpieczenie rzeczy po zmarłym mieszkańcu.
- Zastępowanie nieobecnej/nego pielęgniarki/pielęgniarsza Działu w razie wystąpienia takiej konieczności i polecenia bezpośredniego przełożonego.
- Nadzorowanie pracy pracowników Działu w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w soboty, niedziele i święta w przypadku wyznaczenia przez Kierownika Działu.
- Pełnienie obowiązków Dyrektora w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w soboty, niedziele i święta w Jego imieniu w przypadku wyznaczenia.
- Powiadamianie Dyrektora o ważnych sprawach i zdarzeniach w przypadku jego zastępowania.
- Poszerzanie wiedzy w zakresie wykonywanego zawodu oraz branie udziału w szkoleniach w przypadku skierowania.
- Ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu prawidłowego funkcjonowania Domu.
- Rzetelne, sumienne i wyczerpujące wykonywanie przydzielonych zadań zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami.
- Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji pracy.
- Uczestnictwo w pracach mających na celu utrzymanie oraz podnoszenie poziomu osiągniętego standardu Domu.
- Dbanie o dobro zakładu, chronienie jego mienia, czuwanie nad jego racjonalną eksploatacją oraz zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić zakład na szkodę.
- Znajomość przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej, udział w szkoleniach i instruktażach z tego zakresu oraz poddawanie się wymaganym egzaminom sprawdzającym.
- Niezwłoczne powiadomienie Dyrektora o zauważonych w Zakładzie wypadkach przy pracy, albo zagrożeniach życia lub zdrowia ludzkiego.



- Przestrzeganie zasad i procedur zawartych w Regulaminie Organizacyjnym oraz Regulaminie Pracy Domu, a także stosowanie się do wydanych zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Domu.
- Podstawowe obowiązki, jako pracownika samorządowego, regulują przepisy Rozdziału 3 ustawy o pracownikach samorządowych oraz odpowiednie przepisy Kodeksu pracy.
- Zapewnienie własnej dyscypliny pracy.
- Przestrzeganie zasad współżycia społecznego.
- Poddawanie się wstępnym, okresowym i kontrolnym oraz innym zaleconym badaniom lekarskim i stosowanie się do wskazań lekarskich.
- Przestrzeganie tajemnicy służbowej, zawodowej – ochrona danych osobowych mieszkańców i pracowników.
- Wykonywanie innych czynności służbowych zleconych przez Przełożonego, Dyrektora Domu bądź osobę przez niego upoważnioną.

Natomiast odpowiedzialność i charakter realizowanej pracy pielęgniarek w opiece nad osobą starszą, w tym w opiece długoterminowej regulowane są przez liczne dokumenty, do których zalicza się m.in.

- ustawy z dnia z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014, poz. 1435 ze zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z dnia 14 listopada 2007 r.)
- ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2011 nr 174 poz. 1038) oraz aktach wykonawczych do tych ustaw;
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 581 ze zm., rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach oraz zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące warunków zawierania i realizowania umów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych;

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015, poz. 618),
- ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016, poz. 186)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz w zakresie pomocy społecznej
- ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015, poz. 163 z póź. zm.) i akty wykonawcze do tej ustawy
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2012 poz. 964)

Zakres, charakter i rodzaj takich usług i świadczeń, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia a udzielanych od zewnętrznych jednostek i instytucji opieki długoterminowej był przedmiotem wielu sporów i nieścisłości.

Stały się one przyczyną skierowania przed blisko 8 laty pisma ówczesnej Minister Pracy i Polityki Społecznej Jolanty Fedak do wszystkich starostów i prezydentów miast. W piśmie tym zwrócono uwagę na pojawiające się nieścisłości, nieprawidłowości oraz podjęto się ujednolicenia rozumienia usług zdrowotnych, jakie winny i mogły być dostarczane w ramach opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej. Ze względu na ważność tego zagadnienia przytoczmy tu spory passus tego pisma. „(...) W związku z powtarzającymi się sygnałami wskazującymi na występujące nieprawidłowości w zakresie zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej dostępu do świadczeń zdrowotnych zwracam się do Państwa ponownie, z gorącym apelem o zwrócenie szczególnej uwagi i dołożenie należytej staranności w zakresie zapewnienia mieszkańcom swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (...) 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 (...) 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 i finansowanych z opłaconych między innymi przez mieszkańców domów pomocy społecznej składek zdrowotnych. Dom nie świadczy usług zdrowotnych ponieważ nie posiada statutu zakładu opieki zdrowotnej (...) W świetle przypisów prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom przebywającym w domach pomocy społecznej i objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym na takich samych zasadach jak świadczeniobiorcom, którzy potrzebują pomocy medycznej w warunkach domowych. Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako osoby wymagające opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, w szczególności mogą korzystać z kontraktowanych przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa. Przysługuje im również, na ogólnych zasadach, prawo do opieki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (...)"<sup>114</sup>.*

Pani Minister przywoływała również zapewnienie przez NFZ dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej: rehabilitacji leczniczej i ambulatoryjnej na określonych w ustawach i rozporządzeniach warunkach. Zwraca się także uwagę, że w wyżej wymienionym kontekście domy pomocy społecznej „...nie zostały wskazane w zamkniętym katalogu podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartych w art. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, co wynika z faktu, iż przewidywaną przez ustawodawcę rolą domów pomocy społecznej nie jest sprawowanie funkcji leczniczych, mają one jednakże obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów (...).<sup>115</sup>

Realizacja zadań opieki zdrowotnej w opiece długoterminowej świadczonej przez domy pomocy społecznej przywoływana jest na wokandę do dzisiaj. Wpisuje się ona w art. 58-my Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku dotyczący wydatków pokrywanych przez dom opieki społecznej.

---

<sup>114</sup> Minister przywołuje wprowadzony przez NFZ zwiększony współczynnik korygujący stawki kapitałowe lekarza poz do poziomu 2,5, czyli o 0,8 lub 1,5 wyższego niż w przypadku osób starszych oraz osób pomiędzy 7 a 65 rokiem życia nie będących mieszkańcami i podopiecznymi domów pomocy społecznej (odpowiednio 1,7 i 1,0). Stało się tak po uwzględnieniu faktu częstszego korzystania z porad i świadczeń diagnostycznych u mieszkańców dps-ów.

<sup>115</sup> Tamże.

Określone tu zostaje, że wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywane są przez dom pomocy społecznej. Natomiast w dalszych punktach wskazuje się, iż DPS „umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów” (pkt. 2); „pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” (pkt. 3); „może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (pkt. 4).

Na podstawie istniejących rozwiązań prawnych, m.in: art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał *Rozporządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*, w którym wymienia się katalog przysługujących badań w ramach ww. świadczeń. Należą do nich<sup>116</sup>: badania hematologiczne, badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi, badania moczu, badania kału, badania układu krzepnięcia, badania mikrobiologiczne, badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku, badanie ultrasonograficzne (USG), spirometria, zdjęcia radiologiczne<sup>117</sup>.

Nie mniej istotną sprawą jest opieka lekarza psychiatry świadczona w ramach środków NFZ. A z takich świadczeń korzystali bądź korzystają niektórzy mieszkańcy prezentowanego Domu i innych domów pomocy społecznej.

---

<sup>116</sup> Por. Zarządzenie Nr 3/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniające zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Por. <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna>

<sup>117</sup> Poza wymienionym tutaj katalogiem lekarz POZ może skierować pacjenta na finansowane przez Fundusz badania endoskopowe: gastroskopię i kolonoskopię.

Mieszkańcy dps-ów, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi mają pełne prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dotyczy to także środków psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Na pojawiające się w tej kwestii wątpliwości oraz zarzuty niewłaściwego podejścia do spraw opieki psychiatrycznej Minister Pracy i Polityki Społecznej prezentuje swoje stanowisko i odpowiedź. Zgodnie z nią świadczenia zdrowotne dla osób przebywających w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych udzielane są na ogólnych zasadach w ramach psychiatrycznych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez poradnie zdrowia psychicznego poprzez porady lekarskie /psychologiczne w poradni, ewentualnie porady wizyty domowe/ środowiskowe (...) [dps] uprawniony jest do zapewnienia na poziomie wymaganego standardu usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających oraz ma umożliwić korzystanie z powszechnego systemu ochrony zdrowia”.<sup>118</sup>

Domy pomocy społecznej borykają się w tej kwestii z wieloma trudnościami. Pierwsza wynika z faktu, że z ponad 77 tysięcy osób będących mieszkańcami dps-ów, aż 28 tysięcy stanowią osoby z wynikiem skali Barthel 0-40. Z nich zaledwie 28,6% korzysta z pielęgniarstwa długoterminowego. Skala potrzeb w zakresie świadczeń ochrony zdrowia jest dodatkowo poszerzona właśnie o potrzeby z obszaru opieki i leczenia psychiatrycznego, gdyż na 19 tysięcy osób z zaburzeniami psychicznymi w dps-ach ponad 21% jest sklasyfikowanych ze skalą Barthel poniżej 40 punktów.<sup>119</sup>

Dostrzega się zatem, iż rodzaj i liczba możliwych do udzielenia świadczeń w opiece psychiatrycznej nie odpowiada realnemu zapotrzebowaniu na tego typu usługi w opiece długoterminowej.

W przygotowywanych do tej pory raportach wskazywano m.in na: odmawianie przez podmioty i jednostki posiadające kontrakty z NFZ przyjmowania na

---

<sup>118</sup> Odpowiedź MPiPS DPS VII 074-ZG-4/13/7622 z dnia 24.10.2013 r na pismo Rzecznik Praw Pacjenta Barbary Kozłowskiej w sprawie opieki psychiatrycznej zapewnianej mieszkańcom domów pomocy społecznej i rzekomej zbyt częstej ich hospitalizacji.

<sup>119</sup> Dane MPiPS stan na 31.12.2013.

leczenie i rehabilitację medyczną mieszkańców domów pomocy społecznej mimo posiadania przez nich ubezpieczeń społecznych.

Fakt ten ma przynajmniej dwie przyczyny: 1. Ograniczoność zawartych kontraktów; 2. Brak odpowiedniej liczby psychiatrów w miejscowościach ulokowania dps-ów.

Te negatywne zjawiska prowadzą w konsekwencji do albo zatrudniania dodatkowego personelu medycznego (psychiatrycznego także) w ramach dps albo korzystanie z prywatnych usług w tych obszarach, co przyczynia się do zwiększenia kosztów pomocy społecznej.

Podczas krajowej narady dyrektorów wydziałów polityki społecznej urzędów wojewódzkich we wrześniu 2013 roku na wokandę trafiły właśnie usługi świadczeń ochrony zdrowia oraz bezpieczeństwa osób zaburzonych psychicznie. We wspomnianym wyżej piśmie MPiPS znajdziemy przywoływanie głosów niezadowolonych służb pomocy i polityki społecznej z niewywiązywania się przez system ochrony zdrowia z obowiązków, z lekceważącego i pełnego zaniedbań traktowania problematyki opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej oraz braku systemowych i długofalowych rozwiązań w tym zakresie.<sup>120</sup>

---

<sup>120</sup> Odpowiedź MPiPS DPS VII 074-ZG-4/13/7622. Dz. cyt.

## 4. Projekty realizowane w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie ze szczególnym uwzględnieniem projektu norweskiego

**P**odwyższeniu jakości życia mieszkańców Domu, podnoszeniu kwalifikacji kadry pracowniczej i zarządczej, polepszeniu i ubogaceniu infrastruktury Domu i jego otoczenia, ciągłego doskonalenia w komunikacji interpersonalnej, poszukiwaniu nowych możliwości, innowacyjnych metod i sposobów oddziaływania, przekładających się na dostarczanie wysokiej jakości usług w opiece długoterminowej w pleszewskim Domu Pomocy Społecznej służyły także zrealizowane projekty.<sup>121</sup>

- „Senior i Przedszkolak” w 2007 roku został wyróżniony przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego jako przykład dobrych praktyk. Uczestnikami projektu było 100 seniorów oraz 100 dzieci z przedszkola Słoneczne w Pleszewie. Seniorzy wraz z dziećmi uczestniczyli we wspólnych zajęciach: artystycznych, ekologicznych, wspólnych spacerach, zabawach na świeżym powietrzu, zabawach sportowych, zwiedzili zespół pałacowo parkowy w Dobrzycy. Projekt realizowany był również w 2008 i 2009 roku.
- „Cykl Zajęć Usprawniających” Uczestnictwo osób niepełnosprawnych w zajęciach sekcji sportowych i rekreacyjnych. Realizacja projektu odbywała się w latach: 2010, 2012, 2013. W zajęciach na siłowni, kręgielni, pływalni, hipoterapii wzięło udział 60 uczestników. Zadanie miało na celu polepszenie stanu zdrowia podopiecznych, zwiększenie aktywności osób starszych niepełnosprawnych, integrację ze społeczeństwem, miłe spędzanie czasu wolnego.

---

<sup>121</sup> Dotyczy to projektów realizowanych we współpracy ze Stowarzyszeniem Promocji Zdrowia w Pleszewie w latach 2007-2015. Opracowane na podstawie dokumentacji projektowych, w tym sprawozdań z realizacji zadań.



Zdj. 45. Zajęcia hipoterapii

- „Aktywizacja społeczna – wycieczka do Malborka, Gdyni, Gdańska i Sopotu dla osób niepełnosprawnych”. W roku 2010 grupa 20 niepełnosprawnych osób z Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie uczestniczyła w trzy dniowej wycieczce. Uczestnicy zwiedzili Malbork, Gdańsk, Gdynie i Sopot.





Zdj. 46. Mieszkańcy podczas wycieczki na molo w Sopocie

- Wielkopolskie prezentacje twórczości osób starszych „Przegląd zespołów teatralno-kabaretowych” realizowany był w latach: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2014. Przegląd gromadził corocznie około 160 osób starszych. Uczestnikami byli podopieczni z domów pomocy społecznej, środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej z województwa wielkopolskiego. Spotkanie stwarzało osobom starszym i niepełnosprawnym możliwość zaprezentowania się na scenie podczas wcześniej przygotowanego przedstawienia teatralnego lub kabaretowego. Uczestnicy mieli również okazję wybrać się w sentymentalną podróż do czasów młodości swojej lub swoich przodków oglądając wystawy zdjęć, dokumentów i pamiątek z lat 20 i 30 XX wieku oraz okresu powojennego. Przeglądowi towarzyszyła także wystawa „Senior w czasach PRL” – fotografii, przedmiotów użytkowych, pamiątek z tego okresu.



Zdj. 47. Przegląd Zespołów Teatralno -Kabaretowych



Zdj. 48. Przegląd Zespołów Teatralno -Kabaretowych

- Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych – „W zdrowym ciele zdrowy duch” realizowany był w roku 2010. 15 osób starszych z Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie, Dziennego Domu Pomocy i Związku Emerytów i Rencistów w Pleszewie wzięło udział w zajęciach nordic walking. Zajęcia miały na celu poprawę aktywności ruchowej oraz profilaktykę schorzeń wieku starczego.



Zdj. 49. Zajęcia Nordic Walking

- Program „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Pracownia małej poligrafii. W ramach projektu w roku 2010 utworzono w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie pracownię małej poligrafii.
- Program „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”. Koniec z biernością już czas na pracę. W ramach projektu w roku 2011 utworzono warsztat stolarski dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Uczestnicy projektu zdobyli kompetencje zawodowe w zakresie prac stolarskich, poprawiła się ich sprawność manualna. Zajęcia te pobudziły aktywności artystyczną, umysłową oraz przyczyniły się do rozwoju osobistego osób z zaburzeniami psychicznymi.

- „Przyroda budzi nas do życia” Działania na rzecz poprawy jakości życia osób długotrwale, przewlekle chorych oraz osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany w latach 2012, 2013 Uczestnikami projektu było 30 osób niepełnosprawnych. Celem projektu była organizacja zajęć warsztatowych wspierających uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. W ramach projektu uczestnicy: wyjechali do Kórnika, brali udział w „Zielonej lekcji” w Arboretum, uczestniczyli w warsztatach psychologicznych, warsztatach plastycznych, brali udział w spotkaniu z ekologiem oraz w „sprzątaniu świata”.



Zdj. 50. Warsztaty ekologiczne – sadzenie drzewek

- „Pasja, rozwój, integracja. Warsztaty rękodzieła ceramicznego”. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby. Projekt realizowany w roku 2012. Uczestnikami było 30 osób niepełnosprawnych. Celem głównym projektu była organizacja zajęć warsztatowych wspierających twórczość osób niepełnosprawnych jako formę terapii i aktywizacji. W ramach projektu uczestnicy wzięli udział w zajęciach warsztatowych z rękodzieła ceramicznego.



Zdj. 51. Warsztaty ceramiczne

- „Tanecznym krokiem przez świat kultury”. Działania na rzecz wspierania aktywności osób starszych. Projekt realizowany w roku 2013. W ramach projektu 20 osób starszych wzięło udział w zajęciach tanecznych.
- „Pasja, rozwój, integracja. Warsztaty wikliniarsko-florystyczne”. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych – aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby. Realizacja projektu w roku 2013. Uczestnikami było 30 osób niepełnosprawnych którzy wzięli udział w zajęciach wikliniarskich, florystycznych, psychologicznych.



Zdj. 52. Warsztaty wikliniarskie

- „Przez ruch po zdrowie”. Działania na rzecz poprawy jakości życia osób długotrwale, przewlekle chorych oraz osób niepełnosprawnych. Realizacja projektu w roku 2014. Celem głównym projektu była organizacja zajęć sportowych, rekreacyjnych i turystycznych dla osób niepełnosprawnych.

W ramach projektu 20 uczestników wzięło udział w: zajęciach nordic walking, wykładzie promującym prozdrowotne walory aktywnego stylu życia, wyjechali do Śmiełowa gdzie zwiedzali muzeum Adama Mickiewicza, oraz aktywnie spędzali czas w parku, wyjechali do Russowa gdzie zwiedzali muzeum Marii Dąbrowskiej, tam również aktywnie spędzali czas podczas spacerów po parku.

- „Czas na zmiany” Działania na rzecz profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom. W roku 2014 w projekcie wzięły udział 32 osoby niepełnosprawne ze zdiagnozowanym uzależnieniem alkoholowym. Celem było zorganizowanie poradnictwa psychologicznego i warsztatów terapeutycznych wspierających uzależnionych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w dążeniu do abstynencji. Uczestnicy wzięli udział w warsztatach terapeutycznych oraz mogli korzystać z poradnictwa psychologicznego. Odbyły się również zajęcia wspomagające.



Zdj. 53. Warsztaty psychologiczne

- „Pasja, rozwój, integracja. Warsztaty rękodzieła artystycznego” Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych – aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby. Projekt realizowany w roku 2014. 30 osób niepełnosprawnych z DPS Pleszew, ŚDS Czermin, WTZ Nowolipsk wzięło udział w projekcie. W ramach projektu uczestnicy wzięli udział w zajęciach warsztatowych malowania na szkle, filcowania, bizuteryjnych, spotkaniach z psychologiem.



Zdj. 54. Warsztaty malowania na szkle





Zdj. 55. Warsztaty filcowania

- „Wymiana doświadczeń i pomysłów na temat najlepszych praktyk w zakresie świadczonych usług osobom starszym”
- 5-dniowa wizyta studyjna dla 10 pracowników z Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w Centrum Rozwoju Instytucjonalnego i Opieki Domowej w Oslo odbyła się w roku 2014. Celem współpracy było znalezienie najlepszych praktyk w zakresie usług świadczonych osobom starszym, zdobycie wiedzy na temat nowych metod pracy i właściwych postaw, służących poprawie życia osób starszych. Wizyta obejmowała: Abildsø Nursing Home, Centrum Rozwoju Instytucjonalnych Form Opieki w Oslo. Kingos gate Rehabilitation Cente, Okern Nursing Home Langerund Nursing Home – Zakład Rehabilitacji, Oslo and Akershus University College and Department of Nursing. Środki pozyskane z Funduszu Współpracy Dwustronnej w ramach Programu PL 07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych.
- „Pasja, rozwój, integracja. Warsztaty rękodzieła artystycznego” Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych – aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby. Realizacja w roku 2015.

W projekcie uczestniczyło 40 osób niepełnosprawnych z DPS Pleszew, DPS Zakrzew, ŚDS Czermin, WTZ Nowolipsk. W ramach projektu uczestnicy wzięli udział w zajęciach warsztatowych tkackich, scrapbookingu, malowania na jedwabiu, bawełnie, płótnie, warsztatach psychologicznych.



Zdj. 56. Warsztaty tkackie

„Poprawa standardu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i nie samodzielnyimi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną” to projekt realizowany przez Powiat Pleszewski począwszy od listopada 2014 roku do 30 kwietnia 2016 roku. Projekt realizowany jest w ramach programu PL 07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych i finansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego EOG.

Realizacja projektu przyczyni się do rozwiązania problemów takich jak m.in.: niedostosowanie publicznego systemu usług zdrowotnych, szczególnie w zakresie opieki długoterminowej do dynamicznego wzrostu zapotrzebowania ze

strony osób starszych oraz przewlekle chorych i niesamodzielnych; ograniczonej oferta usług opiekuńczych w południowo-wschodniej części województwa wielkopolskiego; braku systemowego przeciwdziałania upadkom osób starszych przyczyniający się do pogorszenia stanu zdrowia tej subpopulacji; niskiej świadomości społeczeństwa w zakresie opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi; niedostosowanie infrastruktury jednej z największych placówek opiekuńczych w województwie do standardów i potrzeb pacjentów.

Projekt kierowany jest do następujących grup odbiorców: osób starszych przewlekle chorych i niesamodzielnych, mieszkańców powiatu pleszewskiego, którym udostępnione zostaną usługi poradnicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze w ramach projektu; rodziny i opiekunowie oraz osoby z bezpośredniego otoczenia osób starszych chorych i niesamodzielnych korzystających z usług uruchomionych dzięki projektowi; personel medyczny DPS Pleszew, który zostanie przeszkolony w zakresie nowoczesnych metod terapii i opieki nad osobami starszymi i nie samodzielnymi.

Celem ogólnym planowanego przedsięwzięcia jest lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej do zaspokojenia potrzeb szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych poprzez: poprawę standardu działalności opiekuńczej oraz rozszerzenie zakresu usług rehabilitacyjnych w DPS w Pleszewie; modernizację obiektu i doposażenie placówki w nowoczesny, specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny; profilaktykę przeciwdziałania upadkom – jednej z bardzo częstych przyczyn osłabienia sprawności osób starszych; zapewnienie większego wsparcia osobom starszym i niesamodzielnym oraz ich rodzinom w bezpośrednim otoczeniu placówki; poprawę kwalifikacji i umiejętności personelu placówki.

Projekt składa się z działań inwestycyjnych – dotyczących infrastruktury Domu i sprzętu medycznego oraz szerokiego pakietu działań merytorycznych oraz nieinwestycyjnych, skierowanych do osób starszych, chorych, wymagających wsparcia oraz do ich otoczenia.

Działania inwestycyjne przewidziane do realizacji w ramach niniejszego projektu polegać będą na:

- kompleksowym remoncie i modernizacji infrastruktury budynku Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w celu poprawy zdrowia i komfortu życia mieszkańców DPS,
- zakupie aparatury medycznej i sprzętu rehabilitacyjnego w celu poprawy bazy rehabilitacyjnej i rozszerzenia zakresu usług świadczonych przez DPS Pleszew w siedzibie placówki.

Realizacja tych zadań jest warunkiem niezbędnym rozszerzenia zakresu świadczeń oferowanych osobom starszym i niesamodzielnym oraz zwiększenia jakości opieki medycznej w południowo-wschodniej części województwa wielkopolskiego.

Wśród działań nieinwestycyjnych służących osiągnięciu założonych w projekcie celów, zaplanowane zostało:

- uruchomienie ośrodka teleopieki,
- przeprowadzenie programu badań przesiewowych pod kątem osteoporozy, cukrzycy oraz podwyższonego poziomu cholesterolu i nadciśnienia skierowane do osób powyżej 60 roku życia – zarówno mieszkańców DPS Pleszew, jak też osób spoza placówki,
- uruchomienie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego,
- organizacja szkolenia kadr medycznych,
- realizacja akcji informacyjno-promocyjnej, w tym konferencje z udziałem specjalistów, wydanie publikacji na temat standardów opieki długoterminowej,
- wdrożenie programu edukacji pro-zdrowotnej, związanej z tematyką projektu, w terenie dla potencjalnych klientów pomocy społecznej i ich rodzin.



Zdj. 57. Przykładowy sprzęt z wypożyczalni



Zdj. 58. Badanie okulistyczne w ramach projektu



Zdj. 59. Badanie diagnostyczne w kierunku osteoporozy



Zdj. 60. Badanie w ramach teleopiekii

# Zakończenie

**L**iczba, obszar zainteresowania i zakładane (i osiągnięte!) cele projektowe oraz wszystkie wymienione w opracowaniu elementy, procedury i działania (usługi) dostarczane w Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w ramach opieki długoterminowej dla 240 jej mieszkańców, świadczą o wszechstronnym oddziaływaniu tej jednostki na mieszkańców i środowisko pleszewskie.

Takie oddziaływanie jest świadectwem dochowywania wierności tradycji i misji, jakie znalazły się u podstaw kształtującego się w połowie XIX wieku Domu, poszanowania godności, wartości mieszkańców Domu, uwzględnianiu ich potrzeb w codziennie podejmowanych działaniach w ramach świadczonych usług opieki długoterminowej, a jednocześnie wyrazem innowacyjnego myślenia otwartego na przyszłość i nowoczesność, zmierzającego do dalszego ugruntowania Domu, jako symbolu chrześcijańskiej pomocy, rodzinnej atmosfery i klimatu pomocy człowiekowi w potrzebie.

W tym miejscu pragnę życzyć Kierownictwu, wszystkim pracownikom a przede wszystkim mieszkańcom Domu:

- niegasnącej nigdy nadziei,
- cierpliwości w pokonywaniu przeciwności,
- odwagi w wychodzeniu naprzeciw trudnościom,
- radości w służbie drugiemu człowiekowi,
- wytrwałości w pracy nad sobą
- szczęścia w oglądaniu efektów pracy z innymi i pracy nad sobą, która nie jest wyłącznie świadczeniem wyspecjalizowanych i wystandardyzowanych usług, lecz jest prawdziwą służbą drugiemu człowiekowi i dzieleniem się swoim życiem i pasją z tymi, którzy jej nie mają lub nie czują.

Gdyż „człowiek jest wielki nie przez to, co posiada, lecz przez to kim jest; nie przez to, co ma, lecz przez to, czym dzieli się z innymi”.

*Św. Jan Paweł II Papież*





# Zusammenfassung

**D**emographische Veränderungen, die wir seit Jahrzehnten beobachten können, (vor allem in Ländern mit dem höchsten Grad der Entwicklung) zeigen einen deutlichen Anstieg der prozentualen Beteiligung älterer Menschen in den gegenwärtigen und zukünftigen Gesellschaften.

Die Besinnung dieser vor unseren Augen laufenden demografischen Veränderungen und Transformationen, finden immer wieder an heutigen Richtungen der Sozial- und Wirtschaftspolitik Europas statt.

Wir sehen das Interesse an dem Thema Gerontologie steigern. Das kann man in den Medien und in der Öffentlichkeit, wie auch in der sogenannten Silber- oder Vergrauungs-Wirtschaft beobachten. Das ist im Prozes von schneller „Welle-Älterung“ (Wave-Aging) zu sehen.

Es ist ein der wichtigsten Faktoren für die langfristige Wirtschafts- und Sozialpolitik ganzer Kontinente zu beeinflussen und zu bemerken.

Wie finden wir bei Szukalski "das Bevölkerungswachstum der ^Senior Population^ fördert die Nachfrage nach der vollständigen Umsetzung der sozialen Sicherheit. Es ist oft als ^entscheidender Faktor^ für die Zukunft der finanziellen Ungleichgewichte definiert. Von der Auswirkungen des demographischen Wandels (...) werden ganz wichtige Fragen zum Thema gestellt: wie könnte man Steuern und Sozialabgaben von der zukünftigen Gesselschaften bezahlt werden?".

Immer öffter werden negative demographische Trends der Teil der Neuausrichtung der Sozial- und Gesundheitspolitik. Es wird dazu die sogenannte „aktive aging proces“ akzentuiert. Die Prävention und Sozialinstrumente sollen auch in der Zahl dieses Prozesses der Alterung des Individuums und der Gesellschaft eingeschrieben werden, um die negativen gesellschaftlichen Konsequenzen entgegenzuwirken.

Dieses Phänomen steht in Einklang mit den psychologischen Konzepten der Entwicklung des Lebenszyklus von der Essenz des menschlichen Lebens. Das betrifft nicht nur die Leuten im Alter von 65 Jahren +, das die Weltgesundheitsorganisation als der Beginn des Alters beschreibt. Es hat aber auch eine starke Beziehung mit allen Altersgruppen, die solche Instrumente generationsübergreifenden und interdisziplinären Eigenschaften geben.

Es erfordert eine besondere Vorbereitung in allen Bereichen des Lebens, nicht nur körperliche (Gesundheit, die körperliche Ausdauer, Zustand, etc.), aber auch die beruflichen Tätigkeiten, intellektuellen Fähigkeiten, Freizeitaktivitäten. Sie kann dazu ihre Leidenschaften, positive Beziehungen mit Familie, Freunden, und ihren Umgebung entwickeln und unterstützen.

Es ist daher eine Tatsache, dass man bis zum Ende der Arten von Aktivitäten entwickeln kann, die nicht nur Faktoren der Wirtschaftlichkeit gemessen werden können, die aber „eine starke Neigung sozialen, axiologischen haben, zum Beispiel: Umwelthausaufgaben, Kinderbetreuung, freiwilliges Engagement, der Familie und den Freunden zu helfen“ [Hinterlong, 2001, s. 7].

Mit der Förderung der Ideen der aktiven Alterung sind unverzichtbar die Aufgaben der öffentlichen Institutionen, der NGO's (NRO) usw. zu richten und ihre Aufmerksamkeit an die Personen zu leiten, die aufgrund von erfahrenen Defiziten der Gesundheit nicht in vollem Umfang am gesellschaftlichen Leben teilnehmen; mit mehreren Schwierigkeiten in einem Haushalt oder alltäglichen Aktivitäten bei der Herstellung führen können.

Neben der oben genannten „Silber-Wirtschaft“ entwickelt sich sehr schnell auch „Weiß-Wirtschaft“, unter Berücksichtigung von verschiedenen Sozial- und Ökonomischen Faktoren, Behinderung und Abhängigkeit der älteren Gruppe von Menschen in der Gemeinde.

Es erfordert unter anderem den Aufbau von integrierten und innovativen Formen der institutionellen Pflege, Altenpflege, Familienangehörige, Menschen mit Behinderungen, die täglichen Aktivitäten im Lebensumfeld machen, und die trotz der Unterstützung von Familie, Freunden und Nachbarschaft die unüberwindlichen Schwierigkeiten treffen und stationäre Langzeitpflege brauchen.

Darüber hinaus ist es notwendig, wirksame Lösungen für die Langzeitpflege zu entwickeln, und solche Lösungen zu ermöglichen, die den betroffenen Personen durch ihr Handeln die höchste Lebensqualität erhalten lassen, die höchste Qualität von Sozialdienstleistungen, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Therapeutische oder Religiöser Dienste und Bedürfnisse erfüllen. Die Entwicklung von persönlichen Leidenschaften, Interessen der Menschen zu Unterstützen bedeutet auch in diesem Kontext: so lange wie möglich Unabhängigkeit in der täglichen Aktivitäten zu erhalten.

Die Analyse dieses Problems ist in Rahmen des Projekts "Verbesserung der Qualität der Versorgung für ältere Menschen und Bewohner von DPS Pleszew mit sogenannte Sturz-Prophylaxe und Bildungs Aktion" erstellt worden.

Dieses Projekt wurde von der Pleszew-Kreis (Powiat Pleszewski) von November 2014 Jahre umgesetzt und seine Fertigstellung ist für 30. April 2016 geplant.

Die Projektaktivitäten setzen sich in Programm GB 07: „Die Verbesserung und eine bessere Ausrichtung der demographischen und epidemiologischen Gesundheitstrends“ ein und werden vom norwegischen Finanzierungsmechanismus und dem Finanzierungsmechanismus EGO finanziert.

Das Hauptziel des Projekts trifft das Ziel in der besseren Anpassung der Gesundheitsversorgung für die Bedürfnisse einer schnell wachsenden Bevölkerung von den chronisch kranken, von der Hilfe der anderen Menschen abhängigen und älteren Menschen.

Diese Aufgabe wird erzielt:

Zur Verbesserung der Qualität der Versorgung und die Ausweitung von Rehabilitationsleistungen in der DPS Pleszew.

Zusätzlich auch:

- Veredelungsanlage und Einrichtungen mit der modernen, spezialisierten Rehabilitation Ausrüstung;
- Durchführung: Schulungen und Praxis zur Sturzprävention und Sturzprophylaxe von älteren Menschen
- Unterstützung für ältere Menschen und Angehörige und ihre Familien;

- Maßnahmen, um die Qualifikationen und Fähigkeiten des Medizinischen Personals des Hauses zu verbessern.

Die Hauptempfänger (Adressat) des Projekts sind – neben der medizinischen Personal – vor allem ältere Menschen und chronisch Kranken, ihre Familien und Bürgern aus dem Bezirk Pleszewo.

Das Projekt versucht auch folgende Leistungen und Dienstleistungen zu erbringen: Beratung, Rehabilitation und Pflege.

Das Projekt richtet der Aufgaben:

- a. „Investitionen in die Infrastruktur und Ausstattung des Hauses, z. B.:
  - a. eine umfassende Renovierung und Modernisierung der Infrastruktur des Gebäudes DPS in Pleszew, um die Lebensqualität der Bewohner von DPS zu verbessern,
  - b. der Kauf von Medizinisch- u. Rehabilitations-Geräten, um die Basis der Sanierung und Erweiterung des Leistungsumfang von DPS Pleszew der Bewohners-Verfügung zu verbessern
  - b. inhaltliche und organisatorische Tätigkeiten, unter anderem:
    - a. Launch TelecareCenter,
    - b. Durchführung eines Screening-Programms für Osteoporose, Diabetes und hohen Cholesterinspiegel und Bluthochdruck
    - c. Vermietung Rehabilitations- und orthopädischen Geräten,
    - d. Weiter(aus)bildung (Fortbildung) für medizinisches Personal,
    - e. Durchführung der Informationskampagne und Förderung und Gesundheitserziehung im Programm für Pflegeheimbewohner und den ganzen Pleszew-Kreis.

Alle im Projekt vorgesehene Aktivitäten passen sich der Strategie der Sorge um die Rehabilitations-, Gesundheits- und Betreuungsqualität in der stationären und institutionellen Pflege an.

Diese Publikation besteht aus zwei Teilen.

Der erste Teil unternimmt eine Analyse der Herausforderungen für die Langzeitpflege in Polen. Es ist auch zur Kenntnis die Vielfalt der Diens- und Bedürfnissenformen genommen, wie viele verschiedene Bereichen des gesell-

schaftlichen Lebens zu ihrer Interaktion gezählt werden sollen, einschließlich Gesundheitsdienste, Sozialhilfe, Finanzierung der Dienstleistungen usw.

Der zweite Teil zeigt vor allem, wie neue Lösungen zu implementieren und neue Initiativen durch das DPS in Pleszew zu erkunden sind, dass sie nicht nur qualitativ hochwertige Pflegedienste bieten. Sie geben aber auch ständige Unterstützung und Aktivierung der älteren Menschen, die aber in viele Fälle gleichzeitig süchtig und/oder abhängig von der Hilfe jemandanderer sind. Die von ganzen Personal des DPS untergenommene Handlungen dienen damit, um das Selbstwertgefühl diesen Leuten zu stärken und ihnen die höchste Lebensqualität zu erhalten.

Bei der Herstellung solcher Fragen in einer kurzen Beschreibung können natürlich nicht alle Antworten gefunden und nicht alle Aspekte des Pflegeheim in Pleszew vorgestellt werden.

Wir laden aber herzlich alle unsere Leser ein, DPS in Pleszew zu besuchen und aus erster Hand dieses Haus zu erfahren, wo sich die alte Tradition und Modernität zusammentreffen.



# Wybrane pozycje bibliograficzne

- Augustyn M. (red.)                      Niesamodzielni. Kto się nimi zaopiekuje? Kto za to zapłaci?  
Warszawa 2010.
- Augustyn M., Błędowski P.,            Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza,  
Wyrwicka K., (in)                      rekomendacje, Warszawa 2010.
- Barbara Knigge-Demal B.,            Entwurf des Qualifikationsrahmens für den  
Hundenborn G.                      Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung  
älterer Menschen, Bielefeld 2011.
- Biskup M., Król H., czesak J.        Sprawność i niesprawność kobiet w starszym wieku po amputacji  
(in)    piersi. Gerontologia Polska 3(2014), s. 127-134.
- Błędowski P., Mossakowska        Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in  
M., Chudek J. (in)                      Poland. Assumptions and objectives of the PolSenior project,  
[w:] Experimental Gerontology 46 (2011), s. 1003-1009.
- Błędowski P., Stogowski A.,        Wyzwania współczesnej gerontologii Poznań 2013.  
Wieczorowska-Tobis K.
- Bowden A., Lewthwaite N.        Okrągły rok zabaw. Kalendarz zajęć grupowych dla seniorów –  
scenariusza na każdy tydzień roku do zastosowania w domach  
opieki i klubach seniora. Warszawa 2013.
- Cybulski M., Krajewska-            *Social aspects of aging in the opinion of medical schools' students in*  
Kulak E., Sowa P. (in)                *Poland, Belarus and Greece*, Gerontologia Polska 4(2015), s. 165-  
173.
- Czapiński J., Panek T.                Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków.  
Raport, Warszawa Rada Monitoringu Społecznego 2011
- Danny R. Hoyt, Marvin A.            Life Satisfaction and Activity Theory: a Multidimensional  
Kaiser, George R. Peters,        Approach [w:] Oxford Journals Life Sciences & Medicine The  
Nicholas Babchuk                      Journals of Gerontology: Series B Volume 65B, Issue 5, s. 583-  
590.
- Decker David L.                      Social Gerontology. An introduction to the dynamics of aging.  
Boston-Toronto 1980.

- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J. (in) Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontologia Polska* 3(2008), s. 149-159.
- Fidecki W., Widomska E., Wysokiński M. (in) *Selected quality of life elements in elderly inhabitants of Lublin*, *Gerontologia Polska* 4(2015) s. 174-178.
- Fidecki W., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (in) Jakość życia związana ze stanem zdrowia osób w podeszłym wieku objętych opieką długoterminową, 24-29, [w:] *Gerontologia Polska* 1(2015) s. 24-28.
- Figueira H.A., Giani T.S., Beresford H. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil 2010.
- Grewiński M., Dkrzypczak B., Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej, Warszawa 2011.
- Grewiński M., Karwacki A., Rymśa M. Nowa polityka społeczna – aktywizacja, wielosektorowość, współdecydowanie. Warszawa 2010.
- Grewiński M., Więckowska B. Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, Warszawa 2011.
- Grün A. Pokochaj swój wiek. Sztuka starzenia się. Częstochowa 2008.
- Jakrzewska-Sawińska A. (red.) Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej. Poznań 2007.
- Jakrzewska-Sawińska A. (red.) Jakość życia w starości – mity i rzeczywistość. Poznań 2009.
- Janowicz R., Dobrowolska-Bakczun K. Jak działań w kryzysie? WOG Poznań 2012.
- Jędrusiak B. Tu jest nasz dom. Pleszew 2004.
- Jędrzejkiewicz B., Dobrowolska B., Kaučić M.B. (in) Wybrane aspekty opieki geriatrycznej w opinii osób starszych oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa w kontekście dyskusji na temat ageizmu w sektorze opieki zdrowotnej, *Gerontologia Polska* 4(2015), s. 186-192.
- Kalinowski M. Wspólnoty nadziei, Lublin 2007.
- Karpiński A., Rajkiewicz A. (red.) Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Warszawa 2008.



- Kerr D, Wilkinson H, Jak zapewnić osobom starszym dobrą opiekę nocną. Praktyczne metody do wykorzystania w klinikach i domach opieki. Warszawa 2013.
- Kleer J. (red.) Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa, Warszawa 2009.
- Kowalewski J., Szukalski P. Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu. Łódź 2008.
- Kowalewski J., Szukalski P. Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Łódź 2008.
- Kowalewski J., Szukalski P. Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej. Łódź 2008.
- Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy, Geriatric care in selected European countries [w:] GERIATRIA 3(2009), s. 12-16.
- Markiewicz E., Skawina I. Polityczna orientacja państw w zakresie społeczeństw starzejących się [w:] Gerontologia Polska 1(2015), s. 34-42.
- Mossakowska M., Broczek K., Witt M. Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia. Poznań 2007.
- Mossakowska M., Więcek A., Błądowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Warszawa – Poznań 2012.
- Muszalik M., Kornatowski T., Zielińska-Więczkowska H. (in) Functional assessment of geriatric patients in regard to health-related quality of life (HRQoL) [w:] Clinical Interventions in Aging 10(2015), s. 61–67.
- Pawlas-Czyż S. (red.) Praca socjalna wobec współczesnych problemów społecznych, Warszawa 2008.
- Perek-Białas J. (red.) Active Aging, Kraków 2005.
- Piasecki J. Trochę wiosny jesienią. Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie: wczoraj i dziś. Pleszew 1994.
- Polak A., Porzych K., Kędziora-Kornatowska K. (in) Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii – interdyscyplinarnej nauki o starzeniu się i starości, [w:] gerontologia Polska 3(2007), s. 51-53.
- Raclaw M. (red.) Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lojalne wobec osób starszych, Warszawa 2011.

- Rzecznik Praw Obywatelskich Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Warszawa 2012.
- Rzecznik Praw Obywatelskich O sposobach mówienia o starości. Debata-Analiza-Przykłady, Warszawa 2014.
- Stogowski A., Dzięgielewska-Gęsiak S. Indywidualne aspekty starzenia się. Między możliwościami a ograniczeniami. Poznań 2013.
- Szarfenberg R. KRAJOWY RAPORT BADAWCZY. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji, Wrzos Warszawa 2011.
- Szatur Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa 2006.
- Szatur-Jaworska B (red) Ewaluacja w służbach społecznych, Warszawa 2010.
- Talarska D., Wieczorowska-Tobis K. (red.) Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie, Poznań 2009.
- Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) jako narzędzie do oceny zapotrzebowania na opiekę przez osoby w wieku podeszłym, Poznań 2013.
- Wieczorowska-Tobis K., Stogowski A. Związek starzenia się z niepełnosprawnością. Gerontologia Polska 3(2014), s. 156-161.
- Wieczorowska-Tobis K. Talarska D. Pozytywna starość, Poznań 2010.
- Wysokiński M., Fidecki W., Cieszko K. (in) Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych na Oddziałach Intensywnej Terapii w oparciu o skalę NEMS. [w:] Gerontologia Polska 2(2015), s. 54-59.