



stowarzyszenie
czas
przestrzeń
tożsamość

ThinkTank nowa przestrzeń społeczna

Tu nie chodzi o maseczki.
Placówki opieki w dobie
koronawirusa

RAPORT BADAWCZY

Kluczowi autorzy: Jarema Piekutowski, Anna Turzyniecka
Konsultacje eksperckie: dr Rafał Bakalarczyk



Szczecin, 27.12.2020



Narodowy Instytut Wolności
Instytut Promocji i Wspierania Organizacji Obywatelskich

Sfinansowano przez Narodowy Instytut Wolności –
Centrum Społeczeństwa Obywatelskiego
ze środków Programu Rozwoju Organizacji Obywatelskich
na lata 2018–2030



Program Rozwoju
Organizacji
Obywatelskich
na lata 2018–2030
PROO

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Wyniki badania ilościowego - ankieta.....	6
2.1 Zmiana sytuacji placówek w dobie pandemii.....	6
2.2 Najważniejsze problemy pracowników i mieszkańców placówek	7
2.3 Zasoby kadrowe, finansowe, rzeczowe i technologiczne.....	9
2.4 Potrzeby i wsparcie, z jakiego skorzystały placówki.....	11
3. Perspektywa wybranych podmiotów wspierających – studia przypadku	13
3.1 Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich	13
3.2 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego.....	16
3.3 Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dyrektorów Samorządowych DPS	21
4. Oczami dyrekcji DPS-ów – studia przypadku	25
4.1 DPS opiekujący się osobami w podeszłym wieku.....	25
4.2 DPS opiekujący się osobami przewlekle chorymi somatycznie i niepełnosprawnymi 29	
4.3 DPS dla osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi	33
5. Wnioski z badania	37
6. Rekomendacje.....	39
6.1 Zapobieganie izolacji mieszkańców placówek.....	39
6.2 Uregulowanie kwestii dot. pracy zdalnej i wsparcie pracowników placówek w tym zakresie	40
6.3 Udrożnienie komunikacji między instytucjami centralnymi a placówkami i innymi podmiotami	41
6.4 Rolling review – systematyczne gromadzenie i przekazywanie wiedzy na temat pandemii różnym interesariuszom	42
6.5 Wydzielenie zespołu dot. procedur bezpieczeństwa	43
6.6 Stworzenie jasnych „zaleceń ramowych”	44
6.7 Platforma wsparcia zewnętrznego	46
6.8 Zwiększenie minimalnych poziomów wynagrodzeń w placówkach samorządowych 47	
6.9 Opracowanie planów ewakuacji/izolacji na poziomie województwa.....	48
6.10 Stworzenie katalogu dobrych praktyk.....	49

7. Metodologia badania	50
7.1 Zakres podmiotowy badania	50
7.2 Pytania badawcze	50
7.3 Metody i techniki badawcze	51
Think tank „Nowa Przestrzeń Społeczna”	53

1. Wprowadzenie

Od początku pandemii COVID-19 kwestia przygotowania Domów Pomocy Społecznej i innych placówek opieki całodobowej (np. domów seniora) na zagrożenie SARS-CoV-2 budziła niepokój. Doniesienia medialne - najpierw docierające do Polski najpierw z zagranicy, potem informujące o konkretnych, dramatycznych przypadkach w kraju – sprawiły, że think tank „Nowa Przestrzeń Społeczna” podjął ten temat w ramach działalności badawczej.

Przeprowadzone w ramach działalności think tanku Nowa Przestrzeń Społeczna dwuetapowe badanie, prowadzone od września do listopada 2020 r., stawia sobie za cel przede wszystkim sformułowanie zaleceń dotyczących wsparcia potrzebnego DPS-om i innym ośrodkom opieki całodobowej w obliczu możliwej trzeciej fali pandemii, jednak spełnienie tego celu wymagało przede wszystkim ustalenia stanu faktycznego w tego typu placówkach.

Najbardziej kompletne dane statystyczne dotyczące sytuacji w DPS-ach i innych ośrodkach zamkniętych dostępne są dzięki działalności [Biura Rzecznika Praw Obywatelskich](#). Działający w ramach struktur Biura Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT) prowadzi na bieżąco monitoring medialny, zbiera dane od podmiotów prowadzących takie ośrodki i publikuje na bieżąco nowo uzyskane informacje. Publikuje też wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich do instytucji odpowiedzialnych za zapewnienie w/w placówkom bezpieczeństwa w obliczu pandemii – oraz odpowiedzi tych instytucji.

Głównym ograniczeniem udostępnianych przez Biuro RPO danych jest fakt, że informacje dotyczące pojawienia się ognisk zakażeń czerpią z monitoringu medialnego – dopiero na ich podstawie KMPT podejmuje dalsze działania. Jeśli więc wiadomość o wystąpieniu w danym ośrodku COVID-19 nie pojawią się w mediach, nie trafiają też do raportów i statystyk.

Ministerstwa właściwe odpowiedzialne za prowadzenie konkretnych rodzajów placówek to:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dla DPS-ów i ośrodków opieki dla osób bezdomnych,
- Ministerstwo Zdrowia dla Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych (ZOL-i) i szpitali psychiatrycznych,
- Ministerstwo Sprawiedliwości dla zakładów karnych, zakładów poprawczych i aresztów śledczych.

Żadne z powyższych nie udostępnia systematycznie danych dotyczących sytuacji epidemicznej w podległych im placówkach.

W związku z tym palącą kwestią stało się uzyskanie odpowiedzi na podstawowe pytania: jak faktycznie przebiegały pierwsza i druga fala pandemii w tego rodzaju placówkach? Jak ośrodki przygotowywały się do pandemii, czego zabrakło, co udało im się zrobić? Jakiego wsparcia potrzebowały, z jakiego korzystały, w jakim zakresie? Jakie główne problemy i potrzeby –

niekoniecznie oczywiste dla osób mających dostęp tylko do przekazu medialnego – zauważają u siebie i w innych jednostkach o podobnym profilu? Jakich rozwiązań oczekują?

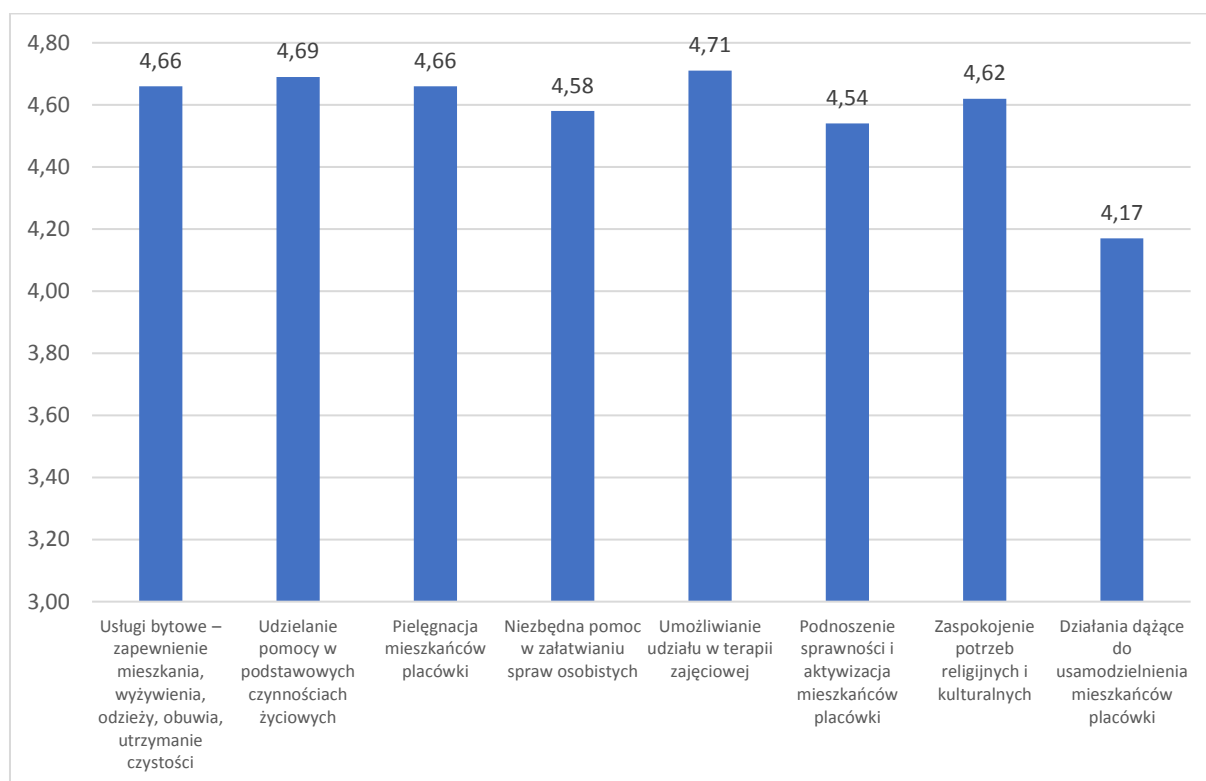
Niniejszy raport przedstawia wyniki badania i bazujące na jego wynikach rekomendacje, skonsultowane z ekspertami z rady naukowej think tanku.

2. Wyniki badania ilościowego - ankieta

2.1 Zmiana sytuacji placówek w dobie pandemii

Aby ocenić, jak zmieniła się sytuacja placówek w dobie pandemii, poprosiliśmy badanych dyrektorów, by wskazali, jak ich zdaniem przedstawiała się sytuacja przed pandemią (w 2019 roku) jeśli chodzi o poszczególne usługi, jakie zgodnie z ustawą placówki powinny świadczyć względem swoich mieszkańców. Oceny dokonano w skali od 1 do 5.

Wykres 1. Ocena trudności w świadczeniu poszczególnych usług przed wybuchem pandemii wg badanych placówek (średnia od 1 do 5, 1 - bardzo duże trudności w zapewnieniu danej usługi, 5 – brak jakichkolwiek problemów w zapewnieniu usługi)

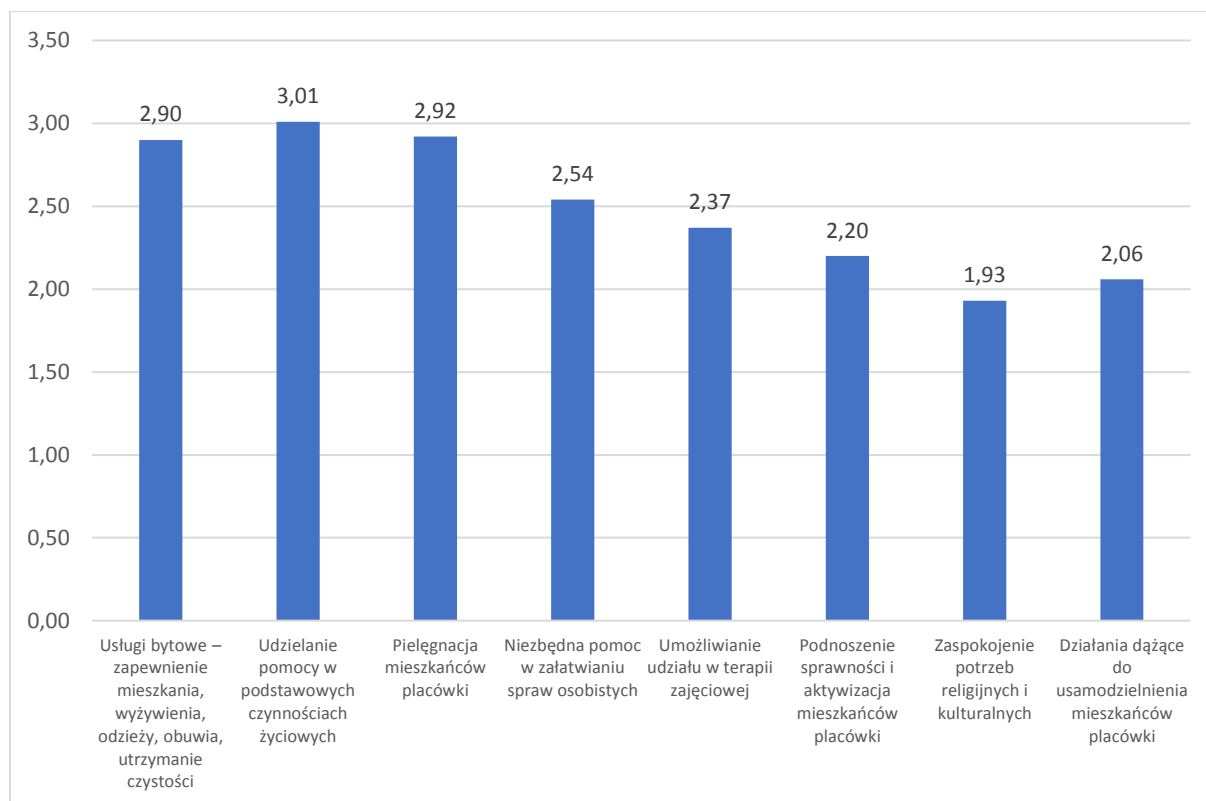


Źródło: ankieta CAWI/CATI, n=100

Powyższe dane wskazują, że o ile stosunkowo najlepiej placówki radziły sobie z działaniami należącymi do codziennej, „wewnętrznej” rutyny działania (pielęgnacja, terapia zajęciowa, usługi bytowe, pomoc w codziennych czynnościach), o tyle największe trudności sprawiały usługi związane z życiem mieszkańców poza placówką i ich aktywizacją (działania dążące do usamodzielnienia, podnoszenie sprawności, zaspokojenie potrzeb religijnych i kulturalnych).

Następnie badanych zapytano, jak zmieniła się sytuacja w poszczególnych obszarach pod wpływem pandemii COVID-19.

Wykres 2. Ocena zmiany sytuacji w zakresie świadczenia poszczególnych usług przed wybuchem pandemii wg badanych placówek (średnia od 1 do 5, 1 – silny wpływ negatywny/pogorszenie sytuacji, 5 – silny wpływ pozytywny/poprawa sytuacji)



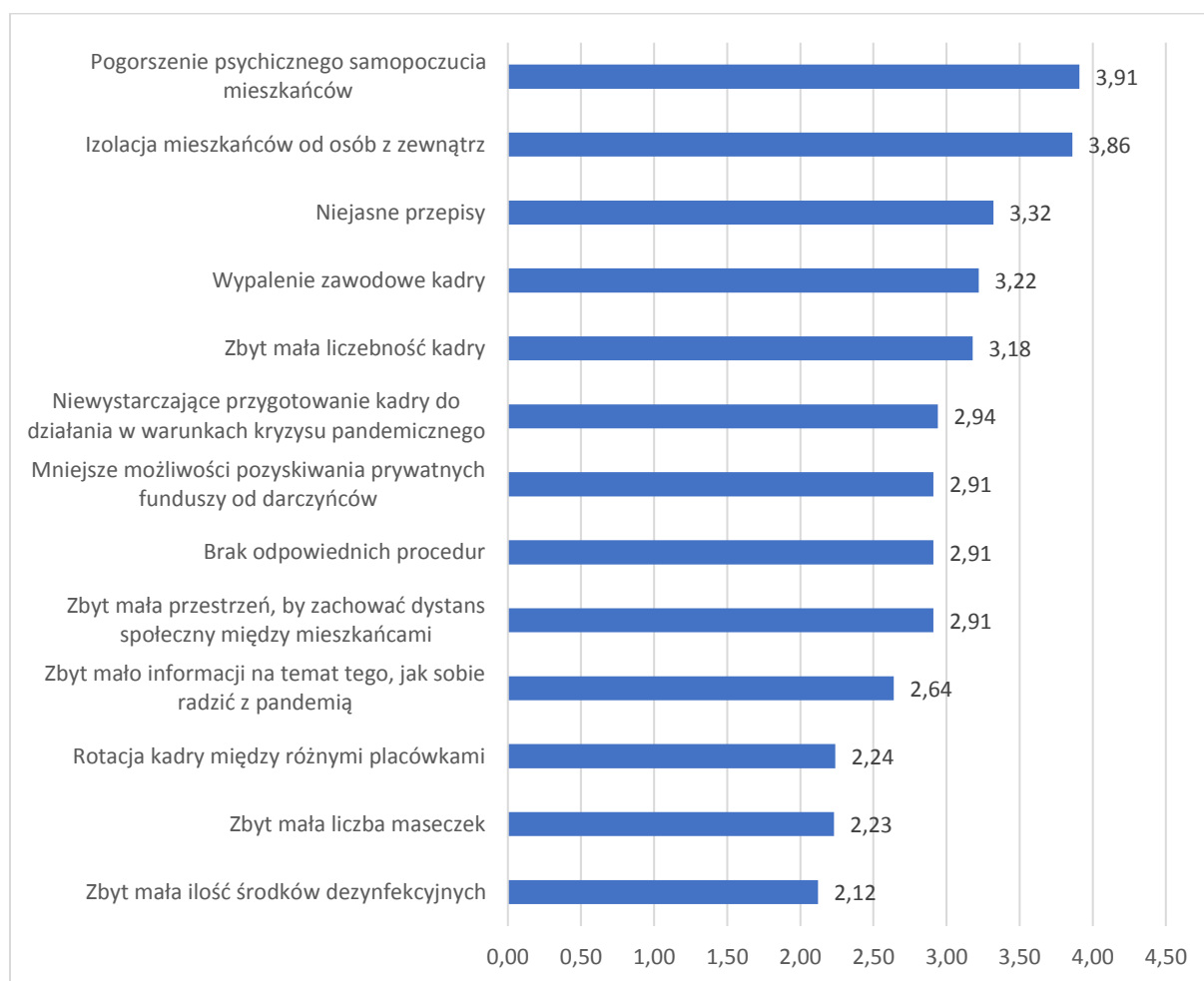
Źródło: ankieta CAWI/CATI, n=100

O ile podstawowe usługi (bytowe, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacja) nadal były świadczone bez znacznego pogorszenia, o tyle największe trudności pojawiły się w zakresie działań dodatkowych, przede wszystkim zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, działań dążących do usamodzielnienia mieszkańców placówki oraz podnoszenia ich sprawności i aktywizacji. W tych trzech przypadkach zatem sytuacja pogorszyła się tam, gdzie już była trudna. Pogorszył się także dostęp do terapii zajęciowej.

2.2 Najważniejsze problemy pracowników i mieszkańców placówek

Kolejne pytanie skierowane do dyrektorów placówek w ankiecie dotyczyło problemów, jakie dotknęły ich (i mieszkańców placówek) w związku z pandemią COVID-19. Dyrektorzy mogli ocenić, w jakim stopniu dotknął ich dany problem. Na tej podstawie stworzono ranking najważniejszych problemów.

Wykres 3. Stopień, w jakim poszczególne problemy dotknęły placówki opieki całodobowej (średnia od 1 do 5, 1 dotknęły w bardzo dużym stopniu, 5 – w ogóle nie dotknęły)



Źródło: ankieta CAWI/CATI, n=100

W górnych partiach tego negatywnego rankingu znajdują się kwestie związane z pogorszeniem stanu psychicznego – przede wszystkim mieszkańców, do czego przyczyniła się także ich izolacja od osób z zewnątrz, jak i kadry, w przypadku której trudności związane z COVID-19 prowadzą do wypalenia zawodowego.

Problemem okazały się niejasne przepisy i procedury działania, w tym:

- Brak opracowanych zasad współpracy pomiędzy służbami sanitarnymi a DPS;
- Niewystarczająca koordynacja działań pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za realizację działań pomocowych;
- Niewystarczający przepływ informacji;
- Niespójne działania władz państwowych na wszystkich szczeblach. Różne zasady w różnych województwach.
- Brak zdecydowanych decyzji w dyskusyjnych sferach (np. zakazu odwiedzin, wychodzenia).

Za problemy z przepływem informacji odpowiadał w dużej mierze fakt, że komunikaty ministerialne oraz z innych źródeł (np. z GIS, Sanepidu) przesyłane były do wojewodów, które przekazywały je (lub nie) w nieokreślonym czasie do samorządów, którym podlegają poszczególne placówki. Dopiero samorządy przekazują te komunikaty (lub nie) w całości lub okrojonym zakresie do dyrektorów DPS-ów. Taka „zabawa w głuchy telefon” utrudnia czy nawet uniemożliwia sprawne działanie.

W tym i w innych pytaniach respondenci wskazują na zbyt małą liczebność kadry i niewystarczające jej przygotowanie do funkcjonowania w dobie pandemii. Dotyczyło to przede wszystkim kadry pielęgniarskiej.

Trudności związane były także z dostępem do świadczeń medycznych i testów– np.:

- odmowa udzielenia świadczeń medycznych mieszkańcom, u których stwierdzono pozytywny wynik w teście na COVID-19 (bezobjawowi));
- trudności z uzyskaniem możliwości przebadania mieszkańców w sytuacji podejrzenia zakażeń;
- trudność w umieszczeniu potrzebujących pomocy mieszkańców w szpitalu - odsyłanie ich pomimo skierowania z POZ uzasadniane tym, że nie mają przeprowadzonego testu;

Stosunkowo rzadko problemem było natomiast zapewnienie środków ochronnych, choć i tu wskazywano na trudności, np. na zawyżone ceny na rynku przy zakupie środków ochrony i brak nadzoru państwa nad regulacją tych cen. W związku z zakupem środków ochrony pojawiały się bardzo duże obciążenia dla budżetów DPS-ów.

Wśród innych problemów respondenci wskazywali na:

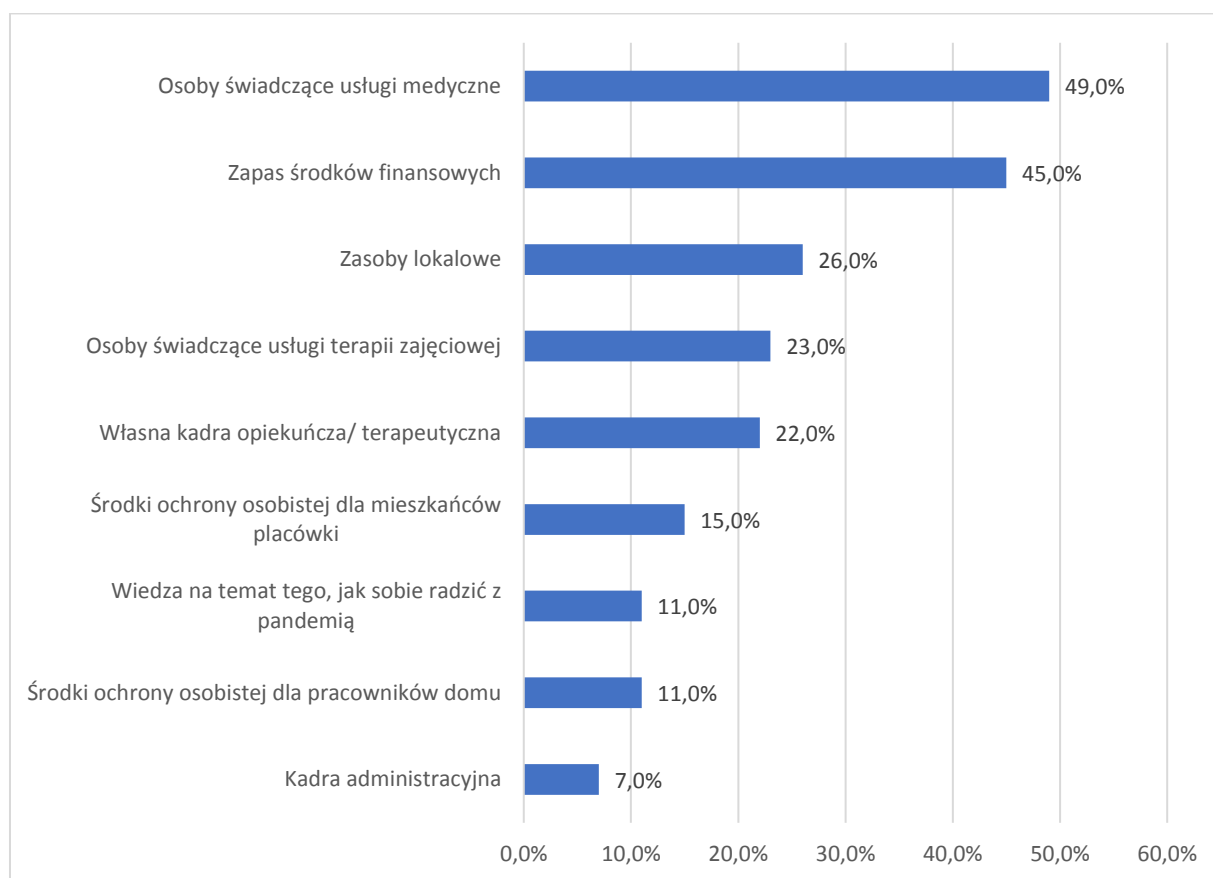
- Niewydolność systemów informatycznych Sanepid-ZUS;
- Utrudniony dostęp do wolontariuszy.

2.3 Zasoby kadrowe, finansowe, rzeczowe i technologiczne

Respondenci wskazali, w jakim stopniu zasoby ich placówek (obecne lub możliwe do zdobycia/zakupienia/wynajęcia) są wystarczające do poradzenia sobie przy kolejnych falach pandemii.

Najczęściej wskazywano na niedobory: osób świadczących usługi medyczne (na niedobór wskazało 49% badanych), zapasowych środków finansowych (47%), zasobów lokalowych, przede wszystkim miejsc odizolowania osób zakażonych (26%). Najrzadziej natomiast wskazywano na niedobory kadry administracyjnej (7%), środków ochrony osobistej dla pracowników domu (11%) i wiedzy na temat tego, jak sobie radzić z pandemią (11%).

Wykres 4. Zasoby, które są zdaniem badanych placówek zupełnie niewystarczające lub raczej niewystarczające do poradzenia sobie przy kolejnych falach pandemii (% wskazań)



Źródło: ankieta CAWI/CATI, n=100

Nieustającym problemem placówek jest brak kadry pielęgniarskiej. Zbyt mała liczba pielęgniarek na rynku pracy zdecydowanie utrudnia DPS dostęp do tego typu usług.

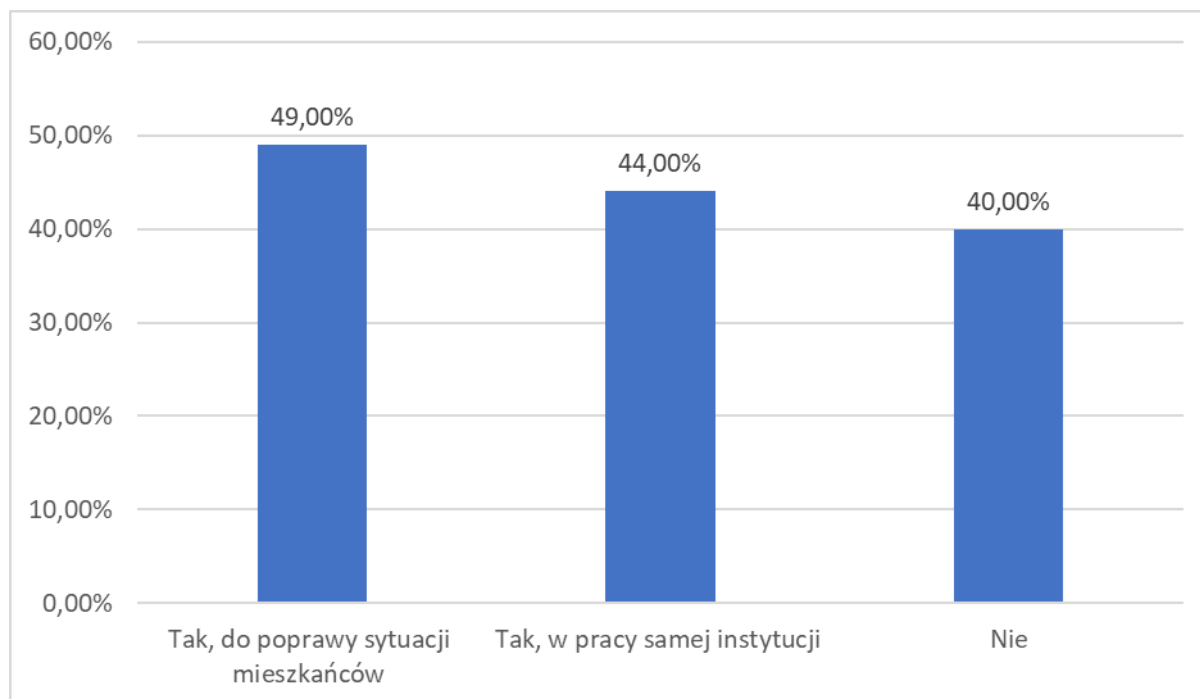
Bardziej szczegółowo zapytano badanych o pracowników, jakich potrzebują, w podziale na stanowiska:

- **74%** badanych placówek potrzebuje dodatkowych pielęgniarek (od 1 do 10);
- **66%** badanych placówek potrzebuje dodatkowych opiekunów (od 1 do 120);
- **45%** badanych placówek potrzebuje dodatkowych rehabilitantów (od 1 do 9);
- **45%** badanych placówek potrzebuje dodatkowych terapeutów zajęciowych (od 1 do 18);
- **34%** badanych placówek potrzebuje dodatkowych lekarzy/świadczących medycznych;
- **20%** badanych placówek potrzebuje dodatkowych asystentów osoby niepełnosprawnej (od 1 do 6).

Do innych potrzebnych pracowników należą pracownicy socjalni, osoby do kontaktów w celu załatwiania spraw urzędowych, pracownicy kuchni).

Ważnym zasobem w czasach pandemii były technologie i umiejętności umożliwiające pracę zdalną i kontakt zdalny mieszkańców z rodzinami i innymi bliskimi. Jak się jednak okazało, 40% placówek nie korzystało w ogóle z takich technologii. Częściej korzystano z nich w celu poprawy sytuacji mieszkańców (kontakt z rodziną, lekarzem, psychologiem) niż do pracy zdalnej.

Wykres 5. Korzystanie z technik komunikacji zdalnej



Źródło: ankieta CAWI/CATI, n=100

2.4 Potrzeby i wsparcie, z jakiego skorzystały placówki

Badanych dyrektorów DPS-ów poproszono o ułożenie rankingu najważniejszych potrzeb (od pozycji 1 – najważniejsze, do pozycji 13 – najmniej ważne. Średni ranking przedstawiał się następująco:

- 1) Zwiększenie wynagrodzeń opiekunów (średnia pozycja: 2.97)
- 2) Zwiększenie wynagrodzeń kadry medycznej (średnia pozycja: 3.83)
- 3) Środki prewencyjne (dostęp do testów) (średnia pozycja: 4.39)
- 4) Wsparcie kadrowe (średnia pozycja: 4.75)
- 5) Zwiększenie wynagrodzeń kadry prowadzącej terapię zajęciową (średnia pozycja: 5.48)
- 6) Środki ochrony osobistej (maseczki, rękawiczki itp.) dla personelu (średnia pozycja: 6.31)

- 7) Środki ochrony osobistej (maseczki, rękawiczki itp.) dla mieszkańców (średnia pozycja: 6.36)
- 8) Środki dezynfekujące (średnia pozycja: 7.85)
- 9) Dodatkowa przestrzeń (średnia pozycja: 9.06)
- 10) Wsparcie psychologiczne dla kadry (średnia pozycja: 9.08)
- 11) Narzędzia do telespotkań mieszkańców z rodziną itp. (średnia pozycja: 9.24)
- 12) Narzędzia do zdalnej pracy personelu, konsultacji itp. (średnia pozycja: 10.25)
- 13) Inne wyposażenie poza środkami ochrony osobistej (średnia pozycja: 11.43)

Badane placówki korzystały ze wsparcia wielu różnych instytucji. Najczęściej korzystano ze wsparcia: Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego/ROPS, Starostwa powiatowego/PCPR, przedsiębiorstw prywatnych oraz organizacji pozarządowych.

Rodzaje wsparcia, z jakich najczęściej korzystano, to:

- Środki ochrony osobistej dla personelu (97%)
- Środki finansowe (77%)
- Środki ochrony osobistej dla mieszkańców (68%)
- Inne wyposażenie (58%)

W największym stopniu zaspokojone zostały potrzeby związane ze środkami ochrony osobistej, a w najmniejszym – kadrowe.

3. Perspektywa wybranych podmiotów wspierających – studia przypadku

W niniejszej części raportu opisane są wyniki wywiadów z przedstawicielami jednostek, które zajmowały się wsparciem dla placówek opieki całodobowej.

3.1 Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich¹

W ramach KMPT zajmuje się między innymi sytuacją w Domach Pomocy Społecznej. Przed wybuchem pandemii KMPT przeprowadzało wizytacje prewencyjne w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, i przeprowadzało działania zmierzające do eliminowania ryzyka zaistnienia tortur lub niehumanitarnego albo poniżającego traktowania. DPS-y włączono w mechanizm, ponieważ mieszkaniec może zostać w takim ośrodku umieszczony wbrew własnej woli, decyzją sądu.

Biuro RPO wystąpiło do ministrów właściwych – w przypadku DPS-ów jest to Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – z pytaniem, jakie zalecenia epidemiologiczne zostały przygotowane dla tych placówek. Już 12 marca 2020 Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się także do Głównego Inspektora Sanitarnego o opracowanie zaleceń sanitarnych, jak przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się koronawirusa w miejscach takich jak więzienia, poprawczaki, szpitale psychiatryczne, DPS-y czy ośrodki dla cudzoziemców.

W odpowiedzi GIS stwierdził, że ze względu na nieznaną ram instytucjonalnych regulujących funkcjonowanie różnego typu placówek i ogrom pracy związany z ogólnym przygotowaniem do pandemii – w tym z działalnością edukacyjną – nie może przygotować takich rekomendacji, natomiast konsultuje merytorycznie (zgodnie z dostępną wiedzą epidemiologiczną) nadsyłane do niego procedury bezpieczeństwa stworzone przez poszczególne podmioty. Wskazał ministrów właściwych odpowiedzialnych za ośrodki danego typu jako instytucje, które powinny opracować bardziej szczegółowe wytyczne postępowania. Przesłał też bardzo ogólne zalecenia, z zastrzeżeniem, że nie wszystkie mają zastosowanie w każdym przypadku, ale pozostałe mogą być dostosowane do konkretnych sytuacji.

Wśród rekomendacji znalazła się m.in. rada, żeby unikać płacenia gotówką.

Już na tym etapie pojawiła się jednak jedna z kwestii, która w dalszych rozmowach okaże się kluczowym problemem przy próbach zarządzania odpowiedzią na pandemię: brak jasnego podziału kompetencji podmiotów zaangażowanych w walkę z COVID-19. GIS odesłał RPO do

¹ Respondentka: Justyna Zarecka z Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, zespołu działającego w ramach Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, która zajmowała się i zajmuje m.in. monitorowaniem przebiegu pandemii w Domach Pomocy Społecznej.

ministrów właściwych, natomiast specustawa covidowa (Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych) w art. 11h pkt 1 stanowi, że: „W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. O wydanych poleceniach wojewoda niezwłocznie informuje właściwego ministra”.

W związku z tym zalecenia postępowania trafiały do dyrektorów DPS-ów z kilku źródeł: od wojewody (zgodnie z Ustawą), z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i z lokalnych i wojewódzkich Sanepidów. Zalecenia te nierzadko były zbyt ogólne, w różnym zakresie sprzeczne i niedostosowane do realiów prowadzenia placówki opieki całodobowej. Nie wiadomo też było, czyje zalecenia w tej sytuacji są obowiązujące, a dodatkowo – zgodnie zresztą z ustawą – polecenia czy rekomendacje mogły być przez wojewodów przekazywane nawet telefonicznie.

Z czasem oddolnie wypracowano praktykę konsultowania procedur bezpieczeństwa z lokalnym Sanepidów przez poszczególne ośrodki, a DPS-y zaczęły utrzymywać stały kontakt z biurami zarządzania kryzysowego przy wojewodach oraz składać do wojewody codzienne raporty.

Najbardziej brakowało rąk do pracy, co związane było z wprowadzeniem obowiązku pracy tylko w jednej placówce, ale i wynikało z niejasnych przepisów dotyczących kwarantanny pracowników i niedoborów kadrowych jeszcze sprzed pandemii.

Na początku brakowało też środków ochrony osobistej i dezynfekcyjnych – teraz KMPR otrzymuje informacje, że Agencja Rezerw Materiałowych we współpracy z wojewodami na bieżąco uzupełnia te braki, ale podczas pierwszej fali DPS-y skazane były na szukanie PPE na własną rękę, nierzadko po zawyżonych cenach.

Jako przykład dobrych praktyk w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom i mieszkańcom respondentka wskazuje rozwiązania wprowadzone w Krakowie, zwłaszcza utworzenie wspólnego dla wszystkich DPS-ów ośrodka wsparcia z miejscami quasi-kwarantanny, pozwalającego na 14-dniową izolację osób kierowanych do domów pomocy społecznej przed umieszczeniem w docelowym DPS, zabezpieczenie rezerwy kadrowej składającej się z pracowników dziennych ośrodków wsparcia, których działalność została zawieszona oraz umożliwienie pracownikom DPS-ów przejazdu do pracy komunikacją miejską specjalnie uruchomioną dla pracowników służby zdrowia. Placówki otrzymały też wsparcie finansowe z budżetu miasta w celu zabezpieczenia w środki ochrony osobistej. Zaznacza jednak, że nie są to rozwiązania, które można by wprowadzić powszechnie, zarówno ze względów logistycznych, jak i finansowych.

Problemem był też dostęp do testów. Rozmówczyni jako główne źródła zakażeń podczas pierwszej fali wskazuje pracowników, mieszkańców wracających z leczenia szpitalnego i nowo przyjętych do ośrodków. Zanim wojewodowie zorganizowali testy przesiewowe, panował chaos. Potem udało się dzięki nim przynajmniej częściowo zidentyfikować zakażonych pracowników.

Testowanie poza programami testów przesiewowych przebiegało w sposób zróżnicowany. Z informacji zebranych przez rozmówczynię wynika, że dużo zależało nie tylko od mocy przerobowej lokalnych laboratoriów, ale i od indywidualnych relacji dyrektorów DPS-ów z miejscowym Sanepidem. Czasem – przy podejrzeniu zakażenia albo potwierdzeniu pojedynczych przypadków – nie było problemu z przetestowaniem wszystkich mieszkańców, a czasem mimo zgłaszanego przez dyrektorów zapotrzebowania odmawiano przeprowadzenia takich testów, uznając je za bezzasadne. Możliwość zlecenia testów przez lekarzy rodzinnych opiekujących się placówką też poprawiła sytuację.

Obowiązkowym testowanie przed przyjęciem mieszkańcy zostali objęci dopiero na mocy rozporządzenie Rady Ministrów z 1 września 2020, przedtem zdarzały się trudności.

Martwią także konsekwencje ograniczenia wolności mieszkańców DPS-ów wynikające z zamknięcia placówek dla odwiedzających i zakazu opuszczania ośrodków przez podopiecznych. Poza potencjalnym łamaniem praw człowieka i kwestionowaniem adekwatności podstawy prawnej wprowadzenia tych zakazów rozmówczyni wskazuje także na znaczące pogorszenie stanu fizycznego i psychicznego mieszkańców, które łączy właśnie z drastycznym ograniczeniem kontaktów społecznych.

Dostęp do pomocy psychologicznej był zróżnicowany. Placówki, które przed pandemią zatrudniały już psychologa – choćby na pół etatu – są jej zdaniem w lepszym stanie. Wsparcie telefoniczne dla pracowników i mieszkańców organizowały też z własnej inicjatywy różne instytucje: Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej (ROPS-y), Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej (MOPS-y), sztaby kryzysowe. Mimo to ocenia poziom wsparcia psychologicznego dla mieszkańców i pracowników DPS-ów jako niewystarczający.

Kwestią palącą jest też niewydolność systemu opieki zdrowotnej, przekładająca się bezpośrednio na sytuację mieszkańców DPS-ów. Do rozmówczyni dotarły doniesienia o odmowie przyjazdu pogotowia, a osobnym problemem były kwestie ograniczenia w pewnym momencie opieki lekarskiej do teleporad i problemy z przyjęciem do szpitala.

KMPT nadal obserwuje sytuację na bieżąco. Prowadzi monitoring mediów, przeprowadza interwencje, kontaktuje się z wojewodami, samorządami prowadzącymi konkretne DPS-y i ich dyrektorami, publikuje pozyskane informacje i przygotowuje powrót do przeprowadzania wizytacji prewencyjnych, na razie – po krótkim okresie letniego luzowania obostrzeń, kiedy odbywały się w terenie – w formie zdalnej.

W ocenie rozmówczyni sytuacja w dużym stopniu jest ustabilizowana, mimo dużo silniejszej drugiej fali pandemii. Martwi się jednak o wydolność systemu w przypadku wystąpienia

trzeciej fali i wypalenie zawodowe pracowników. Niepokoją też kwestie związane z szarą strefą placówek opiekuńczych działających nielegalnie.

„Wiadomo, że takie placówki są. Nie wiadomo, co się w nich dzieje, w jakim stanie są mieszkańcy, jaką otrzymują opiekę” (IDI)

Jak DPS-y poradziły sobie z pandemią? W ocenie rozmówczynie w dużym stopniu zależało to od indywidualnych decyzji i nastawienia dyrektorów jednostek. Jeśli przed wybuchem pandemii byli rzutcy, zaangażowani w szukanie sposobów na poprawę warunków w jednostce i „mieli smykałkę do organizowania”, to i z pandemią poradziła sobie całkiem dobrze, niezależnie od oficjalnie dostępnych form wsparcia. Dużą rolę odgrywało także zaangażowanie samorządów. Niestety były też przypadki, gdzie dyrekcja nie podołała, gdzie w oczekiwaniu na jasne wytyczne ze strony państwa nie podjęto szybkich działań, lub nawet początkowo bagatelizowano problem – „w takich miejscach zdarzały się tragedie”.

Najważniejsze potrzeby DPS-ów zdaniem rozmówczynie to dodatkowe środki finansowe, dodatkowa kadra, jasne przepisy, dostęp do testów i środków ochrony osobistej, lepszy dostęp do opieki medycznej także poza ośrodkiem, lepsze wsparcie psychologiczne oraz pomoc w opracowaniu bezpiecznych procedur pozwalających na odwiedziny mimo pandemii, ponieważ drastyczne ograniczenie kontaktów społecznych bardzo źle wpłynęło na stan zdrowia mieszkańców.

3.2 Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego²

Bezpośredni impuls do wsparcia dla DPS-ów wyszedł od marszałka województwa, który wezwał dyrektora ROPS, zaniepokojony przekazem medialnym („wstrząsającymi obrazkami w Włoch, z Hiszpanii”), ukazującym mieszkańców placówek opieki długoterminowej, którzy zostali po prostu opuszczeni. Podczas tej rozmowy określili po pierwsze, komu konkretnie chcą pomóc, a po drugie wstępnie ustalili, jakie formy powinna przyjąć ta pomoc.

Ustalono, że skoncentrują się na instytucjach pomocowych, przede wszystkim na tych działających na rzecz osób starszych. ROPS w Toruniu objął wsparciem nie tylko samorządowe domy pomocy społecznej, ale i inne placówki świadczące całodobowe usługi opiekuńcze. Pomoc mogły też uzyskać zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL-e), samorzady i instytucje zatrudniające opiekunki środowiskowe osób starszych oraz schroniska dla bezdomnych –

² Respondent: Adam Szponka, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu, którego ośrodek jako jeden z pierwszych w kraju rozpoczął systematyczne przygotowania do udzielania wsparcia dla placówek opieki całodobowej.

wprowadzone w pełni do katalogu wsparcia ze względu na to, że „jak pokazało doświadczenie, te instytucje zazwyczaj zostają pominięte”.

W przypadku DPS-ów do otrzymania pomocy kwalifikowała obecność na „liście wojewody”, czyli w Rejestrze Domów Pomocy Społecznej publikowanym w wojewódzkim Biuletynie Informacji Publicznej. Rejestr obejmuje wszystkie tego typu placówki niekomercyjne działające na podstawie zezwolenia wydanego przez wojewodę. Większość z nich to ośrodki samorządowe, ale wśród podmiotów prowadzących wymienione są dwie spółki, kilka fundacji i instytucje kościelne.

Jak wyjaśnił rozmówca, „naszą granicą była właśnie lista wojewody. Poza nią działają też ośrodki komercyjne, ale stwierdziliśmy, że to jednak są przedsiębiorstwa, a wsparciem dla biznesu zajmowały się inne instytucje”. Poza tym włączenie ich do programów pomocowych bardzo utrudniłoby postawienie granicy szarej strefie, w której znajdują się ośrodki świadczące usługi de facto opieki całodobowej, ale pod innymi szyldami (np. opieki dziennej).

Działania samorządu województwa, w tym ROPSu, były i są koordynowane ze służbami wojewody. Głównym celem tych regularnych konferencji jest bieżąca wymiana informacji w celu zapewnienia, że działania obu instytucji będą się uzupełniać, zamiast „siać dodatkowy chaos i przeszkadzać sobie nawzajem”.

Postanowiono skupić się na poszukiwaniu rozwiązań służących wzmocnieniu systemu opieki. Przez „system” należy rozumieć przede wszystkim pracowników DPS-ów i innych ośrodków świadczących opiekę całodobową. Założono, że „jeśli oni się posypią” – zachorują, pójdą na zwolnienia, z obawy o bezpieczeństwo odejdą z pracy – to instytucje pomocowe czeka katastrofa.

Pierwszym celem było wsparcie DPS-ów poprzez wzmocnienie motywacji pracowników. Za najprostsze i najbardziej bezpośrednie narzędzie uznane zostały środki finansowe; przyznano na trzy miesiące (od kwietnia do lipca) dodatek motywacyjny w wysokości 1000 PLN brutto dla wszystkich osób zatrudnionych w DPS-ach mających bezpośredni kontakt z mieszkańcami. Nie przysługiwał jedynie pracownikom administracji pracującym w innym budynku. Na tych samych zasadach dostęp do dodatków mieli też pracownicy ZOL-i, pielęgniarki środowiskowe oraz pracownicy noclegowni i schronisk.

Wsparcie sfinansowano z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach unijnej polityki spójności. Stworzenie projektu wymagało bezpośrednio kontaktu nie tylko z instytucjami, dla których miała być przeznaczona pomoc, ale też z samorządowcami zaangażowanymi w jego tworzenie oraz z Instytucją Zarządzającą, która prowadziła równoległe rozmowy z Komisją Europejską. Mimo najszczerzych chęci uproszczenia – i tego, że wiele udało się uprościć – pewne wymogi proceduralne przygotowywania takiego projektu są jednak konieczne i trzeba było się do nich stosować. Te wszystkie procesy toczyły się więc równoległe, żeby przyspieszyć złożenie projektu i uruchomienie środków. To pierwsze udało się pod koniec kwietnia.

Działanie przyniosło widoczne skutki. Fundusze uruchomiono co prawda dopiero w lipcu, ale dyrektorzy DPS-ów już wcześniej zgłaszali, że zadziałała sama informacja o planowanym wsparciu finansowym przysługującym wyłącznie osobom będącym w tych miesiącach w pracy. Konkretnym efektem obiecanych dodatków było to, że niektórzy pracownicy wrócili ze zwolnień lekarskich czy urlopów opiekuńczych.

Mimo narzekania na „cudowne ozdrowienia” rozmówca wskazuje też, że taka reakcja tylko podkreśla skrajne niedofinansowanie systemu opieki. Pielęgniarki zatrudnione w DPS-ach otrzymują (tak jak opiekunowie) wynagrodzenie przysługujące pracownikom samorządowym, czyli dużo niższe od oferowanego przez podmioty lecznicze. W związku z tym, zmuszone do świadczenia pracy tylko w jednym miejscu, pielęgniarki dzielące czas między DPS i szpital wybierały zazwyczaj pracę w szpitalu.

„Tam też są potrzebne, a zarobią sporo więcej. Zresztą nie tylko w DPS-ach źle to wygląda. Cały system opiera się na, za przeproszeniem, taniej sile roboczej. Rozmawiałem z przedstawicielami kilku podmiotów, które zatrudniają pielęgniarki środowiskowe i mogły dla nich zawnieść o dodatki motywacyjne, a tego nie zrobiły. Na pytanie o powód takiej decyzji usłyszałem, że nikogo nie stać na stałe podwyżki, dodatków po pandemii nie będzie, no to i nie ma sensu zawyżać oczekiwań płacowych. Cały system jest teraz na kroplówce, ten doraźny dopływ pieniędzy może i pozwoli przetrwać pandemię, ale jeśli pracownicy domów opieki nie będą w przyszłości godnie wynagradzani za ciężką i odpowiedzialną pracę, to podejrzewam, że po zakończeniu obecnego kryzysu zaczną masowo odchodzić z zawodu” (IDI)

Drugim celem była poprawa bezpieczeństwa pracowników poprzez dostarczenie im niezbędnych środków ochrony indywidualnej, drogich i trudno dostępnych zwłaszcza na początku pandemii. Zorganizowanie takich dostaw dla wszystkich podmiotów objętych pomocą – DPS-ów, ZOL-i, noclegowni – wymagało nie tylko nakładów finansowych, ale i wykonania ogromu pracy koncepcyjnej i analitycznej.

„Na początku wszyscy zgłaszali zapotrzebowania indywidualnie. Niektórzy małe, niektórzy na wręcz kosmiczne ilości – wolna amerykanka. Weryfikowanie tego na bieżąco, ustalanie indywidualnie szczegółów każdej dostawy z ponad setką instytucji zajęłoby za dużo czasu i wprowadziło jeszcze większy chaos, więc stworzyliśmy algorytm, drabinkę dystrybucyjną, i to wszystko zaczęło jakoś działać” (IDI)

Do stworzenia algorytmu użyte zostały nie tylko dane zebrane z pierwszych, indywidualnych zamówień, ale też rozmowy przeprowadzone z dyrektorami wybranych ośrodków i wizyty terenowe. Przy organizacji wizyt terenowych ROPS oparł się na partnerstwie z powiatami – wykorzystanie już istniejących struktur, kontaktów i doświadczenia związanych z realizacją

poprzednich szeroko zakrojonych projektów (np. Rodzina w Centrum) pozwoliło na to, by powiaty były ich „rękami w terenie”.

Algorytm pozwala na przykład ustalić, że na jednego pracownika w danym rodzaju ośrodka będzie na miesiąc potrzebna konkretna liczba rękawiczek, maseczek, kombinezonów, fartuchów, płynów do dezynfekcji etc. Potem według algorytmu wyliczane jest (po uwzględnieniu wszystkich placówek w danym powiecie) zapotrzebowanie na PPE. Wedle tego wyliczenia dostawy są regularnie kompletowane i rozsyłane do powiatów, które rozprawdzają je do placówek docelowych we własnym zakresie.

Wyliczenia dotyczą ilości środków ochrony potrzebnych do zabezpieczenia pracowników przy normalnym funkcjonowaniu ośrodka. Jeśli gdzieś jednak pojawia się ognisko zakażeń, to należy o tym poinformować (oprócz Sanepidu, sztabu kryzysowego wojewody, sztabu kryzysowego samorządu, obdzwonienia osób „z kontaktu”) także ROPS, który utworzył magazyn centralny i w razie zwiększonego zapotrzebowania na PPE jest zazwyczaj w stanie „przerzucić je w teren” w przeciągu 24 godzin.

Jako trzeci kierunek działania obrano zmniejszenie ryzyka zakażeń poprzez zapewnienie powiatom funduszy na testowanie w kierunku COVID-19. Po przeanalizowaniu raportów dotyczących wczesnego przebiegu pandemii w innych krajach – wedle których nawet do 50% zmarłych w czasie pierwszej fali pandemii to mieszkańcy placówek opieki całodobowej – rozmówca uznał każde działanie ograniczające rozprzestrzenianie zakażeń za warte wprowadzenia. Testy przesiewowe zmniejszyły ryzyko, więc ich dofinansowanie zostało ujęte w pierwszym projekcie ROPS-u, jeszcze zanim kwestię podjął wojewoda albo inne podmioty. Rozwiązanie było przygotowane, ale nie zaimplementowane, ponieważ wojewoda z początku odrzucił rozwiązanie jako bezsensowne. Po kolejnych dwóch tygodniach rząd sam wyszedł z inicjatywą testowania przesiewowego wśród pracowników i mieszkańców.

ROPS stworzył też z powiatami projekt partnerski. Każdemu powiatowi przydzielono pulę środków na testowanie i część z nich zaczęła testować pracowników jeszcze zanim ruszył program wojewody. Część poczekała.

„Były różne strategie. My wychodziliśmy z założenia, że jeśli jest potrzeba testowania, to tu są pieniądze, można te testy sfinansować. Każdy działał na podstawie tej wiedzy, którą posiadał, a wszyscy posiadaliśmy wtedy znikomą wiedzę na temat SARS-CoV-2” (IDI)

Jak DPS-y poradziły sobie z pandemią? Mimo potknięć i różnych kwestii zapalnych rozmówca uważa, że w dużym stopniu sytuację udało się opanować. Udało się – mimo powstawania kolejnych ognisk zakażeń w DPS-ach – uniknąć sytuacji, w których ośrodki przestawały funkcjonować z powodu braków kadrowych. Ci pracownicy, którzy zostali „na posterunku” po okresie marca i kwietnia b.r., zostali na placu boju już do końca, i rozmówca wyraża się o nich z uznaniem. Podkreśla, że osoby zatrudnione w DPS-ach pracują za bardzo niskie

wynagrodzenie i „nie przekalkulowali sobie ryzyka, tylko związani z danym miejscem pracowali dla tych ludzi”. Nie kojarzy, żeby w jego województwie było chociaż jedno miejsce, w którym system padł, a system jest przecież oparty o ludzi. Poza tym respondent twierdzi:

„Udało się uniknąć paniki, nie daliśmy ponieść się emocjom, zamiast tego zaczęliśmy działać. Było ciężko – paradoksalnie najciężej wiosną, kiedy było jeszcze mało zakażeń, ale przekaz medialny powodował stan takiej psychozy, wszechobecnego strachu. Z jednej strony to było w jakiś sposób paraliżujące, bo tę rzeczywistość włoską, hiszpańską przekładaliśmy sobie na krajową, z którą wtedy miały niewiele wspólnego. Z drugiej strony ten strach przynajmniej dla mojego zespołu, który nie pracuje bezpośrednio z mieszkańcami, był bardzo motywujący – zaangażowaliśmy się praktycznie wszyscy, z takim nastawieniem, że nie możemy siedzieć z założonymi rękami, musimy działać. Że trzeba działać szybko i skutecznie, żeby u nas też się tak nie skończyło.

Kiedy na początku kontaktowaliśmy się z DPS-ami, często słyszeliśmy: Super, że ktoś się nami w końcu zajął. To było jakoś w kwietniu. Wydaje mi się, że w pewnym momencie wszyscy zajmowali się pandemią, ale nikt nie widział tego największego obszaru ryzyka ” (IDI)

W rozwoju pandemii w poszczególnych placówkach rozmówca zauważył pewną prawidłowość – mniejszą liczbę zakażeń notują ośrodki położone najbardziej na uboczu. Skłonny jest powiązać to z wymuszoną dojazdami mniejszą „migracją” kadry i mniejszą częstotliwością opuszczania DPS-ów przez mieszkańców, nawet w miesiącach letnich, ale nie ręczy za korelację: nie miał czasu zebrać i przeanalizować twardych danych.

Największe problemy rozmówca dostrzega na styku systemu opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Jako kwestie kluczowe wskazuje problemy DPS-ów z zapewnieniem opieki pielęgniarskiej, opieki medycznej poza ośrodkiem podczas lockdownu, oraz ryzyko związane z zakażeniami szpitalnymi.

Jako drugi najbardziej palący problem wskazuje niedofinansowanie instytucji opiekuńczych, zwłaszcza w zakresie zapewnienia pracownikom godnego wynagrodzenia. Podkreśla też, że nie jest to problem nowy. Po prostu podczas pandemii stał się bardziej widoczny ze względu na ograniczenie możliwości „łatania” grafików ośrodków – i budżetów domowych pracowników – poprzez świadczenie pracy w więcej niż jednej placówce. Przewiduje, że jeśli ta kwestia nie ulegnie zmianie, to po wygaszeniu pandemii można spodziewać się masowego odchodzenia z zawodu pracowników DPS-ów, i to nie tylko wśród personelu medycznego.

Początkowe problemy z dostępnością środków ochrony osobistej (związane z brakami na rynku i spekulacjami cenowymi) udało się jego zdaniem rozwiązać, przynajmniej na poziomie województwa kujawsko-pomorskiego. Wypracowanego przez jego ROPS rozwiązania nie wprowadzono jednak w sposób systematyczny w skali kraju i większość dyrektorów DPS-ów nadal musi się martwić, jak i za co zorganizować potrzebne PPE: programy wsparcia co prawda funkcjonują, ale są bardziej rozproszone.

Jego zdaniem strategia zapewnienia dostępu do testów zdała egzamin. Mowa i o testach przesiewowych, i zapewnieniu dostępu do testowania w razie wystąpienia w konkretnym ośrodku (podejrzenia) zakażenia.

Jakie są potrzeby wg respondenta?

„Pieniądzy, pieniędzy i jeszcze raz pieniędzy. Nie tylko w trakcie pandemii, bo jeśli coś się nie zmieni, to system opieki rozsypie się już po pandemii. Na bieżąco potrzeba środków ochrony indywidualnej i dostępu do testów, co na razie udało się zapewnić. Może odrobiny zrozumienia, większej chęci pomocy ze strony społeczeństwa? Wydaje mi się, że wszyscy na czas kryzysu staliśmy się trochę bardziej empatyczni. Zobaczmy, ile z tego nam zostanie” (IDI)

3.3 Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dyrektorów Samorządowych DPS³

Impuls do założenia klubu dyrektorów samorządowych DPS-ów, z którego wywodzi się Stowarzyszenie, dał przewodniczący Konwentu Starostów Wielkopolskich. Dopiero potem dyrektorzy zdecydowali się na sformalizowanie działalności poprzez założenie stowarzyszenia, ponieważ „chcieli być bardziej słyszalni i mieć formalną możliwość uczestniczenia choćby w konsultacjach społecznych”.

Wśród statutowych celów działalności OSDSDPS znaleźć można „integrację środowiska Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej w całej Polsce” i „podejmowanie działań na rzecz poprawy otoczenia prawnego funkcjonowania Samorządowych Domów Pomocy Społecznej”.

Stowarzyszenie zarejestrowano w Krajowym Rejestrze Sądowym z datą 11 grudnia 2019 r. W marcu 2020 r. jego przedstawiciele po raz pierwszy spotkali się z Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, „przedstawić się” i zawnioskować o włączenie na listę podmiotów biorących udział w konsultacjach i pracach legislacyjnych dotyczących obszaru pomocy społecznej; z dniem 30 kwietnia 2020 r. Stowarzyszenie zostało na tej liście uwzględnione.

Nie jest jedyną organizacją zrzeszającą dyrektorów ośrodków opieki całodobowej – na liście konsultacyjnej Ministerstwa znajduje się chociażby Ogólnopolskie Stowarzyszenie Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia – ale jako jedyne przyjmuje w poczet swoich członków jedynie dyrektorów samorządowych DPS-ów. Prezes Stowarzyszenia uzasadnia potrzebę jego powstania tym, że dotychczas funkcjonujące organizacje zrzeszały nie tylko dyrektorów ośrodków samorządowych, ale i komercyjnych, co

³ Ekspertka: Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej.

prowadziło do konfliktu interesów wewnątrz tych organizacji i osłabienia ich głosu w działaniu na rzecz wszystkich rodzajów ośrodków opieki całodobowej.

„Placówki komercyjne mają zupełnie inne regulacje prawne i w dużej części inny profil [podopiecznych – red.] niż samorządowe. To są przede wszystkim ZOL-e. Oni poszli głównie w opiekę długoterminową, zatrudniają lekarzy, są częściowo dofinansowani z Narodowego Funduszu Zdrowia – my nie. Nie możemy zatrudnić lekarza na etacie, a pielęgniarka w DPS-ie jest zazwyczaj pracownikiem samorządowym. Weźmy na przykład te placówki, które opiekują się osobami przewlekle chorymi psychicznie: to są psychotropy, zastrzyki, czasami przymus bezpośredni, tylko dyplomowana pielęgniarka ma odpowiednie uprawnienia. Ale takie ośrodki mają problem z zapewnieniem opieki pielęgniarskiej na odpowiednim poziomie. Wskaźnik w skali Barthel jest u nich za wysoki, bo mieszkańcy w większości są fizycznie sprawni, chodzący, i nie kwalifikują się do długoterminowej opieki z NFZ” (IDI)

To jedna z wielu regulacji, o której zmianę Stowarzyszenie zamierzało zawalczyć. Pandemia COVID-19 częściowo pokrzyżowała im plany, ale realizują w miarę możliwości cele statutowe.

„Integracja środowiska” przebiega szybciej, niż zakładano jeszcze na początku roku. Do 27 członków założycieli z województwa wielkopolskiego dołączyło do grudnia kolejne 30 osób, część także z wielkopolskiego, pozostali z czterech innych województw. Dowiadywali się o istnieniu Stowarzyszenia pocztą pantoflową, od innych dyrektorów, ale też – co rozmówczyni uznaje za ważne – dzięki rozpowszechnieniu informacji o powstaniu Stowarzyszenia przez przedstawicieli samorządu lokalnego.

„Byliśmy zapraszani na przykład na Konwent Starostów, i wówczas starostowie informowali dyrektorów o możliwości dołączenia do grupy [prowadzonej przez Stowarzyszenie na Facebooku – red.], potem już ci „z grupy”, jeśli chcieli przystąpić do Stowarzyszenia, byli informowani o całej procedurze, składali stosowne oświadczenie itd.” (IDI)

Zamknięta grupa prowadzona przez Stowarzyszenie na Facebooku szybko zaczęła funkcjonować jako źródło wsparcia merytorycznego i platforma wymiany informacji.

„Ktoś dostał zalecenia – świetnie. Na grupę. Ktoś otrzymał już interpretację [prawną nowych zaleceń i przepisów – red.], wrzucił na grupę. Pomagało to tym bardziej, że w różnych województwach w różnym tempie przekazywano dalej zalecenia ministerialne. Czasami w ogóle nie trafiały do docelowych odbiorców, czyli dyrektorów DPS-ów. Dzieliłiśmy się takimi dokumentami, ale też rozwiązaniami, które się gdzieś sprawdziły, zamiarami na sponsorów albo sposoby uzyskania wsparcia rządowego i samorządowego, nową wiedzą o

Prezes Stowarzyszenia przyznaje, że po wpisaniu ich na listę podmiotów do konsultacji Ministerstwo faktycznie kontaktowało się z nimi. Czasem telefonicznie, ale 30 czerwca 2020 r. otrzymali też z Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej formalne zaproszenie do uczestnictwa w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej. Uwagi i propozycje zmian przedstawili już 3 lipca, ale projekt na razie „utknął” w Rządowym Centrum Legislacji.

Od 13 października 2020 r. Ministerstwo rozpoczęło konsultacje online, w założeniu cotygodniowe. Co prawda po pierwszej konferencji zdalnej w przeciągu dwóch miesięcy odbyły się tylko dwie kolejne, ale pewne kwestie udało się załatwić. Mowa chociażby o kwestii uregulowania przepisów dotyczących pracy, w tym pracy zdalnej, podczas kwarantanny, oraz o przyznaniu pracownikom DPS-ów 100% wynagrodzenia za okres kwarantanny, o ile przebywali w niej na skutek potencjalnego zakażenia w pracy.

Jako główne problemy samorządowych DPS-ów w trakcie pandemii rozmówczynie wskazuje:

- chaos legislacyjny, przejawiający się np. nieprzejrzystymi kryteriami dostępu do opieki medycznej poza ośrodkiem i testów, uzależniający możliwość uzyskania pomocy od dobrej woli i odwagi cywilnej jednostek skłonnych podjąć ryzyko w obliczu braku jasnych wytycznych;
- zbyt wolną reakcję rządu i samorządów. Przeważająca większość członków jej Stowarzyszenia w marcu i kwietniu b.r. czuła się po prostu opuszczona;
- problemy kadrowe sprzed pandemii, zwłaszcza dotyczące zapewnienia wystarczającej opieki pielęgniarstwa, które COVID-19 jeszcze pogorszył;
- brak wystarczających środków finansowych nie tylko na podwyżki, ale nawet na uczciwe rozliczenie się z pracownikami za nadgodziny;
- niezgodność zaleceń i rozwiązań doraźnych z prawem pracy (praca rotacyjna, pracownicy odbywający kwarantannę w miejscu pracy, dopuszczalność pracy zdalnej w trakcie kwarantanny);
- nierzadko sprzeczne merytorycznie zalecenia płynące z różnych źródeł, które zmieniały się zbyt często, żeby nawet przy najlepszych chęciach można było na bieżąco dostosowywać do nich pracę w placówce;
- brak wskazań, w jaki sposób chronić mieszkańców i pracowników, jeśli ogólnie zalecane rozwiązania są niemożliwe do wprowadzenia ze względów lokalowych albo logistycznych;
- trudności z dostępnością środków ochrony osobistej, zwłaszcza na początku pandemii;

- pogorszenie ogólnego stanu zdrowia mieszkańców DPS-ów związane z przedłużającym się zamknięciem ośrodków na odwiedzających i wolontariuszy i zakazem opuszczenia przez podopiecznych terenu placówek.

Martwi ją także brak dopracowanych rozwiązań „na najczarniejsze scenariusze”. Brakuje konkretnych ustaleń, dokąd – w razie konieczności ewakuacji placówki, albo więcej niż jednej placówki w danym regionie – przewiezieni zostaliby mieszkańcy, i kto miałby się nimi zajmować. Szpital może zapewnić opiekę lekarską i pielęgniarską, ale podopieczni trafiają do DPS-ów zazwyczaj dlatego, że wymagają specjalistycznych usług opiekuńczych.

Opisała inicjatywę, z którą wyszło kilka sąsiednich DPS-ów po konsultacji z samorządem lokalnym:

„Proponowali, że gdyby potrzebna była taka ewakuacja do szpitala, to część pracowników z różnych ośrodków mogłaby zostać oddelegowana do czynności opiekuńczych już tam, w szpitalu, a szpital po prostu zapewniłby opiekę medyczną”. Na propozycjach niestety się skończyło” (IDI)

Dofinansowanie wynagrodzeń, doposażenie DPS-ów z różnych źródeł w środki ochrony osobistej i sprzęt medyczny i wypracowanie przez ośrodki procedur bezpieczeństwa odpowiednich dla danej jednostki pomogły ustabilizować sytuację, ale żadne z tych rozwiązań nie rozwiązuje ostatecznie problemów. Potrzebne są zmiany systemowe.

Pilnie potrzebne też wytyczne umożliwiające przeprowadzanie odwiedzin – chociażby krótkich, chociażby w ścisłym reżimie sanitarnym. W jej ocenie skutki zdrowotne długoterminowego odcięcia od świata, a przede wszystkim od bliskich, mogą być dla części mieszkańców DPS-ów gorszym zagrożeniem niż COVID-19.

4. Oczami dyrekcji DPS-ów – studia przypadku

Niniejszy rozdział uzupełnia wyniki badania jakościowego o narrację i szersze spojrzenie dyrektorów placówek na okres pandemii i ich doświadczenia. Przedstawiono relacje trzech dyrektorów.

4.1 DPS opiekujący się osobami w podeszłym wieku

Mały ośrodek w mieście powiatowym, opiekujący się osobami starszymi. Średnia wieku mieszkańców wynosi 87 lat. Pod wpływem przekazów medialnych dyrektor DPS-u zamknęła placówkę dla odwiedzających i zabroniła mieszkańcom opuszczania terenu ośrodka. Decyzję podjęta w porozumieniu ze starostą, po konsultacjach z pracownikami i Radą Mieszkańców. Tydzień później zalecenie „zamknięcia” DPS-u wyszło od wojewody. Mimo początkowych problemów z dostępnością środków ochrony osobistej podczas pierwszej fali pandemii udało się uniknąć zakażeń wśród pracowników i mieszkańców.

Pomoc w pierwszych tygodniach otrzymywali głównie od darczyńców indywidualnych i lokalnych przedsiębiorstw. Do DPS-u trafiło dużo maseczek „szytych społecznie”, apteki i sklepy przekazywały po trochę środków dezynfekcyjnych, po kilka pudełek rękawiczek. Ośrodek jest na tyle mały, że wystarczało. Większe trudności przy małej liczbie pracowników stwarzało ułożenie grafiku tak, żeby nikt nie pozostał bez opieki.

Wedle relacji dyrektor ośrodka jedna z pracownic w kwietniu zaszła w ciążę i poszła na zwolnienie, kolejna naprawdę poważnie zachorowała i musiała całkowicie zrezygnować z pracy, a na dodatek:

„W pierwszej chwili z grafiku wypadły opiekunki z małymi dziećmi, które poszły na zwolnienie opiekuńcze po zamknięciu szkół i przedszkoli. Dzięki zaangażowaniu ich mężów udało się poskładać cały etat z dwóch zatrudnionych osób (przez tydzień zwolnienie opiekuńcze brała żona, kolejny tydzień mąż, i tak na zmianę), ale nie jest to rozwiązanie na dłuższą metę. Nie jest też możliwe do wprowadzenia w każdej sytuacji, bo zależy w dużej mierze nie tylko od chęci rodziny do pomocy, ale też od wyrozumiałości innych pracodawców. No i działa tylko wtedy, kiedy nikt nie jest chory albo w kwarantannie ” (wywiad – dyrektor DPS)

Dotkliwie brakowało rąk do pracy, tym bardziej, że w pierwszych miesiącach pandemii DPS-y zostały całkowicie odcięte od pomocy wolontariuszy. Ośrodek zawsze był bardzo otwarty na osoby z zewnątrz: przychodziły nie tylko rodziny, ale właśnie wolontariusze, młodzi ludzie, chociażby pograć z mieszkańcami w gry planszowe czy karty, zabawić rozmową. Podopieczni w większości też byli „wychodzący” – do rodziny, do jakichś znajomych, po zakupy do

pobliskiego sklepiku osiedlowego. Brali udział w lokalnych wydarzeniach kulturalnych. Nagle zabrakło nie tylko rąk do pracy, ale tego ożywienia z zewnątrz.

Rozpoczęcie w województwie testów przesiewowych przyniosło ulgę w dwojaki sposób. Po pierwsze obniżyło znacząco poziom strachu, ponieważ wszyscy przebadani pracownicy i mieszkańcy otrzymali wyniki negatywne. Po drugie – na pobranie wymazów przyjechali żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej. Ośrodek był już wtedy zamknięty od prawie dwóch miesięcy, więc, jak opowiada rozmówczyni:

„To po prostu była atrakcja. Żołnierze okazali się niezwykle mili, delikatni, wszystko tłumaczyli, mieli świetne podejście do mieszkańców. Mówiłam zresztą ich dowódcy...” (wywiad – dyrektor DPS)

Jeszcze lepszy wpływ miało nadejście lata i rozluźnienie obostrzeń związanych z odwiedzinami. W większości odbywały się na powietrzu. Czasami rodziny i znajomi zaglądali nawet przez okno albo podchodzili pogawędzić do płotu. Dla tych mieszkańców, którzy już nie wstają z łóżka, organizowano odwiedziny w ich pokojach. Odwiedzających wpuszczano pojedynczo, najwyżej na godzinę i w reżimie sanitarnym. Nawet przy tych ograniczeniach rozmówczyni zaobserwowała znaczącą poprawę stanu psychofizycznego podopiecznych.

Niestety, poluzowanie restrykcji nie trwało zbyt długo. Pod koniec września pierwsze zakażenia koronawirusem wykryto wśród pracowników sąsiedniego DPS-u. Usługi pielęgniarские świadczy tam ta sama firma zewnętrzna, która współpracuje z ośrodkiem rozmówczyni – żadna z placówek nie zatrudnia pielęgniarek na etacie. Właśnie jeden z pielęgniarzy pracujący w obu DPS-ach przeniósł COVID-19 między ośrodkami. Jak mówi dyrektorka, na całe szczęście zdążył zarazić tylko ją – nikt nie miał żadnych objawów, więc podczas rozmowy „na zapleczu” zdjęli maseczki, ale w obecności mieszkańców trzymali reżim sanitarny.

O pozytywnym wyniku testu pielęgniarka dowiedzieli się jeszcze tego samego dnia, więc dyrektor ośrodka zgłosiła zajście do Sanepidu. Udało się zorganizować personel, który zgodził się na zamknięcie w ośrodku na pełen okres kwarantanny, w tym jedną pielęgniarkę. Dyrektor „przechorowała” COVID-19 w domu, jak sama mówi w miarę lekko, i mimo gorączki pracowała zdalnie. Pielęgniarz chorował bezobjawowo.

Testy przeprowadzone na wszystkich mieszkańcach i pracownikach przed zdjęciem z ośrodka kwarantanny dały wyniki negatywne, więc:

„Niby wszystko skończyło się szczęśliwie, ale pracownicy byli wyczerpani, ja jeszcze nie do końca zdrowa, a w międzyczasie przyszło zalecenie wojewody, że wszystkie DPS-y należy ponownie zamknąć. I od tamtego czasu nie mamy ani jednego zakażenia, ale z mieszkańcami i tak jest coraz gorzej” (wywiad – dyrektor DPS)

W pewnym momencie ludzie byli tak zmęczeni, a rąk do pracy brakowało tak bardzo, że rozmówczyni postanowiła zaryzykować. Rozpuściła wici, że szuka wolontariuszy z podstawowym przeszkoleniem medycznym, którzy potrafiliby utrzymać reżim sanitarny i mogliby odciążyć pracowników chociaż przy wykonywaniu podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych.

Zgłosiły się dwie studentki starszych lat medycyny. Jedna wytrzymała trzy dni, druga zrezygnowała po czterech. Rozmówczyni podsumowała z goryczą:

„Chyba nie tak sobie wyobrażały ten wolontariat. To były w końcu przyszłe panie doktor, a tu trzeba było robić nawet nie za pielęgniarkę, a za salową. Jedna po prostu przyszła i zrezygnowała, ale druga powiedziała... powiedziała, że ona miała dość grzebania w pieluchach przy swoich dzieciach, i dłużej nie wytrzyma. I też poszła” ((wywiad – dyrektor DPS)

Współpracę z samorządem lokalnym rozmówczyni ocenia dobrze. Z braku jasnych regulacji i wyznaczenia zakresu kompetencji starostwo nie za bardzo wiedziało, jak mogłoby pomóc, ale dyrektor otrzymała jasny komunikat: „niech Pani robi tak, żeby było dobrze, i mówi nam, co się dzieje i czego potrzeba. Wtedy będziemy działać”. Chwali samorządowców nie tylko za szczerość i chęć pomocy, ale też za to, że dotrzyмали słowa. Nie kwestionowali jej decyzji, a w trakcie kwarantanny ośrodka błyskawicznie zorganizowali potrzebny sprzęt, chociażby dostawy jedzenia dla DPS-u oraz łóżka i pościel dla pracowników pozostających w zamkniętej placówce.

Kontakty z lokalnym Sanepidem ocenia świetnie. Nigdy nie miała problemu z dodzwonieniem się, od razu dostała numer komórkowy do pracownicy do kontaktu. Panie znały się z widzenia przed wybuchem pandemii, ale sytuacja zmusiła je do utrzymywania tak częstych kontaktów, że przeszły na „ty”. W związku z tym do Sanepidu można dodzwonić się o każdej porze, procedury bezpieczeństwa konsultowane są bez problemu i bez opóźnień i ośrodek nigdy nie miał problemów ze zorganizowaniem testów.

Z opieką lekarską było nienajgorzej. Nawet w okresie, kiedy przychodnie działały tylko w trybie zdalnym, w pilniejszych przypadkach udawało się zorganizować wizyty domowe. Źródło postępującego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia mieszkańców upatruje gdzie indziej.

Po pierwsze – w konsekwencjach długotrwałego ograniczenia życia społecznego.

„Obojętnieją mi, gasną po prostu. Przestają się czymkolwiek interesować, nie chcą jeść, mniej się ruszają. Postarzeli się przez ten niecały rok strasznie” (wywiad – dyrektor DPS)

Po drugie w tym, że, jak sama przyznaje, ze względu na braki personelu i zmęczenie pracowników pozostających „na posterunku” w ośrodku dramatycznie spadła jakość świadczonych usług.

Po trzecie w tym, że konsekwencje ponownego zamknięcia ośrodka zbiegły się w czasie z sezonowym pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

„Niezależnie od pandemii i poluzowania obostrzeń, z doświadczenia wiem, że wiosną, latem zawsze jest lepiej, praktycznie nie ma zgonów... A teraz, w krótkim czasie, straciliśmy trójkę podopiecznych. Żadne z nich nie chorowało na COVID-19, ale od dawna nie byli w dobrym stanie. Najstarsza z tej trójki miała 106 lat...”
(wywiad – dyrektor DPS)

Większych problemów z opieką medyczną nie ma, środkami ochrony osobistej stara się gospodarować tak, żeby zawsze mieć zapas na pół roku. Ośrodek jest na tyle mały, że to możliwe. Granty z ROPS-u pozwoliły na doposażenie placówki w sprzęt medyczny, wyremontowanie i wyposażenie pokoju przeznaczonego na ewentualną izolatkę i zakup lampy bakteriobójczej. Najwięcej niepokoju budzą dalsze konsekwencje zakazu odwiedzin i przyszłość pracowników.

„Dofinansowanie do wynagrodzeń trochę w tym roku pomogło, ale wszyscy wiedzą, że to doraźne pieniądze. Martwię się, co będzie, jeśli w przyszłym roku takich dodatków nie dostaną. Podwyżek nie mogę im dać, chociaż zasługują jak chyba nikt inny. Zwłaszcza teraz, przy kryzysie, samorządu po prostu na to nie stać. Abstrahując od niskich wynagrodzeń, tak długo już pracują ponad siły, że boję się, że po prostu wszyscy mi się wypalą” (wywiad – dyrektor DPS)

Najbardziej brakuje środków finansowych i personelu. Duże nadzieje rozmówczyni wiąże z Wolontariatem Ozdrowieńców. W ośrodku potrzebny jest ktoś z zewnątrz, świeży, kto przyszedłby kilka razy w tygodniu, na nie więcej niż trzy godziny pod rząd, i „trochę rozruszał podopiecznych”. Pracownicy już nie mają siły próbować.

Problemy wynikające ze specyfiki profilu placówki:

- problemy z komunikacją z mieszkańcami związane z przytępieniem słuchu, które znacząco opóźniły wprowadzenie powszechnego używania maseczek i przyłbic przez personel;

„Na co dzień i tak do mieszkańców krzyczymy, żeby nas zrozumieli. Nie ze złości, tylko wszyscy są co najmniej przygłusi. Niby część nosi aparaty słuchowe, ale kiedy ktoś ma demencję, to aparat słuchowy lubi się gubić. A maseczki, przyłbice zresztą też, bardzo tłumią i zniekształcają dźwięk. Trudno się w nich z mieszkańcami porozumieć. Po doświadczeniach z pierwszej fali – zanim dowiedzieliśmy się więcej o transmisji wirusa, m.in. że można się zarazić przez aerozole – skupiliśmy się na rękawiczkach, fartuchach, dezynfekcji rąk. Do powszechnego użytku maseczki wprowadziliśmy dopiero we wrześniu, w ostatniej chwili” (wywiad – dyrektor DPS)

- problemy związane z demencją – zalecenia odgórne, tak jak i procedury wewnętrzne wprowadzane w wielu ośrodkach, zakładają nie tylko stosowanie się do obostrzeń przez personel, ale i współpracę mieszkańców i ich rodzin. Brakuje rozwiązań (w tym prawnych) w przypadku, kiedy stan podopiecznego nie pozwala na zrozumienie albo zapamiętanie informacji o zagrożeniu epidemicznym, obostrzeniach etc.

„Nie da się wytłumaczyć, ale tłumaczyć i tak trzeba. A z osobami z demencją jest tak, że czasami co minutę słyszy się „o czym to my rozmawialiśmy?” Tak było też z koronawirusem. Ileż to razy dziwili mi się, że „wirus? A to jest coś takiego?” Niczyja wina, ale to nie zmienia faktu, że te same trudne rozmowy – dlaczego nie ma odwiedzin, dlaczego nie można wyjść z ośrodka, jak długo, co się dzieje, bo ktoś coś usłyszał w radiu albo zobaczył w telewizji – musieliśmy i wciąż musimy odbywać wielokrotnie. To też męczy, tym bardziej, że często nie mamy konkretnych odpowiedzi” (wywiad – dyrektor DPS)

- utrudnienia w zapewnieniu mieszkańcom dostępu do narzędzi pozwalających na zdalny kontakt ze światem zewnętrznym;

„Ze względu na problemy ze słuchem nawet kontakt telefoniczny często jest utrudniony i męczy podopiecznych, więc liczba osób, z którymi regularnie utrzymują kontakt, zdecydowanie spadła. Problem z tabletami, smartfonami i komputerami jest taki, że trzeba po pierwsze je kupić, a po drugie nauczyć ich obsługi osoby, które mają problemy ze słuchem i wzrokiem. No i nie zawsze pamiętają, jak samodzielnie jeść. Czasami to niemożliwe” (wywiad – dyrektor DPS)

4.2 DPS opiekujący się osobami przewlekle chorymi somatycznie i niepełnosprawnymi

Na początku lutego 2020 r. dyrektor ośrodka wykonała telefony z prośbą o udzielenie informacji i rekomendacji do powiatowego i wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego. Nie uzyskała konkretnych informacji ani zaleceń, więc – w obliczu coraz bardziej niepokojących doniesień medialnych i pojawienia się przypadków Covid-19 w pierwszych

placówkach DPS w Polsce – zaczęła szukać informacji na własną rękę i opracowywać pierwsze wewnętrzne procedury.

Zabrakło przede wszystkim środków ochrony osobistej, zwłaszcza na początku pierwszej fali pandemii. Oprócz problemów z dostępnością, ceny wzrosły zdecydowanie ponad możliwości budżetowe ośrodka – czasami nawet pięciokrotnie.

„Na początku właśnie po tym, co się działo ze środkami ochrony – zwłaszcza płynami dezynfekcyjnymi - wiedzieliśmy, że będzie się działo” (IDI)

Zabrakło też jasnych wytycznych sanitarnych, procedur i rozwiązań prawnych (na wszystkich szczeblach) – wszystko było i jest tworzone „na gorąco”. W ocenie rozmówczynie potrzebne było też konkretne wyznaczenie, kto w różnych sytuacjach jest osobą lub instytucją odpowiedzialną za udzielenie pomocy i w jakim zakresie.

W ośrodku udało się wypracować (w trakcie pierwszej kwarantanny) system obsadzania dyżurów w okrojonym składzie; ustalić zasady bezpieczeństwa; zapewnić dostęp do badań diagnostycznych (pobranie krwi na miejscu, sami zawozili do laboratorium), w tym obrazowania w pilnych przypadkach; nawiązać współpracę z podmiotami mogącymi udzielić wsparcia i uniknąć szumu medialnego, który mógłby być dodatkowym źródłem stresu dla pracowników i podopiecznych (zapytania przekierowane do rzecznika prasowego instytucji nadzorującej).

W czasie pierwszej fali u dwojga mieszkańców wykryto zakażenie COVID-19, więc zostali ewakuowani do szpitala, a ośrodek zamknięto na 14-dniową kwarantannę, którą część pracowników zgodziła się odbyć w miejscu pracy. Wystąpiły problemy z testami; nalegania rozmówczynie doprowadziły do szybkiego pobrania wymazów od pracowników pozostających w placówce, żeby określić, kto z nich może mieć bezpośredni kontakt z podopiecznymi bez narażenia ich na zakażenie, ale mieszkańcy „dostali niższy priorytet”. Jeden z nich nie mógł czekać ani na pobranie wymazu, ani na wynik; wymagał dializ trzy razy w tygodniu.

Rozmówczynie relacjonuje, że gdyby nie jej wrodzony upór, to nie wie, ile by to trwało, ale udało się przetestować wszystkich na miejscu w przeciągu kilku dni. Wszyscy mieli wyniki negatywne. Powtórzone po 10 dniach od rozpoczęcia kwarantanny testy też dały wyniki negatywne.

Druga fala przebiegła ciężiej, co dyrektor ośrodka wiąże z dalszymi problemami w dostępności do testów. Po wykryciu 10 października podczas testów przesiewowych zakażenia u jednego z pracowników, nie mogła doprosić się w Sanepidzie przetestowania wszystkich mieszkańców – ponieważ nikt nie miał objawów, uznano taką prośbę za nieracjonalną. W listopadzie sytuacja tylko się pogorszyła: u kolejnych pracowników potwierdzono zakażenie COVID-19. Mimo wysłanego do wojewodów zalecenia ministerialnego (do którego rozmówczynie miała dostęp dzięki wymianie informacji z innymi członkami OSDs-DPS) ordynującego testy całej załogi i

wszystkich podopiecznych w przypadku wykrycia zachorowania na Covid-19 w DPS-ach, ani SANEPID powiatowy, ani wojewódzki nie chciał zlecić testów. Lekarze rodzinni też nie mogli wystawić skierowań dla całego ośrodka.

Przez kilka dni rozmówczyni „odbijała się od ściany” w Sanepidach, a przedstawiciele samorządu (na poziomie lokalnym i wojewódzkim) mimo chęci pomocy nie wiedzieli, jak takie testy zorganizować. Błagalne maile z drobiazgowo opisaną sytuacją (po braku reakcji rozsyłane dalej w nadziei, że ktoś zareaguje) nie przyniosły skutku. Pomogła dopiero interwencja poselska, bo zdesperowana dyrektor DPS-u zadzwoniła w końcu do biura poselskiego jednego z posłów partii rządzącej.

Biuro poselskie kontaktowało się z nią na początku pierwszej fali. Przekazało placówce pewną ilość środków ochrony osobistej i zapewnienie, że „gdybyście Państwo w przyszłości potrzebowali jakiegokolwiek pomocy, to proszę dzwonić”. Nie widząc innego wyjścia (i tłumacząc się sama przed sobą, że chodzi jednak o zdrowie i życie ludzi, a nie o prywatne poglądy polityczne ani o złożenie donosu), zadzwoniła.

W przeciągu kilku godzin w jej skrzynce mailowej widniała wiadomość z Sanepidu z prośbą o przesłanie listy osób wymagających pobrania wymazów. Samo testowanie też zostało przeprowadzone bardzo sprawnie, ale dyrektorka – pomimo ulgi, bo pozwoliło jej to na wydzielenie najwyższego piętra ośrodka na „oddział zakaźny” i przerwanie łańcucha zakażeń – czuje się trochę winna. Współpraca z dyrektorem Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego, przedtem bardzo dobra, po tej interwencji uległa pogorszeniu – rozmówczyni podejrzewa, że miał w związku w tą sytuacją kłopoty.

„Wiadomo, idzie z góry. A nawet nie jego wina, że nie mógł pomóc – przecież nie dali mu żadnych uprawnień” (IDI)

Wyniki testów pozwoliły na odsianie osób zakażonych i zorganizowanie na najwyższym piętrze budynku „oddziału zakaźnego”, do którego przypisana została na stałe część personelu. Ponieważ budynek ma trzy wejścia, wyznaczono trzy ciągi komunikacyjne; jeden dla personelu zakaźnego, drugi dla personelu opiekującego się niezakażonymi mieszkańcami i trzeci dla personelu pomocniczego, tj. administracyjnego, porządkowego i kuchennego.

Podczas drugiej fali pięcioro mieszkańców trafiło do szpitala w wyniku zachorowania na COVID-19. Wszyscy w pewnym momencie były w stanie krytycznym – jak podkreśla moja rozmówczyni, tylko jedna zmarła.

Dużym ułatwieniem podczas drugiej fali (związanym m.in. z lepszym stanem wiedzy o SARS-CoV-2) okazało się to, że dzięki zmianie przepisów nie trzeba było całkowicie zamykać ośrodka, więc personel dzięki zachowaniu reżimu sanitarnego i wydzieleniu „piętra zakaźnego” mógł po pracy wracać do domu.

Wygazzenie ogniska zajęło prawie miesiąc, ale się udało.

Za główny problem rozmówczyni uznaje **brak łatwego dostępu do testów**. Współpracę z Sanepidem w tym zakresie ocenia jako katastrofalną.

„Brakowało jasnych kryteriów dostępu do testów. Odsyłano mnie do lekarzy rodzinnych po skierowania, a praktycznie nikt nie miał wszystkich czterech kryteriów podstawowych. Bezobjawowi też przecież mogą zarażać. A ja miałam gdzieś z tyłu głowy kodeks karny, że „kto świadomie naraża na utratę zdrowia lub życia...[art. 160 KK – przyp. red.]” Przecież nie wiedziałam, kto jest zakażony, a kto nie. Każąc ludziom przychodzić w takiej sytuacji do pracy... No moja byłaby to wina czy czyja? Gdyby coś się stało. Albo nawet nie, gdyby ktoś to po prostu zgłosił. Do Państwowej Inspekcji Pracy. Albo do prokuratury” (IDI)

Konsultowanie procedur sanitarnych przebiegało lepiej („Czasami odsyłali bez poprawek, czasami mieli nawet konstruktywne uwagi – zależy, na kogo trafiło”).

Współpraca z samorządem lokalnym i wojewódzkim przebiegała w większości kwestii poprawnie. Problemy pojawiały się w tych momentach, kiedy brak jasnego podziału kompetencji i rozwiązań prawnych sprawiał, że mimo chęci pomocy organy samorządowe nie miały procedur, podstaw ani możliwości, żeby takiej pomocy udzielić.

Drugim problemem były wysokie koszty i trudności w pozyskaniu wystarczającej ilości środków ochrony osobistej, zwłaszcza podczas pierwszej fali. O pomoc rozmówczyni zwracała się nie tylko do instytucji rządowych i samorządowych, ale i do innych podmiotów. Rozmówczyni stwierdziła, że gdyby nie wsparcie finansowe w postaci grantu ROPSu, który „idealnie im się wstrzelił” w drugą falę zachorowań, ośrodka nie byłoby stać na zakup potrzebnych środków ochrony. Wyliczyła, że w czasie funkcjonowania „oddziału zakaźnego” na najwyższym piętrze same zakupy środków ochrony osobistej (zwłaszcza kombinezonów) kosztowały ok. 35 tys. zł tygodniowo; ognisko udało się wygasić po ponad miesiącu.

Wśród najważniejszych kwestii do rozwiązania wymienia też niedostosowanie zalecanych – i wprowadzanych – rozwiązań kadrowych do prawa pracy i brak środków na dodatkowe wynagrodzenia lub zatrudnienie dodatkowych pracowników.

Kolejnym problemem było zapewnienie opieki szpitalnej pacjentom niecovidowym i transport chorych do szpitala, a także zakażenia szpitalne, jeśli już ktoś trafiał do szpitala. Podstawowa opieka lekarska, diagnostyka i kontynuacje leczenia przedstawiają się lepiej, ale zwłaszcza w okresie ograniczenia dostępu do lekarzy do teleporad też nastęrczała trudności.

Najgorsze jednak w jej ocenie były (i nadal są) niepewność i poczucie opuszczenia, zdania na własne siły. Potrzeba dodatkowych środków finansowych, ale – zwłaszcza w kwestii zapewnienia zabezpieczenia w środki ochrony osobistej – rozmówczyni przyznaje, że „pieniądze są potrzebne, ale niechby nawet i już nie było tych pieniędzy. Wolałabym zamiast tego mieć pewność, że jeśli coś znowu się będzie działo, to mogę gdzieś zadzwonić, gdzieś to

zapotrzebowanie na środki ochrony zgłosić i wiedzieć, że je dostaniemy, a ja będę mogła ogarniać rzeczy na miejscu i przestać się o nie martwić.”

Respondentka nie wiedziała, że przynajmniej jeden ROPS w Polsce wprowadził takie rozwiązanie, łącznie z magazynem centralnym i możliwością doposażenia ośrodków, w których pojawiają się ogniska, i zareagowała smutkiem na tę informację (takie rozwiązanie stworzone i wdrożone zostało w województwie kujawsko-pomorskim). Kolejnym problemem, już w skali ogólnopolskiej, okazał się więc **brak dzielenia się wiedzą na temat wypracowanych dobrych praktyk i wdrażania tych, które się sprawdziły, w innych województwach.**

4.3 DPS dla osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi

Respondentka prowadzi ośrodek dla osób przewlekle chorych psychicznie, położony na wsi, a właściwie za wsią, w otoczeni lasów, przy brzegu jeziora. Warunki lokalowe pozwoliły dyrekcji na testowanie i ewentualne izolowanie mieszkańców i personelu „blokami” – rozmówczyni opisuje kompleks ośrodka jako składający się z kilku budynków i umożliwiający organizowanie dla mieszkańców zajęć na wolnym powietrzu nawet w trakcie zamknięcia placówki dla odwiedzających, co w trakcie pandemii okazało się kluczowe dla podtrzymania ich dobrego samopoczucia.

Mieszkańcy i personel pozostają w stałym kontakcie z rodzinami: telefonicznie, przez komunikatory internetowe (w przypadku tych mieszkańców, którzy mogą nauczyć się ich obsługi) i aż do października podczas odwiedzin w reżimie sanitarnym.

Oprócz przejściowych problemów z dostępnością środków ochrony osobistej, które wystąpiły zwłaszcza na początku pierwszej fali pandemii, rozmówczyni jako główny problem wskazuje braki kadrowe. Grafiki trudno było ułożyć już przed pandemią; od marca włącznie sytuacja pogorszyła się, ponieważ osoby pracujące w więcej niż jednym miejscu (personel medyczny) nie zostały dopuszczone do pracy jeszcze przed wprowadzeniem ogólnych ograniczeń; są na urloпах bezpłatnych.

„Wybrali pracę w szpitalu, głównie ze względów finansowych – w DPS-ach zarabia się tragicznie” (IDI)

Dyrektor ośrodka opowiada, że na dzień rozmowy (grudzień 2020) personel medyczny „pracuje po 260 godzin w miesiącu”, a ona „ma jedną pielęgniarkę na 100 osób”. Opiekunów medycznych jest więcej, ale oni z kolei nie mają żadnych uprawnień poza przeprowadzaniem podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, przeprowadzaniem podstawowych pomiarów i podaniem już wyporcjowanych leków. Przy podopiecznych przyjmujących nierzadko leki psychotropowe i wymagających np. zastrzyków to zdecydowanie za mało.

Od września zaczęły się **trudności z zapewnieniem opieki szpitalnej** (od maja do września wszyscy mieszkańcy byli ewakuowani, żeby przechorować w szpitalach jednoimiennych) – podopiecznych „covidowych” do szpitala nie zabierają w ogóle. W innych przypadkach, jak przyznaje, też jest coraz gorzej.

„Miałam mieszkańca ze złamaną nogą, który pojechał do szpitala i już nie wrócił. U nas nie miał COVID(nie miał objawów, ale był przebadany antygenowo), w szpitalu sprawdzili testem PCR i jednak wynik pozytywny. Przez półtora tygodnia nie zrobili mu operacji, to nawet zdrowy organizm może nie wytrzymać. Inna sytuacja: mieszkaniec na wózku, bez nóg. Spadł z wózka, złamał sobie kość biodrową. Pogotowie przyjechało, zabrali go do szpitala, zrobili prześwietlenie i co? I przywieźli do DPS-u. Z lekami przeciwbólowymi. Z bólu cały czas oblewał się potem. Mówimy: przy tym rodzaju złamania są duże szanse, że on umrze na zatorowość, ale nie. Musieliśmy go „wciskać” do innej poradni. Mieszkanka, 80 lat, ewidentnie dostała udaru. Przyjechała lekarka, potwierdziła, ewidentnie udar. Pogotowie przyjechać nie chciało. Że ona umrze? No, umrze. Takich ludzi już się nie zabiera... Co robimy? Próbujemy” (IDI)

Na przełomie października i listopada 2020, w związku z nasileniem częstości zakażeń COVID-19 i „zamykaniem” kolejnych oddziałów już nie tylko dla odwiedzających, ale i izolowaniem ich jako stref zakaźnych w obrębie ośrodka, narastające wyczerpanie doprowadziło do załamania psychicznego części pracowników. Jak stwierdza rozmówczyni, i tak miała szczęście: po pierwsze do pracowników, a po drugie – ze względu na to, że profil ośrodka oznaczał już przed pandemią w miarę stałą opiekę psychologiczną i psychiatryczną nie tylko dla mieszkańców, ale i pracowników.

Z racji profilu placówki ośrodek współpracuje z od 2016 z poradnią prywatną, która realizuje u nich opiekę środowiskową – obecnie głównie „na telefon”, ale rozmówczyni mówi, że nigdy nie odmówili pomocy. Świadczenia finansowane są przez NFZ, ale nie stało się to „z automatu” – rozmówczyni wspomina, że niezależnie od kwestii refundacji miała problemy ze znalezieniem stałego świadczeniodawcy. Zaznacza też, że nawet przed pandemią DPS-om dla osób psychicznie chorych było bardzo ciężko o znalezienie placówki, która zgodziłaby się świadczyć opiekę psychiatryczną na miejscu, bez konieczności dowożenia mieszkańców do zewnętrznej przychodni czy szpitala.

Wskazuje też, że pewne rozwiązania czy zalecenia zewnętrzne dotyczące izolacji i kwarantanny są niemożliwe do wprowadzenia, jeśli dotyczą izolacji osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie. Nawet, jeśli dany ośrodek ma możliwości wydzielenia pomieszczeń albo wręcz budynków na strefy zakaźne i odpowiedniego ich wyposażenia, sama izolacja może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców.

„Jeśli mam na przykład kogoś z historią prób samobójczych, to nie ma szans, żeby taką osobę „zamknąć” na tydzień lub dłużej i jednocześnie zagwarantować

bezpieczeństwo zdrowia i życia takiej osoby. Nie ma opcji. Dwa tygodnie temu mieliśmy taką sytuację, chłopak ze skłonnościami samobójczymi trafił na izolację... Na szczęście udało się go ściągnąć.” (IDI)

Podobnie jak w przypadku ośrodka dla osób w podeszłym wieku zabrakło więc rozwiązań dla osób, którym standardowe zalecenia nie zapewnią bezpieczeństwa. Jeśli nie gotowych rozwiązań, to chociażby wsparcia w zakresie ich opracowania – nawet przy dobrych relacjach z Sanepidem i najlepszych chęciach ze strony pracowników tej instytucji nie mają oni przygotowania, żeby takiej pomocy udzielić w kwestiach wykraczających poza zagadnienia ściśle epidemiologiczne.

5. Wnioski z badania

Przed pandemią COVID-19 stosunkowo najlepiej placówki radziły sobie z działaniami podstawowymi, należącymi do codziennej, „wewnętrznej” rutyny działania (pielęgnacja, terapia zajęciowa, usługi bytowe, pomoc w codziennych czynnościach). Największe trudności zaś sprawiały usługi dodatkowe, związane z życiem mieszkańców poza placówką i ich aktywizacją (działania dążące do usamodzielnienia, podnoszenie sprawności, zaspokojenie potrzeb religijnych i kulturalnych). W okresie pandemii największe trudności pojawiły się w zakresie działań dodatkowych, przede wszystkim zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, działań dążących do usamodzielnienia mieszkańców placówki oraz podnoszenia ich sprawności i aktywizacji. Zatem sytuacja pogorszyła się tam, gdzie już była trudna.

Najważniejsze problemy i trudności związane z pandemią, jakie wskazywali badani, to przede wszystkim:

- a. Pogorszenie psychicznego samopoczucia mieszkańców, związane z izolacją od osób z zewnątrz i ograniczeniem wolności (przy czym poziom wsparcia psychologicznego dla mieszkańców i pracowników był niewystarczający), a także z pogorszeniem jakości pracy w samych placówkach ze względu na braki personelu i zmęczenie pracowników;
- b. Wypalenie zawodowe kadry;
- c. Niewystarczające zasoby kadrowe;
- d. Trudności z dostępem do świadczeń medycznych i testów;
- e. Brak przestrzeni (lub zewnętrznych izolatoriów) do odizolowania zakażonych

Osobnym problemem jest chaos legislacyjny, niejasność lub brak przepisów (np. nieprzejrzyste kryteria dostępu do opieki medycznej poza ośrodkiem oraz do testów, brak opracowanych zasad współpracy pomiędzy służbami sanitarnymi a DPS) i brak koordynacji. Badani wskazywali często na niespójność działań władz państwowych na wszystkich szczeblach, zróżnicowanie zasad w różnych województwach oraz brak zdecydowanych decyzji w dyskusyjnych sferach (np. zakazu odwiedzin, wychodzenia). Wywiady wskazują także na brak jasnego podziału kompetencji podmiotów zaangażowanych w walkę z COVID-19. Zalecenia trafiały do dyrektorów DPS-ów z kilku źródeł: od wojewody, z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i z lokalnych i wojewódzkich Sanepidów. Zalecenia te nierzadko były zbyt ogólne, sprzeczne i niedostosowane do realiów prowadzenia placówki. Nie wiadomo też było, czyje zalecenia w tej sytuacji są obowiązujące, a dodatkowo – zgodnie zresztą z ustawą – polecenia czy rekomendacje mogły być przez wojewodów przekazywane nawet telefonicznie.

W obszarze kadrowym, badani wskazywali na niedobory osób świadczących usługi medyczne. 74% badanych placówek potrzebuje dodatkowych pielęgniarek, 66% – opiekunów, a 45% – dodatkowych rehabilitantów. Niedofinansowanie wynagrodzeń, zwłaszcza pielęgniarek, jest problemem systemowym. Pielęgniarki zatrudnione w DPS-ach otrzymują (tak jak opiekunowie) wynagrodzenie przysługujące pracownikom samorządowym, czyli dużo niższe

od oferowanego przez podmioty lecznicze. W związku z tym, zmuszone do świadczenia pracy tylko w jednym miejscu, pielęgniarki dzielące czas między DPS i szpital wybierały zazwyczaj pracę w szpitalu. Podczas pandemii problem stał się bardziej widoczny ze względu na ograniczenie możliwości świadczenia pracy w więcej niż jednej placówce. Po wygaszeniu pandemii można spodziewać się masowego odchodzenia z zawodu pracowników DPS-ów.

Brakowało też zapasowych środków finansowych, zasobów lokalowych, w tym przede wszystkim miejsc odizolowania osób zakażonych. Problemy ze środkami ochrony osobistej występowały na początku, lecz wkrótce zostały zażegnane – przynajmniej w niektórych województwach. W pozostałych udało się te braki przynajmniej częściowo wyrównać, brak jednak konkretnych danych o skuteczności rozwiązań w skali całego kraju.

40% placówek nie korzystało w ogóle z technologii pracy lub komunikacji zdalnej. Niemal połowa korzystała z nich w celu poprawy sytuacji mieszkańców (kontakt z rodziną, lekarzem, psychologiem), a 44% – do pracy zdalnej.

Jako najbardziej palącą potrzebę badani wskazali wzrost wynagrodzeń, dostęp do testów oraz wsparcie kadrowe.

Badane placówki korzystały ze wsparcia wielu różnych instytucji. Najczęściej korzystano ze wsparcia: Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego/ROPS, Starostwa powiatowego/PCPR, przedsiębiorstw prywatnych oraz organizacji pozarządowych. W największym stopniu zaspokojone zostały potrzeby związane ze środkami ochrony osobistej, a w najmniejszym – kadrowe.

Problemem wśród instytucji udzielających wsparcia, w skali ogólnopolskiej, był brak dzielenia się wiedzą na temat wypracowanych dobrych praktyk i wdrażania tych, które się sprawdziły, w innych województwach.

Badanie wskazało, że pewne rozwiązania czy zalecenia zewnętrzne dotyczące izolacji i kwarantanny są niemożliwe do wprowadzenia, jeśli dotyczą osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie. Nawet jeśli dany ośrodek ma możliwości wydzielenia pomieszczeń albo wręcz budynków na strefy zakaźne i odpowiedniego ich wyposażenia, sama izolacja może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców. Podobnie jak w przypadku ośrodka dla osób w podeszłym wieku zabrakło więc rozwiązań dla osób, którym standardowe zalecenia nie zapewnią bezpieczeństwa, lub chociażby wsparcia w zakresie ich opracowania.

6. Rekomendacje

6.1 Zapobieganie izolacji mieszkańców placówek

Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja) i nr strony, na której znajduje się rekomendacja	Izolacja mieszkańców placówek od świata zewnętrznego powoduje pogorszenie ich stanu psychicznego (str. 8). Jednocześnie duża część placówek nie wykorzystuje sprzętu do komunikacji zdalnej (str. 11)
Rekomendacja	<ol style="list-style-type: none">1) Wsparcie dla placówek w zakresie sprzętu i oprogramowania umożliwiającego komunikację zdalną oraz kompetencji w zakresie obsługi takiego sprzętu i oprogramowania – np. dedykowany program w tym zakresie (w ramach PO WER lub RPO)2) Zapewnienie mieszkańcom tam, gdzie to możliwe, kontaktu z osobami z innych pokoleń (np. współpraca DPS-ów z przedszkolami) – np. w ramach programu ASOS lub innych programów MRiPS.3) Położenie większego nacisku podczas terapii zajęciowej (zwłaszcza u osób w podeszłym wieku) na umiejętności korzystania z internetu i w szczególności z programów służących (wideo)komunikacji
Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja	Ad 1) Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, urzędy marszałkowskie i wojewódzkie Ad 2) Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Ad 3) placówki opieki
Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)	1 – priorytetowa

6.2 Uregulowanie kwestii dot. pracy zdalnej i wsparcie pracowników placówek w tym zakresie

<p>Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)</p>	<p>Niezgodność zaleceń i rozwiązań doraźnych z prawem pracy (dopuszczalność pracy zdalnej w placówkach w trakcie kwarantanny) (str. 23)</p> <p>Duża część placówek nie wykorzystywała pracy zdalnej (str.11)</p>
<p>Rekomendacja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ustalenie, kto z zatrudnionych może świadczyć pracę zdalną i w jakim zakresie 2) Doposażenie pracowników w sprzęt umożliwiający świadczenie pracy zdalnej, jeśli jest konieczna np. ze względu na kwarantannę w formie stworzenia np. przy służbach wojewody zapasu sprzętu, który mógłby być „wypożyczany” konkretnym pracowników po zgłoszeniu zapotrzebowania przez dyrektora ośrodka.
<p>Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja</p>	<p>Ad 1 – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej</p> <p>Ad 2 – MRiPS, wojewodowie</p>
<p>Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)</p>	<p>1 – priorytetowa</p>

6.3 Udrożnienie komunikacji między instytucjami centralnymi a placówkami i innymi podmiotami

<p>Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)</p>	<p>Problemy z przepływem informacji. Komunikaty ministerialne oraz z innych źródeł centralnych (np. z GIS) przesyłane były do wojewodów, stamtąd do samorządów, a od nich do placówek – na tej drodze komunikacji występowały znaczące zakłócenia (str. 8)</p>
<p>Rekomendacja</p>	<p>Stworzenie na poziomie centralnym kompleksowych baz adresatów (Sanepidy wojewódzkie, Sanepidy lokalne, samorzady i inne podmioty prowadzące niekomercyjne DPS-y, dyrektorzy DPS-ów) i włączenie do grona adresatów komunikatów i zaleceń ministerialnych wszystkich podmiotów, których dany komunikat dotyczy. Przykładowo: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wysłało wojewodom zalecenie, że przy wykryciu zakażenia wśród pracowników i mieszkańców DPS-u zakażenia COVID-19 za zasadne uznaje przeprowadzenie testów wśród wszystkich pracowników i mieszkańców takiej placówki. Zalecenie w tym przypadku, oprócz wojewodów, powinni także otrzymać (do wiadomości): Sanepidy wojewódzkie, Sanepidy lokalne, samorzady i inne podmioty prowadzące niekomercyjne DPS-y, dyrektorzy DPS-ów.</p>
<p>Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja</p>	<p>1) MRiPS 2) GIS</p>
<p>Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)</p>	<p>1 - priorytetowa</p>

6.4 Rolling review – systematyczne gromadzenie i przekazywanie wiedzy na temat pandemii różnym interesariuszom

<p>Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)</p>	<p>Problemy z przepływem informacji (str. 8)</p> <p>Potrzeba aktualnej wiedzy o koronawirusie i podobnych zagrożeniach (str. 23)</p>
<p>Rekomendacja</p>	<p>Stworzenie osobnej grupy badawczej lub wydzielenie takiej w strukturach Ministerstwa Zdrowia/ GIS-u. Wyłącznymi zadaniami tej grupy badawczej powinien być bieżący przegląd nowo publikowanych wiadomości naukowych dot. COVID-19 (i ew. kolejnych chorób wywołujących pandemię), stworzenie i uaktualnianie na podstawie bieżącego stanu wiedzy naukowej czegoś w rodzaju „bazy wiedzy” dotyczącej koronawirusa (np. we współpracy z Ministerstwem Cyfryzacji) i zapewnienie wszystkim interesariuszom dostępu do tej bazy wiedzy, także przez rozsyłanie biuletynu informacyjnego do grupy z bazy, o której mowa w punkcie 6.3.</p> <p>Do projektu powinny zostać włączone także inne ministerstwa, bo w wersji optymalnej sugerowane rozwiązanie obejmowałoby różne „poziomy zaawansowania” – część dot. najnowszych rozwiązań terapeutycznych dostępna dla lekarzy, szpitali etc., dotycząca np. sposobów dostosowywania pomieszczeń do aktualnych wymogów sanitarnych dostępna szerzej, np. także dla przedsiębiorców.</p>
<p>Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja</p>	<p>Ministerstwo Zdrowia, GIS, KPRM/w zakresie cyfryzacji</p>
<p>Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)</p>	<p>2 – ważna</p>

6.5 Wydzielenie zespołu dot. procedur bezpieczeństwa

Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)	Brak jednolitych procedur bezpieczeństwa dla placówek (str. 8)
Rekomendacja	<p>Wydzielenie konkretnego zespołu roboczego o odpowiednich kompetencjach merytorycznych w ramach NIH-PZH, który zajmowałby się opracowywaniem rozwiązań bezpieczeństwa, a jeśli chodzi o konsultowanie tworzonych zewnętrznie procedur, byłby wskazany jako organ, do którego zajmujący się obecnie tą kwestią pracownicy Sanepidu mogliby zwrócić się w razie wątpliwości.</p> <p>W ramach Sanepidu wyznaczenie konkretnych osób, które zajmowałyby się wytycznymi bezpieczeństwa – nie wszystkie Sanepidy tak zrobiły, a specjaliści są potrzebni.</p>
Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Sanepid
Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)	2 – ważna

6.6 Stworzenie jasnych „zaleceń ramowych”

Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)	Brak jednolitych procedur bezpieczeństwa dla placówek (str. 8) i zaleceń w tym zakresie
Rekomendacja	<p>„Zalecenia ramowe” to ogólne wytyczne postępowania, opracowane na poziomie ogólnokrajowym (np. przez GIS we współpracy z ministerstwami właściwymi), które różniłyby się wprowadzaniem rozwiązaniami i poziomem obowiązujących obostrzeń w zależności od tego, jaki jest przebieg pandemii w danym regionie. Zalecenia takie stanowiłyby ramę dla szczegółowych procedur opracowywanych przez indywidualne ośrodki z uwzględnieniem ich możliwości finansowych, lokalowych, kadrowych i specyfiki placówki związanej z profilem mieszkańców, tj. realistycznie dostosowane także do możliwości psychofizycznych podopiecznych.</p> <p>Zalecenia ramowe powinny zostać wyznaczone na dwóch poziomach:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Na poziomie centralnym – zalecenia ogólne, dotyczyłyby m.in. dopuszczalności odwiedzin (które nie musiałyby już być określane każdorazowo przez wojewodę), konieczności wprowadzenia pracy rotacyjnej etc., dostępu do testów.2) Na poziomie wojewody – zalecenia wiążące jeśli chodzi o bardziej szczegółowe rozwiązania potrzebne w danym regionie (dotyczące transportu chorych, „izolatoriów zbiorowych” czy wyznaczenia miejsc ewakuacji w przypadku konieczności ewakuacji ośrodka.
Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja	GIS, Ministerstwo Zdrowia, MRiPS Wojewodowie

**Stopień ważności (od 1 do 3,
1 – priorytetowa, 2 - ważna,
3 – może być wdrożona w
późniejszym okresie)**

1 – priorytetowa

6.7 Platforma wsparcia zewnętrznego

Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)	Braki finansowe DPS-ów (str. 13, 20)
Rekomendacja	Stworzenie przez MRiPS dla podmiotów prywatnych (darczyńców, wolontariuszy) platformy (np. na wzór Patronite), umożliwiającej możliwość zgłoszenia chęci pomocy w sposób, który pozwoli im na uzupełnianie wsparcia (samo)rządowego i dotarcie z tą informacją do jednostek potrzebujących wsparcia
Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja	MRiPS
Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)	3 – może być wdrożona w późniejszym okresie

6.8 Zwiększenie minimalnych poziomów wynagrodzeń w placówkach samorządowych

Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)	Drastyczne niedofinansowanie powoduje odpływ kadr (str. 7-12)
Rekomendacja	Zmiana w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (załącznik 1, cz. F III. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej, centra integracji społecznej oraz jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej), umożliwiająca wyższe zaszerogowanie pracowników placówek.
Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja	MRiPS Parlament RP
Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)	1 – priorytetowa

6.9 Opracowanie planów ewakuacji/izolacji na poziomie województwa

<p>Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)</p>	<p>Brak przestrzeni pozwalającej na</p>
<p>Rekomendacja</p>	<p>Opracowanie na poziomie województwa planów ewakuacji dla ośrodków i ich grup oraz utworzenie w każdym województwie wspólnego dla wszystkich placówek ośrodka wsparcia z miejscami quasi-kwarantanny, pozwalającego na 14-dniową izolację osób kierowanych do domów pomocy społecznej przed umieszczeniem w docelowym DPS-ie.</p> <p>Należy włączyć w te prace nie tylko pojedyncze ośrodki, ale też inne instytucje, które w takiej ewakuacji by uczestniczyły i określić, kto zapewnia transport, dokąd, i kto (oraz w jakich okolicznościach) ma nie tylko obowiązek, ale przede wszystkim realne warunki (np. lokalowe, sprzętowe, kadrowe), żeby w razie czego przejąć opiekę nad mieszkańcami, i umożliwić tym instytucjom zawczasu opracować plan postępowania we współpracy z DPS-ami.</p>
<p>Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja</p>	<p>Wojewodowie, Sztaby Kryzysowe przy wojewodach we współpracy z lokalnymi oddziałami NFZ-ów, marszałkami województw i dyrektorami placówek</p>
<p>Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)</p>	<p>1</p>

6.10 Stworzenie katalogu dobrych praktyk

Uzasadnienie (problem/potrzeba, na jaką odpowiada rekomendacja)	Brak dzielenia się wiedzą na temat wypracowanych dobrych praktyk i wdrażania tych, które się sprawdziły, w innych województwach (str. 33)
Rekomendacja	Zlecenie przez MRiPS podmiotowi zewnętrznemu (np. badawczemu) zebranie z różnych instytucji pomocy informacji o dobrych praktykach w trakcie pandemii (co się sprawdza, w jakich warunkach, jak takie rozwiązanie wprowadzić, jaki budżet jest potrzebny) i stworzenie ich katalogu online, dostępny dla interesariuszy (samorządy, dyrektorzy DPS-ów, służby wojewody etc.) wraz z umożliwieniem dopisywania nowych dobrych praktyk przez te podmioty (dobra praktyka byłaby publikowana po akceptacji MRiPS)
Podmioty, do których skierowana jest rekomendacja	MRiPS
Stopień ważności (od 1 do 3, 1 – priorytetowa, 2 - ważna, 3 – może być wdrożona w późniejszym okresie)	3 – może być wdrożona w późniejszym okresie

7. Metodologia badania

7.1 Zakres podmiotowy badania

Badanie ukierunkowane zostało na zebranie wiedzy o tym, jak z COVID-19 radzą sobie i czego potrzebują placówki opieki całodobowej, w tym domy pomocy społecznej. Ponieważ zgodnie z art. 56 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ([Dz.U. z 2019 r., poz. 1507, z późn. zm.](#)) DPS-y, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na ośrodki dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.

7.2 Pytania badawcze

W ramach badania odpowiedziano na następujące pytania badawcze:

- 1) Jak placówki poradziły sobie z zagrożeniem pandemicznym?
- 2) Jakie najważniejsze problemy wiązały się z zagrożeniem pandemicznym dla pracowników i klientów placówek?
- 3) Czego najbardziej brakowało placówkom w czasie pandemii (kadry, środki finansowe, odpowiednie przepisy, wsparcie)?
- 4) Z jakiego wsparcia skorzystały placówki i w jakim stopniu było ono wystarczające?
- 5) Czego teraz potrzebują placówki, by poradzić sobie z ew. kolejnymi falami koronawirusa?

7.3 Metody i techniki badawcze

Zastosowano trzy metody i techniki badawcze:

- Analiza desk research
- Ankieta online CAWI wspomagana CATI wysłana do wszystkich DPS-ów w Polsce (884 DPS-y)
- Wywiady indywidualne telefoniczne lub online z dyrektorami DPS (3),
- Wywiady indywidualne telefoniczne lub online z przedstawicielami instytucji wsparcia (3)

Ankieta rozesłana została do wszystkich DPS-ów w Polsce – została zaprojektowana w sposób pozwalający na uzyskanie możliwie szerokiego zakresu ogólnych informacji o przebiegu pandemii: najważniejszych problemach ośrodków, uzyskanym wsparciu i o potrzebach, które w obliczu możliwej trzeciej fali pandemii jawią się jako najpilniejsze.

Na tym etapie badanie nie zakładało różnicowania placówek ze względu na typ podopiecznych; rozróżnienie pojawiło się dopiero na etapie doboru respondentów do drugiego etapu, w celu sprawdzenia, na ile poszczególne problemy i potrzeby są uniwersalne po uwzględnieniu indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych mieszkańców placówek o różnym profilu.

Ankiety w całości wypełniło 100 dyrektorów DPS-ów z całego kraju; kierują ośrodkami samorządowymi, ale i prowadzonymi na podstawie zezwolenia wojewody przez inne podmioty⁴.

Druga część badania, mająca na celu pogłębienie wiedzy uzyskanej na podstawie przeprowadzonych ankiet, polegała na przeprowadzeniu pogłębionych wywiadów telefonicznych z trojgiem pracowników instytucji wspierających, którzy zgodzili się wypowiadać w raporcie pod nazwiskiem, i trojgiem dyrektorów DPS-ów, którzy zdecydowali się pozostać anonimowi.

Domy Pomocy Społecznej zaproszone do udziału w badaniu dobrane zostały według profilu ośrodka. Klucz oparto o wstępne założenie, że zarówno problemy, jak i wypracowane przez placówki rozwiązania mające zapewnić bezpieczne funkcjonowanie DPS-u mogą znacząco różnić się nie tylko ze względu na wielkość i położenia ośrodka, ale też stan psychofizyczny i specyficzne potrzeby mieszkańców.

⁴ Zgodnie z Art. 57 pkt 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r., poz. 1507, z późn. zm.), po uzyskaniu takiego zezwolenia DPS-y mogą być prowadzone nie tylko przez jednostki samorządowe, ale i Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne i osoby fizyczne.

Zaproszenie przyjęły dyrekcje trzech ośrodków samorządowych zapewniających opiekę (1) osobom w podeszłym wieku, (2) osobom przewlekle chorym somatycznie i niepełnosprawnym fizycznie i (3) osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Badanie zawężono do ośrodków samorządowych ze względu na specyfikę prawną ich funkcjonowania zarówno przed wybuchem pandemii COVID-19, jak i w czasie jej trwania. Informacje pozyskiwane podczas kolejnych wywiadów wskazały też na konieczność szczegółowego określenia wyzwań stojących przed placówkami o różnym profilu.

Wywiadów udzielili:

- Justyna Zarecka z Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, zespołu działającego w ramach Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, która zajmowała się i zajmuje m.in. monitorowaniem przebiegu pandemii w Domach Pomocy Społecznej;
- Adam Szponka, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu, którego ośrodek jako jeden z pierwszych w kraju rozpoczął systematyczne przygotowania do udzielania wsparcia dla placówek opieki całodobowej;
- Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych DPS, organizacji społecznej powstałej na początku bieżącego roku i zrzeszającej dyrektorów DPS-ów z pięciu województw.

ThinkTank „Nowa Przestrzeń Społeczna”

Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość (CPT) tworzy ThinkTank „Nowa Przestrzeń Społeczna”, którego celem jest generowanie pomysłów na rozwiązania najważniejszych problemów z zakresu polityki społecznej w obszarach takich jak wsparcie dla rodziny, system emerytalny, aktywizacja osób z niepełnosprawnościami, ekonomia społeczna i solidarna. Chcemy zaprosić do współpracy krajowej i światowej klasy ekspertów.

Działania ThinkTanku obejmują m.in.

- 1) Spotkania twórcze dotyczące istotnych tematów z zakresu polityki społecznej.
- 2) Magazyn „Kierunki Zmian” w wersji elektronicznej.
- 3) Debata online z krajowej i światowej klasy ekspertami z obszaru polityki społecznej – w 2020 r. debata dotycząca zdrowia psychicznego w Polsce.
- 4) Webinaria z ekspertami i decydentami, webinarium dotyczące m. in. placówek opieki całodobowej w czasie pandemii, zdrowia psychicznego, społecznych aspektów mody i designu.
- 5) Przygotowanie raportów badawczych w 2020 roku opracowano m.in. „Tu nie chodzi o maseczki. Placówki opieki w dobie koronawirusa”, „Społeczne aspekty mody”, „Wyzwania dla polityk społecznych”, „Rola i działania OWES w związku z pandemią”.

Kluczem wszystkich prac prowadzonych przez Stowarzyszenie CPT jest międzypokoleniowy, interdyscyplinarny zespół praktyków, wizjonerów, systemowców i naukowców. Od 16 lat CPT prowadzi działania w obszarze polityki społecznej, m.in.:

- wspólnie z MRiPS organizowało webinaria nt. centrów usług społecznych;
- realizowało kluczowe dla MRiPS projekty z zakresu edukacji młodzieży w zakresie ekonomii społecznej oraz wypracowywania i wdrożenia modelu badania efektywności zatrudnieniowej PUP;
- jest partnerem w kluczowym projekcie MRiPS pt. *Włączanie wyłączonej*, mającym na celu wypracowanie nowych form zatrudniania osób z niepełnosprawnością
- opracowało metodologię asystenta pracodawcy osób niepełnosprawnych, metodologię zawodoznawczego narzędzia dla osób po kryzysach psychicznych pt. z pasji do pracy oraz gry o pracę mającą na celu badanie predyspozycji zawodowych osób z niepełnosprawnościami.
- Prowadziło jedną z największych kampanii w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego, opracowało narzędzie i przeprowadziło badanie przesiewowe 120 000 osób w ramach projektu oceny kondycji psychicznej.

Zapraszamy do współpracy!

Osoba do kontaktu:

Antoni Sobolewski

tel: 601504905

email: a.sobolewski@post.pl

strona: <http://www.thinktank.cpt.org.pl>

ThinkTank

„Nowa Przestrzeń Społeczna”

Rada programowa:

- dr Shivan Fate – wicedyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie
- Szymon Medalion – ekspert Fundacji Regionalne Centrum Młodzieży
- Jarosław Namaczyński – Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Łobzie
- Iwona Klimowicz – Ekspert ds. polityki społecznej, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Szczecinie
- Agnieszka Dudzińska – socjolog, Uniwersytet Warszawski
- dr Waclaw Idziak – twórca wiosek tematycznych, członek Międzynarodowego Stowarzyszenia Innowatorów Społecznych „Ashoka”
- Adam Kuzycz-Berezowski – reżyser, aktor Teatru Współczesnego w Szczecinie
- dr Rafał Bakalarczyk – Ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. polityki społecznej
- dr Tomasz Czubara – Komendant Zachodniopomorskiej Komendy Wojewódzkiej Ochotniczych Hufców Pracy w Szczecinie

Zespół ekspertów:

- dr hab. Iwona Bąk prof. ZUT
- dr Katarzyna Wawrzyniak
- dr Magdalena Christofi
- dr Włodzimierz Durka
- Romana Krzewicka
- Antoni Sobolewski
- Krzysztof Siewiera
- Jarema Piekutowski
- Łukasz Broniszewski

