DOI: 10.53122/ISSN.0452-5027/2026.1.25 kontrola i audyt

Ustalenia kontroli NIK

Domy pomocy społecznej

# Opieka nad dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną

**MARZENA BARADZIEJ**

*Najwyższa Izba Kontroli zbadała sposób sprawowania opieki nad dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną umieszczonymi w domach pomocy społecznej (DPS)[1]. Kontrolę przeprowadzono w dziewięciu DPS[2], w tym czterech przeznaczonych wyłącznie dla małoletnich oraz w pięciu łączonych, do których było możliwe kierowanie dorosłych, siedmiu powiatowych centrach pomocy rodzinie (PCPR) i siedmiu starostwach powiatowych. Wyniki kontroli pokazały m.in., że osoba małoletnia umieszczona w DPS najczęściej pozostawała w nim dożywotnio, nierzadko dzieląc pokój z osobami o kilkadziesiąt lat starszymi. Ograniczało to proces reintegracji społecznej oraz możliwość usamodzielnienia, zwłaszcza w wypadku osób z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej. W związku z ustaleniami NIK podniosła potrzebę zmian legislacyjnych i systemowych, które przyczynią się do poprawy bezpieczeństwa małoletnich mieszkańców DPS, jakości usług w tych placówkach oraz ich dostosowania do emocjonalnych i terapeutycznych potrzeb dzieci i młodzieży. Artykuł przybliża najważniejsze ustalenia kontroli.*

## Wczesnorozwojowe potrzeby dziecka

W celu zapewnienia dziecku bezpiecznych warunków do rozwoju niezbędna jest bliskość i obecność. Bezpieczna relacja i stymulacja sensoryczna: kojący ton głosu, dotyk, wzrok fizycznie budują połączenia synaptyczne w mózgu małego dziecka[3]. Naturalnym i optymalnym otoczeniem jest środowisko rodzinne, niezbędne do prawidłowego rozwoju psychofizycznego, emocjonalnego

[1] Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: *Zapewnienie opieki dzieciom i młodzieży umieszczonym w domach pomocy społecznej*, nr ewid. 105/2025/P/25/060/LKI.

[2] W ośmiu DPS w ramach kontroli planowej oraz w jednym w ramach kontroli doraźnej, której wyniki zaprezentowano łącznie w Informacji o wynikach kontroli. Ten ostatni, ze względu na niewielką liczbę miejsc dla osób dorosłych (zaledwie cztery), w statystykach ujęto jako DPS dla dzieci.

[3] M. Kaczmarzyk: *Potrzeba obecności. Czyli o neurobiologii wczesnego dzieciństwa*, Wydawnictwo Element, Gliwice-Mysłowice 2025, s. 3-5.

i społecznego[4]. Na wczesnym etapie rozwoju dziecko nie potrafi precyzyjnie komunikować swoich potrzeb. W tym czasie kluczowa jest rola opiekuna, którego zadaniem jest zapewnienie opieki – zarówno na poziomie fizjologicznym, jak i emocjonalnym[5]. Jego brak, a co za tym idzie, niemożność nawiązania więzi i relacji zapewniającej poczucie bezpieczeństwa wpływa negatywnie na rozwój dziecka[6]. Jakość i kierunek zmian, jakie zachodzą w mózgu dziecka w pierwszych latach życia mogą decydować o zakresie jego możliwości. W szczególności dotyczy to zmian związanych z jakością relacji z innymi ludźmi: zaczynając od sprawności w posługiwaniu się mową, a na wrażliwości i zdolności do empatii kończąc[7].

Trwający ponad 20 lat Bukaresztański projekt wczesnej interwencji (Bucharest Early Interventiontion Project)[8] wykazał, że wczesna instytucjonalizacja dzieci prowadzi do głębokich deficytów w obszarze ich zdolności poznawczych (obniża poziom IQ), generuje problemy społeczno-emocjonalne, w tym zaburzenia przywiązania, wpływa negatywnie na rozwój kory mózgowej, zwiększa częstość zaburzeń, w tym psychicznych.

Należy zwrócić uwagę, że w grupie kontrolnej tego projektu starannie dobrano rodziny, w których umieszczono dzieci. Uwzględniał on zdolności rodzin do skutecznej pracy z dziećmi, które przebywały w deprywacyjnych warunkach w instytucjonalnej formie opieki podczas bardzo wczesnego etapu rozwoju. Co szczególnie istotne, rodziny te odbyły szkolenia oraz otrzymały stałe wsparcie w codziennej pracy z dziećmi. To pozwoliło zapewnić im długoterminową opiekę opartą na silnych więziach i miłości. Należy zastrzec, że grupę małoletnich mieszkańców DPS, w szczególności dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim lub z niepełnosprawnością sprzężoną, charakteryzują odmienne potrzeby opiekuńczo-terapeutyczne, a często także medyczne. Podatność na interwencje terapeutyczne różni się zatem od dynamiki rozwojowej populacji dzieci objętej badaniem BEIP. Stymulujące środowisko rodzinne umożliwia uzyskanie istotnych, choć niejednakowych korzyści rozwojowych.

System wsparcia dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w Polsce obejmuje wiele przenikających się działań: wsparcie finansowe i rzeczowe, wsparcie rodziny

---

[4] E. Żytka-Rydosz: *Rola rodziny w rozwoju dziecka*, „Kultura – Przemiany – Edukacja", t. XIV-XV (2024), s. 138-143.

[5] M. Słowik, B. Romanik: *Gdy słowa nie wystarczą… – wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0-6 lat po traumie*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" nr 1/2024, s. 52-74.

[6] M. Kolankiewicz: *Zaniedbywanie dzieci*, „Dziecko krzywdzone" nr 2/2012, s. 88.

[7] M. Kaczmarzyk: *Potrzeba obecności. Czyli o neurobiologii…,* op.cit., s. 3-5.

[8] Dalej: BEIP. Randomizowane, kontrolowane badanie opieki zastępczej jako interwencji dla dzieci porzuconych tuż po urodzeniu, umieszczonych w jednej z sześciu placówek dla małych dzieci w Bukareszcie. Projekt rozpoczął się w 2000 r. od kompleksowej oceny bazowej 136 dzieci i ich środowisk opiekuńczych. Połowę dzieci losowo przydzielono do wysokiej jakości opieki zastępczej, a połowa pozostała w placówce instytucjonalnej. Badania kontrolne przeprowadzono w wieku 30, 42 i 54 miesięcy, 8, 12 i 16 lat. Rozwój dzieci w rodzinach zastępczych porównywano z rozwojem tych, które pozostały w opiece instytucjonalnej oraz z grupą dzieci, które nigdy nie potrzebowały tego rodzaju pomocy.

Ustalenia kontroli NIK

(praca socjalna, asystent rodziny, usługi opiekuńcze), mieszkania chronione, wsparcie instytucjonalne (DPS, zakład opiekuńczo-leczniczy – ZOL, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – ZPO), pomoc w ramach programów rządowych (Program „Opieka wytchnieniowa" – OW, asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – AOON, specjalistyczne usługi opiekuńcze – SUO). Dla dzieci z rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych działa system pieczy zastępczej, w tej najbardziej pożądanej, rodzinnej formie oraz specjalistyczna piecza instytucjonalna, tj. Regionalne Placówki Opiekuńczo-Terapeutyczne – RPOT. Ważnym ogniwem uzupełniającym ten system jest kształcenie specjalne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną na podstawie zaleceń i wskazówek określonych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. Ten rozproszony katalog usług oraz podmiotów wymaga ścisłej współpracy i koordynacji. W szczególności, powinna ona przebiegać w sposób niezakłócony w tych rodzinach, w których może zmaterializować się ryzyko umieszczenia dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w DPS oraz w tych powiatach, w których występuje deficyt specjalistycznych zawodowych rodzin zastępczych.

W badaniu dotyczącym zapewnienia opieki dzieciom i młodzieży umieszczonym w domach pomocy społecznej NIK objęła analizą system wsparcia młodych ludzi z niepełnosprawnością intelektualną, których umieszczono w tych placówkach. Punktem wyjścia do podjęcia tego tematu były wyniki kontroli[9] dotyczącej przestrzegania praw osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi umieszczonych w DPS, prezentowane wcześniej na łamach „Kontroli Państwowej"[10]. NIK ustaliła wówczas, że do tych placówek przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi trafiają coraz młodsze osoby. Wskazała na liczne przypadki naruszania ich praw i wolności oraz ujawniła systemowe problemy na pograniczu obszarów pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia.

Celem obecnego badania było zweryfikowanie, czy w DPS zapewniono dzieciom i młodzieży opiekę w sposób prawidłowy i rzetelny. Sprawdzano warunki organizacyjne, sposób udzielania wsparcia oraz nadzór nad placówkami. NIK ustaliła także przyczyny umieszczania dzieci w DPS. Analizą porównawczą objęto jakość opieki w podmiotach przeznaczonych wyłącznie dla małoletnich oraz w tzw. DPS łączonych, w których możliwe jest umieszczanie także osób dorosłych.

Stosownie do art. 54 ust. 1 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[11] (dalej: u.p.s.), uprawnienie do skierowania do DPS przysługuje osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają całodobowej

---

[9] *Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych*, nr ewid. 37/2024/P/24/061/LKI.

[10] G. Walendzik, M. Baradziej: *Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej*, „Kontrola Państwowa" nr 3/2025, s. 279-293.

[11] Dz.U. z 2026 r. poz. 639, ze zm.

opieki. Nie mogą one samodzielnie funkcjonować, a zapewnienie im niezbędnego wsparcia w formie usług opiekuńczych nie jest możliwe. Przepis ten koreluje z art. 38 ust. 1 i 5 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[12] (dalej: u.o.z.p.). Na jego podstawie osoba, która wskutek upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego może być za jej zgodą lub zgodą przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.

Dzieci i młodzież, zgodnie z art. 56 pkt 5 i art. 56a ust. 1 pkt 4 u.p.s., mogą zostać skierowane do DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie lub do DPS łączonego. Ustawodawca przewidział mechanizm zapewnienia ciągłości opieki dla osób o małej zdolności adaptacji do nowego otoczenia, które w danym DPS przebywały dłużej niż pięć lat. Zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej[13] (dalej: rozporządzenie w sprawie DPS) w placówkach dla dzieci i młodzieży dopuszcza się dalszy pobyt tych osób także po ukończeniu 30. roku życia.

## Najważniejsze ustalenia kontroli

### Brak DPS wyłącznie dla małoletnich

Kontrola wykazała, że system wsparcia małoletnich z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną w DPS nie gwarantuje w pełni prawidłowej oraz rzetelnej opieki, co rodzi pilną potrzebę podjęcia zmian legislacyjnych oraz systemowych.

Główną przyczyną były uwarunkowania prawne, które powodują, że w Polsce nie funkcjonują domy pomocy społecznej wyłącznie dla niepełnoletnich mieszkańców. Kontrola potwierdziła, że zarówno w placówkach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, jak i w domach o charakterze łączonym przeważały osoby dorosłe. W badanym okresie (lata 2022–2025) w jednostkach typu łączonego odsetek mieszkańców powyżej 25. roku życia wynosił od 88% do 90%. Wynikało to z możliwości skierowania do tego typu placówek osób w dowolnym wieku. W domach pomocy społecznej przeznaczonych – teoretycznie – wyłącznie dla dzieci i młodzieży pensjonariusze powyżej 25. roku życia stanowili średnio aż 66% ogółu mieszkańców. Odsetek osób poniżej 18. roku życia wynosił średnio 17% w placówkach dla dzieci i młodzieży i tylko 6% w domach łączonych. Wpływało to negatywnie na możliwość zapewnienia małoletnim wsparcia adekwatnego do ich podstawowych potrzeb oraz wystarczającego bezpieczeństwa.

Informacja o strukturze wiekowej w danym domu nie jest udostępniana w publicznych rejestrach DPS prowadzonych przez wojewodów. Zawarta w nich informacja o typie DPS (dla dzieci i młodzieży) i liczbie miejsc mogła wprowadzać w błąd

[12] Dz.U. z 2024 r. poz. 917.
[13] Dz.U. z 2025 r. poz. 51.

Ustalenia kontroli NIK

wnioskujących o umieszczenie małoletniego w konkretnej placówce (rodzica, opiekuna prawnego, dyrektora szpitala). Nie była także dostępna dla sądów rozstrzygających w sprawie umieszczenia dzieci w DPS.

Najstarsi mieszkańcy DPS dla dzieci i młodzieży mieli od 59 do 76 lat, a w łączonych – od 63 do 92 lat. Zajmowanie miejsc przez osoby dorosłe oznaczało ich niedobór dla dzieci oraz brak lub ograniczenie możliwości umieszczenia dziecka w pokoju mieszkalnym z mieszkańcem w zbliżonym wieku; utrudniało też wygospodarowanie pokoju jednoosobowego dla małoletnich ze znacznymi zaburzeniami interakcji społecznych i komunikacji.

### Wspólna przestrzeń mieszkalna z dorosłymi

Współdzielenie pokoju przez dzieci i młodzież z dorosłymi stwierdzono we wszystkich DPS objętych kontrolą. W trzech placówkach (w Zborowie, Gnojnie i Poznaniu) dotyczyło to nielicznych, niemal pełnoletnich mieszkańców, ale w pozostałych sześciu DPS stanowiło powszechną praktykę. Przestrzeń mieszkalną i sanitarną z osobami dorosłymi dzieliły nawet kilkuletnie dzieci, podczas gdy rodzeństwo ulokowano w dwóch różnych pokojach.

Największa różnica wiekowa między zakwaterowanymi w danym pomieszczeniu wynosiła: w Tarnobrzegu 33 lata; w Rzadkowie 38 lat; w Kątach 46 lat; w Rudnie 49 lat; w Warszawie 58 lat; w Bielawkach 65 lat. Powodem ulokowania dzieci w pokojach z dorosłymi były: ograniczenia lokalowe, specyfika struktury wiekowej mieszkańców w DPS, konieczność zapewnienia wszystkim mieszkańcom warunków minimalizujących stres i sprzyjających poczuciu stabilizacji, ograniczone zasoby kadrowe. Wskazany sposób rozmieszczenia dzieci w pokojach dyrektorzy DPS uzasadniali także stanem zdrowia małoletnich i koniecznością dostosowania warunków do indywidualnych potrzeb. Podejmowane próby umieszczenia z rówieśnikami generowały konflikty lub zachowania agresywne.

### Wpływ uwarunkowań systemowych

Katalog systemowych uwarunkowań mogących wpływać na regres lub stagnację w obszarze rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego dzieci z niepełnosprawnością intelektualną był ściśle powiązany ze strukturą wiekową mieszkańców DPS. Szczególnie trudna sytuacja występowała w łączonych DPS. Wpływały na nią: mało stymulujące środowisko po powrocie z placówek edukacyjnych, doświadczanie agresywnego zachowania ze strony dorosłych współmieszkańców[14] oraz czas pobytu w środowisku instytucjonalnym. Powyższe czynniki, wraz z ograniczeniami organizacyjnymi wynikającymi z przyjętego modelu funkcjonowania DPS, mogły wpływać negatywnie na powodzenie wykonanej pracy terapeutycznej i ewentualną perspektywę wyjścia dziecka z systemu opieki

[14] Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną umieszczani w DPS to także osoby z chorobami psychicznymi lub uzależnieniami.

instytucjonalnej czy możliwość usamodzielnienia.

Na ryzyko niezapewnienia wystarczającego bezpieczeństwa małoletnim mieszkańcom wskazywało też nieobjęcie obowiązkowym szkoleniem z pierwszej pomocy 10% pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w kontrolowanych DPS. Ponadto 14% pracowników tych zespołów przeszkolono po upływie wymaganego terminu. W części placówek szkolenia miały wymiar wyłącznie teoretyczny, gdyż odbywały się w formule zdalnej. W innych DPS niektórzy pracownicy odbyli je w przeszłości i nie organizowano dla nich szkoleń przypominających.

W związku z tymi ustaleniami NIK wniosła o zainicjowanie zmiany ustawy o pomocy społecznej przez uwzględnienie w art. 54 wymogu, że umieszczenie dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w tzw. DPS łączonym jest możliwe po wcześniejszym wykluczeniu możliwości ich umieszczenia w DPS, o którym mowa w art. 56 pkt 5 ustawy. Ponadto NIK wnioskowała, aby w przypadku planowanego umieszczenia dziecka w DPS łączonym zagwarantować mu odpowiednie wymogi bezpieczeństwa oraz uwzględnić specyfikę potrzeb emocjonalnych i terapeutycznych[15]. Jeżeli dyrektor domu łączonego, ze względu na strukturę wiekową mieszkańców, ich zaburzenia psychiczne czy uzależnienia nie będzie w stanie tych wymogów zapewnić, dzieci nie powinny trafić do takiej placówki.

### Nierozwiązany problem obecności pielęgniarek

Jak wynika z ustaleń kontroli, większość małoletnich mieszkańców DPS (85%) uczęszczała do placówek edukacyjnych (przedszkoli, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, szkół specjalnych, ośrodków rehabilitacyjno-wychowawczych). Dla pozostałych, którym stan zdrowia na to nie pozwalał, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze zapewniano na terenie domu. Były to dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną lub intelektualną w stopniu głębokim, często leżące, wymagające bardzo intensywnej pracy terapeutycznej, rehabilitacji, a często także wzmożonej opieki medycznej[16], którą świadczył wykwalifikowany personel DPS, w tym pielęgniarski.

Podkreślenia wymaga, że ich obecność w DPS i narastająca różnica w poziomie wynagrodzeń w porównaniu z pensjami pielęgniarek w podmiotach leczniczych[17] nadal pozostają nierozwiązanym problemem[18]. Tymczasem większość dzieci i młodzieży, których akta objęto analizą (91%) przyjmowała leki neurologiczne oraz psychotropowe. Podawały je na ogół pielęgniarki, a w czterech DPS – ze względu na ograniczoną dostępność takiej kadry – także inni pracownicy. W czasie nieobecności

[15] Kwestie te powinny zostać uregulowane w standardzie usług dla małoletnich przebywających w DPS, o czym szerzej w dalszej części artykułu.
[16] W badanej próbie znalazły się także sprawy dotyczące dzieci karmionych przezskórną endoskopową gastrostomię czy wentylowanych mechanicznie.
[17] W marcu 2025 r., tj. jeszcze przed kolejnymi podwyżkami w ochronie zdrowia, różnice te wynosiły już od 30% do 37%.
[18] G. Walendzik, M. Baradziej: *Przestrzeganie praw mieszkańców…*, op.cit., s. 288-290.

Ustalenia kontroli NIK

pielęgniarek nie było możliwe niezwłoczne zastosowanie przymusu bezpośredniego w razie nagłego agresywnego zachowania mieszkańca. Problem ten nie występował w DPS prowadzonych przez zgromadzenia zakonne. Dzięki stałej obecności sióstr, z których część była wykwalifikowanymi pielęgniarkami, zapewniano w nich całodobową opiekę. Leki najczęściej przechowywano w opakowaniach oznaczonych nazwiskiem mieszkańca, w odrębnych koszykach lub na półkach, choć w 44% DPS kontrola wykazała odstępstwa w tym zakresie. Mieszkańcy, w tym małoletni, przyjmowali także leki zawierające substancje psychotropowe wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych[19] (tj. zawierające substancje kontrolowane). Choć przechowywano je w zamykanych na klucz szafach, w gabinetach przedmedycznej pomocy doraźnej, nie zawsze dokumentowano ich rozchód. NIK wskazała na pilną potrzebę uregulowania zasad gospodarowania (w tym przechowywania, wydawania i dokumentowania) lekami mieszkańców DPS, w szczególności zawierającymi substancje kontrolowane.

W ośmiu z dziewięciu kontrolowanych DPS podanie każdej dawki leku małoletnim udokumentowano zbiorczo lub nie udokumentowano. NIK oceniła, że nie można jednoznacznie stwierdzić, czy i kiedy zostały wdrożone zlecenia lekarskie dotyczące farmakoterapii. Ponadto nie było możliwe potwierdzenie, że wszystkie medykamenty rzeczywiście podano oraz że niezwłocznie wdrażano korekty leczenia[20]. Mogło to negatywnie wpływać na bezpieczeństwo mieszkańców i stanowi problem systemowy, wynikający ze specyfiki funkcjonowania dużej instytucji, zamieszkiwanej przez osoby przyjmujące wiele leków w różnych godzinach.

W świetle przytoczonych ustaleń aktualny pozostaje wniosek sformułowany w wyniku wcześniejszej kontroli[21], dotyczący potrzeby prawnego uregulowania statusu osób zatrudnionych w DPS na stanowiskach pielęgniarki i opiekuna medycznego. NIK postulowała także o wprowadzenie zasad dokumentowania świadczonych przez nich usług. Pozwoliłoby to na zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom i umożliwiłoby monitorowanie skuteczności zleconej farmakoterapii. Wymaga to jednak wypracowania wspólnych rozwiązań na pograniczu obszarów pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

### Ograniczony dostęp do terapii w DPS

Dzieci uczęszczające do szkół, zgodnie z indywidualnym planem zajęć i rozkładem jazdy środka transportu zapewnianego przez właściwe gminy, od poniedziałku do piątku wyjeżdżały do placówek edukacyjnych i wracały do DPS. Powrót następował między 13.00 a 17.30, zatem godziny pobytu w placówkach edukacyjnych

[19] Dz.U. z 2024 r. poz. 1139, ze zm.
[20] Tj. zmianę dawki, częstotliwości podawania, odstawienie lub wprowadzenie nowego leku.
[21] *Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób dorosłych*…, op.cit.

pokrywały się z godzinami pracy części personelu DPS. Dla tej grupy małoletnich mieszkańców dostęp do rehabilitacji leczniczej, zajęć rehabilitacji społecznej i niektórych form terapii zajęciowej był ograniczony. W dwóch DPS po godzinie 15.00 nie było już innych pracowników niż opiekunowie, pielęgniarki i pokojowe. W konsekwencji, prowadzenie zindywidualizowanej pracy terapeutycznej w godzinach popołudniowych, czyli w jedynym czasie wolnym od zajęć szkolnych, było utrudnione.

Ponadto w badanej próbie spraw dziesięcioro dzieci mieszkało w szkolnych internatach, a w DPS przebywało wyłącznie w weekendy oraz dni wolne od nauki. Dla nich usługi w domach pomocy społecznej były dostępne jedynie w czasie ferii i wakacji. Zasadność umieszczenia tych dzieci w DPS może budzić wątpliwości. Stopień ich samodzielności pozwalał bowiem na mieszkanie w internacie, wspólnie z innymi dziećmi, wychowującymi się w rodzinach biologicznych lub pieczy zastępczej. Prowadzenie zajęć edukacyjnych, specjalistycznych i terapeutycznych oraz zapewnienie codziennej opieki należało do obowiązków pracowników placówek edukacyjnych.

### Pomoc społeczna

Większość pracowników kontrolowanych jednostek z zaangażowaniem realizowała powierzone im zadania z zakresu pomocy społecznej. Dzieciom i młodzieży zapewniono szeroki dostęp do specjalistycznej diagnostyki oraz opieki medycznej. Domy pomocy społecznej wyposażono w adekwatne do wieku i potrzeb rozwojowych podopiecznych zabawki, odzież, kosmetyki. Dostosowano także harmonogram wydawanych posiłków do planu zajęć dydaktycznych, zapewniając dzieciom dodatkowy obiad po powrocie ze szkoły. Korzystnym rozwiązaniem organizacyjnym zidentyfikowanym przez NIK w kilku DPS był model polegający na podziale mieszkańców na mniejsze grupy, funkcjonujące w stałych, wydzielonych modułach mieszkalnych (pokoje mieszkalne, strefa dzienna, jadalnia). Do każdej grupy przypisano relatywnie stałą obsadę kadrową, co sprzyjało budowaniu więzi, zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji.

### Spełnienie standardu usług a potrzeby dzieci

Pomimo wskazanych rozwiązań sprzyjających podopiecznym, przedstawione uwarunkowania systemowe oraz prawno-organizacyjne skutkowały niemożnością zaspokojenia wszystkich psychicznych i emocjonalnych potrzeb dzieci, w szczególności najmłodszych. W badanej próbie spraw najmłodsze dziecko umieszczone w DPS miało zaledwie siedem miesięcy. Do najistotniejszych ograniczeń determinowanych samym pobytem w instytucjonalnej formie opieki należały: brak stałego opiekuna, rotacja personelu, współdzielenie pokojów i przestrzeni sanitarnej z dorosłymi, ograniczony dostęp do terapii i terapeutów.

Kluczowym problemem jest to, że DPS są elementem systemu pomocy społecznej, funkcjonującym poza systemem pieczy zastępczej. Przepisy nakładają na nie odmienne zadania. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, działalność DPS koncentruje się na świadczeniu

Ustalenia kontroli NIK

usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych. Są one zobowiązane do zapewnienia dzieciom dostępu do nauki, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz wychowania przez doświadczenia życiowe. Do podstawowych zadań systemu pieczy zastępczej, jak wynika z ustawy z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej[22], należą natomiast m.in. reintegracja z rodziną biologiczną, zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dziecka, przygotowanie do godnego, samodzielnego i odpowiedzialnego życia.

### Ograniczony nadzór nad DPS

W Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)[23] określono ramy, cele i kierunki ich rozwoju. Dokument akcentuje konieczność transformacji systemu wsparcia w stronę tzw. deinstytucjonalizacji. Określa ją przy tym jako proces stopniowego przechodzenia od opieki o charakterze instytucjonalnym (tj. wielkich, odizolowanych ośrodków) w kierunku usług świadczonych w społeczności lokalnej.

Kontrola wykazała, że nadzór powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR), starostów i prezydentów miast nad DPS był sprawowany w ograniczonym zakresie. Mimo deklarowanego w Strategii rozwoju usług społecznych celu, jakim jest deinstytucjonalizacja usług pomocy społecznej, w czterech PCPR i ponad połowie DPS nie podejmowano żadnych działań wspierających dzieci w powrocie do funkcjonowania poza DPS.

Jedną z potencjalnych barier ograniczających takie działania mogły być obowiązujące przepisy[24]. W obecnym stanie prawnym, po ukończeniu 25. roku życia, niepełnosprawny intelektualnie wychowanek pieczy zastępczej, który nie uzyska zdolności do samodzielnego funkcjonowania, jest umieszczany w DPS. Wszelkie działania, nawet jeśli doprowadzą do ulokowania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w rodzinnej pieczy zastępczej, są działaniem doraźnym. Piecza zastępcza z założenia jest formą krótkoterminową. Po osiągnięciu wieku wskazanego w ustawie o wspieraniu rodziny, wobec braku możliwości pozostania w pieczy zastępczej, osoby te są kierowane do DPS. Niweluje to efekt wykonanej pracy terapeutycznej, generuje koszty, a przede wszystkim prowadzi do poważnych konsekwencji w obszarze psychicznym i społecznym dla osoby niepełnosprawnej, a często także rodziców zastępczych, którzy przez lata budowali z dzieckiem więź, nawiązywali bliską relację, próbując zapewnić poczucie stabilizacji.

### Deinstytucjonalizacja

W Strategii rozwoju usług społecznych podkreślono, że deinstytucjonalizacja nie polega na bezwzględnym zamykaniu placówek całodobowej

[22] Dz.U. z 2026 r. poz. 980.
[23] Dokument przyjęty Uchwałą Rady Ministrów nr 135 z 15.6.2022, dalej: Strategia rozwoju usług społecznych.
[24] Czas trwania pieczy zastępczej określono w art. 37 ustawy o wspieraniu rodziny.

opieki długoterminowej. Jest to proces polegający na rozwoju usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej oraz na wypracowaniu i wdrożeniu rozwiązań, które pozwolą prowadzić niezależne życie osobom starszym, niepełnosprawnym, w kryzysie psychicznym i innym potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a dzieciom życie pod opieką rodzinną lub pod zbliżoną do rodzinnej.

Psycholodzy dziecięcy i pedagodzy, terapeuci, przedstawiciele organów, instytucji i organizacji stojących na straży praw dziecka lub zaangażowanych w proces wsparcia zgodnie podkreślają, że miejsce dziecka jest w rodzinie. Otoczenie, w jakim się ono wychowuje, doświadczenia, które zostają z nim na całe życie, odgrywają istotną rolę w jego rozwoju emocjonalnym i społecznym. Kluczowe znaczenie ma intencjonalne spędzanie czasu z rodziną w atmosferze akceptacji, przyjaźni, szacunku i serdeczności. Dla dalszego funkcjonowania dziecka ogromne znaczenie będą miały relacje dziecka z rodzicami[25].

Rzeczywistość weryfikuje te założenia – według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, około 1,6 tys. dzieci, wobec których sąd orzekł o konieczności udzielenia zabezpieczenia, oczekuje na umieszczenie w pieczy zastępczej w niewydolnym lub przemocowym środowisku rodzinnym. Ustalenia kontroli wykazały, że prawdopodobieństwo znalezienia miejsca w pieczy było jeszcze niższe w wypadku małoletnich z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną, zwłaszcza jeśli chodzi o dzieci wymagające całodobowej, specjalistycznej opieki i rehabilitacji.

### DPS a pozostawienie w dotychczasowym środowisku

Wcześniejsze kontrole Izby w obszarze systemu pieczy zastępczej[26] wskazywały na brak spójnej koncepcji działań pozwalających na poprawę funkcjonowania rodzin w kryzysie opiekuńczo-wychowawczym, niezapewnienie optymalnych warunków do rozwoju rodzinnych form pieczy zastępczej, niewystarczającą ich liczbę. Te ustalenia pozostają aktualne. Kontrola NIK dotycząca opieki nad dziećmi i młodzieżą umieszczonymi w DPS wykazała, że małoletnich z niepełnosprawnością intelektualną, dla których nie znaleziono miejsca w pieczy zastępczej lub placówkach pielęgnacyjnych i opiekuńczych umieszczano w DPS, gdyż stanowiły one alternatywę dla pozostawania dziecka w dotychczasowym środowisku. Umieszczenie ich poza systemem pieczy zastępczej oznaczało jednak, że jednostki zobowiązane do poszukiwania miejsca w pieczy zastępczej traciły zainteresowanie nimi.

---

[25] E. Kwiatkowska: *Rola rodziny w przygotowaniu małego dziecka do życia społecznego*, s. 137-139, [w:] *Przyszłość edukacji i społeczeństwa*, A. Odrowąż-Coates, M. Kwiatkowski (red.), Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2014.

[26] *Wsparcie systemu pieczy zastępczej w procesie deinstytucjonalizacji*, nr ewid. 134/2022/P/22/031/KPS; *Realizacja zadań opiekuńczo-wychowawczych w domach dziecka w latach 2022–2024 oraz sprawdzenie wykonania wniosków pokontrolnych sformułowanych w ramach kontroli P/21/089 Realizacja zadań opiekuńczo-wychowawczych w domach dziecka*, nr ewid. I/24/004/LRZ.

Ustalenia kontroli NIK

### Brak standardu usług

Kontrola NIK wykazała ponadto ograniczoną i zróżnicowaną w poszczególnych placówkach dostępność psychologów w DPS. Kontakt z psychiatrą zapewniano natomiast na ogół w ramach wizyt finansowanych ze środków NFZ, co istotnie wpływało na ich częstotliwość.

W czterech DPS (44%) spełniono wymogi, o których mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DPS, a wobec pozostałych placówek sformułowano nieliczne zastrzeżenia[27]. Wywiązanie się z tych obowiązków nie oznaczało przy tym, że sposób organizacji DPS odpowiada na potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży oraz został dostosowany do specyfiki ich funkcjonowania w tej placówce. Dlatego też jednym z najistotniejszych postulatów Izby jest wniosek o dokonanie zmian rozporządzenia przez określenie (dostosowanie) standardu usług w DPS dla dzieci i młodzieży. Powinien on uwzględniać specyfikę emocjonalnych i terapeutycznych potrzeb dzieci, faktyczny czas przebywania w tych placówkach. Konieczne jest wprowadzenie obowiązku ścisłej współpracy i wymiany informacji między DPS a placówkami edukacyjnymi lub wychowawczymi, do których uczęszczają dzieci. Pozwoliłoby to planować i zarządzać dostępnością wsparcia, w tym zajęć specjalistycznych lub terapeutycznych, w sposób optymalny do potrzeb i możliwości dziecka. Za takim podejściem przemawiają ustalenia kontroli. Uzyskane informacje od dyrektorów placówek edukacyjnych za losowo wybrane półrocze wykazały, że nie wszędzie zorganizowano zajęcia wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Stwierdzono też absencje na zajęciach z powodu wczesnego odbierania dziecka przez pracownika DPS lub zbyt późnej godziny, na którą je zaplanowano. W skrajnym przypadku odsetek nieprzeprowadzonych zajęć wynosił 36%.

Obecnie w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej trwają analizy uwag zgłoszonych do projektu nowelizacji ustawy o pomocy społecznej. Przewiduje on rezygnację z możliwości umieszczania niepełnoletnich w domach pomocy społecznej, zakładając jednocześnie, że dzieci, które już tam przebywają pozostaną w nich. Trwają też prace nad nowelizacją ustawy o wspieraniu rodziny[28]. Projekt zakłada zwiększenie wynagrodzeń dla rodzin zastępczych, wprowadzenie nowej formy opieki – rodziny opiekuńczej, która umożliwia dorosłym niepełnosprawnym wychowankom, nieuzyskującym zdolności do samodzielnego życia, pozostanie w dotychczasowej rodzinie zastępczej. Zmiany w ustawie o wspieraniu rodziny idą w parze z postulatami NIK wyrażonymi w Informacji o wynikach kontroli.

Proponowane przez Izbę rozwiązania wpisują się w strategiczne podejście do deinstytucjonalizacji i są spójne

[27] Dotyczyły one niesprawnego lub niedostępnego systemu przyzywowego, barier architektonicznych, warunków mogących zagrażać bezpieczeństwu małoletnich, niewystarczającej liczby łazienek.
[28] Projekt UD354, opublikowany na stronach Rządowego Centrum Legislacji.

z europejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Zwrócono uwagę, że sytuacja dzieci przebywających w DPS wymaga pilnych zmian. Propozycje NIK dotyczące naprawy zastanego i wynikającego z badań kontrolnych stanu, w świetle niedoboru rodzinnych, wyspecjalizowanych form pieczy zastępczej, pozwolą na szybką poprawę sytuacji małoletnich.

Podział procesu przejścia do opieki świadczonej w lokalnym środowisku przewidziano także w Strategii rozwoju usług społecznych. Już dziś wiadomo, że założone w niej terminy wymagają rewizji. Podkreślenia wymaga, że podejście etapowe to niezbędny element skutecznej realizacji tego zadania.

Zgodnie ze Strategią w pierwszej kolejności ma to być zwiększenie podaży, dostępności oraz zapewnienie odpowiedniej jakości usług świadczonych w miejscu zamieszkania oraz w formach zdeinstytucjonalizowanych. Kolejnym etapem powinno być przygotowanie i wdrożenie lokalnych i regionalnych planów rozwoju usług opieki długoterminowej, a dopiero na końcu stopniowe przekształcanie placówek stacjonarnych. W Strategii, powołując się na ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, wskazano, że: „Zobowiązania te powinny iść w parze z działaniami na rzecz zwiększenia potencjału opieki rodzinnej i środowiskowej bądź ze wsparciem mającym zagwarantować, że zakłady nie zostaną zamknięte przed wdrożeniem odpowiednich usług".

### Profil małoletniego mieszkańca DPS

Umieszczenie w DPS zawsze wymaga decyzji sądu opiekuńczego. Kontrola NIK pokazała jednak, jak zróżnicowany jest profil małoletniego mieszkańca i związane z nim przyczyny umieszczenia w domu pomocy społecznej. W próbie 53 spraw małoletnich objętych badaniem kontrolnym 38% trafiło tam z placówek opiekuńczo-wychowawczych (POW), 30% z rodzin biologicznych, 23% z rodzin zastępczych oraz 9% z placówek medycznych. Jedną grupę stanowiły dzieci umieszczone na wniosek rodziców biologicznych ze względu na poważny stan zdrowia, długi termin oczekiwania na miejsce w ZOL i konieczność objęcia wyspecjalizowaną, całodobową opieką, w tym pielęgniarską. Rodzice zachowywali prawa rodzicielskie, często w dużej części lub w całości ponosili opłatę za pobyt dziecka w DPS i czynnie uczestniczyli w jego życiu. Dziecko było regularnie odwiedzane i zabierane do domu rodzinnego. Usługi świadczone przez DPS na rzecz tych dzieci stanowiły istotne wsparcie dla rodzin w ramach systemu pomocy społecznej. Ze względu na brak miejsc w ZOL i niewystarczającą dostępność usług w środowisku lokalnym było to jedyne rozwiązanie. Kolejną grupę stanowiły dzieci umieszczone za zgodą sądu na wniosek rodziców lub opiekunów prawnych (rodzic zastępczy, pracownik POW). Przyczynami były m.in.: niewydolność opiekuńczo-wychowawcza rodziców biologicznych, trudna sytuacja rodzinna, nieprzewidziane, traumatyczne zdarzenie w rodzinie zastępczej (np. ciężka choroba, rozwód, śmierć małżonka), niewystarczające wsparcie rodzin zastępczych,

konieczność objęcia dziecka specjalistyczną i profesjonalną opieką lub stałym nadzorem, którego – jak uzasadniano – piecza instytucjonalna nie mogła zapewnić. Inną grupę stanowiły dzieci umieszczane w DPS na mocy postanowienia sądu w trybie interwencyjnym, które pochodziły z rodzin dysfunkcyjnych lub niewydolnych opiekuńczo i nie znaleziono dla nich miejsca w pieczy zastępczej. W ostatniej grupie znalazły się dzieci pozostawione w placówkach medycznych (szpitalach, ZOL, hospicjach). Dla nich także nie znaleziono miejsca w pieczy zastępczej.

Niektóre z nich mogłyby funkcjonować poza DPS, ale umieszczono je tam ze względu na deficyt miejsc w systemie pieczy zastępczej lub długi czas oczekiwania na miejsce w ZOL. Kiedy poszukiwania miejsca dla dziecka z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną nie przynosiły oczekiwanych efektów, sądy postanawiały o umieszczeniu go w DPS. Przykładowo, biegły specjalista w dziedzinie psychiatrii stwierdzał w wydanej opinii, że małoletni wymaga intensywnych oddziaływań rehabilitacyjnych, logopedycznych, pedagogicznych, stałej opieki w poradniach specjalistycznych. Wskazywał, że optymalną byłaby placówka specjalistyczno-terapeutyczna lub – w razie braku miejsc – DPS. Jednak wolnego miejsca nie znaleziono. W innej sprawie sąd postanowił umieścić dziecko w rodzinie zastępczej, a do czasu jej wskazania – miało przebywać w DPS. Jednak rodziny zastępczej nie znaleziono.

## Podsumowanie i wnioski

Zakładany w Strategii rozwoju usług społecznych odwrót od opieki instytucjonalnej nad dziećmi i młodzieżą zakłada intensywny rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej, wsparcie dla rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami, pozwalające na odciążenie rodziców biologicznych, zastępczych i adopcyjnych. Po analizie poczynionych ustaleń kontrolnych NIK podzieliła pogląd, że intensyfikacja tych działań pozwoliłaby zapobiec oddawaniu dzieci do instytucji całodobowych, sprawiając, że nie byłoby to konieczne. W tym celu wystosowała wniosek o charakterze systemowym o wypracowanie przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Sprawiedliwości wspólnej strategii działań wobec dzieci, które mogą zostać umieszczone w DPS oraz dzieci już tam umieszczonych. Jej celem byłoby:

- zapewnienie ich rodzinom ciągłego dostępu do długoterminowych, systemowych form wsparcia (usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, opieki wytchnieniowej);
- opracowanie wytycznych dotyczących poszukiwania rodzin zastępczych lub adopcyjnych z wykorzystaniem m.in. mediów społecznościowych w celu zwiększenia efektywności poszukiwań;
- wprowadzenie obowiązku wykazania przez PCPR na etapie postępowania sądowego w sprawie umieszczenia dziecka w DPS, że wyczerpano wszystkie możliwości poszukiwania dla małoletniego miejsca w pieczy zastępczej;
- wprowadzenie obowiązku współpracy DPS i PCPR z sądem opiekuńczym, której celem byłoby poszukiwanie miejsc w rodzinnych formach pieczy zastępczej dla dzieci umieszczonych w DPS.

Jak wskazano wyżej, kluczowe jest pilne podjęcie prac nad standardem usług

dostosowanych do potrzeb dzieci, które przebywają w DPS. Według szacunkowych danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na koniec 2025 r. było ich łącznie ponad 900[29].

**MARZENA BARADZIEJ**
doradca ekonomiczny,
Świętokrzyska Delegatura NIK
w Kielcach

[29] Dane przedstawione podczas posiedzenia sejmowej Komisji do Spraw Dzieci i Młodzieży w czerwcu 2026.

**Słowa kluczowe:** dzieci w DPS, dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, bezpieczeństwo małoletnich w DPS, piecza zastępcza

## Bibliografia:

1. Kaczmarzyk M.: *Potrzeba obecności. Czyli o neurobiologii wczesnego dzieciństwa*, Wydawnictwo Element, Gliwice-Mysłowice 2025.
2. Żytka-Rydosz E.: *Rola rodziny w rozwoju dziecka*, „Kultura – Przemiany – Edukacja", t. XIV–XV, 2024.
3. Słowik M., Romanik B.: *Gdy słowa nie wystarczą… – wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0-6 lat po traumie*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" nr 1/2024.
4. Kolankiewicz M.: *Zaniedbywanie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" nr 2/2012.
5. Walendzik G., Baradziej M.: *Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej*, „Kontrola Państwowa" nr 3/2025.
6. Kwiatkowska E.: *Rola rodziny w przygotowaniu małego dziecka do życia społecznego* [w:] *Przyszłość edukacji i społeczeństwa*, A. Odrowąż-Coates, M. Kwiatkowski (red.), Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2014.

**ABSTRACT**

**Support System for Children and Young People with Intellectual Disabilities Residing in Social Care Homes**

During an audit aimed at examining the provision of care for children and young people residing in social care homes, NIK analysed the support system for young people with intellectual disabilities placed in these institutions. The idea of the audit came from the findings of another examination, concerning respect for the rights of adults with mental disorders residing in social care homes (Polish: *domy pomocy społecznej*, DPS). At that time, NIK found that younger and younger persons were admitted to institutions that are intended for people with mental disorders. Numerous cases of violations of their rights and freedoms were identified, and systemic problems at the intersection of social welfare and healthcare were revealed. The objective of the current audit was

to verify whether children and young people in social care institutions were provided with care in an appropriate and reliable manner. The audit examined organisational arrangements, provision of support and supervision of these institutions. NIK also assessed the reasons for placing children in social care homes. According to the estimates by the Ministry of Family, Labour and Social Policy, more than 900 children resided in such facilities at the end of the year 2025. The comparative analysis covered the quality of care in institutions exclusively intended for minors and in so-called mixed residential social care homes, which may also accommodate adults.

**Marzena Baradziej,** economic advisor, Regional Branch of NIK in Kielce

**Key words:** children in social care homes, children with intellectual disabilities, safeguarding minors in social care homes, alternative care