



2024

RAPORT I REKOMENDACJE

Rozwój usług w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej, świadczonych przez placówki zapewniające opiekę całodobową w województwie kujawsko-pomorskim

AUTORZY: prof. Mirosław Grewiński, dr Joanna Lizut,
Paweł Rabiej, dr Ewelina Zdebska



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



RAPORT

ROZWÓJ USŁUG W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ, ŚWIADCZONYCH PRZEZ PLACÓWKI ZAPEWNIAJĄCYCH OPIEKĘ CAŁODOBOWĄ W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM

SPIS TREŚCI

I. GŁÓWNE WNIOSKI Z BADANIA	3
II. REKOMENDACJE Z SZACOWANIA DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ W REGIONIE	16
III. CELE, ZAŁOŻENIA I METODOLOGIA BADANIA	26
IV. USŁUGI SPOŁECZNE W REGIONIE I STRATEGIA ICH ROZWOJU	55
V. POTENCJAŁ ROZWOJU USŁUG W DPS I PLACÓWKACH CAŁODOBOWYCH	71
VI. POTENCJAŁ ROZWOJU USŁUG PRZEZ OPS, CUS I PCPR	118
VII. POTENCJAŁ ROZWOJU USŁUG W SCHRONISKACH	160
VIII. POTENCJAŁ ROZWOJU USŁUG PRZEZ ZOL I ZPO	175
IX. POTENCJAŁ ROZWOJU USŁUG W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH	191
X. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE – STAN OBECNY I WYZWANIA	208
XI. SŁOWNIK POJĘĆ I DEFINICJI	246
XII. BIBLIOGRAFIA	253

REALIZACJA BADANIA

Badanie zrealizował **Zespół Badawczy Uczelni Korczaka – Akademii Nauk Stosowanych** w składzie: **Paweł Rabiej, dr Ewelina Zdebska, dr Joanna Lizut, prof. dr hab. Mirosław Grewiński** (kierownik projektu). Szacowanie potencjału rozwoju usług przeprowadzono w okresie wrzesień – listopad 2024 r. na zlecenie **Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu**, w ramach projektu „*Koordinacja spójnej polityki społecznej Kujaw i Pomorza*”, w ramach Działania 04.13 Wysokiej jakości system włączenia społecznego, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Programu Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

I. Główne wnioski z badania

Celem badania „*Rozwój usług w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej, świadczonych przez placówki zapewniające opiekę całodobową w województwie kujawsko-pomorskim*” było oszacowanie stanu oraz potencjału rozwoju usług środowiskowych przez placówki opieki całodobowej, a także inne jednostki działające na terenie województwa. Badanie wskazuje, że ponad połowa OPS/CUS może zwiększyć liczbę kluczowych usług. Mniejszy potencjał istnieje po stronie placówek stacjonarnych, ale one również mogą zwiększyć liczbę usług w środowisku oraz liczbę łózek.

- Szacowanie potencjału rozwoju usług w środowisku w zakresie opieki długoterminowej oraz zasobów w tym zakresie wykazało, że **systemowe podejście do tego obszaru stanowi poważne wyzwanie dla jednostek pomocy społecznej i ochrony zdrowia, a co za tym idzie także dla władz regionu**. Mimo, że opieka długoterminowa (ODT) jest jednym z kluczowych obszarów lokalnej polityki społecznej, nie jest obszarem skoordynowanych, strategicznych, opartych o analizę sytuacji w gminach działań, które mają na celu precyzyjne rozwijanie najbardziej potrzebnych form opieki. **Szacowanie ujawniło zarazem znaczący potencjał rozwoju usług i współpracy, który powinien być wykorzystany.**

1.	Opieka długoterminowa (ODT) jest jednym z najważniejszych wyzwań polityki społecznej oraz priorytetem politycznym i strategicznym władz regionu. Nie wszystkie gminy i jednostki mają jednak tę świadomość, a część nie podejmuje w związku z tym adekwatnych działań.
2.	Obszar ODT nie jest na poziomie polityki gmin i powiatów traktowany całościowo. Podobnie jak w skali kraju, działania są rozproszone pomiędzy sektory (zdrowia i pomocy społecznej). Brakuje mechanizmów badania sytuacji, planowania, uzgadniania i projektowania działań, decyzje podejmowane są często „okazyjnie”, a nie strategicznie.
3.	Dane demograficzne oraz dotyczące popytu i podaży usług są rozproszone, analizowane rzadko i fragmentarycznie. Znaczna część gmin oraz powiatów nie analizuje wszystkich kluczowych parametrów ODT. Nie wszystkie decyzje o wdrażaniu usług w zakresie ODT są podejmowane na zasadzie <i>evidence-based</i>, w oparciu o dane i argumenty.

4.	Szacowanie wskazało, że dostęp do różnych usług na terenie regionu jest relatywnie dobry, ale jest on nierównomierny i rozproszony. Obok gmin z dobrze rozwiniętymi usługami stacjonarnymi, dziennymi i domowymi istnieją takie, w których koszyk usług jest bardzo mały. Sytuacja ta grozi rozwarstwieniem pod względem dostępu do usług.
5.	Szacowane placówki (DPS, ZOL/ZPO, schroniska, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, placówki medyczne) w regionie są elastyczne oraz przygotowane do tworzenia nowych usług. Potencjał DPS wydaje się niski, ZOL/ZPO i placówki medyczne mogą jednak zwiększyć liczbę miejsc stacjonarnych oraz usług w środowisku. Liczba miejsc w placówkach stacjonarnych może być zwiększona o ponad 300 (DPS, ZOL/ZPO), schroniska).
6.	Wszystkie placówki uczestniczące w organizacji systemu opieki długoterminowej wskazują kilka kierunków interwencji, na których należy skupić się w regionie. Są to: edukacja rodzin w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, rozwój usług domowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej, gminnych usług opiekuńczych, opieki dziennej, opieki wytchnieniowej, mieszkania treningowe i wspomagane z usługami.

CELE ANALIZY I UCZESTNICZY BADANIA

- **Raport przedstawia główne wnioski z szacowania zasobów oraz potencjału rozwoju usług w zakresie opieki długoterminowej** (dalej: ODT) przez podmioty świadczące usługi stacjonarne, dzienne oraz domowe w regionie kujawsko-pomorskim. Przedmiotem badania było **zidentyfikowanie zakresu oferowanych obecnie usług ODT w regionie oraz uzyskanie informacji na temat potencjału zwiększenia ich podaży w każdym z tych obszarów.**
- **Analiza objęła sześć rodzajów placówek zarówno z sektora pomocy społecznej, jak i sektora zdrowia:**
 - (1) domy pomocy społecznej (DPS),
 - (2) inne placówki zapewniające całodobową opiekę w regionie (podmioty niepubliczne świadczące usługi stacjonarne),
 - (3) schroniska dla osób w kryzysie bezdomności z usługami opiekuńczymi (UO) oraz innymi usługami (UO),
 - (4) ośrodki pomocy społecznej (OPS), centra usług społecznych (CUS), oraz powiatowe centra pomocy rodzinie (PCRPR),
 - (5) Zakłady Opiekuńcze – Lecznicze (ZOL) oraz Zakłady Pielęgnacyjno – Opiekuńcze (ZPO) świadczące usługi stacjonarne,

- (6) podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami, dawniej Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej, świadczące usługi w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz inne usługi medyczne.
- Jako punkt wyjścia przyjęto, zgodnie z metodologią proponowaną przez Bank Światowy, podział usług na trzy rodzaje:
 - **1) usługi stacjonarne** – całodobowe, realizowane przez wyspecjalizowane instytucje;
 - **(2) usługi dzienne** – realizowane przez ośrodki wsparcia (OW) w formule określonej przepisami opieki dziennej
 - **(3) usługi domowe** – realizowane w miejscu zamieszkania odbiorcy.
 - Usługi dzienne i domowe określane są jako **usługi świadczone w środowisku**.
- **Badanie zostało przeprowadzone metodą kwestionariuszową** (ankieta CAWI na platformie badawczej przygotowanej przez firmę PBS odpowiedzialną za techniczną stronę badania). Strukturę, liczebność grup badawczych oraz liczbę podmiotów uczestniczących w badaniu przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Struktura i liczba podmiotów uczestniczących w szacowaniu

Analizowana grupa	Liczba placówek	Liczba podmiotów	Odsetek zbadanych
Domy pomocy społecznej (DPS)	49	49	100%
Całodobowe placówki wsparcia	29	7	24%
Schroniska	17	10	59%
OPS, CUS	145	119	82%
PCPR	19	11	57%
ZOL/ZPO	25	12	48%
Przedsiębiorstwa lecznicze	89	13	x

Źródło: opracowanie własne

- Liczbę uczestniczących w badaniu placówek **należy uznać za reprezentatywną oraz satysfakcjonującą zarówno ze względu na zakres, jak i liczbę podmiotów**. W badaniu wzięło udział 100% domów pomocy społecznej w regionie. W szacowaniu uczestniczyło 82% OPS i CUS w regionie, co jest wynikiem znacznie lepszym niż w większości badań ankietowych tego rodzaju. Zarazem część podmiotów mimo wielu ponagler i przypomnień nie wzięła udziału w badaniu, które nie miało dla placówek charakteru obligatoryjnego.

- **Przedstawione w Raporcie wnioski z badania dotyczą ujęcia regionalnego.**
Zgodnie z założeniami badania opracowane zostały w wersji elektronicznej szczegółowe dane i tablice dotyczące poszczególnych gmin i powiatów. Analiza tych szacunków przez podmioty i gminy oraz działające w nich jednostki powinna być punktem wyjścia do opracowania strategii rozwoju usług społecznych w powiatach i gminach, tablice i zestawienia zawierają bowiem mnóstwo szczegółowych danych. Liczba pytań w przeprowadzonych ankietach badawczych wyniosła łącznie 273. Wiele z nich dotyczyło szczegółowych, precyzyjnych danych dotyczących infrastruktury i jej stanu, zatrudniania, finansowania usług, szacowanego potencjału rozwoju placówki i poszczególnych usług.

KLUCZOWE WNIOSKI Z BADANIA

1. NIE WSZYSTKIE JEDNOSTKI MAJĄ POCZUCIE, ŻE OPIEKA DŁUGOTERMINOWA JEST WAŻNYM I PILNYM ZADANIEM W REGIONIE

- Przebieg badania oraz analiza wypowiedzi uczestników wskazują, że pomimo dużej rangi opieki długoterminowej w polityce krajowej i regionalnej (w tym uznania jej rozwoju za jeden z priorytetów regionu kujawsko-pomorskiego), **nie jest ona postrzegana przez część podmiotów jako obszar, który wymaga obecnie spójnych i pilnych działań.** Część analizowanych podmiotów ma poczucie, że zajmują się ważnym obszarem polityki społecznej, posiadają także wiedzę i praktykę w tym obszarze. Ich działanie wydaje się jednak raczej skoncentrowane na realizacji zadań instytucjonalnych niż kreowaniu strategicznych odpowiedzi na rosnące potrzeby i poszukiwanie nowych możliwości rozwoju usług w środowisku, adresowanych do osób zbliżających się do stanu niesamodzielności.
- Badania jakościowe wskazały, że dla części placówek rozwój usług środowiskowych jest jednym z wielu obszarów, którym muszą równocześnie poświęcić uwagę (*„to jest jedna z rzeczy, którymi się zajmujemy”*, *„nie mamy poczucia, że mamy w tej chwili koncentrację na kwestiach opieki długoterminowej”*), zwłaszcza w kontekście deinstytucjonalizacji usług (*„uważamy, że teraz mówi się raczej, żeby ograniczać te usługi stacjonarne, jaki jest sens to szacować?”*).
- Niepokojącym sygnałem jest, że kilkanaście procent ośrodków pomocy społecznej oraz osiem PCPR nie zdecydowała się mimo wielokrotnych monitów ze strony ROPS, oraz wykonawcy badania – Uczelni Korczaka – na uczestnictwo w szacowaniu. Poczucie, że opieka długoterminowa jest wyzwaniem wymagającym pilnych i szybkich działań nie jest zatem silne. Potwierdzają to badania ankietowe i fokusowe DPS, OPS, CUS i PCPR.

2. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NIE JEST TRAKTOWANA CAŁOŚCIOWO I SYSTEMOWO

- **Badane ujawniło słabe przygotowanie podmiotów do spójnego zarządzania rozwojem systemu ODT.** Każdy z analizowanych pomiotów czuje się elementem systemu ODT, ale ich horyzont działania koncentruje się na własnych zadaniach („*działamy w swoich silosach*”). Obszar ODT nie wydaje się być całościowo analizowany strategicznie w gminach. Świadczyły o tym wypowiedzi przedstawicieli OPS, np. „*po raz pierwszy spotkaliśmy się z tak szerokim badaniem*”, „*nie mieliśmy poczucia, że opieka długoterminowa to tak szeroki obszar*”).
- **ODT jest rzadko analizowana systemowo na poziomie powiatów i gmin.** Świadczyły o tym m.in. trudności podmiotów z wypełnieniem ankiet badawczych, choć powinny one dysponować danymi. Według deklaracji uczestników badania, „*brakuje przepływu wiedzy, informacji i danych, regularnych spotkań, omawiania sytuacji, wspólnego planowania koszyka usług*”. Ogólnie, co ujawniła „*Ogólnopolska diagnoza deinstytucjonalizacji usług społecznych...*” poziom kooperacji między podmiotami jest na poziomie gmin niski i dotyczy to również podsystemu ODT¹.
- **W powiatach i gminach istnieje niedosyt szerszego, całościowego obrazu – nie ma instytucji, które postrzegałyby obszar opieki długoterminowej jako „wspólne zadanie”.** Całość pozostaje poza zasięgiem spójnych analiz, opartych o analizę stanu faktycznego oraz przewidywania popytu na ODT (mapy zdrowia, kondycja zdrowotna mieszkańców, stan rodzinny etc.). W badaniu pojawiło się wiele sygnałów świadczących o tym, że dostawcy usług w ograniczonym stopniu interesują się pełną „mapą” opieki długoterminowej, w szczególności dotyczy to powiatów. Bardziej systemowe podejście mają centra usług społecznych, które dzięki integracji usług uzyskały szerszy ogląd obrazu usług społecznych.

3. FRAGMENTARYCZNE I ROZPROSZONE DANE, USŁUGI RZADKO PROJEKTOWANE W OPARCIU O ANALIZY

- Szacowanie wymagało od placówek przedstawienia konkretnych danych. **To z kolei ujawniło, że podmioty mają trudności z ich gromadzeniem, interpretacją i analizą.** Z zadaniem tym dobrze poradziły sobie DPS, natomiast w przypadku OPS i PCPR napotkało ono na trudności. Potwierdza to wnioski z innych badań, że JOPS mają trudność z gromadzeniem danych, które mają rzeczywiste znaczenie, co z kolei stawia pod znakiem zapytania jakość podejmowanych przez nie decyzji strategicznych. Ta „metaobserwacja” potwierdza wnioski z „*Ogólnopolskiej diagnozy...*”, gdzie tylko

¹ „*Ogólnopolska diagnoza deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski*”, Uczelnia Korczaka, Elipsa, 2024, dalej cytowana jako „*Ogólnopolska diagnoza...*”

40% JOPS zadeklarowało, że prowadzi analizy danych i opiera na nich swoje decyzje dotyczące uruchomienia usług. **Oznacza to poważny problem – decyzje jaki usługi rozwijać nie są pochodną podejścia *evidence-based*.** Część z nich jest podejmowana na podstawie intuicji, przypadku, trendu lub „okazji” (np. możliwość uzyskania finansowania).

4. DOSTĘPNOŚĆ USŁUG JEST W GMINACH NA RÓŻNYM POZIOMIE, CO GROZI WYKLUCZENIEM CZĘŚCI MIESZKAŃCÓW Z OPIEKI

- Analiza danych zastanych wskazuje, że **pod względem dostępności poszczególnych rodzajów usług sytuacja w regionie kujawsko-pomorskim jest w porównaniu z innymi regionami kraju stosunkowo dobra.** 92% gmin oferuje mieszkańcom usługi opiekuńcze. W 81% gmin istnieją świetlice i kluby dla seniorów, istotne z punktu widzenia ich aktywizacji i utrzymania samodzielności. Mieszkańcy 72% gmin korzystają z teleopieki. 43% gmin oferuje usługi dowozu. 28% gmin zapewnia mieszkańcom usługi dziennego pobytu, w co piątej gminie dostępne są usługi stacjonarne w ZOL lub ZPO. 34% gmin zapewnia dostęp do długoterminowej opieki pielęgniarstwa, a 15% gmin oferuje specjalistyczne usługi opiekuńcze (Tabela 2).

Tabela 1. Odsetek gmin oferujących mieszkańcom regionu
poszczególne rodzaje usług
oraz liczba osób korzystających z usług (2023)

Rodzaj usługi	Liczba placówek	Odsetek gmin	Liczba osób
Usługi stacjonarne w domach pomocy społecznej	49	100%	4566
Usługi stacjonarne w ZOL/ZPO	25	20%	3621
Mieszkania wspomagane	82	8%	151
Usługi w dziennych domach pobytu	56	28%	b.d.
Świetlice i kluby dla seniorów	370	81%	b.d.
Gminne sługi opiekuńcze w domu	x	92%	7555
SUO świadczone przez gminy	x	15%	b.d.
Pielęgniarska opieka domowa	63	34%	2339
Usługi teleopieki (różne)	x	72%	3212
Usługi opieki wytchnieniowej	x	27%	b.d.
Usługi dowozu osób	x	43%	b.d.

Źródło: opracowanie własne na podstawie OZPS i danych zastanych

- Zarazem dostępność usług jest **zależna od ich rodzaju, a także zróżnicowana terytorialnie**, co pokazuje analiza dostępności usług w gminach. Szacowanie potencjału rozwoju usług środowiskowych przez OPS, CUS i PCPR najpełniej wskazało, jakie formy wsparcia są dostępne obecnie na terenie gmin, z których jednostki uczestniczyły w tym procesie. Zestawienie w Tabeli 3. wskazuje na usługi o dużym zakresie dostępu oraz na obszary deficytowe, na których rozwój w gminach należy strategicznie zwrócić szczególną uwagę, by przeciwdziałać nierównościom.

**Tabela 3. Formy wsparcia dostępne obecnie dla mieszkańców gmin regionu
(szacowanie przez OPS i CUS dostępności usług)**

Dostępne formy wsparcia	Odsetek gmin
Gminne usługi opiekuńcze	92%
SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi	84%
Teleopieka, opaska bezpieczeństwa	66%
Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej (AOON)	64%
Zajęcia kulturalne i oświatowe	63%
Pobyt w domu pomocy społecznej	61%
Pomoc w podstawowych czynnościach życiowych	61%
Usługi rehabilitacyjne	56%
Wsparcie psychologiczne	56%
Poradnictwo prawne dla osób niesamodzielnych	53%
Wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych	48%
Wycieczki krajoznawcze, do placówek kultury, muzeów itp.	43%
Opieka wytchnieniowa dzienna	41%
Opieka pielęgnacyjna	39%
Wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, etc.	38%
Pobyt w dziennym domu pobytu	38%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	37%
Terapia zajęciowa	36%
Poradnictwo specjalistyczne w problemach życiowych	36%
Integracja mieszkańców niesamodzielnych ze środowiskiem	33%
Usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej	32%
Wsparcie doradcze i emocjonalne opiekunów i rodzin	29%
Opieka paliatywna i hospicyjna w domu	24%
Transport <i>door-to-door</i> i inne usługi transportowe	16%
Pobyt w mieszkaniach wspomaganych	16%
Organizowanie społeczności lokalnej	16%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych z opieki	8%
Opieka wytchnienia całodobowa	8%

Pobyt w mieszkaniach treningowych	6%
Usługa „złotej rączki”, drobne naprawy w domu	5%
Usługi asystenckie osoby innej niż z niepełnosprawnością	4%

Źródło: szacowanie OPS/CUS, N=119 podmiotów

5. PLACÓWKI POSIADAJĄ POTENCJAŁ TWORZENIA RÓŻNYCH USŁUG – ZARÓWNO W ŚRODOWISKU, JAK I STACJONARNYCH

- Potencjał rozwoju usług w środowisku w regionie można określić jako znaczący. OPS oraz CUS oszacowały, **jakie usługi mogą dodatkowo realizować w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy** (zakładając odpowiednie finansowanie). Najwięcej placówek jest w stanie szybko wprowadzić na terenie gmin **dodatkowe usługi opiekuńcze** (87%), **usługi asystenta opieki osoby z niepełnosprawnością** (81%) oraz **specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w kryzysie psychicznym** (80%).
- Około ¾ jednostek może w ciągu najbliższych 12 miesięcy zwiększyć zakres usług teleopieki dla mieszkańców, pomocy w podstawowych czynnościach domowych oraz pomocy w załatwianiu spraw urzędowych. Ponad 60% może uruchomić usługi wsparcia prawnego oraz wsparcia psychologicznego osób niesamodzielnych, a także gminne SUO. Nieco mniejszy jest potencjał w uruchomieniu poradnictwa w problemach życiowych oraz wsparcia psychicznego opiekunów osób niesamodzielnych (Tabela 4).

Tabela 4 – usługi środowiskowe, które mogą być dodatkowo realizowane na obszarze działania OPS/CUS w najbliższych 12 oraz 24 miesiącach

Usługa	Perspektywa wprowadzenia		
	w przeciągu 12 miesięcy	w przeciągu 24 miesięcy	Brak możliwości w tym czasie
Gminne usługi opiekuńcze	87%	6%	8%
Asystent osobisty OzN (AOON)	81%	10%	8%
SUO dla osób w kryzysie psychicznym	80%	11%	8%
Teleopieka, opaska bezpieczeństwa	77%	4%	19%
Pomoc w podstawowych czynnościach	75%	13%	11%
Wparcie w załatwianiu spraw urzędowych	75%	14%	10%
Porady prawne dla osób niesamodzielnych	71%	17%	12%
Wsparcie psychologiczne ON	66%	23%	11%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	63%	17%	20%
Poradnictwo w problemach życiowych	60%	24%	16%
Wsparcie doradcze, psychologiczne opiekunów	60%	25%	15%

Integracja ze środowiskiem	54%	26%	20%
Pielęgniacyjna opieka domowa	53%	16%	31%
Dzienna opieka wytchnieniowa	51%	21%	28%
Wypożyczanie sprzętu medyczno-rehab.	43%	18%	39%
Usługi rehabilitacyjne	42%	23%	35%
Terapia zajęciowa	37%	12%	51%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych	37%	34%	29%
Pobyt w dziennym domu pobytu	36%	13%	51%
Usługi asystenckie dla osób innych niż OZN	36%	15%	49%
Usługi transportowe, w tym <i>door-to-door</i>	34%	19%	47%
Pielęgniarska opieka domowa	28%	18%	54%
Całodobowa opieka wytchnieniowa	25%	11%	63%
Usługa "złotej rączki"	22%	23%	56%
Pobyt w mieszkaniach wspomaganych	20%	9%	71%
Pobyt w domu pomocy społecznej	19%	6%	75%
Opieka paliatywna i hospicyjna	19%	8%	73%
Pobyt w mieszkaniach treningowych	12%	8%	79%

N= 119 OPS/CUS

- Znaczący potencjał istnieje w obszarze **wsparcia w postaci integracji osób niesamodzielnych ze środowiskiem oraz pielęgnacyjnej opieki domowej** – usługi te mogą się pojawić odpowiednio w 54% i 53% gmin. Z kolei możliwość wprowadzenia **dziennej opieki wytchnieniowej** deklaruje 51% gmin, a wypożyczania sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego – 43%. Podobny odsetek gmin może wprowadzić usługi rehabilitacyjne dla mieszkańców o zmniejszonej samodzielności.
- Ponad 1/3 podmiotów jest w stanie rozwinąć usługi terapii zajęciowej, szkolenia dla opiekunów nieformalnych oraz usługi pobytu w dziennym domu pobytu i usługi asystenckie dla osób innych niż OzN – wprowadzić je jako nowe usługi lub zwiększyć podaż już istniejących usług. 34% podmiotów może stworzyć nowe usługi transportowe. Warunki konieczne wprowadzenia nowych usług lub zwiększenia wolumenu to przede wszystkim finansowanie oraz zapewnienie kadr – ten drugi czynnik staje się dla jednostek coraz poważniejszym wyzwaniem.
- **Obiecujący okazał się potencjał przedsiębiorstw sektora medycznego w tworzeniu usług środowiskowych. Możliwość zwiększenia liczby lub zakresu świadczeń posiada 53% podmiotów.** Główne obszary to zwiększenie wolumenu **usług pielęgniarskich w środowisku** świadczonych na zamówienie (88% placówek). Połowa respondentów posiada potencjał zwiększenia wolumenu **wizyt lekarza POZ w domu pacjenta, oferowania porad psychologicznych online, porad lekarza POZ online oraz zwiększenia liczby usług pielęgniarskich w opiece długoterminowej.**

- Kolejne możliwe do rozszerzenia usługi w działających komercyjnie placówkach medycznych to **fizjoterapia w domu pacjenta, porady psychologa w domu pacjenta i rehabilitacja** (ok. 1/3 placówek). Podmioty medyczne deklarują możliwość rozwoju usług spoza obecnego katalogu – w ciągu 12-24 miesięcy mogłyby uruchomić m.in. **zalecenia i konsultacje dietetyczne** (75%) oraz **usługi opieki domowej** (63%). Istotna w kontekście rozwoju usług środowisku jest możliwość uruchomienia szkoleń – **kursów opieki pielęgniarstwa dla opiekunów nieformalnych** (50% placówek), a także wsparcia psychologicznego dla osób tracących samodzielność. Placówki oferujące usługi stacjonarne dysponują potencjałem rozwoju usług w środowisku, który został omówiony szczegółowo poniżej – ale posiadają również możliwość stworzenia nowych miejsc stacjonarnych, co należy rozważyć biorąc pod uwagę trendy i potrzeby. Tabela 5 wskazuje, jaką liczbę miejsc mogą stworzyć poszczególne typy placówek oraz określa ich potencjał „wyjścia w środowisko”.

Tabela 5 – Potencjał rozwoju miejsc stacjonarnych, miejsc wytnieniowych oraz usług środowiskowych przez placówki stacjonarne deklarowany w szacowaniu

Typ placówki	Liczba miejsc stacjonarnych	Liczba miejsc wytnieniowych	Potencjał usług w środowisku
Domy pomocy społecznej (DPS)	62	tak – b.d.	niski
Całodobowe placówki wsparcia	9	0	brak
Schroniska	60	tak – b.d.	dość wysoki
ZOL/ZPO	185	40	bardzo niski
Łącznie	316	40	

N= 49 DPS, 7 placówek całodobowych, 11 schronisk, 12 ZOL/ZPO

- **Potencjał DPS w zakresie tworzenia nowych miejsc oraz wychodzenia w środowisko jest niewielki.** 6 na 49 domów w regionie wskazało, że w ciągu najbliższych 2 lat mogłoby wprowadzić usługi środowiskowe. 43 placówki nie widzi takiej możliwości. DPS mogą stworzyć 62 nowe miejsca (1,5% istniejących obecnie). Wyniki szacowania świadczą o ograniczonej możliwości rozwoju placówek. Z kolei potencjał wychodzenia w środowisko niepublicznych placówek opieki całodobowej (podmioty działające komercyjnie) jest śladowy.
- **Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności zadeklarowały, że w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy mogłyby stworzyć dodatkowe 60 miejsc.** 3 placówki posiadają możliwość uruchomienia w tym okresie usług wsparcia, które zapobiegają popadnięciu mieszkańców w sytuację kryzysu bezdomności. Dotyczy to głównie:

monitoringu zadłużenia, monitoringu ryzyka utraty mieszkania, wczesnych interwencji zapobiegających eksmisji, wsparciu w uzyskaniu zatrudnienia, a także różnego rodzaju terapii. 5 schronisk posiada możliwość rozbudowy budynku.

2 placówki mogą wydzielić miejsce do świadczenia usług opieki krótkoterminowej.

3 schroniska mogą również uruchomić **mieszkania treningowe lub wspomagane oraz zapewnić w nich usługi wsparcia.**

- **Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniarstwo-opiekuńcze deklarują możliwość stworzenia w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy 185 dodatkowych miejsc stacjonarnych oraz 40 miejsc opieki wytchnieniowej.** Jedna placówka posiada możliwość uruchomienia usług środowiskowych. 58% ZOL/ZPO uważa jednak, że zakłady mogą świadczyć o wiele usług w środowisku lokalnym. 67% placówek jest zdania, że przeszkodą do wyjścia w środowisko są głównie ograniczenia kadrowe i finansowe. ½ placówek uczestniczących w szacowaniu uważa, że ZOL/ZPO mogłyby stać się rodzajem lokalnych centrów usług środowiskowych dla społeczności.
- Uczestniczące w szacowaniu podmioty wskazały na różne warunki, które powinny być spełnione, aby wprowadzenie przez nie nowych usług lub rozszerzenie usług już istniejących stało się możliwe. Najwyżej w zestawieniu znalazło się – jak można było zakładać – **zapewnienie finansowania na rozwój nowych usług ze środków budżetu regionalnego lub centralnego.** Jest to dominujący czynnik zwłaszcza dla analizowanych OPS i CUS (wskazało nań 80% respondentów). Niemal podobna liczba placówek uznała jednak, że najbardziej istotna jest kwestia **znalezienia nowych pracowników oraz zaspokojenia ich rosnących oczekiwań finansowych.** Za najbardziej istotną uznały ją zwłaszcza podmioty prowadzące przedsiębiorstwa medyczne (93% wskazań w tej grupie). Potrzeby związane zatrudnieniem nowych kadr jako warunkiem koniecznym do realizacji nowych usług są najmniej istotne dla ośrodków pomocy społecznej oraz schronisk – chociaż kluczowe dla ponad połowy respondentów (Tabela 6).
- Ogółem ponad połowa podmiotów oczekiwałaby w celu zwiększenia liczby lub zakresu świadczonych usług **zapewnienia finansowania przez samorząd.** Szczególnie silne są te oczekiwania ze strony podmiotów komercyjnych świadczących usługi medyczne, zapewne w kontekście finansowania dodatkowych usług pielęgniarstwa opieki domowej (73%). Oczekiwanie zwiększonego finansowania ze strony gminy lub powiatu formułują również schroniska dla osób w kryzysie bezdomności (60% respondentów w tej grupie uznało ten czynnik za istotny).

Tabela 6 – Warunki, od których podmioty uzależniają możliwość wprowadzenia nowych usług lub zwiększenia wolumenu istniejących

Warunki rozwoju usług	1	2	3	4	5	6
Zapewnienie finansowania na ich rozwój ze środków budżetu regionalnego lub centralnego	49%	80%	60%	75%	73%	67,4%
Znalezienie nowych pracowników i zaspokojenie ich oczekiwań finansowych	57%	52%	50%	75%	93%	65,4%
Zapewnienie finansowania przez samorząd	41%	47%	60%	35%	73%	51,2%
Inwestycja w infrastrukturę placówki, remonty i rozbudowę	51%	24%	x	50%	53%	44,5%
Zwiększenie kompetencji obecnie zatrudnionej kadry	14%	7%	10%	8%	13%	10,4%

Źródło: analizowane w szacowaniu podmioty, gdzie: 1 – domy pomocy społecznej, 2 – CUS i OPS, 3 – schroniska dla osób w kryzysie bezdomności, 4 – ZOL i ZPO, 5 – podmioty prowadzące działalność medyczną, 6 – średnia dla placówek.

- Ponad 44% respondentów za warunek uruchomienia nowej działalności uznało **inwestycje w infrastrukturę placówki**. Najmniejsze potrzeby w tym zakresie mają OPS i CUS. Spośród pięciu najbardziej istotnych czynników wskazywanych przez ankietowanych na ostatnim miejscu znalazła się zwiększenie kompetencji obecnie zatrudnionej kadry. Wskazała na ten warunek tylko co dziesiąta placówka. **Finansowanie i dostępność kadr – to zatem dwa najważniejsze czynniki, które determinują możliwość rozwinięcia usług przez placówki w regionie.**

6. PRIORYTETY W ZAKRESIE ROZWOJU USŁUG W ŚRODOWISKU

- Szacowanie pozwoliło stwierdzić, w jakich obszarach OPS, CUS, DPS, ZOL, ZPO i inne podmioty dostrzegają potrzebę rozwoju usług w środowisku i jakie interwencje są ich zdaniem niezbędne, by zapewnić silniejszą sieć wsparcia oraz „zdrową długowieczność”. Najczęściej wymieniano w tym kontekście **zwiększanie dostępu do usług pielęgniarstwa długoterminowego** (priorytet zdaniem OPS i CUS) oraz zwiększenie dostępu do **usług opiekuńczych w gminach**. Kolejne pożądane kierunki interwencji w celu poprawy dostępu do usługi opieki długoterminowej we wszystkich formach to **rozwój opieki dziennej, rozwój opieki wytchnieniowej, zwiększenie dostępu do mieszkań treningowych i wspomaganych z usługami**.
- Wysoko na liście rekomendowanych przez DPS, OPS, CUS oraz podmioty medyczne interwencji w celu poprawy sytuacji osób niesamodzielnych znalazła się kwestia **edukacji rodzin w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi**. Na szkolenia dla opiekunów nieformalnych łącznie wskazała ponad połowa respondentów, z czego najwięcej przedstawicieli DPS (Tabela 7). Kierunek ten wydaje się zrozumiały,

zważywszy na fakt, że 80% opieki długoterminowej sprawują opiekunowie nieformalni. Palącą potrzebą – warunkiem „zdrowej długowieczności” w grupie OPS/CUS, DPS oraz podmiotów medycznych jest również rozszerzenie zakresu pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej (48% wskazań łącznie). Trzecim obszarem, który należy rozwijać są według wspomnianych placówek domy pomocy oraz kluby samopomocy (43%).

Tabela 7 Usługi, które powinny być w gminach wzmocnione, by zapewnić dłuższe przebywanie osób niesamodzielnych w środowisku

Zakres usług	1	2	3	4
Szkolenia opiekunów nieformalnych	63%	36%	60%	53%
Pielęgniarska opieka długoterminowa	46%	59%	40%	48%
Dzienny domy i klub samopomocy	48%	41%	40%	43%
Mieszkania treningowe i wspomagane	54%	44%	13%	37%
SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi	56%	19%	27%	34%
Gminne usługi opiekuńcze	42%	44%	13%	33%
Dzienny dom opieki medycznej	18%	32%	47%	32%
Środowiskowy dom samopomocy	40%	20%	7%	22%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	18%	24%	13%	18%

Źródło: analizowane w szacowaniu podmioty, gdzie: 1 – domy pomocy społecznej, 2 – CUS i OPS, 3 – podmioty prowadzące działalność medyczną, 4 – średnia dla placówek.

- Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniarstwo opiekuńcze zwróciły z kolei uwagę na **działania ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia i kondycji fizycznej mieszkańców**, np. rehabilitację ruchową osób w wieku 50+ (50% respondentów w tej grupie uznało to za ważny czynnik). Kolejne w tej grupie priorytety to **domowe usługi pielęgniarstwa** (42%), profilaktyka i edukacja zdrowotna (33%), a także regularne badania pozwalające odpowiednio wcześniej zdiagnozować różnego rodzaju schorzenia. 1/3 zakładów wskazała na **usługi dziennych domów opieki medycznej (DDOM)**, które ich zdaniem przyczyniły się do poprawy kondycji osób starszych zapobiegając ich umieszczeniu w placówkach całodobowych.
- Wymienione przez uczestniczące w szacowaniu podmioty priorytety można traktować jako punkt wyjścia do wyboru przez władze regionu i gmin działań, które powinny wdrażane w pierwszej kolejności.

II. Rekomendacje z szacowania dla polityki społecznej w regionie

Polityka regionalna może być istotnym narzędziem stymulowania rozwoju usług społecznych w opiece długoterminowej, niezależnie od polityki krajowej oraz działań podejmowanych przez gminy. Rekomendacje z badania wskazują możliwości zdynamizowania rozwoju usług społecznych przez władze regionu. Dotyczą one m.in. poprawy: koordynacji i współpracy, systemu gromadzenia danych, wiedzy i kompetencji w JOPS. Region może stymulować rozwój najbardziej potrzebnych usług środowiskowych, a także przeciwdziałać nierównemu dostępowi do usług, wzmacniając gminy, gdzie dostęp jest obecnie najmniejszy.

I.	Poprawa koordynacji i współpracy podmiotów uczestniczących w tworzeniu usług ODT. Stworzenie na poziomie regionu mechanizmu stałej wymiany wiedzy i informacji na temat postępów w rozwoju usług ODT oraz metod wprowadzania tych usług w gminach i powiatach – Zespołu rozwoju opieki długoterminowej.
II.	Poprawa systemu gromadzenia danych dotyczących rozwoju usług w opiece długoterminowej każdego typu (stacjonarne, dzienne, domowe) oraz monitorowania potrzeb mieszkańców na poziomie gmin oraz powiatów. Regularne mapowanie zasobów i potrzeb w zakresie ODT w oparciu o wnioski i narzędzia z badania.
III.	Poprawa wśród JOPS i JST wiedzy na temat systemu ODT oraz potrzeb osób niesamodzielnych, starszych, z niepełnosprawnościami wśród wszystkich uczestników systemu, w celu lepszego programowania i wdrażania usług środowiskowych oraz dopasowania ich do najbardziej pilnych potrzeb regionu. Rozwinięcie współpracy z ośrodkami naukowymi w regionie.
IV.	Przyjęcie kilkupunktowego planu rozwoju najbardziej newralgicznych dla regionu usług i skupienie wysiłków na wprowadzeniu tych usług (w tym: szkolenia dla opiekunów nieformalnych, opieka wytchnieniowa, gminne usługi opiekuńcze, rozwój placówek dziennego pobytu, SUO dla osób z chorobami psychicznymi).
V.	Koncentracja na wsparciu rozwoju usług w gminach, które posiadają najmniejsze zasoby infrastrukturalne, kadrowe i finansowe. Opracowanie i wdrożenie „ Planu wyrównywania dostępu do podstawowych usług w środowisku ”, wspierającego rozwój usług społecznych w lokalnych społecznościach o najmniejszym do nich dostępie.

VI.	Stymulowanie innowacyjnych podejść do opieki długoterminowej, w oparciu o trendy rozwoju tego sektora w Europie. Stworzenie regionalnego forum upowszechniania nowych technologii w ODT, na bazie rozwiązań sprawdzonych w regionie (teleopieka). Promowanie dobrych praktyk regionu i adaptacja dobrych praktyk z innych krajów UE.
-----	--

TŁO REKOMENDACJI W KONTEKŚCIE WYZWAŃ SYSTEMU ODT

- System opieki długoterminowej jest w Polsce podzielony na dwa podsystemy. Zmiany o charakterze systemowym, poprawiające koordynację i jakość ODT, nie będą możliwe bez wprowadzenia systemowych rozwiązań, postulowanych przez liczne badania, w tym ostatni raport Banku Światowego (BŚ) w zakresie ODT „*Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce*”². Raport ten, a także przeprowadzone przez BŚ konsultacje, wskazały na sześć obszarów kluczowych z punktu widzenia rozwoju ODT, którymi są: zarządzanie, finansowanie, zasoby ludzkie, jakość, infrastruktura oraz rynek usług prywatnych. Kluczowe wyzwania w zakresie ODT w Polsce zostały zidentyfikowane na podstawie trzech głównych źródeł: doświadczeń i odczuć beneficjentów systemu, analizy systemowej ODT oraz wyzwań wskazanych przez twórców polityki krajowej. **Wnioski i rekomendacje z badania przeprowadzonego w regionie są w wielu punktach zbieżne z kluczowymi wnioskami i rekomendacjami raportu Banku Światowego.**
- Bank Światowy do obszarów wymagających pilnych zmian zaliczył m.in.: **poprawę poszczególnych komponentów efektywnego systemu zarządzania ODT, wzmocnienie systemu zbierania danych, monitorowanie, budowę bazy naukowej, ale także elementy sprawnego, skoordynowanego systemu dostarczania usług ODT.** W obszarze koordynacji i integracji usług, działania te powinny prowadzić do wypracowania strategicznego i zintegrowanego podejścia do świadczenia opieki i zarządzania nią. Obecnie opieka skoncentrowana na beneficjencie, sprzyjająca samodzielności, jest utrudniona ze względu na rozproszenie usług między sektorami.
- Według rekomendacji BŚ, zintegrowana oraz skoordynowana opieka w postaci usług społecznych różnego typu powinna zapewnić płynne przechodzenie beneficjentów przez continuum opieki. Celem powinno być zapewnienie opieki dostosowanej do potrzeb, co wymaga zintegrowania opieki nieformalnej, domowej i środowiskowej, a także, jak podkreślają eksperci BŚ, opieki stacjonarnej. **Koordynacja systemu opieki jest również niezbędna do wspierania przejścia od zinstytucjonalizowanych form opieki do opieki w środowisku.**

² Bank Światowy, *Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce*, 2024. s. 125

- Niezależnie od proponowanych zmian na poziomie polityki centralnej, z **poziomu regionu możliwa jest lepsza koordynacja i integracja usług, ocena zapotrzebowania oraz wdrożenie rozwiązań, które zaspokajają największe potrzeby w lokalnych społecznościach**. Wnioski z omawianego badania (rozproszenie działań, wąskie pole działania instytucji, brak strategicznego podejścia, niski poziom koordynacji, relatywnie niski poziom wiedzy, a zarazem istniejący potencjał do tworzenia usług) powinny skłaniać do skupienia się na wysiłkach, które przyniosą najlepsze efekty. Rekomendacje I-VI dla województwa kujawsko-pomorskiego koncentrują się na stworzeniu przez region lepszych warunków do planowania, wdrażania i koordynowania usług społecznych, koncentracji na rozwoju tych usług, które są najbardziej potrzebne oraz pełniejszego wykorzystania potencjału instytucjonalnego.

I. POPRAWA KOORDYNACJI ROZWOJU ODT W REGIONIE – ZESPÓŁ ROZWOJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

- **Obszary wymagające strategicznych działań wymagają również strategicznej uwagi oraz odpowiednio wysokiego umocowania.** Wnioski z raportu (rozproszenie działań, wąskie pole działania instytucji, brak strategicznego podejścia, realnie niski poziom koordynacji, relatywnie niski poziom wiedzy o całym obszarze ODT) wskazują, że pożądane jest stworzenie na poziomie regionu gremium, które byłoby miejscem wymiany wiedzy, informacji oraz regionalnej koordynacji działań JST i JOPS w zakresie opieki długoterminowej i rozwoju usług środowiskowych.
- Nie przesądzając o charakterze tego ciała, powinny go cechować:
 - **reprezentatywna wielosektorowość** (przedstawiciele wszystkich sektorów, JST, JOPS, organizacje pozarządowe, podmioty prywatne, reprezentacja osób starszych i niesamodzielnych i OzN, przedstawiciele środowisk naukowych i eksperckich – podmioty programujące dostarczanie usług i odpowiedzialne za ich dostarczanie);
 - **nastawienie na wymianę informacji i lepszą koordynację działań** (wymiana danych i informacji, poprawa przepływu wiedzy o podejmowanych inicjatywach, sieciowanie podmiotów w skali lokalnej i regionalnej, prowadzenie monitoringu działań, omawianie danych i statystyk);
 - **możliwość proponowania rozwiązań i zmian** zwiększających możliwość oferowania rozwiązań w zakresie usług w środowisku w regionie;
 - **odpowiednio wysokie umocowanie instytucjonalne**, odzwierciedlające znaczenie zagadnienia ODT dla polityki regionu i utrudniające zignorowanie tego obszaru w strategii gmin i powiatów;
 - **plan i harmonogram działania.**

- Doświadczenie regionów w tworzeniu nowych usług społecznych wskazują, że **wyzwaniem rozwoju usług środowiskowych jest brak dostatecznej kooperacji i współpracy**³. Obszary wymagające strategicznych działań wymagają również strategicznej uwagi oraz odpowiednio wysokiego umocowania. Stymulowanie tej kooperacji, według modeli opisanych w najlepszych praktykach, zrealizowanych w ramach projektu „Kooperacja – efektywna i skuteczna” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 powinno być ważnym i pilnym zadaniem władz regionu⁴. Podejmując zaś te działania odpowiednio wcześniej, województwo kujawsko-pomorskie będzie lepiej przygotowane do zmian systemowych. Rezultatem inwestycji czasu i zasobów w ten obszar byłoby **zwiększenie wagi i znaczenia ODT w regionie oraz poprawa kooperacji w planowaniu oraz dostarczaniu usług** – jedna z ważnych barier w ich rozwoju.

„Potrzebowalibyśmy częściej spotkań i analiz na ten temat, jakiegoś zespołu, gdzie wszystkie gminy i powiaty mogłyby się podzielić tym, co wiedzą, (...) ale w taki przemyślany i uporządkowany sposób, (...) żeby bliżej kooperować, u nas każdy sobie rzepkę skrobie, nie widzimy co się w innych podmiotach dzieje, (...) nie rozmawiamy jak to lepiej ułożyć”.

BADANIE FGI, PRZEDSTAWICIELKA OPS

II. POPRAWA JAKOŚCI DANYCH DOTYCZĄCYCH POPYTU I PODAŻY USŁUG – MAPA DANYCH ODT W REGIONIE, DOROCZNE SZACOWANIA

- Szacowanie wykazało, że JOPS mają trudności z ogarnięciem „pola opieki długoterminowej”, co wynika z fragmentacji usług oraz niskich niekiedy umiejętności w zakresie planowania strategicznego i myślenia systemowego. Istotną diagnozą jest również stwierdzona w badaniach niska kultura pracy z danymi. **Potrzebna jest zatem poprawa systemu gromadzenia danych dotyczących rozwoju usług w opiece długoterminowej każdego typu** (stacjonarne, dzienne, domowe) oraz dokładniejsze monitorowanie potrzeb mieszkańców na poziomie gmin oraz powiatów.
- Rekomendacja II dotyczy **wprowadzenia w ramach systemu gromadzenia i omawiania danych systemu agregowania oraz analizowania ściśle określonych, najbardziej istotnych dla rozwoju usług w środowisku parametrów**. Z jednej strony powinny być to dane dotyczące stanu demograficznego i kondycji ludności, z drugiej zaś – precyzyjne dane o zakresie oferowanych usług. Obecnie gminy nie dysponują –

³ Więcej: „Ogólnopolska diagnoza deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski”, Uczelnia Korczaka, Elipsa, 2024

⁴ Modele współpracy „Kooperacja – efektywna i skuteczna”, <https://www.rops.torun.pl/projekty/projekty-zakonczone/kooperacja-efektywna-i-skuteczna/model-kooperacji>

co jasno pokazało badanie – obrazem kondycji osób niesamodzielnych i tracących samodzielność (analiza wybranych elementów map zdrowotnych, analiza ryzyk prowadzących do niesamodzielności, liczba osób potrzebujących określonego rodzaju wsparcia). Dane dotyczące rodzajów usług nie są zaś zestawiane i analizowane w kontekście pilności i ważności strategicznych działań.

„Przez to badanie zobaczyłam, jak mało wiemy (...) jaki fragment obrazu widzimy (...). Różne dane są zbierane, ale potem nie wiadomo co się z nimi dzieje, (...) lepiej powinniśmy się danymi wymieniać, dzielić”.

BADANIE FGI, PRZEDSTAWICIELKA OPS

- **Poprawa jakości pracy z danymi wymaga niewielkiego wysiłku, może zaś przynieść istotne rezultaty.** Należałoby w tym punkcie stworzyć nieskomplikowane narzędzie analityczne, które na podstawie dostępnych już w regionie danych, ale także w oparciu o dodatkowe, prowadzone raz w roku lub co dwa lata szacowanie, pozwoli uchwycić kluczowe dla rozwoju ODT parametry. W analizę danych powinny być włączone obecne w regionie ośrodki naukowe. Punktem wyjścia do stworzenia narzędzia mogą być matryce i ankiety stworzone na potrzeby niniejszego badania. Obok analizy, kluczowe jest również upowszechnianie danych, np. podczas dorocznej konferencji regionalnej poświęconej wyłącznie rozwojowi ODT.

III. **POPRAWA JAKOŚCI WIEDZY O SPECYFICE I POTRZEBACH OSÓB TRACĄCYCH NIESAMODZIELNOŚĆ W OPS, CUS I PCPR**

- Szacowanie wykazało, że **wiedza na temat wymiarów ograniczeń samodzielności oraz funkcjonowania osób starszych i niesamodzielnych w różnych obszarach swojego życia jest w placówkach rozproszona i nierównomierna.** Brakuje także wspólnych, porządkujących pojęć, opisujących różne stopnie samodzielności.
- Zakres wiedzy pracowników i kierowników JOPS na temat metod opieki nad osobami tracącymi samodzielność jest definiowany jako wyzwanie w badaniach ogólnopolskich⁵, jak i w przeprowadzonym szacowaniu. O ile jest on wysoki w specjalistycznych jednostkach (DPS, ZOL/ZPO), to **na poziomie OPS, CUS i PCPR przydatna byłaby głębsza wiedza na temat specyfiki potrzeb osób tracących samodzielność.** Część regionów szkoli swoich pracowników pod tym kątem (m.in. studia podyplomowe). Zwrócić należy również uwagę na postęp wiedzy w zakresie geriatry, która dynamicznie się rozwija.

⁵ „Ogólnopolska diagnoza...”, s. 201-228, również wnioski z badania *PolSenior2*, 2021

„My mało wiemy o aspektach medycznych starzenia, o tych potrzebach, (...), dlatego mam czasem poczucie, że nie wiadomo czy te wszystkie usługi które świadczymy trafiają w punkt czy nie, (...) mam potrzebę głębszej wiedzy o zdrowiu i niesamodzielności, to by było potrzebne o gminie”.

BADANIE FGI, PRZEDSTAWICIELKA OPS

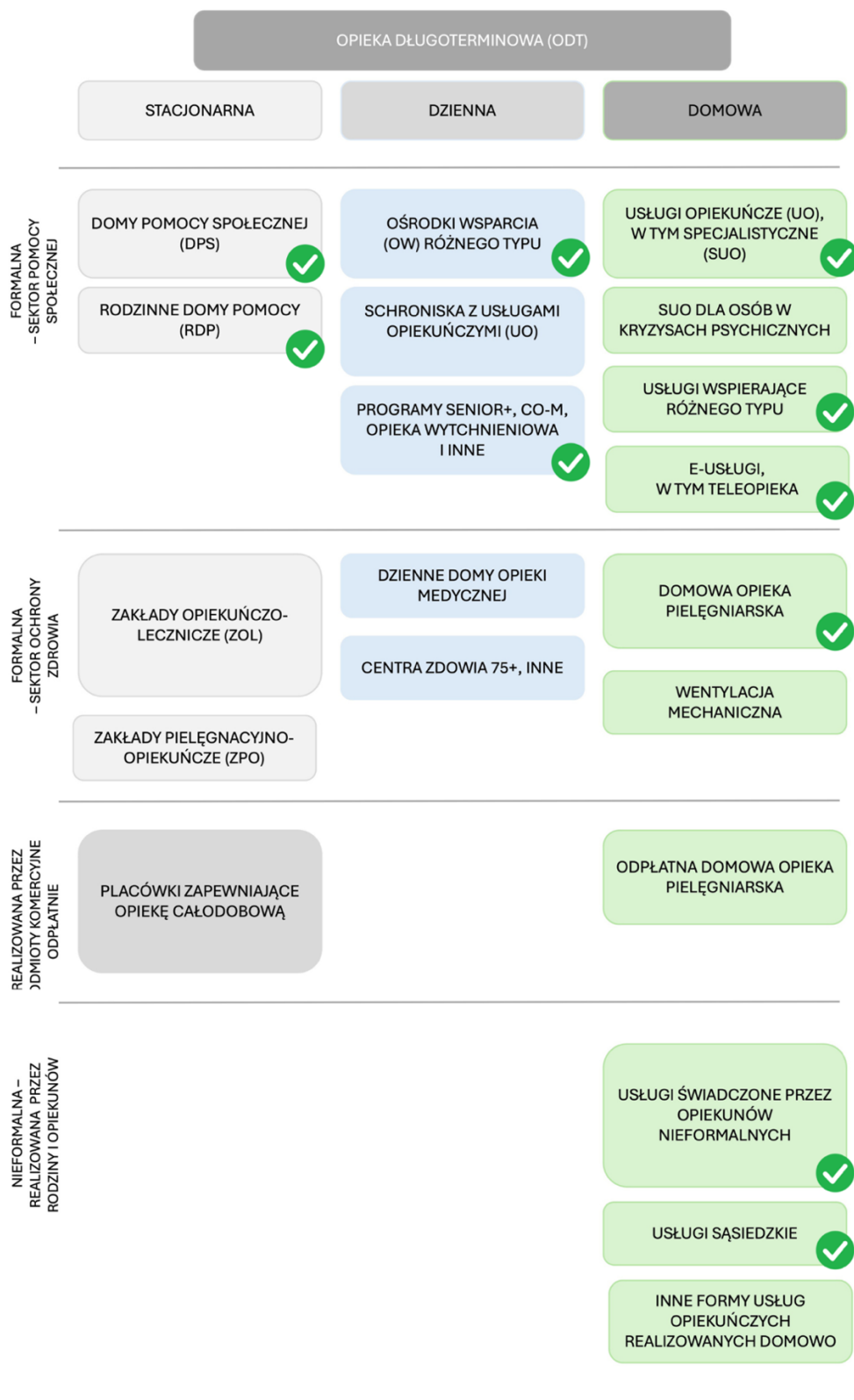
- Możliwe rozwiązania w zakresie upowszechniania wiedzy to m.in. organizacja konferencji, seminariów i szkoleń w zakresie gerontologii, zdrowia i potrzeb osób starszych, dedykowanych studiów i warsztatów dla pracowników sektora. Sposobem realizacji Rekomendacji III mogłaby być **bliższa współpraca z regionalnymi ośrodkami naukowymi, zwłaszcza w obszarze gerontologii.**

IV. KONCENTRACJA NA ROZWOJU USŁUG O NAJWIĘKSZYM POTENCJALE

- Szacowanie wskazało, jakie kierunki działania zdaniem placówek uczestniczących w tym procesie są najbardziej potrzebne w poszczególnych obszarach ODT. Ich katalog został przedstawiony poniżej. Na diagramie systemu ODT (Rys. 1) opracowanym na podstawie metodologii Banku Światowego zaznaczono zaś obszary, w których powinny być ulokowane priorytety rozwoju ODT w regionie.
- **Obszar usług stacjonarnych:**
 - Utrzymanie na istniejącym poziomie **zdolności do świadczenia usług opieki stacjonarnej** przez DPS oraz ZOL/ZPO i schroniska
 - W tych obszarach regionu, gdzie jest to potrzebne (długie kolejki) **rozwijanie potencjału DPS, ZOL i ZPO** (dodatkowe łóżka), po dokładnej analizie trendów
 - Rozwijanie **usług podtrzymujących samodzielność** mieszkańców w DPS
 - Poważne traktowanie **możliwości usamodzielniania** przez DPS
 - Rozwijanie **usług środowiskowych**, w oparciu o posiadaną w DPS oraz ZOL/ZPO i schroniska infrastrukturę i zasoby kadrowe
 - Rozwijanie **mieszkalnictwa treningowego i wspomagane** – opracowanie modelu, który pozwoli realnie zwiększyć potencjał w tym zakresie
 - Bliższa współpraca OPS i CUS z DPS **w mapowaniu sytuacji**
 - **Zacieśnienie współpracy** z podmiotami komercyjnymi oferującymi opiekę stacjonarną, monitoring kierunku ich rozwoju, jakości usług oraz trendów
 - Wykorzystanie potencjału DPS, ZOL i ZPO do **edukacji opiekunów nieformalnych** oraz ogółu ludności.
- **Obszar usług opieki dziennej:**
 - Wzmocnienie w OPS i CUS poczucia, że placówki opieki dziennej są istotnym elementem strategii deinstytucjonalizacji.

- **Rozwijanie usług opieki dziennej** (dienne domy pobytu, kluby samopomocy), w tym dla osób z chorobami otępiennymi (m.in. we współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami posiadającymi potencjał w postaci infrastruktury).
 - Rozważenie tworzenia placówek dziennego pobytu **we współpracy z sektorem prywatnym** oraz na bazie potencjału DPS, ZOL i ZPO.
 - Tworzenie **miejsc dziennej opieki wytchnieniowej**, w tym dla osób z niepełnosprawnością poznawczą.
 - Rozwijanie w placówkach dziennych **usług wspomagających** (np. cateringowe – dowóz posiłków), wsparcia psychicznego i w samotności, usług opiekuńczych, innych usług wsparcia realizowanych w domu (pomoc w sprawach urzędowych, „złota rączka”, inne) – dzienne domy jako miejsce dostarczania usług domowych.
 - Edukacja do starości i **edukacja opiekunów nieformalnych** – dzienne domy jako jedno z centrów kompetencji zwiększających wiedzę o opiece.
- **Obszar usług opieki domowej:**
 - Wzmocnienie w OPS i CUS poczucia, że rozwój usług domowych jest kluczowym elementem strategii deinstytucjonalizacji oraz rozwoju usług społecznych w ODT.
 - Zapewnienie lepszego dostępu w gminie do **długoterminowej opieki pielęgniarstwa** dla osób potrzebujących tej formy wsparcia.
 - Rozwijanie **gminnych usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystenckich, usług wsparcia świadczonych w domu** – w oparciu o wnikliwą lokalną analizę potrzeb.
 - Rozwój innych usług, które poprawiają dobrostan osób przebywających w domu, które jeszcze nie straciły samodzielności i przedłużają ich funkcjonowanie bez wsparcia (np. pomoc w sprawach urzędowych, „złota rączka”, inne).
 - Analiza sytuacji demograficznej w gminie oraz – wraz z gminną radą seniorów oraz innymi interesariuszami – **identyfikacja osób, które nie są obecnie objęte usługami, a w niedługim czasie mogą stać się z różnych powodów** (wiek, stan zdrowia, stan rodzinny) niesamodzielne – objęcie ich programem pre-opieki i monitoringu by zmniejszyć ryzyko wystąpienia niesamodzielności.
- **Obszar zarządzania strategicznego tworzeniem usług w regionie:**
 - Stworzenie na poziomie gmin **Zespołów ds. Niesamodzielności**, w skład których wchodzić będą kluczowe instytucje, organizacje pozarządowe i sektor prywatny, w celu wspólnej analizy sytuacji oraz omawiania kierunków działania i pobudzania współpracy międzysektorowej.
 - Wprowadzenie **rzetelnej analityki całego systemu ODT na poziomie gmin**, dokonywanie regularnych przeglądów kluczowych danych dotyczących demografii, liczby usług, typu oferowanych usług, specyfiki odbiorców, sposoby korzystania z usług itp.

Rysunek 1: Obszar strategicznej interwencji w tworzeniu sieci usług społecznych w regionie



Opracowanie własne, na podstawie metodologii Banku Światowego, 2024 i wyników szacowania

V. **WSPARCIE ROZWOJU USŁUG ŚRODOWISKOWYCH W GMINACH,
KTÓRE DYSPONUJĄ NISKIM POTENCJAŁEM ICH TWORZENIA**

- Jak wskazuje analiza podmiotów biorących udział w szacowaniu, **sytuacja pod względem dostępności usług jest na poziomie gmin oraz powiatów zróżnicowana**. Nie odbiega to od obrazu ogólnopolskiego, gdzie obok gmin miejskich oferujących mieszkańcom szeroki zakres wsparcia istnieją gminy wiejskie, które usług środowiskowych praktycznie oferują. Z punktu widzenia spójności społecznej regionu, **istotną kwestią jest zmniejszenie nierówności w dostępie do usług**. Przyczyny, dla których nie są one realizowane mogą być różnego rodzaju – braki infrastruktury, ograniczone zasoby finansowe i kadrowe, nierozpoznanie potrzeb, niskie kompetencje w zakresie ubiegania się o środki, niska dostępność podmiotów do współpracy itp. Rekomendacja V dotyczy opracowania programu wsparcia rozwoju usług dziennych i środowiskowych w takich gminach.
- W tym celu konieczne byłoby **przyjęcie przez władze regionu planu działań wzmacniających rozwój usług w najmniej „środowiskowionych” gminach**. Powinien on zakładać finansowanie tego rodzaju działań (odpowiednie zasoby finansowe ze środków własnych, środków rządowych lub środków pozyskanych z funduszy UE), a także wsparcia kadrowe i merytoryczne (Zespół Pomocowy) – przyczyną nierealizowania usług społecznych może być bowiem również niski poziom kompetencji w ich projektowaniu, wdrażaniu i zapewnieniu jakości. **Przygotowywane przez rząd rozwiązanie w postaci „bonu senioralnego” może oznaczać istotny impuls dla tworzenia lokalnych rynków usług środowiskowych**, gminy powinny być jednak do tego przygotowane.
- **Plan działania władz regionu w tym obszarze powinien obejmować:**
 - dokładniejszą identyfikację gmin, które mają największe trudności z tworzeniem usług (szacowanie pozwala zidentyfikować część takich gmin, nie wszystkie JOPS wzięły jednak udział w szacowaniu);
 - analizę powodów, dla których w konkretnych, wybranych do wsparcia gminach nie rozwijają się usługi (zasoby i bariery);
 - identyfikację usług, które odpowiadają na zanalizowane w lokalnej społeczności potrzeby oraz mogą być wprowadzone w gminach;
 - wsparcie gmin we wprowadzeniu usług – działania Zespołu Pomocowego w postaci transferu kompetencji i doświadczeń
 - monitoring rezultatów wdrożenia i jego trwałości.
- Metodą rozwijania dostępu do usług społecznych w gminach, gdzie są one słabo dostępne może być również **projektowanie usług o skali regionalnej, finansowanych głównie z budżetu gmin, a poprawiających jakość opieki w gminach, gdzie dostęp**

do usług jest ograniczony. Przykładem jest usługa teleopieki w regionie, rozwijana od 2018 r. Obejmuje ona obecnie ok. 90 na 144 gmin, jej zasięg pokrywa zatem 62% regionu, zapewniając osobom starszym i samotnym bezpieczeństwo i pomoc w przypadku utraty przytomności, zawału, udaru, upadku lub innych zdarzeń. Zakres rzeczowy tej usługi kwalifikuje ją do rozszerzania na kolejne gminy, tak by objęła ona całość regionu. Sposobem realizacji rekomendacji może być również realizacja kolejnych usług, w szczególności e-usług, np. wsparcia psychologicznego, upowszechniania wiedzy których adresatami są osoby niesamodzielne itp., projektowanych jako regionalne, do których mogą włączać się zainteresowane gminy.

VI. ROZWIJANIE W REGIONIE DOBRYCH PRAKTYK W ZAKRESIE E-USŁUG ORAZ TELEMEDYCYNY

- Rekomendacja VI dotyczy **stworzenia przez region przestrzeni regularnej wymiany wiedzy i informacji na temat rozwiązań technologicznych stosowanych w krajach Unii Europejskiej w teleopiece, telemedycynie i opiece długoterminowej**, a także kreowania nowych technologii, na bazie rozwiązań sprawdzonych w regionie (teleopieka). Promowanie dobrych praktyk regionu i adaptacja dobrych praktyk z innych krajów UE może przyczynić się do rozwijania e-usług, które w przyszłości będą istotnym elementem systemu wsparcia, podobnie jak dzieje się obecnie m.in. w krajach skandynawskich. Region może w tym zakresie pełnić funkcję stymulującą gminy i powiaty do stosowania tych rozwiązań, a także budować pozycję istotnego dla polityki krajowej centrum kompetencyjnego w tym obszarze.

III. Cele, założenia i metodologia badania

Badanie koncentruje się na kwestii kluczowej dla polityki społecznej regionu – usługach środowiskowych dla osób niesamodzielnych lub zbliżających się do utraty samodzielności, by zapewnić im odpowiednią opiekę i opóźnić konieczność skorzystania z placówek opieki całodobowej. Celem badania, określonego również jako szacowanie, jest opis zasobów placówek oferujących usługi stacjonarne oraz środowiskowe oraz określenie, w jakim stopniu mają one możliwość poszerzenia swojej oferty o nowe usługi, domowe i dzienne. Badaniem objęto placówki sektora pomocy społecznej i sektora zdrowia.

- Zadanie zostało realizowane w ramach projektu pn. „Koordynacja spójnej polityki społecznej Kujaw i Pomorza”, w ramach Działania 04.13 Wysokiej jakości system włączenia społecznego, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Programu Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, w ramach Działania 04.13 „Wysokiej jakości system włączenia społecznego”, realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu.
- Głównym założeniem badania był przegląd zasobów podmiotów świadczących obecnie usługi ODT oraz uzyskanie obrazu możliwości rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej w zakresie wszystkich form opieki długoterminowej. Kluczowym zagadnieniem jest zwłaszcza kwestia rozwoju usług ODT w środowisku, zgodnie z założeniami deinstytucjonalizacji polityki społecznej.
- Szacowanie objęło sześć rodzajów placówek dostarczających usługi ODT:
 - (I) domy pomocy społecznej (DPS)
 - (II) placówki zapewniające całodobową opiekę w regionie
 - (III) schroniska dla osób w kryzysie bezdomności
 - (IVa) ośrodki pomocy społecznej/centra usług społecznych, (IVb) powiatowe centra pomocy rodzinie (OPS/CUS/PCPR)
 - (V) Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze, Zakłady Pielęgnacyjno – Opiekuńcze w sektorze zdrowia (ZOL/ZPO)
 - (VI) podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami, dawniej Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej świadczące usługi w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz inne usługi medyczne dla osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami.

6	Liczba typów podmiotów objętych szacowaniem w regionie (DPS, schroniska, OPS/CUS/PCPR, ZOL/ZPO, NZOZ)
---	---

- **Jako szczegółowe cele badania w założeniach opracowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej wskazano:**
 - charakterystykę zasobów pozostających obecnie w dyspozycji powyższych instytucji, które świadczą usługi w formie stacjonarnej, dziennej lub domowej;
 - identyfikację potrzeb i barier w kontekście możliwości rozwoju usług w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej przez OPS/CU/PCPR oraz DPS, ZOL/ZPO i NZOZ oraz placówki niepubliczne zapewniające całodobową opiekę;
 - określenie oczekiwań tych podmiotów w kontekście możliwości rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim;
 - analizę obecnego zakresu działalności jednostek i podmiotów świadczących usługi stacjonarne, dzienne i domowe w zakresie ODT;
 - charakterystykę odbiorców usług opieki długoterminowej w systemie pomocy społecznej, w tym w kontekście rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej przez powyższe jednostki, w tym ocenę jakości ich kondycji zdrowotnej i rodzinnej;
 - zbadanie zasobów kadrowych oraz infrastrukturalnych jednostek, zwłaszcza pod kątem potencjału wykorzystania w rozwijaniu obecnie świadczonych usług społecznych lub rozwijania usług przez placówki świadczące usługi innego typu (stacjonarne, dzienne) w obszarze opieki domowej;
 - ocenę koordynacji wsparcia świadczonego w zakresie ODT na poziomie lokalnym przez różne instytucje (koordynacja w dostarczaniu usług pomiędzy jednostkami oferującymi poszczególne typy usług);
 - określenie sposobów funkcjonowania w społeczności lokalnej podmiotów świadczących usługi ODT;
 - zdefiniowanie potrzeb i problemów związane z możliwością rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej w zakresie ODT;
 - Określenie oczekiwań podmiotów co do wsparcia w zakresie tworzenia usług w środowisku.

ZAŁOŻENIA KONCEPTUALIZACJI BADANIA

- Szacowanie mieści się w nurcie badań gotowości jednostek organizacyjnych pomocy społecznej (JOPS) do deinstytucjonalizacji, rozumianej jako rozwój usług społecznych w środowisku (*community-based social services*). Celem tych usług jest zapewnienie jak najdłuższego wsparcia osobom tracącym samodzielność w środowisku oraz unikanie niepotrzebnego kierowania mieszkańców do placówek stacjonarnych. Zarazem badanie wpisuje się w trend opracowywania lokalnych analiz na potrzeby strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych. W procesie badania założono

podejście wielosektorowe, które obejmuje nie tylko podmioty sektora polityki społecznej, ale również sektora ochrony zdrowia. Z tego punktu widzenia, szacowanie potencjału ODT w regionie spełnia trzy cele badawcze:

- **(1) pogłębia wiedzę na temat potencjału deinstytucjonalizacji i transformacji sposobu dostarczania usług społecznych przez instytucje w województwie kujawsko-pomorskim;**
- **(2) dostarcza danych, które mogą być użyte na szczeblu powiatowym i gminnym w tworzeniu lokalnych planów deinstytucjonalizacji (LPDI);**
- **(3) dostarcza wielosektorowego oglądu ODT, uwzględniając podmioty sektora zdrowia oraz podmioty niepubliczne (podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami).**

1) SZACOWANIE JAKO ELEMENT PRZYGOTOWANIA DO DEINSTYTUCJONALIZACJI (DI)

- Jak wskazały wyniki badania „*Ogólnopolska diagnoza deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 regionów Polski*”, gminy i powiaty w rozwoju usług środowiskowych i przekształcaniu placówek całodobowych napotykają na szereg różnego rodzaju barier i trudności⁶. Dotyczą one również w znacznej mierze gmin i powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Do zdefiniowanych barier należą:
 1. **Niska praktyczna wiedza na temat deinstytucjonalizacji i rozwijania usług społecznych.** 80% respondentów ogólnopolskiej diagnozy wie czym jest deinstytucjonalizacja, ale zarazem 82% chciałoby wiedzieć na jej temat więcej. Luki w zakresie praktycznej wiedzy na temat tego w jaki sposób tworzyć strategię deinstytucjonalizacji ciągle zatem istnieją.
 2. **Brak analiz danych i opinii mieszkańców w wielu gminach.** Tylko 42% respondentów „*Ogólnopolskiej diagnozy...*” – jednostek organizacyjnych pomocy społecznej – analizuje i diagnozuje potrzeby klientów. Tylko 1/3 badanych z tej grupy robi to regularnie raz w roku. Świadczy to o tym, że decyzje dotyczące wprowadzania nowych usług są często przypadkowe i nie poparte analizami. Może to prowadzić do złej alokacji priorytetów oraz zasobów finansowych i kadrowych (koncentracja na działaniach, które nie są priorytetowe z perspektywy potrzeb mieszkańców).

42%	Tylko tyle instytucji świadczących usługi społeczne regularnie bada potrzeby odbiorców – szacowanie ODT wypełnia tę lukę
------------	--

⁶ „*Ogólnopolska diagnoza...*”, s. 325-344

44%

Taki odsetek pracowników sektora jest pozytywnie nastawiony do wdrażania UŚ, potrzebuje jedynie kierunku i wsparcia

3. **Niedostatki w zakresie zasobów finansowych i kadrowych oraz konieczność priorytetyzacji zadań.** Główne obawy pracowników instytucji dotyczą sposobu i zakresu finansowania usług, w tym zapewnienia ich trwałości. 50% badanych jednostek zaspokaja potrzeby odbiorców jedynie na poziomie ustawowego minimum. Problemem może być malejąca dostępność kadr w pomocy społecznej i wypalenie zawodowe – odczuwa je 1/3 respondentów w instytucjach. Precyzyjne planowanie działań oraz ich priorytetyzacja są konieczne również ze względu na niedobory kadr oraz finansów.
4. **Pozytywne nastawienie do zmian i dobra motywacja kadr pomocy społecznej, ale zarazem nieufność wobec planowanych zmian.** Ponad połowa ankietowanych pracowników w instytucjach jest pozytywnie nastawiona do zmian, a 44% ma osobistą motywację by wdrażać DI. Nadal jednak w 1/3 placówek podejście do DI jest nacechowane nieufnością lub lękiem, co grozi nierównomiernym rozwojem usług w gminach.
5. **Niska wiedza mieszkańców na temat usług środowiskowych i ich celu.** Narracja o DI jest niejednoznaczna, w zbyt małym stopniu ukierunkowana na potrzeby odbiorcy i nie sprzyja wdrażaniu zmian. Mieszkańcy gmin nie mają wiedzy na temat kierunków rozwoju usług środowiskowych. Świadczy to o niskim poziomie komunikacji w gminach. Badanie wskazuje, że odbiorcy oczekują różnorodnych, spersonalizowanych i spójnych „koszyków usług”.
6. **Niski poziom wymiany dobrych doświadczeń i praktyk między gminami.** JOPS rzadko wymieniają się dobrymi praktykami. 2/3 badanych placówek wdraża zmiany w kierunku DI oddolnie. Najczęściej oznacza to stratę energii na wymyślanie usług i procedur, które zostały już gdzie indziej opisane i wdrożone, i sprzyja popełnianiu błędów.
7. **Lęki, obawy i niepokoje dotyczące planowanych zmian w kierunku deinstytucjonalizacji.** Główna obawa to zapowiedź „likwidacji” lub „ograniczania” placówek całodobowych. Niepokoje te, o ile nie zostaną właściwie zaadresowane, mogą być powodem opóźnień we wdrażaniu usług.
8. **Niski stopień korzystania z technologii i e-usług we wsparciu.** Zarówno odbiorcy, jak i realizatorzy usług rzadko korzystają z e-usług i wsparcia w postaci technologii. Istotnym problemem odbiorców usług jest wykluczenie

cyfrowe (sprzętowe i kompetencyjne). Obserwowane jest „błędne koło wykluczenia cyfrowego” – wykluczone cyfrowo jednostki nie wdrażają e-usług z powodu cyfrowego wykluczenia odbiorców.

9. **Niski poziom współpracy międzysektorowej.** W deklaracjach badane instytucje są otwarte na współpracę międzysektorową. W rzeczywistości, współpraca ta jest niewystarczająca nawet pomiędzy JOPS. Podmioty wolą działać głównie w oparciu o własne zasoby. Sieci kontaktów i relacji w koprodukcji usług społecznych są słabe.

10. **Niski priorytet rozwoju usług środowiskowych w samorządach.** Decydenci w samorządach nie postrzegają tego obszaru jako ważnego dla siebie i dla jakości życia mieszkańców ich gmin. Zaawansowanie we wdrażanie procesu deklaruje w „*Ogólnopolskiej diagnozie...*” tylko 12% badanych gmin. Jedynie kilkanaście procent opracowało strategię rozwoju usług społecznych.

- Zespół Badawczy uwzględnił wykazane w „*Ogólnopolskiej diagnozie...*” bariery i uwarunkowania w założeniach badawczych. **Usługi społeczne w zakresie ODT są współcześnie jednym z najważniejszych komponentów polityk publicznych państwa.** Stanowią odpowiedź na wyzwania społeczne i powiązane są z potrzebami wynikającymi z takich procesów jak zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, zmiany w strukturze rodzin, wzrost liczby osób o szczególnych potrzebach i osób z niepełnosprawnością, stare i nowe ryzyka socjalne, kryzysy personalne i rodzinne, a także zapotrzebowanie na kompetencje i kwalifikacje.
- Dla przyjętej metodologii badawczej **kluczowe znaczenie ma termin „usługi społeczne”.** Są one definiowane jako „wszelkie działania i czynności o charakterze niematerialnym, skierowane na człowieka lub większą zbiorowość ludzką, które są podejmowane przez pracowników zawodów pomocowych (służb społecznych) lub inne osoby do tego przygotowane, mające na celu bezpośrednio zaspokojenie potrzeb jednostek i szerszych zbiorowości oraz wzbogacanie ich zasobów fizycznych, emocjonalnych, duchowych, psychologicznych i społecznych, w wyniku których oddziaływania osiąga się wyższą jakość i zadowolenie z życia oraz tworzy się kapitał ludzki, społeczny, kulturowy i intelektualny, uwzględniając fakt, że formy, metody i pakiety dostarczania usług mogą być zróżnicowane”⁷.
- Usługi społeczne można zdefiniować również jako działania, których celem jest kształtowanie i wzbogacanie zasobów fizycznych i intelektualnych obywateli, w wyniku których tworzy się kapitał ludzki.⁸ Usługi dostarczane w systemie polityki

⁷ M. Grewiński, „*Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej*”, Elipsa, 2021.

⁸ Janoś-Kreśło M., *Usługi społeczne w procesie przemian systemowych w Polsce*, 2002.

społecznej „przeznaczone są do zaspokajania życiowych potrzeb człowieka, zwłaszcza potrzeb słabszych osób czy grup w społeczeństwie; zapewniają ochronę przed ogólnymi i szczególnymi zagrożeniami dla życia oraz pomagają w realizacji osobistych wyzwań i w sytuacjach kryzysowych; świadczone są również na rzecz rodzin, (...) **są to kluczowe instrumenty ochrony podstawowych praw człowieka i ludzkiej godności**”⁹. Definicja legalna usług została opisana w Art. 2. 1. Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych i jest tzw. definicją zakresową, czyli stworzoną poprzez enumeratywne wyliczenie usług.

- Na potrzeby konceptualizacji badania Zespół Badawczy przyjął poniższą definicję DI, która podkreśla trzy nurty przemian instytucjonalnych zachodzących obecnie w opiece długoterminowej: zapobieganie nadmiernemu umieszczaniu osób w placówkach stacjonarnych, tworzenie nowych usług w środowisku oraz tworzenie pakietów usług (koszyków) w modelu wielosektorowym.

DEFINICJA DEINSTYTUCJONALIZACJI (DI)		
(1) Zapobieganie niepotrzebnemu lub nadmiernemu umieszczaniu i przetrzymywaniu osób w placówkach stacjonarnych o charakterze całodobowym (zwłaszcza w opiece długoterminowej)	2) Proces tworzenia dla odbiorców odpowiednich usług społecznych, alternatywnych do umieszczania w placówkach stacjonarnych , na przykład takich jak: terapia środowiskowa, szkolenia, edukacja i rehabilitacja oraz zwiększanie znaczenia działań profilaktycznych, by zapobiec konieczności korzystania z takich usług.	(3) Przechodzenie od wsparcia o charakterze instytucjonalnym (w placówkach) do pomocy świadczonej w środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej (instytucjach środowiskowych) , świadczonej w formie pakietów (koszyków) usług, opartych na współpracy międzyinstytucjonalnej i tworzeniu sieci wsparcia.

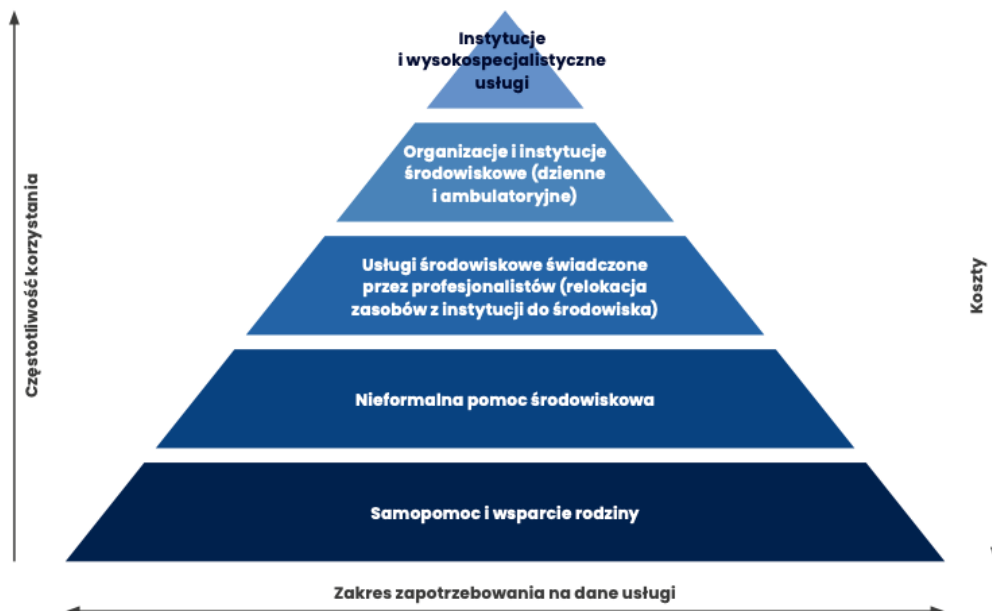
Źródło: „Ogólnopolska diagnoza...”

- Termin „deinstytucjonalizacja” oznacza różne kierunki przemian w polityce społecznej. Chociaż część ekspertów i praktyków podkreśla, że budzi on wątpliwości jako zbyt wąski, a bardziej zasadne byłoby używanie terminów „transformacja organizacyjna” lub „nowa architektura usług społecznych”, pojęcie DI jest już ugruntowane debacie o przyszłości polityki społecznej oraz w praktyce zarządzania JOPS. **Przyjęta formuła podkreśla „transformacyjny”, twórczy i otwarty definicyjnie charakter tego procesu, dobrze widoczny w obszarze ODT.**

⁹ Komunikat Komisji Europejskiej, *Usługi świadczone w interesie ogólnym, w tym usługi socjalne świadczone w interesie ogólnym: nowe zobowiązanie europejskie*, KOM(2007) 725 [EUR-Lex - 52007DC0725 - PL](#), dostęp 16.10.2024.

- W koncepcji rozwoju usług środowiskowych istotne znaczenie mają również wartości odwołujące się do **jakości wsparcia** (usługi realizowane blisko domu, bardziej zindywidualizowane i spersonalizowane) oraz do **solidarności społecznej** (wsparcie, ale także wzmacnianie więzi rodzinnych i środowiskowych). Argumenty te są wielokrotnie przywoływane zarówno w dokumentach strategicznych Unii Europejskiej, w krajowym dokumencie „Strategia rozwoju usług społecznych – polityka publiczna do roku 2035” oraz w tworzonych w województwach Regionalnych Planach Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji.
- **Koncepcja rozwoju usług środowiskowych zakłada zatem potrzebę stworzenia pełniejszego, wielopoziomowego systemu wsparcia, optymalnego połączenia różnego typu usług i formuł ich dostarczania** (Rys. 2). Podstawę piramidy organizacji usług społecznych tworzą samopomoc i wsparcie rodzinne oraz nieformalna pomoc środowiskowa. Kolejnym filarem są profesjonalne usługi środowiskowe, świadczone przez instytucje w określonych standardach oraz dzienne i ambulatoryjne instytucje. Głównym celem strategii rozwoju usług środowiskowych i DI powinien być rozwój tego segmentu „piramidy”. Jej szczyt tworzą zaś instytucje całodobowe świadczące usługi wysokospecjalistyczne.

Rys.2. Piramida organizacji usług społecznych
jako punkt odniesienie do tworzenia usług wsparcia w środowisku



Źródło: opracowanie J. Lizut na podstawie
„Mental health policy, planning & services development”, WHO 2007.

2) SZACOWANIE JAKO WSPARCIE OPRACOWANIA LOKALNYCH PLANÓW DI ORAZ PLANÓW ROZWOJU ODT

- **Wdrożenie z sukcesem Lokalnych Planów Deinstytucjonalizacji (LPDI) będzie w najbliższych latach istotnym wyzwaniem dla polskich gmin.** Potrzeba w tym zakresie wynika z kierunków polityki społecznej na poziomie europejskim, krajowym i regionalnym, określonych m.in. w „Strategii Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” oraz „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, a na poziomie regionalnym w „Regionalnym Planie Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji (RPDI)”. Określają one kierunek działań w zakresie rozwoju środowiskowych w oparciu o deinstytucjonalizację usług społecznych.
- Zgodnie z „Ogólnopolskimi wytycznymi tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych”, gminy powinny rozwijać usługi w środowisku w oparciu o wnikliwe analizy struktury społecznej, swoich zasobów, oferty oraz potrzeb społecznych w kluczowych grupach. Celem Lokalnych Planów Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych jest wyznaczenie kierunków rozwoju usług społecznych na szczeblu lokalnym (gmina/powiat), zarówno w zakresie koniecznych interwencji, jak i podjęcia działań o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym¹⁰. **Praktycznym wymiarem przeprowadzonego szacowania jest wsparcie powiatów i gmin w przeprowadzeniu jednego z najważniejszych zadań DI, jakim jest rozwój różnych form opieki długoterminowej.**
- Jak wynika z „Wytycznych...”, analiza powinna dotyczyć osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób starszych, OzN, osób w kryzysie psychicznym i ich rodzin, osób w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych bezdomnością, jak również potrzeb jednostek samorządu terytorialnego, na terenie których będą wdrażane rozwiązania. Jej zakres powinien obejmować m.in. możliwości finansowe, lokalowe, kadrowe oraz potrzeby pracowników wykonujących usługi społeczne. Niezwykle ważnym zadaniem diagnozy jest określenie stanu przygotowania kadr służb społecznych, w tym istniejących deficytów kadrowych i kompetencyjnych. Zadanie to jest szczególnie istotne w przypadku ODT, która jest realizowana dwusystemowo. **Koncepcja szacowania względnie te perspektywy, pozwala również dookreślić cele i działania w poszczególnych obszarach lokalnej polityki społecznej.**

¹⁰ Ogólnopolskie wytyczne tworzenia ogólnopolskich planów deinstytucjonalizacji usług społecznych, MRIPS, FLEXI IND, IPISS, dostęp: <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogolnhttps://www.gov.pl/web/rodzina/ogolnopolnskie-wytyczne-tworzenia-lokalnych-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spolecznych>

- Plany rozwoju opieki długoterminowej powinny również odnosić się m.in. do takich zagadnień jak: koordynacja i zarządzanie usługami społecznymi, rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i treningowego, rozwój centrów opiekuńczo-mieszkalnych i rodzinnych domów pomocy, rozwój ośrodków wsparcia z miejscami całodobowymi, rozwój usług środowiskowych, opiekuńczych i wytnieniowych.
Zagadnienia te zostały ujęte w szacowaniu. Istotną korzyścią społeczną, wynikającą z przeprowadzenia szacowania jest przygotowanie koncepcyjne i mentalne jednostek świadczących usługi ODT do poszerzenia pola działania.
- Z perspektywy przygotowania do rozwoju usług środowiskowych w obszarze ODT, przeprowadzone badania pozwolą odpowiedzieć m.in. na następujące zagadnienia, istotne z punktu planowania rozwoju działań:
 - Jak instytucje zajmujące się wsparciem oceniają stan zdrowia i kondycję osób niesamodzielnych na przestrzeni ostatnich lat?
 - Jakie potrzeby obiorów w zakresie ODT są najbardziej pilne pod względem konieczności zaspokojenia w lokalnej społeczności?
 - Które z nich obejmują najszerze grupy społeczne odbiorców?
 - W jaki sposób realizowane obecnie usługi zapewniają zabezpieczenie potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej oraz tracących samodzielność?
 - Jakie rozwiązania/usługi społeczne należy wprowadzić w celu zaspokojenia zidentyfikowanych potrzeb w ODT?
 - Jakie usługi są potrzebne w ODT, a nie są świadczone i dlaczego? Jakie usługi są realizowane w niewystarczającym zakresie?
 - Jakie są potrzeby kadrowe i w zakresie profesji społecznych, w tym personelu asystencko-opiekuńczego, zarówno w instytucjach, jak i w społeczności lokalnej, pod kątem transformacji z instytucji do opieki środowiskowej?
 - Jaki potencjał (instytucji, organizacji sektora obywatelskiego i sektora ekonomii społecznej, podmiotów prywatnych) można wykorzystać w celu zaspokajania potrzeb społecznych mieszkańców?
 - Na ile możliwe jest wykorzystanie w szerszej ODT e-usług i e-rozwiązań, m.in. różnych form teleopieki, czujników itp.

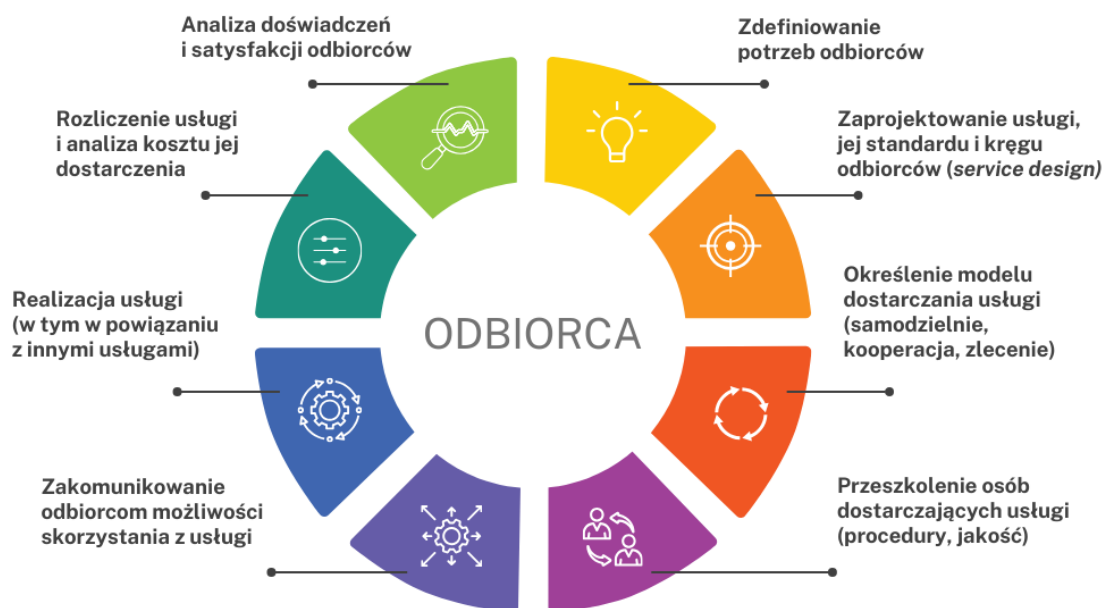
54%	Taki odsetek respondentów „Ogólnopolskiej diagnozy...” – pracowników JOPS świadczących usługi dla osób niesamodzielnych wskazywał na potrzebę bliższej współpracy z sektorem zdrowia
78%	Taki odsetek respondentów „Ogólnopolskiej diagnozy...” uznało w badaniu, że rozwijanie usług w środowisku powinno być priorytetem w opiece nad osobami niesamodzielnymi

3) SZACOWANIE JAKO ELEMENT ZWIĘKSZENIA ZAKRESU USŁUG ORAZ REGIONALNEJ I LOKALNEJ KOORDYNACJI ODT

- **Trzecim istotnym elementem jest wykorzystanie szacowania do zwiększenia koordynacji regionalnej i lokalnej w zakresie świadczenia usług ODT.** W rozdziale „*Uwarunkowania opieki długoterminowej w Polsce*” opisano szczegółowo w oparciu o najnowsze dane i analizy wyzwania związane z rozwojem ODT. Główne problemy ODT to: 1) brak jednolitej koordynacji zarządzania systemem ODT w Polsce, realizacja usług w dwóch niekompatybilnych systemach, 2) brak jednolitej definicji opieki długoterminowej i regulacji w tym zakresie, 3) różne rozumienie zakresu usług (WHO, SPC, definicje krajowe) i brak jednolitej terminologii, 4) skutkujące poprzednimi czynnikami skomplikowanie systemu, wielość instytucji i świadczeń, 5) niski poziom koordynacji co utrudnia świadczenie usług i personalizację wsparcia, 6) niewystarczające informowanie obywateli o zakresie i dostępności usług dla obywateli, co skutkuje zagubieniem usług i ich rodzin.
- **Większość z tych problemów może być rozwiązana jedynie na poziomie centralnym poprzez wprowadzenie zmian ustawowych i konsolidację systemu.** Jednakże na poziomie lokalnym istnieje przestrzeń do konkretnych działań oraz możliwość poprawy dostępności usług w środowisku (kreowanie ich przez JOPS, organizacje pozarządowe i sektor prywatny), potencjał rozwoju profilaktyki, transformacji instytucji stacjonarnych w kierunku działań w środowisku czy lepszej wymiany informacji i zmniejszania luk w pokryciu usług. Szacowanie dostarcza informacji, które mogą stać się punktem wyjścia do zaplanowania takich działań.
- **Na potrzeby konceptualizacji szacowania wykorzystana została matryca klientocentrycznego podejścia opieki długoterminowej, która sytuuje w centrum uwagi potrzeby odbiorców, nie zaś logikę instytucji i ich schematy działania.** Logice „odbiorca usług w centrum uwagi” zostały podporządkowane narzędzia szacowania, w których większość pytań i zagadnień dotyczy kwestii istotnych z punktu widzenia odbiorcy usług i wymaga znajomości odbiorcy końcowego, jego potrzeb i oczekiwań. Jak wskazała bowiem „*Ogólnopolska diagnoza...*”, dyskusja na temat DI w dużej mierze koncentruje się obecnie na perspektywie realizatorów usług. Jej główny motyw dotyczy tego, „jak powinny zmienić się instytucje”. Analizy DI dotyczą głównie zmian instytucjonalnych, dylematów organizacyjnych, nowej formuły działania. Często pomijany jest w nich odbiorca, jego potrzeby schodzą na dalszy plan.
- **Tymczasem sednem DI jest personalizacja usług, holistyczne do nich podejście oraz aksjomat „odbiorca w centrum uwagi”.** Instytucje powinny postawić odbiorcę usług w centrum procesu, a nie na jego marginesie. Przyjęcie i rozwijanie w instytucjach klientocentrycznego podejścia do projektowania i wdrażania usług, w oparciu

o metodologię *service design* oraz metodologię projektowania i badania doświadczeń klienta **wymaga koncentracji na kwestiach istotnych z punktu widzenia odbiorcy usług i jego rodziny**: sposobu kwalifikacji do usługi, możliwości i warunków jej uzyskania, kompleksowości wsparcia (zapewnienie wszystkich niezbędnych elementów). W projektowaniu ankiet badawczych kierowanych do instytucji uwzględniono te wątki w oparciu o model klientocentrycznego podejścia do planowania i dostarczania usług, opisany w „*Ogólnopolskiej diagnozie...*” (Rys. 3).

Rys. 3. Klientocentryczne podejście do planowania i dostarczania usług



Źródło: „Ogólnopolska diagnoza...”, 2024

- W efekcie, w kwestionariuszach szacowania znalazło się wiele pytań, które dotyczą definicji potrzeb odbiorców, stopnia zaspokojenia potrzeb, oceny adekwatności usługi, komunikacji usług, jakości świadczonych usług, a także powiązania usług z innymi usługami społecznymi, aby osiągać jak najlepszy z punktu widzenia odbiorcy efekt. W założeniu ma to równoważyć perspektywę instytucji, tradycyjnie skoncentrowaną na własnych uwarunkowaniach i problemach.
- **Jednym z kluczowych wyzwań badania jest nieprecyzyjny katalog usług ODT.** Dlatego w celu stworzenia narzędzi badawczych adekwatnych zarówno do opisu obecnej sytuacji, jak i do wyzwań przyszłości ODT Zespół Badawczy przejrzał definicje opieki długoterminowej stosowane zarówno w Polsce, jak i innych krajach. **W analizowanych definicjach mowa zazwyczaj o funkcjonalnej niezdolności do radzenia sobie z czynnościami życia codziennego.**

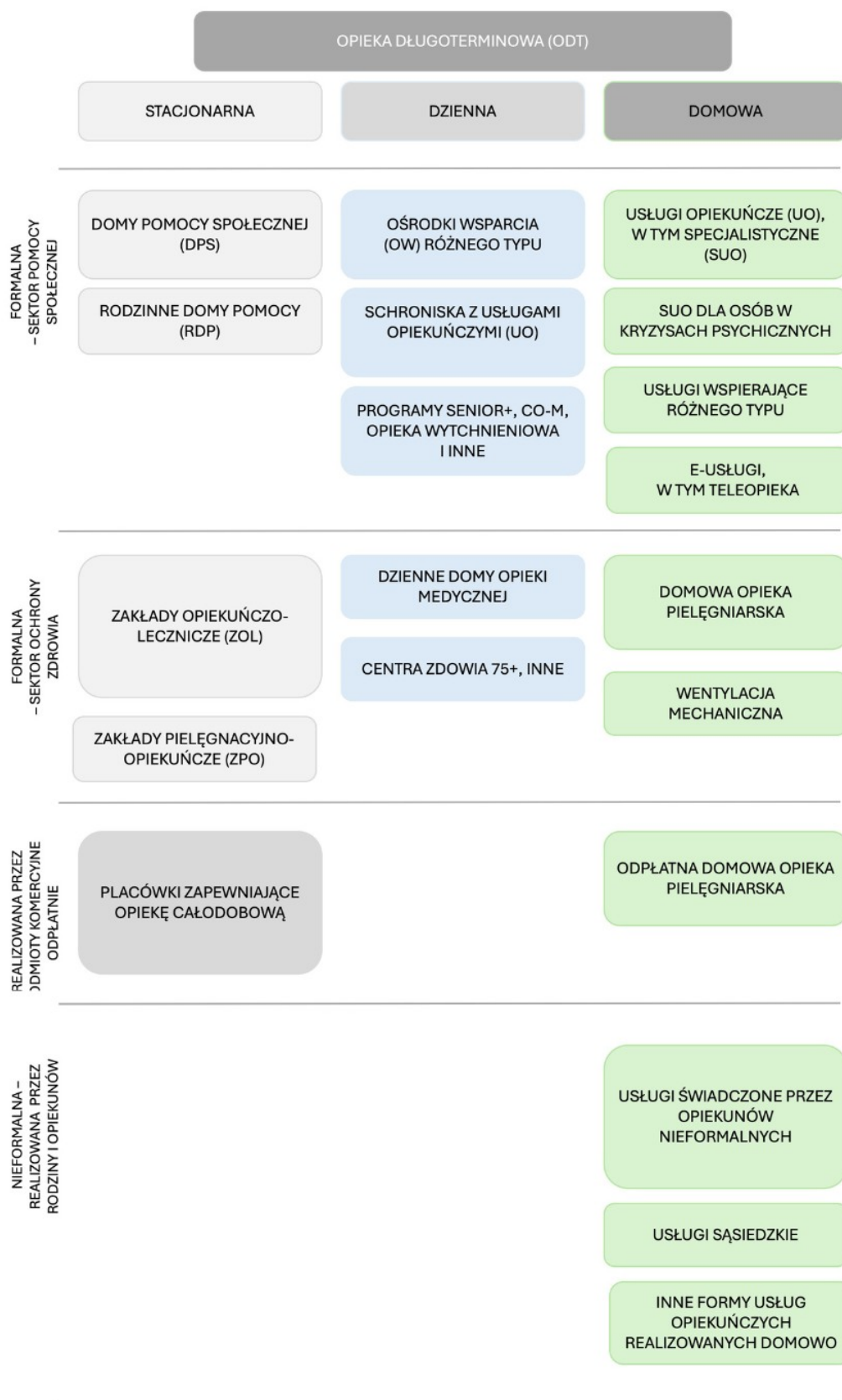
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę długoterminową jako „**ogół świadczeń i pomocy o charakterze osobistym, społecznym i medycznym, dzięki którym osoba niesamodzielna albo narażona na utratę samodzielności (z powodu choroby psychicznej lub somatycznej albo niepełnosprawności) jest w stanie funkcjonować w sposób zapewniający poszanowanie podstawowych praw i godności człowieka**” (World Health Organization 2022). Jak wskazuje WHO, rolę opiekuna może pełnić rodzina, przyjaciele lub inne bliskie osoby (**opiekunowie nieformalni**) bądź też personel ochrony zdrowia lub pomocy społecznej (**opiekunowie formalni**), a opieka może być realizowana w różnym trybie, np. w domu, w placówce opiekuńczej, w szpitalu. Definicje Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) także koncentrują się na podstawowych czynnościach w zakresie higieny osobistej i zmiany odzieży oraz zdolności od prowadzenia gospodarstwa domowego w stopniu niezbędnym do samodzielnego życia, np. sprzątania i gotowania (OECD 2023).

96%	Tyłu respondentów badania Banku Światowego w Polsce (2023) ocenia, że uprawnienia do korzystania z usług ODT powinny zależeć od indywidualnej sytuacji życiowej osoby niesamodzielnej oraz warunków środowiskowych, w jakich ta osoba funkcjonuje
------------	--

- Unia Europejska uznaje opiekę długoterminową za jeden z elementów europejskiego filara praw socjalnych. Zgodnie z definicją przyjętą przez Komisję Europejską, opieka długoterminowa oznacza „**usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości i/lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub stałej opieki pielęgnarskiej**”.
- W ostatnich latach Komisja podkreśla, że opieka długoterminowa jest elementem silnej Europy socjalnej, która ma być sprawiedliwa, włączająca i gwarantować pełnię możliwości. KE zaleca, by każde państwo członkowskie przyjęło krajowy plan działania na rzecz opieki długoterminowej, z uwzględnieniem wytycznych, obejmujących m.in.:
 - Zapewnienie wszystkim potrzebującym terminowej, kompleksowej i przystępnej cenowo opieki w tym godnych warunków życia;
 - Zróżnicowanie oferty należytych usług opieki długoterminowej (opieka domowa, środowiskowa, instytucjonalna), niwelowanie różnic terytorialnych w dostępie do świadczeń, realizowanie opieki z wykorzystaniem dostępnych rozwiązań cyfrowych oraz zapewnienie dostępności świadczeń i infrastruktury pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnością;
 - Wdrożenie wysokiej jakości kryteriów i standardów obowiązujących wszystkie podmioty świadczące opiekę długoterminową;

- Wspieranie opiekunów nieformalnych, których rola często przypada kobietom i bliskim, poprzez szkolenia, doradztwo, wsparcie psychologiczne i finansowe;
 - Pozyskanie adekwatnych środków i zrównoważone finansowanie opieki długoterminowej, w tym poprzez uruchamianie funduszy UE;
 - Promowanie dialogu społecznego z myślą o poprawie warunków płacy i pracy;
 - Ustanowienie rygorystycznych norm bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - Zapewnienie ustawicznego kształcenia i szkoleń dla pracowników;
 - Zwalczanie stereotypów płci w zawodzie pracownika opieki długoterminowej oraz prowadzenie kampanii informacyjnych;
 - Ratyfikowanie i wdrożenie Konwencji nr 189 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej pracowników domowych.
- **W Polsce, podobnie jak w 15 innych krajach UE, kompleksowe badanie systemu ODT utrudnia fakt, że zadania w tym obszarze podzielone są między różne szczeble administracji rządowej i samorządowej, według kategorii świadczeń.** W państwach członkowskich UE dominuje podobny jak w Polsce model, w którym opieka długoterminowa podlega pod dwa sektory, tj. ochronę zdrowia i pomoc społeczną, chociaż pandemia COVID-19 uwidoczniła potrzebę ściślejszej integracji w opiece długoterminowej. Całkowicie integrowane systemy świadczeń zdrowotnych i społecznych posiada obecnie 10 państw UE. W pozostałych krajach obowiązuje mozaikowy krajobraz świadczeń i świadczeniodawców, choć np. Estonia wdraża obecnie reformę na rzecz integracji świadczeń zdrowotnych i społecznych.
 - W celu uzyskania pełniejszej perspektywy opisu całego sektora opieki długoterminowej, Zespół Badawczy opracował w oparciu o założenia Zamawiającego oraz podział na trzy typy usług w ODT (stacjonarne, dzienne i domowe) według metodologii Banku Światowego **matrycę opieki długoterminowej w Polsce** (Rys. 4). Klasyfikuje ona dostępne usługi pod kątem typu oraz dostawcy, wyróżniając **sektor formalny** (z rozróżnieniem na placówki systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej), **sektor komercyjny** (placówki prowadzone przez podmioty prywatne, ale również fundacje czy organizacje pozarządowe z własnej inicjatywy, pobierające odpłatność za pobyt lub usługi) oraz **opiekę nieformalną**, świadczoną przez najbliższych i rodziny.
 - Trzy modele oraz cztery sektorowe formuły świadczenia usług tworzą „strategiczną szachownicę” na której rozwija się system ODT, którego istotnym elementem są również świadczenia pieniężne, pozwalające na zakup świadczeń na rynku. W ramach szacowania zanalizowane zostały opieka formalna oraz (w ograniczonym stopniu) świadczona komercyjnie. Obszar opieki nieformalnej w ODT w regionie nie zostały objęte badaniem.

Rys. 4. Matryca systemu usługi opieki długoterminowej w Polsce



Źródło: opracowanie własne, na podstawie opracowania Banku Światowego (2024)

- **Jak można zauważyć analizując matrycę, ODT w Polsce cechuje silosowość, wielość form, rozproszenie. System przypomina rozrzucone puzzle, które rządzą się swoimi prawami.** W sektorze zdrowia obszarem, w którym rozwijają się nowe formy jest opieka dzienna (dienne domy opieki medycznej, proponowane Centra 75+). Do tej pory sektor zdrowia nie obsługiwał zapotrzebowania na usługi dzienne, które obecnie rośnie. Niewykluczone, że segment ten zostanie również w większym stopniu zagospodarowany przez podmioty komercyjne oraz organizacje pozarządowe, wzrasta bowiem popyt na placówki opieki dziennej odciążające pracujących opiekunów osób czasowo niesamodzielnych (np. po zabiegach medycznych) czy w początkowych fazach chorób otępiennych).
- W sektorze opieki dziennej realizowanej przez podmioty pomocy społecznej dynamicznie rozwijają się dynamicznie ośrodki wsparcia (OW) różnego typu. Na uwagę w tym segmencie zasługują **centra opiekuńczo-mieszkalne**, które mają łączyć niezależne zamieszkiwanie ze wsparciem udzielanym przez wykwalifikowaną kadrę poprzez pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Ma to pozwolić na poprawę jakości życia osób z niepełnosprawnościami, umożliwiając im samodzielne i godne funkcjonowanie. Przybywa również **placówek realizowanych w ramach programu Senior+ oraz w ramach opieki wytchnieniowej**.
- Dzięki deinstytucjonalizacji, aktywności OPS, CUS i PCPR oraz programom rządowym w ostatnich latach rozwija się oferta opieki długoterminowej świadczonej w domu, choć nie ma pełnej jasności, które z oferowanych na poziomie gmin usług należy klasyfikować jako ODT, a które nie (ze względu na niejasne i rozmyte definicje). W przypadku usług opiekuńczych (UO) i specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO) programem mającym na celu zwiększenie dostępności do tych usług jest realizowany od 2018 r. Program „Opieka 75+”, zaś w przypadku usług opiekuńczych świadczonych w postaci usług sąsiedzkich oraz tzw. „opieki na odległość” (tzw. opasek lub innych urządzeń bezpieczeństwa) – rządowy Program „Korpus Wsparcia Seniorów” oraz regionalny projekt „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”. Szczególnie warto zwrócić tu uwagę na potencjał teleopieki jako rozwiązania wspomagającego osoby niesamodzielne lub tracące samodzielność pozostające w domu.
- **Jako element wsparcia w domu należy traktować wsparcie rodzin, czyli opiekunów nieformalnych.** Opieka długoterminowa w systemie pomocy społecznej to również narzędzia wspierające opiekunów i rodziny osób starszych i wymagających opieki. Wzmacnia to potencjał opiekuńczy opieki nieformalnej, gdyż to rodzina stanowi podstawowe źródło zaspokajania potrzeb opiekuńczych (i nie tylko) najstarszych pokoleń. W systemie opieki długoterminowej należy brać pod uwagę, że w kraju funkcjonują również inicjatywy i działania społeczne wspierające powyższe

grupy poza rozwiązaniami systemowymi, np. różnego rodzaju grupy wsparcia, kampanie społeczne, szkolenia i webinaria, telefony zaufania i inne.

- **W metodologii i kwestionariuszach szacowania uwzględniona została również kwestia profilaktyki starzenia się. Jest to zagadnienie często pomijane w badaniach, tymczasem polskie i ogólcuropejskie wyzwanie w obszarze ODT można streścić jako „aktywne zapobieganie utracie samodzielności”.** To złożone zadanie wymaga różnego rodzaju działań na poziomie polityki zdrowotnej (regularna badania w okresie pracy, bilans zdrowia osób starszych, wczesne wykrywanie schorzeń i wczesne interwencje, profilaktyka zdrowego trybu życia itd.) oraz na poziomie polityki społecznej (przygotowywanie osób wchodzących w wiek senioralny do wyzwań, szkolenia rodzin w zakresie wsparcia osób o zmniejszającej się samodzielności itp.). Przy wielu zadaniach, jak stwierdził jeden z badanych przedstawicieli OPS w grupie fokusowej, *„brakuje czasu i funduszy na profilaktykę i znajduje się ona na ostatnim miejscu”*. Tymczasem profilaktyka i skoordynowane działania poprawiające kondycję osób starszych mogą prowadzić do zmniejszenia popytu na usługi ODT, zwłaszcza te najdroższe – świadczone w ZOL oraz w domach pomocy społecznej.
- Podsumowując, po szczegółowej analizie pola badawczego oraz specyfiki analizowanych podmiotów, w kontekście deinstytucjonalizacji usług społecznych, procesów zmian w strategiach powiatów i gmin oraz struktury usług składających się na ODT, **Zespół Badawczy opracował konceptualizację badania oraz przygotował narzędzia badawcze – kwestionariusze szacowania.** Narzędzia zostały skonsultowane z przedstawicielami poszczególnych typów podmiotów w zakresie poprawności terminologicznej oraz formalnej.

MATRYCA BADANIA I SZCZEGÓŁOWE OBSZARY SZACOWANIA

- **Badanie zostało zrealizowane w trzech etapach.** Pierwszym była analiza danych zastanych dotyczących ODT w regionie w kontekście uwarunkowań systemowych oraz struktury systemu opisanej w *„Matrycy systemu opieki długoterminowej w Polsce”*. Analizie zostały poddane dotychczasowe raporty z badań, analizy (m.in. Ocena Zasobów Pomocy Społecznej (OZPS), informacje uzupełniające do OZPS w zakresie opieki długoterminowej w systemie pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. W drugiej fazie przeprowadzono proces szacowania w oparciu o ankiety CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*), poprzedzony wywiadami indywidualnymi z podmiotami. W trzeciej, zrealizowano badania jakościowe (FGI) w grupie ośrodków pomocy społecznej i centrów usług społecznych, obejmujące 20% placówek w regionie.

- **Zespół Badawczy podzielił badanie podmioty na sześć grup i zgodnie z założeniami badania przypisał im metody i kluczowe zagadnienia badawcze, tworząc matrycę badania.** Założono, że dane do analizy zostaną pozyskane poprzez kwestionariusz badawczy (ankieta szacowania) metodą CAWI (*Computer Assisted Web Interview*). Opracowanie kwestionariuszy badawczych poprzedzone zostało wywiadami indywidualnymi z przedstawicielami badanych grup (3-4 wywiady w każdej z grup) w celu uwzględnienia w ankietach specyfiki i terminologii stosowanej w każdej z badanych grup.

49	Liczba publicznych domów pomocy społecznej funkcjonujących na terenie województwa kujawsko-pomorskiego
25	Liczba ZOL i ZPO funkcjonujących na terenie województwa kujawsko-pomorskiego

- **Szacowanie przeprowadzono na bazie podmiotów przekazanej przez ROPS.** Zawierała ona 49 domów pomocy społecznej, 31 całodobowych placówek wsparcia w regionie, 17 schronisk dla osób bezdomnych, 145 ośrodków pomocy społecznej oraz centrów usług społecznych, 19 powiatowych centrów pomocy rodzinie oraz 25 zakładów opieki leczniczej i zakładów pielęgniarstwa opiekuńczego. Dodatkowo, ankietę skierowano do 89 podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami, świadczących różne usługi medyczne i pielęgniarstwo funkcjonujące na terenie regionu (których dane zawarto w bazie Ministerstwa Zdrowia, jakkolwiek znajdują się w niej również podmioty nieaktywne).

Tabela 7: Matryca badania
– analizowane grupy oraz metody szacowania i gromadzenia opinii

Grupa	Opis	Metody badawcze	Liczba placówek
I.	Kierownictwo domów pomocy społecznej (DPS)	Kwestionariusz szacowania CAWI, wywiady indywidualne	49
II.	Kierownictwo całodobowych placówek wsparcia w regionie	Kwestionariusz szacowania CAWI, wywiady indywidualne	29
III.	Kierownictwo schronisk dla osób w kryzysie bezdomności	Kwestionariusz szacowania CAWI, wywiady indywidualne	17

IVa.	Osoby zarządzające ośrodkami pomocy społecznej oraz centrami usług społecznych	Kwestionariusz szacowania CAWI, wywiady indywidualne, badania jakościowe FGI obejmujące 20% ogółu placówek w regionie	145
IVb.	Osoby zarządzające powiatowymi centrami pomocy rodzinie	Kwestionariusz szacowania CAWI, Wywiady indywidualne	19
V.	Kierownictwo Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych oraz Zakładów Pielęgniarsko–Opiekuńczych	Kwestionariusz szacowania CAWI, wywiady indywidualne	25
VI.	Osoby prowadzące podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami, dawniej NZOZ	Kwestionariusz szacowania CAWI, wywiady indywidualne	89

Źródło: opracowanie własne

- Zespół Badawczy przy konstrukcji kwestionariuszy badania kierował się wytycznymi Zamawiającego, **starając się z jednej strony zapewnić komplementarność szacowania w celu uzyskania opinii przekrojowej dotyczącej zagadnień ogólnie istotnych dla rozwoju ODT w regionie, a z drugiej – uwzględnić specyfikę poszczególnych rodzajów jednostek.** Niektóre zagadnienia były wspólne dla wszystkich podmiotów. W Tabeli 8 przedstawione zostały zagadnienia, które pojawiły się jako wspólne dla wszystkich lub większości analizowanych grup.

Tabela 8. Zagadnienia przekrojowe w kwestionariuszu szacowania

Obszar	Szczegółowe zagadnienia badawcze
Zagadnienia przekrojowe	• Ocena dostępności opieki długoterminowej w różnych zakresach w regionie kujawsko-pomorskim • Ocena trendów i oczekiwań odbiorców usług w zakresie opieki długoterminowej • Ocena stanu zdrowia, kondycji oraz sytuacji rodzinnej osób korzystających z różnych form wsparcia w ODT • Opinia na temat warunków niezbędnych, aby osoby znajdujące się w placówce mogły ją opuścić i przebywać w środowisku • Bariery ograniczające opuszczenie mieszkańca DPS/ZOL, ZPO/ placówki całodobowej opieki i funkcjonowania w lokalnym środowisku • Ocena czynników, które mogą wpłynąć pozytywnie na funkcjonowanie osób tracących samodzielność w środowisku

	• Ocena popytu odbiorców usług na różne formy wsparcia • Ocena możliwości rozwoju nowych usług środowiskowych • Opinia na temat zakresu usług w środowisku lokalnym, które mogłyby przedłużyć samodzielność mieszkańców • Opinie na temat możliwości rozwoju usług środowiskowych • Opinie na temat obecnego poziomu finansowania usług • Opinie na temat deinstytucjonalizacji usług społecznych jako kierunku zmian w sektorze ODT • Analiza barier we wprowadzaniu planu deinstytucjonalizacji na poziomie lokalnym przy uwzględnieniu specyficznych uwarunkowań danego samorządu (bariery o charakterze finansowym, związane z brakiem wystarczających zasobów kadrowych, słabo rozwiniętą współpracą z organizacjami pozarządowymi, brak partnerów społecznych, brakiem wystarczających zasobów w zakresie infrastruktury, inne czynniki). • Analiza barier we współpracy międzysektorowej przy świadczeniu usług OT, barier korzystania z e-usług oraz pomocy sąsiedzkiej i nieformalnej. • Oczekiwanie placówek w kontekście rozwoju ODT
--	---

Źródło: opracowanie własne

- **Znaczącą część kwestionariuszy szacowania stanowiły zagadnienia związane z analizą profilu placówki, zakresem oferowanych obecnie usług, charakterystyką obecnych odbiorców usług, oceną kondycji przebywających w niej odbiorców, posiadaną infrastrukturą i zapleczem, stanem kadr placówki.** W przypadku DPS, placówek komercyjnych świadczących usługi całodobowe, schronisk oraz ZOL celem tych pytań miało być uzyskanie perspektywy dotyczącej usług świadczonych w okresie, w którym odbyło się szacowanie – swoistej „fotografii” placówki w jej bieżącym działaniu.

Tabela 9. Zagadnienia dotyczące obecnego zakresu działania placówki, klientów, pracowników oraz świadczonych usług (DPS, ZOL/ZPO, schroniska, inne placówki świadczące usługi stacjonarne)

Obszar	Szczegółowe zagadnienia badawcze
Zagadnienia dotyczące stanu obecnego – usługi oferowane przez placówki różnych typów	PROFIL PLACÓWKI I ODBIORCY USŁUG • Profil i charakter placówki, charakterystyka klientów • Liczba odbiorców usług, ich struktura wiekowa, ocena poziomu samodzielności klientów • Dostępność usług – okres oczekiwania na przyjęcie do placówki lub przyznanie usług (DPS, ZOL/ZPO) • Ocena stanu psychofizycznego osób korzystających z usług na przestrzeni ostatnich lat • Dominująca sytuacja rodzinna osób korzystających z usług placówki

	ZAKRES USŁUG, STANDARD I KOSZT, BARIERY ŚWIADCZENIA • Szczegółowy katalog realizowanych obecnie usług dla klientów • Zakres świadczonych usług z podziałem na usługi bytowe, opiekuńcze wspomagające, wspierające, edukacyjne, uzupełniające (DPS, ZOL/ZPO) • Usługi realizowane dla rodzin osób niesamodzielnych • Usługi realizowane poza formułą podstawową funkcjonowania • Procedury oceny i monitorowania potrzeb odbiorcy usług • Powody, dla których wsparcie jest niewystarczające lub nieadekwatne jednostki (np. zbyt mała liczba godzin, brak dostępu do części usług itp.) • Powody, dla których placówki nie świadczyły do tej pory usług w środowisku • Bariery realizacji usług różnych kategorii, m.in. świadomościowe, organizacyjne, finansowe • Czynniki utrudniające lub uniemożliwiające świadczenie usług (powody nierealizowania usług przez placówki) – analiza przyczyn nierealizowania usług • Ocena stopnia zaspokajania potrzeb lokalnego rynku w zakresie świadczonych usług • Całkowity koszt ponoszenia odpłatności za usługi świadczone w DPS/ZOL, ZPO/ NZOZ, schroniska dla osób bezdomnych/ placówce całodobowej opieki na jednego mieszkańca (poziom odpłatności za usługi) • Zakres standaryzacji usług – w jakich zakresach usługi są wystandaryzowane, a w jakich brakuje standaryzacji ZASOBY KADROWE PLACÓWKI • Liczba pracowników zaangażowanych do realizacji usług w DPS/ZOL/ZPO/ NZOZ, schroniska dla osób bezdomnych, placówce całodobowej opieki (kadra merytoryczna i pozostała) • Szczegółowa charakterystyka i liczba stanowisk • Formy zatrudnienia, liczba etatów ogółem • Luki w zakresie kadr utrudniające świadczenie usług w obecnym zakresie • Kompetencje kadr, szkolenia, luki w zakresie kompetencji • Skala i specjalizacja kadry, których brakuje do realizacji obecnych usług INFRASTRUKTURA • Warunki infrastrukturalne (lokalizacja, siedziba, warunki lokalowe) i wyposażenie sprzętowe, którą dysponuje DPS/ZOL/ZPO/ NZOZ i placówki całodobowego pobytu – szczegółowy katalog • Ocena stanu technicznego infrastruktury i zasobów rzeczowych, sprzętu • Potrzeby w zakresie infrastruktury niezbędne do świadczenia dotychczasowych usług • Możliwości zwiększenia / poprawy infrastruktury • Wyposażenie sprzętowe, którego brakuje, aby niektórzy z mieszkańców DPS, ZOL, ZPO, NZOZ mogli funkcjonować poza placówką
--	--

	POTENCJAŁ USAMODZIELNIENIA (PLACÓWKI STACJONARNE) • Diagnoza mieszkańców DPS/ZOL/ZPO/NZOZ, schroniska dla osób bezdomnych/ placówek całodobowej opieki pod kątem zapotrzebowania na opiekę długoterminową. • Liczba mieszkańców placówki, którzy usamodzielniili się w ostatnim roku i 5 latach • Szacowanie liczby mieszkańców DPS/ ZOL, ZPO/ NZOZ, placówki, które mogłyby się usamodzielnić i mieszkać poza instytucją • Programy usamodzielniania prowadzone w DPS i inne działania w tym kierunku • Metody oceny potencjału usamodzielnienia klientów w placówkach • Rola indywidualnych planów wsparcia (IPW) w podtrzymywaniu i zwiększaniu samodzielności osób przebywających w placówkach stacjonarnych • Charakterystyka IPW stosowanych w placówce • Cechy mieszkańców rokujących na usamodzielnienie i mieszkanie poza instytucją • Powody braku możliwości usamodzielnienia • Usługi w środowisku niezbędne zdaniem placówek do zwiększenia potencjału usamodzielnienia KOORDYNACJA USŁUG I WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA • Zakres współpracy podmiotów z OPS/CUS oraz innymi placówkami w celu świadczenia usług • Zakres współpracy ze społecznością lokalną, innymi jednostkami JST, rodzinami osób tracących samodzielność i niesamodzielnych w kontekście realizacji usług ODT • Przyczyny niepodjęcia współpracy z innymi podmiotami • Ocena stopnia koordynacji usług świadczonych w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej
--	---

Źródło: opracowanie własne

- **Kolejny obszar pytań szczegółowych w kwestionariuszach szacowania dotyczył potencjału tworzenia usług przez poszczególne placówki (DPS, ZOL/ZPO, schroniska, NZOZ) oraz możliwości rozwijania ich w oparciu o własny potencjał (Tabela 9).** Placówki zaznaczały, jaki rodzaj usług mogą rozbudować najbliższych miesiącach spośród katalogu najczęściej występujących i potrzebnych usług środowiskowych. Istotnym elementem refleksji w tym obszarze były zagadnienia związane z barierami świadczenia usług (z jakiego powodu niemożliwe jest wprowadzenie ich przez ankietowane podmioty, gdzie występują bariery i utrudnienia). Zadaniem tej części szacowania było uzyskanie obrazu potencjału rozwoju usług przez placówki,

osadzonego w przeprowadzonej wcześniej ocenie popytu, potencjału kadr i zasobów infrastrukturalnych – oraz przy założeniu, że usługi te będą dodatkowo finansowane.

Tabela 9. Zagadnienia dotyczące potencjału rozwinięcia usług
– niezbędna infrastruktura, kadry, warunki, bariery rozwoju usług
(DPS, ZOL/ZPO, schroniska, inne placówki świadczące usługi stacjonarne)

Obszar	Szczegółowe zagadnienia badawcze
Zagadnienia dotyczące potencjału tworzenia nowych usług w środowisku (lub innych typów usług)	• Potencjał rozwoju usług – możliwość rozwoju usług przez placówkę ze wskazanego katalogu usług w środowisku • Usługi, które mogą świadczyć placówki dla osób niebędących mieszkańcami placówki całodobowej opieki (DPS, ZOL, ZPO) • Warunki konieczne do świadczenia większej liczby usług tego samego typu lub w środowisku – diagnoza potrzeb instytucji i organizacji społecznych (lokalowych, finansowych i kadrowych) w celu przejścia z opieki instytucjonalnej do środowiskowej • Możliwość świadczenia przez placówki całodobowe usług w społeczności lokalnej na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niebędącymi mieszkańcami DPS/ZOL, ZPO/ placówki całodobowej opieki, np.: realizacja usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich, usług asystenckich, utworzenie miejsc pobytu dziennego, mieszkalnictwo treningowe i wspomagane, przekształcenie miejsc pobytu całodobowego, w krótkookresowego pobytu całodobowego (opieka wytchnieniowa), udostępnianie pomieszczeń do rehabilitacji osobom niezamieszkującym w DPS/placówce, poradnictwo specjalistyczne (np. psycholog) • Warunki konieczne do świadczenia nowych usług (dziennych, domowych) przez placówkę • Możliwość realizacji usług dodatkowych, np. dowozu uczestników (możliwość załatwienia spraw urzędowych, dowóz do lekarza), wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, usługa dowozu posiłku, prania, etc. • Możliwe źródła finansowania usług w przyszłości • Potencjał współpracy z lokalnymi podmiotami w kontekście rozwoju usług świadczonych w środowisku, w tym ocena zakresu usług ODT możliwego do realizacji przez podmioty ekonomii społecznej, organizacje pozarządowe i podmioty prywatne • Potrzeby w zakresie kadry niezbędne do świadczenia nowych usług ODT – liczba osób, kompetencje

Źródło: opracowanie własne

- W przypadku ośrodków pomocy społecznej oraz centrów usług społecznych i centrów pomocy rodzinie, ankieta dotyczyła opisu zakresu usług ODT świadczonych obecnie oraz określeniu potencjału ich rozwoju (wszystkie typy usług). **Celem badania w tym**

zakresie było uzyskanie „fotografii” systemu ODT z poziomu gminy. JOPS posiadają bowiem – a przynajmniej powinny posiadać – obraz całości usług oferowanych w lokalnej społeczności. Istotną częścią w tym obszarze była również identyfikacja barier w świadczeniu usług stacjonarnych, dziennych i domowych. Podmioty wskazywały również kategorie usług, które ich zdaniem mogłyby być uruchomione przy dodatkowym finansowaniu tworzenia usług. Tabela 10 przedstawia zagadnienia badawcze, które stały się przedmiotem analizy w tym obszarze.

Tabela 10. Zagadnienia dotyczące zakresu usług oferowanych obecnie w gminach oraz potencjału ich rozszerzenia przyszłości (OPS, CUS, PCPR)

Badana grupa	Cel badania
Zagadnienia dotyczące stanu realizacji usług na terenie powiatów i gmin oraz możliwości ich rozwoju	DEMOGRAFIA I POTRZEBY ODT • Profil i charakter placówki, charakterystyka klientów • Demografia gminy i zapotrzebowanie na usługi ODT • Liczba osób objętych usługami ODT różnego typu • Ocena zapotrzebowania na usługi ODT na terenie gminy / powiatu • Ocena stanu psychofizycznego osób, które korzystają z ODT w ostatnich latach • Ocena powodów niesamodzielności mieszkańców • Wykorzystywane narzędzia do diagnozowania lokalnego środowiska przez OPS/CUS/PCPR OSOBY KORZYSTAJĄCE Z RÓŻNYCH USŁUG • Liczba osób kierowanych do pobytu w DPS i ich struktura • Liczba osób, które opuściły placówki stacjonarne lub mają taki potencjał • Liczba osób korzystających z usług środowiskowych • Liczba osób, dla których wskazane jest potencjalne uzyskiwanie wsparcia i świadczenia usług stacjonarnie • Liczba osób, dla których wskazane jest świadczenie usług w środowisku – potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu nieobjęte usługami w środowisku – ocena skali • Ocena możliwości powrotu osób przebywających w placówkach stacjonarnych do środowiska • Sposób pozyskiwania informacji o osobach potrzebujących usług ODT • Istotność różnych kanałów informacji dla podejmowania decyzji o przyznaniu wsparcia • Ocena poziomu wiedzy osób zgłaszających się po wsparcie i ich rodzin w zakresie oferty ODT w gminie • Przyczyny niezaspokajania zgłaszanych przez mieszkańców potrzeb • Działania podejmowane przez jednostkę w celu utrzymania lub zwiększenia samodzielności osób przebywających w placówkach i korzystających z innych form wsparcia ODT

	• Formy wsparcia dla rodzin dostępne w gminach • Działania o charakterze profilaktycznym, pozwalające na utrzymanie mieszkańca w środowisku (w tym miejscu zamieszkania) • Instrumenty wsparcia pozafinansowego wsparcia (np. grupy wsparcia, kampanie społeczne, szkolenia i webinaria dla opiekunów nieformalnych), telefon zaufania, porady prawne, wsparcie psychologiczne i inne • Dominujący model odpłatności za usługi środowiskowe KADRY JEDNOSTEK I INFRASTRUKTURA • Liczba pracowników z podziałem na stanowiska (jednostka) • Liczba etatów i inne formy zatrudnienia (jednostka) • Liczba pracowników zaangażowanych do realizacji usług świadczonych w społeczności lokalnej (kadra merytoryczna) • Obszary, w których występują braki kadrowe • Szkolenia realizowane dla kadry w jednostce – obszary • Braki kadr w zakresie kompetencji i potrzebne szkolenia • Infrastruktura do realizacji usług – stan obecny i potencjał ZAKRES REALIZOWANYCH USŁUGI SPOSOBY REALIZACJI • Pełny zakres realizowanych obecnie usług stacjonarnych, dziennych i środowiskowych w gminie – katalog wszystkich dostępnych usług niezależnie od świadczącego podmiotu (publiczny, prywatny, sektor ochrony zdrowia, sektor pomocy społecznej, sektor pozarządowy) • Usługi, do których dostęp jest utrudniony lub niemożliwy • Przyczyny utrudnionej dostępności do usług świadczonych w społeczności lokalnej w zakresie opieki długoterminowej • Sposób realizacji usług (samodzielnie, zlecenia, inne) • Ocena wpływu zasobów kadrowych i finansowych na zakres i poziom usług realizowanych obecnie • Ocena pokrycia zapotrzebowania na usługi ODT • Bariery realizacji usług – charakterystyka • Zakres informacji dostępnej dla mieszkańców na temat usług w gminie SIEĆ PODMIOTÓW OFERUJĄCYCH USŁUGI ODT W GMINIE • Podmioty instytucjonalne funkcjonujące na terenie gminy, które są włączone w łańcuch realizacji usług ODT • Diagnoza lokalnego środowiska wsparcia przez OPS/CUS/PCPR – poziom współpracy i koordynacji usług w sektorze pomocy społecznej oraz międzysektorowo • Sposoby koordynacji usług w zakresie ODT na terenie gminy
--	--

Źródło: opracowanie własne

- **Ankieta dla przedsiębiorstw realizujących usługi medyczne koncentrowała się z kolei na potencjale placówek tego typu.** Mają one różny rozmiar i charakter, od osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą np. w zakresie realizowania domowych usług pielęgniarских, po rozbudowane placówki świadczące szeroki zakres usług dla mieszkańców. Istotność tej grupy w szacowaniu dotyczy możliwości rozszerzenia usług w zakresie pielęgniarской opieki domowej, choć można wyobrazić sobie również potencjał tych podmiotów w zakresie wsparcia rehabilitacyjnego czy fizjoterapeutycznego osób niesamodzielnych, a także tworzenia dziennych miejsc pobytu, miejsc opieki wytchnieniowej, usług sanatoryjnych czy innych usług dla osób niesamodzielnych.

69	Liczba pytań w kwestionariuszu szacowania opracowanym dla OPS/CUS/PCPR, z czego znaczną część stanowiły pytania wymagające podania precyzyjnych danych
----	--

- Efektem takiego podejścia były **rozbudowane kwestionariusze badawcze**, wymagające przedstawienia **konkretnych, precyzyjnych danych** dotyczących obecnych odbiorców usług, zakresu świadczonych usług, liczby pracowników, kosztów usług, posiadanej infrastruktury, osób usamodzielnionych itp. W efekcie, ankieta dla DPS oraz podmiotów świadczących usługi całodobowe liczyła 68 pytań, ankieta dla OPS/CUS/PCPR – 69 pytań, zaś ankieta dla ZOL oraz ZPO – 57 pytań. Wypełnienie ankiety wymagało uprzedniego zgromadzenia potrzebnych danych, dlatego kwestionariusze szacowania zostały udostępnione placówkom w formie pdf na stronach www, na których umieszczono również narzędzie badawcze.
- **Należy zaznaczyć, że pomimo precyzyjnych instrukcji szacowanie sprawiło jednostkom spore trudności, zwłaszcza w obszarze zagadnień dotyczących klientów oraz oceny potencjału rozwoju usług.** W trakcie badania pojawiało się ze strony podmiotów wiele pytań dotyczących kwestii, które powinny być im w praktyce dobrze znane. Część podmiotów zaśnaniała się brakiem danych, chociaż powinna nimi dysponować (sytuacje te dotyczyły głównie PCPR). Potwierdziło to wyniki wcześniejszych badań, że JOPS na poziomie gmin w ograniczonym stopniu dysponują obrazem sytuacji, opartym o dane i badania potrzeb¹¹. W szacowaniu, które miało charakter procesu kluczowego strategicznie, choć nieobowiązkowego, mimo wielokrotnych monitów i wielokrotnego kontaktu wzięła tylko część podmiotów z sektora zdrowia (ZOL/ZPO oraz podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami, dawniej NZOZ). Utrudnia to sformułowanie wniosków obejmujących całość sektora ODT w regionie, choć pozwala już zidentyfikować główne trendy.

¹¹ M.in. wnioski z „Ogólnopolskiej diagnozy deinstytucjonalizacji usług na terenie 16 województw Polski”, Uczelnia Korczaka 2024, rozdział dot. analiz strategicznych, s. 79-94

- **Dopełnieniem badania było badanie jakościowe – zogniskowane wywiady grupowe FGI.** Uczestnicy wywiadów, reprezentujący OPS i CUS mogli wypowiedzieć się na temat m.in. potrzeb i problemów związanych z rozwojem usług środowiskowych w systemie pomocy społecznej. Wywiady te pozwoliły na uzyskanie obrazu wykraczającego jedynie poza zaplanowane pytania. **Pojawiło się w nich wiele oczekiwań, uwag, pomysłów, inspiracji w kontekście procesu rozwoju środowiskowych usług opieki długoterminowej.** W kwestionariuszach wzięło udział 48 na 145 działających w regionie OPS i CUS (33% wobec zakładanych w założeniach badania 20%). Wskaźniki udziału w badaniu przedstawia Tabela 11.

Tabela 11. Wskaźnik partycypacji placówek w szacowaniu w podziale na rodzaj placówki

	Badana grupa	Liczba placówek	Liczba ankiet	Odsetek
I	Kierownictwo domów pomocy społecznej (DPS)	49	49	100%
II	Kierownictwo całodobowych placówek wsparcia w regionie	29	7	24%
III	Kierownictwo schronisk dla osób	17	10	59%
IVa	Osoby zarządzające ośrodkami pomocy społecznej, centrami usług społecznych	145	119	82%
IVa	Osoby zarządzające ośrodkami pomocy społecznej, centrami usług społecznych – wywiady grupowe (FGI)	145	48	33%
IVb	Osoby zarządzające powiatowymi centrami pomocy rodzinie	19	11	57%
V	Kierownictwo Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych oraz Zakładów Pielęgniarsko–Opiekuńczych	25	12	48%
VI	Osoby prowadzące podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami, d. NZOZ	89 ¹²	13	x

Źródło: opracowanie własne

- **W szacowaniu wzięło udział 100% domów pomocy społecznej, czyli objęło ono wszystkie placówki w regionie.** Należy zaznaczyć, że ze względu na szczegółowość szacowania część placówek opieki stacjonarnej miało problemy ze zgromadzeniem pewnych kategorii danych. Kłopoty sprawiło np. szacowanie kosztów organizacji pobytu w placówkach (koszt ponoszony na daną osobę). Generalnie jednak placówki dysponują szczegółowymi danymi oraz mają wyraziste opinie dotyczące możliwości rozwoju poszczególnych kategorii usług.

¹² Zaznaczyć należy, że jest to jedynie liczba wyjściowa, dostępne krajowo i regionalnie dane nie pozwalają określić rzeczywistej liczby placówek istotnych w tym obszarze dla świadczenia usług w zakresie opieki długoterminowej.

100%

Szacowanie potencjału rozwoju opieki długoterminowej w regionie kujawsko-pomorskim objęło 100% domów pomocy społecznej w regionie (49 placówek)

- Znacznie większe problemy z zakresem i poziomem szczegółowości ankiet zgłaszały jednak OPS i CUS. **Jak się okazuje, nie patrzą one dostatecznie szeroko na zakres usług oferowanych na rynku.** W badaniach FGI kilkoro reprezentantów ośrodków pomocy społecznej i centrów usług społecznych stwierdziło wręcz, że „zaskoczyła ich szerokość perspektywy spojrzenia na usługi społeczne: *„nigdy wcześniej nie patrzyli w tak szczegółowy sposób”*, *„nie spotkali się z tak szeroką szczegółowością wszystkich aspektów usług”*.
- **Strategiczne spojrzenie na całe pole dostępnych w gminie usług jest dla wielu jednostek wyzwaniem.** Nie dostrzegają one całego wachlarza usług oferowanych w gminie jako koszyka świadczeń, trudno im w związku z tym zidentyfikować luki. Jak zostanie omówione w szczegółowych wynikach badania, część podmiotów wydaje się również nie posiadać odpowiednio szerokiego spojrzenia na zakres swojej działalności.
- Rezultat badania (129 na 145 placówek) należy uznać za satysfakcjonujący i znacznie wyższy niż w analizach tego rodzaju, ale należy zwrócić uwagę na fakt, że w badaniu nie wzięły udziału placówki z mniejszych gmin, w których kompetencje strategiczne i analityczne mogą być na niskim poziomie. Także badanie FGI pokazuje, że w regionie są placówki „różnych prędkości”, od bardzo dobrze radzących sobie oglądem potrzeb po takie, które mają w tym obszarze trudności.

129

Szacowanie potencjału rozwoju opieki długoterminowej w regionie objęło 129 OPS i CUS – kluczowych dla rozwoju usług w środowisku

- **Należy również podkreślić, że o ile domy pomocy społecznej podeszły do badania w sposób zdyscyplinowany (z nielicznymi wyjątkami), to nie da się tego powiedzieć o pozostałych grupach podmiotów.** Szacowanie nie było obowiązkowe – podmioty nie miały formalnego obowiązku udziału w badaniu ani wynikającego z przepisów nakazu – mogły wziąć w nim udział lub nie. Mimo wielokrotnych ponagleń i wysyłek przypomnień znaczna część OPS i PCPR nie wzięła udziału w badaniu. Część podmiotów zignorowała badania, mimo wyraźnego przestania, że będzie ono podstawą do podejmowania strategicznych działań dotyczących bezpośrednio gmin. W ostatniej fazie badania uprzedzano nawet oporne OPS, że o zignorowaniu badania zostaną poinformowane bezpośrednio władze samorządowe powiatu lub gminy – i to działanie przyniosło jednak ograniczone rezultaty. Można zatem mówić o **niskim**

poziomie responsywności JOPS, a także o bardzo niskim poziomie kultury gromadzenia danych w części z nich. O tym z kolei świadczyły częste maile i telefony, w którym kierownicy podmiotów informowali, że „*nie mają obowiązku gromadzenia takich danych*”, „*nie interesują się takimi danymi*”, „*nie mają wiedzy i nie jest to ich priorytet*”.

- **Responsywność pozostałych grup badawczych również uzyskała różny poziom.**

W grupie schronisk dla osób w kryzysie bezdomności w badaniu wzięło udział 11 na 17 schronisk (59%). Część placówek również miała problem z dokonaniem szacowania potencjału rozwoju usług w środowisku. Z kolei w grupie ZOL/ZPO, podmiotów podlegających sektorowi ochrony zdrowia, na ankiety badawcze odpowiedziało 12 na 25 działających w regionie podmiotów (48%). Funkcjonują one najczęściej w obrębie szpitali, w tym przypadku wyzwaniem było zatem oszacowanie kosztów działania oraz potencjału zwiększenia liczby świadczonych usług. Jak się wydaje, badania zakładów opiekuńczo-leczniczych nie są prowadzone zbyt często. Responsywność w tej grupie należy uznać za wysoką.

48%	Odsetek Zakładów Opiekuńczo- Leczniczych oraz Zakładów Pielęgniarsko-Opiekuńczych, które uczestniczyły w analizie
13	Liczba podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami, które wzięły udział w ankiecie potencjału rozwoju usług w środowisku w regionie

- Badanie potencjału podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami (dawniej Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej) **następowało trudności ze względu na niedostępność aktualnych baz podmiotów oraz zróżnicowany charakter**. Podstawą do zaproszenia podmiotów do badania były rekordy zawarte w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Ministerstwa Zdrowia¹³. Z rejestru wybrano podmioty, które prowadzą działalność leczniczą w regionie i oferują usługi dla osób starszych i niesamodzielnych. Na tej podstawie powstała baza licząca 89 podmiotów. Część z podmiotów nie posiada aktualnych telefonów, stron internetowych oraz możliwości kontaktu mailowego. Należy przypuszczać, że część z nich to podmioty prowadzące działalność jednoosobową, być może już zawieszoną. W ankiecie wzięło udział 13 podmiotów, jednakże biorąc pod uwagę niską reprezentatywność bazy trudno określić punkt odniesienia do określenia poziomu responsywności.
- Na relatywnie niskim poziomie był również udział w badaniu podmiotów klasyfikowanych jako **całodobowe placówki wsparcia w regionie**, czyli prywatnych

¹³ Strona <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rejestr-podmiotow-wykonujacych-dzialalnosc-lecznicza>

placówek oferujących usługi całodobowe. Baza tych podmiotów w regionie liczy 29 placówek, w ankietach wzięło udział 7 placówek (24%). Placówki te często nie czują się częścią formalnego systemu, rzadko również są traktowane jako jego istotny element, mniej chętnie biorą udział w badaniach, koncentrując się na świadczeniu usług. Niemniej, przegląd tych podmiotów zapewnił cenny wgląd w ich potencjał oraz pozwolił na zaznaczenie ich podejścia do rozwoju usług społecznych w środowisku, w którym funkcjonują.

- Podsumowując, **responsywność podmiotów pokazuje, że ich poziom identyfikacji z priorytetami opieki długoterminowej jest na różnym poziomie** – od bardzo wysokiego w przypadku domów pomocy społecznej po bardzo niską w przypadku podmiotów niepublicznych oferujących usługi stacjonarne oraz podmiotów leczniczych. Jest to związane z rozproszeniem systemu i brakiem poczucia, że podmioty te realizują w regionie jeden wspólny cel – zapewnienie osobom starszym, niesamodzielnym, z niepełnosprawnościami komplementarnych form wsparcia i opieki, które pozwalają im jak najdłużej przebywać w środowisku. Sytuacja ta stanowi odzwierciedlenie rozproszenia i fragmentaryzacji systemu ODT w Polsce, opisanego w kolejnym rozdziale *„Opieka długoterminowa w Polsce – stan obecny i wyzwania”* i jest pochodną czynników strukturalnych.
- Raport z szacowania opracował Zespół Badawczy w składzie: **prof. Mirosław Grewiński (kierownik zespołu badawczego), dr Joanna Lizut, dr Ewelina Zdebska, Paweł Rabiej**, reprezentujący **Uczelnię Korczaka – Akademię Nauk Stosowanych** oraz związani naukowo z **Polskim Towarzystwem Polityki Społecznej**, organizacją polityków społecznych o liczącej 100 lat tradycji. Zespół posiada szerokie doświadczenie w realizacji badań społecznych oraz badań deinstytucjonalizacji. Członkowie zespołu zrealizowali i zredagowali m.in. *„Ogólnopolską diagnozę deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 regionów Polski”* (2024), przeprowadzoną na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu – najbardziej obszerne i największe do tej pory badanie procesów deinstytucjonalizacji w Polsce.

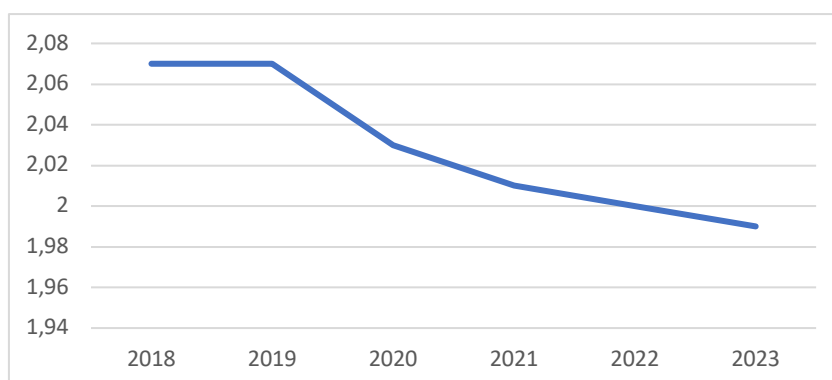
IV. Usługi społeczne w regionie i strategia ich rozwoju

W województwie kujawsko-pomorskim zamieszkuje ponad 5% populacji kraju. Region przechodzi te same procesy społeczne, co pozostałe województwa (m.in. depopulacja, starzenie się mieszkańców, rosnący popyt na usługi). Regionalna strategia społeczna koncentruje się obecnie na deinstytucjonalizacji i rozwoju usług w środowisku. Priorytetami są: rozwój usług domowych, ośrodków dziennych, rozwój teleopieki i opieki wytnienkowej, zapewnienie domowych usług pielęgnarskich, wsparcie rodzin opiekujących się osobami z chorobami otępiennymi. Obecny dostęp do usług społecznych można ocenić jako dobry, lecz niewystarczający.

CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNA REGIONU

- Województwo kujawsko-pomorskie leży w północno-centralnej części kraju. Dzieli się na 144 gminy oraz 19 powiatów. Na terenie regionu jest 56 miast, z czego 4 to miasta na prawach powiatu. Liczba gmin miejskich wynosi 17, gmin miejsko-wiejskich 39, a gmin wiejskich – 88.
- Populacja regionu, podobnie jak w latach poprzednich, stanowi ok. 5,3% ogółu ludności Polski. **Liczba ludności maleje, a według prognoz tempo to będzie szybsze niż średnia dla całego kraju (Wykres 1).** Według stanu na 31 grudnia 2023 r. liczba ludności województwa zmniejszyła się w skali roku o 10,9 tys. osób (o 0,5%), tj. do 1,996 tys. W odniesieniu do stanu z 2015 r. odnotowano spadek liczby ludności o 4,3%. W 2023 r. 57,9% ludności województwa zamieszkiwała miasta. W ogólnej liczbie mieszkańców nieznacznie przeważały kobiety, których odsetek w populacji w końcu grudnia 2023 r. wyniósł 51,6%.

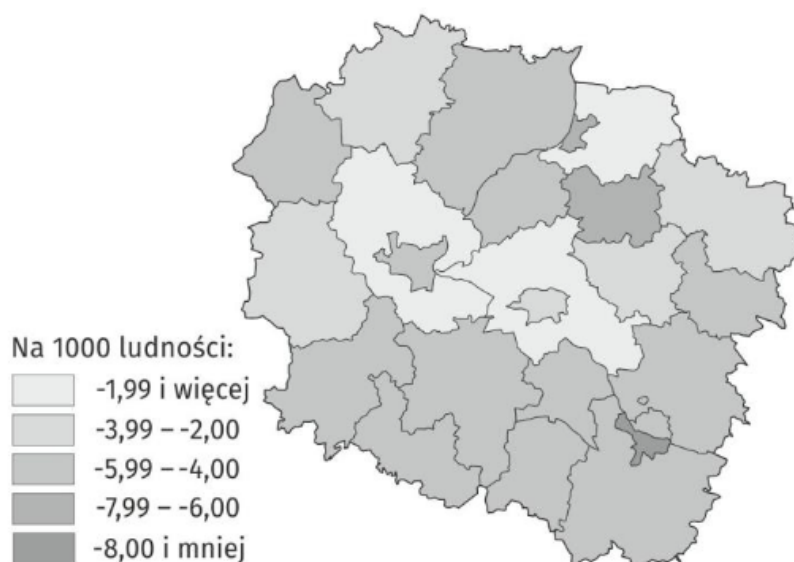
Wykres 1. Liczba ludności w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2018-2023



Źródło: GUS, 2018-23

- Współczynnik przyrostu naturalnego na 1000 mieszkańców regionu jest ujemny (-4,6 w pierwszym półroczu 2024), co oznacza przewagę liczby zgonów nad liczbą urodzeń w regionie. Obserwowane jest **zmniejszanie się współczynnika dzietności** z 1,314 w 2021 r. na 1,223 w roku 2022 r., co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) przypadało 122 urodzonych dzieci. Najbardziej wyludniające się powiaty w regionie są położone w jego południowej części (Rys. V). Według prognozy GUS, co roku do 2060 r. będzie utrzymywał się w regionie ujemny przyrost naturalny. Do 2060 r. jedynie w latach 2035-2041 prognozowany jest wzrost liczby urodzeń rok do roku. Natomiast prognozowana liczba zgonów do 2045 r. oraz w 2058 r. rok do roku ma wzrastać.

Rys. 5. Ujemny przyrost naturalny w regionie
– sytuacja demograficzna w powiatach



Źródło: GUS, 2023

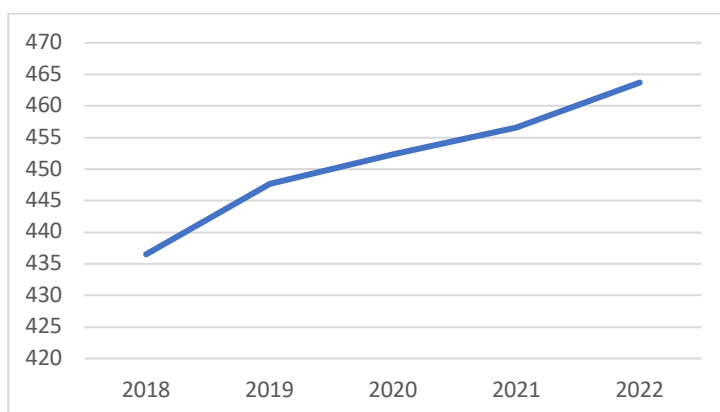
- **Procesy związane ze starzeniem się ludności obrazują wskaźniki obciążenia demograficznego.** Jednym z nich jest stosunek ludności w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym. Współczynnik ten rośnie rokrocznie od 2010 r. W 2023 r. przypadało 71,6 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym, na koniec czerwca 2024 r. wyniósł on 72. Według prognozy wartość współczynnika zwiększy się w 2040 r. do 78,6, a w 2060 r. osiągnie 105,9.

72	Współczynnik obciążenia demograficznego w regionie kujawsko-pomorskim: na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 72 osoby w wieku nieprodukcyjnym
75+	Liczba mieszkańców w wieku 75+ w regionie kujawsko-pomorskim wyniosła w 2022 r. ponad 1243 tys., co stanowiło ponad 1/3 populacji osób w wieku poprodukcyjnym

25%	Tyle wyniesie odsetek osób w wieku 65+ w strukturze populacji regionu w 2040 r. według prognoz długoterminowych GUS
20,2%	Współczynnik starości demograficznej w regionie – udział osób w wieku 65+ w ogólnej liczbie ludności w regionie

- W 2023 r. grupa ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się o 8,1 tys. osób do 465 tys. osób (Wykres 2), a jej udział w ogólnej liczbie ludności regionu wzrósł o 0,5 p. proc. Liczba osób w wieku poprodukcyjnym sukcesywnie w regionie rośnie. Według prognozy GUS na 2040 r. nastąpi pogłębienie procesu starzenia się ludności. Zmiany zachodzić będą zarówno w miastach, jak i na wsiach, przy czym tempo tych zmian będzie szybsze na terenach wiejskich.

Wykres 2. Liczba osób w wieku poprodukcyjnym w latach 2018-2022



Źródło: GUS, 2023

- Współczynnik starości demograficznej**, określający udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności zwiększa się w regionie od 2011 r. W 2023 r. w stosunku do roku poprzedniego jego wartość wzrosła o 0,6 p. proc. do 20,2%. Według prognoz demograficznych wartość współczynnika ma wzrosnąć o 5,6 p. proc. w końcu 2040 r. i o 13,6 p. proc. w końcu 2060 r. Oznacza to, że w 2040 r. liczba osób w wieku 65+ w strukturze ludności przekroczy 25%.
- Według danych z Narodowego Spisu Powszechnego 2021, na terenie województwa w 2021 r. zamieszkiwało 301 750 Osób z niepełnosprawnościami (OzN), blisko **15% ludności województwa ogółem**. W stosunku do danych ze spisu w 2011 r., liczba osób z niepełnosprawnościami wzrosła o 14%. Ponad 163 tys. to osoby w wieku poprodukcyjnym. W grupie OzN **dominują osoby z niepełnosprawnością umiarkowaną** (83 tys. osób), OzN z niepełnosprawnością w stopniu znacznym to 55,8 tys. osób.

- Ze świadczeń pomocy społecznej korzysta w regionie 5,1% mieszkańców (spadek w porównaniu z 2022 r. o 0,2 p.p.). W liczbach bezwzględnych, w 2023 r. **ośrodki pomocy społecznej w regionie udzieliły świadczeń 48,9 tys. rodzin** (spadek o 1386 rodzin w porównaniu z poprzednim rokiem). Pomoc otrzymało 103278 osób w rodzinach objętych wsparciem, co oznacza spadek o 3931 osób w stosunku do poprzedniego roku.
- Wydatki poniesione przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej (JOPS) związane z wykonywaniem zadań w obszarze udzielanej pomocy i wsparcia dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, różnych form wsparcia, programów i projektów wyniosły w regionie 2,9 mld zł. Zadania z zakresu pomocy społecznej realizują jednostki organizacyjne pomocy społecznej (JOPS), jednostki samorządu terytorialnego (JST), podmioty ochrony zdrowia, urzędy pracy, organizacje pozarządowe (NGO), podmioty ekonomii społecznej (PES). Wyzwaniem pozostaje jednak zakres współpracy międzysektorowej. 49 gmin z regionu (34%) wskazało, iż nie współpracuje z organizacjami pozarządowymi, nawet w formie pozafinansowej (OZPS 2023).

34%	Odsetek gmin z regionu kujawsko-pomorskiego, które nie współpracują w zakresie realizacji usług społecznych z organizacjami pozarządowymi, nawet w formie pozafinansowej
-----	--

- Konkludując, sukcesywny wzrost udziału osób starszych oraz OzN w populacji regionu, w tym szybkie tempo wzrostu odsetka osób w wieku 80+ powoduje konieczność podejmowania w regionie **działań skierowanych na rozwój całodobowego wsparcia instytucjonalnego w formie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku**, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania i nie ma możliwości usamodzielnienia ich w przyszłości oraz wsparcia instytucjonalnego w formie miejsc pobytu krótkookresowego.

15%	Odsetek osób z niepełnosprawnościami zamieszkujących na terenie województwa kujawsko-pomorskiego według wyników spisu powszechnego w 2021 r.
48,9	Tyle tysięcy rodzin zamieszkujących region kujawsko-pomorski skorzystało ze świadczeń społecznych oferowanych przez ośrodki pomocy społecznej
2,9	Wydatki (w mld zł) jednostek organizacyjnych pomocy społecznej na wykonywanie zadań własnych i zleconych związanych w zakresie pomocy i wsparcia na terenie regionu

1. GŁÓWNE KIERUNKI WSPARCIA OSÓB STARSZYCH I NIESAMODZIELNYCH

- Kierunki strategii regionu w zakresie polityki społecznej określa „Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030”¹⁴. Głównym celem polityki społecznej jest **zwiększenie jakości życia mieszkańców poprzez zaspokojenie ich potrzeb społecznych oraz wzmocnienie ich kapitału i potencjału**. Region planuje osiągnąć założenia dzięki optymalnemu wykorzystaniu zasobów instytucji z obszaru polityki społecznej i współpracujących z nimi podmiotów z pozostałych sektorów oraz wdrożeniu w sposób zrównoważony idei deinstytucjonalizacji usług społecznych, tak by większość usług mogła być świadczona w środowisku osoby potrzebującej wsparcia, najbliżej jej miejsca zamieszkania.
- „Strategia...” charakteryzuje następujące trendy kluczowe dla planowania interwencji społecznych w najbliższych latach: 1) spadek liczby ludności województwa, 2) zmiana struktury demograficznej ludności, 3) dynamiczny wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej, 4) wzrost współczynnika wsparcia międzypokoleniowego, 5) wydłużenie czasu trwania życia ludzkiego, 6) feminizację i singularyzację starości, którym towarzyszy proces wyludniania się małych miast i obszarów wiejskich.

90	Tyle gmin korzysta obecnie z teleopieki oferowanej przez region („Kujawsko-Pomorska Teleopieka”), liczba użytkowników osiągnie w 2023 r. 3,5 tys. osób
80%	Odsetek gmin w regionie, które posiadają infrastrukturę pozwalającą na aktywizację osób starszych, co sprzyja utrzymaniu samodzielności i relacji społecznych

- Strategia wskazuje, że stały wzrost osób w wieku poprodukcyjnym w województwie wymaga dalszego rozwoju usług opiekuńczych w regionie. Priorytetem regionu w zakresie wsparcia osób starszych, według strategii oraz oceny zasobów pomocy społecznej, są:
 - rozwój usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania: liczba osób objętych usługami stale rośnie, ale nadal nie we wszystkich gminach realizowane były usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania;
 - możliwość skorzystania z oferty ośrodków wsparcia dziennego (m.in. dziennych domów pomocy/pobytu), które dzięki m.in. środkom unijnym rozwijają się w gminach województwa – wyzwanie stanowi jednak trwałość ich funkcjonowania;

¹⁴ Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030, <https://www.rops.torun.pl/strategie-i-programy/strategia-polityki-spoecznej/do-roku-2030/strategia-polityki-spoecznej-wojewodztwa-kujawsko-pomorskiego-do-roku-2030>

- wykorzystanie potencjału teleopieki – projekt „Kujawsko-Pomorska Teleopieka” jest realizowany od 2018 r., ale korzysta z niej obecnie ok. 90 gmin (z teleopieki od innych dostawców korzysta 15 gmin);
 - zapewnienie opieki wytchnieniowej, co pozwala na wsparcia opiekunów faktycznych w ich codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa;
 - rozwój usług domowej/pielęgniarskiej opieki długoterminowej – podobnie jak usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania nie rozwijają się w sposób zadowalający (jednocześnie stanowią one podstawowy filar procesu DI);
 - profilowanie dziennych domów pobytu (DDP) ze względu na wzrost populacji osób starszych i związanego z tym zwiększającego się środowiska osób z chorobą demencyjną;
 - utrzymanie potencjału domów pomocy społecznej;
 - aktywizacja seniorów – w regionie przybywa gmin, na terenie których funkcjonują placówki aktywizujące seniorów (kluby, świetlice), jednak ich przyrost jest na niskim poziomie. Nadal blisko 20% gmin nie dysponuje infrastrukturą aktywizującą osoby starsze (kluby/świetlice dla seniorów).
- Strategia regionalna jako istotny priorytet wskazuje również wsparcie osób z niepełnosprawnościami (OzN). W ciągu dekady 2012-2021 liczba osób z niepełnosprawnościami w województwie znacznie wzrosła, choć stan infrastruktury placówek wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami w ostatnich latach pozostaje niemal na tym samym poziomie.
 - W zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami (OzN), do priorytetowych celów regionu należą:
 - rozwój infrastruktury w ramach m.in. warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej, mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego;
 - zwiększenie dostępności usług asystenta dla osób z niepełnosprawnościami, które uzupełniają usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i działalność ośrodków wsparcia dziennego – mimo wzrostu liczby organizacji pozarządowych realizujących resortowe programy związane z rozwojem tych usług, ich skala jest niewystarczająca.
 - Rekomendacje sformułowane w Ocenie Zasobów Pomocy Społecznej z 2023 r.¹⁵ (dalej OZPS) dotyczą następujących kierunków działań związanych z rozwojem wsparcia dla osób starszych oraz OZN:

¹⁵ „Ocena zasobów Pomocy Społecznej w województwie kujawsko-pomorskim za 2023 rok”, <https://www.rops.torun.pl/badania-i-analizy/opracowania/bilans-potrzeb-ozps/file/876-ocena-zasobow-pomocy-spoolecznej-w-wojewodztwie-kujawsko-pomorskim-za-rok-2023>

- podejmowanie działań na rzecz diagnozy w gminach zapotrzebowania na wsparcie w formie usług opiekuńczych;
- realizowanie programów, których celem jest wsparcie osób niesamodzielnych i ich rodzin usługami opiekuńczymi lub asystenckimi, m.in. poprzez programy rządowe: „Opieka 75+”, „Opieka wytchnieniowa” i „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”);
- rozwój katalogu różnorodnych form usług opiekuńczych (ogólnych, specjalistycznych, alternatywnych) w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach dziennych w gminach województwa kujawsko-pomorskiego;
- utrzymanie bieżących DDP oraz wsparcie ich powstawania, w szczególności w gminach, w których sytuacja jest najmniej korzystna pod względem dostępności wsparcia dla seniorów;
- dalszy rozwój teleopieki, uruchomienie usługi teleopieki we wszystkich gminach województwa kujawsko-pomorskiego, m.in. poprzez projekt „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”;
- wsparcie opiekunów nieformalnych poprzez zwiększenie dostępności katalogu form wsparcia opiekunów, w tym działań szkoleniowych i doradczych oraz najbardziej pożądanej formy, jaką jest opieka wytchnieniowa;
- realizacja programów rządowych m.in. „Opieka wytchnieniowa”;
- podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr opiekuńczych, m.in. poprzez promocję zawodów pomocowych, zwłaszcza w obszarze opiekuńczym i ODT,
- organizację kursów zawodowych pozwalających na pozyskanie kwalifikacji oraz działań szkoleniowych podnoszących kompetencje kadr opiekuńczych; przygotowanie specjalistycznych kadr do świadczenia usług dla osób z chorobą demencyjną;
- zwiększenie miejsc całodobowego wsparcia w modelu deinstytucjonalizacji – rozwój infrastruktury, w tym m.in. mieszkań wspomaganych, centrów opiekuńczo-mieszkalnych, rodzinnych domów pomocy poprzez wykorzystanie zewnętrznych źródeł finansowania przeznaczonych na ten cel;
- rozwój usług asystenta OzN, poprzez rozpowszechnienie informacji i zachęcenie JST oraz organizacji pozarządowych w regionie do aplikowania o środki finansowe przeznaczone na wdrażanie tej formy wsparcia (m.in. ze środków budżetu państwa), kształcenie kadry na asystentów osób z niepełnosprawnościami.

5,1%

Odsetek osób korzystających z pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim od kilku lat spada: w 2019 r. było to 6.9% wszystkich mieszkańców regionu

2. POTENCJAŁ INSTYTUCJONALNY I USŁUGI

- **Aktualny potencjał instytucjonalny pomocy społecznej przedstawia Tabela 12.**
W regionie funkcjonuje obecnie 49 domów pomocy społecznej, 25 zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 17 schronisk dla bezdomnych, 29 placówek zapewniających opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. Rozwój usług społecznych koordynuje 19 powiatowych centrów pomocy rodzinie, 140 ośrodki pomocy społecznej oraz 5 centrów usług społecznych.

Tabela 12. Liczba jednostek organizacyjnych zapewniających pomoc i wsparcie osobom niesamodzielnym w regionie

Rodzaj jednostki	Liczba
Domy pomocy społecznej (DPS)	49
Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) / Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)	25
Ośrodki Pomocy Społecznej (OPS, MOPS, GOPS, MGOPS)	140
Centra Usług Społecznych (CUS)	5
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR)	19
Schroniska dla bezdomnych	17
Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku	29

Źródło: OZPS za 2023

USŁUGI OPIEKI STACJONARNEJ

- Liczba domów pomocy społecznej w regionie od lat i utrzymuje się na tym samym poziomie – **49 placówek, w tym blisko 50% dedykowanych zwłaszcza seniorom**, tj. 10 placówek dla osób w podeszłym wieku oraz 14 dla przewlekle somatycznie chorych. Liczba miejsc w placówkach wynosi 3990. W 2023 r. korzystało z miejsc 4566 osób. W 2023 roku w porównaniu z rokiem poprzednim liczba miejsc w DPS uległa zwiększeniu o 8, a liczba osób korzystających zwiększyła się o 51 osób.
- Liczba miejsc przypadających na 100 tys. mieszkańców w domach pomocy społecznej wynosi w regionie 199 osób. Dostęp do usług opieki stacjonarnej świadczonej w DPS jest niższy niż w skali kraju (region uzyskał czwartą najniższą wartość wskaźnika liczby miejsc w DPS dla osób w podeszłym wieku na 1000 mieszkańców w wieku 60 lat), a wskaźnik wykorzystania miejsc w DPS dla osób w podeszłym wieku, był najwyższy wśród regionów w kraju i wyniósł 99,6%.

99,6%

Wskaźnik wykorzystania miejsc w domach pomocy dla osób w podeszłym wieku w 2022 r. – najwyższy w skali kraju

- Potrzebę **utrzymania całodobowego wsparcia instytucjonalnego w formie domów pomocy społecznej** potwierdzają także dane dotyczące czasu oczekiwania na umieszczenie w DPS. Na miejsce w placówce całodobowej (DPS) w 2023 r. oczekiwało w województwie 185 osób. W 2019 r. na umieszczenie w DPS do wszystkich 7 typów domów oczekiwało łącznie 458 osób (w tym 119 osób do DPS dla osób w podeszłym wieku). W 2019 r. czas oczekiwania na miejsce w DPS dla osób w podeszłym wieku wynosił ok. 1 roku (11 miesięcy).
- W 2023 r. funkcjonowało 16 domów pomocy społecznej dla OZN: 10 dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 3 domy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, 1 dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży, 1 dla niepełnosprawnych intelektualnie, 2 dla osób niepełnosprawnych fizycznie.
- Obecnie w regionie nie następuje znaczący rozwój **alternatywnych form wsparcia całodobowego**. Liczba placówek opieki całodobowej w rejestrze prowadzonym przez Urząd Wojewódzki wynosi obecnie 38. W porównaniu do 2022 r. liczba placówek całodobowej opieki zwiększyła się łącznie o 3 podmioty, zaś w 2023 r. powstało 5 nowych placówek. Z rejestru wykreślono w tym okresie 2 placówki. Jak podaje ocena zasobów polityki społecznej w regionie, efektywnie działa 29 placówek, dysponujących 910 miejsc.
- Alternatywą dla domów pomocy społecznej czy innych placówek usługą jest **mieszkalnictwo wspomagane**. Nowelizacja ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z 2023 r., wprowadziła nowy podział na mieszkania treningowe oraz wspomagane. W 2023 r. na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonowało 125 mieszkań, które zapewniały 299 miejsc osobom wymagającym wsparcia. W porównaniu z 2022 r. liczba mieszkań oraz miejsc zwiększyła się o 14. W regionie w 2023 r. funkcjonowały 82 mieszkania dedykowane m.in. osobom starszym, dysponujące łącznie 151 miejscami (prowadziło je 11 gmin).

82

Liczba mieszkań wspomaganych dedykowanych osobom starszym w regionie – dysponują one łącznie 151 miejscami

- Usługi stacjonarne realizują również placówki dla osób w kryzysie bezdomności. Według OZPS w 2023 r. liczba osób bezdomnych w regionie wyniosła 1643.

Według najnowszego spisu osób bezdomnych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na terenie województwa kujawsko-pomorskim w 50 gminach przebywały 1 643 osoby w kryzysie bezdomności (tj. blisko o 100 osób więcej aniżeli podczas ostatniego liczenia z 2019 r. W schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności przebywało według spisu 896 osób¹⁶.

- W regionie działa łącznie 26 placówek **zajmujących się wsparciem osób w kryzysie bezdomności** (noclegownie, schroniska, ogrzewalnie, domy noclegowe dla bezdomnych). Liczba schronisk zapewniających całodobowe wsparcie wynosi 17. Łączna liczba miejsc w schroniskach i noclegowniach w 2023 r. wynosiła 1203. W 2023 r. na jedno miejsce w schronisku lub noclegowni przypadało 1,4 osoby – wskaźnik ten zwiększył się w porównaniu z rokiem 2019, gdy wynosił 1,1. Statystyki dotyczące wieku osób w kryzysie bezdomności wskazują, że ponad 30% populacji osób bezdomnych stanowią osoby powyżej 60 r.ż. (zjawisko „bezdomności osób starszych”).

26%	W takiej części gmin w regionie dostępne są świadczenia w ramach opieki długoterminowej (w ramach ZOL/ZPO i/lub domowej opieki pielęgniarstwa)
-----	--

- Opiekę stacjonarną świadczą również zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgniarstwo-opiekuńcze. Ich liczba w regionie wynosi 25. Usługi opieki długoterminowej są dostępne w 26% gmin działających w regionie. Liczba pacjentów obejmowanych corocznie opieką w tych placówkach oscyluje w ostatnich latach wokół 3,5-3,6 tys. osób. Elementem systemu opieki stacjonarnej są również hospicja świadczące usługi stacjonarne. Ich liczba wynosi 11 (2023), działają one w 9 gminach.

USŁUGI DZIENNE

- W latach 2017 – 2019 w regionie odnotowano **znaczny wzrost liczby dziennych domów pobytu** (związany m.in. z dofinansowaniem działalności tego typu placówek w ramach RPO oraz z programu MRiPS „Senior+”). W 2019 r. działało w regionie 55 DDP (łącznie z 3 filiami). Ich liczba nieco zmniejszyła się w latach 2020-2021, w 2023 r. funkcjonuje 56 tego rodzaju placówek (Wykres 3). Liczba gmin, które oferują w nich pobyt nieco w 2023 r. spadła z 31% do 28%.

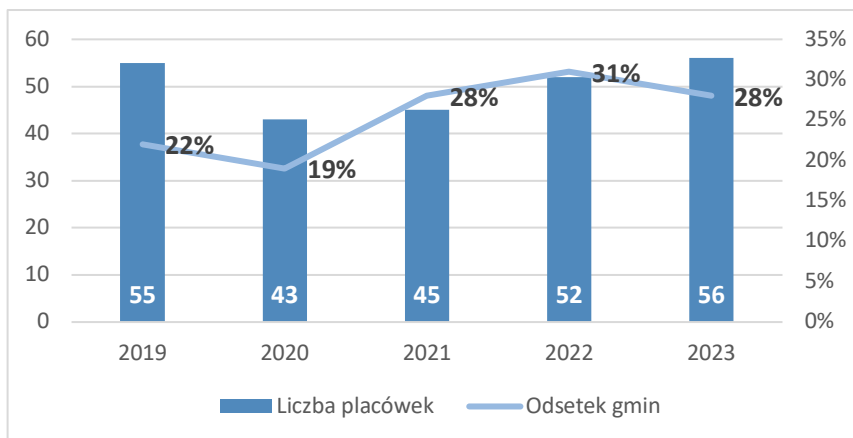
28%	Odsetek gmin w regionie, w których funkcjonowały dzienne domy wsparcia / pobytu – oznacza to, że prawie 2/3 gmin nie prowadziło dziennych domów wsparcia dla mieszkańców
-----	--

¹⁶ Ogólnopolskie Badanie Liczby Osób Bezdomnych 2024, MRiPS, <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych---edycja-2024>

1732

Liczba miejsc w placówkach dziennego pobytu funkcjonujących w regionie (55 placówek ogółem)

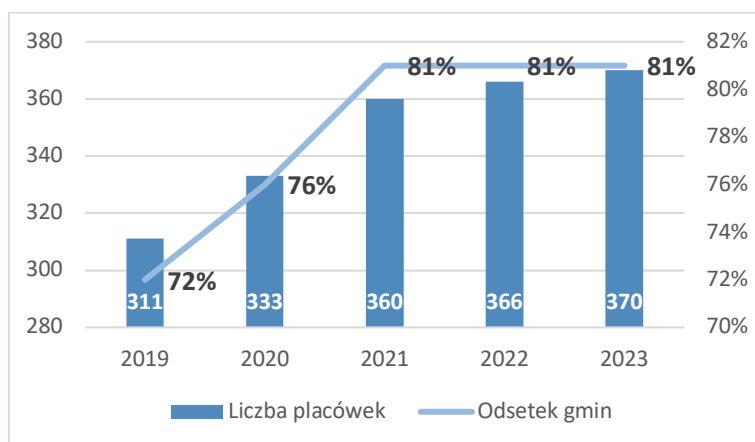
Wykres 3. Liczba dziennych domów pobytu (DDP) oraz odsetek gmin realizujących tę usługę (2023)



Źródło: OZPS, 2023

- Ostatnie lata oznaczały również **dynamiczny rozwój klubów seniora oraz świetlic**. W 2019 r. działało w regionie 311 klubów seniora i świetlic a zakres tej usługi objął 72% gmin regionu. W 2023 r. funkcjonowało w regionie 370 klubów oraz świetlic, a odsetek gmin z takimi placówkami wyniósł 81% (Wykres 4). Przez ostatnie 5 lat liczba placówek zwiększyła się o 59. Jak jednak wskazują dane zamieszczone w OZPS, od trzech lat liczba gmin, w których usługi te są prowadzone pozostaje stała. W 19% gmin nie ma takich placówek.

Wykres 4. Liczba klubów dla seniora, świetlic dla seniorów oraz odsetek gmin, w których działały takie placówki w latach 2019-2023



Źródło: OZPS, 2023

81%

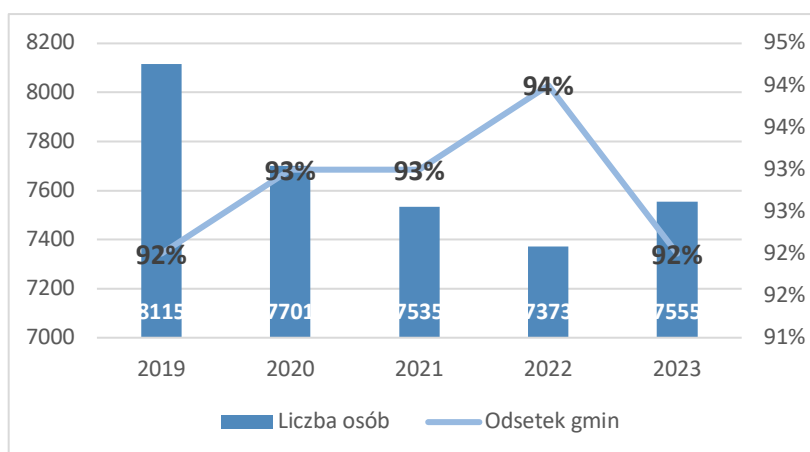
Odsetek gmin w regionie, na terenie których funkcjonują obecnie kluby i świetlice dla seniorów (117 gmin)

- W zakresie wsparcia dziennego OzN, w 2023 r. **liczba warsztatów terapii zajęciowej (WTZ) w regionie utrzymywała się na tym samym poziomie co w roku poprzednim (37 placówek)**. Działały one na terenie niemal wszystkich powiatów. W regionie na koniec 2019 r. funkcjonowało 49 środowiskowych domów samopomocy (ŚDS). Liczba zakładów aktywności zawodowej (ZAZ) wynosiła 9 i od kilku lat utrzymywała się na tym samym poziomie. W województwie funkcjonowały 3 centra integracji społecznej (CIS) oraz 24 kluby integracji społecznej (KIS).

USŁUGI DOMOWE (W MIEJSCU ZAMIESZKANIA)

- W 92% gmin regionu realizowana jest podstawowa forma wsparcia osób niesamodzielnych w środowisku w postaci **usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**. Liczba objętych tymi usługami osób wyniosła 7555 (wzrost rok do roku o 182 osoby (Wykres 5). Odnotowano nieznaczny wzrost gmin, które realizowały specjalistyczne usługi opiekuńcze, jako zadanie własne gminy (z 20 do 21 gmin). Odsetek osób objętych usługami opiekuńczymi w populacji osób w wieku poprodukcyjnym pozostaje jednak stosunkowo niski, wynosi bowiem 1,6%. Jeśli chodzi o specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUP), w 2023 r. były one oferowane jako zadanie własne gminy przez 15% gmin regionu.

Wykres 5. Odsetek gmin oferujących usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz liczba osób objętych tymi usługami latach 2019-2023



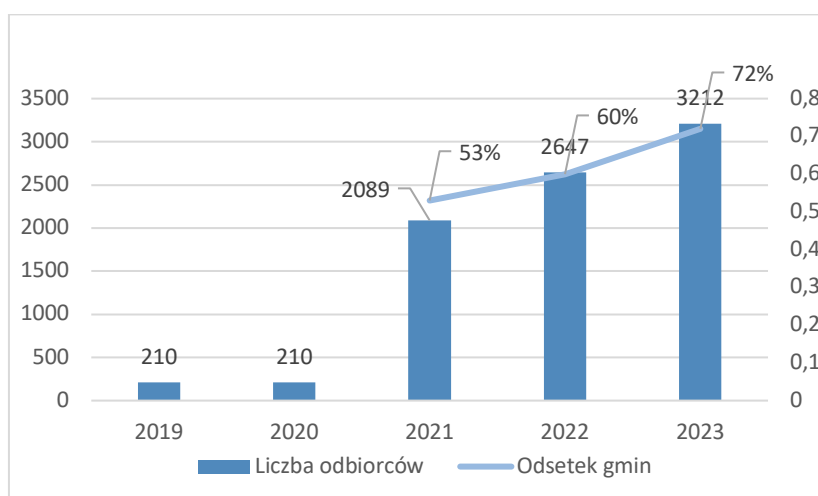
Źródło: OZPS, 2023

- W sektorze zdrowia, jak wynika z danych dostępnych dla regionu, **liczba podmiotów prowadzących pielęgniarstwo domowe długoterminowe wyniosła 63 (OZPS)**. Usługi te były dostępne w 34 gminach. Jedynie w powiecie świeckim nie świadczone

opieki długoterminowej w formie domowej opieki pielęgniarstwa. Według statystyki Ministerstwa Zdrowia, usługami pielęgniarstwa opieki domowej objęto w 2023 r. ogółem 2815 osób (wszystkie kategorie wiekowe). W kategorii osób starszych i OZN według danych ROPS było to 2339 osób.

- W 2023 r. w województwie kujawsko-pomorskim usługi asystenckie dla OzN były realizowane w ramach projektów „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” (72 gminy) oraz „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”. Łączna liczba osób niepełnosprawnych, którym przyznano usługi asystencji osobistej w województwie wyniosła 1888. Usługi asystenckie w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami- edycja 2023”, były realizowane przez 5 organizacji pozarządowych.
- W regionie intensywnie rozwijają się w regionie usługi **teleopieki dla osób niesamodzielnych**. Są one realizowane m.in. w ramach projektu pn. „Kujawsko-Pomorska Teleopieka” i programu „Korpus Wsparcia Seniorów”. W ramach projektu pn. „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”, w 2023 r. wsparciem objęte było 3213 mieszkańców 88 gmin województwa kujawsko-pomorskiego (61%). Program o charakterze ogólnoregionalnym zapewnia opaski alarmowe wraz z usługami wsparcia sąsiedzkiego, rozwijane są również dodatkowe elementy (m.in. komponent medyczny). W 15 gminach województwa usługa teleopieki była realizowana z innych źródeł. **Ogółem w regionie usługa ta w 2023 r. była realizowana na terenie 103 gmin (na 144), co należy uznać za wysoki wskaźnik pokrycia usługami (Wykres 6). Jedynie 41 gmin nie realizowało usług teleopieki.**

Wykres 6. Liczba osób objętych usługą teleopieki ogółem oraz odsetek gmin dysponujących dostępem do tej usługi w latach 2019-2023



Źródło: OZPS, 2023

- 31% gmin w regionie (44 JST) oferuje opiekę wytchnieniową (dzienną oraz całodobową). Opieka w formie całodobowej realizowana była na terenie **5 gmin, zaś dzienna – 34 gmin. 5 gmin realizowało opiekę** zarówno w formie dziennej jak i stacjonarnej. W 2023 r. z usług dziennej opieki wytchnieniowej skorzystały **622 osoby**, natomiast **111 osobom** świadczone usługi opieki w formie pobytu całodobowego. Usługa nie była dostępna jedynie w trzech powiatach.

733	Łączna liczba osób, które w 2023 r. skorzystały z opieki wytchnieniowej – z czego 111 osób w formie opieki całodobowej
-----	--

- Gminy realizują również inne usługi wspierające, np. **usługi transportowe dla osób starszych, niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami**. Odsetek świadczących je gmin wzrósł do z 28% w 2020 r. do 43% w 2023 r. Najczęstszym rodzajem usług transportowych oferowanych przez gminy są usługi w formie dowozu mieszkańców do dziennych ośrodków wsparcia (np. DDP, ŚDS) – tę formę wsparcia zadeklarowało 53 gmin, tj. 37%. 16 gmin oferowało mieszkańcom dowóz do wskazanego miejsca (np. szpitala czy przychodni). 11 gmin oferowało transport *door-to-door*.
- W ramach opieki paliatywnej, funkcjonuje w regionie 24 hospicja domowe. Opieką hospicyjną w obu formach – domowej i stacjonarnej objętych było w ostatnich latach 1,8 do 2,3 tys. osób.

KIERUNKI DEINSTYTUCJONALIZACJI W REGIONIE

- „Strategia Polityki Społecznej...” podkreśla, że kluczowym zadaniem deinstytucjonalizacji jest rozwój usług społecznych, które zwiększają wachlarz usług dostępnych dla osób starszych i tracących samodzielność, zapobiegając ich umieszczaniu w placówkach stacjonarnych i zapewniając możliwość jak najdłuższego funkcjonowania w warunkach domowych lub przy wsparciu dziennym. Jednym z podstawowych kierunków w procesie deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim jest, zgodnie z ogólnoeuropejskimi wytycznymi, **rozwój systemów teleopieki i telemedycyny**.
- Zadanie to będzie trudne do realizacji bez **zwiększenia współpracy międzyinstytucjonalnej i wielosektorowej**. Kooperatywny model pomocy, osadzony na łączeniu zasobów i potencjałów różnych podmiotów, stanowi zatem jeden z priorytetów określonych w Strategii. Niezbędne są również działania na rzecz promowania innowacyjnych rozwiązań oraz dobrych praktyk w obszarze włączenia społecznego, a zwłaszcza w zakresie opieki środowiskowej i wsparcia w procesie przenoszenia ich na grunt społeczności lokalnych w województwie.

- Dokumenty strategiczne w regionie **klarownie określają priorytety województwa w zakresie rozwoju usług społecznych**. W dokumentach podsumowujących strategię oraz realizowane działania osoby starsze i niesamodzielne oraz OzN zajmują istotne miejsce. Znaczna część praktycznych działań regionu nakierowana jest na stymulowanie gmin do zapewnienia wsparcia w środowisku starszym mieszkańcom regionu, by wyprzedzić trendy demograficzne i społeczne, których skutkiem będzie zwiększenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową w różnej postaci.
- Analiza danych zastanych wskazuje, że **pod względem dostępności poszczególnych rodzajów usług stacjonarnych, dziennych i domowych sytuacja w regionie kujawsko-pomorskim jest w porównaniu z innymi regionami kraju stosunkowo dobra**. 92% gmin oferuje mieszkańcom usługi opiekuńcze. W 81% gmin istnieją świetlice i kluby dla seniorów, istotne z punktu widzenia ich aktywizacji i utrzymania samodzielności. Mieszkańcy 72% gmin mają możliwość skorzystania z teleopieki. 43% gmin oferuje usługi dowozu. 28% gmin zapewnia usługi dziennego pobytu, w co piątej gminie dostępne są usługi stacjonarne w ZOL lub ZPO (Tabela 13).

Tabela 13. Odsetek gmin oferujących mieszkańcom regionu poszczególne rodzaje usług stacjonarnych, dziennych i domowych (2023)

Rodzaj usługi	Liczba placówek	Odsetek gmin	Liczba osób
Usługi stacjonarne w domach pomocy społecznej	49	100%	4566
Usługi stacjonarne w ZOL/ZPO	25	20%	3621
Mieszkania wspomagane dla osób starszych	82	8%	151
Usługi w dziennych domach pobytu	56	28%	b.d.
Świetlice i kluby dla seniorów	370	81%	b.d.
Usługi opiekuńcze w domu świadczone przez gminy	x	92%	7555
Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez gminy	x	15%	b.d.
Usługi długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej	63	34%	2339
Usługi teleopieki (różne)	x	72%	3212
Usługi opieki wytchnieniowej	x	27%	b.d.
Usługi dowozu osób	x	43%	b.d.

Źródło: OZPS 2023, GUS, zestawienie zagregowane w oparciu o najnowsze dostępne dane

- Zarazem zestawienie to ujawnia poziom deficytów. **Niski jest zasób mieszkań wspomaganych** – są one dostępne tylko w 8% gmin. Tylko 15% gmin zapewnia specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO). 2/3 gmin nie ma dostępu do domowej długoterminowej opieki pielęgniarstwa. Jeszcze mniej gmin zapewnia dostęp do opieki wytnieniowej.
- **Inną kwestią jest pokrycie usługami realnego zapotrzebowania.** Gromadzone statystyki rzadko zawierają szacunki potrzeb wsparcia w poszczególnych grupach. Liczba osób otrzymujących usługi opiekuńcze w domu wynosi obecnie 7555. Nie wiadomo jednak, na ile pokrycie tymi usługami rzeczywiście zaspokaja potrzeby w regionie. W przypadku usług stacjonarnych w DPS obecna podaż miejsc jest niewystarczająca, skoro współczynnik wykorzystania miejsc w DPS dla osób starszych wynosi 99,6%. Popyt na te usługi jest wprawdzie zaspokajany także w sektorze prywatnym, ale wskaźniki sugerują, że podaż usług jest niewystarczająca.

8187	Tyle osób łącznie skorzystało w 2023 r. z opieki długoterminowej świadczonej w DPS oraz ZOL/ZPO. Trudno jednak odnieść te liczby do poziomu realnego zapotrzebowania w regionie
25%	Tyle wyniesie odsetek osób w wieku 65+ w strukturze populacji regionu w 2040 r. według prognoz długoterminowych GUS

- **Deficyt usług w stosunku do realnego zapotrzebowania może również występować w obszarze usług opieki długoterminowej** świadczonych przez ZOL/ZPO. Co roku korzysta z nich w regionie ok. 3,6 tys. osób. Nie są jednak znane obliczenia, jaka liczba osób w gminach regionu potrzebowałaby tych usług. Podaż usług oferowanych przez zakłady ZOL jest niewystarczająca już obecnie (długie listy oczekujących na miejsce), nie mówiąc o oczekiwaniach związanych ze wzrostem popytu, wynikającym ze starzenia się populacji, rosnącej liczby osób w wieku 75+, wielochorobowości oraz innych czynników.
- Diagnozy przeprowadzane w regionie także formułują tezę, że choć liczba gmin oferujących usługi poszczególnego typu jest znaczna, to może być ona niewystarczająca w relacji do zapotrzebowania. Problem polega jednak na tym, że gminy zazwyczaj nie mają precyzyjnych narzędzi szacowania zapotrzebowania na poszczególne usługi społeczne. Zmiana tej sytuacji wymagałaby szerszej niż obecnie istniejąca analityki i gromadzenia danych o potrzebach (nie tylko liczba miejsc w placówkach, ale również precyzyjna liczba osób korzystających i ich struktura, a także ocena zapotrzebowania w gminach i współczynnik pokrycia potrzeb wynikający z diagnozy).

V. Potencjał rozwoju usług w DPS i placówkach całodobowych

Domy pomocy społecznej oraz placówki świadczące usługi całodobowe na zasadach komercyjnych (łącznie 78 placówek) stanowią trzon usług stacjonarnych dla osób niesamodzielnych w regionie. Potencjał stworzenia dodatkowych miejsc w DPS jest niski – mogą one stworzyć dodatkowo 62 miejsca (1,5% obecnych zasobów). Usługi środowiskowe oferują obecnie tylko 2 placówki. Tylko 6 na 49 samorządowych DPS mogłoby w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy rozwinąć usługi w środowisku. Część DPS deklaruje chęć rozwijania takich usług, ale nie jest do tego przez gminy zachęcana. Niski jest również potencjał wychodzenia w środowisko placówek niepublicznych.

POWODY NIESAMODZIELNOŚCI I REALIZOWANE USŁUGI

- **W szacowaniu wzięło udział 49 domów pomocy społecznej – 100% jednostek działających w regionie.** Podczas badania przebywało w nich 3996 osób (październik 2024), z czego kobiety stanowiły 47,12% (1883) a mężczyźni 52,88% (2113). Według statutów placówek, maksymalna liczba miejsc wynosi w nich 4020. Domy pomocy społecznej w regionie, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na typy domów. Pełną charakterystykę profili przedstawia Tabela 14.

Tabela 14. Profile DPS w województwie kujawsko-pomorskim

Profil placówki	Liczba	Odsetek
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	13	27%
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	12	24%
Dla osób w podeszłym wieku	10	20%
Dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	10	20%
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3	6%
Profil mieszany	1	2%

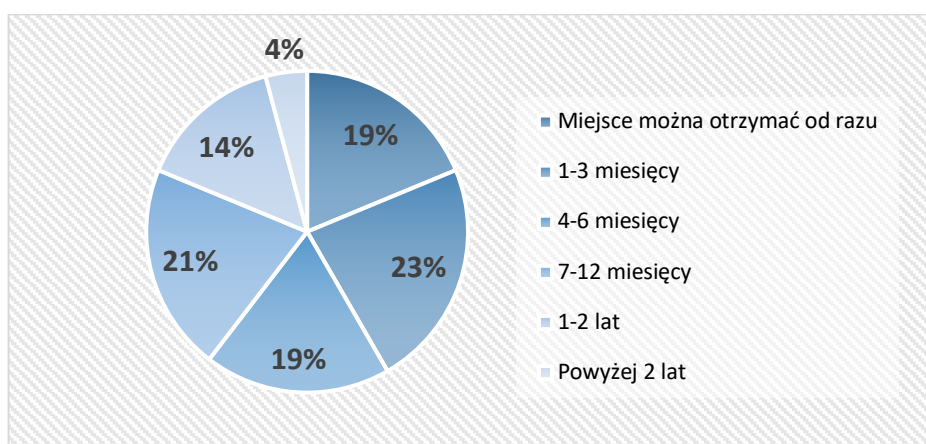
N= 49 domów pomocy społecznej

- Analizowane placówki funkcjonują w różnych środowiskach. Najwięcej z nich usytuowanych jest w gminach wiejskich (15 domów) oraz wiejsko-miejskich (również 15 placówek). Pozostałe ulokowane są w miastach na prawach powiatu (9 DPS) oraz w gminach miejskich (10 domów). 34 analizowane placówki (71%) ma zasięg powiatowy, 9 – regionalny (19%), a 5 (10%) – gminny.

100%	W badaniu wzięty udział wszystkie placówki funkcjonujące na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, co pozwala na pełne oszacowanie potencjału rozwoju ich usług
4020	Tyle wynosi według statutów placówek, maksymalna liczba miejsc w domach pomocy społecznej w regionie – oznacza to, że w momencie badania były one wypełnione niemal w całości (3996)

- Czas oczekiwania na miejsce w placówce uzależniony jest od wielu czynników. W 9 placówkach miejsce można uzyskać od razu. W 11 domach pomocy społecznej w regionie czas oczekiwania wynosi 1-3 miesiące. W kolejnych dziewięciu placówkach oczekiwanie na miejsce trwa 4-6 miesięcy. Dziesięć placówek raportuje czas oczekiwania w przedziale 7-12 miesięcy. W 7 placówkach na miejsce oczekuje się od jednego do dwóch lat, a w 2 placówkach powyżej dwóch lat. (Wykres 7). W praktyce, w powiatach mogileńskim (1 DPS), rypińskim (1 DPS), toruńskim (3 DPS), brodnickim (1 DPS), mieście Włocławek (1 DPS), powiecie włocławskim (1 DPS), mieście Bydgoszcz (1 DPS) miejsce można otrzymać od razu. Najdłużej (powyżej 2 lat) trzeba czekać w mieście Toruniu (1 DPS) oraz w powiecie wąbrzeskim (1 DPS).

Wykres 7. Czas oczekiwania na miejsce w DPS



N= 49 domów pomocy społecznej

- **Struktura wiekowa mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie kujawsko pomorskim odzwierciedla ogólnopolskie tendencje** (Tabela 15). Badania wskazują, że kobiety żyją dłużej i znacznie później trafiają do opieki długoterminowej. Zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn odnotowano w grupie mieszkańców powyżej 81 r.ż., w tym sześć kobiet powyżej 100 lat, w grupie, gdzie mężczyzn nie odnotowano. Z szacowania wynika, że w DPS przebywa 2084 osób w wieku 65+.

Tabela 15. Struktura wiekowa mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim

Struktura wiekowa mieszkańców domów pomocy społecznej		
Wiek	K	M
0-6 lat	0	2
07-12 lat	3	18
13-18 lat	12	36
19-25 lat	13	49
26-35 lat	70	134
36-50 lat	182	379
51-65 lat	375	639
66-80 lat	640	700
81-90 lat	420	129
91-100 lat	162	27
pow.100 lat	6	0
Ogółem	1883	2113

N= 49 domów pomocy społecznej

2084

Liczba osób w wieku 65+ zamieszkujących w domach pomocy społecznej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego – sześciu mieszkańców ma ponad 100 lat

- Stan zdrowia mieszkańców placówek jest bardzo różny. Według szacowania, **liczba mieszkańców w placówkach, która wymaga szczególnej opieki z uwagi na swoją niesamodzielność (poniżej 40 punktów w skali Barthel) wynosi 1085**. Mieszkańcy domów pomocy społecznej to osoby, które raczej nie podejmują pracy. W badanych placówkach pracę zarobkową wykonuje 16 osób.
- Według kierownictwa placówek, w domach pomocy społecznej przebywają **przede wszystkim osoby nie mogące samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego** – wskazuje tak 69% respondentów (można było wskazać trzy dominujące sytuacje). 48% badanych DPS jest zdania, że w domach przebywają osoby, które miały różne problemy z codziennymi czynnościami. 60% wskazuje, że są to głównie osoby leżące. 88% pracowników DPS diagnozuje, że mieszkańcy ich placówek nie mogą samodzielnie wykonywać większości czynności dnia codziennego, czyli mieszkać samodzielnie. Jedynie 17% wskazało, że mieszkańcami domu są osoby, u których okresowo, ale regularnie pojawiają się problemy z czynnościami dnia

codziennego (Tabela 16). Na podstawie tej części szacowania można wnosić, że **niewiele ponad 10% mieszkańców DPS posiada jakikolwiek potencjał do samodzielnego mieszkania i utrzymywania się.**

Tabela 16. Sytuacja i poziom samodzielności mieszkańców domów pomocy społecznej w regionie

Sytuacja osób w DPS	Odsetek wskazań
Niemogące samodzielnie wykonywać większości czynności dnia codziennego, czyli mieszkać samodzielnie	88%
Niemogące samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego	67%
Leżące	61%
Które miały różne problemy z codziennymi czynnościami	47%
U których okresowo, ale regularnie pojawiały się problemy z codziennymi czynnościami	18%
Inne	4%

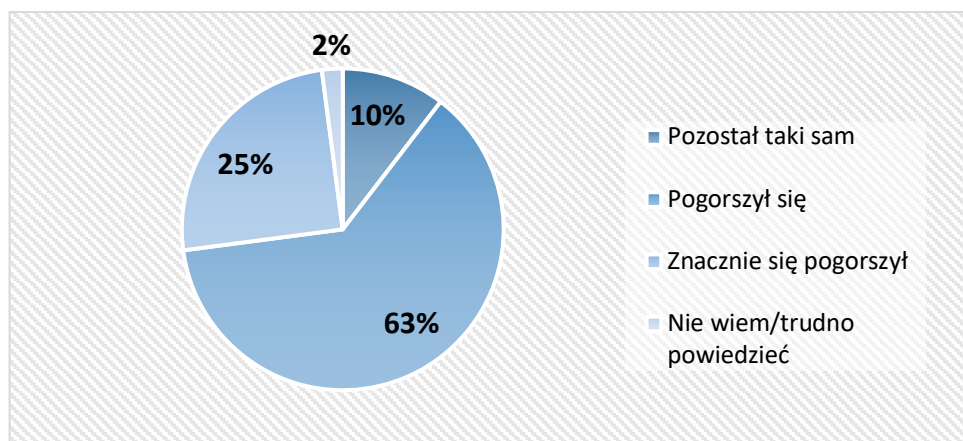
N= 49 domów pomocy społecznej

- Zdaniem 84% badanych, w ostatnich latach **liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności zwiększyła się**. Dominująca sytuacja rodzinna i społeczna osób przebywających w domach pomocy społecznej to samotność oraz brak rodziny – **wskazało na te uwarunkowania 47% badanych DPS**. Podobny odsetek respondentów wskazał, że w placówkach przebywają osoby posiadające rodzinę, lecz jej członkowie są niezdolni do opieki z powodu pracy zawodowej oraz obowiązków. Trzecia typowa sytuacja występująca zdaniem respondentów również często to osoby posiadające rodzinę, która jednak nie chce podjąć się opieki z różnych względów. Zdaniem uczestników szacowania, sytuacje te występują z równą częstotliwością w historii osób, które trafiły do placówki.

84%	Respondenci – pracownicy domów pomocy społecznej są zdania, że z powodu różnych trendów liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności w ostatnich latach wzrosła
87%	Taki odsetek domów pomocy społecznej ocenia, że w ciągu ostatnich 10 lat stan psychofizyczny osób kierowanych do opieki długoterminowej uległ pogorszeniu

- W przekonaniu respondentów stan psychofizyczny osób, które trafiają do domów pomocy społecznej w ostatnich 10 latach pogorszył się – uważa tak 63% respondentów. Zdaniem 25% pracowników domów pomocy społecznej stan osób trafiających do placówek zdecydowanie się pogorszył. 10% respondentów wskazuje, że pozostał taki sam, 2% nie ma zdania w tej kwestii (Wykres 8).

Wykres 8. Zmiana stanu psychofizycznego osób, które trafiają do domów pomocy społecznej w regionie



N= 49 domów pomocy społecznej

ZASOBY KADROWE DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

- Według szacowania, liczba pracowników domów Pomocy Społecznej w województwie kujawsko-pomorskim wynosiła 2856 osób. Liczba pracowników kadry merytorycznej zaangażowanej do realizacji usług w domach pomocy społecznej to 1987 osób. 2523 pracowników DPS jest zatrudnionych na pełny etat. Liczbę osób zatrudnionych w placówkach na konkretnych stanowiskach przedstawia Tabela 17.

Tabela 17. Analiza osób zatrudnionych na stanowiskach w DPS

Liczba pracowników zatrudniona w DPS na konkretnych stanowiskach	Ilość
Opiekunowie	602
Pokojowe	223
Starsi opiekunowie	142
Opiekunowie kwalifikowani w domu pomocy społecznej	126
Pielęgniarki	125
Instruktor terapii zajęciowej	98
Młodszy opiekunowie	92
Starsi opiekunowie kwalifikowani	86

Starsze pielęgniarki	77
Starsze pokojowe	75
Pracownik socjalny	48
Starszy pracownik socjalny	46
Kierownik działu terapeutyczno- opiekuńczego	45
Psycholog	30
Kapelan	30
Instruktor ds. kulturalno- oświatowych	28
Starszy technik fizjoterapii	22
Technik fizjoterapii	17

N= 49 domów pomocy społecznej

2856	Liczba pracowników domów Pomocy Społecznej w regionie kujawsko-pomorskim ogółem, z czego 2523 jest zatrudnionych na pełnym etacie
-------------	---

- W ramach szacowania placówki wskazały na deficyty kadrowe. **Obecnie w DPS najbardziej brakuje pielęgniarek – raportuje to 79% placówek, podkreślając konkurencyjność ofert pracy w tym zawodzie ze strony placówek medycznych.** Dzisiaj jest to największy deficyt kadrowy w placówkach i największa potrzeba do zaspokojenia. 31% osób respondentów wskazało na potrzeby kadrowe w zakresie opiekunów medycznych. 27% DPS posiada deficyty pracowników na stanowiskach personelu opiekuńczego oraz rehabilitantów. Deficytowym zawodem w DPS są także psychologowie – potrzeba ich zatrudnienia występuje w 23% placówek (Tabela 18.)

Tabela 18. Deficyty kadrowe w domach pomocy społecznej

Deficyty kadrowe w placówkach	Odsetek
Pielęgniarki	79%
Opiekunowie medyczni	31%
Personel opiekuńczy	27%
Rehabilitanci	27%
Psychologowie	23%
Terapeuci zajęciowi	13%
Ratownicy medyczni	10%
Pracownicy socjalni	10%
Logopedzi	8%
Pokojowe	4%
Personel bezpośredniego wsparcia	4%

Kucharki	4%
Pracownicy wspierający	2%

N= 49 domów pomocy społecznej

- W przypadku innych profesji potrzeby są znacznie mniejsze. 13% domów pomocy społecznej potrzebuje terapeutów zajęciowych, 10% ratowników medycznych oraz 10% pracowników socjalnych. Część placówek ma również deficyty kadr na takich stanowiskach jak logopedzi, pokojowe, personel bezpośredniego wsparcia, kucharki oraz pracownicy wspierający.

79%

Tylko respondenci – przedstawiciele domów pomocy społecznej wskazuje, że największe problemy występują dzisiaj w placówkach ze znalezieniem do pracy pielęgniarek

- Personel domów pomocy społecznej często uczestniczy w szkoleniach – w 48 na 49 placówek „pracownicy biorą w nich udział regularnie”.** Najczęściej są to szkolenia z zakresu praw mieszkańców, kierunków terapeutycznych oraz metod pracy (89% respondentów). W szkoleniach z zakresu opieki i pielęgnacji oraz z zakresu pracy z trudnymi mieszkańcami uczestniczyło 74% respondentów. Częste są również szkolenia z zakresu diagnozowania oraz indywidualnych planów wsparcia, a także szkolenia z zakresu przepisów prawa – uczestniczy w nich 49% badanych. 43% placówek wzięło udział w szkoleniach z zakresu komunikacji oraz dialogu motywującego, a 40% w szkoleniach z zakresu wypalenia zawodowego.
- Istotnych informacji udzielają odpowiedzi respondentów na temat szkoleń, które byłyby najbardziej potrzebne w ich pracy.** Najwyżej w zestawieniu znalazło się **szkolenie z zakresu wypalenia zawodowego** – wskazało na nie 58% respondentów. Wskazuje to, że pracownicy i kierownicy domów pomocy społecznej mają poważny problem z poziomem stresu i wypalenia związanego z realizacją swoich zadań. 54% ankietowanych wskazało na szkolenia z zakresu pracy z trudnym, agresywnym mieszkańcem, 52% respondentów – nowych metod pracy, a 40% – szkolenie w zakresie komunikacji oraz dialogu motywującego.
- Mniej istotne dla respondentów są szkolenia, w których pracownicy DPS biorą udział dość często, na przykład z zakresu opieki i pielęgnacji, przepisów prawa czy też praw mieszkańców. Sygnalizowana była również potrzeba organizacji szkoleń z zakresu psychotraumatologii, czyli pracy z osobami, które przeżyły lub przeżywają obecnie traumę (Tabela 19).

Tabela 19. Tematyka szkoleń potrzebnych w DPS

Zakres potrzebnych szkoleń	Odsetek
Szkolenie z zakresu wypalenia zawodowego	58%
Szkolenie z zakresu pracy z trudnym / agresywnym mieszkańcem	54%
Szkolenie z zakresu nowych metod pracy	52%
Szkolenie w zakresie komunikacji / dialogu motywującego	40%
Szkolenie z zakresu opieki i pielęgnacji	40%
Szkolenie z zakresu przepisów prawa	38%
Szkolenie z zakresu praw mieszkańców i metod pracy	25%
Szkolenie z zakresu diagnozowania i IPW	25%
Psychotraumatologia	13%
Inne	4%

N= 49 domów pomocy społecznej

58%

Odsetek respondentów, których zdaniem w DPS potrzebne są szkolenia i działania przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu pracowników

INFRASTRUKTURA DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

- Szacowanie infrastruktury, którą dysponują domy pomocy społecznej w województwie kujawsko-pomorskim do realizacji usług w zakresie opieki długoterminowej wskazują na możliwość rozwoju usług w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym być może również dla osób niezamieszkujących w DPS. Większość pokoi, którymi dysponują domy to pokoje dwuosobowe (922). W placówkach jest 526 pokoi jednoosobowych, 512 pokoi trzyosobowych oraz 60 pokoi czteroosobowych. Domy mają do dyspozycji 102 sale do terapii zajęciowej, 64 salami do rehabilitacji, 73 świetlicami. Prowadza także własne kuchnie. Jest w nich 36 bibliotek oraz 19 kawiarenek dla mieszkańców. 13 placówek dysponuje salami do integracji sensorycznej, 14 posiada boiska sportowe lub miejsca do ćwiczeń (Tabela 20).

922

Tyloma pokojami dwuosobowymi dysponują domy pomocy społecznej w regionie – to najczęściej występujący typ pokoju oferowany mieszkańcom domów

**Tabela 20. Infrastruktura w dyspozycji
domów pomocy społecznej w regionie kujawsko-pomorskim**

Element infrastruktury	Liczba
Pokój 2-osobowy	922
Pokój 1-osobowy	526
Pokój 3-osobowy	512
Pokój 4-osobowy	60
Sala do terapii zajęciowej	102
Własny samochód DPS/ transport	82
Sala telewizyjna	75
Świetlica	73
Sala do rehabilitacji	64
Pokój spotkań dla odwiedzających mieszkańców gości	60
Ogród, teren zielony do wypoczynku	57
Własna kuchnia	53
Miejsce do zewnętrznej integracji	51
Kaplica/ miejsce do modlitwy	49
Biblioteka	36
Kawiarenka dla mieszkańców	19
Sala gier	17
Izolotka	16
Boisko sportowe	14
Sala do terapii i integracji sensorycznej	13
Plac zabaw	5
Basen	0

N= 49 domów pomocy społecznej

- Elementem szacowania była również ocena stanu infrastruktury domów pomocy społecznej w regionie – stanu technicznego budynku i pomieszczeń, potrzeb remontowych, jakości wyposażenia. **54% domów uważa, że budynek ich placówki wymaga głębokiego remontu, z czego 25% zgadza się z tym zdecydowanie.** Nie zgadza się z tym 19%, a raczej nie zgadza 17% respondentów. 10% nie ma zdania. Kierownicy jednostek zwracają zatem uwagę na stan techniczny budynków, z których większość wymaga różnego rodzaju napraw i renowacji. W większości przypadków konieczna jest mniejsza lub większa renowacja – zdecydowanie zgadza się z tym 44%

badanych, raczej zgadza 33%. Łącznie 77% kierowników jednostek wskazuje na potrzeby remontowe lub renowacyjne. Takich potrzeb nie ma tylko kilkanaście procent placówek. Zdaniem respondentów, **budynek DPS ze względu na użyte przy jego budowie technologie (ogrzewanie, oświetlenie) generuje stosunkowo wysokie koszty utrzymania** – zgadza się z tym 44% badanych. W przypadku 41% placówek tego rodzaju przekonanie nie występuje. 15% respondentów jest w stanie udzielić odpowiedzi na to pytanie.

54%	Ponad połowa domów pomocy społecznej w regionie wymaga zdaniem ich kierownictwa głębokiego remontu, ¼ budynków zdaniem respondentów wymaga go zdecydowanie
42%	Taki odsetek zarządzających domami pomocy społecznej uważa, że wyposażenie wewnątrz jest zniszczone lub przestarzałe oraz wymaga wymiany

- O ile stan budynku wymaga różnych inwestycji w większości placówek (odmalowanie, drobne lub większe remonty), to potrzeba ta jest nieco mniejsza w przypadku wyposażenia. DPS są raczej zadowolone z wyposażenia placówki w sprzęt oraz urządzenia. **50% respondentów uważa, że jest ono zadowalające i spełnia swoje cele, nie jest zniszczone ani przestarzałe.** 42% respondentów wskazuje jednak, że meble oraz pozostałe wyposażenie budynku powinno być wymienione. 8% respondentów ma trudność z odpowiedzią na to pytanie.
- 96% menedżerów w DPS uważa, że pomieszczenia wspólne (świetlice, biblioteki, miejsca do integracji, sale telewizyjne, kawiarenki dla mieszkańców) są przytulne i panuje w nich miła, rodzinna atmosfera. To ważny aspekt funkcjonowania placówek z punktu widzenia dobrostanu mieszkańców, zatem kierownictwo placówki zwraca na niego uwagę. Jedynie 2% respondentów ma wątpliwości czy pomieszczenia wspólne w ich placówce mają taki charakter. **94% badanych placówek umożliwia doposażenie pokoi mieszkańców ich własnymi przedmiotami oraz indywidualizację zgodną z potrzebami i oczekiwaniami mieszkańców.** 4% badanych jest przeciwnego zdania.

96%	Kierownictwo placówek podkreśla, że pomieszczenia wspólne w placówce są przytulne i starają się by panowała w nich rodzinna, miła atmosfera – to opinia niemal wszystkich DPS
94%	Respondenci podkreślają również, że pokoje mieszkańców mogą być doposażone ich własnymi przedmiotami, a przestrzeń wspólna i świetlice są dobrze wyposażone w stosunku do potrzeb

- 94% respondentów podkreśla, że **przestrzeń wspólna oraz świetlice są dobrze wyposażone, zapewniając spędzanie czasu w odpowiednich warunkach i różne możliwości jego zagospodarowania**. Nie zgadza się z tą opinią 4% placówek. Ze względu na liczbę osób mieszkających w pokojach (nie we wszystkich placówkach pokoje są jednoosobowe czy nawet dwuosobowe), istotne znaczenie ma, czy w placówce można znaleźć miejsce, w którym można pobyć samotnie, w odosobnieniu. 78% placówek według szacowania takie miejsce zapewnia. 19% respondentów twierdzi, że takiego miejsca nie posiada.
- Można zatem stwierdzić, że **domy pomocy społecznej zapewniają, zdaniem respondentów, odpowiednie i godne warunki pobytu, leczenia, utrzymania sprawności mieszkańców oraz kontaktu z rodziną**. Placówki są również dobrze wyposażone w sprzęt. 98% DPS zapewnia mieszkańcom indywidualny dostęp do telewizji, radia oraz komputera.
- Niemal wszystkie placówki zapewniają dostęp do książek i czasopism, prawie połowa posiada biblioteki, ponad 90% placówek posiada sprzęt do terapii zajęciowej oraz podnośniki transportowe dla osób leżących 84% zapewnia wyposażenie do różnego rodzaju gier oraz zabaw. Nieco gorszy jest dostęp do nowych technologii, ale także w tym przypadku ponad 70% placówek zapewnia dostęp do komputera tabletu oraz wifi (Tabela 21).

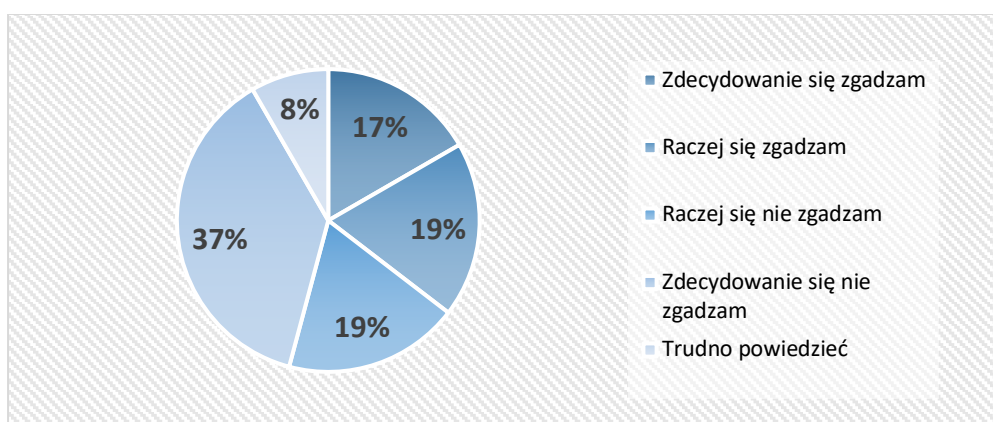
Tabela 21. Wyposażenie domów pomocy społecznej oraz dostęp do technologii cyfrowych

Sprzęt i wyposażenie w placówkach	Liczebność	Odsetek
Indywidualny dostęp m do TV, radia, komputera	48	98%
Książki i czasopisma	47	96%
Sprzęt typu podnośnik transportowy dla osób leżących	46	94%
Sprzęt do terapii zajęciowej	45	92%
Wyposażenie sal rehabilitacyjnych	44	90%
Wyposażenie do gier i zabaw	41	84%
Dostęp do Internetu dla mieszkańców	38	78%
Dostęp do komputera, tabletu dla mieszkańców	37	76%
Łącze Wi-Fi o dobrej jakości	31	63%
Inne	7	14%

N= 49 domów pomocy społecznej

- Istotnym zagadnieniem w kontekście szacowania jest kwestia możliwości rozbudowy budynku o dodatkowe pokoje lub przestrzeń wspólną. **36% domów pomocy społecznej w regionie deklaruje, że posiada taką możliwość.** 57% placówek takiej możliwości nie posiada (Wykres 9). 8% respondentów miało kłopot z odpowiedzią na to pytanie. **21% placówek posiada możliwość wydzielenia przestrzeni na świadczenie usług dodatkowych w postaci usług krótkoterminowych (opieka wytchnieniowa).** 67% placówek deklaruje jednak, że takiej możliwości nie posiada, a 12% domów pomocy w regionie nie jest w stanie zdefiniować możliwości dotyczących dodatkowej przestrzeni lub jej braku.

Wykres 9. Możliwość rozbudowy budynku DPS w celu stworzenia większej liczby miejsc lub dodatkowych potrzeb



N= 49 domów pomocy społecznej

36%	Ponad jedna trzecia wszystkich domów pomocy społecznej w regionie ma możliwość rozbudowy w przypadku konieczności zwiększenia liczby miejsc
21%	Co piąta placówka posiada możliwość wydzielenia odpowiednich przestrzeni w celu prowadzenia usług krótkoterminowych, np. opieki wytchnieniowej lub innych usług

- W kontekście wyników szacowania warto zatem zwrócić uwagę, że część placówek ma potencjał rozwoju miejsc opieki krótkoterminowej. **Obecnie w regionie tylko jeden dom pomocy społecznej świadczy usługi dziennej opieki wytchnieniowej, dysponując jednym miejscem.** Od 2023 r. mieszkańcy gmin mogą starać się o krótkoterminowy pobyt całodobowy lub dzienny w DPS. O tym, czy nowa usługa będzie faktycznie dostępna, decydują dwa czynniki: uruchomienie miejsc opieki krótkoterminowej przez domy pomocy społecznej oraz podjęcie przez OPS działań, by kierować mieszkańców do DPS na taki pobyt.

USŁUGI DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

- Przegląd usług oferowanych przez dom pomocy społecznej pozwala precyzyjnie opisać ich obecny zakres, a także zastanawiać się nad potencjałem jego rozszerzenia. Wszystkie placówki ze swojej natury świadczą usługi opiekuńcze i bytowe. 96% świadczy usługi wspomagające, a 78% usługi wspierające. Około jednej trzeciej domów świadczy także usługi edukacyjne oraz usługi uzupełniające, ich zakres jest jednak różny w zależności od domów oraz usługi (Tabela 22).

Tabela 22. Usługi podstawowe świadczone przez DPS w regionie

Zakres usług oferowanych przez placówkę		
	Liczebność	%
Usługi opiekuńcze	49	100%
Usługi bytowe	48	98%
Usługi wspomagające	47	96%
Usługi wspierające	38	78%
Usługi edukacyjne	17	35%
Usługi uzupełniające	16	33%

N= 49 domów pomocy społecznej

41%	Część placówek zwraca uwagę na problem ze styku pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia – powroty mieszkańców placówki ze szpitali w gorszej niż przed pobytem tam kondycji zdrowotnej
20%	Co piąta placówka podnosi kwestię związaną z rosnącą roszczeniowością rodzin i opiekunów nieformalnych, sytuacje takie pojawiają się w placówkach coraz częściej

- Kierownicy placówek wskazują różne czynniki utrudniające świadczenia usług (Tabela 23). 45% DPS wskazuje na **osoby agresywne lub niewspółpracujące**, co jest problemem w różnych typach placówek. 41% wskazało jako istotny **problem powroty mieszkańców ze szpitali w pogorszonej kondycji**. Obszar ten wymaga dodatkowej eksploracji oraz poszukiwania rozwiązań wspólnie z podmiotami z sektora opieki zdrowotnej. 1/3 podmiotów wskazała na nadużywanie alkoholu przez mieszkańców placówki, brak dostatecznej liczby pracowników oraz niedobór kadr, a także **znaczny odsetek osób z chorobami otępiennymi**, z którymi trudne jest nawiązanie kontaktu.

Tabela 23. Czynniki utrudniające opiekę nad mieszkańcami DPS

Wskazywane czynniki	Odsetek placówek
Osoby agresywne lub niewspółpracujące	45%
Powroty ze szpitali w pogorszonej kondycji zdrowotnej	41%
Nadużywanie alkoholu przez mieszkańców w placówki	33%
Brak pracowników, niedobór kadr	31%
Znaczny odsetek osób z chorobami ołępiennymi, bez kontaktu	31%
Finansowanie niewystarczające na świadczenie części usług	27%
Agresja i nieprzystosowanie mieszkańców do życia w placówce	27%
Roszczeniowość rodzin i opiekunów nieformalnych	20%
Zaawansowany wiek mieszkańców placówki	16%
Brak specjalistów zapewniających dedykowane wsparcie	10%

N= 49 domów pomocy społecznej

27%

Nieprzystosowanie mieszkańców do życia w placówce oraz agresywne zachowania stanowią zdaniem przedstawicieli DPS istotny czynnik utrudniający funkcjonowanie placówki

- Wbrew oczekiwaniom, kwestie związane z finansowaniem usług oraz kadrami nie znajdują się na szczycie listy wyzwań DPS. Część respondentów zwraca również uwagę na **problem „mieszkańców trudnych”**, nieprzystosowanych do życia w placówce i reagujących agresją (27%). Na horyzoncie pojawia się również **roszczeniowość rodzin oraz opiekunów nieformalnych**, na którą zwraca uwagę co piąta placówka. Obszar ten jest w ostatnich latach rosnącym wyzwaniem. 16% respondentów zwróciło uwagę na **zaawansowany wiek mieszkańców placówki**, a 10% – na brak specjalistów zapewniających dedykowane wsparcie.
- Usługi o charakterze wspierającym (aktywizująco-uprawniające) są ważnym elementem wsparcia mieszkańców DPS. Wszystkie placówki w regionie oferują mieszkańcom udział w terapii zajęciowej oraz możliwość zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych. 96% stymuluje utrzymywanie i rozwijanie kontaktu z rodziną. 71% placówek działa w zakresie podnoszenia sprawności i aktywizowania mieszkańców. 57% jednostek deklaruje podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia (w miarę istniejących możliwości) mieszkańców. 16% wspiera mieszkańców w możliwości podjęcia pracy (Tabela 24).

**Tabela 24. Usługi wspierające
realizowane przez domy pomocy społecznej w regionie**

Usługa	Liczba placówek	Odsetek
Umożliwienie udziału w terapii zajęciowej	49	100%
Umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych	49	100%
Stymulowanie utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną	47	96%
Zapewnienie warunków do rozwoju samorządności	38	78%
Podnoszenie sprawności i aktywizowanie	35	71%
Działania zmierzające do usamodzielnienia (w miarę możliwości)	28	57%
Pomoc w podjęciu pracy	8	16%

N= 49 domów pomocy społecznej

57%	Według własnych deklaracji, ponad połowa placówek podejmuje różnego rodzaju działania zmierzające do usamodzielnienia mieszkańców domu pomocy społecznej
------------	---

- Placówki wskazały również zakres prowadzonych terapii zajęciowej (Tabela 25). Ich celem jest poprawa ogólnej zaradności życiowej, zwiększenie umiejętności interpersonalnych, uspołecznienie, wzmacnianie samodzielności i innych cech, pozwalających na adaptację do nowych warunków życia w placówce lub przygotowanie do życia poza placówką. W zakres tych działań wchodzi m.in. ergoterapia, socjoterapia czy arteterapia. Szacowanie wskazuje, że placówki korzystają z wielu form terapii, w większości z nich dostępne są m.in. trening umiejętności społecznych (94%), muzykoterapia (100%), ogrodnictwo (86%), rekreacja (92%). Największą dostępność w ramach ergoterapii wskazano na ogrodnictwo, krawiectwo i hafciarstwo. W ramach socjoterapii najbardziej dostępne w DPS są trening umiejętności społecznych, terapia ruchem i rekreacja oraz ludoterapia i zabawoterapia. Największą dostępność w ramach arteterapii wskazano na muzykoterapię i biblioterapię, rysunek i filmoterapię.

Tabela 25. Zakres terapii zajęciowej w DPS w regionie

Metody ergoterapii	Liczba placówek	Odsetek
Ogrodnictwo	42	86%
Krawiectwo	31	63%
Hafciarstwo	26	53%

Stolarstwo	23	47%
Dziewiarstwo	18	37%
Garncarstwo i ceramika	11	22%
Wikliniarstwo	8	16%
Metaloplastyka	4	8%
Tkactwo	2	4%
Kaletnictwo	2	4%
Metody socjoterapii	Liczba	Odsetek
Trening umiejętności społecznych	46	94%
Terapia ruchem	45	92%
Rekreacja	45	92%
Ludoterapia - zabawoterapia	43	88%
Metody arteterapii	Liczba	Odsetek
Muzykoterapia	49	100%
Biblioterapia	49	100%
Rysunek	45	92%
Filmoterapia	44	90%
Malarstwo	39	80%
Zdobnictwo i dekoratorstwo	37	76%
Teatroterapia	28	57%
Choreoterapia	26	53%
Grafika	16	33%
Sztuki użytkowe	15	31%
Rzeźba	14	29%

N= 49 domów pomocy społecznej

90%	Ponad 90% ankietowanych DPS zapewnia mieszkańcom trening umiejętności społecznych, terapię ruchem, rekreację, muzykoterapię, biblioterapię, filmoterapię, zajęcia rysunku
------------	--

- Znaczny wpływ na poziom samodzielności mieszkańców domów pomocy społecznej mają również o usługi o charakterze wspomagającym. Polegają one m.in. na wsparciu informacyjnym, szkoleniowym, doradczym, poradnictwie, w tym psychologicznym, psychoterapeutycznym. Usługi realizowane są co do zasady zarówno w formie stacjonarnej, w domu klienta, jak i w formie mobilnej. Większość placówek zapewnia wsparcie informacyjne, a także poradnictwo psychologiczne, część DPS świadczy także wsparcie doradcze i szkoleniowe (Tabela 26).

Tabela 26. Zakres usług wspomagających w DPS w regionie

Zakres usług	Liczba placówek	Odsetek
Wsparcie informacyjne	46	94%
Poradnictwo, w tym psychologiczne	46	94%
Wsparcie doradcze	38	78%
Wsparcie szkoleniowe	21	43%

N= 49 domów pomocy społecznej

94%	Niemal wszystkie domy pomocy społecznej w regionie deklarują świadczenie usług poradnictwa psychologicznego lub psychoterapeutycznego
------------	---

- Kolejny obszar usług świadczonych przez domem pomocy społecznej to **usługi o charakterze uzupełniającym**, obejmujący różne świadczenia, np. dowóz (np. do ośrodka wsparcia dziennego lub możliwość załatwienia spraw urzędowych, dowóz do lekarza), usługi likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (osoby starsze), wypożyczenie sprzętu pielęgnacyjnego, medycznego i rehabilitacyjnego, usługę dowozu posiłku, teleopiekę (Tabela 27). Jak wynika z szacowania, niemal wszystkie DPS oferują możliwość transportu mieszkańców. Zapewniają również udział mieszkańców w wydarzeniach kulturalnych i społecznych oraz integrację ze środowiskiem lokalnym. Jednak **tylko 20% placówek prowadzi szkolenia dla opiekunów nieformalnych z opieki nad osobami starszymi** – brak tych kompetencji jest wyraźnie odczuwalny w lokalnych społecznościach.

Tabela 27. Zakres usług o charakterze uzupełniającym w domach pomocy społecznej w regionie

Zakres	Liczba placówek	Odsetek
Możliwość transportu mieszkańców	48	98%
Koncerty i występy w placówce	48	98%
Wycieczki krajoznawcze, wyjazdy do placówek kultury, muzeów itp.	47	96%
Integracja mieszkańców ze środowiskiem lokalnym	45	92%
Udział mieszkańców w wydarzeniach kulturalnych i społecznych w gminie	44	90%
Spotkania w placówce z ciekawymi ludźmi	37	76%

Pogadanki dotyczące osvajanie starości i niesamodzielności	25	51%
Spotkania z radnymi, decydentami w gminie lub powiecie	18	37%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych z opieki nad osobami starszymi	10	20%
Teleopieka, opaska bezpieczeństwa	3	6%

N= 49 domów pomocy społecznej

- Zwraca uwagę niskie wykorzystanie potencjału teleopieki oraz opasek bezpieczeństwa przez DPS. Z jednej strony jest to uzasadnione faktem, że mieszkańcy domów znajdują się już pod opieką i nie potrzebują tej usługi, przebywając na terenie domu. Z drugiej strony zasadne jest pytanie, na ile można włączyć domy pomocy społecznej w propagowanie i rozwijanie tej formy wsparcia osób, które przebywają w środowisku („Kujawsko-Pomorska Teleopieka”), zanim trafią one do DPS – zwłaszcza zważywszy na fakt, że jest to szstandarowa usługa oferowana w regionie w zakresie e-wsparcia.

98%	Tyle placówek organizuje koncerty i występy dla mieszkańców – oferta w zakresie dostępu do kultury oraz udziału mieszkańców w wydarzeniach kulturalnych i społecznych w gminie
20%	Niewiele domów pomocy społecznej, mimo posiadania dużego doświadczenia w tym zakresie, prowadzi szkolenia dla opiekunów nieformalnych jak opiekować się osobami tracącymi samodzielność

- **Chociaż zakres usług oferowanych mieszkańcom jest dość szeroki, respondenci wskazali powody, dla których DPS nie realizuje niektórych usług lub realizuje je w ograniczonej formie.** Kluczowe ich zdaniem jest niewielkie zainteresowanie ze strony podopiecznych niektórymi formami usług, np. usługami aktywizującymi – wskazuje na ten czynnik 58% respondentów. Druga przeszkoda to zbyt niskie środki na finansowanie dodatkowych zajęć lub brak środków (44%). Trzecim istotnym powodem jest koncentracja na ważniejszych zadaniach w placówce (31%).
- Poza zapewnieniem opieki mieszkańcom, domy pomocy społecznej realizują **różne formy wsparcia dla opiekunów nieformalnych oraz członków rodzin**. Wszystkie placówki utrzymują kontakt z rodzinami i informują na bieżąco o stanie mieszkańca. 78% placówek zaprasza rodziny i opiekunów na wydarzenia organizowane w placówce. 37% oferuje wsparcie psychologiczne dla opiekunów nieformalnych, ale tylko 4% możliwości udziału w grupach wsparcia (Tabela 28).

Tabela 28. Zakres usług o charakterze uzupełniającym w domach pomocy społecznej w regionie

Zakres	Liczba placówek	Odsetek
Bezpośredni kontakt, informowanie o stanie mieszkańca	49	100%
Zapraszanie rodziny i opiekunów na wydarzenia w placówce	38	78%
Wsparcie psychologiczne	18	37%
Możliwość udziału w grupach wsparcia	2	4%
Inne	1	2%

N= 49 domów pomocy społecznej

- Brak realizacji wsparcia psychologicznego wynika zdaniem respondentów z **niskiego zainteresowania kontaktem i wsparciem ze strony rodzin i opiekunów** – to opinia 67% badanych. 1/3 placówek wskazała, że nie zapewnia udziału w grupach wsparcia psychologicznego ze względu na brak czasu oraz konieczność koncentracji na innych obszarach działalności placówki. 27% domów pomocy społecznej wskazuje niewystarczające środki finansowe albo niewystarczające zasoby kadrowe.

37%	Więcej niż co trzecia placówka zapewnia rodzinom mieszkańców DPS wsparcie psychologiczne, zarządzający placówkami wskazują jednak, że zainteresowanie usługami jest ogólnie niskie
2	Jedynie dwa DPS w regionie oferują usługi zewnętrzne: mieszkanie treningowe i wspomagane, wsparcie psychologiczne, wypożyczanie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego oraz usługi opiekuńcze
59%	Ponad połowa osób zarządzających domami polityki społecznej wskazuje, że władze gminy czy ośrodek polityki społecznej nie oczekiwał od nich wychodzenia z usługami w środowisko

- Szacowanie wskazało, że domy pomocy społecznej koncentrują się przede wszystkim na świadczeniu usług dla swoich mieszkańców, w dość ograniczonym stopniu obejmując wsparciem rodziny. To wskazuje wyraźnie, że obszarem koncentracji placówek jest przede wszystkim mieszkaniec. **Jedynie 2 domy świadczą usługi dla osób niebędących ich mieszkańcami, 96% placówek tego nie robi. Powody, dla których DPS nie wychodzą środowisko to jedno z istotnych zagadnień szacowania potencjału rozwoju usług społecznych. 59% respondentów DPS wskazuje, że nie oczekiwano od nich w gminie takich działań.** Takich oczekiwań nie formułowały ani władze gminy, ani ośrodki pomocy społecznej (Tabela 29).

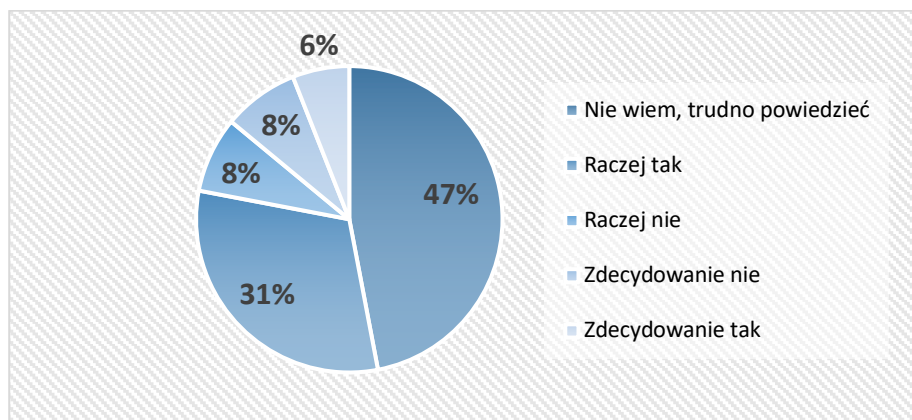
Tabela 29. Powody, dla których domy pomocy społecznej nie wychodzą z usługami w środowisko

Powody nieświadczenia usług	Liczba placówek	Odsetek
Nie oczekiwano od nas takich działań	29	59%
Brak personelu, który mógłby się tym zająć	24	51%
Niewystarczające środki finansowe lub ich brak	15	32%
Nie podjęliśmy takiej inicjatywy	11	23%
Brak zapotrzebowania lokalnie na takie usługi (brak obiorców)	9	19%
Nieznajomość potrzeb osób, które przebywają w środowisku	7	15%
Brak doświadczenia ze świadczeniem usług w środowisku	4	9%
Brak lokalnych partnerów do współpracy lub ich niewystarczająca liczba	2	4%
Obawa przed trudnościami z zarządzaniem takimi usługami	1	2%

N= 49 domów pomocy społecznej

- 23% DPS wskazuje, że „*nie podjęło takie inicjatywy*”, co oznacza, że w jakimś stopniu była ona rozważana bądź oczekiwana. Niezależnie jednak od braku impulsu od lokalnych władz, 51% placówek stwierdziło, że **nie posiada personelu, który mógłby zająć się dodatkowym zadaniem w postaci świadczenia usług w środowisku**. 32% placówek wskazuje na niewystarczające środki finansowe lub ich brak – co jednak nie wydaje się znaczącą przeszkodą, zważywszy na to, że usługi takie byłyby dodatkowo finansowane.
- 15% respondentów wskazało na nieznajomość potrzeb osób niesamodzielnych w środowisku. Ewentualne wejście placówek stacjonarnych w świadczenie usług środowiskowych powinno zatem uwzględniać ten aspekt. Z wypowiedzi respondentów wynika, że problemem w ewentualnym świadczeniu usług w środowisku nie powinien być brak partnerów do współpracy czy też obawa przed trudnościami, bo takich obaw placówki nie zgłaszają.
- Koncentrację DPS na zadaniach własnych potwierdza pytanie o ocenę adekwatności usług do potrzeb mieszkańców przez personel DPS. **Blisko połowa badanych DPS nie wie, czy zakres działań oferty usług publicznych dostępnych na terenie gminy jest adekwatny do potrzeb mieszkańców niesamodzielnych i tracących samodzielność**. Jedynie 29% sądzi, że „*raczej odpowiada*”. Można na tej podstawie wnioskować o niskim zainteresowaniu DPS działaniami gminy w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych (Wykres 10).

Wykres 10. Ocena adekwatności usług do potrzeb mieszkańców przez domy pomocy społecznej



N= 49 domów pomocy społecznej

51%	Ponad połowa DPS twierdzi, że nie posiada potencjału kadrowego do rozwijania usług w środowisku – oznacza to jednak, że w pozostałych placówkach taki potencjał istnieje
-----	--

WSPÓŁPRACA W REALIZACJI USŁUG

- DPS współpracują blisko z innymi instytucjami** (Tabela 30). Najważniejszymi partnerami są powiatowe centrum pomocy rodzinie oraz miejski ośrodek pomocy rodzinie, placówki ochrony zdrowia, policja i straż miejska oraz ośrodki pomocy społecznej. Bliska jest **współpraca z innymi DPS** – wskazuje na nią 86% badanych. Uwagę zwraca **wysoki odsetek DPS współpracujących z wolontariuszami** – 49%. Z organizacjami pozarządowymi w różnym stopniu współpracuje 43% DPS. Podobny jest odsetek jednostek współpracujących z podmiotami prywatnymi. Natomiast w mniejszym stopniu domy współpracują z zakładami opiekuńczo-leczniczymi oraz pielęgniarско-opiekuńczymi, a także z innymi ośrodkami wsparcia.

Tabela 30. Współpraca domów pomocy społecznej z innymi podmiotami w świadczeniu usług

Podmioty współpracujące	Liczba placówek	Odsetek
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, miejski ośrodek pomocy rodzinie	44	90%
Placówki ochrony zdrowia (poradnie, szpitale, przychodnie)	43	88%
Policja, Straż Miejska	42	86%
Inny Dom Pomocy Społecznej	42	86%

Ośrodek Pomocy Społecznej	41	84%
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	40	82%
Urząd miasta, gminy, powiatu	40	82%
Kościół katolicki/ inne kościoły lub związki wyznaniowe	39	80%
Pracownicy socjalni	37	76%
Znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia osób z niepełnosprawnością	29	59%
Wolontariusze	24	49%
Organizacje pozarządowe (III sektor, NGO)	21	43%
Prywatne podmioty	21	43%
Podmioty ekonomii społecznej (np. przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie społeczne, ZAZ i in.)	13	27%
Zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny	13	27%
Centrum Usług Społecznych	12	24%
Ośrodek wsparcia	10	20%

N= 49 domów pomocy społecznej

47%	Półowa placówek nie jest w stanie oszacować, czy działania na terenie gminy w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych i tracących samodzielność są trafne oraz adekwatne
------------	---

- Generalnie jednak należy stwierdzić, że domy pomocy społecznej, jako instytucje od wielu lat zakotwiczone w lokalnym systemie wsparcia mieszkańców w zakresie opieki długoterminowej, **posiadają rozbudowaną sieć międzyinstytucjonalnych relacji i dość rozbudowane sieci współpracy** (Rys. 6). Należy traktować to jako kapitał przy ewentualnym wychodzeniu z usługami w środowisko.

Rys. 6. Sieć najbliższych relacji DPS



POTENCJAŁ USAMODZIELNIENIA

- W ramach szacowania placówki zostały również zapytane o działania, które podejmują same lub z innymi podmiotami w celu usamodzielniania osób przebywających w DPS. W ramach swoich zadań placówki opracowują **indywidualne plany wsparcia (IPW)**. Minimalny horyzont czasowy takich planów wynosi w placówkach 6 miesięcy, maksymalny 36 miesięcy (3 lata). Średnio dla badanych DPS zakres czasowy opracowywanych planów to 10 miesięcy.
- Zaledwie 1/3 placówek wykorzystuje jednak różnego rodzaju narzędzia do oceny i szacowania potencjału usamodzielnienia mieszkańców.** Ponad 2/3 placówek tego nie robi. Narzędzia, które stosują placówki przeprowadzające ocenę potencjału usamodzielnienia to diagnoza w IPW, wywiad z mieszkańcem, obserwacja, wywiad z rodziną i opiekunami, analiza dokumentów, a także skala Barthel.

31%	Odsetek DPS, które posługują się narzędziami do oceny szacowania potencjału samodzielności mieszkańców – zazwyczaj są to obserwacja, diagnoza, wywiad z mieszkańcem oraz skala Barthel
40	Tyle osób, według szacowania przez placówki, ma możliwość usamodzielnienia się, pod warunkiem korzystania z usług wsparcia w domu lub mieszkaniu wspomagany
6	Liczba DPS, które obecnie prowadzą formalny program usamodzielniania się swoich mieszkańców – 43 placówki takiego programu nie prowadzą

- Placówki podały, że **możliwość usamodzielnienia się mieszkańców, którzy w nich przebywają, przy założeniu, że osoby te korzystałyby w domu lub mieszkaniu wspomagany z dedykowanych usług społecznych, obejmuje obecnie 40 osób przebywających w DPS** (mowa o wszystkich typach placówek i osobach w różnym wieku). **Zaledwie sześć placówek (13% ogółu) prowadzi jednak program usamodzielniania**, który ma charakter formalnych zinstytucjonalizowanych działań. 88% DPS w regionie – 43 placówki – takich działań w kierunku usamodzielnienia regularnie nie prowadzi. Podawany powód nieprowadzenia tego rodzaju działań to przekonanie, że **potencjał usamodzielnienia się mieszkańców jest niski**. Jedna placówka podała, że nie prowadzi takiego programu ze względu na brak wiedzy, czy mieszkańcy mają potencjał usamodzielnienia. W chwili badania programem powrotu do środowiska objęte było w analizowanych DPS 8 osób.
- Te placówki, które prowadzą działania w kierunku usamodzielnienia koncentrują się m.in. na **wsparciu w załatwianiu różnych spraw formalnych** (np. wniosków o mieszkanie socjalne uzyskanie świadczeń emerytalno-rentowych), działaniach

ukierunkowanych na **poprawę kondycji psychicznej oraz fizycznej**, motywowaniu mieszkańca do podjęcia próby ponownego usamodzielnienia się. DPS współpracują w procesie usamodzielniania z OPS/CUS, zarówno na etapie opracowywania planu powrotu, jak i monitorowania mieszkańca po powrocie do środowiska.

- Według przedstawicieli DPS, aby w skutecznie wspierać osoby o zmniejszającej się samodzielności w środowisku, należałoby wprowadzić szereg działań (Tabela 31). 63% respondentów wskazuje na **przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącymi samodzielność**. 27 placówek – 56% respondentów – wskazało na rozwijanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponad połowa respondentów zwraca uwagę na konieczność **rozwoju mieszkań treningowych oraz wspomaganych**, w których osoby o ograniczonej samodzielności mogłyby być umieszczane przy wsparciu starannie wybranymi usługami. 48% respondentów wskazało na istotność w tym kontekście tworzenia dziennych domów pomocy oraz klubów samopomocy dla osób starszych, a 46% na **pielęgniarską długoterminową opiekę domową**. 42% podniosło kwestię dostępności gminnych usług opiekuńczych. 21% – centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych, w których mogą oni otrzymać kompleksową wiedzę i przygotowanie.

Tabela 31. Usługi w środowisku lokalnym, które należy wzmocnić
by opóźnić trawienie osób tracących samodzielność do placówki stacjonarnej

Zakres wsparcia	Liczba placówek	Odsetek
Przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącymi samodzielność	30	63%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	27	56%
Mieszkania treningowe i wspomagane z usługami	26	54%
Dzienny dom pomocy / klub samopomocy dla osób starszych	23	48%
Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa	22	46%
Gminne usługi opiekuńcze	20	42%
Środowiskowy dom samopomocy	19	40%
Dzienny dom opieki medycznej	18	38%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	18	38%
Pielęgniarska opieka długoterminowa	13	27%
Centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych	10	21%

N= 49 domów pomocy społecznej

- Respondenci wskazali również czynniki, które ich zdaniem mają wpływ na przedłużenie funkcjonowania w środowisku osób, których samodzielność maleje i mogą potrzebować w perspektywie opieki długoterminowej (Tabela 32). Najwięcej – 65% respondentów – wskazało, że w tym celu należy **zwiększyć zakres usług opiekuńczych**. 57% – że potrzebna jest **intensyfikacja usług opiekuńczych**, czyli zwiększenie ich liczby. 51% placówek podkreśliło znaczenie **zwiększenia dostępu do usługi opieki dziennej**, w bliskim sąsiedztwie osoby tracącej samodzielność. Podobna liczba respondentów wskazała na czynniki związane ze zmianą postrzegania pomocy społecznej i reprezentujących ją instytucji. Elementem wyzwania jest zarówno postrzeganie domów pomocy społecznej, jak i zaufanie do usług w środowisku, które są nową formą wsparcia. W mniejszym stopniu przedstawiciele domów pomocy społecznej wskazali, że potrzebna jest poprawa współpracy z innymi podmiotami w lokalnym środowisku (33%), rozwój usług sąsiedzkich i wsparcia sąsiedzkiego (28%) oraz teleopieka (24%).

Tabela 32. Czynniki, które mają największy wpływ na pozostawanie w środowisku osób o malejącej samodzielności

Czynnik	Wpływ czynnika			
	Wysoki lub bardzo wysoki	Niski lub bardzo niski	Ani niski, ani wysoki	Nie wiem
Zwiększenie zakresu usług opiekuńczych	65%	8%	12%	15%
Intensyfikacja usług opiekuńczych	57%	12%	14%	17%
Większy dostęp do usług opieki dziennej	51%	12%	20%	17%
Zmiana postrzegania pomocy społecznej	51%	14%	18%	17%
Poprawa współpracy z innymi podmiotami	33%	8%	31%	28%
Usługi sąsiedzkie i wsparcie sąsiedzkie	28%	24%	27%	21%
System teleopieki z alarmem	24%	22%	24%	30%

N= 49 domów pomocy społecznej

POTENCJAŁ ROZWOJU USŁUG PRZEZ DPS

- Kluczowym zadaniem szacowania było określenie, jaki jest potencjał DPS w zakresie tworzenia nowych miejsc i wychodzenia w środowisko. **Placówki wskazały, że mogłyby stworzyć 62 nowych miejsc w placówkach.** Jest to zatem potencjał bardzo mały (1,5% miejsc istniejących obecnie). Najwięcej – 24 miejsca – mogą powstać w Toruniu, 15 w powiecie włocławskim, 12 w Grudziądzu.

62	Liczba nowych miejsc w domach pomocy społecznej w regionie, które mogłyby być stworzone przez uczestniczące w szacowaniu placówki (1,5% obecnej liczby miejsc)
6	Tyłu spośród respondentów wskazało, że posiada możliwość wprowadzenia do swojej oferty usług świadczonych w środowisku, w zakresie wsparcia dziennego lub domowego (12% podmiotów)

- Tylko 6 na 49 domów funkcjonujących w regionie wskazało, że dysponuje w ciągu najbliższych 2 lat możliwością wprowadzenia do swojej oferty usług świadczonych w środowisku. Także w tym przypadku potencjał jest zatem bardzo niewielki, obejmuje bowiem 12% istniejących placówek. 43 domy pomocy społecznej nie widzą takiej możliwości. Placówki wskazują przede wszystkim na **brak personelu** (70%) oraz **niewystarczające środki finansowe** (47%). 28% osób podaje jako powód **nieznajomość potrzeb osób w środowisku** – część pracowników domu pomocy społecznej obawia się wejścia w nowy dla siebie obszar (Tabela 33).

Tabela 33. Powody, dla których domy pomocy społecznej nie mogą uruchomić usług środowiskowych

Powód	Liczba placówek	Odsetek
Brak personelu, który mógłby się tym zająć	30	70%
Niewystarczające środki finansowe lub ich brak	20	47%
Nieznajomość potrzeb osób w środowisku	12	28%
Brak doświadczenia ze świadczeniem usług w środowisku	10	23%
Brak zapotrzebowania lokalnie na takie usługi	9	21%
Brak partnerów do współpracy lub niewystarczająca liczba	6	14%
Brak wiedzy jak poszerzyć ofertę o usługi w środowisku	2	5%
Opory przed zmianą w placówce	2	5%

N= 43 domy pomocy społecznej

- Podobnego typu argumentem jest **brak doświadczenia ze świadczeniem usług w środowisku do tej pory** – podnosi go 23% badanych DPS. Zdaniem 1/5 respondentów, obecnie nie ma w lokalnym otoczeniu placówki zapotrzebowania na takie usługi. Zaledwie dwie placówki argumentują niemożność wyjścia w środowisko brakiem wiedzy jak poszerzyć ofertę oraz oporami przed zmianami w placówce.

70%	Brak kadr to najważniejszy powód, który podają domy pomocy społecznej jako przyczynę nieuruchamiania usług w środowisku – dotyczy on ponad 2/3 placówek
------------	--

- Te podmioty, które wskazały, że mogą wyjść w środowisko, deklarują, że mogłyby realizować usługi w postaci **terapii zajęciowej oraz usług transportowych** (5 placówek). Mają także potencjał organizacji zajęć kulturalno-oświatowych oraz **wypożyczania sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego**. Ponieważ placówki dysponują własnym zapleczem gastronomicznym, możliwa jest również dostawa posiłków do domu osób przebywających w środowisku (Tabela 34).

**Tabela 34. Usługi, których świadczenie mógłby rozpocząć DPS
w przeciągu najbliższych 12-24 miesięcy**

Usługi	Liczba placówek
Terapia zajęciowa	5
Usługi transportowe dla mieszkańców (osoby starsze, OzN)	5
Zajęcia kulturalne i oświatowe	4
Wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, etc.	4
Usługi cateringowe - dostawa posiłków do domu	4
Rehabilitacja	4
Usługi opiekuńcze	4
Opieka wytchnieniowa	4
Mieszkania treningowe lub wspomagane	3
Usługi asystenckie osoby z niepełnosprawnością	2
Poradnictwo specjalistyczne w problemach życiowych	2
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	2
Usługi asystenckie dla innych grup niż OzN	1
Usługi pielęgniarstwa i opieki długoterminowej domowej	1
Opieka paliatywna i hospicyjna w domu	1
Wsparcie psychologiczne	1

N= 6 domów pomocy społecznej

- 4 placówki zadeklarowały możliwość realizacji **rehabilitacji, usług opiekuńczych oraz opieki wytchnieniowej**, a 3 placówki – **prowadzenia mieszkań treningowych lub wspomaganych**. 2 placówki zadeklarowały możliwość realizacji usług asystenckich dla OzN, poradnictwa specjalistycznego w problemach życiowych, specjalistycznych usług opiekuńczych. Tylko po jednej placówce wskazało na możliwość rozwinięcia pielęgniarstwa opieki domowej, wsparcia psychologicznego oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w środowisku.
- **Wyniki szacowania świadczą o bardzo ograniczonej możliwości domów pomocy społecznej, zarówno jeśli chodzi o rozwój istniejących miejsc opieki stacjonarnej, jak i realizacji usług w zakresie opieki dziennej i domowej.** Bariery rozwoju tych usług w mniejszym stopniu związane są z oporem czy niechęcią do ich rozwijania, a w większym z czynnikami związanymi z brakiem odpowiedniej infrastruktury, finansowania oraz przede wszystkim zasobów kadrowych (Tabela 35). Aby świadczyć usługi w środowisku konieczne jest przede wszystkim **znalezienie nowych pracowników oraz zaspokojenie ich oczekiwań finansowych**. Na ten czynnik wskazuje 57% badanych. Druga bariera to **stan infrastruktury placówek**, który powoduje przeprowadzenia w nich remontu czy rozbudowy (51% wskazań).

Tabela 35. Warunki, które umożliwiłyby świadczenie nowych usług i rozszerzenie liczby świadczonych obecnie

Warunki rozwoju usług	Liczba placówek	Odsetek
Znalezienie nowych pracowników i zaspokojenie ich oczekiwań	28	57%
Inwestycja w infrastrukturę placówki, remonty i rozbudowę	25	51%
Zapewnienie środków budżetu regionalnego lub centralnego	24	49%
Zapewnienie finansowania na ich rozwój przez samorząd	20	41%
Zmiana przepisów prawa	11	22%
Większe wsparcie ze strony OPS/CUS	10	20%
Zwiększenie kompetencji obecnie zatrudnionej kadry	7	14%
Bliższa współpraca z organizacjami pozarządowymi i podmiotami działającymi w środowisku	5	10%

N= 49 domów pomocy społecznej

57%	Większość domów pomocy społecznej jako barierę w rozwoju usług opieki długoterminowej w różnych formach wskazuje kłopoty z pozyskaniem pracowników oraz ich oczekiwania finansowe
22%	Tylu respondentów wskazało, że obszar opieki długoterminowej stacjonarnej jest przeregulowany, a podmioty komercyjne mają łatwiejsze warunki i możliwości rozwoju

- Jako warunki, których spełnienie byłoby niezbędne do oferowania usług w środowisku respondenci, wskazali również kwestie finansowe – **zapewnienie środków z budżetu regionalnego, centralnego lub lokalnego samorządu** – odpowiednio 49% i 41%. Jak się wydaje, barierą dla DPS są też nadmierne regulacje. 22% respondentów wskazało na **konieczność zmiany przepisów** prawa. W tym kontekście zauważono, że placówki prywatne oraz publiczne świadczące te same usługi opieki długoterminowej są traktowane w różny sposób („*należy równo traktować podmioty gospodarcze prowadzące określone działalności i dać możliwość rozwoju zarówno instytucjom publicznym jak i prywatnym*”).
- Część respondentów jako barierę rozwoju usług wskazało niedostateczną współpracę z podmiotami działającymi w lokalnym środowisku. Kierownicy DPS wskazali, że przede wszystkim pożądana byłaby bliższa **współpraca z podmiotami sektora publicznego** (41%). Sprawniejsze projektowanie i wdrażanie usług ułatwiłaby również zdaniem respondentów **współpraca z podmiotami medycznymi**, czyli jednostkami „drugiego filara” systemu opieki długoterminowej w Polsce (35%). Na trzecim miejscu znalazły się fundacje i stowarzyszenia (31%). Co czwarty badany zauważył potrzebę uwzględniania jako ważnego interesariusza opiekunów nieformalnych rodziny, sąsiadów czy też znajomych osób niesamodzielnych (Tabela 36).

Tabela 36. Podmioty, z którymi współpraca byłaby kluczowa, żeby placówka mogła świadczyć usługi w środowisku

Placówki do współpracy	Liczba placówek	Odsetek
Inne podmioty sektora publicznego (jednostki samorządowe)	20	41%
Podmioty medyczne, w tym prowadzące Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, DDOP	17	35%
Organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia)	15	31%
Rodzina, sąsiedzi, znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia usługobiorców	12	24%
Przedsiębiorcy np. prowadzący placówki zapewniające opiekę całodobową	5	10%

Podmioty ekonomii społecznej (np. przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie społeczne, zakłady aktywności zawodowej itd.)	5	10%
Żadne z nich	4	8%
Podmioty wyznaniowe, parafie, Caritas	2	4%
Inne podmioty/ osoby	1	2%

N= 49 domów pomocy społecznej

- Wśród organizacji, z którymi należałoby zacieśnić współpracy znalazły się także **podmioty ekonomii społecznej** – wskazało na nie 10% badanych a także podmioty wyznaniowe parafie, Caritas. Co znamienne, 1/3 badanych nie wie jednak, z jakimi instytucjami należałoby podjąć współpracę, aby zwiększyć potencjał tworzenia usług stacjonarnych lub usług w środowisku.

POTENCJAŁ PLACÓWEK ZAPEWNIAJĄCYCH OPIEKĘ CAŁODOBOWĄ (NIEPUBLICZNYCH)

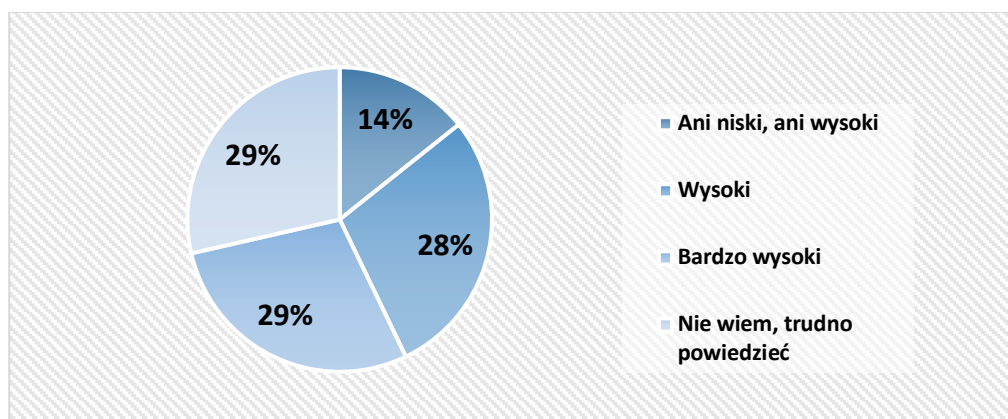
- W szacowaniu wzięły także udział **placówki zapewniające całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, które nie są podmiotami publicznymi**. W procesie tym uczestniczyło 7 placówek z 29 istniejących w regionie (24%). Pięć z nich mieści się w gminie wiejskiej, po jednej w gminie wiejsko-miejskiej oraz gminie miejskiej. Trzy z placówek to placówki dla osób w podeszłym wieku, 4 reprezentują profil mieszany. Według statutu placówki zapewniają 246 miejsc, w chwili badania przebywało w nich 245 osób, 179 kobiet oraz 66 mężczyzn. Podobnie jak w placówkach publicznych liczba kobiet jest większa niż mężczyzn.
- Uwagę zwraca również fakt, że **większość osób przebywających w placówce to osoby w wieku 81– 90 lat (90 osób)**. Znaczny jest także odsetek osób w wieku 91-100 lat – w placówkach przebywało 50 osób w tym wieku. **W porównaniu z domami pomocy społecznej w niepublicznych placówkach opieki długoterminowej przebywają osoby znacznie starsze**. 157 na 245 mieszkańców placówki to osoby wymagające szczególnej opieki z uwagi na swoją niesamodzielność (poniżej 40 punktów w skali Barthel). Średnia odpłatność za pobyt w placówce wynosiła 5780 zł, minimalna odpłatność – 5200 zł, a maksymalna – 6300 zł.

24%	Odsetek niepublicznych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, które wzięły udział w szacowaniu
------------	---

57%	Takie odsetek podmiotów niepublicznych świadczących usługi całodobowe deklaruje, że realizuje je na poziomie ustawowym pozostałe świadczą usługi na poziomie wyższym niż ustawowy
2	Tyle placówek niepublicznych posiada możliwość wydzielenia miejsca na ewentualne świadczenie usług krótkoterminowych (wytchnieniowe)

- Podobnie jak w DPS, czas oczekiwania na miejsce w tych placówkach bywa dość długi. W 3 placówkach czas oczekiwania wynosi od 4 do 6 miesięcy w 2 placówkach od jednego do 3 miesięcy. Jedna z placówek oferowała miejsce praktycznie od razu, a w kolejnej czas oczekiwania wynosi od 7 do 12 miesięcy.
- **Większość osób przebywających w placówkach to osoby nie mogące samodzielnie wykonywać większości czynności dnia codziennego, czyli mieszkać samodzielnie.** 29% to osoby leżące. Podobnie jak placówki publiczne, także placówki komercyjne dostrzegają, że w ostatnich latach liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności zwiększyła się. Placówki te **nie dostrzegają natomiast pogorszenia się albo znacznego pogorszenia się ogólnej kondycji osób, które do nich trafiają w ciągu ostatnich 10 lat.**
- Spośród czynników, które mają największy wpływ na przedłużenie funkcjonowania w środowisku osób, które tracą samodzielność, **respondenci wskazali przede wszystkim łatwo dostępne usługi opieki dziennej.** 57% ankietowanych uznało, że ich rozwój ma wysoki albo bardzo wysoki wpływ na opóźnienie trafiaania mieszkańców do placówek opieki długoterminowej (Tabela 37).

Tabela 37. Podmioty, z którymi współpraca byłaby kluczowa, żeby placówka mogła świadczyć usługi w środowisku



N= 7 podmiotów świadczących usługi całodobowe

- Mieszkańcami placówek, które wzięły udział w szacowaniu są głównie osoby, które posiadają rodzinę, ale nie jest ona zdolna do opieki z powodu pracy zawodowej oraz innych obowiązków. W przypadku części osób rodzina i bliscy mieszkają w innym mieście. Większość pracowników w placówkach zatrudniona jest na podstawie etatu, część na podstawie umów zlecenia.
- Większość analizowanych placówek zapewnia zamieszkanie w pokojach dwuosobowych, rzadziej dwuosobowych oraz jednoosobowych. Zakres infrastruktury oraz przestrzeni wspólnych **nie odbiega w przypadku badanych podmiotów od placówek publicznych**. Zdecydowana większość placówek nie wymaga remontu, część z nich wymaga renowacji. Poziom zadowolenia menadżerów placówek z wyposażenia oraz sprzętów w budynku jest wysoki.
- Połowa budynków ma możliwość rozbudowy w sytuacji, gdyby potrzebne były dodatkowe miejsca świadczenia usług. W 2 placówkach możliwe jest wydzielenie miejsca na usługi krótkoterminowe. **Ogólna samoocena infrastruktury placówek świadczących usługi wypada korzystniej niż w przypadku podmiotów publicznych**. Podobnie jak w przypadku placówek samorządowych, placówki umożliwiają doposażenie pokoi własnymi przedmiotami mieszkańca, są przytulne i panuje w nich domowa atmosfera.
- Podobnie jak w przypadku podmiotów publicznych, **największe braki kadrowe występują w placówkach w zakresie opiekunów medycznych, pielęgniarek oraz personelu opiekuńczego i personelu wspierającego**, a także rehabilitantów. Zakres poszukiwanych kadr jest podobny: kierownicy podmiotów zwracają uwagę na problem ze znalezieniem pracowników oraz ich oczekiwaniami finansowymi. Zasoby finansowe i kadrowe analizowanych placówek pozwalają 57% z nich na realizację wszystkich usług na poziomie wymogów ustawowych. Pozostała część placówek realizuje usługi na poziomie wyższym niż ustawowe.
- Główne czynniki, które utrudniają lub ograniczają w placówce możliwość świadczenia usług dla mieszkańców to **znaczny odsetek osób z chorobami i bez kontaktu – wskazuje na ten czynnik 71% placówek**. 1/3 analizowanych placówek boryka się z brakiem specjalistów zapewniających dedykowane wsparcie.

71%	Placówki opieki długoterminowej o charakterze komercyjnym, dla których przeszkodą w pracy jest znaczny odsetek mieszkańców z ciężkimi chorobami, z którymi trudno nawiązać kontakt
1/3	Tyle podmiotów zapewniających opiekę długoterminową ma trudności ze znalezieniem do pracy specjalistów, którzy zapewniają dedykowane wsparcie w różnych obszarach

57%

Większość podmiotów oferujących komercyjne usługi całodobowe ma problem z odpowiedzią na pytanie, czy lokalna oferta wsparcia jest adekwatna do potrzeb osób niesamodzielnych

- **Zakres usług, jakie oferują placówki dla mieszkańców nie wydaje się w dużym stopniu odbiegać od placówek publicznych.** Poza usługami opiekuńczymi oraz bytowymi, 57% placówek świadczy usługi wspomagające oraz wspierające, 1/3 zaś – usługi uzupełniające. **Placówki niepubliczne wysoko oceniają swoje doświadczenie i wiedzę w zakresie świadczenia usług opiekuńczych.** Koncentrują się one przede wszystkim na świadczeniu usług dla swoich mieszkańców. Część z nich podkreśla, że nie oczekiwano od nich wychodzenia w środowisko i rozwijania usług dziennych czy domowych – nie mieści się to w modelu biznesowym właściciela podmiotu. Co trzecia placówka podkreśla brak zapotrzebowania lokalnie na takie działania oraz brak personelu, który mógłby się tym zająć.
- Niepubliczne placówki całodobowe nie mają szerokiego oglądu oferty usług publicznych dostępnych na terenie gminy i trudno im ocenić, czy jest ona adekwatna do potrzeb mieszkańców niesamodzielnych i tracących samodzielność. Ponad połowa respondentów nie zna odpowiedzi na to pytanie. **1/3 placówek wskazuje jednak, że ich zdaniem oferta ta jest nie wystarczająca.** Placówki nie koncentrują się również na usamodzielnieniu mieszkańców – żadna z nich nie podejmuje takich działań ze względu na wiek i stan zdrowia mieszkańców.
- Według placówek oferujących usługi całodobowe, aby przedłużyć przebywanie osób tracących samodzielność w środowisku i opóźnić moment, gdy trafiają do placówki długoterminowej, należałoby skoncentrować się przede wszystkim na pielęgniarstwie domowej opiece długoterminowej oraz szkoleniach dla opiekunów nieformalnych – wskazało na te czynniki ponad 40% ankietowanych. 14% podkreśliło znaczenie gminnych usług opiekuńczych.

9

Tyle nowych miejsc mogłoby stworzyć placówki oferujące usługi całodobowe, ale żadna z placówek nie ma potencjału uruchomienia obecnie usług środowiskowych

- Respondenci wskazali, że ich placówki mogłyby stworzyć 9 dodatkowych miejsc stacjonarnych (3,6% liczby, które są w ich dyspozycji obecnie). **Żadna z placówek nie deklaruje jednak możliwości uruchomienia w najbliższym czasie usług środowiskowych świadczonych dla lokalnych społeczności.** Główne powody to brak personelu, który mógłby się tym zająć. Wskazano także na brak zapotrzebowania lokalnego na takie usługi. Dla większości respondentów (57%), podobnie jak

w przypadku placówek publicznych, **najważniejszym wyzwaniem w przypadku uruchamiania takich usług byłoby znalezienie nowych pracowników oraz zaspokojenie ich oczekiwań finansowych.** Drugie wyzwanie to zapewnienie środków na funkcjonowanie takich usług (z budżetu regionalnego lub centralnego).

Warunkiem rozwoju usług byłaby także **bliższa współpraca z podmiotami sektora publicznego, czyli jednostkami samorządowymi.** Możliwość działania w tym kierunku należy jednak traktować hipotetycznie, ze względu na jasny model działania placówek i koncentrację na usługach całodobowych.

- Zarazem niepubliczne placówki opieki długoterminowej uważają, że biorąc pod uwagę ogół placówek całodobowych, istnieje potencjał usamodzielniania osób przebywających w placówkach całodobowych. **Większość ankietowanych placówek uważa, że rola placówek stacjonarnych w opiece długoterminowej nie powinna być zmniejszana i osłabiana w wyniku procesów deinstytucjonalizacji.** Podmioty komercyjne zwracają uwagę, że takie placówki jak DPS, ZOL czy ZPO, w przeciwieństwie do placówek usługowych o charakterze komercyjnym, dysponują znacznie większym potencjałem, by rozwijać usługi środowiskowe adresowane do mieszkańców, i powinny zmierzać w takim kierunku. **Niemal połowa analizowanych placówek uważa, że DPS, ZOL i ZPO mogłyby świadczyć wiele nowych usług społecznych w środowisku lokalnym.**
- Ogółem, podmioty działające komercyjnie **deklarują znacznie mniejszą wiedzę na temat deinstytucjonalizacji usług społecznych.** Mniej niż połowa wie, na czym polega ten proces jako element polityki społecznej oraz w przypadku usług świadczonych przez placówki opieki długoterminowej. 2/3 badanych nie sądzi, żeby w ich placówce potrzebna była deinstytucjonalizacja. Większość ankietowanych podmiotów ma też trudności z udzieleniem odpowiedzi na pytanie, czy zmiany jakie zachodzą teraz w systemie pomocy społecznej będą prowadzić do podniesienia jakości oraz zwiększenia dostępności usług. Główne szanse deinstytucjonalizacji dostrzegają w personalizacji oraz indywidualizacji usług, a także rozwoju usług społecznych w środowisku lokalnym. Podmioty te są jednak sceptyczne, czy deinstytucjonalizacja rzeczywiście niesie szansę podniesienia jakości życia osób w opiece długoterminowej. Połowa badanych reprezentuje neutralne (ani pozytywne, ani negatywne) podejście do deinstytucjonalizacji. Tyle samo ma trudność z odpowiedzią na to pytanie.

1/3	Odsetek placówek zapewniających usługi całodobowe w regionie w formie komercyjnej, które uważają, że oferta w zakresie opieki środowiskowej jest niewystarczająca
2/3	Tyłu respondentów w tej części badania (podmioty komercyjne) nie sądzi, aby w ich placówce była potrzebna deinstytucjonalizacja – zagadnienie to w niskim stopniu ich dotyczy

MIEJSCE DPS W SYSTEMIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

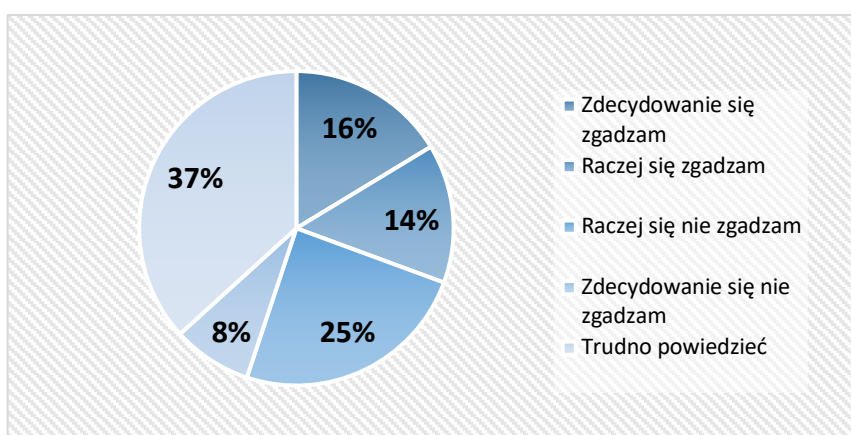
- Wyniki szacowania wskazują, w jaki sposób domy pomocy społecznej postrzegają swoją rolę w systemie oraz wyzwania związane ze swoim rozwojem. 92% DPS uważa, że całkowita rezygnacja z DPS jest praktycznie niemożliwa. 74% respondentów z DPS uważa, że **placówki całodobowe mają doświadczenie i wiedzę jak świadczyć usługi opiekuńcze**. Branża publicznych domów pomocy społecznej postrzega zatem siebie jako profesjonalną i dobrze przygotowaną do świadczenia usług całodobowych. Nie zgadza się z tą tezą jedynie 2% badanych.
- Zarazem, placówki obawiają się tendencji do zmniejszania i osłabiania ich roli, co wiąże się z **koncentracją w gminach rozwoju usług środowiskowych oraz niejasnymi często komunikatami dotyczącymi podejścia do placówek opieki stacjonarnej**. Jedynie 6% badanych zgadza się z tym, że rola domów pomocy społecznej w systemie powinna być zmniejszana oraz osłabiana. 69% menadżerów placówek zdecydowanie się z tym podejściem nie zgadza, 14% raczej się nie zgadza. 10% ankietowanych nie ma zdania w tej kwestii.
- **Podejście placówek do usamodzielniania osób, które już teraz przebywają w placówkach całodobowych jest ambiwalentne**. Z jednej strony, domy prowadzą działania usamodzielniające, z drugiej strony biorąc pod uwagę stan zdrowia psychicznego i fizycznego mieszkańców, są przekonane, że starania te nie będą przynosić zbyt wielu rezultatów. **Zdaniem 49% respondentów rzeczywisty potencjał usamodzielnienia jest w placówkach bardzo niski**. 29% ankietowanych nie ma zdania w tej kwestii i nie potrafi ocenić sytuacji. Jedynie 22% badanych zgadza się z tym, że istnieje potencjał usamodzielniania osób, które obecnie przebywają w placówkach opieki długoterminowej.
- 84% DPS zgadza lub zdecydowanie zgadza się z tezą, że placówki opieki długoterminowej (DPS, ZOL, ZPO) **powinny skupić się na osobach, które obecnie przebywają w placówkach i świadczyć im usługi na jak najwyższym poziomie**. Priorytetem ich działania nie powinno być wychodzenie w środowisko. Nie zgadza się z tą tezą jedynie 10% respondentów. **W tej kwestii panuje dość duża zgodność ankietowanych – jedynie 6% nie potrafiła udzielić odpowiedzi na to pytanie**.

92%	Liczba respondentów reprezentujących domy pomocy społecznej, których zdaniem całkowita rezygnacja z domów pomocy społecznej jest w praktyce niemożliwa
74%	3/4 respondentów z domów pomocy społecznej uważa, że placówki są dobrze przygotowane do świadczenia usług opiekuńczych, działają profesjonalnie i kompetentnie

83%	Zdecydowana większość przedstawicieli placówek całodobowych jest przeciwna, by rola domów pomocy społecznej w systemie była ograniczana lub zmniejszana
49%	Niemal połowa menedżerów domów pomocy społecznej uważa, że rzeczywisty potencjał usamodzielniania jest w placówkach bardzo niski – tylko 22% respondentów taki potencjał dostrzega
88%	Tyle DPS deklaruje, że nie ma w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy możliwości uruchomienia usług środowiskowych, świadczonych dla ogółu mieszkańców

- Z drugiej strony, jak podkreślają kierownicy placówek, DPS będą dopasowywać się do sytuacji i podążać za kierunkami zmian. **Dla 37% badanych przeszkodą do wyjścia w środowisko są tylko ograniczenia kadrowe i finansowe.** 35% ankietowanych dostrzega jednak również wewnętrzne bariery rozwoju usług w środowisku, 1/3 respondentów nie ma zdania w tej kwestii. Można zatem stwierdzić, że istnieje przynajmniej częściowa gotowość części placówek do rozwijania usług w środowisku. Jednak, 88% DPS nie ma możliwości uruchomienia usług w środowisku.
- Zarazem, ocena ogólnego potencjału placówek całodobowych w regionie, jeśli chodzi o tworzenie usług środowiskowych, jest w placówkach relatywnie optymistyczna. **32% respondentów wskazuje, że DPS/ZOL/ZPO mogą świadczyć wiele nowych usług społecznych w środowisku lokalnym.** 16% DPS zgadza się z tą tezą zdecydowanie. 25% przedstawicieli DPS raczej się z tym założeniem nie zgadza, a 8% – zdecydowanie nie zgadza 37% respondentów nie ma w tej kwestii zdania (Wykres 11).

Wykres 11. Ogólna ocena możliwości tworzenia usług środowiskowych przez placówki oferujące usługi stacjonarne w regionie



N= 49 domów pomocy społecznej

32%	1/3 domów pomocy społecznej ocenia, że placówki całodobowe takie DPS, ZOL czy ZPO jak mogłoby świadczyć wiele nowych usług społecznych w środowisku lokalnym
88%	Taki odsetek badanych DPS twierdzi, że pracownicy placówek wiedzą, na czym polega proces deinstytucjonalizacji – 80% zaznacza, że wiedza ta dotyczy również koncepcji DI w placówce
65%	W placówkach istnieje spory niedosyt wiedzy – 2/3 ankietowanych stwierdza, że chciałoby wiedzieć więcej jak wdrażać deinstytucjonalizację w opiece długoterminowej

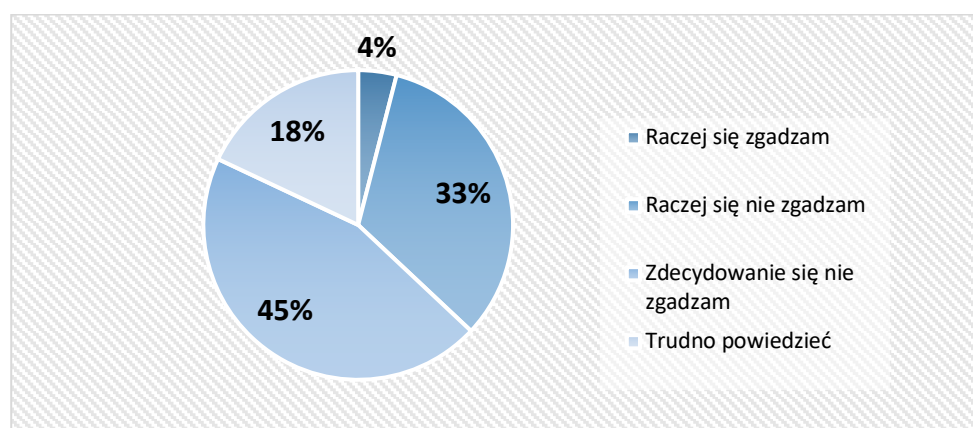
- Podsumowując tę część szacowania, można stwierdzić, że **koncepcja rozwijania usług w środowisku jest dla DPS jako placówek stacjonarnych koncepcją traktowaną ostrożnie**. Nie jest ona z góry odrzucana i placówki widzą możliwość rozwoju usług w środowisku. Wskazują jednak zarazem za stosunkowo słabe rozeznanie tego obszaru działania. Zarazem, jak pokazało szacowanie, DPS w praktyce nie są do tego kierunku zachęcane przez władze gmin oraz ośrodki pomocy społecznej czy powiatowe centra pomocy rodzinie. Kierunek ten jest obecnie traktowany jako pewna koncepcja wynikająca z idei deinstytucjonalizacji usług społecznych. **Nie przekłada się jednak jeszcze na działania praktyczne, z wyjątkiem prób podejmowanych przez kilka zaledwie placówek w regionie.**

PRZYGOTOWANIE I NASTAWIENIE DO DEINSTYTUCJONALIZACJI

- Domy pomocy społecznej z jednej strony czują się stosunkowo dobrze przygotowane do deinstytucjonalizacji pod względem wiedzy, kadr i zasobów, z drugiej – bardzo duży jest poziom rezerwy i obaw. Główne trendy są w dużej mierze zbieżne z wnioskami z „*Ogólnopolskiej diagnozy...*”: rozwój usług społecznościowych i zmiana architektury systemu to z jednej strony obietnica i szansa, z drugiej zaś strony – niepewność.
 - 88% DPS twierdzi, że posiada ogólną wiedzę na temat tego procesu, raczej nie posiada jej jedynie 2%, 10% nie ma zdania – deklarowana wiedza w tym zakresie jest wyższa niż w OPS/CUS;
 - 80% wie, na czym polega deinstytucjonalizacja w ich placówce, 4% nie wie, 16% nie ma zdania – także w tym przypadku jest to poziom wiedzy wyższy niż w przypadku OPS/CUS;
 - 65% respondentów chciałoby wiedzieć więcej o kierunkach, 20% jest przeciwnego zdania, 15% nie ma zdania;
 - aż 65% chciałoby wiedzieć więcej o strategii i kierunkach deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej;

- tylko 10% DPS zgadza się, **deinstytucjonalizacja jest priorytetem w ich lokalnej społeczności**, 62% się z tym nie zgadza – to znacznie odmienne wyniki niż w przypadku OPS/CUS, gdzie 35% respondentów stwierdziło, że **deinstytucjonalizacja jest priorytetem w ich gminie**, przeciwnego zdania było 28% placówek, a 37% nie miało zdania;
 - 24% ankietowanych uważa, że przejście do realizacji usług społecznych bardziej środowiskowej formule **poprawi ich jakość**, 26% nie zgadza się z tym założeniem.
- W odróżnieniu od OPS i CUS, **domy pomocy społecznej zachowują daleko idącą rezerwę wobec deinstytucjonalizacji**. Jedynie 16% ankietowanych zgadza się, że deinstytucjonalizacja jest właściwym kierunkiem przemian. 51% „raczej” lub „zdecydowanie” nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 1/3 placówek nie ma zdania. 22% respondentów ma pozytywne nastawienie do deinstytucjonalizacji usług społecznych, zaś 28% „zdecydowanie negatywne” lub „negatywne”, 27% zaś – ani pozytywne, ani negatywne. 22% nie ma zdania. Z kolei **46% respondentów DPS uważa, że deinstytucjonalizacja przyniesie więcej szkód niż pożytku** – z tą tezą nie zgadza się jedynie 8% badanych. 45% ankietowanych nie ma zdania.
 - **Jedynie 4% respondentów z domów pomocy społecznej „raczej” zgadza się, że w ich placówce potrzebna jest deinstytucjonalizacja**. Żadna placówka nie zgadza się z tym stwierdzeniem „zdecydowanie”. 8 placówek jest zdania, że deinstytucjonalizacja nie jest w ich przypadku potrzebna, z czego 45% – „zdecydowanie”. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybrało 18% respondentów (Wykres 12).

Wykres 12. Opinie respondentów w DPS, czy w ich placówkach potrzebna jest deinstytucjonalizacja



N= 49 domów pomocy społecznej

4%	Zaledwie kilka domów pomocy społecznej w regionie uważa, że w ich placówkach potrzebna jest deinstytucjonalizacja – pozostałe nie widzą takiej potrzeby
62%	Odsetek ankietowanych w DPS, którzy nie zgadzają się, że deinstytucjonalizacja jest priorytetem w lokalnym środowisku, w którym działają (nie jest to priorytet gminy)
16%	Tylu przedstawicieli DPS uważa, że deinstytucjonalizacja jest właściwym kierunkiem przemian, 33% kierowników DPS nie ma co do tego przekonania

- Mimo oceny, że generalnie deinstytucjonalizacja w małym stopniu powinna dotyczyć domów pomocy społecznej, placówki te dostrzegają różnego rodzaju szanse związane z tym procesem (Tabela 37). 39% respondentów w DPS uważa, że jest to **szansa na personalizację i indywidualizację usług**. Dla 1/3 badanych deinstytucjonalizacja jest **szansą na rozwój usług społecznych w środowisku lokalnym**. 29% uważa jednak, że proces ten **nie niesie ze sobą szans na podniesienie jakości życia osób w opiece długoterminowej**.
- Dla 1/5 badanych zmiany zachodzące obecnie w polityce społecznej to przede wszystkim **kreacja nowych usług, świadczonych w inny sposób**. 18% zgadza się z tezą, że pozwoli to umożliwić **dokonywanie wyborów przez odbiorców usług społecznych**. 16% dostrzega szansę w postaci **lepszego integracji oraz koordynacji usług**, np. poprzez wprowadzenie centrów usług społecznych. 12% respondentów dostrzega, że proces deinstytucjonalizacji może wzmocnić służby i profesje społeczne.

Tabela 37. Szanse związane z deinstytucjonalizacją według DPS

Szanse związane z deinstytucjonalizacją	Liczba placówek	Odsetek
Personalizacja i indywidualizacja usług	19	39%
Rozwój usług społecznych w środowisku lokalnym	16	33%
Rozwój usług opiekuńczych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności	16	33%
Deinstytucjonalizacja usług nie niesie za sobą szans na podniesienie jakości życia osób w opiece długoterminowej	14	29%
Kreacja nowych usług, świadczonych w inny sposób	10	20%
Umożliwienie dokonywania wyborów przez odbiorców usług społecznych	9	18%

Lepsza integracja i koordynacja usług (np. poprzez CUS)	8	16%
Inwestycja w służby i profesje społeczne	6	12%

N= 49 domów pomocy społecznej

- Zarazem przedstawiciele domów pomocy społecznej definiują różnego rodzaju systemowe zagrożenia związane z wdrażaniem nowej architektury usług (Tabela 38). 67% respondentów zwraca uwagę na **brak dostatecznej infrastruktury do realizacji usług środowiskowych w lokalnych społecznościach**. Ponad połowa ankietowanych obawia się, że będzie to **demontaż systemu wsparcia bez wcześniejszego zbudowania usług i profesji środowiskowych oraz domowych**. Część placówek ma obawy, że zmiany paradygmatu usług mogą oznaczać ograniczanie nakładów finansowych ze środków publicznych na inne rodzaje usług niż domowe czy dzienne. lub pogorszyć wsparcie opiekunów osób niesamodzielnych (29% badanych).

Tabela 38. Zagrożenia związane z deinstytucjonalizacją według domów pomocy społecznej

Zagrożenia związane z deinstytucjonalizacją	Liczba placówek	Odsetek
Brak dostatecznej infrastruktury dla realizacji usług środowiskowych	33	67%
Demontaż systemu bez wcześniejszego zbudowania usług i profesji środowiskowych / domowych	26	53%
Władze publiczne nie będą wywiązywać się z zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych, pozostawiając takie osoby oraz ich opiekunów bez wystarczającego wsparcia	24	49%
Ograniczanie nakładów finansowych ze środków publicznych	14	29%
Niewystarczające wsparcie opiekunów osób niesamodzielnych	14	29%
Zmniejszenie priorytetu przedsięwzięć z zakresu pomocy i integracji społecznej	3	6%
Delegitymizacja funkcji socjalnych państwa i JST	1	2%
Deinstytucjonalizacja usług nie niesie za sobą zagrożeń i ryzyk	1	2%

N= 49 domów pomocy społecznej

83%	Tyle domów pomocy społecznej zdecydowanie się nie zgadza lub raczej się nie zgadza z tym, że rola placówek długoterminowych powinna być zmniejszana i osłabiana
------------	--

46%

Odsetek DPS, które uważają, że deinstytucjonalizacja przyniesie więcej szkód niż pożytku, 45% ankietowanych nie ma zdania w tym zakresie – obrazuje to poziom niepewności i obaw

- **Na podstawie szacowania można wnioskować, że chociaż obecnie potencjał rozwoju usług w środowisku przez domy pomocy społecznej nie jest zbyt duży, to może on być stymulowany i zwiększony.** Domy pomocy społecznej podkreślały, że nie są do tego kierunku zachęcane przez władze gmin. Osiągnięcie rezultatów w postaci wprowadzenia przez placówki całodobowe dodatkowych usług, czy to stacjonarnych czy to środowiskowych, wymagałoby podjęcia zaplanowanych, systemowych działań. Między 1/3 a 2/3 placówek dysponuje jak się wydaje potencjałem, który mógłby być wykorzystany do tworzenia nowych usług lub rozszerzenia istniejących.

STRESZCZENIE WNIOSKÓW Z SZACOWANIA POTENCJAŁU ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

1. W szacowaniu wzięło udział 49 domów pomocy społecznej (wszystkie działające w regionie) oraz 7 z 29 placówek świadczących usługi opieki całodobowej na zasadach komercyjnych. **Zapewniło to pełny ogląd sytuacji w domach pomocy społecznej oraz potencjału rozwoju przez nie usług.** Grupa podmiotów świadczących usługi opieki całodobowej zapewnia reprezentatywny wgląd w potencjał rozwoju usług opiekuńczych ze strony tego rodzaju placówek.
2. Szacowanie miało bardzo szczegółowy charakter, podmioty były zobowiązane do podania dokładnych danych, dotyczących liczby osób przebywających w placówkach, infrastruktury, kadr, a także potencjału rozwoju usług.
3. Czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej jest zróżnicowany, w części powiatów i gmin można uzyskać miejsce od razu. W największej liczbie placówek czas oczekiwania wynosi 1-3 miesiące. **Najdłuższy czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej w regionie to powyżej 2 lat.**
4. W DPS **przebywa obecnie 2084 osoby w wieku 65+,** zaś liczba wszystkich przebywających w nich osób to 3996. Praktycznie wszystkie miejsca posiadane przez placówki są wypełnione. 1085 osób w DPS w regionie to mieszkańcy, które wymagają szczególnej opieki ze względu na swoją niesamodzielność.
5. Według kierowników placówek w ostatnich latach **liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności zwiększyła się** – to opinia 84% badanych. 63% respondentów uważa, że w ciągu ostatnich 10 lat stan psychofizyczny osób trafiających do placówek się pogorszył.
6. Liczba pracowników domów pomocy społecznej w regionie wynosi 2856 osób z czego 1987 osób to kadra merytoryczna. **Największe braki kadrowe dotyczą pielęgniarek** – wskazuje na to 79% placówek. Brakuje także opiekunów medycznych oraz personelu opiekuńczego i rehabilitantów.

7. Niemal wszyscy pracownicy domów pomocy społecznej **często uczestniczą w szkoleniach** – najczęściej z zakresu praw mieszkańców, opieki i pielęgnacji, pracy z trudnymi mieszkańcami, kwestii prawnych i organizacyjnych.
8. Według menedżerów placówek, najbardziej potrzebne obecnie są szkolenia z wypalenia zawodowego (58% wskazań), szkolenia z zakresu pracy z trudnym mieszkańcem (54%), szkolenia z zakresu nowych metod pracy (52%) oraz opieki i pielęgnacji (40%).
9. Regionalne domy pomocy społecznej **dysponują rozwiniętą infrastrukturą**. Większość pokoi, które oferują to pokoje dwuosobowe (922), 526 to pokoje jednoosobowe, 512 – trzyosobowe, a 60 – czteroosobowe.
10. 54% placówek podaje, że budynki domu **wymagają głębokiego remontu**. Problemem jest przede wszystkim przestarzały stan budynków oraz używane w nim technologie, które generują stosunkowo wysokie koszty utrzymania. Połowa placówek deklaruje, że wyposażenie wewnątrz budynku jest zadowalające i spełnia swoje cele, nie jest zniszczone ani przestarzałe.
11. 96% menedżerów domów pomocy społecznej jest zdania, że wspólne pomieszczenia są przytulne oraz panuje w nich miła rodzinna atmosfera. Większość placówek umożliwia doposażenie pokoi mieszkańców ich własnymi przedmiotami i dopuszcza indywidualizację. Ocena wyposażenia przestrzeni wspólnych oraz świetlic jest wysoka – 94% uważa, że zapewnia ono spędzanie czasu w odpowiednich warunkach.
12. Ponad 2/3 placówek deklaruje, że **posiada możliwość rozbudowy budynku o dodatkowe pokoje lub przestrzeń wspólną**. 21% posiada możliwość wydzielenia przestrzeni na świadczenie usług dodatkowych w postaci opieki wytchnieniowej. 67 placówek takiej możliwości nie posiada.
13. **Obecnie tylko jeden dom pomocy społecznej w regionie świadczy usługi dziennej opieki wytchnieniowej, dysponując jednym miejscem. Pozostałe 48 placówek takich usług nie prowadzi.**
14. Wszystkie placówki poza usługami opiekuńczymi i bytowymi prowadzą również **usługi wspomagające, wspierające edukacyjne oraz uzupełniające**. Główne problemy związane ze świadczeniem usług dotyczą osób agresywnych lub niewspółpracujących (45% wskazań), powrotów mieszkańców ze szpitali w pogorszonej kondycji (41%), braku dostatecznej liczby pracowników i niedoboru kadr (31%) oraz znacznego odsetka osób z chorobami otępiennymi nimi bez kontaktu (31%).
15. Kwestie finansowe oraz kadrowe wskazywane są w dalszej kolejności. Blisko 1/3 placówek mówi o niedoborze kadr, podobna liczba wskazuje na finansowanie, które nie pozwala na świadczenie części usług. Rosnącym problemem jest **roszczeniowość rodzin oraz opiekunów nieformalnych** – zwraca na nią uwagę 20% respondentów.
16. Z katalogu usług o charakterze uzupełniającym, domy pomocy społecznej umożliwiają **transport mieszkańców w różne miejsca, zapewniają mieszkańcom udział w wydarzeniach kulturalnych i społecznych oraz integrację ze środowiskiem lokalnym**. Jednak tylko 20% placówek prowadzi szkolenia dla opiekunów nieformalnych z opieki nad osobami starszymi.

17. Powody realizowania niektórych usług dla obecnych mieszkańców i środowiska zewnętrznego w ograniczonym zakresie to m.in. **niewielkie zainteresowanie ze strony podopiecznych** (58%) oraz brak środków na finansowanie zajęć (44%), a także niedostatek czasu i konieczność koncentracji na ważniejszych zadaniach (31%).
18. Placówki opieki całodobowej w regionie **koncentrują się przede wszystkim na świadczeniu usług dla swoich mieszkańców**, w dość ograniczonym stopniu obejmując wsparciem rodziny innych osób. Jedynie 2 domy świadczą usługi wychodzące w środowisko. 47 placówek takich działań nie podejmuje.
19. **Domy pomocy społecznej nie wychodzą w środowisko, bo nie oczekiwano od nich takich działań** – wskazuje na ten czynnik 59% respondentów szacowania. Nie oczekiwały tego od DPS ani władze gminy, ani ośrodki pomocy społecznej.
20. Według badanych świadczenie usług w środowisku byłoby trudne, jeśli nie niemożliwe ze względu na **brak personelu**, który mógłby się tym zająć. 32% respondentów wskazało również na kwestie finansowe. Ponad połowa placówek **dysponuje jednak potencjałem kadrowym do rozwijania usług środowisku**.
21. Kluczowymi partnerami domów Pomocy Społecznej w lokalnym środowisku są inne instytucje, przede wszystkim PCPR, ośrodki pomocy społecznej oraz placówki ochrony zdrowia, policja i straż miejska. Bliska jest także współpraca z innymi domami pomocy społecznej, a także wolontariuszami – współpracuje z nimi 49% placówek.
22. Placówki opracowują indywidualne plany wsparcia mieszkańców (IPW), ale zaledwie 1/3 z nich wykorzystuje różnego rodzaju narzędzia do oceny i szacowania potencjału samodzielności mieszkańców. **Tylko 6 placówek prowadzi program usamodzielniania się swoich mieszkańców, 43 placówek takiego programu nie prowadzi.**
23. Według szacowania, **możliwość usamodzielnienia dotyczy obecnie 40 mieszkańców DPS**, które przebywają w placówkach wszystkich typów.
24. Zdaniem respondentów, aby opóźnić trawienie osób tracących samodzielność do placówek stacjonarnych, najbardziej potrzebnymi działaniami są: **przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi** (63% wskazań), **rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi** (56%), **rozwój mieszkań treningowych i wspomaganych z usługami** (54%) oraz **tworzenie domów pomocy i klubów samopomocy dla osób starszych** (48%), a także **rozwijanie pielęgniarstwa o domowej opiece długoterminowej** (46%).
25. Czynniki, które zdaniem respondentów mają największy wpływ na pozostawanie w środowisku osób o malejącej samodzielności jest zwiększanie usług opiekuńczych oraz ich intensyfikacja, zwiększenie dostępu do opieki dziennej, a także działanie na rzecz zmiany postrzegania instytucji pomocy społecznej (poprawa wizerunku).
26. **Potencjał domów pomocy społecznej w zakresie tworzenia nowych miejsc oraz wychodzenia w środowisko jest niewielki.** Respondenci wskazali, że w okresie najbliższych 12-24 miesięcy **możliwe byłoby stworzenie 62 nowych miejsc w DPS**, co stanowi zaledwie 1,5% miejsc istniejących w nich obecnie.
27. **Zaledwie 6 na 49 domów w regionie wskazało, że w ciągu najbliższych 2 lat mogłoby wprowadzić do swojej oferty usługi środowiskowe. 43 nie widzą takiej możliwości.**

28. Główne powody, dla których niemożliwe jest zdaniem ankietowanych oferowanie usług środowiskowych to **brak personelu (70%) oraz niewystarczające środki finansowe (47%)**, a także nieznaną potrzeb osób przebywających w środowisku (28%). Dla części placówek wyzwaniem jest również brak doświadczenia ze świadczeniem usług w środowisku do tej pory.
29. Placówki, które zadeklarowały, że mogą uruchomić usługi w środowisku wskazują, że mogłyby być to głównie usługi terapii zajęciowej, usługi transportowe, wypożyczanie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, usługi cateringowe, a także usługi rehabilitacji, usługi opiekuńcze, usługi opieki wytchnieniowej oraz mieszkania treningowe lub wspomagane i usługi asystenckie dla osoby z niepełnosprawnością.
30. Wyniki szacowania świadczą o **bardzo ograniczonej możliwości domów pomocy społecznej, jeśli chodzi zarówno o rozwój miejsc dla opieki stacjonarnej, jak i tworzenia usług w zakresie opieki dziennej domowej.**
31. 92% placówek stacjonarnych działających w regionie uważa, że **całkowita rezygnacja z domów pomocy społecznej jest niemożliwa**. $\frac{3}{4}$ badanych jest zdania, że placówki całodobowe mają doświadczenie i wiedzę jak świadczyć usługi opiekuńcze, działają profesjonalnie i są dobrze przygotowane do świadczenia usług całodobowych.
32. Kierownictwo DPS obawia się **tendencji do zmniejszania i osłabiania ich roli, koncentracji w gminach na rozwoju usług w środowisku**. Tylko 6% placówek zgadza się, że rola domów pomocy społecznej w systemie powinna być zmniejszana i osłabiana. 69% menedżerów placówek się jest temu przeciwna.
33. Zdaniem 49% respondentów **potencjał usamodzielniania mieszkańców placówek jest bardzo niski**. 84% badanych zgadza się z tezą. Pracownicy DPS uważają, że placówki stacjonarne powinny skupić się na osobach, które przebywają w placówkach i świadczyć im usługi na jak najwyższym poziomie. Ich priorytetem nie powinno być wychodzenie z usługami do środowiska.
34. Z drugiej strony, ograniczenia kadrowe i finansowe w rozwijaniu usług środowiskowych **są przeszkodą tylko dla 37% badanych domów pomocy społecznej**. Oznacza to, że przynajmniej w części placówek potencjał wychodzenia w środowisko, przy odpowiednich zachętach ze strony władz gmin, jest możliwy.
35. Na potencjał ten wskazuje również fakt, że 32% respondentów wskazało, iż DPS, ZOL czy ZPO **mogą świadczyć wiele nowych usług w środowisku lokalnym**. Na razie zatem domy pomocy społecznej w regionie traktują koncepcję wychodzenia w środowisko ostrożnie, ale też nie są do tego szczególnie sposob lokalnie zachęcane.
36. Wiedza domów pomocy społecznej na temat deinstytucjonalizacji jest wysoka. **Znajomość koncepcji DI deklaruje 88% respondentów**. 80% ankietowanych wie, na czym polega deinstytucjonalizacja w ich placówce. Istnieje jednak niedosyt wiedzy. 65% respondentów **chciałoby wiedzieć więcej o kierunkach deinstytucjonalizacji**, w tym w opiece długoterminowej.
37. Zarazem przedstawiciele DPS uważają, że **deinstytucjonalizacja nie jest priorytetem w ich lokalnej społeczności** – za priorytet w gminie uważa ten proces tylko 10% ankietowanych.

38. Domy pomocy społecznej obecnie **zachowują daleko idącą rezerwę wobec deinstytucjonalizacji**. 16% ankietowanych zgadza się, że jest ona właściwym kierunkiem przemian. 46% respondentów jest zdania, że proces ten może przynieść więcej szkód niż pożytku. Prawie połowa ankietowanych nie ma jednak zdania w tej kwestii.
39. **Zdecydowana większość placówek zgadza się, że deinstytucjonalizacja nie jest potrzebna w ich placówce**. 4% ankietowanych uważa, że jest ona „raczej potrzebna”. 78% respondentów sądzi, że procesy DI w DPS nie powinny mieć miejsca.
40. Jednocześnie placówki całodobowe dostrzegają rozwijanie usług społecznych jako szansę na personalizację i indywidualizację usług, a także ich lepszą lokalną koordynację.
41. Na podstawie szacowania można wysnuć wniosek, że obecnie potencjał rozwoju usług w środowisku przez DPS nie jest zbyt duży, ale **odpowiednio stymulowany i zwiększany może być wykorzystany zarówno do tworzenia usług wytchnieniowych, jak i usług domowych**. Należy jednak czynić to w sposób, który nie wpływa negatywnie na zadania realizowane przez domy pomocy społecznej. Respondenci zgadzają się, że jakiegokolwiek działania w tej kwestii **nie powinny prowadzić do zaniedbywania ważnego segmentu usług, jakim są usługi całodobowe**.
42. W szacowaniu **niepublicznych placówek zapewniających całodobową opiekę** wzięto udział 7 z 29 działających w regionie placówek. W chwili badania przebywało w nich 245 osób (179 kobiet oraz 66 mężczyzn). W placówkach tych mieszkańcy są statystycznie starsi niż w placówkach publicznych.
43. Podobnie jak w domach pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy, czas oczekiwania na miejsce w placówkach bywa dość długi, **nie przekracza jednak roku**. Większość mieszkańców te osoby nie mogące samodzielnie wykonywać większości czynności dnia codziennego. Placówki te nie dostrzegają natomiast trendu pogorszenia ogólnej kondycji osób, które trafiają do nich w ciągu ostatnich 10 lat.
44. Ocena infrastruktury placówek niepublicznych wydaje się nieco lepsza niż w przypadku placówek publicznych, głównie ze względu na fakt, że są to często budynki dość nowe. **Zakres oferty placówek nie różni się zasadniczo od oferty podmiotów publicznych**.
45. Podobnie jak podmioty samorządowe, **podmioty niepubliczne mają problemy z brakami kadrowymi**. Największe dotyczą pielęgniarek, personelu medycznego, personelu wspierającego oraz rehabilitantów. Niezależnie od braków personelu, część placówek deklaruje realizację usług na poziomie wyższym niż ustawowe.
46. Placówki niepubliczne **wysoko oceniają swoje doświadczenie i wiedzę w zakresie usług opiekuńczych**, koncentrują się jednak przede wszystkim dla na zapewnianiu opieki swoim mieszkańcom. W ocenie respondentów z tego rodzaju placówek, aby opóźnić moment, gdy osoby niesamodzielne trafiają do placówki długoterminowej należy rozwijać w gminach długoterminową opiekę pielęgniarstwa oraz wprowadzić szkolenia dla opiekunów nieformalnych – to 2 najczęściej wskazywane pożądane kierunki działania.
47. Placówki niepubliczne wskazały, że **mogłyby stworzyć 9 dodatkowych miejsc dla mieszkańców**. Żadna z ankietowanych placówek nie ma możliwości uruchomienia w najbliższych 2 latach usług środowiskowych ani tego nie planuje. Wynika to przede wszystkim z przyjętego modelu działania i koncentracji na opiece długoterminowej.

48. Podobnie jak podmioty publiczne, ankietowane placówki uważają, że **rola placówek stacjonarnych nie powinna być zmniejszana i osłabiana**. Zarazem uważają one, że **podmioty publiczne mają potencjał, aby świadczyć wiele nowych usług społecznych** i powinny wychodzić w środowisko.
49. Podmioty działające komercyjnie deklarują **znacznie mniejszą wiedzę na temat deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz rozwoju usług środowiskowych**. 2/3 respondentów nie sądzi, by ich placówce potrzebna była deinstytucjonalizacja.
50. Ogólnie można stwierdzić, że podmioty działające poza systemem publicznym koncentrują się głównie na swoich zadaniach. Często nie są one zapraszane i konsultowane w kwestiach dotyczących strategii rozwoju usług środowiskowych w regionie, ani na terenie gmin. Pełne określenie ich potencjału wymagałoby uznania tych podmiotów za istotnego partnera i interesariuszami rozwoju usług środowiskowych.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE WYKORZYSTANIA POTENCJAŁU DPS I INNYCH PODMIOTÓW OPIEKI CAŁODOBOWEJ W ROZWOJU ODT W REGIONIE

TYP USŁUG / OBSZAR	REKOMENDACJE
USŁUGI STACJONARNE	• Zapewnienie DPS i placówkom całodobowym klarownego miejsca w strategii rozwoju opieki długoterminowej oraz zagwarantowanie im stabilnego i bezpiecznego rozwoju. • Zapewnienie placówkom koncentracji na celach, do jakich zostały powołane – opieki nad mieszkańcami w placówkach. • Utrzymanie na istniejącym poziomie zdolności do świadczenia usług opieki stacjonarnej przez DPS i podmioty oferujące usługi całodobowe (finansowanie, kadry, jakość). • W gminach, gdzie jest to potrzebne (demografia, długi kolejki) rozwijanie potencjału DPS (dodatkowe łóżka) po dokładnej analizie trendów. • Rozwijanie usług podtrzymujących samodzielność mieszkańców domów pomocy społecznej. • Poważne traktowanie możliwości usamodzielnienia mieszkańców i powrotu do środowiska – stosowanie rzetelnych metod oceny potencjału. • Rozwijanie usług dodatkowych w oparciu o posiadaną w DPS infrastrukturę i zasoby kadrowe – np. całodobowe usługi wytchnieniowe.

	• Bliższa współpraca OPS i CUS z DPS w mapowaniu sytuacji w zakresie osób niesamodzielnych w gminie, w oparciu o kapitał zaufania do tych placówek. • Zacieśnienie współpracy z podmiotami komercyjnymi oferującymi opiekę stacjonarną, monitoring kierunku ich rozwoju, jakości usług oraz trendów. • Wykorzystanie potencjału DPS do edukacji opiekunów nieformalnych oraz ogółu ludności: DPS jako miejsce, gdzie mogą nauczyć się opieki nad osobą tracącą niesamodzielność.
USŁUGI DZIENNE	• Analizowanie przez DPS możliwości rozwoju dziennej opieki wytchnieniowej i wprowadzanie takich usług.
USŁUGI DOMOWE	• Przeanalizowanie możliwości wychodzenia DPS w środowisko, wprowadzanie usług środowiskowych tam, gdzie to możliwe bez uszczerbku dla głównej działalności. • Udział DPS w rozwoju gminnych usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystenckich, usług wsparcia świadczonych w domu – w oparciu o wnikliwą lokalną analizę potrzeb i możliwości konkretnej placówki całodobowej. • Zwiększenie udziału DPS i placówek prowadzonych na zasadach komercyjnych w analizowaniu sytuacji demograficznej w gminach i powiatach oraz identyfikacja osób, które nie są obecnie objęte usługami, a w niedługim czasie mogą stać się z różnych powodów niesamodzielne – objęcie ich programem pre-opieki i monitoringu.
INNE REKOMENDACJE	• Stworzenie regionalnej strategii rozwoju opieki stacjonarnej, z jasnym określeniem jej kierunków oraz priorytetów. • Udział DPS w gminnych Zespołach ds. Niesamodzielności, w skład których powinny wchodzić kluczowe instytucje, organizacje pozarządowe i sektor prywatny, w celu wspólnej analizy sytuacji oraz omawiania kierunków działania i pobudzania współpracy międzysektorowej. • Udział DPS w prowadzeniu rzetelnej analityki całego systemu ODT na poziomie gminy.

VI. Potencjał rozwoju usług przez OPS, CUS i PCPR

OPS oraz CUS posiadają najlepszy ogólny ogląd oczekiwań w zakresie usług społecznych w lokalnej społeczności, a także obraz deficytów i potrzeb. Szacowanie pokazało, że sytuacja różni się w zależności od gmin. Według badanych instytucji priorytetami w zakresie rozwoju opieki długoterminowej według powinny być: rozwój opieki pielęgniarstwa, mieszkań treningowych i wspomaganych z usługami, gminnych usług opiekuńczych, dziennych domów pomocy oraz wsparcie szkoleniowe opiekunów nieformalnych.

POWODY NIESAMODZIELNOŚCI I REALIZOWANE USŁUGI

- W analizie wzięło udział 119 OPS i CUS (83% wszystkich jednostek w regionie). 70 z nich działa w gminach wiejskich, 34 – wiejsko-miejskich, 12 – miejskich a 3 w miastach na prawach powiatu (Tabela 39). Według deklaracji badanych podmiotów, **zakres ich działania obejmuje 1,778 mln mieszkańców regionu**. Na terenie gmin, które reprezentują badane jednostki zamieszkuje 401 tys. osób w wieku 65+, a liczba osób korzystających z szeroko rozumianej pomocy społecznej wynosi 87,3 tys. Badane podmioty oszacowały, że w gminach w których działają zamieszkuje ogółem 188,7 tys. osób niesamodzielnych (starszych, niepełnosprawnych, z innych powodów).

Tabela 39. Dane dotyczące analizowanych OPS/CUS i mieszkańców gmin, na terenie których działają

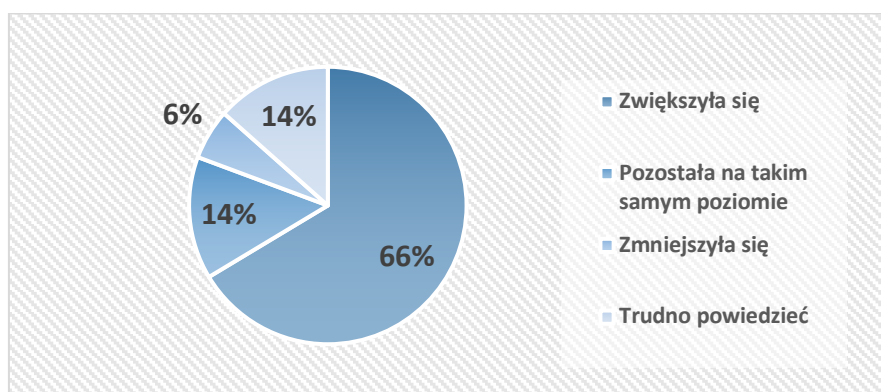
Dane dotyczące gmin podane przez podmioty	Liczba
OPS/CUS działające w gminach wiejskich	70
OPS/CUS działające w gminach wiejsko-miejskich	34
OPS/CUS działające w gminach miejskich	12
OPS/CUS działające w miastach na prawach powiatu	3
Liczba mieszkańców w badanych gminach ogółem	1778957
Liczba mieszkańców w wieku 65+	401762
Liczba mieszkańców niesamodzielnych	188738
Liczba osób korzystających z pomocy i usług społecznych	87328

N= 119 OPS/CUS

- W ocenie 66% kierowników OPS/CUS, **liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności w gminie w ostatnich 10 latach zwiększyła się** (Wykres 13). Według 14% sytuacja od kilku lat pozostaje bez zmian. Według 6% zapotrzebowanie na wsparcie zmniejszyło się, 13% ankietowanych ma trudności z odpowiedzią na to

pytanie. W ocenie większości ankietowanych (44%), dość trudno powiedzieć, jak zmienił się dokładnie stan psychofizyczny osób kierowanych do DPS. Według 23% pozostał taki sam, według 18% pogorszył się lub znacznie się pogorszył, według 16% poprawił się lub znacznie się poprawił. **Wzrost liczby osób wymagających wsparcia wydaje się zatem być bardziej związany ze wzrostem liczby osób wymagających wsparcia w populacji niż z drastycznym pogorszeniem się stanu zdrowia czy kondycji.**

Wykres 13. Ocena liczby osób wymagających wsparcia na obszarze działania jednostki w ostatniej dekadzie



N= 119 OPS/CUS

66%	Odsetek badanych ośrodków pomocy społecznej i CUS które stwierdziły, że liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności w ostatnich latach w regionie zwiększyła się
-----	---

- Główne powody niesamodzielności zdaniem badanych placówek są związane z wiekiem i zdrowiem mieszkańców (Tabela 40). Badani mogli wskazać trzy dominujące powody. Najczęściej jest to **podeszły wiek** (96%), **choroby przewlekłe oraz niepełnosprawność fizyczną** (po 76%), a także **demencja i choroby otępienne** (71%). Dalej w kolejności znalazły się niepełnosprawność intelektualna (42%) i kryzysy psychiczne (24%) oraz kryzys bezdomności (5%). Jak zwracały uwagę OPS i CUS w ramach grup fokusowych, „*znaczenie tych czynników jest w ostatnich latach coraz bardziej istotne*”, „*tworzy presję na oczekiwanie nowych usług w gminach*”.

Tabela 40. Główne powody niesamodzielności mieszkańców według pracowników OPS/CUS

Główne powody niesamodzielności mieszkańców	Odsetek wskazań
Starość, wiek	96%
Choroby przewlekłe	76%

Niepełnosprawność fizyczna	76%
Demencja i choroby otępienne	71%
Niepełnosprawność intelektualna	42%
Kryzysy psychiczne	24%
Kryzys bezdomności	5%

N= 119 OPS/CUS

- Ośrodki pomocy społecznej i centra usług społecznych oszacowały, że w 2023 r. skierowały do pobytu w domu pomocy społecznej łącznie 913 osób. Według podanych danych, w DPS na terenie tych gmin przebywa obecnie 3513 osób. **Obecnie 206 osób oczekuje w gminach na miejsce w DPS, przy czym najwyższa wskazana liczba osób oczekujących na miejsce w gminie to 80 osób.**

206	Liczba osób oczekujących obecnie na miejsce w DPS według ankietowanych OPS/CUS – w jednej z gmin regionu na miejsce w placówce oczekuje 80 osób.
91%	Najczęściej wskazywanym powodem umieszczenia osób niesamodzielnych w placówce stacjonarnej jest sytuacja rodzinna (osoby samotne i bez rodziny).

- Według pracowników OPS/CUS dominująca sytuacja rodzinna osób kierowanych do DPS to **osoby samotne, bez rodziny** – wskazało na ten powód 91% badanych (ankietowani mogli wskazać trzy dominujące powody na podstawie analiz sytuacji w gminie). Druga dominująca sytuacja to osoby posiadające wprawdzie rodzinę, ale niezdolną do opieki z powodu stanu zdrowia (23%), a trzecia – osoby posiadające rodzinę, która nie chce podjąć się opieki z różnych względów (21% badanych wskazało, że często spotykają się z taką sytuacją). W badaniach fokusowych, przedstawiciele OPS/CUS zwracali uwagę na zwiększanie się liczby osób w lokalnych społecznościach, którymi nie ma się kto zająć.

132	Liczba osób, które w badanych OPS/CUS opuściły domy pomocy społecznej wracając do środowiska (lata 2018-2023)
-----	---

- Liczba osób, które opuszczają placówkę stacjonarną po umieszczeniu w niej jest niewielka. OPS/CUS zadeklarowały, że w 2023 r. placówki opuściło 26 osób, zaś w latach 2018-2023 ich liczba wyniosła 132 osoby. **Z kolei liczba osób, które mogłyby opuścić placówkę świadczącą usługi stacjonarne spośród tych, które obecnie w nich przebywają to według ankietowanych 92 osoby.** Zazwyczaj są to pojedyncze osoby, maksymalna wskazana liczba przez OPS/CUS wynosiła 5 osób. Ponieważ liczba osób

przebywających w placówkach znajdujących się na terenie działania badanych OPS i CUS wynosi 3513 osób, oznacza to, że **jedynie 2,5% osób korzystających z DPS ma potencjał przebywania poza placówką**. Warunkiem koniecznym byłoby zapewnienie tym osobom odpowiednich usług w środowisku. Potencjał ten należy zatem ocenić jako bardzo niski, przynajmniej w opinii ośrodków, które kierują mieszkańców do pobytu w placówkach stacjonarnych.

92	Szacowana przez OPS/CUS liczba osób, które mogłyby opuścić DPS i wrócić do środowiska, gdyby otrzymały tam usługi opiekuńcze (2,5% liczby osób przebywających w badanych gminach)
-----------	---

- Według badanych OPS/CUS (wywiady grupowe), domy pomocy społecznej to niezbędne ogniwo systemu, „którego nie da się zastąpić innymi jednostkami”. Usługi stacjonarne są i pozostaną ważnym elementem systemu. W przekonaniu badanych, „są one bardzo trudne do zastąpienia zestawem usług w domu”. Realną alternatywą mogłyby być według badanych „jedynie codzienne usługi pielęgniarские połączone np. z dowozem posiłku i świadczonymi w domu usługami dodatkowymi, zapewniającymi relacje”. Z tego względu OPS/CUS stoją na stanowisku, że potencjał DPS powinien być utrzymany, a nawet rozwijany „zwłaszcza w tych gminach, gdzie dostęp do usług jest najniższy, a mieszkańcy najbardziej się starzeją”.
- Jeśli chodzi o usługi w środowisku, ankietowane OPS i CUS podały, że **z różnych usług dziennych oraz domowych korzysta obecnie w ich gminach 12401 osób**. Pytanie to miało istotne znaczenie w kontekście pytania o to, ile spośród osób korzystających z usług tego rodzaju może uniknąć w ciągu najbliższych 2 lat umieszczenia w placówkach całodobowych przy założeniu zapewnienia im usług w domu lub usług dziennych. **Ankietowani wskazali 4013 takich osób**. Zakładając oczywisty margines błędów przy szacowaniu, warto zauważyć, że mowa o 1/3 mieszkańców korzystających obecnie z usług w środowisku. Innymi słowy, **w przekonaniu ankietowanych, ok. 4 tys. osób może uniknąć pobytu w DPS dzięki zapewnianym im obecnie usługom społecznym**.

ZASOBY KADROWE I KOMPETENCJE PERSONELU

- W analizowanych jednostkach zatrudnione jest 3742 osoby, w tym 213 starszych pracowników socjalnych, 251 specjalistów pracy socjalnej, 233 starszych specjalistów pracy specjalnej, 53 koordynatorów i 35 głównych specjalistów pracy socjalnej, 29 aspirantów pracy socjalnej. W 119 analizowanych OPS/CUS zatrudnionych jest 31 psychologów, 149 asystentów rodziny i 623 opiekunki środowiskowe.

Według 75% ankietowanych w placówce nie ma obecnie braków kadrowych.

¼ badanych wskazała na braki w obsadzie personelu.

25%	Odsetek analizowanych OPS/CUS, które deklarują braki w obsadzie personelu w swoich placówkach, utrudniające realizację obecnego zakresu usług
------------	--

- Usługi opiekuńcze realizowane są przez jednostki na różne sposoby. W przypadku 76 placówek świadczą je opiekunki zatrudnione w OPS/CUS na etacie. 48 placówek korzysta z opiekunek zatrudnianych na umowy zlecenia. W przypadku 6 placówek całość zadań związanych ze świadczeniem usług opiekuńczych jest zlecana organizacjom pozarządowym, a 2 podmiotów – podmiotowi ekonomii społecznej. 3 uczestniczące w szacowaniu placówki nie realizują w ogóle usług opiekuńczych.
- **Poziom wykształcenia pracowników OPS/CUS wydaje się dość wysoki** – przedstawiciel JOPS zwracali na to również uwagę podczas wywiadów grupowych. Pracownicy 97% analizowanych jednostek uczestniczą regularnie w szkoleniach, kursach i innych formach podnoszenia kwalifikacji i kompetencji. Brak takiej regularności lub satysfakcji z częstotliwości szkoleń deklaruje zaledwie 3% placówek.

97%	Tyle OPS/CUS deklaruje, że ich pracownicy regularnie biorą udział w szkoleniach, kursach i innych formach podnoszenia kwalifikacji, choć najczęściej dotyczą one kwestii regulacyjnych i prawnych
------------	--

- Szkolenia i kursy, w których pracownicy OPS/CUS uczestniczą najczęściej to **szkolenia z zakresu przepisów** prawa (82%), co można wyjaśnić licznymi zmianami w przepisach, szkolenia dotyczące pracy z klientem – odbiorcą usług, w tym pracy z klientem trudnym (57%), przygotowujące do przekształcenia OPS w CUS (49%) oraz z zakresu deinstytucjonalizacji usług. Pojawiają się również szkolenia z zakresu **wypalenia zawodowego** (42% placówek), opieki i pielęgnacji (21%), komunikacji i dialogu motywującego (22%) czy nowych metod pracy (15%).
- Zarazem ankietowani wskazali na różnego typu **deficyty w obszarze szkoleń** – ogółem zapotrzebowanie na różne rodzaje szkoleń zgłasza jednak maksymalnie ok. połowy placówek (Tabela 41). Potrzeby dotyczą przede wszystkim szkoleń z zakresu nowych metod pracy (55% OPS/CUS wskazało na taką potrzebę). Nadal za potrzebne uważane są szkolenia dotyczące przepisów, ale wysoka pozycja szkoleń w zakresie wypalenia zawodowego (52% wskazań) sygnalizuje, że w jednostkach istnieje potrzeba zaadresowania tego zagadnienia.

- Wysoko (41% wskazań) znalazły się szkolenia w zakresie diagnozowania potrzeb usług społecznych. Potwierdza to wnioski z „Ogólnopolskiej diagnozy deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski”, że umiejętności w zakresie badania i diagnostyki potrzeb oraz zaprojektowania na tej podstawie usług są w OPS/CUS niewystarczające. Zarazem, jak się wydaje, poziom nasycenia placówek wiedzą na temat deinstytucjonalizacji jako paradygmatu zmian w polityce społecznej jest dostatecznie wysoki. 18% placówek wskazało na potrzeb szkoleń w obszarze psychotraumatologii, istotnych z punktu widzenia pracy z osobami, które przeżyły traumę i rozumienia ich sytuacji emocjonalnej.

Tabela 41. Szkolenia niezbędne w OPS/CUS według ankietowanych placówek

Zakres potrzebnych szkoleń	Odsetek wskazań
Szkolenie z zakresu nowych metod pracy	55%
Szkolenie z zakresu przepisów prawa	53%
Szkolenie z zakresu wypalenia zawodowego	52%
Szkolenie z zakresu diagnozowania potrzeb usług społecznych	41%
Szkolenie z zakresu pracy z klientem trudnym / agresywnym	37%
Szkolenie w zakresie komunikacji / dialogu motywującego	35%
Szkolenie z zakresu zarządzania zmianą	26%
Szkolenie z zakresu opieki i pielęgnacji	26%
Szkolenie z zakresu deinstytucjonalizacji	24%
Szkolenia przygotowujące do przekształcenia OPS w CUS	22%
Psychotraumatologia	18%
Szkolenie z zakresu zachowań suicydalnych	17%

N= 119 OPS/CUS

55%	Szkolenia w zakresie nowych metod pracy, planowania i dostarczania usług oraz efektywnego zarządzania to największa potrzeba szkoleniowa w OPS/CUS
-----	--

- 58% badanych OPS i CUS wskazało, że dostępne w placówce zasoby kadrowe i finansowe umożliwiają wykonywanie zadań w obszarze wsparcia osób niesamodzielnych lub tracących samodzielność **na poziomie wymogów ustawowych**. W przypadku 28% podmiotów warunki kadrowe i finansowe pozwalają na realizację tylko części usług. 8% placówek ma komfort realizacji wszystkich usług na poziomie wyższym niż ustawowe wymogi. 7% ankietowanych placówek miało kłopot z odniesieniem się do tego pytania.

28%

Tyle ankietowanych OPS/CUS realizuje tylko część usług na rzecz mieszkańców ze względu na ograniczenia kadrowe albo finansowe

- Istotne pytanie w szacowaniu dotyczyło zasobów lokalowych w gminach. 36 jednostek deklaruje, że w gminie istnieją zasoby infrastrukturalne, które mogłyby być wykorzystane do tworzenia nowych usług w zakresie opieki długoterminowej w środowisku, np. dziennych domów pobytu.

30%

W 36 spośród 119 zbadanych gmin zdaniem OPS/CUS istnieją lokale lub budynki, w których można będzie rozwijać w bliskiej przyszłości usługi środowiskowe. 70% takich lokali nie posiada.

- W badanych gminach realizowane są różne modele odpłatności za dostęp do usług środowiskowych. W większości, czyli 59% gmin, usługi są częściowo płatne, a częściowo nieodpłatne. 34% podmiotów oferuje wszystkie usługi dla osób niesamodzielnych częściowo odpłatnie. W 7% gmin analizowane JST oferują usługi wyłącznie bezpłatne.

ANALIZA POTRZEB I ICH ZASPOKAJANIE

- Ankietowane OPS i CUS pozyskują wiedzę na temat osób niesamodzielnych z różnych źródeł (Tabela 42). Najczęściej są to **rodziny osób zgłaszających potrzebę pomocy** (87% wskazań). Można było wskazać trzy najczęstsze źródła wiedzy. Źródłem takim są również **osoby samodzielnie zgłaszające się po pomoc (73%)**. Trzecim pod względem ważności źródłem okazują się **sąsiedzi** (38% respondentów). Istotna jest również samodzielna aktywność podmiotów. Dla 33% ankietowanych placówek źródłem wiedzy o osobach, które potrzebują wsparcia w postaci usług jest docieranie do mieszkańców w miejscu ich zamieszkania lub poszukiwanie ich przez różne podmioty (31%). Należy jednak wskazać, że na taką proaktywną metodę identyfikowania osób, które potrzebują wsparcia wskazała tylko 1/3 placówek.

Tabela 42. Źródła wiedzy placówek OPS/CUS o osobach, które potrzebują w lokalnej społeczności wsparcia z powodu niesamodzielności

Metody pozyskiwania wiedzy o osobach niesamodzielnych	Odsetek wskazań
Rodziny osób niesamodzielnych zgłaszające potrzebę pomocy	87%
Osoby niesamodzielne same zgłaszające się po pomoc	73%
Sąsiedzi wskazujące osoby wymagające pomocy	38%

OPS/CUS dociera do osób niesamodzielnych w miejscu zamieszkania	33%
Samodzielne dotarcie przez jednostkę do różnych podmiotów w poszukiwaniu informacji o takich osobach	31%
Informacje od pielęgniarki środowiskowej lub innych pracowników sektora zdrowia	17%
Sygnały od innych instytucji spoza systemu pomocy społecznej (np. Policja, Straż Miejska, inne)	13%
Informacje od organizacji seniorów, klubów seniora itp.	2%
Informacje od jednostek systemu pomocy społecznej np. dzienne domy pomocy	2%

N= 119 OPS/CUS

1/3

Tyle placówek samodzielnie i proaktywnie poszukuje w lokalnym środowisku osób, które mogą potrzebować wsparcia w zakresie ODT – dociera do nich samodzielnie lub przez placówki

- Bardzo podobna jest „hierarchia ważności” źródła sygnału o potrzebach dla procesu podejmowania decyzji przez OPS/CUS dotyczącej przyznania określonych usług stacjonarnych, dziennych lub domowych. Innymi słowy, metoda pozyskania informacji lub sygnału o potrzebach danej osoby (samodzielne zgłoszenie się potrzebującego, wyszukanie osoby potrzebującej przez OPS/CUS, sygnał z policji czy innej instytucji, zgłoszenie przez rodzinę) **nie ma istotnego wpływu na podjęcie przez OPS/CUS decyzji o przyznaniu usługi**. Nieco większą „istotność” dla decyzji mają jedynie sygnały od pielęgniarki środowiskowej lub pracowników sektora zdrowia, a nieco mniejszą jako źródło – sygnały od rodziny potrzebującej wsparcia osoby.

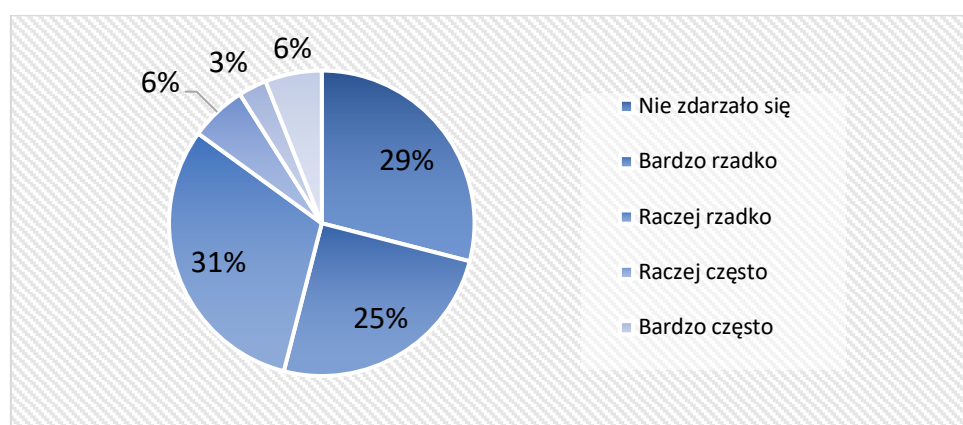
52%

Tyłu pracowników OPS/CUS raczej zgadza się ze stwierdzeniem, że osoby zgłaszające się po usługi zazwyczaj raczej wiedzą, jakiego wsparcia oczekują – 11% zgadza się zdecydowanie

- Wiedza mieszkańców zgłaszających chęć korzystania z usługi jest na ogół – jak wynika z opinii pracowników OPS/CUS – dobra. **63% OPS/CUS stwierdza, że osoby zgłaszające się po pomoc zazwyczaj wiedzą, czego oczekują**. 1/3 badanych uważa, że mieszkańcy mają trudności z określeniem, jakiego wsparcia i pomocy oczekują („przełożenia potrzeb na język istniejących usług”). Podobny odsetek nie uważa jednak, aby tak było. 52% ankietowanych zwraca uwagę, że osoby niesamodzielne i ich rodziny **często oczekują pomocy, której nie można zgodnie z przepisami udzielić**.

- **Deklarowany przez podmioty poziom responsywności na potrzeby mieszkańców jest dość wysoki.** W 29% analizowanych jednostek nie zdarzały się sytuacje, by OPS lub CUS nie udzielił adekwatnego do sytuacji mieszkańca wsparcia (Wykres 14). W ¼ jednostek zdarzało się to bardzo rzadko, raczej rzadko w kolejnych 31%. Częste problemy z udzieleniem adekwatnego do potrzeb wsparcia wskazało (często lub bardzo często) 9% jednostek, 6% nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

Wykres 14. Występowanie sytuacji, gdy placówka nie udzieliła adekwatnego do potrzeb wsparcia



N= 119 OPS/CUS

54%	Tyle badanych OPS/CUS bardzo rzadko miało trudności z zapewnieniem osobom niesamodzielnym odpowiedniego wsparcia lub nie zdarzyło się to w ich przypadku w ogóle
-----	--

- Choć poziom dostępności usług nie jest równomierny, **w badanych gminach na ogół istnieje możliwość zaspokojenia potrzeb w zakresie ODT w istniejących placówkach.** W badaniach fokusowych jednostki raczej były zadowolone z liczby funkcjonujących placówek. OPS i CUS wskazały, że na terenie ich działalności funkcjonuje 27 DPS, 20 niepublicznych domów pomocy społecznej, 16 ZOL i 7 ZPO, a także 50 DPS; 41 środowiskowych domów samopomocy (ŚDS), 46 senioralnych klubów samopomocy, 133 kluby seniora lub świetlice senioralne, 12 mieszkań treningowych, 76 mieszkań wspomaganych, 5 centrów opiekuńczo-mieszkalnych, 5 noclegowni dla osób w kryzysie bezdomności, 13 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, 35 warsztatów terapii zajęciowej. Potencjał uzupełnia 650 kół gospodyń wiejskich oraz 770 świetlic i miejsc lokalnych spotkań oraz 67 uniwersytetów trzeciego wieku (UTW). W 32 gminach działają również placówki specjalistycznego poradnictwa psychologicznego. Jednak należy podkreślić, że jest to potencjał nierównomiernie rozłożony – **region jest złożoną mozaiką usług o różnym poziomie dostępności.**

- Kierownicy OPS/CUS wysoko oceniają poziom wiedzy swoich pracowników na temat **oferty sektora niepublicznego, która mogłaby uzupełnić ofertę usług w gminie**. 58% respondentów w jednostkach stwierdziło, że mają oni szeroką wiedzę w tym zakresie. Według 15% ich wiedza na ten temat jest niewielka, 27% nie ma opinii w tym zakresie. Spośród usług oferowanych poza zakresem usług gminnych wskazywane najczęściej są oferty organizacji pozarządowych (42%), usługi teleopieki (30%), prywatne placówki opieki całodobowej (21%). Jak wynika z zestawienia, w gminach działają również niepubliczne placówki dzienne, komercyjne usługi opiekuńcze i inne placówki (Tabela 43).

Tabela 43. Usługi oferowane przez podmioty niepubliczne w gminie, uzupełniające ofertę dla lokalnej społeczności

Usługi oferowane przez podmioty niepubliczne w gminie, uzupełniające ofertę	Odsetek jednostek
Organizacje pozarządowe świadczące usługi w środowisku	42%
Centrum teleopieki/usługi teleopieki	30%
Prywatne placówki opieki całodobowej	21%
Inne placówki	19%
Niepubliczne placówki dziennej opieki dla seniorów	13%
Niepubliczna opieka wytchnieniowa	12%
Prywatna agencja opiekuńcza, komercyjne usługi opiekuńcze	10%
Niepubliczny dzienny dom pomocy medycznej (DDOM)	6%
Niepubliczne centrum wsparcia	4%
Podmioty dostarczające usług opiekunów rodzinnych	3%

N= 119 OPS/CUS

42%	W tylu spośród 119 gmin objętych szacowaniem organizacje pozarządowe oferują usługi dla osób starszych i niesamodzielnych w środowisku (domowe albo dzienne)
21%	Odsetek gmin spośród 119 objętych badaniem, w których funkcjonują prywatne placówki opieki całodobowej

OFERTA W ZAKRESIE ODT W GMINACH

- Najbardziej istotną częścią szacowania zasobów OPS/CUS były pytania dotyczące usług oferowanych obecnie na terenie gminy. **Zwraca uwagę bardzo wysoki dostęp**

do gminnych usług opiekuńczych – oferuje je 92% analizowanych JOPS. Wysoki jest również dostęp do SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi. 66% gmin oferuje mieszkańcom możliwość skorzystania z teleopieki – w analizowanych gminach korzystają z tej usługi 2464 osoby. W prawie 2/3 liczby gmin dostępna jest usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej. Dość szeroka jest również oferta w zakresie dostępu do kultury, a także pokrycie usługami pobytu w domu pomocy społecznej oraz pomocy w podstawowych czynnościach życiowych (Tabela 44).

Tabela 44. Dostępność form wsparcia osób niesamodzielnych lub tracących samodzielność dostępne w analizowanych gminach

Dostępne formy wsparcia	Odsetek gmin
Gminne usługi opiekuńcze	92%
SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi	84%
Teleopieka, opaska bezpieczeństwa	66%
Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej (AOON)	64%
Zajęcia kulturalne i oświatowe	63%
Pobyt w domu pomocy społecznej	61%
Pomoc w podstawowych czynnościach życiowych	61%
Usługi rehabilitacyjne	56%
Wsparcie psychologiczne	56%
Poradnictwo prawne dla osób niesamodzielnych	53%
Wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych	48%
Wycieczki krajoznawcze, do placówek kultury, muzeów itp.	43%
Opieka wytchnieniowa dzienna	41%
Opieka pielęgnacyjna	39%
Wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, etc.	38%
Pobyt w dziennym domu pobytu	38%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	37%
Terapia zajęciowa	36%
Poradnictwo specjalistyczne w problemach życiowych	36%
Integracja mieszkańców niesamodzielnych ze środowiskiem	33%
Usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej	32%
Wsparcie doradcze i emocjonalne opiekunów i rodzin	29%
Opieka paliatywna i hospicyjna w domu	24%
Transport <i>door-to-door</i> i inne usługi transportowe	16%

Pobyt w mieszkaniach wspomaganych	16%
Organizowanie społeczności lokalnej - oferta dla ON	16%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych z opieki	8%
Opieka wytchnienia całodobowa	8%
Pobyt w mieszkaniach treningowych	6%
Usługa „złotej rączki”, drobne naprawy w domu	5%
Usługi asystenckie osoby innej niż z niepełnosprawnością	4%

N= 119 OPS/CUS

92%	Odsetek OPS/CUS które stwierdziły, że na terenie ich gminy oferowane są gminne usługi opiekuńcze
56%	Odsetek gmin, na terenie których według badanych OPS i CUS dostępne są usługi rehabilitacyjne

- Usługi, do których dostęp jest znacznie słabszy to **usługi rehabilitacyjne i wsparcie psychologiczne** (nieco ponad połowa gmin), **poradnictwo prawne dla osób niesamodzielnych** (53%), **wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych** (48%). 43% gmin oferuje również zajęcia aktywizacyjne takie jak wycieczki krajoznawcze, a mniej niż 40% – pobyt w dziennym domu pobytu czy wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego. Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO), terapia zajęciowa oraz poradnictwo specjalistyczne dostępne są na obszarze działania ponad 1/3 analizowanych jednostek.
- Najmniej powszechne są w zanalizowanych gminach **usługi integracji mieszkańców niesamodzielnych ze środowiskiem** (33%), **usługi długoterminowej domowej opieki pielęgniarstwa świadczonej w ramach systemu ochrony zdrowia** (32%), wsparcie doradcze, informacyjne i emocjonalne opiekunów i rodzin. Jedynie w 1/4 gmin dostępna jest **opieka paliatywna i hospicyjna**. Niewiele gmin prowadzi usługi transportowe i usługi *door-to-door* (na potrzeby OZPS posiadanie tych usług zadeklarowało znacznie więcej gmin). Wreszcie, **tylko 16% gmin dysponuje mieszkaniem wspomaganim, a 8% oferuje pobyt w mieszkaniach treningowych**. Całodobowa opieka wytchnieniowa jest dostępna na poziomie 8% gmin, jest to zatem usługa zdecydowanie deficytowa w regionie. Równie mało OPS/CUS oferuje szkolenia dla opiekunów nieformalnych z opieki, choć niski poziom wiedzy opiekunów jest często przeszkodą w sprawowaniu opieki. Bardzo mało OPS/CUS (5%) deklaruje dostępność na swoim terenie usług „złotej rączki”, na którą zapotrzebowanie, jak wynika z „Ogólnopolskiej diagnozy...” jest znaczne.

38%	Liczba gmin, w których dostępne dla mieszkańców są dzienne domy pobytu (na 119 gmin biorących udział w szacowaniu)
8%	Jedynie taki odsetek gmin, na badane 119 OPS i CUS, oferuje osobom niesamodzielnym i ich rodzinom możliwość skorzystania z całodobowych usług wytchnieniowych

- Z deklaracji OPS/CUS wynika, że ogólnie zakres dostępnych usług jest dość spory, co znajduje także pokrycie w analizie danych zastanych dla regionu, zwłaszcza w danych z OZPS. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że mowa tu o ogólnej dostępności usług w gminie, tj. **występowaniu ich w katalogu wszystkich oferowanych świadczeń**. Inną kwestią jest możliwość skorzystania z usługi „tu i teraz” przez wszystkich zainteresowanych. Jeśli poważnie jednak traktować deklaracje respondentów wyrażone w poprzednich odpowiedziach, OPS i CUS uważają, że nasycenie usługami jest wysokie. Niepokoić może kategoria usług o najniższej w regionie „dostępności” (oferuje je 1/3 gmin lub mniej). Należą do nich m.in. **mieszkalnictwo treningowe i wspomagane oraz całodobowa opieka wytchnieniowa, a także poradnictwo dla opiekunów nieformalnych**.

5%	Tylko tyle OPS/CUS, które uczestniczyły w szacowaniu zapewnia starszym mieszkańcom usługi „złotej rączki”, które mogą mieć istotne znaczenie dla komfortu życia osób o ograniczonej samodzielności
8%	Odsetek gmin, które zapewniają rodzinom osób niesamodzielnych wsparcie w postaci usług szkoleniowych i poradnictwa, jak opiekować się osobą, której stopień samodzielności spada

- Ośrodki pomocy społecznej i centra usług społecznych deklarują **prowadzenie różnorodnych działań w celu utrzymania lub zwiększenia samodzielności osób, które tracą samodzielność i w perspektywie mogą znaleźć się w placówkach stacjonarnych**. Najwięcej z nich oferuje m.in. wsparcie w załatwianiu różnych spraw formalnych związanych z uzyskaniem świadczeń i usług wspierających samodzielność – robi to 76% OPS i CUS (Tabela 45). Ponad połowa ankietowanych utrzymuje również kontakt z członkami rodziny oraz przedstawicielami środowiska osoby niesamodzielnej (53%). 38% JOPS deklaruje realizację działań mających na celu **poprawę zdrowia i kondycji fizycznej** (w tym rehabilitacja, pozwalająca na utrzymanie kondycji niezbędnej do samodzielności). 24% z kolei profesjonalnie wspiera opiekunów lub sąsiadów osoby, która wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W ¼ gmin stosowany **jest trening umiejętności samoobsługowych, wykonywania codziennych czynności domowych oraz działania poprawiające kondycję psychiczną**.

**Tabela 45. Działania prowadzone przez OPS/CUS
w celu utrzymania lub zwiększenia samodzielności mieszkańców,
by uniknąć umieszczenia ich w placówkach stacjonarnych**

Działania prowadzone przez OPS/CUS	Odsetek
Wsparcie w załatwieniu różnych spraw formalnych (np. wniosek o mieszkanie socjalne, uzyskiwanie świadczeń emerytalno-rentowych)	76%
Korzystanie z technologii (np. teleopieka)	60%
Kontakt z członkami rodziny	53%
Działania ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia i kondycji fizycznej, np. rehabilitacja	38%
Profesjonalne wsparcie opiekuna / sąsiada osoby o potencjale usamodzielnienia	34%
Motywowanie mieszkańca do podjęcia próby ponownego usamodzielnienia się	27%
Trening umiejętności samoobsługowych, wykonywania codziennych czynności (np. sprzątania, przygotowywania posiłków, zakupów)	26%
Działania ukierunkowane na poprawę kondycji psychicznej (wsparcie psychiatryczne i psychologiczne, psychoterapia)	25%
Aktywizacja i reintegracja społeczna, doskonalenie umiejętności społecznych	18%
Trening ekonomiczny (zarządzanie wydatkami)	15%
Korzystanie z mieszkań chronionych	14%
Aktywizacja zawodowa	10%

N= 119 OPS/CUS

26%	Tyle OPS/CUS zapewnia trening umiejętności samoobsługowych, wykonywania codziennych czynności w domu (np. sprzątania, przygotowywania posiłków, robienia zakupów)
15%	Odsetek gmin spośród badanych 119, które prowadzą trening ekonomiczny i rozwijają kompetencje zarządzania wydatkami osób starszych

- Istotnym obszarem działań niesamodzielnych jest **wsparcie opiekunów i członków rodzin**. Jedynie 8% badanych OPS/CUS szkoli opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych. Jednostki koncentrują się głównie na **wspieraniu informacyjnym** (świadczy je 75% OPS i CUS). Wsparcie psychologiczne oferuje 35% jednostek, wsparcie w zakresie emocjonalnym – 29% respondentów. Jednak jedynie 16% świadczy doradza, jak opiekować się osobą niesamodzielną w domu (Tabela 46).

Tabela 46. Działania prowadzone przez OPS/CUS oraz członków rodzin osób niesamodzielnych, które przebywają w opiece długoterminowej lub korzystających z usług w środowisku

Zakres wsparcia rodzin / opiekunów nieformalnych	Odsetek podmiotów
Wsparcie informacyjne	75%
Wsparcie psychologiczne	35%
Wsparcie emocjonalne	29%
Doradztwo jak opiekować się osobą niesamodzielną w domu	16%
Inne	8%
Możliwość udziału w grupach wsparcia	5%
Szkolenia w zakresie zajmowania się osobami niesamodzielnymi	5%

N= 119 OPS/CUS

35%	Odsetek badanych OPS/CUS, które w ramach prowadzonego wsparcia oferują wsparcie psychologiczne dla opiekunów nieformalnych, 29% zapewnia wsparcie emocjonalne
-----	---

BARIERY REALIZACJI USŁUG

- Z perspektywy rozwoju usług społecznych istotną kwestią jest **zrozumienie barier, które utrudniają lub uniemożliwiają realizowania usług społecznych dla osób niesamodzielnych (Tabela 47)** Kluczowa wskazywana przez analizowane jednostki bariera to niskie środki na finansowanie usług lub brak tych środków (78%). Druga poważna bariera to **brak lokali do świadczenia usług w środowisku (53%)**. Co trzeci samorząd ma **problem z pozyskaniem partnerów do współpracy**, organizacji pozarządowych czy przedsiębiorstw ekonomii społecznej.
- ¼ podmiotów zwróciła uwagę na wysoki poziom odpłatności za usługi społeczne w środowisku. Co piąty ankietowany wskazywał na brak wykwalifikowanych pracowników – wydaje się, że jest to mniej istotna bariera od wskazanych wcześniej. 15% respondentów wskazało na brak diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin, co świadczy o tym, że również ta kwestia nie należy do fundamentalnych barier. Można zatem stwierdzić, że OPS i CUS jako główną przeszkodę w rozwijaniu usług postrzegają **niedostateczne finansowanie i braki w infrastrukturze**.

15%	Tyle OPS/CUS wskazuje, że przeszkoda we wprowadzaniu usług lub zwiększaniu ich liczby jest niedostatecznie głębokie diagnozowanie potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin
-----	--

Tabela 47. Główne bariery nierealizowania lub realizowania w ograniczonym stopniu różnych form wsparcia dla osób niesamodzielnych

Główne bariery	Odsetek podmiotów
Niskie środki na ich finansowanie lub brak środków	78%
Brak lokali do świadczenia usług w środowisku	53%
Brak partnerów do współpracy (NGO, PES) lub ich mała liczba	31%
Zbyt wysoka odpłatność za usługi przez obiorców w środowisku	24%
Brak wykwalifikowanych pracowników, niedobory kadrowe	22%
Brak diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin	15%
Niewielkie zainteresowanie ze strony odbiorców usług i ich rodzin	10%
Brak czasu, konieczność koncentracji na ważniejszych zadaniach	5%
Brak doświadczenia w świadczeniu usług w środowisku	4%
Opory przed zmianą w placówkach	4%
Brak współpracy pomiędzy podmiotami w gminie	3%
Obawa przed trudnościami z zarządzaniem takimi usługami	3%
Brak wiedzy jak poszerzyć ofertę o usługi w środowisku	2%
Stwierdzony diagnozą brak potrzeb tego typu w gminie	1%

N= 119 OPS/CUS

4%	Tylko tyle OPS/CUS zauważa opory w swoich placówkach przed zmianą i realizacją zadań związanych z rozwojem usług środowiskowych – nie jest to zatem istotna bariera wdrażania DI
----	--

WSPÓŁPRACA Z INNYMI PODMIOTAMI W PODTRZYMYWANIU SAMODZIELNOŚCI

- OPS i CUS w realizacji działań na rzecz tworzenia usług wspierających osoby niesamodzielne współpracują **głównie z innymi instytucjami** – urzędami miast, gmin i powiatów (82%), a także koordynującym politykę w regionie Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej (Tabela 48). Ważnym partnerem są **placówki sektora ochrony zdrowia** (78%), który jest drugim filarem ODT w każdej lokalnej społeczności. Istotnym partnerem w tych działaniach są dla ośrodków pomocy społecznej i centrów usług społecznych **rodzina, sąsiedzi, znajomi oraz inne osoby z najbliższego otoczenia usługobiorców** (78%). 46% ankietowanych wskazało na **organizacje pozarządowe**, a 43% – podmioty wyznaniowe, parafie, Caritas.

Tabela 48. Instytucje, z którymi współpracują jednostki
w zakresie realizacji usług opieki długoterminowej

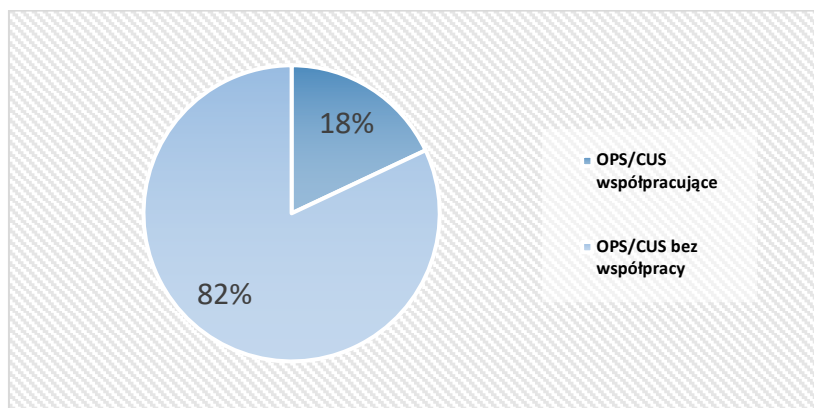
Jednostki, z którymi współpracują OPS/CUS	Odsetek podmiotów
Urząd miasta, gminy, powiatu	82%
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	79%
Placówki ochrony zdrowia (poradnie, szpitale, przychodnie)	78%
Rodzina, sąsiedzi, znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia usługobiorców	74%
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	71%
Policja, Straż Miejska	64%
Dom Pomocy Społecznej	61%
Organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia)	46%
Podmioty wyznaniowe, parafie, Caritas	43%
Zakład opiekuńczo-leczniczy	41%
Ośrodek/ośrodki wsparcia	30%
Zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny	18%
Podmioty ekonomii społecznej (np. przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie społeczne, ZAZ itd.)	17%
Miejski ośrodek pomocy rodzinie	13%
Wolontariusze	11%

N= 119 OPS/CUS

78%	OPS/CUS, które deklarują współpracę na terenie gmin z poradniami, szpitalami i przychodniami w celu lepszej koordynacji usług dla osób o zmniejszonej samodzielności
------------	---

- Jak można stwierdzić na podstawie ankiet badawczych, a także wywiadów w grupach fokusowych, współpraca przedstawicieli OPS i CUS z lokalnymi instytucjami i interesariuszami w małym stopniu dotyczy jednak świadomej pracy nad usamodzielnianiem lub podtrzymaniem samodzielności. O ile rozwój usług w środowisku jest priorytetem, to działania na rzecz usamodzielniania konkretnych osób są nim już w znacznie mniejszym stopniu. Brakuje tu także współpracy z DPS. 82% analizowanych jednostek nie współpracuje blisko z DPS w celu wypracowania ścieżki ewentualnego powrotu do środowiska. **Jedynie 18% taką współpracę prowadzi (Wykres 15).**

Wykres 15. Współpraca OPS/CUS z domami pomocy społecznej w celu badania potencjału usamodzielnienia mieszkańców i działania w tym kierunku



N= 119 OPS/CUS

- Oznacza to, że niewiele OPS i CUS w praktyce interesuje się losem osób, które zostały umieszczone w DPS. Przyczyną to w wywiadach fokusowych pracownicy („*my właściwie po umieszczeniu w DPS uważamy, że tam jest dobra opieka, mało się tym już zajmujemy*”, „*z DPS kontaktujemy się głównie w sprawie umieszczenia, nie przypominam sobie, aby chodziło kiedyś o usamodzielnienie*”). Przedstawiciele OPS/CUS stwierdzali też, że „*możliwość usamodzielnienia jest niska*”, „*nie mamy za bardzo takiej ścieżki, żeby się tym na serio zająć*”, „*DPS to już praktycznie placówka dla osób trwale niesamodzielnnych*”.
- Według 90% respondentów w OPS/CUS „**powrót do środowiska jest niemożliwy ze względu na stan zdrowia osób przebywających w DPS**”. 20% respondentów wskazuje, że do ewentualnego powrotu z DPS do środowiska **brakuje obecnie dostatecznej liczby usług społecznych w środowisku**. 9% respondentów w OPS i CUS podkreśla z kolei, że powrót z placówki stacjonarnej do środowiska wymagałby wielu skoordynowanych działań ma poziomie różnych instytucji gminy. Pewna część jednostek prowadzi jednak wspólne z DPS działania szacujące możliwość opuszczenia placówki i koordynuje zestaw usług w takim przypadku. Jednostki te koncentrują swoje wysiłki na wymianie informacji na temat osoby powracającej do środowiska (52%), wspólnej ocenie możliwości usamodzielnienia oraz monitorowaniu takich osób w środowisku przez pracowników socjalnych (43%).

18%

Tyle OPS/CUS współpracuje z domami pomocy społecznej w celu wypracowania ewentualnej ścieżki powrotu mieszkańca do środowiska, 82% jednostek takiej współpracy nie prowadzi

90%

Tylu respondentów w OPS/CUS uważa, że powrót osób umieszczonych już w DPS do środowiska jest już niemożliwy ze względu na stan zdrowia umieszczonej tam osoby

- OPS i CUS wskazały również, **jakie usługi w gminach powinny być wzmocnione, by przedłużyć pozostawanie osób tracących niesamodzielność w środowisku** (Tabela 49). W pierwszej kolejności jest to **zapewnienie szerszego dostępu do pielęgniarstwa długoterminowego** – to powinien być priorytet według 59% respondentów. 44% jednostek wskazało na **rozwój mieszkań treningowych i wspomaganych z usługami** oraz **rozwój gminnych usług opiekuńczych**. Niewiele mniej, bo 41% na rozwój dziennych domów pomocy oraz klubów samopomocy dla osób starszych. W pierwszej piątce wskazań znalazło się także przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącymi samodzielność (36%) wraz ze szkoleniem dla opiekunów nieformalnych. Inne wskazania to m.in. **dzienne domy opieki medycznej** (formuła, która sprawdziła się w formule pilotażu, 32% wskazań), **SUO** realizowane przez gminy, **rozwijanie środowiskowych domów samopomocy** oraz **centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych**.

Tabela 49. Usługi, które powinny być w gminach wzmocnione, by zapewnić dłuższe przebywanie osób niesamodzielnych w środowisku

Zakres wsparcia	Odsetek podmiotów
Pielęgniarska opieka długoterminowa	59%
Mieszkania treningowe i wspomagane z usługami	44%
Gminne usługi opiekuńcze	44%
Dzienny dom pomocy, klub samopomocy dla osób starszych	41%
Przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącymi samodzielność	36%
Dzienny dom opieki medycznej	32%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych	24%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	24%
Środowiskowy dom samopomocy	20%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	19%
Centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych	12%

N= 119 OPS/CUS

59%

Najwięcej respondentów spośród pracowników OPS/CUS wskazało, że dłuższy pobyt w środowisku wymaga zapewnienia większego dostępu do długoterminowej opieki pielęgniarstwa

- Kierownictwo placówek **wskazało czynniki, które mogą przedłużać funkcjonowanie osób niesamodzielnych w środowisku**. 74% respondentów wskazało w pierwszej kolejności na **zwiększenie zakresu usług opiekuńczych** tj. objęcie nimi większej liczby osób, a 70% na **intensyfikację usług, tj. świadczenie ich częściej** (Tabela 50). Zdaniem praktyków zatrudnionych w placówkach, kluczowe znaczenie ma zarówno poszerzanie koszyka usług, jak i zwiększanie ich wolumenu w poszczególnych kategoriach, adekwatnie do szacowanych na bieżąco potrzeb.
- 69% pracowników OPS/CUS podkreśliło konieczność **zwiększenia dostępu do opieki dziennej**. Wysoko w zestawieniu istotnych czynników znalazło się **wsparcie w samotności i złym nastroju**, który stanowi jeden z „miękkich”, ale ważnych czynników wpływających na możliwość pozostania osoby niesamodzielnej w warunkach domowych. 58% wskazało z kolei na **wsparcie sąsiedzkie**, również ważne w tym kontekście, ale istotne także z powodu możliwości zapewnienia praktycznego wsparcia. Jako mniej istotne w przekonaniu respondentów wskazane zostały zmiana postrzegania instytucji wsparcia społecznego (wielu osobom wciąż nie kojarzą się one z usługami), poprawa współpracy z innymi podmiotami czy teleopieka.

Tabela 50. Wpływ różnych czynników na przedłużenie funkcjonowania osób tracących samodzielność w środowisku

Czynnik	Wpływ czynnika			
	Wysoki lub bardzo wysoki	Niski lub bardzo niski	Ani niski, ani wysoki	Nie wiem
Większa liczba usług opiekuńczych	74%	6%	15%	6%
Intensyfikacja usług opiekuńczych	70%	5%	15%	10%
Większy dostęp do opieki dziennej	69%	7%	14%	10%
Wsparcie w samotności i złym nastroju	62%	8%	20%	10%
Usługi sąsiedzkie i wsparcie sąsiedzkie	58%	7%	25%	10%
Zmiana postrzegania pomocy społecznej	51%	8%	26%	16%
Poprawa współpracy	50%	8%	29%	13%
System teleopieki z alarmem	43%	19%	24%	24%

N= 119 OPS/CUS

69%	Respondenci w OPS i CUS postrzegają zwiększenie dostępu do usług dziennych jako jeden z trzech, po zwiększeniu liczby i zakresu usług w środowisku, czynników kluczowych dla rozwoju ODT
62%	Tyle badanych OPS/CUS wskazało, że istotną kwestią jest zapewnienie osobom niesamodzielnym wsparcia w samotności i złym nastroju (np. wsparcie psychologa)

- Częścią analizowanego zagadnienia była analiza czynników, które mogą zapobiec umieszczeniu w DPS. Najważniejszym jest zdaniem respondentów **większe zaangażowanie ze strony rodziny** (87%). 60% placówek wskazało, że większa **dostępność usług w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych** mogłaby przeciwdziałać kierowaniu mieszkańców do DPS. 55% placówek wskazało na znaczenie **większej dostępności usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, również w weekendy**. 29% z kolei – na potrzebę bardziej skutecznego egzekwowania obowiązku alimentacyjnego od dzieci osób tracących niesamodzielną.

POTENCJAŁ WPROWADZENIA NOWYCH USŁUG

- OPS i CUS oszacowały, **jake usługi mogą dodatkowo realizować w ciągu najbliższego roku lub dwóch**, zakładając posiadanie odpowiedniego finansowania (Tabela 51). Najwięcej OPS i CUS jest w stanie szybko wprowadzić na terenie gmin **dodatkowe usługi opiekuńcze** (87%), **usługi asystenta opieki osoby z niepełnosprawnością** (81%) oraz **specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w kryzysie psychicznym** (80%). Około ¼ jednostek może zwiększyć zasięg usług teleopieki dla mieszkańców, pomocy w podstawowych czynnościach domowych oraz pomocy w załatwianiu spraw urzędowych. Ponad 60% może uruchomić usługi wsparcia prawnego oraz wsparcia psychologicznego osób niesamodzielnym, a także gminne SUO. Nieco mniejszy jest potencjał w uruchomieniu poradnictwa w problemach życiowych oraz wsparcia psychicznego opiekunów osób niesamodzielnym.

Tabela 51. Usługi środowiskowe, które mogą być dodatkowo realizowane na terenie działania OPS/CUS w najbliższych 12-24 miesiącach

Usługa	Perspektywa wprowadzenia		
	w przeciągu 12 miesięcy	w przeciągu 24 miesięcy	Brak możliwości w tym czasie
Gminne usługi opiekuńcze	87%	6%	8%
Asystent osobisty OzN (AOON)	81%	10%	8%
SUO dla osób w kryzysie psychicznym	80%	11%	8%

Teleopieka, opaska bezpieczeństwa	77%	4%	19%
Pomoc w podstawowych czynnościach	75%	13%	11%
Wparcie w załatwianiu spraw urzędowych	75%	14%	10%
Porady prawne dla osób niesamodzielnych	71%	17%	12%
Wsparcie psychologiczne	66%	23%	11%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	63%	17%	20%
Poradnictwo w problemach życiowych	60%	24%	16%
Wsparcie opiekunów	60%	25%	15%
Integracja ze środowiskiem	54%	26%	20%
Pielęgnacyjna opieka domowa	53%	16%	31%
Dzienna opieka wytchnieniowa	51%	21%	28%
Wypożyczanie sprzętu medyczno-rehab.	43%	18%	39%
Usługi rehabilitacyjne	42%	23%	35%
Terapia zajęciowa	37%	12%	51%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych	37%	34%	29%
Pobyty w dziennym domu pobytu	36%	13%	51%
Usługi asystenckie dla osób innych niż OzN	36%	15%	49%
Usługi transportowe, w tym <i>door-to-door</i>	34%	19%	47%
Pielęgniarska opieka domowa	28%	18%	54%
Całodobowa opieka wytchnieniowa	25%	11%	63%
Usługa "złotej rączki"	22%	23%	56%
Pobyty w mieszkaniach wspomaganych	20%	9%	71%
Pobyty w domu pomocy społecznej	19%	6%	75%
Opieka paliatywna i hospicyjna	19%	8%	73%
Pobyty w mieszkaniach treningowych	12%	8%	79%

N= 119 OPS/CUS

- Znaczący potencjał istnieje również w obszarze **wsparcia w postaci integracji osób niesamodzielnych ze środowiskiem oraz pielęgnacyjnej opieki domowej** (usługi te mogą się pojawić odpowiednio w 54% i 53% gmin). Z kolei możliwość wprowadzenia **dziennej opieki wytchnieniowej** deklaruje 51% gmin, a wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego – 43%, podobnie jak usług rehabilitacyjnych dla mieszkańców o zmniejszonej samodzielności. Ponad 1/3 podmiotów jest w stanie rozwinąć usługi terapii zajęciowej, szkolenia dla opiekunów nieformalnych oraz usługi pobytu w dziennym domu pobytu i usługi asystenckie dla osób innych niż OzN – czy to wprowadzić je jako nowe usługi czy też zwiększyć podaż już istniejących usług. 34% podmiotów może stworzyć nowe usługi transportowe.

51%	Tyle badanych OPS/CUS w regionie kujawsko-pomorskim deklaruje możliwość wprowadzenia w ciągu najbliższego roku dodatkowych usług opieki wytchnieniowej
60%	Respondenci w OPS i CUS, którzy deklarują możliwość wprowadzenia w gminach wsparcia opiekunów nieformalnych, doradczego i psychologicznego

- Najmniejszy potencjał mają ankietowane jednostki w zakresie wprowadzenia pielęgniarstwa długoterminowego świadczonego w ramach systemu zdrowia (28%), a także usług całodobowej opieki wytchnieniowej oraz usług „złotej rączki”. 20% jednostek może uruchomić usługi pobytu w mieszkaniach wspomaganych a 12% pobytu w mieszkaniach treningowych. 19% OPS i CUS deklaruje, że może zwiększyć podaż miejsc w domu pomocy społecznej oraz rozwinąć usługi opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Deklaracje te można traktować jako **dowód istnienia dużego potencjału kadrowo-infrastrukturalnego**. Pozostają one na znacznie wyższym poziomie niż deklaracje w „Ogólnopolskiej diagnozie...”, gdzie na możliwość uruchomienia nowych usług lub zwiększenia zakresu już oferowanych wskazywało 20-30% ankietowanych podmiotów. Wskazuje to na duży potencjał rozwoju usług środowiskowych w regionie, a także znaczący wzrost przygotowania do świadczenia usług w porównaniu z analogicznym okresem 2023 r., gdy wykonywano diagnozę ogólnokrajową.

WARUNKI WPROWADZENIA DODATKOWYCH USŁUG

- Warunki, na które wskazują ankietowani jako niezbędne do wprowadzenia nowych usług to przede wszystkim **zapewnienie ze środków budżetu regionalnego lub centralnego odpowiednich środków na funkcjonowanie jednostek oraz wdrożenie nowych usług**. Wskazuje na nie 80% jednostek. W wywiadach grupowych podmioty wskazywały na zdecydowanie niewystarczające środki do rozszerzenia oferty, przy jednoczesnym sporym potencjale kadrowym. **Przeszkodą we wprowadzeniu nowych usług są zatem przede wszystkim braki finansowe**. 52% ankietowanych wskazało jednak również na istotne dla nich braki kadrowe. 47% za warunek wprowadzenia nowych usług uważa dodatkowe finansowanie ze strony samorządu lokalnego, tam upatrując źródeł dodatkowych finansów na rozwijanie usług (Tabela 52).

52%	Poza finansami (80% wskazań), analizowane OPS/CUS wskazują, że dla rozszerzenia usług w środowisku konieczne jest znalezienie nowych pracowników i zaspokojenie ich oczekiwań finansowych
-----	---

Tabela 52. Warunki wprowadzenia do oferty nowych usług lub rozszerzenia zasięgu istniejących – opinie OPS i CUS

Warunki świadczenia dodatkowych i nowych usług	Wskazania
Zapewnienie środków na ich funkcjonowanie ze środków budżetu regionalnego lub centralnego	80%
Znalezienie nowych pracowników i zaspokojenie ich oczekiwań finansowych	52%
Zapewnienie finansowania na ich rozwój przez samorząd	47%
Inwestycje w infrastrukturę, znalezienie lokali	24%
Zlecanie usług NGO i PES	14%
Zmiana przepisów prawa, zmniejszenie ograniczeń	12%
Większe wsparcie ze strony gminy	11%
Wprowadzenie współodpłatności za usługi	10%
Zwiększenie kompetencji obecnie zatrudnionej kadry	7%
Przełamanie barier i oporów mentalnych jednostek przed wejściem w środowisko	4%

N= 119 OPS/CUS

- Pozostałe czynniki mają według ankietowanych OPS i CUS mniejsze znaczenie. 24% badanych wskazuje na **niedostatki infrastruktury i konieczność inwestycji w lokalną infrastrukturę pomocy społecznej**. 14% ankietowanych jest zdania, że w świadczeniu usług pomocna byłaby **bliższa współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz przedsiębiorstwami ekonomii społecznej**. 12% badanych zwróciło uwagę na bariery prawne. Istotnym czynnikiem dla 11% gmin jest wsparcie zarządcze i strategiczne ze strony jednostek samorządu terytorialnego, które nie jest ich zdaniem dostateczne. Oczekiwanie to pokrywa się z wnioskami z „*Ogólnopolskiej diagnozy...*”. Inne wzmiankowane czynniki to wprowadzenie współodpłatności za usługi, co zapewni ich dodatkowe finansowanie przez odbiorców, zwiększenie kompetencji kadry zatrudnionej w jednostkach oraz przełamanie barier związanych z wdrażaniem usług środowiskowych. Wyzwanie to występuje jednak zaledwie w 4% ankietowanych jednostek i nie jest istotne.

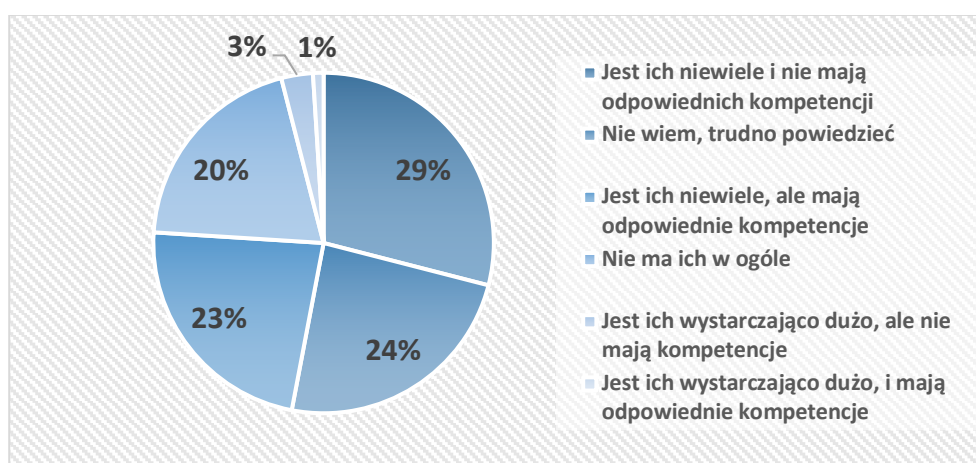
80%	Tyle jednostek oczekuje dodatkowego finansowania z budżetu centralnego lub regionalnego w celu tworzenia nowych usług w środowisku, a 47% – środków z samorządu lokalnego
24%	Odsetek respondentów, którzy zgłaszają zapotrzebowanie na konieczność inwestycji w lokalną infrastrukturę pomocy społecznej, by w najbliższych latach świadczyć nowe usługi

- OPS i CUS chciałyby tworzyć nowe usługi **w oparciu o wielosektorowy model deinstytucjonalizacji, tj. we współpracy z innymi podmiotami**. Jako optymalną formę świadczenia usług wskazuje ten model 82% podmiotów. 12% jednostek chciałyby rozwijać usługi wyłącznie poprzez zlecanie lub zakup nowych usług. 7% JOPS deklaruje, że chciałyby rozwijać usługi wyłącznie w oparciu o własny zasób instytucjonalny. Należy zatem stwierdzić, że znaczna część OPS i CUS zmierza w kierunku pożądanego przez strategię deinstytucjonalizacji modelu współpracy i kooperacji w tworzeniu usług w środowisku – opowiada się za nim 4/5 podmiotów.

82%	Tyle ankietowanych OPS i CUS chciałyby tworzyć nowe usługi w oparciu o model wielosektorowy, działania własne oraz zlecanie i zakup usług innym podmiotom
------------	---

- Jak się wydaje, **dostępność podmiotów do współpracy w lokalnych społecznościach pozostawia jednak wiele niedosytu**. 29% ankietowanych OPS i CUS wskazało, że podmiotów jest niewiele i nie mają one odpowiednich kompetencji (Wykres 16). Według 23% JOPS, podmiotów jest wprawdzie niewiele, ale posiadają one odpowiednie kompetencje. 20% jednostek jest zdania, że na terenie ich działalności nie ma w ogóle podmiotów, z którymi można współpracować.
- Zaledwie 1% jednostek wskazało, że podmiotów jest wystarczająco dużo i posiadają one odpowiednie kompetencje. ¼ OPS i CUS nie posiada rozeznania sytuacji. Nakazuje to jednak powątpiewać w to, czy model współpracy rzeczywiście znajdzie zastosowanie, czy też usługi będą organizowane głównie na bazie potencjału własnego jednostek, co wydaje się bardziej uprawnioną w świetle badania tezą.

Wykres 16. Dostępność podmiotów w gminach pozwalających na wspólne projektowanie i organizowanie usług środowiskowych



N= 119 OPS/CUS

29%

Odsetek OPS i CUS, które wskazały, że na terenie ich działania jest niewiele organizacji pozarządowych oraz PES do współpracy i nie mają one wystarczających kompetencji

ROZWÓJ USŁUG Z PERSPEKTYWY POWIATOWYCH CENTRÓW POMOCY RODZINIE

- **W szacowaniu wzięło udział także 11 powiatowych centrów pomocy rodzinie.** 2 z nich funkcjonuje w gminie wiejsko miejskiej, 5 w gminie miejskiej, zaś 4 w mieście na prawach powiatu. Liczba mieszkańców w powiatach reprezentowanych przez badane jednostki wyniosła 783343. Liczba mieszkańców w wieku 65+ według deklaracji badanych podmiotów wyniosła 142878. Według podmiotów, liczba osób korzystających z pomocy społecznej wynosi w powiatach 12757. Na obszarze, na którym działają jednostki zamieszkuje ogółem 62353 osób niesamodzielnych – starszych, z niepełnosprawnością, niesamodzielnych z innych powodów.
- **36% PCPR uważa, że w ostatniej dekadzie liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności na terenie powiatów zwiększyła się.** W grupie OPS/CUS odsetek ten wynosił 66%. Według 9% pozostała na takim samym poziomie, według 9% zmniejszyła się. Trudności z odpowiedzią na to pytanie miało 45% badanych, znacznie więcej niż w przypadku OPS/CUS (13%).

36%

Taki odsetek PCPR-ów uważa, że zwiększyła się w ostatniej dekadzie liczba osób, które wymagają wsparcia z powodu niesamodzielności

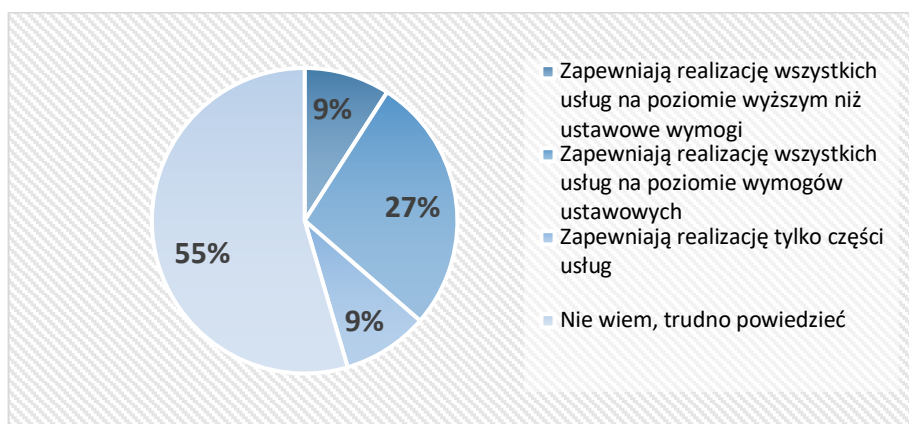
- Skazywane przez respondentów z PCPR główne powody niesamodzielności mieszkańców to starość i wiek (82%), niepełnosprawność fizyczna (73%), choroby przewlekłe (64%), demencja i choroby otępienne (55%) oraz niepełnosprawność intelektualna 45%. Liczba osób skierowanych do pobytu w DPS w badanych powiatach wyniosła w 2023 r. 198 osób. Według danych PCPR w domach pomocy społecznej znajdujących się w powiatach, na terenie których funkcjonują jednostki, przebywało 1168 osób. Na miejsce w domu pomocy społecznej oczekiwało 66 osób.
- Według respondentów z PCPR, dominująca sytuacja rodzinna osób, które oczekiwały na miejsce w domu pomocy społecznej to osoby samotne, bez rodziny – wskazało tak 82% badanych. Drugi najczęstszy przypadek to osoby posiadające rodzinę, lecz niezdolną do opieki z powodu stanu zdrowia (55%). 27% respondentów wskazało, że istotnym powodem jest niezdolność rodziny do opieki nad osobą niesamodzielną z powodu pracy zawodowej lub obowiązków.

0,8%

Taki jest, zdaniem analizowanych centrów pomocy rodzinie, odsetek osób w ich powiatach, które mogłyby opuścić DPS i usamodzielnąć się – w praktyce oznacza to 10 osób

- W 2023 r. placówki opieki długoterminowej działające na terenie powiatów uczestniczących w szacowaniu opuściło 8 osób. W latach 2018-23 liczba takich osób wyniosła 25. Zdaniem kierowników PCPR, potencjał usamodzielnienia posiada obecnie 10 osób przebywających w placówkach. Zważywszy, że podana liczba osób przebywających w DPS ogółem wynosi 1168, jest to 0,8%. Zdaniem badanych PCPR, 126 osób niesamodzielnich, które korzystają obecnie z usług w domu lub dziennym domu pobytu mogłoby uniknąć w ciągu najbliższych 2 lat umieszczenia w opiece długoterminowej przy założeniu zapewnienia im usług wsparcia w środowisku.
- 55% ankietowanych w PCPR stwierdziło, że trudno im powiedzieć w jakim stopniu dostępne obecnie zasoby finansowe i kadrowe jednostki wpływają na poziom realizowanych zadań i usług w obszarze wsparcia osób niesamodzielnich. Według 27%, posiadane zasoby pozwalają na realizację wszystkich usług na poziomie wymogów ustawowych. 9% respondentów wskazało, że zapewniają realizację tylko części usług, podobna liczba wskazała, że warunki finansowe i kadrowe pozwalają na realizację wszystkich usług na poziomie wyższym niż ustawowe wymogi (Wykres 17).

Wykres 17. Wpływ posiadanych zasobów kadrowych i finansowych na poziom realizowanych zadań i usług w powiatach



N= 11 PCPR

55%

Odsetek powiatowych centrów pomocy rodzinie, którym trudno było stwierdzić w jakim stopniu posiadane zasoby kadrowe i finansowe wpływają na poziom realizowanych powiecie usług

- Z perspektywy analizowanych powiatów, nieco inna jest hierarchia usług dostępnych na ich terenie niż w przypadku 119 przebadanych OPS/CUS. Rozbieżności te są nieuniknione ze względu na fakt, że powiaty z jednej strony mają szerszy zakres terytorialny i wystarczy realizacja usługi w jednej z gmin na jego terenie, by z perspektywy statystycznej uznać, że jest ona realizowana.
- **Zasadniczym obszarem analizy zasobów pozostaje jednak obszar gminy** – z tej perspektywy z kolei ogląd z perspektywy powiatu i PCPR jest znacznie mniej precyzyjny niż obraz z perspektywy lokalnej społeczności. Podobnie jak w przypadku zestawienia dotyczącego OPS/CUS, warto skupić analizę na dolnej części tabeli, gdzie znajdują się najbardziej deficytowe usługi (Tabela 53).

Tabela 53. Wszystkie deklarowane formy wsparcia osób niesamodzielnych lub tracących samodzielność dostępne w analizowanych powiatach (usługi oferowane zarówno przez sektor publiczny, jak i prywatny)

Usługi	Odsetek powiatów
Pobyt w domu pomocy społecznej	91%
Poradnictwo prawne dla osób niesamodzielnych	82%
Terapia zajęciowa	73%
Wsparcie psychologiczne	73%
Pobyt w dziennym domu pobytu	64%
Gminne usługi opiekuńcze	55%
Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej (AOON)	55%
Wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, etc.	45%
Usługi rehabilitacyjne	45%
Wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych	45%
SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi	45%
Poradnictwo specjalistyczne w problemach życiowych	36%
Zajęcia kulturalne i oświatowe	36%
Integracja mieszkańców niesamodzielnych ze środowiskiem	36%
Wsparcie doradcze, informacyjne, emocjonalne opiekunów / rodzin	36%
Opieka wytchnieniowa dzienna	27%
Zdeinstytucjonalizowana opieka paliatywna i hospicyjna	27%
Pobyt w mieszkaniach treningowych	27%
Wycieczki krajoznawcze, wyjazdy do placówek kultury, muzeów itp.	27%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	27%
Opieka pielęgnacyjna	27%
Opieka wytchnienia całodobowa	18%

Transport <i>door-to-door</i> i inne usługi transportowe	18%
Usługa „złotej rączki”, drobne naprawy w domu	18%
Teleopieka, opaska bezpieczeństwa	18%
Organizowanie społeczności lokalnej - oferta dla ON	18%
Pomoc w podstawowych czynnościach życiowych	18%
Usługi asystenckie osoby innej niż z niepełnosprawnością	18%
Usługi pielęgniarstwa długoterminowego domowego	9%
Pobyt w mieszkaniach wspomaganych	9%

N= 11 PCPR

64%	Również powiatowe centra pomocy rodzinie są przekonane, że jednym z istotnych kluczy do poprawy wsparcia w środowisku jest rozwój pielęgniarstwa długoterminowego (najwięcej wskazań)
-----	---

- Jednostki powiatowe wskazały, jakie ich zdaniem usługi w środowisku lokalnym powinny być wzmacniane, aby przedłużyć przebywanie osób tracących samodzielność w środowisku. **Na szczycie znalazła się pielęgniarstwo długoterminowe (64%).** Prawie połowa respondentów wskazała **mieszkania treningowe i wspomagane z usługami**, tworzenie **dziennych domów pomocy i klubów samopomocy dla osób starszych**, tworzenie **środowiskowych domów samopomocy** oraz specjalistyczne **usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi**. Ponad 1/3 jednostek wskazała na potrzebę tworzenia **dziennych domów opieki medycznej**, przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącym i samodzielność oraz tworzenie **gminnych usług opiekuńczych** (Tabela 54).

Tabela 54. Usługi, które według PCPR należy wzmocnić, by poprawić dostęp do opieki długoterminowej w powiatach

Usługi	Odsetek
Pielęgniarstwo długoterminowe	64%
Mieszkania treningowe i wspomagane z usługami	45%
Dzienny dom pomocy / klub samopomocy dla osób starszych	45%
Środowiskowy dom samopomocy	45%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	45%
Dzienny dom opieki medycznej	36%
Przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad niesamodzielnymi	36%
Gminne usługi opiekuńcze	36%

Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	27%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych	27%
Centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych	27%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	18%

N= 11 PCPR

1/3	Taki odsetek powiatowych centrów pomocy rodzinie uważa, że czynnikiem zmniejszającym podaż usług w powiatach może być brak diagnoz potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin
-----	---

- Zdaniem analizowanych jednostek, najważniejsze przyczyny nierealizowania lub realizowania na niskim poziomie określonych usług społecznych to niewystarczające środki na ich finansowanie lub brak środków – wskazało na nie 64% centrów (Tabela 55). W przypadku gmin na czynnik ten wymieniło 78% respondentów. Za istotną barierę są uważane warunki lokalowe (45% badanych). Wysoko znalazła się kwestia diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin. Brak takich diagnoz uznało za istotny czynnik 36% respondentów. Dla porównania w przypadku OPS/CUS było to jedynie 15%. **Może to świadczyć o tym, że na poziomie powiatów planowanie usług jest na niższym poziomie niż w przypadku gmin.**

Tabela 55. Przyczyny nierealizowania usług lub realizowania w niewystarczającym zakresie w gminach i powiatach

Usługi	Odsetek powiatów	Odsetek gmin
Niskie środki na ich finansowanie lub brak środków	64%	78%
Brak lokali do świadczenia usług w środowisku	45%	53%
Brak diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin	36%	15%
Brak wykwalifikowanych pracowników	27%	22%
Zbyt wysoka odpłatność za usługi przez obiorców	18%	24%
Brak partnerów do współpracy (NGO, PES) lub ich mała liczba	9%	31%
Brak czasu, konieczność koncentracji na ważniejszych zadaniach	9%	5%
Niewielkie zainteresowanie ze strony odbiorców usług i ich rodzin	9%	10%

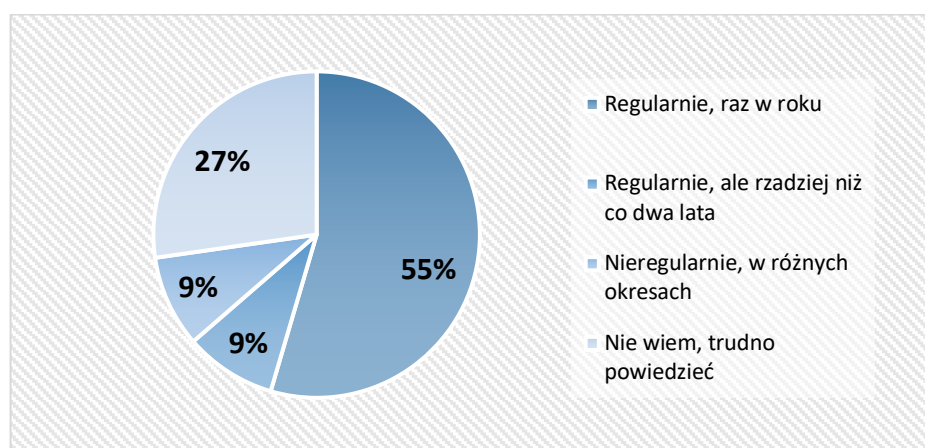
N= 11 PCPR

- Podobnie jak w przypadku gmin, także w powiatach kwestie dostępności kadr znalazły się wysoko, ale nie wśród trzech najważniejszych powodów nieświadczenia usług. Na czynnik ten wskazało 27% respondentów, zaś w gminach 22%. Inne, mniej istotne powody wymieniane w tym obszarze to zbyt wysoki koszt usług dla mieszkańca (18%, w przypadku gmin 24% wskazań) Na brak partnerów do współpracy lub ich mała liczba wskazało 9% PCPR i aż 31% gmin, a także konieczność koncentracji na ważniejszych zadaniach lub niewielkie zainteresowanie usługami ze strony odbiorców lub ich rodzin.

55%	Niewiele więcej niż połowa powiatowych centrów, które brały udział w szacowaniu, przeprowadza diagnozy potrzeb i analizy sytuacji w powiecie regularnie, raz w roku
-----	---

- Kwestia braku diagnoz potrzeb jako przeszkody w realizacji usług społecznych w powiatach została pogłębiona dodatkowymi pytaniami. Jak wynika z analizy ankiet, PCPR przykładają uwagę do diagnozy i analizy zmieniających się potrzeb odbiorców oraz oceny możliwości ich zaspokojenia w ramach świadczonych obecnie usług w różny sposób. **Niewiele ponad połowa (55%) ankietowanych jednostek przeprowadza tego rodzaju diagnozy raz w roku.** 9% sporządza jej regularnie, nie rzadziej niż co 2 lata, podobny odsetek – nieregularnie. Prawie 1/3 PCPR wypełniając ankietę nie miała wiedzy jak często takie diagnozy przeprowadza. Bliższe spojrzenie wskazuje zatem, że analizy strategiczne w PCPR być może nie są przeprowadzane tak regularnie i tak głęboko, jak w przypadku OPS/CUS (Tabela 56).

Tabela 56. Częstotliwość analizowania i diagnozowania w powiatowych centrach pomocy rodzinie



N= 11 PCPR

- 45% PCPR deklaruje możliwość zwiększenia liczby usług społecznych pod warunkiem zapewnienia dodatkowego finansowania oraz kadr. Jednak 55%

respondentów uznało, że nawet w takich warunkach takiej możliwości nie ma. Brak potencjału wynika przede wszystkim z braku diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych i ich rodzin – na ten czynnik wskazuje 50% ankietowanych, co ponownie każe zastanowić się nad jakością procesów analitycznych i diagnostycznych w powiatach. Istotne są również obawy przed trudnościami z zarządzaniem takimi usługami oraz brak partnerów do współpracy lub ich niewystarczająca liczba.

- Podobnie jak OPS i CUS, także PCPR zostały zapytane o oszacowanie możliwości uruchomienia nowych usług społecznych na terenie powiatów. W tej części ankiety wzięło udział zaledwie 5 podmiotów, analiza potencjału nie jest miarodajna.
Wskazuje ona natomiast, że perspektywa powiatowych centrów pomocy rodzinie jest wąska, w większym stopniu administracyjna niż strategiczna. Co więcej, jak się wydaje, przedstawiciele jednostek nie posiadali odpowiednio szerokiego oglądu sytuacji w oparciu o dane z gmin, by wnioskować na temat możliwości rozwoju usług. Rodzi to pytanie, w jakim stopniu powiatowe centra dysponują precyzyjnym obrazem sytuacji w zakresie osób niesamodzielnych i ich potrzeb.
- Jedynie 9% powiatów, na terenie których funkcjonują jednostki dysponuje lokalami, budynkami na potrzeby rozwijania w przyszłości środowiskowych oraz dziennych form pomocy. 91% powiatów nie posiada możliwości lokalowych pozwalających na rozwój usług. To ważna konkluzja z perspektywy powiatowej, choć w dalszej części badania tylko jeden PCPR zwrócił uwagę na konieczność inwestycji w infrastrukturę na potrzeby usług w środowisku.
- Jednostki powiatowe deklarują bardzo dużą wiedzę na temat deinstytucjonalizacji– 91% respondentów deklaruje, że wie na czym polega ten proces. Wiedza ta jest duża również w odniesieniu do zadań własnej jednostki (82% podmiotów). Jednak tylko 1/3 placówek uważa, że deinstytucjonalizacja jest priorytetem w środowisku lokalnym, czyli powiatowym. Podobny odsetek nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Kierunek deinstytucjonalizacji kwestionuje jedna trzecia badanych, a jedna trzecia nie ma zdania czy jest to dobry pomysł. Prawie połowa ankietowanych uważa, że deinstytucjonalizacja może przynieść więcej szkody niż pożytku. Zarazem poziom wiedzy wydaje się być niewystarczający – ponad połowa placówek chciałaby wiedzieć więcej o tym, jak wdrażać ten proces w opiece długoterminowej.

1/3

Co trzecie powiatowe centrum pomocy rodzinie deklaruje, że deinstytucjonalizacja jest priorytetem w środowisku lokalnym tej instytucji, to znaczy w instytucjach powiatowych

- W części badania poświęconej opiniom na temat stanu sektora usług środowiskowych, OPS i CUS odnosiły się do tego, jakie możliwości istnieją w zakresie budowy nowej architektury sektora. **85% ankietowanych reprezentantów OPS i CUS jest przekonane, że rezygnacja z dotychczasowego potencjału miejsc w DPS jest niemożliwa** – jest on niezbędny, by świadczyć pełen wymagany pakiet usług, w tym usługi stacjonarne. Zaledwie 8% zgadza się z tezą, że potencjał instytucjonalny domów pomocy społecznej należy zmniejszać – przeciwne jest 51% respondentów. **Tylko 10% badanych wierzy w to, że istnieje potencjał usamodzielnienia mieszkańców w DPS. 63% respondentów nie zgadza się z taką tezą.**

85%	Odsetek przedstawicieli OPS i CUS którzy uważają, że rezygnacja z dotychczasowego potencjału miejsc w DPS jest niemożliwa, tylko 8% zgadza się z tym, że ich działalność należy ograniczać
59%	Reprezentantów OPS i CUS jest zdania, że rozwój usług środowiskowych jest w ich gminie priorytetem – 32% nie jest jednak przekonane lub nie wie, czy tak jest w rzeczywistości

- Rozwijanie usług w środowisku jest z kolei priorytetem w gminie według 59% respondentów w OPS i CUS.** Jednak 16% badanych nie jest tego pewna, tyle samo pracowników JOPS nie ma zdania w tej kwestii (Tabela 57). Oznacza to, że niemal 1/3 ośrodków pomocy społecznej i centrów usług społecznych nie jest przekonana, że świadczenie usług w środowisku to realny priorytet. **32% respondentów uważa, że rozwój usług środowiskowych będzie na terenie ich gminy trudny.** Nie zgadza się jednak z tą tezą dokładnie taka sama liczba osób. Jeszcze raz potwierdza się także teza, że **w gminie brakuje partnerów do tworzenia usług.** Zdecydowanie się zgadza lub raczej się zgadza z takim stwierdzeniem 65% respondentów w OPS i CUS. 55% przedstawicieli jednostek jest przekonanych, że potencjał podmiotów do tworzenia usług jest w lokalnym środowisku niski. Respondenci ponownie potwierdzili w tej części badania, że istotną barierą rozwoju usług są kwestie kadrowe i finansowe. 50% respondentów zgadza się z takim stwierdzeniem.

Tabela 57. Opinie przedstawicieli OPS i CUS na temat możliwości i ograniczeń w zmianach rynku usług środowiskowych

Opinie	Zdecydowanie lub raczej się zgadzam	Zdecydowanie lub raczej się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Nie wiem
Rezygnacja z obecnego potencjału DPS jest niemożliwa	85%	5%	1%	9%

W gminie brakuje partnerów do tworzenia usług	65%	8%	13%	14%
Usługi środowiskowe są w naszej gminie priorytetem strategicznym	59%	9%	16%	16%
Potencjał podmiotów w gminie do tworzenia usług jest niski	55%	16%	13%	16%
Rozwój usług hamują głównie kwestie kadrowe i finansowe	50%	22%	13%	15%
DPS mogłyby w większym stopniu świadczyć usługi w środowisku	48%	10%	13%	29%
Rozwój usług w gminie będzie bardzo trudny	32%	32%	21%	15%
DPS/ZOL/ZPO mogą stać się centrum usług w środowisku	30%	14%	24%	32%
Potencjał wsparcia sąsiedzkiego jest w naszej gminie wysoki	24%	35%	17%	24%
Potencjał opiekuńczy rodzin jest wysoki	20%	34%	22%	24%
Wybrani mieszkańcy DPS mają potencjał, aby się usamodzielnąć	10%	63%	8%	19%
Rolę placówek stacjonarnych trzeba zmniejszać	8%	51%	18%	23%

N= 119 OPS/CUS

48%	OPS i CUS jest zdania, że DPS mają potencjał instytucjonalny i kadrowy, by wychodzić z usługami w środowisko. Prawie 1/3 placówek nie potrafi jednak ocenić, czy tak jest w ich gminie.
30%	Nieco mniej respondentów w OPS/CUS jest zdania, że placówki świadczące usługi stacjonarne takie jak DPS, ZOL czy ZPO mogą stać się jednym z lokalnych „centrów” usług w środowisku

- Zdaniem 48% badanych **domy pomocy społecznej mogłyby świadczyć usługi w środowisku**. 29% pracowników OPS i CUS nie potrafi jednak odpowiedzieć na pytanie, czy placówki te mają taki potencjał. Wśród części pracowników jednostek istnieje przekonanie, że potencjał placówek stacjonarnych w kreowaniu nowych usług środowiskowych jest potencjalnie wysoki. Jak podkreślali podczas badań fokusowych, *„wymagałoby to jednak skłaniania ich do takich działań”*.

24%	Tylu respondentów w OPS i CUS uważa, że potencjał wsparcia sąsiedzkiego w gminach może być wysoki, ale nie został jeszcze w należyty sposób wykorzystany
-----	--

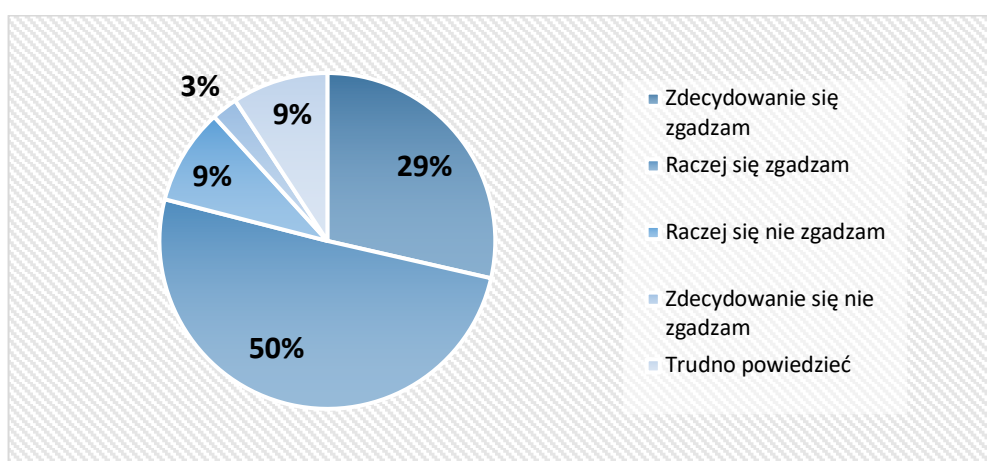
- Zarazem 30% respondentów uważa, że domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz zakłady pielęgniarско-opiekuńcze mogą stać się lokalnymi centrami wspierającymi rozwój usług w środowisku na zasadzie wychodzenia z usługami poza placówki. Jak wiadomo jednak z badania domów pomocy społecznej, **DPS niespecjalnie skłaniane przez OPS oraz przez władze gmin do wykorzystania swojego potencjału w kierunku rozwijania usług środowiskowych.** W tym przypadku można mówić o niewykorzystanym lub „nieujawnionym” potencjale.
- W ocenie potencjału wsparcia sąsiedzkiego zdania respondentów w OPS i CUS są podzielone – 24% uważa, że potencjał opiekuńczy wsparcia sąsiedzkiego w gminach jest wysoki. **Jednak 35% jest zdania, że jest on niski lub bardzo niski.** Co piąta placówka jest zdania, że potencjał opiekuńczy rodzin w lokalnym środowisku jest wysoki, przeciwnego zdania jest 34%, ale prawie połowa badanych nie ma klarownego zdania w tej kwestii.
- Może to świadczyć o tym, że szacowanie potencjałów jest dla pomiotów wyzwaniem. Jak wiele z nich stwierdzało w badaniach fokusowych, *„praktycznie nie analizujemy sytuacji całościowo, nie zastanawiamy się, jak lepiej wykorzystać wszystkie te potencjały, mamy za dużo codziennej pracy i pilnowania tego, co już robimy”*. Dla wielu jednostek ćwiczenie z szacowania potencjałów było trudnym, ale również ważnym doświadczeniem pokazującym jak całościowo podejść do procesu pełniejszego pokrycia potrzeb podażą usług.

PRZYGOTOWANIE DO DEINSTYTUCJONALIZACJI

- OPS i CUS z jednej strony czują się stosunkowo dobrze przygotowane do deinstytucjonalizacji pod względem wiedzy, kadr i zasobów, z drugiej – ciągle duży jest odsetek osób sceptycznych oraz poziom niepewności co do kierunku. Główne trendy są w dużej mierze zbieżne z wnioskami z „*Ogólnopolskiej diagnozy...*”: rozwój usług społecznościowych i zmiana architektury systemu to z jednej strony obietnica i szansa, z drugiej zaś strony – niepewność.
 - **75% pracowników twierdzi, że posiada ogólną wiedzę na temat tego procesu,** nie posiada jej jedynie 5%, 30% nie ma zdania;
 - **73% wie, na czym polega deinstytucjonalizacja w ich placówce,** 4% nie wie, 23% nie ma zdania;
 - **76% respondentów chciałoby wiedzieć więcej o kierunkach,** 11% jest przeciwnego zdania, 13% nie ma zdania;
 - **aż 79% chciałoby wiedzieć więcej o strategii i kierunkach deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej** (Wykres 18);

- 35% respondentów stwierdza, że **deinstytucjonalizacja jest priorytetem w ich gminie**, 28% nie zgadza się z tym, 37% nie ma zdania;
- 46% uważa, że **deinstytucjonalizacja jest właściwym kierunkiem zmian**, 14% się z tym nie zgadza, 41% nie ma opinii czy kierunek jest właściwy;
- 45% **ma pozytywne nastawienie do tego kierunku zmian**, 12% negatywne, pozostali mają ambiwalentne podejście lub nie mają zdania.

Wykres 18. Odpowiedzi respondentów na pytanie, czy chcieliby wiedzieć więcej o kierunkach deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej



N= 119 OPS/CUS

- Ogólnie należy stwierdzić, że poziom przygotowania do wdrażania usług w środowisku jest na różnym poziomie, podmioty często „rozpoznają temat w biegu, bo trzeba go szybko wdrożyć”, poziom otwartości na zmiany i motywacji jest jednak stosunkowo wysoki. W wywiadach fokusowych pojawiły się stwierdzenia, że „za mało jest dyskusji o tym, jak naprawdę poradzić sobie z tą układanką”, tj. na jakie usługi postawić w kontekście specyficznych potrzeb gminy wynikających z analizy społeczno-demograficznej. Tu jednak pojawia się sporo głosów, że sytuacja jest analizowana pobieżnie, a **w gminach brakuje zarówno obrazu sytuacji, jak i „mapy drogowej”, która wskazywałaby kierunki**. Złożoność koszyka usług społecznych oraz złożoność specyfiki opieki długoterminowej nakładają się na siebie i tworzą trudne pole do podejmowania decyzji.

STRESZCZENIE WNIOSKÓW Z BADANIA POTENCJAŁU ROZWOJU USŁUG PRZEZ OPS/CUS/PCPR

1. W szacowaniu wzięło udział 83% OPS i CUS. **Zapewnia to wystarczający ogłód sytuacji w regionie, by wnioskować o trendach, ale nie jest to ogłód pełny**. Analiza podmiotów, które nie uczestniczyły w szacowaniu pomimo wielokrotnych monitów wskazuje, że **mogą to być gminy o najsłabszym zakresie oferowanych usług i najmniejszych**

- wydatkach na nie.** Grupa podmiotów, która nie wzięła w badaniu wymaga szczególnej uwagi w ramach polityki regionalnej.
2. Szacowanie okazało się istotnym dla podmiotów procesem: skłoniło je do szerszego spojrzenia na całość systemu wsparcia ODT, identyfikacji luk oraz określenia potencjału rozwoju usług.
 3. **Świadczenie usług w środowisku jest priorytetem w większości gmin** – wskazuje na to 59% badanych jednostek.
 4. Pracownicy OPS i CUS zauważają **wzrost zapotrzebowania na usługi** (66%) z powodu starzenia się ludności oraz rosnącej liczby osób samotnych, którymi nie może opiekować się rodzina.
 5. Placówki nie są w stanie jednoznacznie określić, czy stan psychofizyczny osób kierowanych do DPS uległ zmianie. Ich **zdaniem potrzeby rosną raczej ze względu na demografię niż pogarszanie się stanu zdrowia.**
 6. **Najważniejsze powody niesamodzielności** to podeszły wiek (96%), choroby przewlekłe oraz niepełnosprawność fizyczna (76%), a także demencja i choroby otępienne (71%).
 7. OPS i CUS skierowały w 2023 r. do DPS 913 osób. **206 osób oczekuje w gminach na miejsce w DPS**, przy czym najwyższa wskazana liczba osób oczekujących na miejsce w gminie to 80 osób.
 8. Według pracowników OPS/CUS, dominująca sytuacja rodzinna osób kierowanych do DPS to **osoby samotne, bez rodziny** (91% wskazań).
 9. **W 2023 r. placówki DPS w analizowanych gminach opuściło 26 osób. W latach 2018-23 było to 132 osoby. Potencjał opuszczenia DPS placówki szacują na 92 osoby – tj. 2,5% osób korzystających z DPS obecnie. Jest on zatem bardzo niski.**
 10. OPS i CUS uważają domy pomocy społecznej za **niezbędne ogniwo, którego działania nie można ograniczyć**, a w niektórych gminach należałoby rozwinąć, biorąc pod uwagę oczekiwania mieszkańców.
 11. **W analizowanych gminach z usług społecznych korzysta 12401 osób. Według placówek 4013 osób może uniknąć pobytu w placówce stacjonarnej dzięki świadczeniu im obecnie usług dziennych.**
 12. 75% OPS i CUS nie deklaruje obecnie (przy tym poziomie usług) braków kadrowych w placówkach. **Obecne zasoby kadrowe pozwalają na realizację większości zadań.**
 13. 97% pracowników **uczestniczy regularnie w szkoleniach.** Najważniejsze potrzeby szkoleniowe obejmują m.in. szkolenia z zakresu nowych metod pracy, przepisów prawa, wypalenia zawodowego, diagnozowania potrzeb społecznych (ok. połowy placówek).
 14. Według 58% OPS i CUS dostępne w placówce zasoby kadrowe i finansowe umożliwiają i wykonywanie zadań w obszarze ODT na poziomie wymogów ustawowych. 28% podmiotów realizuje tylko część usług.
 15. 30% OPS i CUS deklaruje, że w gminach **istnieją zasoby lokalowe pozwalające na realizację nowych usług.**
 16. Jednostki pozyskują wiedzę o potrzebach głównie od rodzin (87%), samych mieszkańców (73%) oraz sąsiadów (38%). **Tylko 1/3 placówek proaktywnie poszukuje w środowisku osób potrzebujących wsparcia.**

17. 63% OPS/CUS stwierdza, że **osoby zgłaszające się po pomoc zazwyczaj wiedzą, czego oczekują**. W 29% analizowanych jednostek nie zdarzały się sytuacje, by OPS lub CUS nie udzielił adekwatnego do sytuacji mieszkańca wsparcia. Potrzeby na ogół można zaspokoić w już istniejących placówkach.
18. OPS i CUS **posiadają wiedzę na temat usług ODT świadczonych przez inne podmioty** – 58% respondentów twierdzi, że pracownicy mają wiedzę w tym zakresie.
19. **Ogólny zakres oferowanych obecnie przez OPS i CUS usług jest dość szeroki**. 92% jednostek deklaruje świadczenie gminnych usług opiekuńczych, 66% – dostęp do teleopieki, 64% – asystenta osób niepełnosprawnych, 61% – dostęp do DPS, tyle samo pomoc w codziennych czynnościach życiowych, 41% - dzienną opiekę wytchnieniową.
20. Szczegółowa analiza danych wskazuje jednak, że obraz jest zróżnicowany, **więcej niż połowa gmin nie ma dostępu do ważnych usług wspierających, np. dziennych domów pobytu czy opieki wytchnieniowej**.
21. Niepokojący jest jednak **niski poziom dostępu do niektórych istotnych usług** (te, które dostępne są w 1/3 i mniejszej liczbie gmin). Należą do nich m.in. **mieszkalnictwo treningowe i wspomagane oraz całodobowa opieka wytchnieniowa oraz poradnictwo dla opiekunów nieformalnych**.
22. OPS i CUS prowadzą wiele działań w celu utrzymania lub zwiększenia samodzielności osób – wachlarz tych usług jest szeroki i podejmowany we współpracy z rodzinami.
23. Wsparcie obejmuje również **opiekunów i członków rodzin** (75% placówek – informacyjne, 35% - psychologiczne), ale tylko 16% świadczy doradztwo jak zajmować się osobą niesamodzielną w domu.
24. Główne bariery realizacji usług to **zbyt niskie środki na finansowanie usług lub brak tych środków** (78%), **brak lokali do świadczenia usług w środowisku** (53%), **brak partnerów do współpracy** (31%).
25. OPS i CUS współpracują głównie z urzędami miast, gmin i powiatów (82%), placówkami ochrony zdrowia (78%), rodzinami (78%).
26. 82% OPS i CUS nie współpracuje blisko z DPS w celu wypracowania ścieżki ewentualnego powrotu do środowiska – robi to tylko 18%.
27. Według 90% OPS i CUS **powrót do środowiska jest niemożliwy ze względu na stan zdrowia osób przebywających w DPS**. 20% respondentów wskazuje na brak w gminie dostatecznej liczby usług społecznych.
28. Priorytetami w zakresie ODT według OPS i CUS powinny być: **rozwój pielęgniarstwa opieki długoterminowej** (59% wskazań), **mieszkań treningowych i wspomaganych z usługami** (44%), **gminnych usług opiekuńczych** (44%). Niewiele mniej, bo 41% respondentów wskazuje na **potrzebę rozwoju dziennych domów pomocy** (41%) **szkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącymi samodzielność** (36%).
29. Rekomendacje te pokrywają się z hierarchią interwencji, które mogą przedłużyć pobyt w środowisku: to **zwiększenie zakresu usług opiekuńczych** (74%) i **zwiększenie ich podaży** (70%), **rozwój opieki dziennej** (69%), **wsparcie osób starszych i OzN w samotności i złym nastroju** (62%).

30. W celu uniknięcia niepotrzebnego umieszczania osób w opiece długoterminowej może być zdaniem OPS i CUS pomocne: **większe angażowanie w opiekę rodzin (87%), zwiększenie dostępu o usług w ZOL/ZPO (60%) oraz większa dostępności usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, również w weekendy (55%).**
31. W ciągu 12-24 miesięcy ankietowane OPS i CUS mogą, przy zapewnieniu finansowania, **uruchomić dodatkowe gminne UO (87%), usługi AOON (81%) oraz SUO dla osób w kryzysie psychicznym (80%).** Ok. 70% może **zwiększyć dostęp do teleopieki, pomoc w podstawowych czynnościach domowych i w załatwianiu spraw urzędowych.** Ponad 60% może uruchomić usługi wsparcia prawnego oraz wsparcia psychologicznego osób niesamodzielnych, a także gminne SUO.
32. Potencjał istnieje również w obszarze **integracji osób niesamodzielnych ze środowiskiem oraz pielęgnacyjnej opieki domowej** (odpowiednio 54% i 53%). Możliwość wprowadzenia **dziennej opieki wytchnieniowej** deklaruje 51% gmin.
33. Najmniejszy potencjał posiadają ankietowe jednostki w zakresie wprowadzenia **pielęgniarskiej opieki długoterminowej, świadczonej w ramach systemu zdrowia (28%),** a także usług **całodobowej opieki wytchnieniowej oraz usług „złotej rączki”.** 20% jednostek może uruchomić **usługi pobytu w mieszkaniach wspomaganych,** a 12% – **pobytu w mieszkaniach treningowych.**
34. Główne warunki wprowadzenia nowych usług to przede wszystkim zapewnienie środków budżetu regionalnego lub centralnego (80%), braki kadrowe i potrzebę zatrudnienia nowych pracowników (52%) oraz dodatkowe finansowanie ze strony samorządu lokalnego (47%).
35. OPS i CUS chciałyby tworzyć nowe usługi **w oparciu o wielosektorowy model deinstytucjonalizacji,** tj. we współpracy z innymi podmiotami (82%), ale problemem jest mała liczba potencjalnych partnerów lub brak kompetencji.
36. 85% OPS/CUS uważa, że **rezygnacja z dotychczasowego potencjału miejsc w DPS jest niemożliwa** – jest on niezbędny, by świadczyć pełen wymagany pakiet usług. Tylko 10% respondentów wierzy w to, że istnieje potencjał usamodzielnienia mieszkańców w DPS, 63% nie zgadza się z taką tezą.
37. **Rozwijanie usług w środowisku jest priorytetem w gminie według 59% respondentów w OPS i CUS.** W gminach **brakuje jednak partnerów do tworzenia usług.** Zdecydowanie się zgadza lub raczej się zgadza z takim stwierdzeniem 65% respondentów w OPS i CUS.
38. Zdaniem 48% badanych **domy pomocy społecznej mogłyby świadczyć usługi w środowisku.** Jak jednak wskazało badanie DPS, nie podejmują one takich kroków, bo nie są zachęcane przez OPS i władze gmin.
39. Analiza powiatowych centrów pomocy rodzinie wskazała z kolei, że perspektywa tych jednostek jest z jednej strony szersza niż gminnych, z drugiej jednak – dość ograniczona ze względu na specyficzne zadania.
40. Powiatowe centra szacują, że niewiele osób może opuścić placówki długoterminowe działające na ich terenie. **W latach 2018 -23 liczba takich osób wyniosła 25, obecnie możliwość ta dotyczy 8 osób.**
41. Z perspektywy powiatowej, koszyk dostępnych usług dla osób niesamodzielnych wydaje się dość rozbudowany. Znaczna część usług, np. opieka wytchnieniowej dzienna

i całodobowa, gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze, a także opieka pielęgnarska to jednak **usługi deficytowe**.

42. Zdaniem instytucji powiatowych, dla zapewnienia lepszego wsparcia osób niesamodzielnych należałoby wzmocnić **pielęgniarską opiekę długoterminową** (64% wskazań), **tworzyć mieszkania treningowe i wspomagane z usługami** (45%) oraz **dzienne domy pomocy i kluby samopomocy dla osób starszych** (45%), a także **środowiskowe domy samopomocy**.
43. 1/3 jednostek, które wzięły udział w szacowaniu uznaje za istotny czynnik, wpływający na niską podaż usług środowiskowych, **brak analiz i diagnoz na poziomie powiatu**. Ponad połowa analizowanych placówek (55%) diagnozuje sytuację raz w roku, ale pozostałe podmioty robią to mniej regularnie lub wcale.
44. Prawie połowa placówek powiatowych deklaruje **możliwość zwiększenia liczby usług społecznych w powiecie pod warunkiem zapewnienia dodatkowego finansowania oraz znalezienia zasobów kadrowych**. Niemal tyle samo respondentów uznaje jednak, że nawet w takich warunkach nie ma możliwości zwiększenia liczby oferowanych usług.

REKOMENDACJE DLA ROZWOJU USŁUG PRZEZ OPS/CUS/PCPR WYNIKAJĄCE Z SZACOWANIA

TYP USŁUG / OBSZAR	REKOMENDACJE
USŁUGI STACJONARNE	• Utrzymanie na istniejącym poziomie zdolności do świadczenia usług opieki stacjonarnej przez DPS. • W gminach, gdzie jest to potrzebne (demografia, długi kolejki) rozwijanie potencjału DPS (dodatkowe łóżka) po dokładnej analizie trendów. • Rozwijanie usług podtrzymujących samodzielność mieszkańców przebywających w DPS. • Poważne traktowanie możliwości usamodzielnienia mieszkańców i powrotu do środowiska. • Rozwijanie usług środowiskowych, w oparciu o posiadaną w DPS infrastrukturę i zasoby kadrowe. • Rozwijanie mieszkalnictwa treningowego i wspomagane – opracowanie modelu działania, który pozwoli realnie zwiększyć potencjał w tym zakresie w oparciu o długoterminową współpracę wielosektorową. • Bliższa współpraca OPS i CUS z innymi jednostkami w mapowaniu sytuacji osób niesamodzielnych w gminie, w oparciu o kapitał zaufania do tych placówek.

	• Zacieśnienie współpracy z podmiotami komercyjnymi, oferującymi opiekę stacjonarną, monitoring kierunku ich rozwoju, jakości usług oraz trendów. • Wykorzystanie potencjału DPS do edukacji opiekunów nieformalnych oraz ogółu ludności.
USŁUGI DZIENNE	• Wzmocnienie w OPS i CUS poczucia, że rozwój usług środowiskowych jest zadaniem strategicznym, istotnym elementem strategii deinstytucjonalizacji oraz rozwoju usług społecznych w opiece długoterminowej. • Rozwijanie usług wsparcia dziennego (dienne domy pobytu, kluby samopomocy), w tym dla osób z chorobami otępiennymi (m.in. we współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami posiadającymi potencjał w postaci infrastruktury). • Rozważenie wprowadzania placówek dziennego pobytu we współpracy z sektorem prywatnym, który jest w stanie szybko takie usługi zorganizować na zlecenie. • Tworzenie miejsc dziennej opieki wytchnieniowej dla osób znajdujących się pod opieką opiekunów nieformalnych (w tym dla osób z chorobami otępiennymi). • Rozwijanie w placówkach usług dodatkowych dla osób niesamodzielnych w domach (np. cateringowe – dowóz posiłków), wsparcia psychicznego i w samotności, usług opiekuńczych, innych usług wsparcia realizowanych w domu (pomoc w sprawach urzędowych, „złota rączka”, inne) – dzienne domy jako miejsce tworzenia usług domowych. • Edukacja do starości i edukacja opiekunów nieformalnych – tworzenie centrów kompetencji zwiększających wiedzę osób starszych jak podtrzymywać samodzielność oraz rodzin jak opiekować się osobami niesamodzielnymi.
USŁUGI DOMOWE	• Wzmocnienie w OPS i CUS poczucia, że rozwój usług domowych jest kluczowym elementem strategii deinstytucjonalizacji oraz rozwoju usług społecznych w opiece długoterminowej. • Zapewnienie lepszego dostępu w gminie do długoterminowej opieki pielęgniarstwa dla osób potrzebujących tej formy wsparcia. • Rozwijanie gminnych usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystenckich,

	usług wsparcia świadczonych w domu – w oparciu o wnikliwą lokalną analizę potrzeb. • Rozwój innych usług, które poprawiają dobrostan osób przebywających w domu, pomagających w utrzymaniu samodzielności i przedłużających funkcjonowanie bez wsparcia całodobowego (np. pomoc w sprawach urzędowych, „złota rączka”, inne). • Analiza sytuacji demograficznej w gminie oraz – wraz z gminną radą seniorów oraz innymi interesariuszami – identyfikacja osób, które nie są obecnie objęte usługami, a w niedługim czasie mogą stać się z różnych powodów (wiek, stan zdrowia, stan rodzinny) niesamodzielne – objęcie ich programem pre-opieki i monitoringu, by zmniejszyć ryzyko wystąpienia niesamodzielności.
INNE REKOMENDACJE	• Stworzenie na poziomie gmin Zespołów ds. Niesamodzielności, w skład których wchodzi kluczowe instytucje, organizacje pozarządowe i sektor prywatny, w celu wspólnej analizy sytuacji oraz omawiania kierunków działania i pobudzania współpracy międzysektorowej. • Wprowadzenie rzetelnej analityki całego systemu ODT na poziomie gmin i powiatów, dokonywanie regularnych przeglądów kluczowych danych dotyczących demografii, liczby usług, typu oferowanych usług, specyfiki odbiorców, sposoby korzystania przez odbiorców z usług itp. • Wprowadzanie mechanizmów indywidualizacji i personalizacji wsparcia, wypracowanie modeli pozwalających na stosowanie indywidualnego, a zarazem holistycznego, zaspokajającego wszystkie potrzeby podejścia).

VII. Potencjał rozwoju usług w schroniskach

Schroniska zapewniają opiekę i wsparcie osobom, które znalazły się z różnych powodów w kryzysie bezdomności. Prowadzące je podmioty w regionie posiadają doświadczenie w opiece długoterminowej, osiągają również sukcesy w usamodzielnianiu mieszkańców. 1/3 uczestniczących w szacowaniu placówek ma potencjału uruchomienia w środowisku usług zapobiegających popadnięciu w kryzys bezdomności, a połowa placówek ma potencjał zwiększenia liczby miejsc łącznie o 60 (ok. 10% obecnie istniejących w regionie).

- W badaniu wzięło udział 10 schronisk (56% wszystkich jednostek w regionie). 40% z nich działa w gminach miejsko-wiejskich oraz po 30% w gminach miejskich oraz w miastach na prawach powiatu. 6 placówek to schroniska dla osób bezdomnych, 4 – dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi. Liczba miejsc w placówkach według ich statutów wynosi 546. Na koniec października 2024 r. w analizowanych schroniskach przebywało 453 osoby, 396 mężczyzn i 57 kobiet.
- Największa grupa mieszkańców placówek to 37 kobiet w wieku 36-65 lat, największe grupy mężczyzn to 165 osób w wieku 51-65 lat oraz 114 osób w wieku 66-80 lat. Można zatem mówić o tym, że istotnym odbiorcą usług w schroniskach są „bezdomni seniorzy” (mieszkańcami jest niemal ¼ mężczyzn z wieku 65+).
- **Znacząca część mieszkańców to osoby z różnym stopniem niepełnosprawności.** 173 osoby na 453 przebywające w schroniskach to osoby sprawne. 123 osoby mają umiarkowany stopień niepełnosprawności, 64 znaczny, a 45 – lekki. Strukturę osób przebywających w placówce pod kątem niepełnosprawności przedstawia Tabela 57.

Tabela 57. Liczba osób w placówce według stopnia niepełnosprawności

Liczba osób w placówce z podziałem na stopień niepełnosprawności	
Brak niepełnosprawności	173
Umiarkowany stopień niepełnosprawności	123
Znaczny stopień niepełnosprawności	64
Lekki stopień niepełnosprawności	45
Nieokreślony stopień niepełnosprawności	38

N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

367	Szacowana liczba osób, które usamodzielnili się w analizowanych schroniskach w regionie w ciągu ostatnich 5 lat, w 2023 r. usamodzielnili się 102 osoby
------------	---

22

Liczba mieszkańców w badanych schroniskach, która wymaga szczególnej opieki z uwagi na swoją niesamodzielność (poniżej 40 pkt. w skali Barthel)

- **Poziom usamodzielnienia w schroniskach jest stosunkowo wysoki w porównaniu z innymi typami placówek.** W 2023 r. usamodzielnione zostały 102 osoby. Według szacunków schronisk, w okresie 2018-2024 usamodzielniono się 367 osób. **Schroniska dysponują wolnym miejscami – w 80% placówek są one dostępne.** Czas przebywania osób, które obecnie mieszkają w schronisku jest różny. 40% z nich przebywa w placówce od roku do 2 lat, 30% powyżej 2 lat, 20% od 7 miesięcy do roku, a 10% od 4 do 6 miesięcy. 17 mieszkańców schroniska podejmuje pracę zarobkową.
- Pod względem stopnia samodzielności, **najwięcej mieszkańców to osoby samodzielne w większości czynności życiowych** – 60% ogółu. Osoby niemożące samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego to według placówek 10% mieszkańców, osoby leżące – również 10%. W ocenie pracowników schronisk, 80% mieszkańców ma różne problemy z codziennymi czynnościami. Według personelu schronisk, w przypadku 40% mieszkańców regularnie pojawiają się problemy z codziennymi czynnościami.
- Według respondentów, liczba osób w kryzysie bezdomności korzystających ze wsparcia schronisk w regionie z powodu niesamodzielności w ostatnich latach zwiększyła się. Uważa tak 60% ankietowanych. Według 1/3 pracowników schronisk liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności pozostała na takim samym poziomie. 60% placówek ocenia, że stan psychofizyczny osób trafiających do schronisk w ostatnich 10 latach pogorszył się w porównaniu z poprzednią dekadą, zdaniem 10% respondentów znacznie się pogorszył.
- Schroniska podały, że niemal wszyscy mieszkańcy schronisk to osoby nie utrzymujące kontaktu z rodziną, albo z nią skonfliktowane. Brak kontaktu mieszkańców z rodziną wynika również z faktu, że są to osoby samotne, bez rodziny. Respondenci podali, że osoby o takiej charakterystyce stanowią 80% wszystkich mieszkańców schroniska. Tylko 10% osób przebywających w schronisku posiada rodzinę, która jednak nie chce (lub nie może) podjąć się opieki z różnych względów.

80%

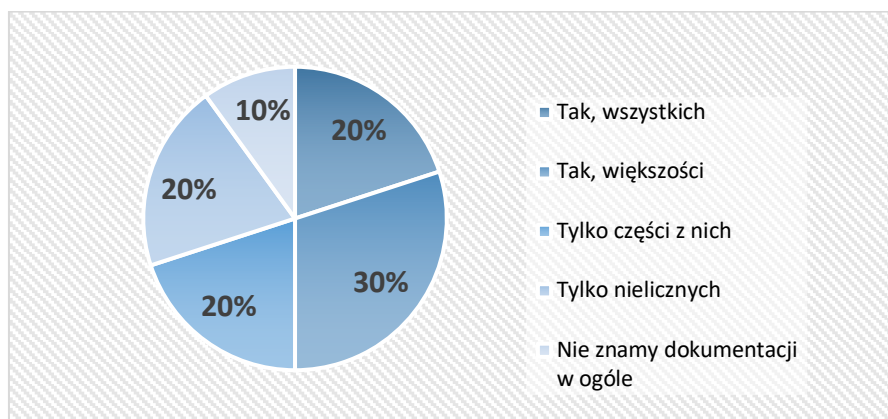
Taki odsetek mieszkańców schroniska to osoby samotne, bez rodziny lub posiadające rodzinę, ale nie utrzymujące z nią kontaktu, skonfliktowane z bliskimi

97

Liczba osób, przebywających obecnie w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności w regionie, które kwalifikują się do stałego pobytu w domu pomocy społecznej

- Część schronisk nie posiada pełnej wiedzy na temat sytuacji osób w schronisku, bowiem ośrodki pomocy społecznej przekazały im tylko część dokumentów (Wykres 19). **Tylko 20% schronisk wskazuje, że uzyskała od pracowników OPS wszystkie niezbędne informacje i dokumenty.** Połowa otrzymała jedynie część informacji o osobach, które trafiły do schroniska. Pracownicy połowy ankietowanych placówek nie mieli okazji poznać dokumentacji zawartej w wywiadach środowiskowych oraz zadaniach zawartych w kontraktach z mieszkańcami placówki, co utrudnia pracę z mieszkańcami.

Wykres 19. Czy placówka poznała dokumenty wszystkich mieszkańców skierowanych do schroniska przez OPS/CUS (czy zostały przekazane)



N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

- Respondenci zwracają uwagę na zły stan zdrowia osób przebywających w schroniskach. Szacują, że obecnie spośród wszystkich mieszkańców 97 osób kwalifikuje się do stałego pobytu w domu pomocy społecznej. 26 mieszkańców – do przebywania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie opieki pielęgniarstwa.
- W analizowanych schroniskach zatrudnione jest 114 pracowników, z czego 88 to pracownicy kadry merytorycznej. Opiekę nad mieszkańcami sprawuje 67 opiekunów, zaangażowany jest w nią również 8 wolontariuszy. 73 osoby zatrudnione są na etacie, 8 osób na pół etatu, a 27 osób na umowę zlecenie.

40%

Co czwarte schronisko ma problem z zatrudnieniem psychologów – braki kadrowe dotyczą także pielęgniarek, rehabilitantów, terapeutów zajęciowych i personelu opiekuńczego

5

Tyle schronisk wskazało na możliwość rozbudowy budynku, co umożliwia zwiększenie liczby oferowanych miejsc, 2 placówki mogą wydzielić miejsce na usługi opieki krótkoterminowej

- **Braki kadrowe dotyczą przede wszystkim psychologów (40% placówek).** Niedobór personelu odczuwalny jest także w zakresie opieki pielęgnarskiej oraz rehabilitacji – dotyczy co trzeciej placówki. W mniejszym stopniu istnieje zapotrzebowanie na terapeutów zajęciowych (20%), personel opiekuńczy (20%), asystentów osoby niepełnosprawnej (20%) oraz kucharki (20%), pokojowe (10%), pracowników wspierających (10%) i opiekunów medycznych (10%).
- Infrastruktura placówek wydaje się być w dobrym stanie: zdaniem 40% schronisk budynek placówki nie wymaga gruntownego remontu. Potrzebę taką dostrzega 2 schroniska. Częściowej renowacji lub odmalowania wymagają 3 placówki. Zdaniem 1/3 placówek, wyposażenie schroniska wymaga zmiany, ale 2/3 placówek nie dostrzega takiej potrzeby. Przeważająca większość placówek dysponuje pokojami dwuosobowymi (80 pokoi), schroniska posiadają również 57 pokoi czteroosobowych oraz 6 pokoi trzyosobowych. Część posiada również pokoje dla 5-10 mieszkańców. W trzech placówkach są pokoje, w których zamieszkuje więcej niż 10 osób. Wszystkie placówki dysponują świetlicami oraz własną kuchnią, pięć posiada infrastrukturę do realizacji usług w zakresie opieki długoterminowej, a trzy – sale do rehabilitacji. W ramach schronisk prowadzone jest 18 łaźni.
- Wszystkie placówki zapewniają również mieszkańcom indywidualny dostęp do telewizji, radia czy komputera. 2/3 zapewnia dostęp do tabletu czy innych form łączności i tyle samo dostępność łączy wifi o dobrej jakości. Jedna placówka wyposażona jest w podnośnik transportowy dla osób leżących. Według 80% respondentów pomieszczenia wspólne w schroniskach są przytulne oraz panuje w nich ciepła i domowa atmosfera. Ponad połowa schronisk umożliwia doposażenie pokoi własnymi przedmiotami mieszkańca. Ogólnie jednak uczestniczące w szacowaniu placówki są zdania, że raczej zapewniają mieszkańcom relatywnie dobry standard pobytu, w tym odpowiedni stopień intymności.
- **Pięć schronisk posiada możliwość rozbudowy budynku, gdyby istniała konieczność zwiększenia liczby miejsc. Dwie placówki mogłyby z kolei wydzielić miejsce do świadczenia usług opieki krótkoterminowej.**

5

Część schronisk ma możliwość rozbudowy budynku, by stworzyć miejsca – deklaruje tak 5 placówek, dwa schroniska są w stanie wydzielić miejsce na usługi opieki krótkoterminowej

- Poza świadczeniem usług bytowych i opiekuńczych, schroniska oferują również mieszkańcom **szeroki wachlarz usług wspomagających i wspierających** (Tabela 58). Wszystkie świadczą pomoc w wyrabianiu dokumentów, w sprawach urzędowych różnego typu, ustalaniu wizyt lekarskich, wykupieniu recept czy kontynuacji leczenia, a także wsparciu mieszkańca w staraniu się o pracę i zatrudnienie. 2/3 placówek wspiera rozwijania kontaktu z rodziną oraz integrację społeczną, zapewnia pomoc prawną różnego typu, udział w terapii uzależnień, wsparcie w terapii itp.

Tabela 58. Zakres usług wspierających i wspomagających oferowanych przez schroniska

Usługi	Liczba placówek	Odsetek
Pomoc w wyrabianiu dokumentów, sprawach urzędowych różnego typu	10	100%
Ustalanie wizyt lekarskich, wykupienie recept, kontynuacja leczenia	9	90%
Wsparcie w staraniu się o pracę i zatrudnienie	9	90%
Umożliwienie udziału w terapii uzależnień, wsparcie w terapii	9	90%
Poszukiwanie miejsca w DPS	9	90%
Umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych	8	80%
Stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną	8	80%
Pomoc w otrzymaniu zasiłków	8	80%
Pomoc prawna różnego typu	8	80%
Integracja społeczna	7	70%
Działania zmierzające do usamodzielnienia (w miarę możliwości)	7	70%
Podnoszenie sprawności fizycznej, aktywizowanie	5	50%
Pomoc w uzyskaniu kursu szkolenia zawodowego i kwalifikacji	4	40%
Udział w terapii zajęciowej	4	40%
Rozwijanie umiejętności cyfrowych i komunikacji online	2	20%

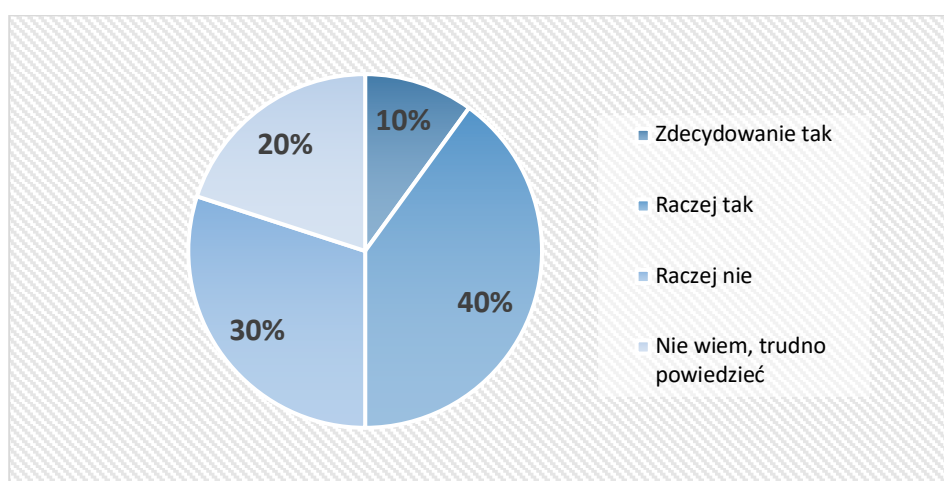
N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

- Jako główny powód nierealizowania w placówce części usług o charakterze wspomagającym i uzupełniającym uczestniczące w szacowaniu placówki podają **niewielkie zainteresowanie ze strony podopiecznych** (70% wskazań). Inne istotne powody to brak podmiotów do realizacji badania, brak diagnozy potrzeb w tym

zakresie oraz trudności z finansowaniem tego rodzaju działań. Według zarządzających placówkami, obecne zasoby finansowe i kadrowe pozwalają im na realizację wszystkich usług na poziomie wymogów ustawowych (90% placówek). 10% deklaruje, że zapewniał usługi na poziomie wyższym niż wymogi ustawowe.

- **Do najważniejszych czynników, które ogólnie utrudniają lub ograniczają w placówce możliwość świadczenia opieki dla mieszkańców należą:** uzależnienia od alkoholu i innych substancji mieszkańców (100% badanych), zła kondycja zdrowotna podopiecznych (50% schronisk), agresja i nieprzystosowanie mieszkańców do życia w placówce lub brak współpracy z personelem (30%).
- Połowa ankietowanych placówek uważa, że zakres oferty usług publicznych na terenie gminy odpowiada potrzebom mieszkańców, którzy znaleźli się w kryzysie bezdomności. 1/3 placówek jest przeciwnego zdania, 20% miało problem z odpowiedzią na to pytanie (Wykres 20).

Wykres 20. Adekwatność usług publicznych w regionie do potrzeb mieszkańców w kryzysie bezdomności



N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

50%	Połowa schronisk oferujących usługi dla mieszkańców w kryzysie bezdomności jest zdania, że obecna podaż usług zaspokaja wszystkie niezbędne potrzeby tych osób
90%	Niemal wszystkie schroniska oferujące wsparcie osób w kryzysie bezdomności blisko współpracują z placówkami ochrony zdrowia – poradniami przychodniami i szpitalami

- Schroniska blisko współpracują z innymi placówkami w lokalnej społeczności – najczęściej są to ośrodki pomocy społecznej, placówki ochrony zdrowia, powiatowe i miejskie centra pomocy rodzinie (Tabela 59). Bliska jest również współpraca z policją

i strażą miejską, urzędem gminy, miasta lub powiatu oraz zakładami opiekuńczo-leczniczymi. 1/3 schronisk współpracuje blisko z wolontariuszami. Współpraca między instytucjami umożliwia holistyczne rozpatrywanie sytuacji osób w kryzysie bezdomności. **Kluczowym obszarem współpracy jest wspólna przez przedstawicieli OPS/CUS oraz DPS ocena możliwości usamodzielnienia.**

Tabela 59. Instytucje i podmioty, z którymi współpracuje placówka w zakresie realizacji usług dla osób w kryzysie bezdomności

Instytucje	Liczba	Odsetek
Ośrodek Pomocy Społecznej	9	90%
Placówki ochrony zdrowia (poradnie, szpitale, przychodnie)	9	90%
Pracownicy socjalni	8	80%
PCPR, miejski ośrodek pomocy rodzinie	8	80%
Policja, Straż Miejska	7	70%
Urząd miasta, gminy, powiatu	7	70%
Centrum Usług Społecznych	7	70%
Zakład opiekuńczo-leczniczy, ZPO	6	60%
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	5	50%
Rodzina osób w kryzysie bezdomności	5	50%
Organizacje pozarządowe (III sektor, NGO)	4	40%
Kościół katolicki/ inne kościoły lub związki wyznaniowe	4	40%
Wolontariusze	3	30%
Podmioty ekonomii społecznej (np. przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie społeczne, ZAZ itp.	2	20%
Znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia	2	20%
Inny podmiot, organizacja, osoba	2	20%
Prywatne podmioty	1	10%

N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

1/3	Ankietowane schroniska dla osób w kryzysie bezdomności dość blisko współpracują z wolontariuszami – deklaruje taką współpracę 30% podmiotów
257	Indywidualnym planem wychodzenia z bezdomności jest to objęte w analizowanych schroniskach prawie 57% mieszkańców – 257 na 453 przebywające w placówkach osoby
101	Tylu mieszkańców objętych jest w schroniskach, które wzięły udział w szacowaniu, programem powrotu do środowiska

- **Potencjał usamodzielnienia osób przebywających w placówkach należy uznać za spory, biorąc pod uwagę podawane przez schroniska liczby.** Obecnie indywidualnym planem wychodzenia z bezdomności (IPWzB) objęte jest 257 osób. Przygotowywane plany wychodzenia obejmują średnio okres 9 miesięcy, maksymalnie okres roku.
- Według 40% respondentów, plany spełniają swoje zadanie i pomagają w usamodzielnieniu mieszkańców. 1/3 placówek nie ma jednak takiego przekonania, a kolejna 1/3 nie ma zdania. Sześć placówek stosuje narzędzia diagnozowania mieszkańców pod kątem samodzielności i prowadzi ten proces w usystematyzowany sposób. Analiza dokonywana jest między innymi na podstawie analizy dokumentów, diagnozie w IPW, z użyciem skali Barthel oraz wywiadów z pracownikami w placówce.
- **Programem powrotu do środowiska objęte jest w schroniskach 101 osób.** W ocenie kierownictwa schronisk możliwość usamodzielnienia się, przy założeniu zapewnienia tym osobom domu lub mieszkania treningowego albo wspomagane z usługami społecznymi dotyczy 60 osób. Placówki zarazem oceniły, że spośród przebywających w placówce 453 mieszkańców, potencjału usamodzielnienia się nie posiada 60 osób.
- Według kierownictwa placówek, **80% pracowników schronisk uczestniczy regularnie w szkoleniach i innych formach podnoszenia kwalifikacji i kompetencji.** Dotyczą one głównie opieki i pielęgnacji (75% wskazań), przepisów prawa oraz praw mieszkańców, kierunków terapeutycznych oraz metod pracy (38%). Artykułowane przez placówki potrzeby szkoleniowe dotyczą przede wszystkim zakresu diagnozowania i tworzenia planu wychodzenia z bezdomności (potrzebuje ich 70% placówek). Personel wymagałby również, zdaniem respondentów, szkoleń z zakresu pracy z trudnym oraz agresywnym mieszkańcem (60%), opieki i pielęgnacji oraz kierunków terapeutycznych i metod pracy. 1/3 placówek wskazała na potrzebę pogłębienia wiedzy w zakresie psychotraumatologii.

30%	Odsetek pracowników schronisk, którzy wskazali na potrzebę pogłębienia wiedzy i doświadczenia w zakresie psychotraumatologii, co może być pomocne w pracy z ich podopiecznymi
80%	Mieszkania treningowe i wspomagane oraz inne rozwiązania mieszkaniowe to według respondentów najważniejsze instrumenty wsparcia, których obecnie schroniska nie posiadają

- Jeśli chodzi o usługi wsparcia, których obecnie brakuje lub jest ich za mało w środowisku lokalnym dla osób w kryzysie bezdomności, to według respondentów szacowania są to przede wszystkim **mieszkania wspomagane oraz inne rozwiązania mieszkaniowe**. Wskazuje na nie 80% respondentów (Tabela 60). Połowa placówek

chciałaby większego **zakres wsparcia streetworkerów**, a 40% – **wolontariuszy**. Wsparciu osób w kryzysie bezdomności może również pomóc zdaniem respondentów zwiększenie pomocy ze strony specjalistów, np. terapeutów uzależnień czy psychologów. Zakres wsparcia w postaci liczby miejsc w schroniskach, posiłków w jadłodajniach, miejsc w noclegowniach, ogrzewalni oraz łaźni wydaje się być obecnie w miarę adekwatny w stosunku do dostrzeganych przez schroniska potrzeb.

Tabela 60. Największe braki w zakresie wsparcia placówek
(deklaracje respondentów)

Brakujące rozwiązania	Liczba placówek	Odsetek
Mieszkania chronione/ inne rozwiązania	8	80%
Pomoc streetworkerów	5	50%
Pomoc specjalistów (terapeutów, psychologów)	4	40%
Pomocy wolontariuszy	4	40%
Ogrzewalnie	3	30%
Usługi opiekuńcze	2	20%
Miejsca w schroniskach	2	20%
Posiłki w jadłodajniach	2	20%
Miejsca w noclegowniach	1	10%
Łaźnie	1	10%

N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

- W szerszym kontekście, dotyczącym nie tylko funkcjonowania schroniska i zakresu jego działania, respondenci wskazali **działania potrzebne w środowisku lokalnym, by zapobiegać kryzysowi bezdomności**. 90% respondentów uznało za „raczej potrzebny” monitoring zadłużenia mieszkańców i ryzyka utraty mieszkania lub domu. Wszystkie placówki uznają, że kluczowa jest wczesna interwencja zapobiegająca eksmisjom. Za „raczej potrzebne” 90% placówek uznało terapię i rodzinnej środowiskowe zapobiegające utracie lub rozpadowi relacji społecznych.
- Zdaniem wszystkich schronisk istotne jest wsparcie w otrzymaniu lub uzyskaniu zatrudnienia w przypadku ryzyka utraty mieszkania lub domu, co zapobiega trafieniu do placówki. Inny niezbędny obszar to zapobieganie wpadnięciu w bezdomność wychowanków pieczy zastępczej oraz osób opuszczających zakłady karne – z potrzebą tych działań również zgadza się 100% placówek (Tabela 61).

**Tabela 61. Działania w środowisku lokalnym niezbędne,
aby zapobiegać kryzysom bezdomności**

Niezbędne działania w środowisku lokalnym	Odsetek
Monitoring zadłużenia mieszkańców i ryzyka utraty mieszkania/domu	67%
Wczesne interwencje zapobiegające eksmisjom z mieszkania / domu	
Terapie rodzinne i środowiskowe zapobiegające utracie / rozpadowi relacji społecznych i popadnięciu w bezdomność	
Zapobieganie wpadnięciu w bezdomność wychowanków w pieczy zastępczej	
Wsparcie psychiczne i terapia psychiczna	
Terapia uzależnień, przeciwdziałanie popadnięciu w uzależnienia	33%
Wsparcie w utrzymaniu / uzyskaniu zatrudnienia w przypadku ryzyka utraty mieszkania / domu	
Zapobieganie wpadnięciu w bezdomność osób w zakładach karnych	
Streetworking	

N= 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

- Wszystkie placówki zgadzają się również z koniecznością zapewnienia wsparcia psychicznego oraz terapii psychicznej jako elementu zapobiegania bezdomności, a także terapii uzależnień na wczesnym etapie. 70% za „raczej potrzebne” uważa rozwiązanie „najpierw mieszkanie” (*housing first*). 20% ankietowanych uważa to rozwiązanie za „raczej niepotrzebne”.

80%	Mieszkania treningowe i wspomagane oraz inne rozwiązania mieszkaniowe to według respondentów najważniejsze instrumenty wsparcia, których obecnie schroniska nie posiadają (80% wskazań)
60	Liczba dodatkowych miejsc w schroniskach, które mogą być stworzone w analizowanych w ramach szacowania jednostkach
3	Liczba placówek, które zadeklarowały możliwość uruchomienia w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy usług zapobiegających popadnięciu mieszkańców w sytuację kryzysu bezdomności

- Celem szacowania było również określenie, jakim potencjałem rozwoju dysponują schroniska w regionie w okresie najbliższych 12-24 miesięcy. **Połowa analizowanych schronisk dysponuje pomieszczeniami, które mogą być przeznaczone na zwiększenie liczby osób przebywających w schronisku. Może w nich powstać 60 miejsc.** Dodatkowo, trzy placówki deklarują potencjał uruchomienia w najbliższym czasie usług w środowisku, które mogą zapobiegać popadnięciu w kryzys bezdomności i niesamodzielność. Siedem schronisk takim potencjałem nie dysponuje.
- Trzy placówki, które zadeklarowały w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy potencjał uruchomienia dodatkowych usług wskazały, że mogą być to:
 - monitoring zadłużenia mieszkańców
 - monitoring ryzyka utraty mieszkania lub domu
 - wczesne interwencje zapobiegające eksmisji z mieszkania i domu
 - terapii rodzinna i środowiskowa
 - wsparcie w utrzymaniu lub uzyskaniu zatrudnienia w przypadku ryzyka utraty domu lub mieszkania
 - terapia uzależnień, wsparcie psychiczne, terapia psychologiczna.
- **W ciągu najbliższych 12-24 miesięcy trzy schroniska mogą rozpocząć prowadzenie mieszkań treningowych lub wspomaganych, a także zapewnić usługi wsparcia w takich mieszkaniach.** Warunki uruchomienia tych usług to zapewnienie finansowania oraz znalezienie nowych pracowników. Do wprowadzenia tych usług nie jest zdaniem respondentów potrzebne pogłębienie istniejących już relacji między instytucjami, gdyż są one wystarczająco rozbudowane i trwałe.
- 80% placówek, które brały udział w szacowaniu uważa, że schroniska dla osób w kryzysie bezdomności w regionie mają doświadczenie i wiedzę, jak wspierać osoby w kryzysie bezdomności. Kierownictwo schronisk i pracownicy mają poczucie, że działają kompetentnie i z zaangażowaniem.
 - 60% respondentów jest zdania, że **część mieszkańców placówek ma rzeczywisty potencjał usamodzielnienia** i przy odpowiednich działaniach może wrócić do środowiska;
 - tyle samo respondentów jest jednak zdania, że **większość osób w schroniskach nie nadaje się do usamodzielnienia** ze względu na stan zdrowia lub kłopoty z codziennymi czynnościami życiowymi;
 - 90% respondentów podkreśla, że **schroniska są i pozostaną ważnym elementem systemu** – tylko jedna placówka reprezentuje inny pogląd;
 - połowa placówek jest przekonana, że **schroniska mogłyby świadczyć dodatkowe usługi społeczne w środowisku lokalnym**, skupiając się na

- przykład na zadaniach związanych z prewencją bezdomności w grupach ryzyka, albo wychodząc szerzej w środowisko
- pozostałe placówki nie widzą takiej możliwości lub nie są przekonane o takim kierunku działania;
 - 80% zgadza się z tym, że osobom przebywającym w schroniskach, które mają potencjał samodzielnego życia **należałoby w pierwszej kolejności zapewniać mieszkanie.**
- Mimo, że schroniska są częścią systemu instytucjonalnego, pracują „hybrydowo”, w tym na ulicy i w środowisku, często w trudnych warunkach. Stąd ich poglądy i przekonania na temat deinstytucjonalizacji usług:
 - **90% respondentów deklaruje wiedzę na temat procesu deinstytucjonalizacji** jako elementu polityki społecznej;
 - 80% – deklaruje wiedzę na temat tego procesu **w obszarze wsparcia osób w kryzysie bezdomności;**
 - 1/3 trzecia przedstawicieli schronisk **zgadza się, że deinstytucjonalizacja jest właściwym kierunkiem przemian**, ale podobny odsetek nie zgadza się z tym, a 40% placówek nie ma zdania w tej kwestii – co pokazuje ambiwalentne podejście do postulatu „ograniczania” placówek stacjonarnych, do których należą schroniska;
 - 70% respondentów **chciałoby wiedzieć więcej na temat deinstytucjonalizacji** usług społecznych, a 80% – więcej o założeniach tego procesu w obszarze wsparcia osób w kryzysie bezdomności.

STRESZCZENIE WNIOSKÓW Z BADANIA POTENCJAŁU ROZWOJU USŁUG ORZEZ SCHRONISKA DLA OSÓB W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI

1. **W szacowaniu wzięto udział 10 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności – 56% wszystkich jednostek w regionie.** Przebywają w nich obecnie 453 osoby. W ciągu ostatnich 5 lat w analizowanych schroniskach usamodzielniało się 367 osób. Schroniska dysponują na ogół wolnymi miejscami – są one dostępne w 80% placówek.
2. Większość mieszkańców placówek to **osoby samodzielne w większości czynności życiowych – 60% ogółu.** 40% mieszkańców ma problemy z codziennymi czynnościami życiowymi. Zdaniem większości placówek, **stan psychofizyczny osób trafiających do schronisk w ostatnich 10 latach pogorszył się.**
3. Szacowanie wykazało, że spośród 453 mieszkańców schronisk, 97 osób kwalifikuje się do stałego pobytu w domu pomocy społecznej, a 26 mieszkańców do przebywania w ZOL lub ZPO.
4. Analizowane podmioty **stosunkowo dobrze oceniają poziom zatrudnienia oraz kadr, a także stan infrastruktury placówki.** Braki kadrowe dotyczą przede wszystkim psychologów, pielęgniarek oraz rehabilitantów (co trzecie schronisko).

5. **Kadry placówki są regularnie szkolone.** 80% pracowników uczestniczy w różnych formach podnoszenia kwalifikacji oraz kompetencji. Główne potrzeby szkoleniowe dotyczą obecnie **diagnozowania i tworzenia planu wychodzenia z bezdomności oraz pracy z trudnym mieszkańcem a także psychotraumatologii.**
6. Pięć analizowanych schronisk **posiada możliwość rozbudowy budynku**, gdyby istniała konieczność zwiększenia liczby miejsc. Dwie placówki **mogą wydzielić miejsce do świadczenia usług opieki krótkoterminowej.**
7. Schroniska **oferują szeroki wachlarz usług wspomagających i wspierających dla mieszkańców**, które mogłyby być także oferowane w środowisku. Placówki dość wysoko oceniają zakres świadczonych usług oraz ich adekwatność w stosunku do potrzeb mieszkańców w kryzysie bezdomności w regionie – uważa tak połowa respondentów.
8. Podmioty są dobrze usieciowione. Niemal wszystkie schroniska blisko współpracują z instytucjami lokalnymi, w tym placówkami ochrony zdrowia oraz jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Współpraca ta dotyczy m.in. oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańców. 30% placówek korzysta z wolontariatu.
9. **Potencjał usamodzielnienia mieszkańców placówek jest duży.** W chwili badania indywidualnym planem wychodzenia z bezdomności objęte było 57% mieszkańców – 257 osób. **Programem powrotu do środowiska objęte jest schroniskach 101 osób.**
10. Według respondentów, w lokalnym środowisku najbardziej brakuje obecnie w kontekście wsparcia osób w kryzysie bezdomności **mieszkań wspomaganych oraz treningowych** – wskazuje tak 80% respondentów. Według połowy placówek istotny byłoby **zwiększenie liczby streetworkerów oraz wolontariuszy.**
11. Szacowane placówki są zdania, że w środowisku lokalnym, by zapobiegać kryzysowi bezdomności potrzebne są m.in. **monitoring zadłużenia mieszkańców oraz wczesne interwencje zapobiegające eksmisji.** Za istotne uznali także wczesne wsparcie w uzyskaniu zatrudnienia oraz wsparcie osób opuszczających pieczę zastępczą lub zakłady karne. 80% respondentów schroniskach uważa, że osobom z potencjałem samodzielnego życia należy zapewnić mieszkanie.
12. **Placówki zadeklarowały, że w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy mogą stworzyć w schroniskach dodatkowe 60 miejsc.** 3 placówki posiadają możliwość uruchomienia w tym okresie usług wsparcia, które zapobiegają popadnięciem mieszkańców w sytuację kryzysu bezdomności. Dotyczy to głównie: monitoringu zadłużenia, monitoringu ryzyka utraty mieszkania, wczesnych interwencji zapobiegających eksmisji, wsparciu w uzyskaniu zatrudnienia, a także różnego rodzaju terapii.
13. **Trzy schroniska mogą również uruchomić mieszkania treningowe lub wspomagane oraz zapewnić usługi wsparcia w takich mieszkaniach** – pod warunkiem uzyskania finansowania na ten cel.
14. 60% respondentów, którzy uczestniczyli w szacowaniu jest zdania, że **część mieszkańców placówek ma rzeczywisty potencjał usamodzielnienia i przy odpowiednich działaniach może wrócić do środowiska.** Taki sam odsetek respondentów uważa, że większość mieszkańców w schroniskach nie nadaje się do usamodzielnienia ze względu na stan zdrowia oraz kłopoty z codziennymi czynnościami żywymi.

15. Połowa placówek jest przekonana, że **schroniska mogłyby świadczyć dodatkowe usługi społeczne w środowisku lokalnym.**
16. Wiedza na temat deinstytucjonalizacji rozwoju usług społecznych jest placówkach wysoka. **90% respondentów deklaruje znajomość tego obszaru.** Podejście do postulatu ograniczania placówek stacjonarnych do których należą schroniska oraz koncentracji wyłącznie na usługach środowiskowych jest jednak wśród pracowników schronisk dość ambiwalentne: 1/3 nie zgadza się, że jest to właściwy kierunek przemian, 40% nie ma zdania.
17. 80% respondentów szacowania chciałoby wiedzieć więcej o założeniach procesu deinstytucjonalizacji w obszarze wsparcia osób w kryzysie zgodności bezdomności.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE WYKORZYSTANIA POTENCJAŁU SCHRONISK W ROZWOJU ODT W REGIONIE

TYP USŁUG / OBSZAR	REKOMENDACJE
USŁUGI STACJONARNE	• Wykorzystanie potencjału schronisk w zakresie zwiększenia liczby miejsc w placówkach. • Wykorzystanie potencjału placówek do tworzenia mieszkań treningowych i wspomaganych z usługami. • Wsparcie placówek w świadczeniu usług w zakresie prewencji bezdomności oraz wspierania osób, które już przebywają w placówkach. • Wzmacnianie priorytetu usamodzielniania osób przebywających w placówkach na poziomie lokalnym i stymulowanie współpracy w tym zakresie pomiędzy podmiotami w gminach i powiatach.
USŁUGI DZIENNE	• Brak rekomendacji
USŁUGI DOMOWE	• Wykorzystanie potencjału i wiedzy placówek w celu rozwijania usług wspierających w środowisku, zapobiegających popadnięciu w kryzys bezdomności mieszkańców – monitoring zadłużenia, monitoring ryzyka utraty mieszkania lub domu, wczesnej interwencji zapobiegające eksmisji, terapie różnego rodzaju.

	• Stworzenie wspólnie ze schroniskami w regionie efektywnego modelu prewencji bezdomności i wczesnego reagowania na zagrożenia utraty mieszkania.
INNE REKOMENDACJE	• Włączenie schronisk dla osób w kryzysie bezdomności w działania analityczne i szacowania dotyczące potencjału rozwoju usług stacjonarnych oraz środowiskowych w regionie, z uwzględnieniem specyficznego obszaru działania placówek. • Wypracowanie wspólnie z gminami, powiatami oraz schroniskami schematów działań zapobiegających popadnięciu w kryzys bezdomności oraz utracie samodzielności osób, które są narażone na taki kryzys.

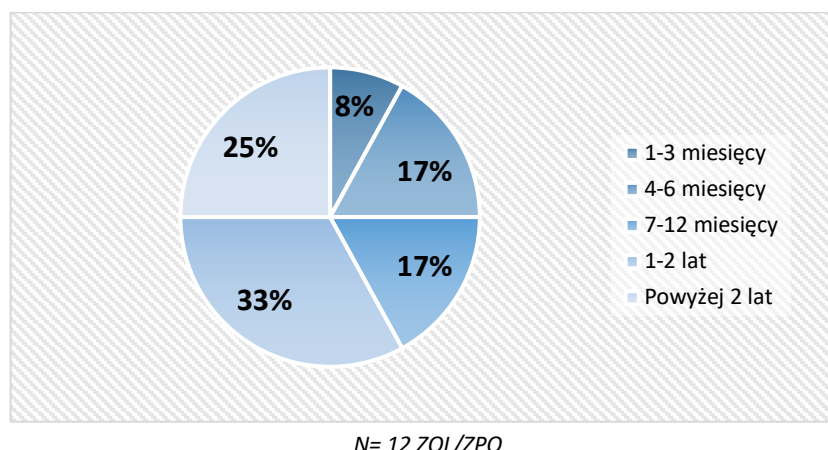
VIII. Potencjał rozwoju usług przez ZOL i ZPO

Działające w regionie zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniarstwo-opiekuńcze zapewniają pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia. Jak wykazało szacowanie, zakłady posiadają znaczny potencjał tworzenia dodatkowych miejsc stacjonarnych i miejsc opieki wytchnieniowej (odpowiednio 185 i 40 miejsc). Zakłady nie planują na szerszą skalę rozwoju usług w środowisku, ale część posiada taki potencjał. Mogą również uczestniczyć edukacji opiekunów nieformalnych.

MIESZKAŃCY ZOL/ZPO

- **W szacowaniu zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wzięło udział 12 placówek**, z czego 5 działa w mieście na prawach powiatu, 5 – w gminie miejskiej, a po jednym w gminie wiejskiej oraz wiejsko-miejskiej. Liczba miejsc według statutów wynosi w placówkach 806, z czego 12 miejsc jest udostępnianych komercyjnie z pełną odpłatnością. Analizowane zakłady oferują obecnie 10 miejsc na potrzeby krótkoterminowej opieki wytchnieniowej.
- **Liczba mieszkańców przebywających w zakładach na koniec października wynosiła 775 osób.** W ZOL/ZPO przebywało 566 kobiet oraz 209 mężczyzn. 514 kobiet przebywających w zakładach to osoby w wieku 65+. Najliczniejsza grupa mieszkanki (241) jest w wieku 81-90 lat. W placówkach przebywało 106 kobiet w wieku 91-100 lat. Wśród mieszkańców jest znacznie mniej mężczyzn – 146 osób w wieku 65+. 91 osób to mężczyźni w wieku 66-80 lat.
- Okres przebywania w placówce całodobowej typu ZOL/ZPO nie powinien przekraczać 6 miesięcy. 95 osób w placówkach przebywało w nich nie dłużej niż 3 miesiące, 105 osób w okresie 3–6 miesięcy, 142 osoby 6–12 miesięcy. Dłużej niż przebywa w analizowanych placówkach 163 osoby, zaś dłużej niż 2 lata – aż 315 osób. Średni koszt pobytu w zakładzie wynosi 6584 zł, kwota ta jest jednak prawdopodobnie obciążona błędem, gdyż placówki różnie kalkulowały kwoty.
- Czas oczekiwania na miejsce w ZOL/ZPO jest zależny od jej lokalizacji. **W 1/3 zakładów czas oczekiwania wynosił 1-3 lata** (Wykres 21). 25% placówek zapewnia miejsce w ciągu pół roku, w 1/4 placówek na wolne miejsce należy oczekiwać powyżej 2 lat. Okres oczekiwania na łóżko w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest zatem dość długi. Na liście oczekujących na miejsce w placówce w zakładach, które uczestniczyły w szacowaniu znajduje się aż 876 osób. Najdłuższa lista oczekujących do pojedynczej placówki to 209 osób.

Wykres 21. Czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgniarско-opiekuńczym



- **Jak podają zakłady, 100% osób znajdujących się w placówkach to osoby leżące.** 92% nie może samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego. Według kierownictwa placówek, w ostatnich latach liczba osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności i złego stanu zdrowia wzrosła – uważa tak 83% badanych.
- Według 8% respondentów pozostała na identycznym poziomie. **Ogólny stan psychofizyczny osób kierowanych do opieki długoterminowej w placówce w ostatnich 10 latach w ocenie 1/2 ankietowanych placówek pogorszył się.** 17% placówek wskazało jednak na jego poprawę, podobna liczba zakładów twierdzi, że pozostał na takim samym poziomie.
- Dominująca sytuacja rodzinna osób przebywających w placówce według informacji posiadanych przez zakłady to **osoby posiadające rodzinę, ale niezdolną do opieki z powodu stanu zdrowia** (75% mieszkańców). Mieszkańcami często są również osoby posiadające rodzinę, lecz niezdolną do opieki z powodu pracy zawodowej lub innych obowiązków. Na częstotliwość takiej sytuacji (można było wskazać trzy główne typowe okoliczności) wskazało 58% badanych. 1/3 trzecia respondentów podkreśliła, że częstym przypadkiem są również osoby samotne, bez rodziny.

100%	Wszystkie osoby, które przebywają w analizowanych zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgniarско-opiekuńczych to osoby leżące, niezdolne do samodzielnego funkcjonowania
876	Tyle osób oczekuje łącznie na miejsc w ZOL/ZPO w placówkach, które wzięły udział w szacowaniu – to niemal tyle, iloma miejscami dysponują te zakłady

3/4

Odsetek placówek, według których budynki zajmowane przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze wymagają remontu, w tym też placówkach wyposażenie jest zniszczone lub przestarzałe

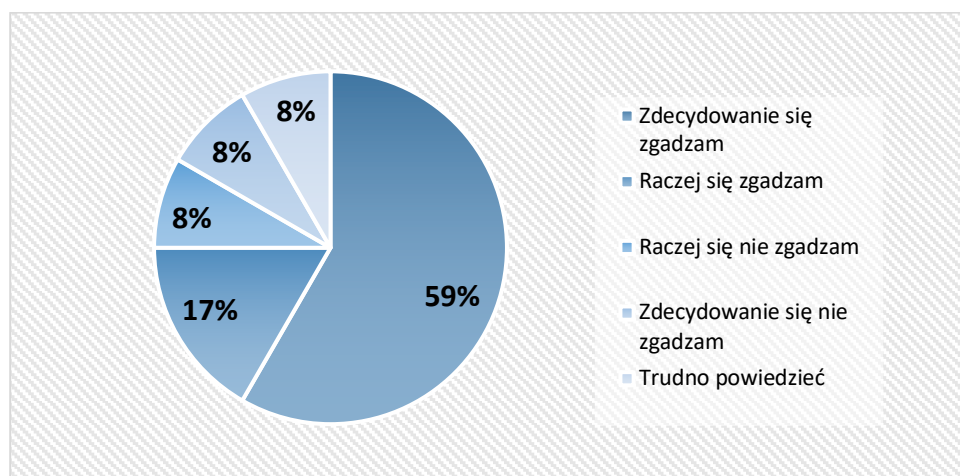
KADRA ZAKŁADÓW I INFRASTRUKTURA PLACÓWEK

- W zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgniarstwo-opiekuńczych pracuje 686 osób, z czego 478 pracowników kadry merytorycznej.** Zatrudniają one 29 osób na stanowisku lekarza, 9 lekarzy konsultantów na stanowisku psychiatry, 4 lekarzy konsultantów na stanowisku anestezjologa, 7 neurologów oraz 4 chirurgów. W analizowanych podmiotach zatrudnione jest 220 pielęgniarek, 7 koordynatorów pracowni fizjoterapii, 57 fizjoterapeutów, a także 14 psychologów, 10 logopedów i 18 terapeutów zajęciowych. Liczba zatrudnionych opiekunów wynosi 235 osób. 440 osób pracuje na etacie, 12 osób na 1/2 etatu, zaś 174 osoby na umowie zlecenia. Z placówkami współpracuje 11 wolontariuszy.
- Pracownicy zakładów uczestniczą regularnie w szkoleniach i kursach.** Większość z nich dotyczy opieki długoterminowej (67% wskazań), a także komunikacji i relacji z pacjentem w instytucji opiekuńczej (50%). Inne obszary szkoleń i treningów dotyczą m.in. zagadnień związanych z zarządzaniem emocjami w miejscu pracy i radzeniem sobie z nimi, sposobami pracy z pacjentami z chorobami otępiennymi, rozwiązywaniem sytuacji trudnych i konfliktowych w relacjach. Wśród kursów specjalistycznych znajdują się m.in. szkolenia i kursy w zakresie pielęgniarstwa pediatriczno-geriatrycznego, opieki paliatywnej, anestezjologii i intensywnej terapii.
- Ogółem placówki dysponują 271 pokojami, z czego większość to pokoje trzyosobowe (114) oraz dwuosobowe (82). W zasobach znajduje się również 27 pokoi jednoosobowych, 25 pokoi czteroosobowych oraz 23 pokoje dla więcej niż 4 osób. Respondenci zwracają uwagę na nie najlepszy stan infrastruktury budynków. Według 75% badanych, budynek placówki wymaga gruntownego remontu – dotyczy to 9 z 12 analizowanych placówek (Wykres 22). Według 91% uczestników szacowania uważa, że budynek wymaga częściowej renowacji, odmalowania i naprawy. **Zdaniem 75% placówek wyposażenie budynku jest zniszczone lub przestarzałe, nie jest to problemem jedynie w dwóch placówkach.** Według 58% badanych, budynek placówki generuje wysokie koszty utrzymania ze względu na swoją wielkość oraz używane technologie (oświetlenie, ogrzewanie).

91%

Tyle zakładów podało w szacowaniu, że budynek i pomieszczenia, w których funkcjonuje placówka wymagają przynajmniej częściowej renowacji, odmalowania i napraw

Wykres 22. Stan budynków ZPO/ZOL
(opinia dotycząca konieczności przeprowadzenia remontu)



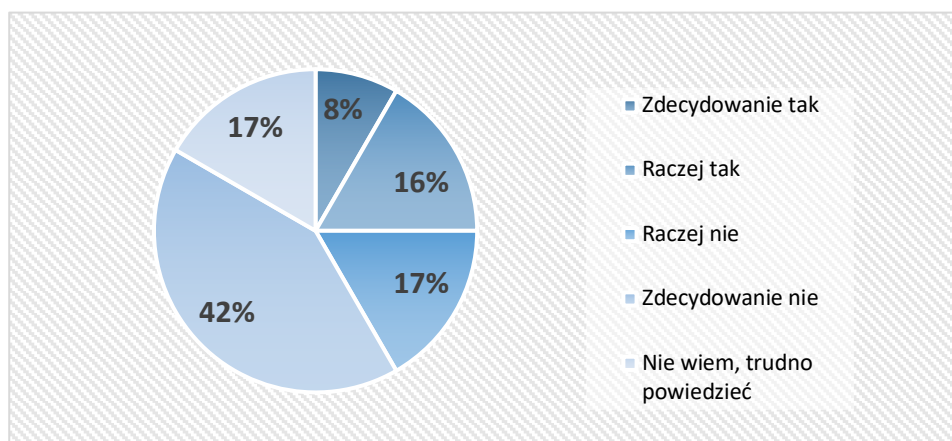
N= 12 ZOL/ZPO

- Niezależnie od stanu budynku zakładu, respondenci są zdania, że pomieszczenia wspólne są przytulne oraz panuje w nich ciepła i domowa atmosfera.** Elastyczność placówek w umożliwianiu mieszkańcom doposażenia pokoi własnymi przedmiotami jest jednak niska – na taką możliwość wskazały 3 placówki. W siedmiu zakładach mieszkańcy nie mają takiej możliwości. Według 3/4 respondentów przestrzenie wspólne placówki są dobrze wyposażone. Zdaniem 67% zakładów, ZOL/ZPO zapewnia wymagane przepisami minimum wyposażenia, w przypadku 25% wyposażenie i sprzęt w placówce przekracza wymagane przepisami minimum. Tylko jedna placówka wspomniała o brakach w wyposażeniu, które ograniczają jej możliwości działania. **W kontekście infrastruktury, połowa analizowanych ZOL/ZPO posiada możliwość rozbudowy, gdyby zapadła decyzja o konieczności zwiększenia liczby miejsc.** Tylko jedna placówka dysponuje możliwością wydzielenia miejsca na inne usługi, np. opieki wytchnieniowej.

ZAKRES I JAKOŚĆ OFEROWANYCH USŁUG

- Uczestniczące w szacowaniu ZOL/ZPO mają poczucie, że zakres ich usług nie jest obecnie adekwatny do potrzeb i oczekiwań osób tracących niesamodzielność w lokalnej społeczności** – o czym świadczy także niezaspokojony popyt na usługi i listy oczekujących (Wykres 23). 25% placówek uważa, że oferta zaspokaja potrzeby lokalne. 59% zakładów jest jednak przeciwnego zdania. 17% placówek nie ma zdania w tej kwestii. Porównując wyniki szacowania ZOL/ZPO z wynikami szacowania DPS w regionie, poczucie niezaspokojenia potrzeb jest znacznie wyższe.

Wykres 23. Adekwatność oferty zakładów do potrzeb osób niesamodzielnych (czy zaspokaja potrzeby osób niesamodzielnych i tracących samodzielność)



N= 12 ZOL/ZPO

1/4	Tyle zakładów jest zdania, że ich obecna oferta zaspokaja potrzeby osób niesamodzielnych i ich rodzin w lokalnym środowisku
-----	---

- Jeśli chodzi o zaspokojenie potrzeb mieszkańców, 92% respondentów w zakładach jest zdania, że zapewniają one realizację wszystkich usług na poziomie ustawowym, 8% placówek mówi o poziomie usług wyższym od ustawowego. Według 67% uczestników szacowania, usługi **całkowicie zaspokajają potrzeby mieszkańców w zakresie całodobowej opieki medycznej i pielęgniarско–opiekuńczej oraz leczenia dolegliwości somatycznych**. Zaopatrują ich także w pełni w leki, środki opatrunkowe i higieniczne – uważa tak 83% respondentów.
- **Wysoko oceniana jest także kompletność usług ZOL/ZPO w zakresie rehabilitacji leczniczej i fizjoterapii (75%).** Według 67% respondentów placówki w wysokim stopniu zaspokajają potrzeby mieszkańców w zakresie terapii i wsparcia psychologicznego. 3/4 placówek wysoko ocenia zakres oferowanej terapii zajęciowej i logopedycznej. Niemal wszystkie placówki są przekonane, że we właściwy sposób szanują wolę pacjentów i respektują ich prawa w stosowanych procedurach.
- ½ ankietowanych placówek deklaruje podejmowanie różnych działań, które **przeciwdziałają samotności mieszkańców i złemu samopoczuciu**, pomagają w rozwiązaniu problemów socjalnych oraz zaspokajaniu potrzeb duchowych i psychicznych. Tyle samo placówek jest zdania, że w wystarczającym stopniu zaspokaja potrzeby w zakresie edukacji, doskonalenia i poradnictwa dla rodzin osób przebywających w placówce.

- **Stosunkowo dobrze rozwinięte są w zakładach działania dla opiekunów oraz członków rodzin osób niesamodzielnych.** Poza bezpośrednim kontaktem i informowaniem o stanie mieszkańca, obejmują one edukację i informowanie o sposobach zajmowania się osobami niesamodzielnymi. Działania takie prowadzi ¾ placówek. Ponad połowa oferuje wsparcie psychologiczne dla członków rodzin, a także zaprasza rodziny i opiekunów na wydarzenia w placówce. Dodatkowe usługi nie są realizowane najczęściej ze względu na niskie zainteresowanie kontaktem i wsparciem ze strony rodzin i opiekunów, na co wskazuje 67% respondentów. Drugą przyczyną są niewystarczające środki finansowe oraz zasoby kadrowe.

3/4	Odsetek placówek prowadzących działania edukacyjne i informacyjne dla rodzin osób niesamodzielnych, zwłaszcza dotyczące sposobów opieki i pielęgnacji
------------	--

- Na znacznie niższym poziomie pozostaje samoocena działań w zakresie edukacji i poradnictwa dla mieszkańców gminy zainteresowanych pogłębieniem wiedzy o opiece długoterminowej i formach opieki. **Według 33% ankietowanych, ZOL i ZPO zaspokajają oczekiwania i potrzeby w bardzo niskim stopniu.** W niewielkim stopniu zaspokajany jest popyt na zapewnienie wolontariatu dla wsparcia osób niesamodzielnych – twierdzi 42% badanych.
- Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniarstwo-opiekuńcze blisko współpracują przede wszystkim z placówkami ochrony zdrowia – poradniami, szpitalami i przychodniami (92% respondentów) oraz pracownikami socjalnymi (58% placówek), ośrodkiem pomocy społecznej (50%) oraz innymi zakładami opiekuńczymi (50%), a także domami pomocy społecznej. 1/3 placówek wskazała na współpracę z wolontariuszami oraz organizacjami pozarządowymi (Tabela 62.)

Tabela 62. Podmioty, z którymi współpracują ZOL i ZPO

Podmioty, z którymi zakłady współpracują	Liczba	Odsetek
Placówki ochrony zdrowia (poradnie, szpitale, przychodnie)	11	92%
Pracownicy socjalni	7	58%
Ośrodek Pomocy Społecznej	6	50%
Inny zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny	6	50%
Organizacje pozarządowe (III sektor, NGO)	4	33%
Wolontariusze	4	33%
Urząd miasta, gminy, powiatu	4	33%

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, miejski ośrodek pomocy rodzinie	4	33%
Kościół katolicki/ inne kościoły lub związki wyznaniowe	3	25%
Dom Pomocy Społecznej	3	25%
Znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia osób z niepełnosprawnością	2	17%
Prywatne podmioty	1	8%
Inny podmiot, organizacja, osoba	1	8%
Centrum Usług Społecznych	1	8%

N= 12 ZOL/ZPO

ZMIEJSZANIE RYZYKA POBYTU W PLACÓWCE STACJONARNEJ

- Uczestniczące w szacowaniu zakłady przedstawiły swoje opinie na temat działań niezbędnych w lokalnych społecznościach, by zmniejszyć prawdopodobieństwo kierowania osoby niesamodzielnej do placówki całodobowej. **Według respondentów, istotne byłoby zwiększenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, w tym dostępnych w weekendy – wskazało na ten czynnik 92% respondentów.** Reprezentanci 67% placówek są zdania, że takim czynnikiem byłoby **większe zaangażowanie w opiekę ze strony rodziny**, a 50% – **kierowanie pacjentów do domu pomocy społecznej zamiast do zakładu opiekuńczo-leczniczego**. Ta ostatnia uwaga nie pozostaje bez związku z liczbą osób, które przebywają w placówce zdrowotnej dłużej niż pół roku, a nawet kilka lat ze względu na brak możliwości umieszczenia w domu pomocy społecznej.

67%	Odsetek placówek przekonanych, że większe zaangażowanie rodziny w opiekę nad osobami, które zaczynają tracić samodzielność jest istotnym czynnikiem opóźniającym trawienie do placówki
92%	Niemal wszyscy respondenci szacowania w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych podkreślają konieczność rozwijania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

- Zdaniem ankietowanych ZOL/ZPO, aby spowolnić proces utraty zdrowia i opóźnić moment trawienia do placówki, **należałoby podjąć działania w sektorze zdrowia**, ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia i kondycji fizycznej mieszkańców, np. rehabilitację ruchową osób w wieku 50+ (uważa tak połowa respondentów). Drugi wskazywany czynnik to usługi pielęgniarstwa świadczone w środowisku – na istotność tych usług wskazuje 42% respondentów (Tabela 63). 1/3 badanych wskazała na istotność profilaktyki zdrowotnej oraz edukacji zdrowotnej, a także na regularne badania pozwalające odpowiednio wcześniej zdiagnozować różnego rodzaju

schorzenia. Kolejna rekomendacja to **dedykowane programy dotyczące diety, ruchu, zdrowego stylu życia** oraz wczesne interwencje, w tym operacyjne, na pierwszym etapie choroby. 1/3 zakładów wskazała na **usługi dziennych domów opieki medycznej (DDOM)**, które ich zdaniem przyczyniły się do poprawy kondycji osób starszych zapobiegając ich umieszczeniu w placówkach całodobowych.

Tabela 63. Działania w sektorze zdrowia, które mogą zapobiegać niesamodzielności i poprawiać kondycję mieszkańców

Działania w sektorze zdrowia	Liczba placówek	Odsetek
Działania ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia i kondycji fizycznej, np. rehabilitacja ruchowa	6	50%
Usługi pielęgniarstwa świadczone w środowisku, w domu pacjenta	5	42%
Profilaktyka zdrowotna, edukacja zdrowotna	4	33%
Regularne badania pozwalające wcześniej zdiagnozować schorzenia	4	33%
Usługi dziennych domów opieki medycznej	4	33%
Dedykowane programy dotyczące np. diety, ruchu, zdrowego stylu życia	3	25%
Wczesne interwencje, w tym operacyjne, na pierwszym etapie choroby	3	25%
Działania ukierunkowane na poprawę kondycji psychicznej (wsparcie psychologiczne, psychoterapia)	3	25%
Wizyty lekarskie i badania w domu pacjenta	1	8%

N= 12 ZOL/ZPO

1/2	Połowa ankietowanych ZOL/ZPO podnosi kwestię profilaktyki zdrowotnej jako czynnika przedłużającego samodzielność – działania prewencyjne należy ich zdaniem podejmować odpowiednio wcześniej
33%	Edukacja i profilaktyka zdrowotna nie są tradycyjnie obszarem zainteresowania podmiotów pomocy społecznej, zdaniem ZOL/ZPO oba sektory powinny prowadzić działania w tym zakresie
75%	Według ¾ zakładów, zapewnienie wystarczającej podaży specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w domu powinno być głównym kierunkiem działania samorządów

- Według analizowanych placówek, aby opóźnić moment trafenia do placówki opiekuńczo leczniczej jednostki samorządu terytorialnego powinny z kolei podejmować działania w zakresie **rozwaju specjalistycznych usług opiekuńczych w domu** (75% wskazań) **oraz usług asystenckich w domu i wsparcia w czynnościach dnia codziennego** (83% wskazań). Przedstawiciele 50% placówek podkreślili także konieczność **rozwijania dziennych domów pomocy oraz klubów samopomocy dla osób starszych** (Tabela 64). Na liście działań, które należy traktować priorytetowo znalazło się także rozwijanie mieszkań treningowych i wspomaganych oraz motywowanie osób o niskiej samodzielności do ponownego usamodzielniania się (kierunki te wskazuje 17% przedstawicieli zakładów).

**Tabela 64. Działania, które zdaniem ZOL/ZPO
powinny podejmować władze lokalne,
by zmniejszyć liczbę osób kierowanych do placówek całodobowych**

Działania w sektorze zdrowia	Liczba	Odsetek
Usługi asystenckie w domu (wsparcie w czynnościach dnia codziennego)	10	83%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze w domu	9	75%
Rozwijanie dziennych domów pomocy / klubów samopomocy dla osób starszych	6	50%
Wsparcie w załatwieniu różnych spraw formalnych (np. wniosek o mieszkanie socjalne, uzyskiwanie świadczeń emerytalno-rentowych)	2	17%
Korzystanie z mieszkań wspomaganych, ze wsparciem usług	2	17%
Motywowanie do podjęcia próby ponownego usamodzielniania się	2	17%
Profesjonalne, odpłatne wsparcie sąsiedzkie	1	8%
Aktywizacja i reintegracja społeczna, doskonalenie umiejętności społecznych	1	8%
Aktywizacja zawodowa	1	8%

N= 12 ZOL/ZPO

289	Tyłu obecnych mieszkańców ZOL/ZPO mogłoby, zdaniem jednostek biorących udział w szacowaniu, przebywać pod opieką rodziny w domu (ze wsparciem usług) – to 37% ogółu mieszkańców
185	Tyle dodatkowych miejsc w swoich placówkach mogą stworzyć, według deklaracji, ZOL/ZPO biorące udział w szacowaniu na bazie posiadanej obecnie infrastruktury
40	Miejsca opieki wytchnieniowej, które mogą stworzyć uczestniczące w szacowaniu zakłady w ciągu 12-24 miesięcy

POTENCJAŁ USAMODZIELNIENIA I ROZWOJU USŁUG W ZOL/ZPO

- **Obecnie żadna z placówek nie oferuje usług w społeczności lokalnej na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.** Według 67% placówek, nie było takiego oczekiwania ze strony organów założycielskich ani lokalnych władz.
- Zdaniem ankietowanych ZOL/ZPO, **osoby przebywające obecnie w placówkach zdecydowanie nie rokują na poprawę zdrowia oraz samodzielne funkcjonowanie.** Natomiast 289 mieszkańców (37%) mogłoby pozostawać pod opieką rodziny i najbliższych w domu, gdyby ich opiekunowie posiadali odpowiednią wiedzę i wsparcie w postaci np. domowych usług pielęgniarских i usług opiekuńczych. Potencjał samodzielnego funkcjonowania posiada zdaniem badanych jedynie 40 osób w przebywających obecnie w placówkach.
- **Placówki dysponują sporym potencjałem zwiększenia liczby miejsc w zakładach.** Jak podały w szacowaniu, mogą stworzyć w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy **185 dodatkowych miejsc stacjonarnych** (pod warunkiem zapewnienia finansowania oraz dostępności kadr). **Ponadto zakłady mogą uruchomić 40 miejsc opieki wytchnieniowej.** Jedna placówka zadeklarowała również **możliwość uruchomienia usług środowiskowych** (pod warunkiem dodatkowego finansowania).
- Zakłady, które nie posiadają takiego potencjału wskazują przede wszystkim na brak finansowania i personelu, 1/3 – na brak doświadczenia z usługami w środowisku. Jedyna placówka deklarująca możliwość uruchomienia w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy usług środowiskowych mogłaby rozpocząć świadczenie m.in. usług asystenckich osoby z niepełnosprawnością (AOON), usług pielęgniarской opieki domowej, wsparcie psychologiczne osoby niesamodzielnej, usługi rehabilitacyjne, usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze w domu odbiorcy.

- Według pozostałych placówek, także one przy zapewnieniu środków na funkcjonowanie z budżetu regionalnego, centralnego lub lokalnego, a także dostępności kadr, mogłyby rozpocząć świadczenie usług w środowisku. 42% placówek wskazało przy tej okazji na utrudnienia prawne które wiążą się z wychodzeniem środowisko, a połowa placówek – na konieczność inwestycji w infrastrukturę i wyposażenie. By uruchomić nowe usługi kluczowa, według ZOL/ZPO niezbędna jest bliższa współpraca z podmiotami sektora publicznego, czyli jednostkami samorządu, ale także z organizacjami pozarządowymi.

ROZWÓJ USŁUG I DEINSTYTUCJONALIZACJA

- ZOL i ZPO mają wysoki potencjał i wiedzę w zakresie opieki długoterminowej – uważa tak ¾ placówek. Wszystkie analizowane placówki zgadzają się, że zakłady opiekuńczo-lecznicze i domy pomocy społecznej powinny ze sobą bliżej współpracować. 67% ankietowanych jest zdania, że placówki całodobowe powinny skupić się głównie na swoich mieszkańcach, a nie na wychodzeniu w środowisko. **Zarazem 58% respondentów uważa, że placówki całodobowe mogłyby świadczyć wiele usług w środowisku lokalnym – tylko 32% respondentów nie zgadza się z taką opinią.**
- 67% placówek jest zdania, że przeszkodą do wyjścia w środowisko są głównie ograniczenia kadrowe i finansowe: przy ich braku oraz ze wsparciem samorządu zakłady mogłyby w większym stopniu świadczyć usługi środowiskowe. 50% placówek uważa, że wówczas mogłyby one stać się rodzajem lokalnych centrów usług środowiskowych dla społeczności. Według wszystkich respondentów, **potrzebna jest lepsza edukacja rodzin w zakresie opieki nad bliskimi i ich pielęgnacji.** 58% ankietowanych zgadza się z tym stwierdzeniem zdecydowanie. Zdaniem 77% uczestniczących w szacowaniu ZOL i ZPO, **system zdrowia oraz pomocy społecznej powinny tworzyć jeden spójny system opieki długoterminowej.**
- **Działania, które zdaniem zakładów powinny być rozwijane z myślą o rodzinach osób niesamodzielnych i przewlekle chorych w gminach to:** zwiększenie liczby usług pielęgniarских w domu pacjenta (67% wskazań), szkolenia dla rodzin pozwalające rozpoznać wczesne objawy niesamodzielności i działać na rzecz ich opóźnienia (50% placówek), zwiększenie liczby łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (50% wskazań). 42% przedstawicieli ZOL/ZPO podkreśliło **znaczenie szkoleń dla opiekunów nieformalnych w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną**, a 25% – znaczenie opieki wytchnieniowej (Tabela 65).

Tabela 65. Najważniejsze zdaniem ZOL/ZPO kierunki interwencji w zakresie wzmacniania opieki długoterminowej w regionie

Działania w sektorze zdrowia	Liczba	Odsetek
Zwiększenie liczby usług pielęgniarских świadczonych w środowisku, w domu pacjenta	8	67%
Uświadomienie rodzinom wagi wczesnego rozpoznania objawów niesamodzielności	6	50%
Zwiększenie liczby łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgniarско-opiekuńczych	6	50%
Szkolenia dla opiekunów nieformalnych w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną	5	42%
Opieka wytchnieniowa, ulga w codziennej opiece	3	25%
Wsparcie psychiczne rodzin osób tracących samodzielność	2	17%
Lepsze informowanie rodzin o świadczeniach i usługach, z których mogą skorzystać	2	17%
Wizyty lekarskie i badania w domu pacjenta	1	8%

N= 12 ZOL/ZPO

1/2	Półowa ZOL/ZPO jest zdania, że wbrew trendowi do „ograniczania” miejsc w placówkach stacjonarnych, należy ze względu na trendy i potrzeby zwiększać liczbę łóżek w ZOL/ZPO
-----	--

- Placówki sektora zdrowia w mniejszym stopniu niż jednostki organizacyjne pomocy społecznej uczestniczą w procesach deinstytucjonalizacji, która jest obecnie paradygmatem tworzenia nowej architektury usług wsparcia w ODT. Dostrzegają one jednak ten trend i jego uwarunkowania.
 - 92% placówek twierdzi, że **potrzeby w zakresie opieki długoterminowej będą rosły ze względu na demografię oraz stan zdrowia mieszkańców;**
 - tyle samo placówek zgadza się, że **należy robić wszystko, aby osoby tracące samodzielność jak najdłużej przebywały w swoim środowisku;**
 - niemal wszystkie placówki są zgodne, że **pobyt w instytucjach stacjonarnych powinien być ostatecznością,** mieszkańcy powinni posiadać wcześniej możliwość skorzystania z różnego rodzaju usług wsparcia, dziennych oraz świadczonych w domu;

- o większość placówek śledząc procesy w sektorze społecznym **deklaruje znajomość koncepcji deinstytucjonalizacji usług społecznych** oraz podejścia skierowanego na rozwój usług społecznych w środowisku, które ma zapewnić osobom starszym i innym jak najdłuższą samodzielność;
- o istnieje również pełna zrozumienie kierownictwa zakładów, że zapewnienie opieki osobom niesamodzielnym wymaga **integracji oraz współpracy sektora zdrowia i pomocy społecznej**, opieka długoterminowa jest bowiem obszarem działania i odpowiedzialności obu tych sektorów;
- o 67% respondentów deklaruje **pozytywne lub raczej pozytywne podejście do koncepcji deinstytucjonalizacji**. Wywiady z przedstawicielami instytucji wskazały, że nie mają one obaw o likwidację zakładów lub też ograniczanie ich działania, jak ma to miejsce w przypadku domów pomocy społecznej;
- o 58% respondentów raczej dobrze, a 42% **bardzo dobrze ocenia pracowników ZOL/ZPO** w kontekście kompetencji w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi i wiedzy, jak zajmować się tymi pacjentami.

STRESZCZENIE WNIOSEKÓW Z BADANIA POTENCJAŁU ROZWOJU USŁUG PRZEZ ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE I PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE (ZOL/ZPO)

1. **W szacowaniu zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wzięło udział 12 placówek**, w których przebywa **775 osób**. Czas oczekiwania na miejsce w placówce jest dość długi, na miejsce oczekuje obecnie 876 osób. Najdłuższa lista oczekujących do pojedynczej placówki to 209 osób.
2. **Jak podają zakłady, 100% osób znajdujących się w placówkach to osoby leżące**. 92% z nich nie może samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego. Według kierownictwa placówek w ostatnich latach liczba osób wymagających wsparcia zwiększyła się, a **ogólny stan psychofizyczny osób kierowanych do opieki długoterminowej w ostatnich 10 latach pogorszył się**.
3. Dominująca sytuacja rodzinna osób przebywających w zakładzie według posiadanych przez nie informacji to **osoby posiadające rodzinę, ale niezdolną do opieki z powodu stanu zdrowia** (75% mieszkańców).
4. **W zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych pracuje 686 osób, z czego 478 pracowników kadry merytorycznej**. Ogółem placówki dysponują 271 pokojami, z czego większość to pokoje trzyosobowe (114) oraz dwuosobowe (82). 91% placówek jest zdania, że budynek, w którym funkcjonuje placówka wymaga częściowej renowacji, odmalowania i naprawy. **75% placówek zwraca uwagę, że wyposażenie budynku jest zniszczone lub przestarzałe**.
5. **W kontekście infrastruktury, połowa analizowanych ZOL/ZPO posiada możliwość rozbudowy, gdyby zapadła decyzja o konieczności zwiększenia liczby miejsc**. Tylko jedna placówka dysponuje możliwością wydzielenia miejsca na inne usługi, np. opieki wytchnieniowej.

6. 25% placówek uważa, że oferta zaspokaja potrzeby lokalne. 59% zakładów jest przeciwnego zdania. Zarazem kierownictwo placówek jest zdania, że potrzeby mieszkańców placówki są one zaspokajane bardzo dobrze lub całkowicie, zwłaszcza w zakresie opieki, leczenia, rehabilitacji.
7. **¼ placówek edukuje opiekunów nieformalnych w zakresie zajmowania się osobami niesamodzielnymi**, ponad połowa oferuje wsparcie psychologiczne dla członków rodzin. Edukacja mieszkańców gminy jest prowadzona w małym stopniu.
8. ZOL o ZPO blisko współpracują z przede wszystkim z placówkami ochrony zdrowia – poradniami, szpitalami i przychodniami (92%) oraz pracownikami socjalnymi (58% placówek), OPS (50%) oraz innymi zakładami (50%), a także domami pomocy społecznej. 1/3 placówek wskazała na współpracę z wolontariuszami oraz organizacjami pozarządowymi.
9. By zmniejszyć prawdopodobieństwo kierowania osoby niesamodzielnej do placówki całodobowe **istotne zdaniem respondentów byłoby zwiększenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, większe zaangażowanie w opiekę ze strony rodziny oraz kierowanie pacjentów do domu pomocy społecznej zamiast do ZOL.**
10. Zdaniem ZOL/ZPO, aby spowolnić proces utraty zdrowia i opóźnić moment trafenia do placówki, **należałoby podjąć działania w sektorze zdrowia, związane z profilaktyką zdrowotną**, ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia i kondycji fizycznej mieszkańców, np. rehabilitację ruchową osób w wieku 50+.
11. Gminy powinny także podejmować działania w zakresie **rozwoju specjalistycznych usług opiekuńczych w domu (75% wskazań) oraz usług asystenckich w domu i wsparcia w czynnościach dnia codziennego (83%)**, a także **rozwijaćienne domy pomocy oraz kluby samopomocy dla osób starszych (50%)**.
12. **Obecnie żadna z placówek nie oferuje usług w społeczności lokalnej na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.** 67% placówek wskazuje, że nie oczekiwano od nich takich działań – nie było takiego oczekiwania ze strony organów założycielskich ani lokalnych władz.
13. **Osoby przebywające obecnie w placówkach zdecydowanie nie rokują na poprawę zdrowia oraz samodzielne funkcjonowanie.** 289 mieszkańców (37%) mogłoby pozostawać pod opieką rodziny i najbliższych w domu, gdyby rodzina posiadała odpowiednią wiedzę i wsparcie oraz w postaci usług. Potencjał samodzielnego funkcjonowania ma 40 osób w przebywających w placówkach.
14. **Placówki mogą stworzyć w ciągu najbliższych 12-24 miesięcy 185 dodatkowych miejsc stacjonarnych oraz 40 miejsc opieki wytchnieniowej.** Jeden zakład zadeklarował **możliwość uruchomienia usług środowiskowych.** Placówki, które nie widzą takiego potencjału wskazują przede wszystkim na brak finansowania i personelu, 1/3 – na brak doświadczenia z usługami w środowisku.
15. ZOL i ZPO posiadają wysoki potencjał i wiedzę w zakresie opieki długoterminowej – uważa tak ¾ zakładów. Według 67% ankietowanych, placówki całodobowe powinny skupić się na osobach, które w nich przebywają. **Zarazem 58% respondentów uważa, że zakłady mogą świadczyć wiele usług w środowisku lokalnym.**

16. **67% placówek jest zdania, że przeszkodą do wyjścia w środowisko są głównie ograniczenia kadrowe i finansowe.** Połowa placówek uważa, że placówki całodobowe mogłyby stać się rodzajem lokalnych centrów usług środowiskowych dla społeczności. Wszystkie ankietowane placówki zgadzają się, że **potrzebna jest lepsza edukacja rodzin w zakresie opieki nad bliskimi i ich pielęgnacji.**
17. 77% uczestniczących w szacowaniu ZOL/ZPO uważa, że **system zdrowia oraz pomocy społecznej powinny tworzyć jeden system opieki długoterminowej.**
18. 92% placówek twierdzi, że **potrzeby w zakresie opieki długoterminowej będą rosły** ze względu na demografię oraz stan zdrowia mieszkańców, należy zrobić wszystko, aby osoby tracące samodzielność jak najdłużej przebywały w swoim środowisku.
19. 67% respondentów deklaruje **pozytywne lub raczej pozytywne podejście do koncepcji deinstytucjonalizacji.**

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE WYKORZYSTANIA POTENCJAŁU ZOL/ZPO W ROZWOJU ODT W REGIONIE

TYP USŁUG / OBSZAR	REKOMENDACJE
USŁUGI STACJONARNE	- Wykorzystanie potencjału ZOL/ZPO w zakresie możliwości zwiększenia liczby łóżek w placówkach (185 dodatkowych miejsc według deklaracji) – dążenie do zwiększenia liczby miejsc i większego pokrycia potrzeb w regionie. - Wykorzystanie potencjału placówek do tworzenia całodobowych miejsc opieki wytchnieniowej (40 możliwych do stworzenia miejsc według deklaracji). Wzmacnianie usług domowych, co może pozwolić na zmniejszenie liczby mieszkańców ZOL/ZPO (37% ogółu mieszkańców mogłoby przebywać z rodziną przy wsparciu usługami). - Tworzenie warunków do bliższej współpracy ZOL/ZPO oraz domów pomocy społecznej, w celu wspólnego omawiania kierunków rozwoju ODT w regionie.
USŁUGI DZIENNE	Wykorzystanie potencjału placówek ZOL i ZPO do tworzenia dziennych miejsc opieki wytchnieniowej – na bazie infrastruktury i doświadczenia jednostek.

USŁUGI DOMOWE	• Wykorzystanie potencjału i wiedzy ZOL/ZPO do edukacji w zakresie uświadamiania rodzinom wagi wczesnego identyfikowania pierwszych objawów niesamodzielności oraz szkoleń w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną • ZOL i ZPO jako „centra treningowe” dla opiekunów nieformalnych).
INNE REKOMENDACJE	• Włączenie ZOL/ZPO w działania analityczne i szacowania dotyczące potencjału rozwoju usług stacjonarnych oraz środowiskowych w regionie, z uwzględnieniem specyficznego obszaru działania placówek i ich wiedzy. • Wypracowanie wspólnie z gminami, powiatami oraz schroniskami schematów działań edukacyjnych i informacyjnych dla opiekunów nieformalnych. • Włączenie ZOL/ZPO w planowanie systemowych rozwiązań i interwencji w zakresie rozwijania ODT w gminach, powiatach i regionie.

IX. Potencjał rozwoju usług w placówkach medycznych

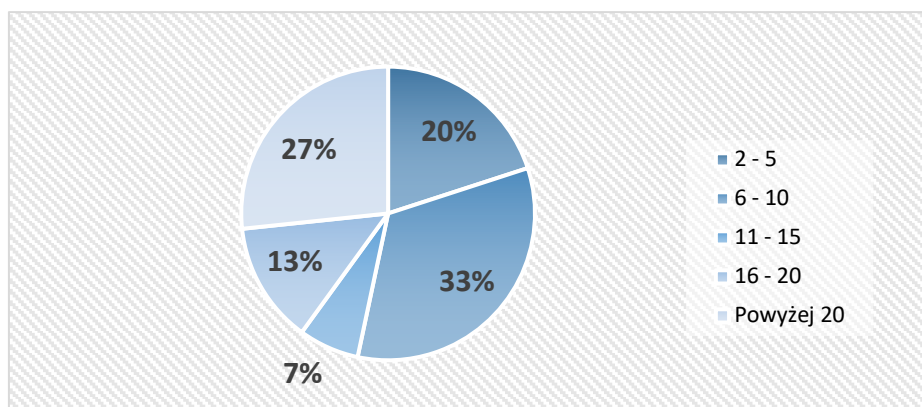
Przedsiębiorstwa świadczące usługi medyczne działające w regionie są elementem systemu zdrowia, zaangażowanym w dostarczanie usług dla osób starszych i niesamodzielnych. Oferują m.in. świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, rehabilitacji, a także prowadzą usługi długoterminowej opieki pielęgniarstwa. Potencjał tych podmiotów jest elementem szacowania możliwości rozwoju ODT w regionie, podmioty te mogą bowiem w odpowiednich warunkach zwiększyć zakres usług oferowanych w środowisku.

- Jak wspomniano w rozdziale poświęconym metodologii, **przedsiębiorstwa świadczące usługi medyczne** to podmioty o zróżnicowanym charakterze, często prowadzone jako jednoosobowa działalność w zakresie usług pielęgniarstwa czy medycznych (podstawowa opieka zdrowotna, jednostki specjalizujące się w konkretnych obszarach np. rehabilitacji), choć występują tu również podmioty o szerokim spektrum usług, obejmujące działaniem szerszy obszar regionu.
- Wyżej wymienione podmioty nie czują się częścią systemu pomocy społecznej, z uwagi na fakt, że prowadzą działalność komercyjnie. Jak zwracały uwagę w komentarzach do badania, nie były do tej pory brane pod uwagę jako istotny partner działań w konsultacjach społecznych i działaniach, których celem jest podniesienie poziomu świadczeń medycznych na rzecz osób starszych i niesamodzielnych. Czynniki te sprawiają, że dostęp do podmiotów był utrudniony. Do udziału w szacowaniu wybrane zostały podmioty świadczące usługi dla osób starszych, w szczególności medyczne, pielęgniarstwo, sanatoryjne.
- **W szacowaniu wzięło udział 15 podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w zakresie świadczeń medycznych.** W tym, 7 z nich działa w gminach wiejsko-miejskich, 4 – w gminach miejskich, 3 – miastach na prawach powiatu, a 1 – w gminie wiejskiej. W przypadku tej grupy trudno określić referencyjny poziom uczestnictwa, bowiem – jak wspomniano w rozdziale metodologicznym – rejestry podmiotów są tylko częściowo aktualne, a zakres działalności podmiotów prywatnych jest zróżnicowany.
- Najczęściej realizowane przez placówkę usługi w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej to leczenie ran i odleżyn, zmiana opatrunków, wymiana cewników, podawanie leków, podłączanie kroplówek, zastrzyki oraz inne czynności lecznicze. Placówki zajmują się również **pielęgnacją oraz opieką nad osobami unieruchomionymi**, obłożnie chorymi, niepełnosprawnymi – na przykład pielęgnacją osób leżących. Elementem ich działania jest także **edukacja** – edukowanie pacjenta oraz jego bliskich w zakresie opieki, uczenia osób najbliższych zasad pielęgnacji

i codziennych czynności – mycia, zmiany pieluchomajtek, podawania leków, karmienia. Odbiorcy usług analizowanych podmiotów to osoby leżące, nie mogące samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego. **Najczęściej są to osoby samotne, bez rodziny lub osoby posiadające rodzinę, która jest niezdolna do opieki z powodu stanu zdrowia.** Część z nich posiada rodziny, ale nie mogą one sprawować opieki ze względu na pracę zawodową oraz inne obowiązki.

- Liczba pracowników w badanych przedsiębiorstwach jest zróżnicowana. 33% analizowanych podmiotów zatrudnia 6-10 osób. 27% to podmioty duże, zatrudniające powyżej 20 osób. 20% stanowiły przedsiębiorstwa zatrudniające od 2 do 5 osób. 13% to jednostki w przedziale 16– 20 osób, a 7% podmioty w przedziale 11–5 osób (Wykres 24).

Wykres 24. Liczba pracowników w badanych przedsiębiorstwach świadczących usługi medyczne



N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

- **Usługi najczęściej oferowane przez analizowane podmioty to porady lekarza POZ.** Świadczy je 60% placówek. 33% oferuje porady lekarza POZ online, co wskazuje na pewien stopień wykluczenia cyfrowego w sektorze (nie wszystkie podmioty medyczne świadczą e–porady). Podobny odsetek podmiotów świadczy **usługi w zakresie rehabilitacji oraz fizjoterapii w placówce**, a także **usługi pielęgniarские w środowisku na zamówienie**. 27% placówek oferuje porady psychologiczne. Po 20% analizowanych placówek realizuje takie usługi jak stomia jelitowa, wizyty u lekarza, wizyty lekarza specjalisty w domu, porady lekarza specjalisty online oraz żywienie dojelitowe lub pozajelitowe pacjenta. 13% placówek świadczy usługi pielęgniarской opieki długoterminowej w domu pacjenta, a 7% usługi rehabilitacji w domu pacjenta oraz fizjoterapii domowej (Tabela 66).

Tabela 66. Zakres usług świadczonych przez analizowane placówki
– przedsiębiorstwa świadczące usługi medyczne

Zakres świadczonych usług	Odsetek
Porady lekarza POZ	60%
Rehabilitacja - usługi w placówce	33%
Fizjoterapia w placówce	33%
Porady lekarza POZ online	33%
Usługi pielęgniarstwa w środowisku na zamówienie	33%
Porady psychologa	27%
Stomia jelitowa pacjenta	20%
Wizyty lekarza - specjalisty w domu	20%
Porady lekarza - specjalisty online	20%
Żywnienie dojelitowe/pozajelitowego pacjenta	20%
Inne świadczenia	13%
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	13%
Rehabilitacja w domu pacjenta	7%
Fizjoterapia w domu pacjenta	7%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

- Podmioty oferujące usługi medyczne **deklarują współpracę z różnymi instytucjami na terenie gmin**. Najczęściej jest to **ośrodek pomocy społecznej** – współpracuje z nim 60% ankietowanych (Tabela 67). Na **współpracę z pracownikami socjalnymi** wskazuje 53% respondentów. Tyle samo deklaruje **współpracę z innymi placówkami ochrony zdrowia** – poradniami, szpitalami i przychodniami. 40% placówek współpracuje z powiatowymi centrami pomocy rodzinie i miejskimi ośrodkami pomocy rodzinie. Taki sam odsetek – z rodzinami oraz innymi osobami z najbliższego otoczenia osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami. 1/3 placówek deklaruje współpracę w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi z zakładami opiekuńczo leczniczymi, zakładami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi oraz lokalnymi władzami: urzędem miasta, gminy lub powiatu. Część jednostek współpracuje także z policją, strażą miejską oraz domami pomocy społecznej.

60%	Tyle podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami deklaruje współpracę z ośrodkami pomocy społecznej. Ogólnie współpraca tych podmiotów z JOPS jest jednak raczej sporadyczna.
------------	---

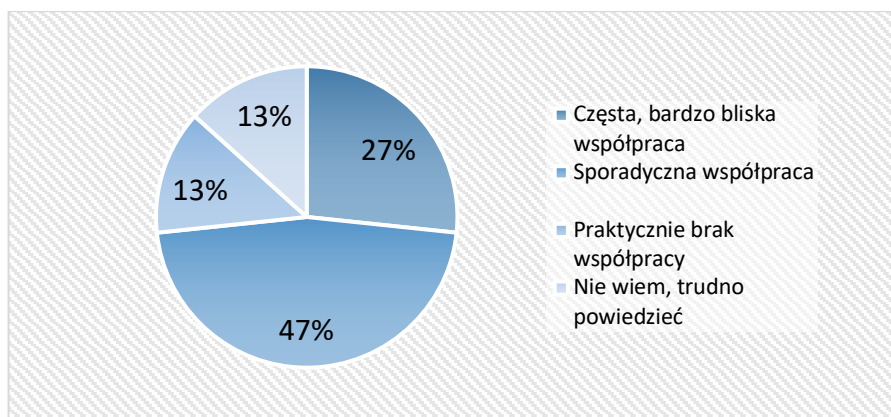
Tabela 67. Zakres współpracy podmiotów medycznych z innymi pomiotami na terenie gmin

Jednostki, z którymi współpracują podmioty medyczne	Odsetek
Ośrodek Pomocy Społecznej	60%
Pracownicy socjalni	53%
Placówki ochrony zdrowia (poradnie, szpitale i inne)	53%
Znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia	40%
Powiatowy lub miejski ośrodek pomocy rodzinie	40%
Urząd miasta, gminy, powiatu	33%
Zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny	33%
Policja, Straż Miejska	27%
Dom Pomocy Społecznej	27%
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	13%
Kościół katolicki/ inne kościoły lub związki wyznaniowe	13%
Rodzina osób w kryzysie bezdomności	13%
Prywatne podmioty	13%
Centrum Usług Społecznych	7%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

- Jak wynika jednak z szacowania, **współpraca ta jest sporadyczna** – taką odpowiedź zaznacza 47% ankietowanych podmiotów. 27% respondentów deklaruje, że jest to współpraca częsta oraz bardzo bliska. W przypadku 13% praktycznie brak takiej współpracy, podobny odsetek ankietowanych nie potrafi odpowiedzieć pytanie, jaki jest charakter tej współpracy (Wykres 25).

Wykres 25. Częstotliwość współpracy podmiotów świadczących usługi



N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

- Prywatne placówki świadczące usługi medyczne i pielęgniarские twierdzą, że gdyby pojawiły się dodatkowe możliwości finansowania świadczeń ze środków publicznych lub prywatnych, **mogłyby zwiększyć liczbę lub zakres świadczeń dla osób starszych, niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami**. Deklaruje tak 53% podmiotów. 47% nie widzi jednak takiej możliwości nawet w przypadku pojawienia się dodatkowego finansowania. Podmioty, które nie widzą takiej możliwości jako kluczowe bariery wskazują przede wszystkim **brak personelu**, który mógłby zająć się świadczeniem rozszerzonych usług pielęgniarских lub medycznych.
- Dla 43% z nich przeszkodą jest **niska wycena świadczeń medycznych**, w tym świadczeń pielęgniarских, co skutkuje niską opłacalnością świadczonych usług. 14% wskazuje na **ogólnie niskie wydatki na usługi w środowisku** oraz na **brak doświadczenia** w świadczeniu usług środowiskowych. Podmioty o tym nastawieniu nie są zainteresowane rozwijaniem świadczeń środowisku, skupiając się na swoich tradycyjnych obszarach działania.

53%	Taki odsetek podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami mógłby zwiększyć podaż świadczeń medycznych dla osób niesamodzielnych (przy zapewnieniu finansowania)
47%	Prawie połowa placówek nie widzi możliwości zwiększenia wolumenu usług, nawet w przypadku dodatkowego finansowania – głównie z powodu braku personelu

- Podmioty medyczne, które mogłyby zwiększyć liczbę świadczonych obecnie usług na rzecz osób niesamodzielnych lub tracących samodzielność wskazują przede wszystkim na **możliwość zwiększenia wolumenu usług pielęgniarских w środowisku, świadczonych na zamówienie** (88% respondentów). W placówkach medycznych istnieje także możliwość rozszerzenia oferty w zakresie **wizyt lekarza POZ w domu**, a także świadczenia **porad lekarza POZ online** oraz **porad psychologicznych online**. Możliwość rozszerzenia wolumenu tych usług wskazuje połowa placówek, które mogłyby zwiększyć podaż usług (Tabela 68).
- Mniej podmiotów gotowych jest do zwiększenia podaży usług **fizjoterapii w domu pacjenta** oraz **porad psychologicznych w domu pacjenta** – 38%. Jedna czwarta podmiotów deklaruje możliwość zwiększenia wolumenu **usług rehabilitacji w domu pacjenta**, a także **wizyt lekarza specjalisty w domu** oraz **opieki nad osobą wymagającą domowej wentylacji mechanicznej**. Najmniejszy potencjał rozwoju usług podmioty medyczne wskazują w obszarze **wizyt lekarza specjalisty online** oraz **opieki paliatywnej i hospicyjnej w domu pacjenta**.

Tabela 68. Usługi, których świadczenie mogłyby rozwinąć podmioty lecznicze będące przedsiębiorstwami

Potencjał rozwoju usług przez podmioty medyczne	Odsetek
Usługi pielęgniarские w środowisku na zamówienie	88%
Wizyty lekarza POZ w domu	50%
Porady psychologiczne online	50%
Porady lekarza POZ online	50%
Usługi w pielęgniarской opiece długoterminowej	50%
Fizjoterapia w domu pacjenta	38%
Porady psychologa w domu pacjenta	38%
Rehabilitacja w domu pacjenta	25%
Wizyt lekarza - specjalisty w domu	25%
Opieka nad osobą wymagającą domowej wentylacji mechanicznej	25%
Wizyty lekarza - specjalisty online	13%
Opieka paliatywna i hospicyjna w domu pacjenta	13%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

88%	Odsetek przedsiębiorstw medycznych, które mogłyby zwiększyć podaż usług w zakresie pielęgniarской opiece długoterminowej w lokalnym środowisku
-----	--

- Podmioty zadeklarowały **możliwość realizacji dodatkowych usług, spoza obecnego ich katalogu**. W przeciągu najbliższych 12– 24 miesięcy są one w stanie uruchomić **zalecenia i konsultacje dietetyczne** (75%) oraz **usługi opieki domowej** – 63%. Szczególnie ta druga pozycja jest interesująca z punktu widzenia rozwoju stabilnej sieci bezpieczeństwa dla osób tracących samodzielność – deklaracje te oznaczają bowiem duży potencjał do rozwoju usług (Tabela 69).

63%	Tyle przedsiębiorstw oferujących usługi medyczne posiada w swoim przekonaniu potencjał, aby uruchomić usługi opieki domowej dla lokalnej społeczności
-----	---

- Połowa placówek jest w stanie uruchomić **szkolenia i kursy opieki pielęgniarской dla opiekunów nieformalnych**, a także **wsparcie psychologiczne dla rodzin osób, które tracą samodzielność**. 38% ankietowanych placówek może zwiększyć zakres oferowanych usług **rehabilitacji oraz fizjoterapii**. Co istotne, 25% placówek świadczących prywatne usługi medyczne **mogłaby uruchomić mieszkanie**

treningowe lub wspomagane. To również bardzo istotna deklaracja – w tym obszarze istnieje bowiem deficyt. Podobna liczba placówek wskazała na **możliwość wypożyczenia sprzętu medyczno- rehabilitacyjnego** oraz **organizację usług transportowych dla mieszkańców** – osób starszych i z niepełnosprawnościami – na bazie posiadanej floty samochodowej.

Tabela 69. Dodatkowe usługi, które mogą uruchomić przedsiębiorstwa medyczne – potencjał wzrostu

Usługi	Odsetek
Zalecenia i konsultacje dietetyczne	75%
Opieka domowa	63%
Szkolenia i kursy opieki pielęgniarstwa dla opiekunów nieformalnych	50%
Wsparcie psychologiczne dla rodzin osób tracących samodzielność	50%
Rehabilitacja	38%
Fizjoterapia	38%
Prowadzenie mieszkania treningowego lub wspomagane	25%
Wypożyczenie sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	25%
Usługi transportowe dla mieszkańców (osoby starsze, OzN)	25%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

50%	Połowa placówek oferujących komercyjnie usługi medyczne mogłaby świadczyć wsparcie psychologiczne dla opiekunów osób tracących samodzielność oraz ich rodzin
38%	Taki odsetek działających w regionie przedsiębiorstw medycznych, które wzięły udział w badaniu, mógłby zaoferować mieszkańcom dodatkowe usługi w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii

- Główny warunek zwiększenia podaży usług to **znalezienie przez placówki nowych pracowników oraz zaspokojenie ich oczekiwań finansowych** (93% respondentów). Jak się wydaje, niedobór pielęgniarek i rehabilitantów, jest poważnym problemem także w sektorze zdrowia. Oczekiwania finansowe pracowników znacznie wzrosły. 73% placówek wskazało na konieczność **zapewnienia finansowania usług** z budżetu gminnego, regionalnego lub centralnego. 53% – na konieczność **inwestycji w infrastrukturę placówki**, remonty lub rozbudowę. Dla 13% placówek świadczących usługi medyczne konieczne byłoby **zwiększenie kompetencji kadry** oraz **bliższa współpraca** z organizacjami pozarządowymi i podmiotami w środowisku (Tabela 70).

Tabela 70. Warunki rozszerzenia usług istotnych dla odbiorców ODT przez podmioty medyczne

Warunki świadczenia dodatkowych usług	Odsetek
Znalezienie nowych pracowników i zaspokojenie ich oczekiwań finansowych	93%
Zapewnienie finansowania na ich rozwój ze środków budżetu gminnego, regionalnego lub centralnego	73%
Inwestycja w infrastrukturę placówki, remonty i rozbudowę	53%
Zwiększenie kompetencji obecnie zatrudnionej kadry	13%
Bliższa współpraca z organizacjami pozarządowymi i podmiotami działającymi w środowisku	13%
Większe wsparcie ze strony OPS/CUS w tworzeniu warunków do rozwoju usług w środowisku	7%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

93%	Niemal wszyscy przedsiębiorcy świadczący usługi medyczne wskazują, jako konieczny warunek poszerzenia usług, pozyskanie dodatkowych pracowników oraz zapewnienie im oczekiwanego wynagrodzenia
------------	---

- Kluczowe zdaniem respondentów dla tworzenia nowych usług są zwłaszcza kontakty z **rodziną, sąsiadami, znajomymi i innymi osobami z otoczenia usługobiorców** (73% wskazań). Prawie 2/3 podmiotów wskazało na podmioty medyczne, w tym prowadzące ZOL. Dla 1/3 przedsiębiorstw ważna byłaby współpraca z podmiotami sektora publicznego – JOPS, JST oraz przedsiębiorcami, np. prowadzącymi opiekę całodobową. Współpraca podmiotów komercyjnych działających już w tym obszarze mogłaby być istotnym motorem rozwoju usług. 20% respondentów wskazało na organizacje pozarządowe – fundacje i stowarzyszenia, które mogą mieć rozeznanie, którzy mieszkańcy tracą samodzielność i potrzebują wsparcia, mogłyby również uczestniczyć w procesie organizowania i współfinansowania usług. 7% badanych wskazało na podmioty ekonomii społecznej (Tabela 71).

Tabela 71. Podmioty, z którymi współpraca jest kluczowa dla świadczenia większej liczby usług w środowisku

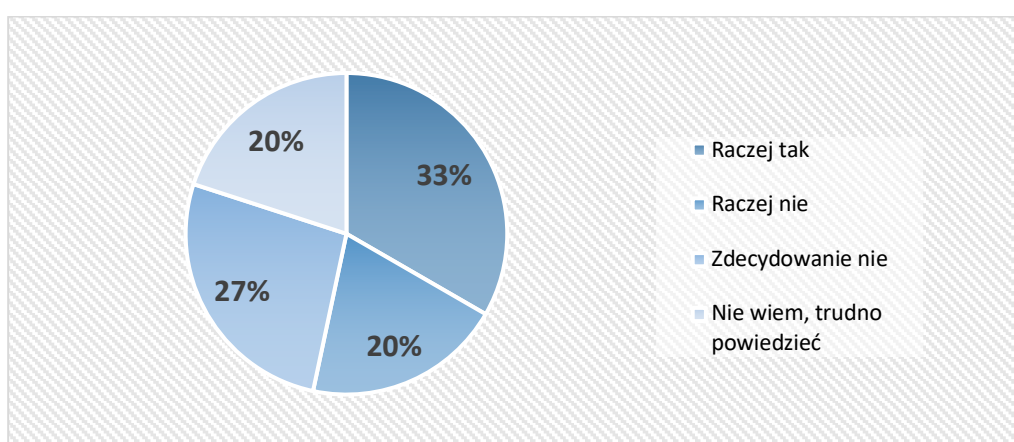
Usługi	Odsetek
Rodzina, sąsiedzi, znajomi, inne osoby z najbliższego otoczenia usługobiorców	73%
Podmioty medyczne, w tym prowadzące Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, DDOM.	60%
Inne podmioty sektora publicznego (jednostki samorządowe)	33%

Przedsiębiorcy np. prowadzący placówki zapewniające opiekę całodobową	33%
Organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia)	20%
Nie wiem, trudno powiedzieć	13%
Podmioty ekonomii społecznej (np. przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie społeczne, zakłady aktywności zawodowej itd.)	7%

N= 15 liczba badanych placówek świadczących komercyjnie usługi medyczne

- Zdaniem 1/3 badanych, dostępne w gminie świadczenia zdrowotne oraz usługi społeczne **raczej zaspokajają potrzeby mieszkańców niesamodzielnych oraz tracących samodzielność**. Żaden z analizowanych podmiotów nie wskazał odpowiedzi „zdecydowanie tak”. 27% respondentów jest zdania, że poziom i zakres usług zdecydowanie takich potrzeb nie zaspokaja, a 20% że raczej nie zaspokaja. 1/5 badanych nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie (Wykres 26).

Wykres 26. Czy zakres świadczeń medycznych i usług społecznych zaspokaja w gminie potrzeby ODT



N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

- Uczestnicząc w dostarczaniu usług medycznych na terenie gmin, prywatne podmioty medyczne posiadają wiedzę na temat różnego rodzaju deficytów usług medycznych, skierowanych do osób starszych i niesamodzielnych. Respondenci wskazują w pierwszej kolejności na **ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz usług opiekuńczych świadczonych w środowisku** (53% wskazań, że podaż tych usług jest niewystarczająca). Niemal połowa placówek (47%) wskazała również na niski dostęp do **rehabilitacji oraz fizjoterapii**, pozwalające podtrzymać sprawność fizyczną osób tracących samodzielność (Tabela 71).

Tabela 71. Deficyty w zakresie usług medycznych i zdrowotnych w regionie według przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

Działania	Odsetek
Dostęp do świadczeń zdrowotnych	53%
Usługi opiekuńcze świadczone w środowisku	53%
Rehabilitacja i fizjoterapia	47%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w środowisku	33%
Multiprofesjonalne wsparcie opiekunów ON	27%
Krótkookresowy pobyt dzienny dla osób niesamodzielnych	27%
Organizacja czasu wolnego dla osób niesamodzielnych	13%
Usługa transportowa	13%
Całodobowa opieka wytchnieniowa	13%
Usługi asystenta osobistego osób niesamodzielnych	7%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

53%	Ponad połowa podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami, dostrzega w gminie deficyt usług medycznych oraz usług opiekuńczych dla osób starszych i niesamodzielnych
37%	Ponad 1/3 przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne jako istotny kierunek rozwoju opieki długoterminowej wskazała w regionie krótkoterminową opiekę wytchnieniową

- Zdaniem 33% placówek, brakuje **specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w środowisku**, co zapobiega umieszczeniu mieszkańców tracących samodzielność w placówce stacjonarnej. Za mało jest również usług na rzecz opiekunów osób niesamodzielnych, na co zwróciło uwagę 27% badanych. Rozwiązaniem mogłaby być usługa multiprofesjonalnego wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych. Tyle samo respondentów wskazało na braki w zakresie krótkookresowego pobytu dziennego dla osób niesamodzielnych – opieki wytchnieniowej. Za mniej istotne deficyty w dostępie do usług analizowane podmioty uznały organizację czasu wolnego dla osób niesamodzielnych, usługi transportowe, opieki wytchnieniowej długoterminowej oraz usługi asystenta osobistego osób niesamodzielnych.
- W szacowaniu zapytano respondentów również o to, **jakie konkretnie usługi w środowisku lokalnym powinny być w najbliższych latach wzmocnione**, aby przedłużyć przebywanie osób tracących samodzielność w środowisku i opóźnić ich trafia do placówki długoterminowej. Respondenci wskazali przede wszystkim na **przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącym samodzielność**

– to rekomendacja 60% placówek. 53% placówek wskazało na tworzenie „centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych”, co de facto jest inną nazwą wsparcia tej samej grupy co wspomniana wyżej. 47% uważa, że sens miałoby tworzenie dziennych domów opieki medycznej, które zdaniem pracowników sektora zdrowia bardzo mocno przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia osób starszych oraz częściowo niesamodzielnych (Tabela 72).

Tabela 72. Usługi, które powinny być wzmocnione w lokalnej społeczności, by przedłużyć pobyt osób niesamodzielnych w środowisku

Zakres wsparcia	Odsetek
Przeszkolenie rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącymi samodzielność	60%
Centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych	53%
Dzienny dom opieki medycznej	47%
Pielęgniarska opieka długoterminowa	40%
Dzienny dom pomocy / klub samopomocy dla osób starszych	40%
SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi	27%
Gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze	13%
Mieszkania treningowe i wspomagane z usługami	13%
Gminne usługi opiekuńcze	13%
Środowiskowy dom samopomocy	7%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

60%	Niemal 2/3 podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami, uważa, że należy w większym stopniu szkolić rodziny osób starszych w zakresie podstawowej opieki nad nimi
47%	Prawie połowa podmiotów leczniczych będących przedsiębiorstwami, uważa, że dzienne domy opieki medycznej również powinny być częścią działań, które należy podjąć w celu wzmocnienia ODT

- 40% placówek wskazało deficyt na **pielęgniarską opiekę długoterminową**, która jest podstawową formą wsparcia w zakresie opieki długoterminowej świadczonej w domu. Podobna liczba badanych za istotne uważa **rozwijanie dziennych domów pomocy oraz klubów samopomocy dla osób starszych**, sprzyjających utrzymaniu samodzielności oraz relacji społecznych, również wpływających na wysoki poziom samodzielnego funkcjonowania. 27% wskazuje na **specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO) dla osób z zaburzeniami psychicznymi**, podkreślając istotność tej grupy wymagającej wsparcia. Po 13% placówek wskazało z kolei **gminne specjalistyczne**

usługi opiekuńcze oraz mieszkania treningowe i wspomagane z usługami, a także rozwój gminnych usług opiekuńczych.

- Innym aspektem, które można analizować w tym kontekście jest zakres działań, które opóźniają trawienie do placówki całodobowej (Tabela 73). Także w tym przypadku specjalistów medycznych reprezentujących podmioty lecznicze wskazało na **większą dostępność usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, również w weekendy** (80% badanych). 73% respondentów ponownie zwróciło uwagę na **większe zaangażowanie w opiekę ze strony rodziny**. 40% – możliwość skorzystania ze wsparcia środowiska, na przykład **wsparcia sąsiedzkiego lub instytucjonalnych usług pomocy sąsiedzkiej**. 20% podmiotów wskazało na **lepsze warunki lokalowe**, np. dostosowanie mieszkania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dobrą drogę dojazdową do miejsca zamieszkania, likwidację barier fizycznych utrudniających samodzielne zamieszkiwanie.

20%	1/5 przedsiębiorstw medycznych wskazała na istotność zapewnienia osobom tracącym niesamodzielność odpowiednich warunków mieszkaniowych i lokalowych (likwidacja barier fizycznych)
------------	---

- Tyle samo respondentów wskazało na **skuteczniejszą egzekucję obowiązku alimentacyjnego od dzieci osób niesamodzielnych**, co świadczy o dostrzeganiu problemów z opłacaniem usług przez rodziny oraz niechęci części rodzin do partycypacji w tych kosztach. 13% placówek uważa, że mogłoby jako czynnik wydłużający pobyt w środowisku mogłoby działać skierowanie osoby o zmniejszającej się samodzielności do zakładu opiekuńczego – leczniczego zamiast do DPS. Wskazano również na **zapewnienie dostępu do mieszkania socjalnego lub mieszkania dostosowanego do specjalnych potrzeb osób niesamodzielnych**, jako rozwiązanie będące częścią odpowiedzi na zapobieganie niepotrzebnemu umieszczeniu osoby niesamodzielnej lub tracącej samodzielność w placówce całodobowej.

Tabela 73. Usługi, których rozwój mógłby opóźnić trawienie osoby niesamodzielnej do placówki stacjonarnej

Działania	Odsetek
Większa dostępność usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, również w weekendy	80%
Większe zaangażowanie w opiekę ze strony rodziny	73%
Możliwość skorzystania ze wsparcia ze strony środowiska (np. sąsiedzi)	40%

Lepsze warunki lokalowe (np. dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dobra droga dojazdowa do miejsca zamieszkania)	20%
Skuteczniejsza egzekucja obowiązku alimentacyjnego od dzieci	20%
Skierowanie do ZOL, zamiast do DPS	13%
Dostęp do mieszkania socjalnego/mieszkania dostosowanego do specjalnych potrzeb osób niesamodzielnych	7%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

- Za najbardziej istotne czynniki, które mogą przedłużyć funkcjonowanie w środowisku osób tracących samodzielność, respondenci uznali **opiekę dzienną, zwiększenie usług opiekuńczych i integrację usług oraz leczenie w warunkach domowych** (po 67% wskazań). 60% zwróciło uwagę na znaczenie poszerzania zakresu usług opiekuńczych. Podobny odsetek ankietowanych wskazał na potrzebę działania w kierunku **zmiany postrzegania pomocy społecznej oraz zwiększanie zaufania do usług społecznych jako formy wsparcia w środowisku**. W odróżnieniu od usług stacjonarnych, nie cieszą się one jeszcze zaufaniem. 46% badanych zwróciło uwagę na poprawę współpracy OPS z innymi podmiotami w gminie, a 40% – na teleopiekę oraz usługi wsparcia sąsiedzkiego jako czynnik przedłużający funkcjonowanie w środowisku (Tabela 74).

Tabela 74. Czynniki, które mają największy wpływ na przedłużenie funkcjonowania osób niesamodzielnych w środowisku

Czynnik	Wpływ czynnika		
	Wysoki lub bardzo wysoki	Średni	Niski lub bardzo niski
Opieka dzienna	67%	20%	13%
Więcej usług opiekuńczych, integracja	67%	20%	13%
Leczenie w warunkach domowych	67%	13%	20%
Szerszy zakres usług opiekuńczych	60%	33%	7%
Większe zaufanie do usług jako formy wsparcia	60%	20%	20%
Zmiana postrzegania pomocy społecznej	60%	27%	13%
Lepsza współpracy z innymi podmiotami	46%	47%	7%
Teleopieka	40%	40%	20%
Usługi i wsparcie sąsiedzkie	40%	33%	27%

N= 15 liczba badanych przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne

67%

2/3 przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne za priorytety wsparcia osób niesamodzielnych uznało opiekę dzienną, zwiększenie liczby usług opiekuńczych oraz leczenie w warunkach domowych

- Szacowanie pozwoliło poznać opinie przedsiębiorstw, świadczących usługi medyczne w regionie na zasadach komercyjnych na temat sytuacji opieki długoterminowej:
 - 67% jest zdania, że **system zdrowia i pomocy społecznej powinny być zintegrowane w obszarze świadczenia opieki długoterminowej**, z czego 40% zgadza się z tym zdecydowanie. 1/3 badanych nie ma zdania w tej kwestii;
 - 93% respondentów zgadza się z tezą, że w najbliższych latach **znacznie wzrośnie zapotrzebowanie na formalną opiekę długoterminową**, jedynie 7% jest odmiennego zdania;
 - sektor medyczny przewiduje również **wzrost zapotrzebowania na nieformalną opiekę**, na co wskazało 87% placówek, z czego 60% jest przekonane, że potrzeby te zdecydowanie wzrosną;
 - **akceptacja dla deinstytucjonalizacji i rozwoju usług w środowisku jest wśród placówek wysoka** – 73% przedsiębiorstw uważa to za dobry kierunek, z czego 53% – zdecydowanie. Tylko 7% jest zdania, że nie jest to właściwy kierunek przemian w polityce społecznej;
 - wszyscy **respondenci zgadzają się co do potrzeby zwiększenia finansowania opieki długoterminowej w domu**, z czego 67% przedsiębiorstw medycznych zgadza się z tym zdecydowanie;
 - przedsiębiorstwa medyczne zauważają, że obecnie **wiele osób wymagających opieki oraz ich rodzin nie może sobie pozwolić na jej finansowanie** – to opinia 80% badanych;
 - nieco ponad połowa placówek wskazuje, że wsparcie osób niesamodzielnych w domu wymaga **większej koordynacji współpracy podmiotów z różnych sektorów niż obecnie**;
 - 80% badanych jest zdania, że do lepszej koordynacji opieki długoterminowej potrzebne byłoby **stworzenie stanowiska asystenta opieki długoterminowej**.
- Przedstawiciele przedsiębiorstw medycznych **dostrzegają zatem wyzwanie, jakim w najbliższych latach będzie wzrost popytu na opiekę długoterminową, przede wszystkim świadczoną w warunkach środowiskowych**. Poparcie w tej grupie dla deinstytucjonalizacji usług społecznych jest nawet wyższe niż w grupie przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Podmioty te podzielają także opinię, że mozaika usług opieki długoterminowej, w kontekście dwusystemowości oraz zróżnicowania podmiotów działających na tym polu, wymaga lepszej koordynacji międzysektorowej. Z punktu widzenia odbiorcy usług zaś – nie tylko indywidualizacji, ale także lepszej koordynacji przydzielania usług (asystent opieki długoterminowej).

STRESZCZENIE WNIOSEK Z BADANIA POTENCJAŁU ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWA ŚWIADCZĄCE USŁUGI MEDYCZNE

1. **Potencjał przedsiębiorstw sektora medycznego w tworzeniu nowych usług środowiskowych należy uznać w regionie za obiecujący.** Mimo braków kadrowych deklarują one, że w przypadku pojawienia się dodatkowego finansowania – np. w postaci bonu senioralnego, **mogą świadczyć długoterminowe usługi pielęgnacyjne w środowisku, a także inne usługi środowiskowe.**
2. Prawie połowa placówek jest zdania, że **dostępne obecnie w gminie świadczenia zdrowotne oraz usługi społeczne nie zaspokajają potrzeb mieszkańców.** Tylko 1/3 badanych wskazuje, że zaspokajają one oczekiwania mieszkańców niesamodzielnych i tracących niesamodzielność.
3. Jako główne deficyty placówki wskazują **ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz usług opiekuńczych w środowisku** – podaż tych usług jest niewystarczająca według 53% placówek. Prawie połowa respondentów wskazała na niski dostęp rehabilitacji i fizjoterapii, 1/3 wskazuje brak specjalistycznych usług opiekuńczych w środowisku.
4. Podmioty sektora prywatnego dość ściśle współpracują realizując swoje zadania z różnymi instytucjami na terenie gmin, m.in. ośrodkiem pomocy społecznej, pracownikami socjalnymi oraz innymi JOPS, choć **jest to współpraca sporadyczna.**
5. Przedsiębiorstwa medyczne deklarują **spory potencjał zwiększenia liczby lub zakresu świadczeń dla osób starszych i niesamodzielnych** – możliwości takie w przypadku pojawienia się dodatkowego finansowania posiada 53% podmiotów. Dla pozostałych 47% przeszkodą w rozwijaniu nowych usług jest przede wszystkim **brak personelu**, a dla części również brak doświadczenia w świadczeniu usług środowiskowych (14%).
6. Główne obszary, w których analizowane przedsiębiorstwa mogłyby rozwinąć usługi to **zwiększenie wolumenu usług pielęgnarskich w środowisku świadczonych na zamówienie** (88% placówek). Połowa respondentów posiada potencjał zwiększenia wolumenu **wizyt lekarza POZ w domu pacjenta, oferowania porad psychologicznych online, porad lekarza POZ online** oraz zwiększenia liczby **usług pielęgnarskich w opiece długoterminowej.** Kolejne możliwe do rozszerzenia usługi to **fizjoterapia w domu pacjenta, porady psychologa w domu pacjenta i rehabilitacja** (ok. 1/3 placówek).
7. Podmioty medyczne deklarują możliwość rozwoju **usług spoza obecnego katalogu** – w ciągu 12-24 miesięcy mogłyby uruchomić m.in. **zalecenia i konsultacje dietetyczne** (75%) oraz **usługi opieki domowej** (63%). Istotna w kontekście rozwoju usług środowisku jest możliwość uruchomienia **szkoleń – kursów opieki pielęgnarskiej dla opiekunów nieformalnych** (50% placówek), a także **wsparcia psychologicznego** dla osób tracących samodzielność.
8. Podobnie jak pozostałych rodzajach uczestniczących w szacowaniu placówek, kluczowym warunkiem zwiększenia podaży usług jest **pozyskanie kadr oraz zaspokojenie ich oczekiwań finansowych**, które mogą być wyższe niż w pozostałych podmiotach – wskazuje na to wyzwanie 93% respondentów. Dla połowy placówek uruchomienie nowych usług wiązałoby się z **koniecznością inwestycji w infrastrukturę placówki.**

9. Rozwój nowych usług wymagałby zdaniem analizowanych przedsiębiorstw bliskiej współpracy z rodziną, sąsiadami, znajomymi i osobami z najbliższego otoczenia odbiorców, a także zacieśnienia współpracy z lokalnymi podmiotami medycznymi i innymi podmiotami sektora publicznego.
10. Przedsiębiorcy medyczni są przekonani, że wzmocnienie opieki długoterminowej w lokalnym środowisku należałoby w pierwszej kolejności zacząć od **intensywniejszego szkolenia rodzin w zakresie opieki nad osobami tracącym i samodzielność** (opinia 60% placówek). Prawie połowa badanych wskazuje na **tworzenie dziennych domów opieki medycznej** (sprawdziły się jako koncepcja), a 40% – na **pielęgniarską opiekę długoterminową**.
11. Według placówek, wczesnemu trafianiu do placówki całodobowej może zapobiegać **zwiększenie dostępności usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania** (również w weekendy – 80% wskazań), oraz stymulowanie **większego zaangażowania w opiekę ze strony rodziny** (73%), a także uruchamianie **wsparcia w środowisku**, na przykład sąsiedzkiego (40%). Część placówek wskazała także na konieczność **skutecznej egzekucji obowiązku alimentacyjnego od rodzin**.
12. 2/3 respondentów wskazało na **konieczność głębszej integracji systemu zdrowia i pomocy społecznej świadczeniu usług w obszarze ODT**, zwłaszcza wobec trendów demograficznych i rosnącego popytu na te usługi.
13. Placówki uważają deinstytucjonalizację usług społecznych oraz rozwój usług środowiskowych za **dobry kierunek przemian w polityce społecznej**, zwracając zarazem uwagę na konieczność finansowania tych usług z budżetu centralnego, regionalnego lub lokalnego, także również w kontekście niskich dochodów gospodarstw domowych.
14. Zdaniem placówek potrzebne jest **wprowadzenie lepszej koordynacji ODT** pomiędzy sektorami oraz wprowadzenie **asystenta opieki długoterminowej**.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE WYKORZYSTANIA POTENCJAŁU PRZEDSIĘBIORSTW MEDYCZNYCH W ROZWOJU ODT W REGIONIE

TYP USŁUG / OBSZAR	REKOMENDACJE
USŁUGI STACJONARNE	Brak rekomendacji
USŁUGI DZIENNE	Brak rekomendacji
USŁUGI DOMOWE	Wykorzystanie potencjału i wiedzy placówek w celu uruchomienia w lokalnych społecznościach szkoleń dla rodzin osób niesamodzielnych, aby zwiększyć ich

	umiejętności w zakresie opieki nad OzN i przygotować rodziny do radzenia sobie z utratą samodzielności przez najbliższych. - Wykorzystanie potencjału przedsiębiorstw medycznych w regionie do zwiększenie wolumenu usług pielęgniarstwa w środowisku świadczonych na zamówienie. - Rozwój usług opieki lekarskiej w domu pacjenta (wizyty lekarza POZ, porady psychologiczne, porady dietetyczne itp.). - Rozwój e-porad dla osób niesamodzielnych (porady psychologiczne online, porad lekarza POZ online, inne możliwe do świadczenia online). - Rozwój domowych usług fizjoterapii i rehabilitacji osób niesamodzielnych lub bliskich tego stanu. - Wprowadzenie rozwiązań z zakresu telemedycyny, oferowania zdalnego monitoringu zdrowia osób niesamodzielnych, realizowanych międzysektorowo, np. w połączeniu z usługą teleopieki.
INNE REKOMENDACJE	- Uwzględnienie przez podmioty projektujące w regionie, powiatach i gminach usługi ODT potencjału, doświadczenia i głosu przedsiębiorstw medycznych jako podmiotów posiadających ogląd potrzeb medycznych. - Włączenie przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne w procesy analityczne i strategiczne w zakresie planowania usług, konsultacji kierunków rozwoju usług oraz inne działania. - Włączenie podmiotów świadczących niepubliczne usługi medyczne w projektowanie działań i rozwiązań przyszłości w zakresie telemedycyny, teleopieki oraz zintegrowanej opieki długoterminowej (np. rozwiązania pozwalające na e-diagnozy osób niesamodzielnych w połączeniu z usługami medycznymi oraz opieką domową).

X. Opieka długoterminowa w Polsce – stan obecny i wyzwania

Opieka długoterminowa (ODT) świadczona jest w dwóch różnych systemach – ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej, na podstawie różnych definicji i przepisów. Utrudnia to uzyskanie obrazu na temat potrzeb i potencjału rozwoju ODT. Zmiany systemu ODT są jednym z największych wyzwań polityki społecznej, by zapewnić odpowiedni poziom opieki osobom niesamodzielnym oraz zapobiegać ryzyku pogarszaniu samodzielności.

- **Fundamentem ODT w Polsce jest przede wszystkim opieka nieformalna sprawowana przez bliskich – członków rodziny, znajomych i sąsiadów.** Opieka formalna w Polsce stanowi jedynie 20% całości udzielanej ODT, 80% to opieka nieformalna (Bank Światowy, 2024). Usługi opieki długoterminowej są świadczone w formie stacjonarnej, dziennej lub domowej w dwóch systemach – społecznym i zdrowotnym. Dwoistość systemów, różne definicje usług i sposoby finansowania, a także niemożliwość porównania danych personalnych dotyczących beneficjentów opieki w obu systemach powodują, że trudno jest uzyskać jednolity obraz ODT.
- Omawia tę kwestię szeroko „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce” Banku Światowego (dalej: „Przegląd...”), zlecony przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR), w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia (MZ) oraz Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS)¹⁷. Ten fundamentalny pod względem diagnostycznym dokument opisuje system ODT w Polsce w jego obecnym kształcie, analizuje szczegółowo odbiorców ODT na podstawie szerokich danych statystycznych z lat 2017-2021 oraz identyfikuje kluczowe wyzwania systemowe i formułuje rekomendacje na przyszłość.

20%	Taka część opieki długoterminowej jest realizowana przez instytucje w sektorze publicznym i niepublicznym, 80% to opieka nieformalna
-----	--

- Cytowane poniżej dane i analizy pochodzą ze wspomnianego „Przeglądu...”, wniosków z konsultacji społecznych przeprowadzonych przez Bank Światowy, a także analiz prowadzonych przez inne podmioty i instytucje, w tym Uczelnię Korczaka w ramach „Ogólnopolskiej diagnozy deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski”, (przywoływanej dalej jako „Ogólnopolska diagnoza...”) ¹⁸. W opisie ODT w Polsce wzięto również pod uwagę analizy prowadzone na potrzeby European Social Index, opracowywanego przez europejską sieć ekspercką European

¹⁷ „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce”, Bank Światowy, 2024.

¹⁸ M. Grewiński, J. Lizut, P. Rabiej (red.), *Ogólnopolska diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski*, Uczelnia Korczaka, Elipsa, Warszawa 2024.

Social Network, gdzie obszar opieki długoterminowej był jednym z analizowanych obszarów¹⁹. Na potrzeby opisu struktury oraz wyzwań ODT w regionie kujawsko-pomorskim przyjęto definicje używane w Raporcie BŚ, który w odniesieniu do obu sektorów posługuje się ujednoliconym nazewnictwem wiodących trybów udzielania opieki (opieka domowa, dzienna, stacjonarna).

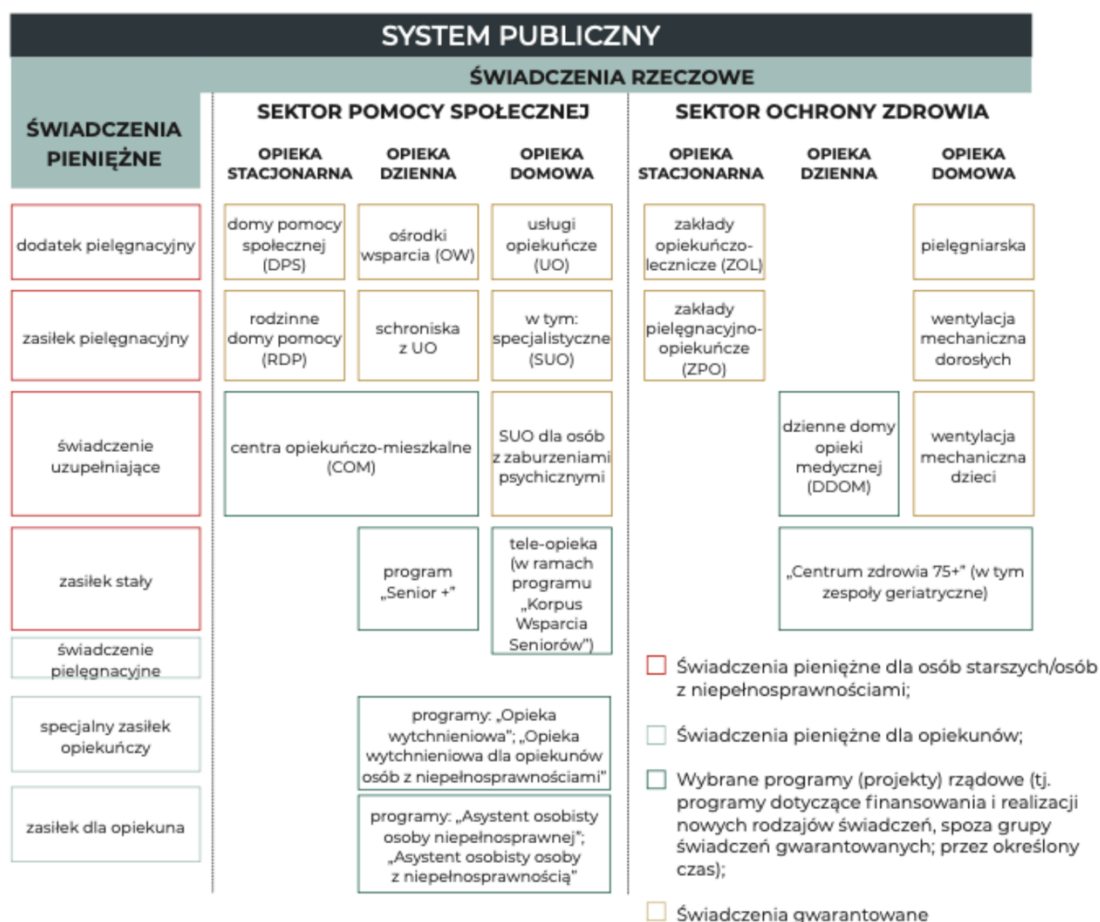
- Termin „opieka domowa” nie funkcjonuje obecnie w sektorze pomocy społecznej. Z kolei termin „opieka stacjonarna” zastosowano w „Przeglądzie...” do celów porównawczych, bowiem w sektorze pomocy społecznej zwykle mówi się o opiece całodobowej lub instytucjonalnej. Różnice terminologiczne oraz trudności z gromadzeniem wiarygodnych danych dotyczących poszczególnych grup osób których dotyczy ODT (osoby starsze, OzN, kobiety doświadczające przemocy domowej, osoby w kryzysie bezdomności) to część problemów związanych z kompleksową analizą ODT nie tylko na poziomie centralnym, ale również regionalnym. Stanowi to również jedno z uzasadnień konieczności uzyskania obrazu ODT w regionie kujawsko-pomorskim, co jest założeniem diagnozy – szacowania przeprowadzonego dla Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu.

STRUKTURA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

- **Dla analizy sytuacji oraz planowania wzmocnienia systemu ODT na każdym szczeblu istotne znaczenie ma uwzględnienie wszystkich elementów systemu, w jego dwoistości, złożoności i zróżnicowaniu definicyjnym oraz organizacyjnym.** W modelu opracowanym na potrzeby rekomendacji zmian w systemie opieki długoterminowej w Polsce przez Bank Światowy ujednolicone definicyjnie zostały wiodące tryby udzielania opieki (opieka domowa, dzienna, stacjonarna) w odniesieniu do obu sektorów (Rys. 7).
- Podział typów opieki (stacjonarna, dzienna, domowa) porządkuje chaotyczny obraz i pozwala na dokonywanie porównań i zestawień pomiędzy systemami. Wskazuje również – to jedna z rekomendacji raportu BŚ – na pilną potrzebę wypracowania wspólnej dla obu systemów definicji ODT oraz mierników stosowanych w ocenie jej efektywności oraz skuteczności. **Poniższy schemat obecnego funkcjonowania ODT uwzględnia zarówno świadczenia finansowe i ich rolę w systemie, jak i usługi oferowane przez sektor publiczny świadczone w trzech typach opieki: stacjonarnej, dziennej i domowej.** Obrazuje on zarazem poziom skomplikowania systemu.

¹⁹ Więcej: <https://www.esn-eu.org/social-services-index>, przegląd kluczowych wskaźników polityki społecznej European Social Network.

Rys.7. Struktura systemu ODT w sektorze publicznym w Polsce
z podziałem na sektory i typy usług



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- Dla pełnego obrazu konieczne jest jednak również uwzględnienie dodatkowo dwóch elementów: **(1) deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz usług w zakresie wsparcia rozwijanych przez samorządy oraz (2) rozwoju usług świadczonych przez podmioty o charakterze niepublicznym**, zarówno w obszarze opieki stacjonarnej czy dziennej (prywatnej ośrodki opieki całodobowej), jak i domowej (usługi pielęgniarstwa, opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, inne usługi wsparcia). W obu tych obszarach mają bowiem miejsce zjawiska istotne z punktu widzenia kształtu ODT w Polsce. Gminy tworzą obecnie szereg usług społecznych, których celem jest zmniejszanie konieczności trafiaania osób tracących samodzielność do placówek długoterminowych, w sektorze niepublicznym intensywnie rozwijają się zarazem usługi pielęgniarstwa, opiekuńcze i opieki stacjonarnej nad osobami o ograniczonej samodzielności.
- W sektorze publicznym wsparcie z zakresu ODT dostępne jest w dwóch sektorach: pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w formie stacjonarnej oraz środowiskowej,

świadczonej w placówkach oraz w domu, a za organizację systemu i zapewnienie usług oraz świadczeń odpowiadają rząd i samorządy. Odpowiedzialność za kształtowanie polityki i monitorowanie ODT na szczeblu centralnym ponosi Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) oraz Ministerstwo Zdrowia (MZ). Istotną funkcję pełnią też instytucje samorządowe różnych szczebli: województwa, powiaty i gminy. Oprócz świadczeń rzeczowych istotną częścią systemu ODT są świadczenia pieniężne wypłacane beneficjentom przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (ZER MSWiA) lub jednostki samorządu terytorialnego (JST).

- **W sektorze pomocy społecznej za realizację usług ODT odpowiadają samorządy lokalne, które oprócz zadań własnych realizują zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.** W realizację zadań o charakterze opiekuńczym zaangażowane są: (1) ośrodki pomocy społecznej (OPS) lub centra usług społecznych (CUS), (2) ośrodki wsparcia (OW), w tym dzienne domy pomocy, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności z usługami opiekuńczymi, pozostałe kluby i ośrodki wsparcia; w tej grupie znajdują się również podmioty świadczące usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (kluby samopomocy i środowiskowe domy samopomocy), (3) domy pomocy społecznej (DPS), (4) rodzinne domy pomocy (RDP). Podmioty te mogą realizować swoje zadania we współpracy z podmiotami ekonomii społecznej, m.in. z NGO, przedsiębiorstwami społecznymi, spółdzielniami socjalnymi, związkami wyznaniowymi i Kościołem katolickim.
- **Z kolei w sektorze ochrony zdrowia usługi ODT realizowane są przez różne podmioty lecznicze na podstawie kontraktów z płatnikiem – NFZ.** Podmioty lecznicze realizujące świadczenia z zakresu ODT obejmują (1) podmioty zatrudniające pielęgniarki świadczące ODT, pielęgniarki ODT prowadzące własną działalność gospodarczą lub zatrudnione na umowy cywilnoprawne (tzw. kontraktowe), (2) zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, młodzieży i dzieci wentylowanych mechanicznie, (3) zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), oraz (4) zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Podmioty te mogą być prowadzone przez przedsiębiorców, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym prowadzone przez Ministerstwo Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA), instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, które prowadzą działalność w sektorze ochrony zdrowia, związki wyznaniowe i Kościół katolicki oraz jednostki wojskowe.
- **Istotnym elementem systemu ODT są świadczenia pieniężne dla osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów, które pozwalają na zapewnienie opieki, realizację usług lub ich zakup na rynku.** Należą do nich dodatek i zasiłek

pielęgnacyjny, świadczenie uzupełniające oraz zasiłek stały (dla osób wymagających wsparcia) oraz świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy oraz zasiłek dla opiekuna.

- Część inicjatyw w zakresie ODT jest realizowane także w oparciu o środki unijne poprzez projekty ukierunkowane na zwiększenie podaży usług oraz deinstytucjonalizację opieki, finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR). W ramach perspektyw finansowych 2014-2020 oraz 2021-2027 realizowane jest wsparcie dotyczące m.in. **rozwiązań na rzecz deinstytucjonalizacji, tworzenia mieszkań chronionych i wspomaganych oraz wsparcia działalności środowiskowych domów samopomocy i dziennych domów pomocy**. Część środków z UE przeznaczono na programy szkoleniowe dla personelu ODT, w tym świadczącego usługi opiekuńcze.
- Deinstytucjonalizacja usług społecznych jest w polskich warunkach przede wszystkim procesem tworzenia w lokalnych społecznościach nowych usług społecznych, by zapewnić odbiorcom usług możliwość jak najdłuższego przebywania w środowisku i zapobiegania niepotrzebnemu umieszczaniu ich w placówkach stacjonarnych. Proces deinstytucjonalizacji może być trzecią – po budowie współczesnego systemu (po 89 roku) i decentralizacji – reformą architektury polityki społecznej, niezbędną z uwagi na trendy społeczne²⁰. Jak wskazują wyniki „*Ogólnopolskiej diagnozy...*”, proces ten budzi wiele oczekiwań i nie mniej lęków, związanych z groźbą zmian w instytucjach, zwłaszcza tych które prowadzą działania w zakresie opieki długoterminowej²¹. **Zarazem DI stwarza kontekst do przeprowadzenia zmian, modyfikacji ich działania według nowego wzoru, w tym w obszarze ODT.** „*Ogólnopolska diagnoza...*” ujawniła bardzo duży potencjał tworzenia nowych usług społecznych w lokalnych społecznościach, w tym opieki domowej oraz wsparcia, które przedłużają możliwości samodzielnego funkcjonowania (prewencja niesamodzielnosci). Z praktycznego punktu widzenia istotne jest, że w wyniku działań samorządów pojawi się wiele nowych *community-based care services* w obszarze usług w obszarach opieki dziennej i domowej, co może zmniejszyć potrzeby w zakresie opieki realizowanej stacjonarnie. Część z tych usług bezpośrednio wchodzi w obszar ODT domowej oraz powinna być jako takie klasyfikowana.

768

Tyle niepublicznych placówek ODT figuruje w rejestrze (X 2024), statystyki podają, że jest w nich ponad 30 tys. miejsc

²⁰ M. Grewiński, J. Lizut (red.), *Deinstytucjonalizacja usług społecznych - szanse i zagrożenia*, Warszawa 2021

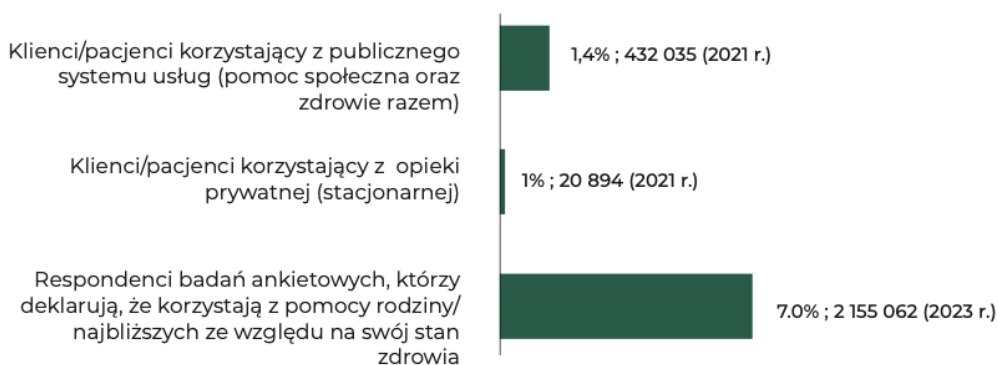
²¹ M. Grewiński, J. Lizut, P. Rabiej (red.), *Ogólnopolska diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski*, Uczelnia Korczaka, Elipsa, Warszawa 2024

- **Równie istotnym dla diagnozy potrzeb systemu ODT elementem jest rozwój niepublicznej stacjonarnej opieki długoterminowej.** W rejestrze Krajowej Izby Domów Opieki figurowały w październiku 2024 r. 768 placówki oferujące opiekę dla osób starszych, ogółem jest ich ponad 800 i posiadają łącznie ponad 30 tys. miejsc. **Sektor niepubliczny rozwija się szybko w przeciwieństwie do sektora publicznego, gdzie nowych placówek praktycznie nie przybywa.** Tylko w 2022 r. – mimo okresu post-pandemicznego – przybyło 50 placówek niepublicznych, co świadczy o rosnącym zapotrzebowaniu. Pobyt w komercyjnej placówce opieki jest w wielu przypadkach tańszy od pobytu w placówce publicznej, co stanowi alternatywę dla rodzin, które chcą umieścić bliskich w takiej formie opieki. Segment ten pozostaje istotnym elementem ODT, odciążając placówki publiczne, należy spodziewać się jego rozwoju i poszerzania działalności.

USŁUGI W ODT I POKRYCIE POTRZEB SPOŁECZNYCH

- **Jak wynika z danych, przywoływanych w „Przeglądzie...” BŚ, w Polsce opieka długoterminowa (ODT) jest w większości świadczona nieformalnie (80%, pozostałe 20% to opieka formalna).** Opiekę nieformalną świadczą rodzina, przyjaciele, znajomi oraz sąsiedzi, natomiast opieka formalna jest organizowana i finansowana z różnych środków publicznych (Wykres 27). Rola opiekuna oraz oczekiwania i możliwości w zakresie zaspokajania potrzeb opiekuńczych ewoluują wraz ze zmianami demograficznymi takimi jak starzenie się społeczeństwa, spadek dzietności i przemiany społeczno-gospodarcze (czynniki te zostaną omówione w dalszej części analizy). **W trybie instytucjonalnym, usługi ODT są realizowane w trybie stacjonarnym (placówki całodobowe), dziennym oraz środowiskowym lub domowym.**

Wykres 27. Osoby korzystające z wybranych usług ODT
– liczba i procent dorosłej populacji, 2021



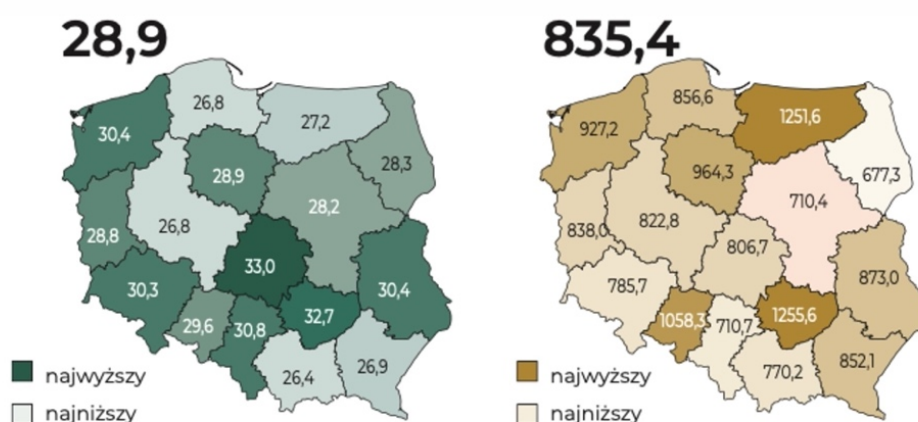
Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- Istotne znaczenie dla diagnozy systemu i planowania usług ma **próba oceny zapotrzebowania na ODT oraz stopnia pokrycia populacji usługami**. Pozwala to bowiem ocenić z jednej strony popyt na usługi, z drugiej zaś – zestawić je z aktualną podażą usług. Według szacunków podanych przez BŚ, w analizowanym okresie liczba osób korzystających z usług ODT wyniosła łącznie ponad 432 tys. osób (1,4% dorosłej populacji). Z opieki prywatnej (stacjonarnej) korzystało w tym czasie ponad 20 tys. osób. Przeprowadzone na potrzeby „Przeglądu...” badania ankietowe BŚ wskazały zaś, że z opieki nieformalnej korzystało ponad 2,1 mln osób, tj. 7% ogółu populacji. Popyt na usługi należałoby zatem szacować zdaniem Banku Światowego na ok. 500 tys. osób lub więcej.

500 tys.	Na tyle osób szacuje potrzeby w zakresie formalnej opieki długoterminowej Bank Światowy w dokonanym „Przeglądzie strategicznym systemu opieki długoterminowej w Polsce”
----------	---

- Jak jednak wskazuje BŚ, **prognozowanie zapotrzebowania na opiekę w całej populacji w Polsce z podziałem na regiony wymaga lepszego rozpoznania czynników wpływających na potrzeby w zakresie ODT**. Wskaźnik obciążenia demograficznego nie zawsze jest skorelowany z liczbą beneficjentów korzystających z usług ODT (na co wskazują Rys. 8 i 9). Istnieją znaczne różnice regionalne, a w niektórych regionach wskaźnik obciążenia nie pokrywa się z zapotrzebowaniem na usługi ODT. Utrudnia to precyzyjne prognozowanie zapotrzebowania na ODT w oparciu wyłącznie o czynniki demograficzne. W planowaniu rozwoju systemu opieki długoterminowej niezbędna jest analiza głębszych korelacji, dotyczących m.in. analiz płci, specyfiki poszczególnych chorób i obciążeń oraz innych czynników.

Rys. 8. Wskaźnik obciążenia demograficznego w regionach oraz liczba klientów na 100 tys. mieszkańców w sektorze pomocy

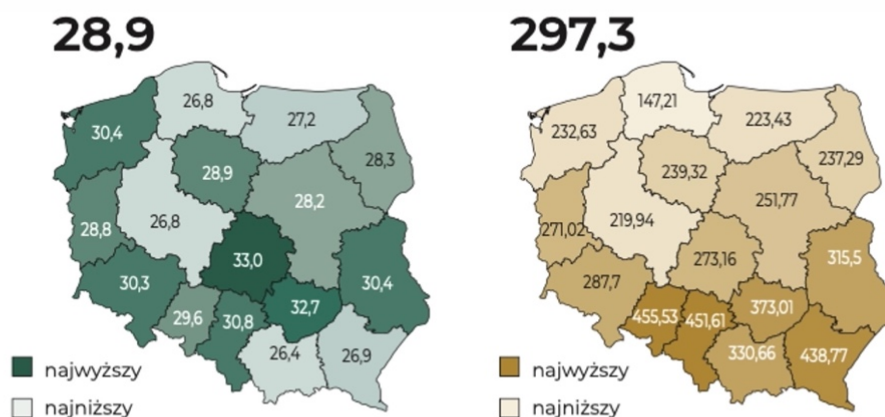


Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- Podawane przez BŚ w „Przeglądzie...” wskaźniki pozwalają jednak zorientować się w różnicach regionalnych w dostępie do usług ODT w regionach. Z usług wszelkiego typu ODT świadczonych w sektorze pomocy społecznej korzysta 835 osób na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy z usług w sektorze zdrowia – 297 osób na 100 tys. mieszkańców. Najniższy współczynnik dostępu (710/100 tys.) notuje region mazowiecki. **Region kujawsko-pomorski jest w grupie regionów o relatywnie wysokim dostępie do ODT w sektorze społecznym** (964/100 tys., przy średniej krajowej 835). Z kolei pod względem dostępu do ODT w sektorze zdrowia znajduje się w grupie regionów o niskim dostępie (239/100 tys., przy średniej krajowej 297).

964,3	Współczynnik mieszkańców korzystających z opieki długoterminowej w sektorze pomocy społecznej (liczba odbiorców na 100 tys. mieszkańców)
239,3	Współczynnik mieszkańców korzystających z opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia (liczba odbiorców na 100 tys. mieszkańców)

Rys. 9. Wskaźnik obciążenia demograficznego w regionach oraz liczba klientów na 100 tys. mieszkańców w sektorze ochrony zdrowia (opieka domowa i stacjonarna)



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W TRYBIE STACJONARNYM

- W sektorze pomocy społecznej do placówek stacjonarnych zalicza się przede wszystkim **domy pomocy społecznej (DPS)**, które zapewniają opiekę osobom starszym oraz osobom z niepełnosprawnościami oraz realizują szereg usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych. Rolę taką pełnią również znacznie mniejsze **rodzinne domy pomocy (RDP)**. W sektorze ochrony zdrowia w formie stacjonarnej funkcjonują **zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)** i **zakłady**

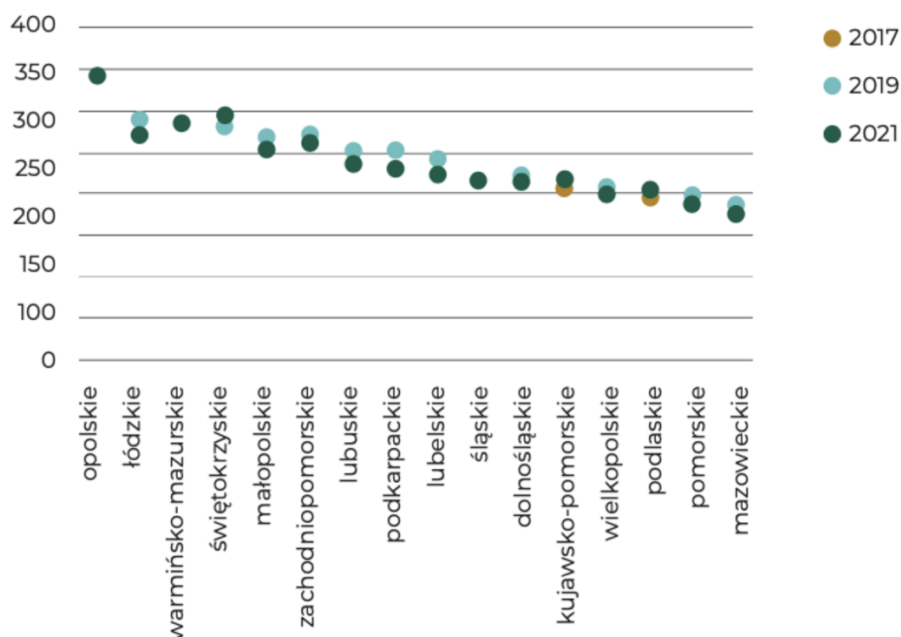
pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), które w zależności od potrzeb oprócz usług bytowych zapewniają również usługi medyczne. Usługi wsparcia osób niesamodzielnych świadczone są w dwóch systemach: opieki zdrowotnej (m.in. zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze) oraz wsparcia społecznego (domy pomocy społecznej, placówki dzienne, usługi w miejscu zamieszkania. W 2023 r. ze świadczeń opieki domowej w systemie zdrowia korzystało prawie 70 tys. osób, a w systemie społecznym – ponad 109 tys. osób. W systemie pomocy społecznej w zakładach opieki długoterminowej z usług korzystało ponad 118 tys. osób, z czego ponad 80 tys. w domach pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy. W 2023 r. obu systemach opieką długoterminową w placówkach stacjonarnych objęto zatem ponad 168 tys. osób.

- **W 2023 r. według danych GUS Polsce funkcjonowało 904 domy pomocy społecznej.** DPS działają na zasadzie domów opieki i zazwyczaj są dużymi placówkami – w 2021 r. średnio w jednym DPS było 98 miejsc. W latach 2017-2021 przybyło 5 DPS w skali kraju (wartość netto, równocześnie część bowiem zlikwidowano). Według danych MRPIPS połowa klientów DPS to osoby starsze. **Ok. 13% klientów DPS stanowią osoby leżące ze względu na bardzo zły stan zdrowia i poważne ograniczenia funkcjonalne.** Wskaźnik obłożenia łóżek w różnych typach DPS waha się od 84 do 98%, przy czym odnotowuje się również kolejki do DPS i listy osób oczekujących na miejsce. W 2021 r. w DPS mieszkało mniej osób niż w 2017 r., co wynika przede wszystkim z pandemii COVID-19. W 2021 r. w DPS przebywało ok. 86 480 mieszkańców, czyli o 2,8 tys. mniej niż w 2017 r.

904	Liczba domów pomocy społecznej (DPS) świadczących usługi w Polsce według danych GUS 2023 (według danych MRPIPS funkcjonuje 821 placówek)
80066	Liczba miejsc w domach pomocy społecznej w Polsce (2023 r.) – liczba osób korzystających z usług tych placówek wyniosła ogółem 77670 (dane MRPIPS)

- **W kontekście danych dotyczących opieki stacjonarnej w UE, warto zwrócić uwagę na niski współczynnik osób w DPS na 100 tys. mieszkańców.** W Polsce nieznacznie przekracza on 200 osób na 100 tys., podczas gdy w Holandii ponad 1400 osób, a w Szwecji, Belgii i na Malcie ponad 1200 osób. W krajach tych procesy demograficzne i społeczne doprowadziły do dużego rozwoju placówek stacjonarnych ODT, które skutkują procesami deinstytucjonalizacji. W Polsce pojawia się pytanie, czy tak niski współczynnik dostępności usług w populacji rzeczywiście zaspokaja potrzeby opieki długoterminowej w Polsce. Zarazem, jak wskazuje Wykres 28, istnieją znaczne rozbieżności między regionami.

Wykres 28. Współczynnik klientów DPS na 100 tys. mieszkańców w województwach (2017, 2019, 2021)



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

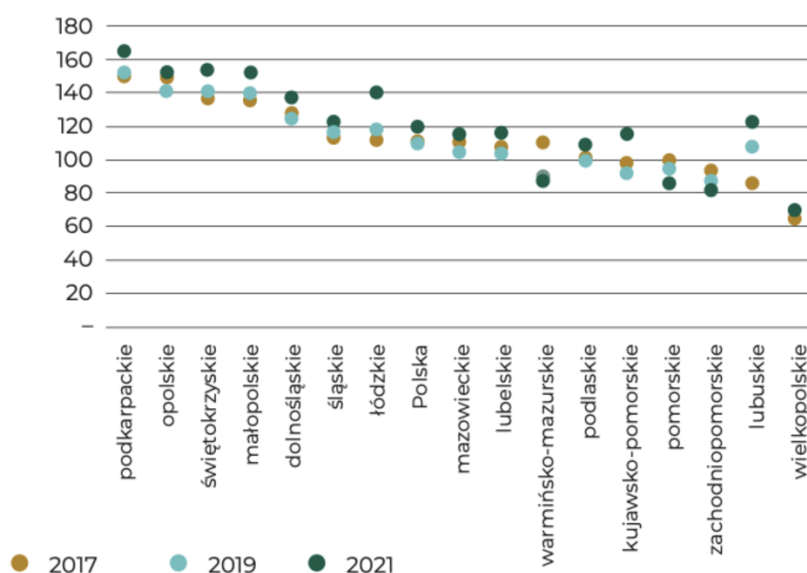
- **Znacznie rzadziej alternatywą dla osób potrzebujących opieki stacjonarnej jest rodzinny dom pomocy (RDP), dla 3-8 osób.** Placówki te mogą stanowić alternatywę dla DPS jako forma pomocy osobom w podeszłym wieku lub OzN. Według danych z 2021 r. funkcjonowały 44 RDP, z łączną liczbą 327 miejsc całodobowego pobytu i z 322 mieszkańcami. Ze sprawozdania MRiPS za 2022 r. wynika, że w 52 domach przebywało 320 osób (łączna liczba miejsc wyniosła 365). W 2023 r. w 59 RDP było 435 miejsc, przebywało w nich 386 osób (MRPiPS).
- **Długoterminową opiekę stacjonarną w ochronie zdrowia świadczą zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno- opiekuńcze (ZPO) o profilu ogólnym,** specjalistycznym, a także dla określonych grup demograficznych (dzieci, dorośli). W praktyce większość ZOL funkcjonuje w strukturze szpitali, a większość ZPO to niezależne jednostki organizacyjne. Pomoc medyczna i pielęgnacyjna w ZOL/ZPO obejmuje: wsparcie lekarza specjalisty, usługi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne, dietetyczne, opiekę terapeuty zajęciowego oraz leczenie farmakologiczne. Według danych NFZ w 2021 r. w Polsce funkcjonowało 461 placówek ODT, w tym 349 ZOL oraz 123 ZPO. GUS podaje wyższe dane (370 ZOL i 157 ZPO, łącznie 527 placówek), wliczając zakłady świadczące usługi bez kontraktu z NFZ. Średnia długość pobytu wynosiła 163 dni w przypadku ZOL i 177 dni w przypadku ZPO. Na ZOL przypadało średnio 59 miejsc.

527

Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w 2021 r. według GUS (370 ZOL i 157 ZPO), w tym liczone są placówki nie korzystające z kontraktów z NFZ

- ZPO zapewniały z kolei 7524 miejsc, z przeciętną liczbą w placówce 48 miejsc. W latach 2017-2021 liczba pacjentów ZOL/ZPO wzrosła o 5,5%. **W 2021 r. w placówkach tego typu w całym kraju przebywało ogółem 45,18 tys. osób, co daje niespełna 119 osób na 100 tys. mieszkańców.** Choć liczba pacjentów ZOL/ZPO wzrosła o 5,5% w skali kraju w latach 2017-2021, to na poziomie wojewódzkim dynamika jest bardziej zróżnicowana. W przypadku ZOL/ZPO istnieją długie listy osób oczekujących na miejsce w placówce. Np. według historycznego stanu na koniec 2020 r. na przyjęcie oczekiwały 11 593 osoby. Mediana czasu oczekiwania dla przypadków pilnych wynosiła od 0 do 43 dni (najdłużej w województwie świętokrzyskim – 47 dni). W przypadkach stabilnych mediana czasu oczekiwania wynosiła 15 dni (najdłużej, aż 354 dni, w województwie lubuskim). Jak wynika z analizy Banku Światowego, województwo kujawsko-pomorskie należy do grupy regionów z relatywnie niskim dostępem do usług świadczonych przez ZOL/ZPO, z dostępnością rzędu ok. 100 miejsc na 100 tys. mieszkańców (Wykres 29).

Wykres 29. Liczba pacjentów ZPO/ZOL na 100 tys. mieszkańców w sektorze ochrony zdrowia w przekroju województw, 2017, 2019 i 2021



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- Złożoność systemu ODT utrudnia ocenę pokrycia zapotrzebowania na usługi stacjonarne w populacji. **Przedstawione wyżej dane wskazują jednak, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w grupie seniorów i OzN jest**

zaspokajane w placówkach publicznych w niewielkim stopniu w stosunku do wielkości populacji i porównywalnych wskaźników w krajach europejskich.

Z drugiej strony, jest to obecnie silnie rozwinięta gałąź usług, a liczba dostępnych miejsc jest znacznie wyższa niż w placówkach dziennych (OW). Niepokojąca jest rozbieżność w dostępie do usług w poszczególnych regionach, która oznacza znaczne dysproporcje w dostępie do ODT. Województwo kujawsko-pomorskie znajduje się w grupie o niskim dostępie zarówno do usług DPS, jak i ZOL/ZPO w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

OPIEKA DZIENNA W SEKTORZE POMOCY SPOŁECZNEJ I ZDROWIA

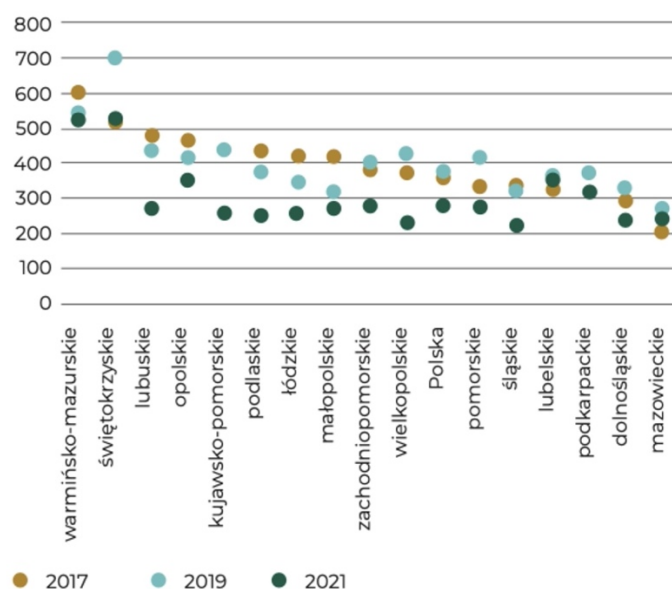
- **W trybie dziennym usługi ODT są świadczone m.in. przez ośrodki wsparcia (OW) oraz schroniska funkcjonujące w sektorze pomocy społecznej. W sektorze zdrowia z kolei rolę placówek dziennych pełnią m.in. dzienne domy opieki medycznej (DDOM), zapewniające się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.** W sektorze pomocy społecznej funkcjonuje kilka kategorii ośrodków wsparcia (OW), które specjalizują się w usługach opiekuńczych realizowanych w trybie dziennym: (1) OW dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, (2) schroniska z UO, (3) dzienne domy opieki (w tym domy Senior+), (4) kluby samopomocy, (5) schroniska dla osób w kryzysie bezdomności oraz (6) domy dla samotnych matek. OW mogą również świadczyć usługi opieki całodobowej. W 2021 r. w Polsce funkcjonowało 276 OW działających jako całodobowe placówki tymczasowego pobytu.
- **Dominujące grupy korzystających z OW stanowią osoby z niepełnosprawnościami (w tym z zaburzeniami psychicznymi) oraz osoby starsze.** 33% osób objętych wsparciem w formie opieki dziennej korzysta z usług środowiskowych domów samopomocy, które prowadzą różnego rodzaju terapie zajęciowe oraz oferują wsparcie psychologiczne dla osób z niepełnosprawnością oraz z zaburzeniami psychicznymi. 22% ogółu odbiorców usług OW stanowią osoby starsze korzystające z usług dziennych domów pomocy. W 2021 r. najwięcej beneficjentów korzystało z usług OW oferowanych w ramach środowiskowych domów samopomocy (łącznie 35,1 osób). W 2021 r. w Polsce funkcjonowało 2471 OW, w tym 883 ośrodki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, 503 dzienne domy pomocy, 628 innych klubów samopomocy (nie dla osób z zaburzeniami psychicznymi) i 31 schronisk z UO dla osób w kryzysie bezdomności. Pula usług OW skurczyła się w porównaniu do 2017 r.

2318

Liczba działających w Polsce ośrodków wsparcia (2023, MRPiPS).
Liczba miejsc w OW wyniosła 76 904, a korzystających osób 96 615
(w tym część z nich rotacyjnie)

- Zmniejszenie dostępności usług dziennych obrazuje Wykres 30 – w większości regionów wyraźny jest trend spadkowy. Zarazem można zaobserwować znaczne różnice między regionami. W 2017 r. podaż miejsc w OW i schroniskach z UO sięgała 400-500 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy. 2021 r. zmniejszyła się do przedziału 200-300 miejsc na 100 tys. obywateli. W ostatnich latach placówek znów zaczęło przybywać, pytanie jednak, czy jest trend długofalowy biorąc pod uwagę kwestie finansowania OW. Województwo kujawsko-pomorskie należało do regionów o relatywnie dobrym na tle kraju pokryciu zapotrzebowania wyrażonym tym miernikiem.

Wykres 30. Osoby korzystające z opieki dziennej (OW i schroniska z UO) w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, 2017,2019 i 2021 r.



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- W ostatnich latach kategorią placówek, która przyrastała najszybciej były **dzienne domy pomocy, z uwagi na realizację programu rządowego „Senior+”**. Do końca 2020 r. powstało 971 takich placówek dla 55,7 tys. osób, choć według NIK liczba ta może być zawyżona, gdyż nie uwzględnia rotacji klientów. Z kolei według sprawozdań wojewodów na koniec 2022 r. w Polsce funkcjonowały 1154 ośrodki wsparcia „Senior+” w tym 340 Dziennych Domów „Senior+” i 814 Klubów „Senior+”, które łącznie oferowały seniorom 27 877 miejsc, a z oferty skorzystało 32 064 seniorów²². Opieka dzienna prowadzona jest także w ramach działań finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego. Ponadto, od 2019 r. samorządy złożyły ponad 100

²² „Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025”, edycja 2022, MRPiPS

wniosków o dofinansowanie centrów opiekuńczo-mieszkalnych (COM). Ich zadaniem jest świadczenie usług opieki dziennej oraz całodobowej, przy czym w tym drugim przypadku okres pobytu nie powinien przekraczać roku.

- W sektorze ochrony zdrowia, usługi opieki dziennej wprowadzono w formie pilotażowej w ramach projektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). **Dzienne domy opieki medycznej (DDOM) oferowały osobom niesamodzielnym i ich opiekunom wsparcie w postaci usług z zakresu rehabilitacji, stymulacji psychomotorycznej, badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji.** Ogółem wsparcie otrzymało 5698 osób, zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów. Po zakończeniu finansowanie projektu pozostaje w gestii JST, w związku z czym większość DDOM została zamknięta, najprawdopodobniej ze względu na niezdolność samorządów lokalnych do samodzielnego finansowania tego typu usług. Program MZ „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” przewiduje wsparcie działalności lub tworzenia nowych DDOM.

5698	Tyle osób uzyskało wsparcie w postaci usług dziennych realizowanych w dziennych domach opieki medycznej, tworzonych w ramach EFS (Europejski Fundusz Społeczny)
------	---

- **Opieka dzienna jako nowy element w systemie ochrony zdrowia nowym elementem, jest od kilku lat tematem dyskusji. W sektorze planowano m.in. uruchomienie Centrów Zdrowia 75+, świadczących m.in. usługi opieki dziennej.** Świadczenia byłyby udzielane w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), na szpitalnych oddziałach geriatrycznych oraz w nowo tworzonych Centrach Zdrowia 75+, zlokalizowanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Centra Zdrowia 75+ mogłyby funkcjonować jako odrębne podmioty lub w strukturach instytucjonalnych innego podmiotu medycznego. Wśród usług planowano m.in. świadczenia z zakresu geriatryi udzielane przez lekarza i pielęgniarkę, fizjoterapię, opiekę psychiatryczną i psychologiczną, porady dietetyka, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną. W każdym centrum mogłaby również funkcjonować poradnia, opieka dzienna, geriatryczny zespół opieki domowej oraz zespół edukatorów zdrowotnych.
- Jak wynika z powyższego zestawienia, segment dziennych usług opiekuńczych dopiero zaczął się rozwijać jako „dojrzały” element ODT. Bazę stanowią istniejące OW, przyrost miejsc i osób objętych wsparciem nastąpił zaś w dużej mierze dzięki program rządowym oraz działaniom samorządów, które w ramach procesu deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych zaczęły szerzej świadczyć usługi wsparcia dziennego osób starszych w kierunku utrzymania ich samodzielności.

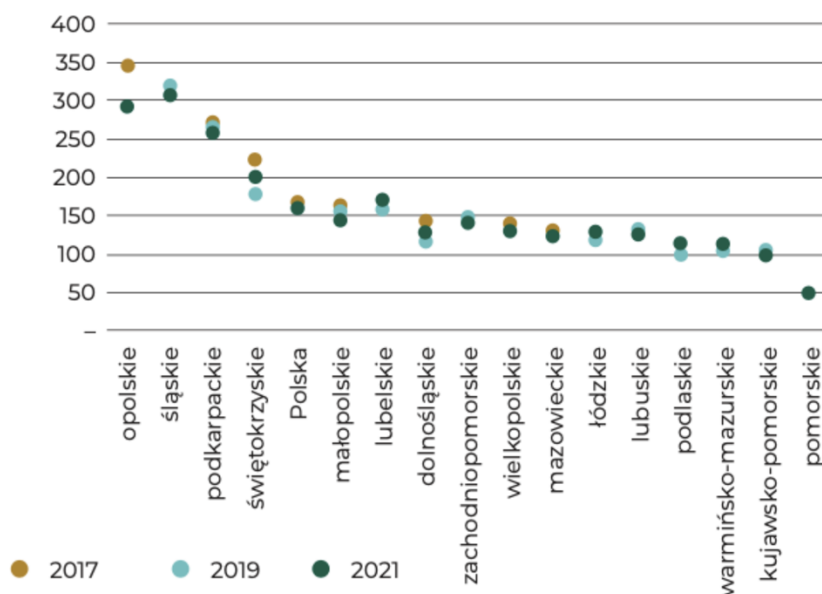
- Cennym doświadczeniem było stworzenie placówek DDOM, które dzięki ulokowaniu w infrastrukturze placówek ochrony zdrowia (np. POZ) mogły zaoferować poza pobytem dziennym rehabilitację i wsparcie medyczne; niestety większość placówek tego rodzaju znikła po okresie finansowania. Jak się wydaje, **potencjał sektora zdrowia do tworzenia dziennych domów pobytu dla osób, które chcą utrzymać swoją samodzielność jest bardzo duży**, właśnie ze względu na nacisk na kwestie związane ze zdrowiem, rehabilitacją, ćwiczeniami i kondycją.
- **Liczba osób na 100 tys. mieszkańców objętych opieką dzienną w sektorze społecznym oscyluje w przedziale 200-500, różnice w dostępie są zatem znaczące.** Województwo kujawsko-pomorskie znajduje się w grupie regionów o relatywnie wysokim w porównaniu z innymi województwami dostępie do usług opieki dziennej.

OPIEKA DOMOWA W SEKTORZE ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ

- **Długoterminowa opieka domowa w systemie ochronie zdrowia obejmuje głównie usługi domowej opieki pielęgniarstwa.** Opieka przyznawana jest na podstawie skierowania od lekarza, a kryterium kwalifikacji do świadczeń pielęgniarstwa ODT jest zły stan zdrowia skutkujący poważnymi ograniczeniami funkcjonalnymi mierzonymi skalą Barthel (poziom 40 punktów lub mniej). W zakres usług wchodzi m.in. leczenie ran i zmiana opatrunków, podawanie leków, wykonywanie zastrzyków, wspieranie opiekunów rodzinnych w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, prowadzenie ćwiczeń oddechowych i ogólnorozwojowych, doradzanie w zakresie możliwości uzyskania wsparcia medycznego i odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego. Pielęgniarka posiada również uprawnienia do przepisywania wybranych wyrobów farmaceutycznych, wydawania skierowań na określone badania oraz zleceń na wyroby medyczne (np. pieluchomajtki). Drugi rodzaj świadczeń długoterminowej opieki domowej realizowanych w sektorze ochrony zdrowia związany jest z wentylacją mechaniczną pacjentów z niewydolnością oddechową.

100	Tyle średnio osób na 100 tys. mieszkańców korzysta w regionie kujawsko-pomorskim z domowych usług pielęgniarstwa
69,8	Liczba osób (w tys.) korzystających z domowych usług pielęgniarstwa według statystyk MZ w 2023 r. – statystyki wskazują, że różnice w dostępie do tej usługi są w regionach znaczne
1544	Liczba placówek ochrony zdrowia, które świadczą pielęgniarstwo domowe – według badań tego sektora większość boryka się problemem niewystarczającej liczby pracowników

Wykres 31. Pacjenci korzystający z domowej opieki pielęgniarskiej w sektorze zdrowia na 100 tys. mieszkańców, 2017, 2019 i 2021 r.



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- Według danych MZ, w 2023 r. z domowych usług pielęgniarskich skorzystało 69 847 osób. Jak podaje „Przegląd...” BŚ, w 2021 r. z domowej opieki było to ogółem 60 639 osób, czyli mniej niż 160 na 100 tys. mieszkańców. Domowe świadczenia w tym zakresie oferowały 1544 placówki ochrony zdrowia. W analizowanym pięcioletnim okresie (2017-2021) oznacza to niewielki spadek o 4,8% w skali kraju. Pomiędzy regionami istnieją jednak znaczne różnice dostępu do domowej opieki pielęgniarskiej, sięgające 600% (Wykres 31). W województwie pomorskim było to 50 osób na 100 tys., w śląskim – ponad 300 (2021). Z kolei liczba osób korzystających z domowej wentylacji mechanicznej wzrosła w analizowanych latach o 52,3%. W 2021 r. z domowej wentylacji mechanicznej korzystało 8120 dorosłych (w wieku 18+), czyli 21 osób na 100 tys. mieszkańców, a także 782 osób poniżej 18. r.ż.

69847	Tyle osób skorzystało w 2023 r. z domowych usług pielęgniarskich świadczonych przez placówki w sektorze zdrowia
-------	---

- W sektorze społecznym podmiotami powołanymi do udzielania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania beneficjenta (opieki domowej) są ośrodki pomocy społecznej/centra usług społecznych (OPS/CUS). Działają one na szczeblu gminnym, co skutkuje dużym zróżnicowaniem usług. Świadczenia i usługi realizowane są przez OPS lub CUS w formie zadań zleconych lub zadań własnych gminy. **Zapewnienie UO jest zadaniem własnym JST o charakterze obowiązkowym, nie każda jednak gmina**

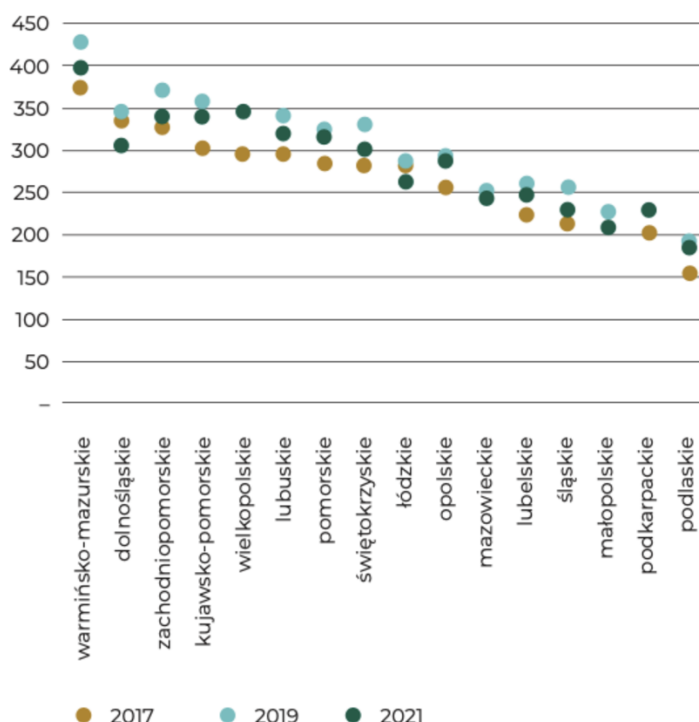
realizuje je z powodu braków kadrowych i finansowych lub braku poczucia, że jest to zadanie priorytetowe. Według danych analizowanych przez BŚ za 2021 r. usług opieki domowej nie świadczyło ok. 10% OPS (w 2018 r. 20% gmin). UO mogą być realizowane samodzielnie przez pracowników OPS lub CUS bądź zlecane usługodawcom zewnętrznym (instytucjom sektora prywatnego lub NGO's).

- **Usługi opieki domowej w sektorze pomocy społecznej to najczęściej podstawowa pomoc w czynnościach dnia codziennego: UO (usługi opiekuńcze) oraz SUO (specjalistyczne usługi opiekuńcze).** UO obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, utrzymaniu higieny, zaleconą przez lekarza pielęgnację lub pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Z kolei SUO to świadczenia dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności; świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem.
- Z domowych usług opiekuńczych w 2023 r. skorzystało według sprawozdania MRPiPS 109 079 osób. W badaniach BŚ wskazano, że w 2021 r. z UO i SUO skorzystało w Polsce ponad 110 tys. osób, liczba odbiorców usług w skali całego wzrosła od 2017 r. o 5%. **Można z tego wysnuć wniosek, że obecny potencjał UO i SUO w samorządach oscyluje wokół możliwości zapewnienia wsparcia dla ok. 110 tys. osób w kraju.**

109 079	Tyle osób skorzystało z domowych usług opiekuńczych w 2023 r. w sektorze pomocy społecznej (dane MRPiPS) – ta liczba pozostaje praktycznie niezmienna od lat
10%	Tyle gmin nie oferowało swoim mieszkańcom usług opieki domowej (Bank Światowy, 2021) – w 2018 r. było ich 20%
291	Liczba osób na 100 tys. mieszkańców, które średnio korzystają w kraju z usług opieki domowej – istnieje znaczne zróżnicowanie regionalne w dostępie do usług

- Pokrycie usługami nie jest zatem zbyt duże: średnia krajowa to 291 klientów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. To znacznie poniżej oczekiwań. Także w tym przypadku obserwowane jest znaczne zróżnicowanie liczby korzystających z usług w zależności od województwa (Wykres 32). W regionach o niskim dostępie dostępność usług oscyluje w granicach 200-250 osób na 100 tys. mieszkańców, w regionach o wysokim dostępie – 350-400. Województwo kujawsko-pomorskie znajduje się w grupie regionów o relatywnie wysokim dostępie, ok. 300-350 osób na 100 tys. mieszkańców.

Wykres 32. Klienci korzystający z usług opiekuńczych (UO)
w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, 2017, 2019 i 2021 r.



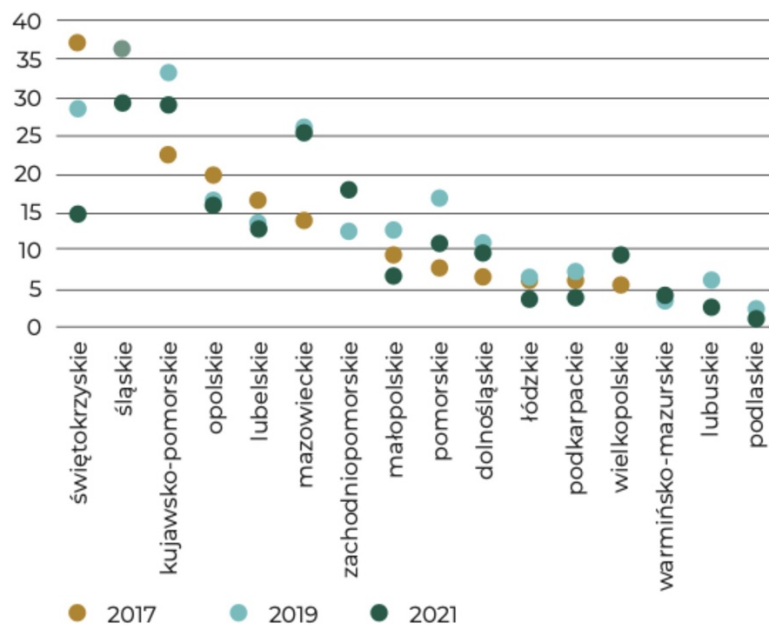
Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- **Specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO), znacznie mniej powszechne niż UO, także charakteryzują się silnym zróżnicowaniem regionalnym.** W 2021 r., mimo wzrostu liczby usług o 10,4% w stosunku do 2017 r., przyznano je, jak odnotował w przeglądzie trendów w zakresie ODT Bank Światowy, ok. 5,5 tys. klientów.
- **W trybie opieki domowej świadczone są także SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jednak wolumen przyznanych usług tego rodzaju jest niewielki.** Wśród przyczyn tak niskiej dostępności usług (niespełna 15 osób na 100 tys. mieszkańców, Wykres 33) można wskazać problemy z dostępnością wyspecjalizowanych kadr oraz wymóg współfinansowania przez klienta. Podobnie jak w przypadku UO, istnieją znaczne różnice w dostępności usług pomiędzy województwami. Województwo Kujawsko-Pomorskie jest w czołówce regionów oferujących SUO w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, niemniej nadal należy pamiętać, że dostępność świadczonych usług jest bardzo niska.

5139

Liczba osób, którym przydzielono specjalistyczne usługi opiekuńcze w 2023 r. w systemie pomocy społecznej (dane MRPiPS)

Wykres 33. Klienci korzystający ze specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO) w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2017, 2019 i 2021 r.



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- **Świadczenie usług opieki domowej jest wspomagane przez kilka programów rządowych, takich jak „Opieka 75+” i „Korpus Wsparcia Seniorów”.** Program „Opieka 75+” jest adresowany do gmin liczących do 60 tys. mieszkańców i oferuje im dofinansowanie UO dla osób powyżej 75. r.ż. Gminy, które realizują UO w ramach zasobów własnych oraz we współpracy ze spółdzielniami socjalnymi, mogą uzyskać dofinansowanie do 60% przewidywanych kosztów własnych realizacji usług. W 2023 r. katalog usług ODT wzbogacono o nową formę, jaką jest pomoc sąsiedzka.
- Z kolei **„Korpus Wsparcia Seniorów”** ułatwia dostęp do usług w środowisku lokalnym osobom powyżej 65. r.ż., ze szczególnym uwzględnieniem wolontariatu i teleopieki. Od 2024 r. „Korpus Wsparcia Seniorów” oferuje też gminom środki finansowe na wdrażanie pomocy sąsiedzkiej (Moduł I) i tzw. opieki na odległość, która ma przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa i zwiększenia samodzielności osób starszych w ich miejscu zamieszkania (Moduł II). Inicjatywy te nie są stałym mechanizmem systemu pomocy społecznej i wymagają dodatkowego finansowania. **W ramach Funduszu Solidarnościowego funkcjonują programy dofinansowania dla asystentów osób z niepełnosprawnością „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” oraz „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”.** Programy te odróżnia fakt, że jeden jest przeznaczony dla samorządów, a drugi dla NGO. W ramach każdego z nich JST oraz NGO mogą ubiegać się o środki na zapewnienie usług asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnością.

- Wspieraniu opiekunów rodzinnych poprzez zwiększenie dostępności usług środowiskowych lub udzielanych okresowo usług stacjonarnych i innego wsparcia służy realizowany od 2019 r. **program „Opieka wytchnieniowa”**. W latach 2019-2021 z opieki wytchnieniowej organizowanej przez JST skorzystało ponad 16,5 tys. osób. W 2021 r. do programu przystąpiły również NGO – świadczoną przez nie pomoc otrzymało łącznie prawie 4 tys. osób. Programy promujące rozwój opieki domowej czy też rodzinnych domów pomocy służą wdrażaniu innowacyjnych rozwiązań dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów, jednak ich zakres i zasięg jest ograniczony z uwagi na deficyty kadrowe i finansowe.

16,5 tys.	Tyle osób skorzystało z opieki wytchnieniowej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa” w latach 2019-2021
------------------	---

- Dane wskazują na znaczne zróżnicowanie w dostępności usług domowych regionach. Ograniczenia dostępności usług mogą wynikać z niewiedzy co do poziomu niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych lokalnej społeczności, w tym osób starszych i osób z niepełnosprawnością, na skutek słabego monitorowania potrzeb. Inne przyczyny to braki kadrowe oraz brak instytucji sektora prywatnego lub podmiotów ekonomii społecznej, które mogłyby wypełnić lukę w podaży usług.

4,1 mln	Tyle osób otrzymało wg badań BŚ świadczenia pieniężne dla osób zależnych, z czego najwięcej osoby starsze i OzN
222 tys.	Odbiorcy świadczeń pieniężnych – opiekunowie osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności

- **Oszacowanie stopnia pokrycia popytu usługami w świetle danych jest niełatwe, ze względu na brak definicji i jednolitych metod gromadzenia danych oraz szacowania zapotrzebowania w ODT.** Pewnym punktem odniesienia do potrzeb mogą być dane dotyczące świadczeń pieniężnych dla osób zależnych, które nie są w stanie na co dzień samodzielnie funkcjonować oraz dla ich opiekunów. Do potrzebujących zalicza się osoby starsze w związku z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi z racji wieku oraz osoby z niepełnosprawnością, a także ich opiekunów. Z obliczeń BŚ wynika, że w 2021 r. świadczenia pieniężne trafiły ogółem do 4,1 mln osób, wśród których największą grupę stanowiły osoby starsze otrzymujące dodatek pielęgnacyjny oraz osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością otrzymujące zasiłek pielęgnacyjny (3,1 mln osób). Z kolei 173 tys. świadczeniobiorców stanowiły osoby pobierające zasiłek stały z systemu pomocy społecznej. Zasiłek stały przysługuje

pełnoletniej osobie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego (osoby samotnie gospodarującej/na osobę w rodzinie).

- Ponadto blisko 222 tys. odbiorców świadczeń stanowili opiekunowie osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Szacowanie zapotrzebowania na usługi nadal pozostaje jednak wymaga poprawy: jak wskazały badania „*Ogólnopolska diagnoza deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw kraju*”, większość gmin nie analizuje potrzeb mieszkańców i nie ma szacunków, ile osób można zaliczyć do kategorii „potrzebujący wsparcia” w różnych kategoriach ODT.
- **Podsumowując przegląd usług w ramach ODT, należy stwierdzić, że jest ono na niskim poziomie.** Stosunkowo rozwinięta jest opieka stacjonarna ze względu na długie tradycje, ale zarówno w obu sektorach nie zaspokaja potrzeb. Wysoki koszt opieki skłania odbiorców usług do korzystania z niejednokrotnie tańszej, choć mniej pewnej jakościowo oferty komercyjnej. **Usługi dzienne to segment, który powinien zdecydowanie się rozwijać, dzienne domy wsparcia pomagają bowiem zachować i przedłużyć samodzielność.** Usługi te powinny rozwijać się szczególnie w sektorze zdrowia. Wreszcie usługi świadczone w domu wymagają intensywnego rozwoju, by zapewnić odbiorcom wysokiej jakości opiekę i opóźnić moment rozpoczęcia korzystania z opieki stacjonarnej, z której trudno wrócić do środowiska.

TRENDY KSZTAŁTUJĄCE ZAPOTRZEBOWANIE NA ODT

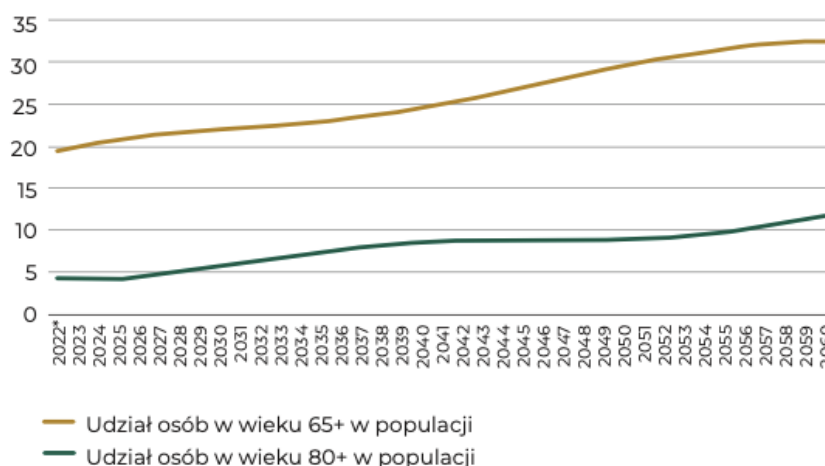
- Na wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową wpływa wiele czynników. Do najważniejszych kontekstów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania ODT i związanych z nią potrzeb należą m.in. (1) zmiany demograficzne, (2) wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego, (3) wzrost ekspozycji na choroby skutkujące ograniczeniem samodzielności, (4) wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami, (5) zmiana struktury gospodarstw domowych i stylu życia, (6) niskiej jakości warunki mieszkaniowe, które zwiększają presję na instytucjonalną ODT.

WIELOKIERUNKOWE ZMIANY DEMOGRAFICZNE

- **Od dłuższego czasu Polska przechodzi poważne zmiany demograficzne.** Po pierwsze, wydłuża się przeciętne trwanie życia, choć trend ten został zakłócony przez gwałtowny wzrost śmiertelności na skutek COVID-19 w okresie pandemii. Po drugie, rośnie odsetek osób starszych w ogóle ludności, ponieważ pokolenia wyżu demograficznego z lat 50. XX w. i boomu urodzeń z przełomu lat 70. i 80. XX w. stopniowo osiągają wiek emerytalny. Po trzecie, Polska ma niski wskaźnik urodzeń (poniżej poziomu zastępowalności pokoleń).

- W 2023 r. wskaźnik przeciętnego trwania życia w Polsce wyniósł 73,4 roku dla mężczyzn i 81,1 roku dla kobiet. Na koniec 2022 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,8 mln i w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 0,7%. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski osiągnął poziom 25,9%, co oznacza wzrost o 0,2 p. proc. Z kolei osoby powyżej 65. roku życia stanowią ok. 19,5% ogółu społeczeństwa, a osoby powyżej 80. roku życia – 4,2%. W 2022 r. było to 7 353 tys. osób, w tym 59,9% kobiet. **Największe zapotrzebowanie na ODT występuje w grupie wiekowej 80+, gdzie prawie 70% populacji stanowią kobiety.** Według prognoz GUS, grupa wiekowa 65+ będzie się nadal powiększać – z 24,6% ludności Polski w 2040 r. do 32,6% w 2060 r. (Wykres 34). Populacja osób w wieku 80+ ma w 2040 r. stanowić 8,7%, a w 2060 r. – 11,6% ludności kraju. W kontekście ODT istotna jest również liczba osób z niepełnosprawnościami. Z uwagi na wielość definicji niepełnosprawności w Polsce trudno jest podać faktyczną liczbę osób żyjących z niepełnosprawnością. Według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 r. orzeczenie o różnym stopniu niepełnosprawności posiadało ponad 14% ludności Polski.

Wykres 34. Prognozowany udział osób 65+ i 85+ w populacji kraju do 2060 r.



Źródło: GUS, 2023

WZROST WSPÓŁCZYNNIKA OBCIĄŻENIA DEMOGRAFICZNEGO

- Według prognoz współczynnik obciążenia demograficznego ulegnie w Polsce podwojeniu z 30% do 60% w 2060 r. **Oznacza to większą presję na opiekunów zajmujących się bliskimi w starszym wieku (na jednego seniora przypada coraz mniej osób w sile wieku).** Ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi (młodszymi i starszymi) ponoszą osoby w wieku produkcyjnym, a spadająca dzietność będzie skutkować znacznym obniżeniem potencjału opiekuńczego. W 2022 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 31 osób w wieku przedprodukcyjnym (0-14 lat) i 39 osób w wieku poprodukcyjnym (65 lat i starszych), co wskazuje na znaczące

obciążenie obowiązkami rodzinnymi osób w wieku produkcyjnym, zwłaszcza kobiet, zarówno wobec dzieci, jak i starzejących się rodziców („pokolenie przegubowe” w wieku 45-64 lata).

- Z danych ZUS wynika z kolei, że w 2023 r. współczynnik obciążenia demograficznego dla populacji Polski wynosił 39,8%. Ponadto, w 2022 r. Polska odnotowała niski wskaźnik dzietności wynoszący 1,261, co wiąże się z coraz późniejszym wiekiem macierzyństwa i mniejszą liczbą dzieci w rodzinach. W 2023 r. wskaźnik ten był jeszcze niższy. Te zmiany prowadzą do sukcesywnego zmniejszania się puli opiekunów nieformalnych.

39,8	Tyle według danych ZUS wynosił w 2023 r. współczynnik obciążenia demograficznego – na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada prawie 40 osób w wieku poprodukcyjnym
1,158	Wskaźnik dzietności w Polsce w 2023 r. (GUS) – jest to najniższy odnotowany w historii pomiarów wskaźnik

STAN ZDROWIA I OBCIĄŻENIA CHOROBAМИ

- Wzrost współczynnika obciążenia demograficznego następuje w społeczeństwie, które już jest **mocno obciążone chorobami układu krążenia (ChUK), nowotworami i cukrzycą, a także upadkami** – są to główne przyczyny zachorowalności i umieralności wśród seniorów. Największym zagrożeniem są obecnie choroby układu krążenia (ChUK) oraz nowotwory. Pacjenci z ChUK, zwłaszcza po udarze mózgu, często wymagają rehabilitacji, fizjoterapii, a część z nich również całodobowej opieki w stacjonarnych placówkach ODT. Drugą w kolejności przyczyną zgonów osób starszych są choroby nowotworowe, które zazwyczaj pociągają za sobą konieczność zapewnienia ODT. Także cukrzyca wiąże się z licznymi powikłaniami zdrowotnymi, co prowadzi do spadku poziomu samodzielności. Jak przewiduje raport BŚ, trzeba się spodziewać, że wraz z postępującym procesem starzenia się populacji liczba osób z cukrzycą typu II, która najczęściej pojawia się ok. 60. r.ż., będzie wzrastać.
- **Innym obciążeniem osób starszych są trudności z poruszaniem się oraz ryzyko upadków. Poza uwarunkowaniami fizycznymi ryzyko to zależy również od warunków mieszkaniowych i jakości wsparcia na co dzień.** Według danych przywoływanych przez BŚ, 16% osób starszych (w wieku 65+) upada co najmniej raz w roku, a prawie 14% tych upadków kończy się złamaniem kości. Ryzyko zgonu na skutek upadku jest w przypadku seniorów trzy razy większe niż dla ogółu ludności.

- **Jak wskazują wyniki badań ankietowych przeprowadzonych na zlecenie BŚ, samoocena stanu zdrowia pogarsza się z wiekiem.** Prawie wszyscy (97%) respondenci badania Banku Światowego poniżej 29. r.ż. ocenili swoje zdrowie jako dobre, w grupie wiekowej 30-44 lata wskaźnik ten wyniósł 92%, w grupie wiekowej 45-64 lat – 77%, natomiast wśród osób powyżej 65. r.ż. już tylko niespełna połowa (43%). Najczęstsza obawa osób starszych to pogorszenie sprawności fizycznej, np. problemy z chodzeniem, wstawaniem czy utratę siły (67%). Ponad połowa ankietowanych (54%) obawia się pogorszenia funkcji poznawczych, czyli problemów z percepcją, pamięcią czy uwagą, natomiast 52% konkretnych chorób, takich jak nowotwory, choroby serca czy demencja. Odsetek osób starszych, które nie mają obaw w związku ze starością, to zaledwie 4% respondentów.

WZROST LICZBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

- **Z wiekiem rośnie ryzyko niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnego życia, a także zaburzeń psychicznych oraz chorób otępiennych.** Ze względu na różne obowiązujące w Polsce definicje niepełnosprawności, trudno jest oszacować liczbę OzN, ale według analiz grupa ta stanowi ok. 14% społeczeństwa (łącznie 5,4 mln osób). W 2019 r. 32% osób powyżej 80. r.ż. było oficjalnie uznanych za niepełnosprawne, podczas gdy 96% osób z tej grupy wiekowej deklaruje długotrwałe problemy ze zdrowiem. Analizy wskazują, że częstotliwość występowania niepełnosprawności orzeczonej w populacji osób starszych może być niedoszacowana, a w związku z tym zapotrzebowanie na opiekę może być wyższe, niż wynikałoby z danych.

5,4 mln	Liczba osób w Polsce z orzeczeniem o niepełnosprawności (wszelkie rodzaje, według danych z ostatniego spisu powszechnego) – ogółem to 14% populacji
32%	Liczba osób w wieku 80+ posiadających oficjalnie uznany status osoby z niepełnosprawnością

- Niepełnosprawność wynika po części z bardzo rozpowszechnionych chorób nowotworowych i ChUK, ale na degradację zdrowotną wpływa również utrata funkcji sensorycznych (np. zaburzenia wzroku i słuchu), a także problemy fizyczne, które pogłębiają się na skutek dolegliwości reumatycznych, występujących częściej u kobiet. **Obok dolegliwości fizycznych u osób starszych częste są depresja i zaburzenia psychiczne** – ponad połowa kobiet oraz 40% mężczyzn powyżej 80. r.ż. zgłasza objawy typowe dla depresji. Nasilone ryzyko depresji obserwuje się u osób z chorobami neurodegeneracyjnymi. W efekcie połączenia chorób

przewlekłych, niepełnosprawności i zaburzeń psychicznych może dojść do postępującej z wiekiem niesamodzielności. W efekcie wiele osób powyżej 65. r.ż. nie radzi sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego, takich jak ciężkie prace domowe (%osób starszych), zakupy (35%) czy przygotowanie posiłku (19%). Wskaźniki utraty samodzielności są jeszcze wyższe w przypadku osób po 80. r.ż.: ponad 40% osób w tym wieku doświadcza problemów w samoobsłudze (samodzielnym wstawaniu i kładzeniu się, kąpaniu lub myciu się pod prysznicem). Wskaźniki te są jeszcze wyższe wśród starszych kobiet.

35%	Odsetek osób 65+, które nie radzą sobie z takimi czynnościami jak codzienne zakupy (19% – z przygotowywaniem posiłku)
40%	Tyle osób w wieku 80+ doświadcza problemów w samoobsłudze (samodzielnym wstawaniu, kąpaniu lub myciu się pod prysznicem)

ZMIANA STRUKTURY GOSPODARSTW DOMOWYCH I SPOSOBU ŻYCIA

- **W miejsce rodzin wielopokoleniowych coraz częściej pojawiają się rodziny nuklearne (małe, dwupokoleniowe), co osłabia potencjał opieki nieformalnej (80% ODT w Polsce) i może zwiększać popyt na publiczne bądź prywatne usługi ODT.** Tylko 28% osób żyje w gospodarstwach domowych, które zamieszkuje także osoba powyżej 65. r.ż., a 9,8% seniorów (osób w wieku 65+) skarży się na izolację społeczną. Skłonność do opieki nieformalnej maleje wraz z migracjami wewnętrznymi, przenoszeniem się młodego pokolenia do miast oraz zmianami stylu życia i podejścia do opieki ad członkami rodziny („intymność na dystans, mniejsza chęć do brania na siebie ciężaru opieki).
- **Trend do „transferu rodzinnej odpowiedzialności” będzie się wzmacniać, co ma związek m.in. z przemianami stylu życia, rozluźnianiem relacji rodzinnych, mobilnością i innymi czynnikami.** Istotnym czynnikiem jest także wzrost płac, zwłaszcza w dużych miastach, co powoduje, że większa liczba obywateli może pozwolić sobie na pokrycie kosztów całodobowej opieki nad bliskimi. Rodziny w mniejszym stopniu są skłonne opiekować się osobami tracącymi samodzielność, oczekując aktywności władz lokalnych w tym zakresie. **Zwiększa to presję na formalne mechanizmy opiekuńcze – państwowe lub prywatne, które stają się coraz bardziej potrzebne.** Osób wymagających opieki długoterminowej będzie więcej także ze względu na singularyzację starości (samotnie żyje co piąta osoba starsza) oraz rozluźnianie więzi społecznych i rodzinnych.

UBÓSTWO OSÓB STARSZYCH

- **Wśród osób starszych w Polsce notuje się wyższe wskaźniki ubóstwa niż w pozostałej części populacji; ich dochody są często poniżej średniej krajowej i poniżej progu płacy minimalnej.** W 2022 r. wskaźnik ubóstwa relatywnego osób powyżej 65. r.ż. w Polsce był nieco wyższy niż średnia krajowa i wyniósł 15,2% w porównaniu do 13,7% w skali kraju. Choć świadczenia emerytalne są dość niskie, to wydaje się faktycznie zabezpieczać seniorów przed skrajnym ubóstwem; zagrożone nim jest niespełna 4% gospodarstw domowych, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba starsza (w wieku 65+). **Gospodarstwa domowe osób starszych mają jednak wyższe koszty życia i ponoszą więcej wydatków na zdrowie** (wydatki na opiekę zdrowotną, leki i inne produkty farmaceutyczne).
- Na większe ryzyko ubóstwa przekłada się niepełnosprawność dziecka lub dorosłego w gospodarstwie domowym. Na presję finansową wynikającą z wyższych wydatków na leczenie i rehabilitację może nakładać się presja związana z tym, że osoba z niepełnosprawnością nie jest w stanie podjąć pracy zawodowej ze względu na swój stan zdrowia, a jej opiekun rodzinny nie może być aktywny na rynku pracy ze względu na konieczność zapewnienia opieki.

15,2%	Wskaźnik ubóstwa relatywnego osób w wieku 65+ – nieco wyższy niż wskaźnik w skali kraju, który wyniósł 13,7% (2022)
4%	Tyle gospodarstw domowych, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba starsza było zagrożone skrajnym ubóstwem (2022)

NIEODPOWIEDNIE WARUNKI MIESZKANIOWE

- **Warunki mieszkaniowe w znacznym stopniu determinują bezpieczeństwo i jakość życia osób starszych i z niepełnosprawnością.** Wiele osób starszych w Polsce ma ograniczoną mobilność, mieszka samotnie, zatem istotną rolę odgrywają potencjalne bariery związane z warunkami mieszkaniowymi. Z badań ankietowych Banku Światowego na potrzeby „Przeglądu...” wynika, że w 2020 r. 32,4% mieszkańców miast mieszkało w budynkach, w których występują utrudniające dostęp do nich bariery architektoniczne; na obszarach wiejskich wskaźnik ten wyniósł nieco poniżej 20%. **Z kolei słabsza infrastruktura budynków mieszkalnych częściej dotyczy gospodarstw domowych na obszarach wiejskich (11,5%), w porównaniu do tylko 1,4% podobnych wskazań w miastach.**

- Mimo, że wielu seniorów uważa swoje warunki bytowe za odpowiednie, skuteczne odejście od instytucjonalizacji opieki będzie wymagać daleko idącej poprawy warunków mieszkaniowych, czyli w praktyce zapewnienia osobom tracącym samodzielność mieszkania bez barier architektonicznych, dopasowanego do specyficznych potrzeb osób o zmniejszonej samodzielności. Dostępność lokali mieszkalnych dostosowanych do wieku i poziomu sprawności ma kluczowe znaczenie dla deinstytucjonalizacji systemu ODT, ponieważ oddala perspektywę przeniesienia beneficjenta do placówki ODT i umożliwia realizację opieki w trybie domowym, co bardzo często jest preferowanym wyborem odbiorcy usług.

32,4%	Tyle osób starszych i OzN z miast mieszkało w budynkach, w których występują bariery architektoniczne (2020, badania BŚ).
-------	---

NISKI POTENCJAŁ WIELOSEKTOROWOŚCI

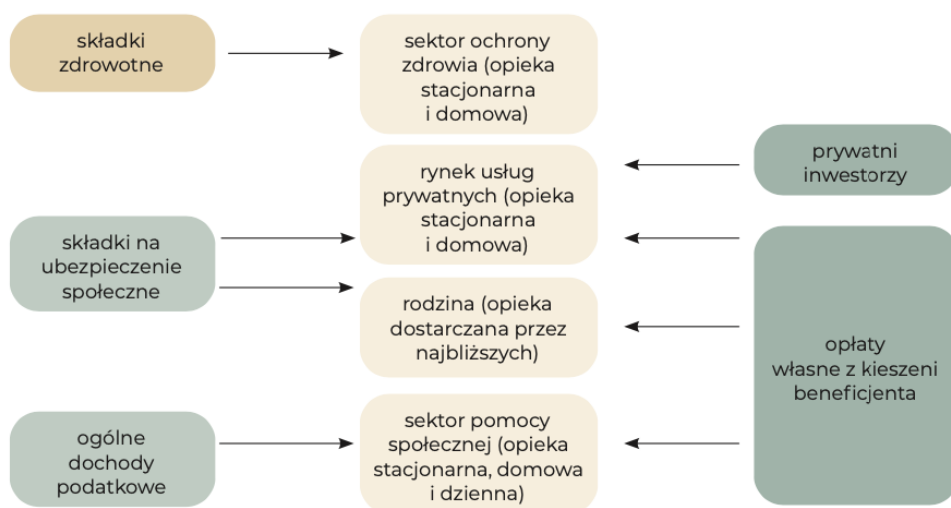
- Innym wyzwaniem jest niski potencjał współpracy międzysektorowej, opisany w „*Ogólnopolskiej diagnozie...*”. W ODT znane są już przykłady partnerstwa wielosektorowego, ale potencjał współpracy z sektorem pozarządowym, prywatnym oraz PES nie jest odpowiednio wykorzystany. Prywatne usługi ODT mogą uzupełniać ofertę systemu publicznego. Statystyka publiczna zawiera dane na temat prywatnych placówek opiekuńczych, ale niewiele wiadomo o usługach zlecanych przez publiczne instytucje ODT usługodawcom prywatnym.
- Brak informacji jest przeszkodą na drodze do egzekwowania potencjalnego systemu kontroli jakości, trudność sprawia również zabezpieczenie poziomu jakości usług świadczonych przez podmioty prywatne (brak odpowiednich przepisów i mechanizmów monitorowania). Potrzebna jest głębsza koordynacja działań w obu sektorach, aby beneficjenci mogli w przyszłości korzystać z nich bez obaw o ciągłość opieki czy standard usług. Z uwagi na obecność różnych podmiotów w systemie, istniejące już obecnie problemy z koordynacją usług ODT staną się jeszcze większym wyzwaniem. Z drugiej strony zróżnicowana oferta usługowa jest szansą na wyeliminowanie braków czy wyrównanie dysproporcji międzyregionalnych.

NAKŁADY NA OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ

- Istotnymi elementami obrazu ODT w Polsce są finansowanie usług oraz dostępność kadr – krytycznego zasobu w opiece długoterminowej. Pełna ocena finansowania ODT w Polsce jest skomplikowana z uwagi na różnorodność mechanizmów finansowania i wielość świadczeń pieniężnych. **ODT w Polsce finansowana jest zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych.** Główne źródła finansowania

publicznego to ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, budżet centralny, budżety samorządów oraz Fundusze Europejskie. Usługi opiekuńcze zapewniane przez podmioty prywatne oraz opieka nieformalna są w całości opłacane bezpośrednio z kieszeni beneficjenta bądź przez jego rodzinę. Opracowany przez Bank Światowy diagram (Rys. 10), przedstawia uproszczony schemat przepływów finansowych dla poszczególnych form opieki.

Rys. 10. System finansowania ODT – przepływy finansowe



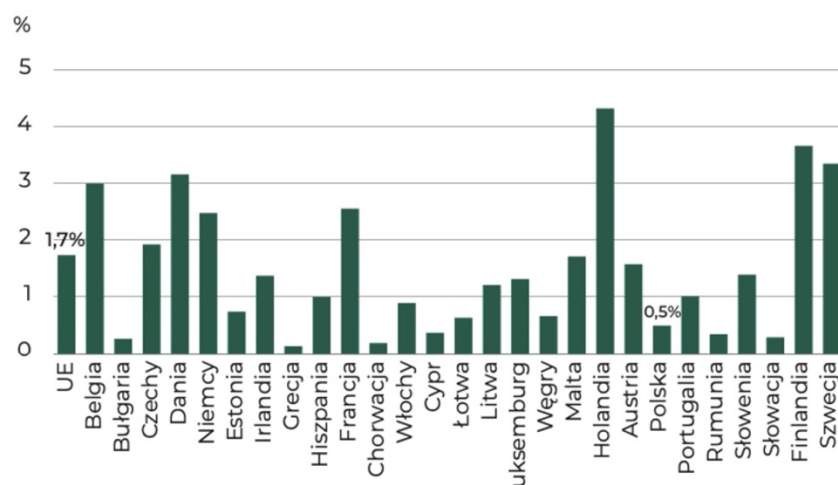
Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- **Jak obliczył BŚ, w 2021 r. całkowite wydatki na ODT (bez świadczeń pieniężnych i opłat bezpośrednich z kieszeni beneficjenta) wyniosły w Polsce 8,5 mld zł.**

Dodatkowe 16 mld zł przeznaczono na świadczenia pieniężne, a beneficjenci dopłacili z własnej kieszeni 1,4 mld zł za świadczenia stacjonarne. Całkowity poziom świadczeń na ODT BŚ szacuje zatem na ok. 26 mld zł. **Całkowite wydatki na ODT wyniosły zatem 1,02% PKB.** Wartość ta odbiega od podawanych przez Eurostat danych liczonych w ramach Systemu Rachunków Zdrowia (SHA). Według Eurostatu z porównania podobnych danych wynika, że w 2021 r. w Polsce wydano na ODT 0,5% PKB. Wydatki na ODT wynoszą obecnie ok. 0,7% PKB, w porównaniu do średnio 1,7% w UE (Wykres 35).²³

²³ Jak podkreśla Raport BŚ, system rachunków zdrowia (ang. SHA) to jedyne rokroczne, kompleksowe źródło danych o nakładach na ODT w skali całej UE, jednak nie wszystkie raportowane dane dotyczą obu komponentów, zdrowotnego i społecznego (Komisja Europejska [2021], Raport w sprawie opieki długoterminowej 2021. Trendy, wyzwania i szanse w starzejącym się społeczeństwie. Tom I).

Wykres 35: Nakłady na ODT jako odsetek PKB w krajach UE w 2021 r.



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- **Struktura wydatków na ODT w Polsce odzwierciedla różnice między liczbą usług świadczonych w ochronie zdrowia oraz w ramach pomocy społecznej.** W 2021 r. na wszystkie usługi ODT w systemie publicznym wydano w Polsce 8,5 mld zł (bez świadczeń pieniężnych). Większość tych usług dostarczono w sektorze pomocy społecznej (6,6 mld zł).
- System ochrony zdrowia odnotował znacznie mniejszą alokację budżetową na cele ODT – 1,9 mld zł. Podobnie jest w przypadku liczby beneficjentów opieki długoterminowej w obu sektorach: zdecydowana większość z nich korzysta z usług oferowanych przez sektor pomocy społecznej. **W obu sektorach mamy zatem do czynienia z nierównomiernym rozłożeniem nakładów na poszczególne formy opieki, np. roczny budżet na całodobową opiekę stacjonarną znacznie przewyższa nakłady na domowe usługi ODT.**
- **Różnice w strukturze wydatków między sektorami są również widoczne na poziomie wydatków na odbiorcę.** W 2021 r. średnie roczne wydatki na ODT w przeliczeniu na pacjenta wyniosły w ochronie zdrowia 17 tys. zł, podczas gdy w pomocy społecznej było to 20,7 tys. zł. Różnice występują także na poziomie trybów świadczenia opieki (opieka stacjonarna, dzienna, domowa), przy czym wyższe wydatki ponosi sektor pomocy społecznej. Ze względu na różnice między sektorami, podobne usługi ODT mogą być jednak rozliczane w inny sposób. W Tabeli 75 zestawiono całkowite wydatki na ODT w sektorze pomocy społecznej i w sektorze ochrony zdrowia w latach 2019-2021, w podziale na trzy rodzaje opieki. Dane wskazują na znaczny wzrost kosztów.

Tabela 75. Wydatki publiczne na jednego odbiorcę usług ODT z podziałem na rodzaje opieki w latach 2019, 2020, 2021

WYDATKI PUBLICZNE NA JEDNEGO KLIENTA ROCZNIE W ZŁ	2019	2020	2021
Opieka stacjonarna	38578	43771	44240
Opieka dzienna	12326	16434	17806
Opieka domowa	6065	6641	6782
Sektor pomocy społecznej ogółem	16469	20074	20667
WYDATKI PUBLICZNE NA JEDNEGO KLIENTA MIESIĘCZNIE W ZŁ	2019	2020	2021
Opieka stacjonarna	3215	3648	3687
Opieka dzienna	1027	1370	1484
Opieka domowa	505	553	565
Sektor pomocy społecznej ogółem	1372	1673	1722

Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

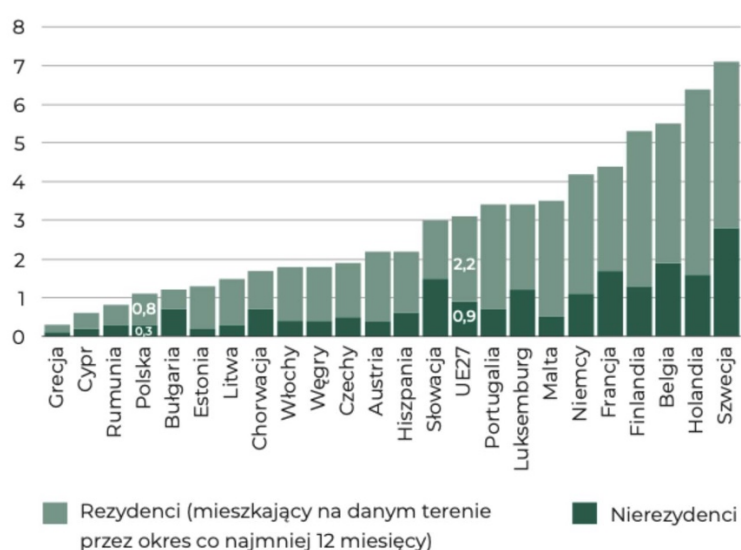
6782	Tyle wynosił roczny koszt opieki domowej świadczonej w systemie ODT w przeliczeniu na jednego klienta w 2021 r.
15%	Tyle wynosił roczny koszt opieki domowej w relacji do koszty opieki stacjonarnej w DSP lub ZOL (2021)

- Struktura wydatków analizowanych w okresie 2019-2021 ujawnia, że największy koszt generuje opieka długoterminowa, co nie stanowi niespodzianki. **Roczny koszt wsparcia w opiece domowej wynosił według analiz zaledwie 15% kosztu opieki stacjonarnej, podczas gdy koszt opieki dziennej (w ośrodku zapewniającym opiekę dzienną) stanowił 40% kosztu opieki długoterminowej.** Ze względu na strukturę opieki, średni roczny koszt w przeliczeniu na odbiorcę wyniósł 20,6 tys. zł.
- Zwraca uwagę relatywnie wysoki koszt opieki dziennej w systemie, bardziej może jednak niepokoić tendencja do wzrostu kosztów – koszty opieki stacjonarnej wzrosły w trzyletnim okresie o 15%. W sektorze pomocy społecznej opieka stacjonarna odpowiada za 45% całkowitych rocznych wydatków na ODT realizowaną w ramach tego sektora, podczas gdy w sektorze ochrony zdrowia jest to jedynie 14,5% ogółu wydatków na opiekę długoterminową.

KADRY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

- **Jednym z głównych wyzwań dla rozwoju usług ODT jest niedobór pracowników. Choć prognozy rynku pracy wskazują na wzrost potencjalnej puli pracowników w obu sektorach, wyzwaniem pozostaje starzenie się kadr oraz stosunkowo niski prestiż zawodu.** W sektorze ODT występują poważne niedobory kadrowe, które z czasem prawdopodobnie będą się pogłębiać.
- W latach 2019-2021 liczba osób zatrudnionych w DPS na stanowiskach edukacyjnych, opiekuńczych i terapeutycznych wzrosła o 1250, do łącznej liczby 36,6 tys. W latach 2019-2021 w sektorze ochrony zdrowia zaobserwowano z kolei zmniejszenie liczebności personelu medycznego w placówkach ZOL/ZPO (o 360 osób) do 16 860 pracowników. Prognozy dotyczące przyszłego zapotrzebowania na opiekę wskazują, że wskutek wzrostu popytu systemy publiczne znajdą się pod coraz większą presją i chociaż innowacje technologiczne mogą poprawiać wydajność, świadczenie opieki będzie wymagać liczniejszych zasobów kadrowych.
- Sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, że Polska już teraz ma niemal najniższy wskaźnik liczby pracowników ODT przypadających na 100 osób w wieku 65+ (Wykres 36). **Wskaźnik ten nie zmienił się przez ostatnią dekadę i w latach 2011-2019 utrzymywał się na poziomie jednego pracownika ODT na 100 osób starszych w populacji.** Większość krajów UE, w tym Polska, zgłasza znaczną liczbę nieobsadzonych wakatów lub prognozuje wzrost zapotrzebowania na personel.

Wykres 36. Udział procentowy personelu ODT w populacji pracujących w wybranych krajach EU (oba sektory), 2019



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- **Nie wszyscy jednak pracownicy ODT są w Polsce ujęci w statystykach.** Dostępne dane pozwalają na analizę stanu kadrowego jedynie w wybranych stacjonarnych placówkach ODT, w tym w DPS, ZOL i ZPO, oraz w domowej ODT w sektorze ochrony zdrowia. Dane zebrane przez BŚ za pomocą ankiety umożliwiły przeprowadzenie dodatkowej analizy opieki nieformalnej. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych przez BŚ w 2023 r. wskazują np., że opieka domowa świadczona przez członków rodziny dostarczana jest najczęściej w wymiarze od godziny do trzech godzin dziennie każdego dnia.
- Prognozy BŚ wskazują, że średnia liczba potrzebnych godzin opieki, wynikająca z obecnej struktury płci i wieku, **wzrośnie w sektorze z 10,5 godziny miesięcznie w 2022 r. do 13,2 godziny miesięcznie w 2050 r.** Analizy wskazują również na znaczne zróżnicowanie regionalne (bazujące na danych historycznych). Aby zapewnić opiekę dodatkowym osobom, potrzebnych będzie zatem 17% więcej pracowników dostarczających opiekę domową niż obecnie (co oznacza około 5100 pracowników więcej).

3

Tyle godzin dziennie poświęcają przeciętnie opiekunowie nieformalni na opiekę nad swoimi podopiecznymi (BŚ)

- **W dwoistym systemie ODT brakuje wspólnych standardów zawodowych i zasad zatrudnienia.** W przypadku DPS zasady zatrudnienia są uregulowane, w innych placówkach pomocy społecznej świadczących usługi ODT nie obowiązują jednolite wymagania kadrowe. Sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się z kolei ściślej określonymi wymogami co do kwalifikacji zatrudnionych w nim osób. Obowiązują również minimalne stawki wynagrodzeń dla pielęgniarek i lekarzy zatrudnionych w określonych podmiotach sektora ochrony zdrowia. **Istotnym problemem jest, że w praktyce sektor ten jest obecnie bardziej konkurencyjny jako miejsce zatrudnienia niż sektor pomocy społecznej.**
- Do podjęcia pracy opiekuńczej zniechęcają także czynniki takie jak wymagające warunki pracy, niewielkie możliwości rozwoju i częsty brak adekwatnego wsparcia przy realizacji usług ODT. Kwestie te nasilają się w przypadku usług świadczonych nieformalnie (dominujący model w przypadku opieki nad osobami starszymi), co rodzi pytania adekwatność doświadczenia, wiedzy i kompetencji opiekunów rodzinnych i zatrudnianych prywatnie.

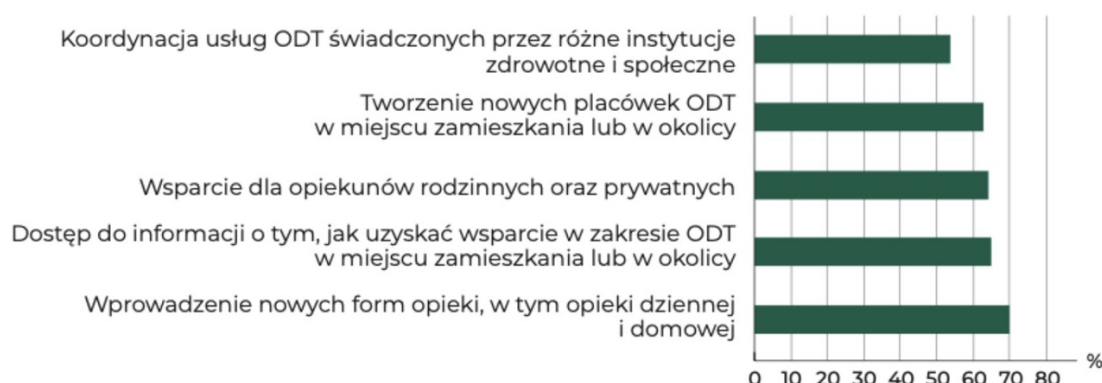
WYZWANIA ZMIAN SYSTEMU ODT W POLSCE

- **Jak wskazuje omawiany wyżej szczegółowo Raport Banku Światowego „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce”, nasz kraj mierzy się obecnie z ogromnym wyzwaniem, jakim jest zapewnienie dostępu do przystępnych cenowo usług ODT dobrej jakości.** Wyniki ankiety przeprowadzonej przez BŚ w 2023 r. w ramach konsultacji społecznych wskazują, że 96% respondentów uważa dostęp do usług ODT za najważniejszy sposób zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobom starszym i z niepełnosprawnością.
- 96% respondentów ocenia, że uprawnienia do korzystania z usług ODT powinny zależeć od indywidualnej sytuacji życiowej osoby niesamodzielnej i warunków środowiskowych, w jakich ta osoba funkcjonuje. Jeśli chodzi o poprawę dostępności, 78% respondentów sugeruje wprowadzenie nowych form opieki, a w dalszej kolejności: tworzenie nowych placówek ODT, zwiększenie liczby personelu, koordynację usług opiekuńczych oraz poprawę informowania o procesie leczenia i możliwościach opieki.

96%	Tyle respondentów konsultacji społecznych BŚ uważa zapewnienie ODT za najważniejszy sposób wsparcia osób starszych i OzN
36%	Odsetek respondentów w badaniu Banku Światowego, którzy negatywnie oceniają dostępność informacji na temat możliwości korzystania z usług opieki długoterminowej
70%	Tylu ankietowanych mieszkańców Polski w przekrojowych badaniach Banku Światowego uznało rozwój wprowadzenie środowiskowych form opieki za najbardziej potrzebne działania w ODT

- Zdaniem 65% respondentów ankiety BŚ w procesie konsultacji społecznych **usługi ODT dostępne obecnie w Polsce są niewystarczające**, a wśród respondentów już korzystających z systemu ODT odsetek ten wzrasta do 69%. Ponad jedna trzecia (36%) respondentów negatywnie ocenia dostęp do informacji na temat możliwości korzystania z usług ODT. Wyniki te podkreślają pilną potrzebę bardziej wystandardyzowanego i sprawiedliwego podejścia do planowania i świadczenia usług ODT we wszystkich województwach, z naciskiem na poprawę dostępu, zaspokojenie konkretnych potrzeb opiekuńczych i lepsze rozpowszechnianie informacji.
- Respondenci wskazują, że najbardziej potrzebne działania to wprowadzenie nowych form opieki, w tym dziennej i domowej (70% wskazań), lepszy dostęp do informacji, wsparcie dla opiekunów rodzinnych i prywatnych, tworzenie nowych placówek ODT w miejscu zamieszkania lub okolicy (ponad 60% – Wykres 37).

Wykres 37. Jakiego rodzaju wsparcie jest najbardziej potrzebne, by móc lepiej opiekować się długoterminowo osobą starszą lub z niepełnosprawnością



Źródło: Bank Światowy, 2024, „Przegląd...”

- W badaniach „*Ogólnopolska diagnoza...*”, odbiorcy usług wskazali z kolei, że do utrzymania i przedłużenia samodzielności niezbędny jest **rozwój usług rehabilitacyjnych (40%), domowe wizyty lekarza i pielęgniarki oraz pomoc w codziennych czynnościach domowych (34%)**. Ponad 30% respondentów wskazało na potrzebę zapewnienia im kontaktu z otoczeniem oraz wsparcia psychologicznego w samotności i złym nastroju, a także zapewnienia transportu, pomocy w zakupach oraz drobnych naprawach w domu (usługi „złotej rączki”). Z kolei zdaniem instytucji, aby umożliwić jak największej liczbie osób niesamodzielnych funkcjonowanie w ich miejscu zamieszkania rozwijać należy przede wszystkim: (1) usługi opiekuńcze w środowisku, (2) usługę asystenta osobistego dla OzN, (3) opiekę wytchnieniową, (4) wsparcie sąsiedzkie, (5) specjalistyczne usługi opiekuńcze w środowisku²⁴.
- W „*Ogólnopolskiej diagnozie...*” instytucje ze swojej perspektywy wskazały kilka **priorytetów rozwoju usług dla osób niesamodzielnych**. Należą do nich (1) tworzenie mieszkań wspomaganych i zwiększanie nacisku na usamodzielnianie się podopiecznych, (2) tworzenie dziennych ośrodków wsparcia, szczególnie dla osób z chorobami otępiennymi, ale także innych osób zależnych, (3) poszerzanie współpracy ze społecznością lokalną, zarówno w zakresie otwierania placówki na działania pomocowe świadczone w środowisku, jak również świadczenie usług dla społeczności lokalnej na terenie domu pomocy społecznej, (4) zakładanie rodzinnych domów oraz (5) zwiększenie dostępności wsparcia psychologicznego dla rodzin i podopiecznych.

²⁴ „*Ogólnopolska diagnoza...*”, s. 95-108

40%

Tyle JOPS mogłoby uruchomić w ciągu 24 miesięcy uruchomić usługi wsparcia w gospodarstwie domowym – według danych „Ogólnopolskiej diagnozy...”

- Po stronie instytucji istnieje potencjał, by takie usługi rozwijać. 30-40% jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w Polsce deklaruje, że może w ciągu najbliższych dwóch lat rozwinąć sporą paletę usług środowiskowych. **Najszybciej – usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, asystenckie, cateringowe, terapii zajęciowej.** Możliwość dość szybkiego rozwinięcia usług deklarują zarówno placówki w środowisku, jak i domy pomocy społecznej, choć te drugie w mniejszym stopniu. Także one deklarują jednak możliwość rozpoczęcia świadczenia w najbliższych miesiącach np. usług wytchnieniowych czy opiekuńczych i wychodzenia z nimi do środowiska. W okresie kilkunastu miesięcy aż 40% badanych instytucji mogłoby uruchomić usługi wsparcia w gospodarstwie domowym, a ponad 20% z nich – usługi opiekuńcze podstawowe i specjalistyczne, teleopiekę i opaski oraz usługi wytchnieniowe i wsparcie psychologiczne. Gdyby ten potencjał rzeczywiście zmaterializował się w postaci usług społecznych, oznaczałoby to znaczny wzrost dostępności usług w środowisku.
- **Transformacja instytucji – w tym przypadku instytucji świadczących usługi ODT – jest naturalnym zagadnieniem wpisanym w politologiczny paradygmat neoinstytucjonalizmu, ale w praktyce jest to często zadanie trudne²⁵.** Wymaga olbrzymiej woli politycznej i sprawczości organizacyjnej, a często także odwagi naruszenia różnych interesów wynikających z silnej zależności instytucji od szlaku (*path dependence*). Już samo określenie „deinstytucjonalizacja” jako paradygmat zmian w systemie ODT sugeruje pewien rodzaj walki z instytucjami, które na gruncie nauk społecznych postrzega się jako reguły gry panujące w społeczeństwie, podstawę porządku społecznego i kontekst działania jednostek w zbiorowości²⁶. Tak idea ta jest również odbierana przez część instytucji, zwłaszcza placówki zapewniające opiekę stacjonarną. Ich kierownicy i pracownicy często nie rozumieją, dlaczego zaczęli być postrzegani jako „niechciane ogniwo systemu”.
- Dlatego autorzy monografii „*Deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób niesamodzielnych*”, podkreślają, że **deinstytucjonalizacja wymaga pilnego dookreślenia na poziomie wartości, celu i strategii²⁷.** „Ogólnopolska diagnoza...” ujawniła, że dla dostawców i odbiorców usług wcale nie jest jasne, jaki jest głębszy

²⁵ J.G. March, J. P. Olsen, *Instytucje. Organizacyjne podstawy polityki*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005

²⁶ J. Turner, *The institutional order*, Longman, New York, 1977

²⁷ Więcej: E. Zdebska, A. Mirczak, P. Wiśniewski, P. Bańczyk, „*Deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób niesamodzielnych*”, Uczelnia Korczaka / Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Elipsa, Warszawa 2024

sens tego procesu. Nie jest dla nich również jasne, jaką rolę powinny pełnić w nim jednostki świadczące usługi całodobowe (DPS). To obecnie ponad 900 publicznych placówek w sektorze społecznym z ponad 80 tys. miejsc – potencjał instytucjonalny, który nie powinien być zmarnowany. DPS mają potencjał do zmiany i rozwijania usług w środowisku. Nieporozumieniem byłoby traktować je jako zbędny, czy też „gorszy” element systemu.

- **Warto zatem zastanowić się nad tym, jak przeprowadzić transformację systemu ODT, by placówki świadczące ODT w formie stacjonarnej mogły odgrywać również rolę dostawców usług środowiskowych czy np. pełnić funkcje edukacyjne, przygotowywania osób starszych i ich rodzin do perspektywy stopniowej utraty samodzielności.** Diagnoza wskazała na istotny deficyt w tym obszarze. Rodziny często nie wiedzą, jak zapewnić najbliższemu wsparcie, które pozwala na utrzymanie samodzielności. Wypracowanie mieszanej, hybrydowej formuły działania placówek całodobowych mogłoby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa menedżerów i pracowników tych jednostek, które pełnią istotną rolę w systemie i zapewne pełnić jej nie przestaną. Obecnie część z nich czuje się podmiotem „gorszego sortu”, który ma podlegać bliżej nieokreślonemu „ograniczaniu”.
- **„Przegląd...” Banku Światowego zaleca w celu przyspieszenia rozwoju systemu ODT przeprowadzenie w ciągu najbliższego roku-dwóch-trzech głównych reform:**
 1. **przyjęcie prawnie wiążącej, spójnej definicji ODT zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej** – co pomoże usprawnić zarządzanie i finansowanie oraz podnieść jakość usług;
 2. **zwiększenie finansowania ODT** – co poprawi dostęp do usług i ich jakość, a także jakość zarządzania i efektywności systemu ODT;
 3. **opracowanie ram jakości ODT** – nowy system jakości, monitorowania oraz gromadzenia i wykorzystywania danych w celu poprawy jakości usług.
- **Jednolita definicja, dodatkowe finansowanie i ramy jakości są według Banku Światowego fundamentem dalszych reform.** Finansowanie i ustawodawstwo to dwa warunki konieczne do zastosowania rozwiązań z innych obszarów opisanych w raporcie, w tym reformy kadrowej, poprawy dostępu do usług i lepszej koordynacji w ramach systemu. Mają one na celu poprawę skuteczności obecnego systemu i przygotowanie do wprowadzenia dalszych reform w przyszłości.

- **Wprowadzenie jednolitej definicji ODT jest z kolei konieczne dla klarowności systemu.** Szacuje się, że opieka długoterminowa w Polsce jest regulowana przez 70 aktów prawnych, co tworzy chaos instytucjonalno-prawny, utrudniający świadczenie zintegrowanych usług. Obecnie istnieje co prawda definicja opieki długoterminowej opracowana przez Ministerstwo Zdrowia, nie ma jednak definicji wspólnej dla obu sektorów, tzn. zdrowotnego i społecznego. W użyciu są różne definicje, tymczasem zgodnie z Zaleceniem Rady UE z 2022 r. oraz Komitetu Ochrony Społecznej z 2021 r. ODT powinna obejmować usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości, choroby lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej przez dłuższy czas potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego lub pewnej stałej opieki pielęgnacyjnej. Pojęcia takie jak „osoba starsza”, „niepełnosprawność” czy „niesamodzielność” również nie są zdefiniowane prawnie, zatem mogą być używane w różnych kontekstach i różnie rozumiane.
- Potrzebny jest również system informacji o usługach, by zmniejszyć zamieszanie informacyjno-kompetencyjne, które wydłuża ścieżkę dostępu beneficjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. **Obiorcy usług i ich rodziny skarżą się, że nie potrafią dotrzeć do informacji dotyczących dostępu do opieki długoterminowej na poziomie gminy.** Utrudnienia dostępu do opieki wynikają zarówno z czynników popytowych, jak i podażowych. Usługodawcy w systemie nie zawsze wiedzą, kto kwalifikuje się do jakiej usługi oferowanej przez inny sektor. Z kolei odbiorcy usług, podejmują decyzje bez niezbędnej wiedzy, przez co mogą być one nieoptymalne.
- **Bank Światowy rekomenduje również poprawę jakości zarządzania.** Dotychczas nie zostały wypracowane mechanizmy należytej koordynacji międzysektorowej, przez co opieka jest udzielana fragmentarycznie i nie zawsze efektywnie. Luki w koordynacji i zarządzaniu mogą być hamulcem w procesie szerokich zmian strategicznych, takich jak odejście od instytucjonalizacji ODT. Do najślabszych ogniw w łańcuchu zarządzania ODT w Polsce zaliczany jest brak wspólnych dla obu systemów, ram zarządzania oraz rozproszone źródła finansowania. Nadmiernie skomplikowana struktura administracyjna wpływa na realizację usług, co ma skutek w postaci dynamiki regulacji czy regionalnych dysproporcjach w finansowaniu i realizacji usług. Ład zarządczy i proces decyzyjny wymagają również dostępu do zintegrowanych danych, tymczasem są one fragmentaryczne i niespójne.
- **Z powodu niskiej dostępności mierników jakości i bardzo ograniczonego nadzoru, kontrola jakości usług ODT jest w Polsce dalece niewystarczająca.** Pomimo określonych w poszczególnych rozporządzeniach tzw. standardów, na podstawie których placówki ODT mogą legalnie działać na rynku usług, brakuje spójnej definicji jakości mającej zastosowanie zarówno do sektora ochrony zdrowia, jak i pomocy

społecznej, a także uniwersalnych wskaźników do pomiaru i oceny jakości usług. Brakuje również odpowiednich standardów jakości. Do najczęstszych nieprawidłowości należą m.in. niespełnione standardy opieki medycznej oraz niedobory kadrowe. **W przeprowadzonych przez Bank Światowy badaniach opinii publicznej niemal połowa dorosłych Polaków ma złe zdanie o jakości usług ODT, a wśród osób, które korzystają z tych usług, odsetek negatywnych ocen jest jeszcze wyższy.** Przeprowadzone przez BŚ konsultacje społeczne wskazują dodatkowo na potrzebę systemowego rozwiązania kwestii kontroli jakości, co będzie wymagać zdecydowanych działań instytucji szczebla krajowego oraz zaangażowania władz regionalnych.

XI. Słownik pojęć i definicji

Poniżej przedstawione zostały pojęcia i definicje kluczowe dla opieki długoterminowej, używane w Raporcie, wraz z podaniem źródeł. Ilekroć w raporcie mowa o opiece długoterminowej, usługach środowiskowych, usługach domowych czy stacjonarnych, należy te pojęcia rozumieć w sposób opisany poniżej. Jak wskazują ekspertyzy i rekomendacje, obszar opieki długoterminowej (ODT) wymaga przyjęcia jednolitej nomenklatury, by usługi były rozumiane w sposób spójny przez wszystkich interesariuszy.

DEFINICJA	OBJAŚNIENIE
Opieka długoterminowa (ODT)	Zgodnie z „Wytycznymi...”²⁸ to: „zakres usług udzielanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym przewlekłe chorym, które przez dłuższy czas potrzebują pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego, a które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opiekę tę stanowią usługi zdrowotne lub społeczne polegające na świadczeniu w szczególności: a) długotrwałej opieki pielęgniarstwa; b) rehabilitacji; c) świadczeń terapeutycznych; d) usług pielęgnacyjnych, opiekuńczych oraz innych usług wspierających osoby; e) kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego. ODT może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników świadczących usługi opiekuńcze) lub opiekunów faktycznych (nieformalnych) – rodzinę, osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą, bliskich, wolontariuszy).
Niezależne życie	W odniesieniu do osób niepełnosprawnych i starszych termin ten bywa często używany wymiennie z terminem „życie w społeczności”. Nie znaczy on „wykonywania czynności samodzielnie” ani „samowystarczalności”. Niezależne życie wiąże się ze zdolnością dokonywania wyborów i podejmowania decyzji co do miejsca zamieszkania, współmieszkańców oraz sposobu organizacji życia codziennego. Wymaga ono: a) dostępności środowiska architektonicznego; b) dostępnego transportu; c) dostępności pomocy technicznych; d) możliwości dostępu do informacji i komunikacji; e) dostępu do pomocy osobistej, a także coachingu osobistego i zawodowego oraz e) dostępu do usług świadczonych na poziomie

²⁸ Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027. Minister Funduszy i Polityki Regionalnej. Warszawa, 6 grudnia 2023.

	lokalnych społeczności ²⁹ .
Osoba niesamodzielną	Osoba wymagająca stałej albo długotrwałej opieki lub/i pomocy innych osób w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, higieny osobistej i otoczenia oraz prowadzenia gospodarstwa domowego z powodu naruszenia sprawności organizmu. Osoba taka wymaga wsparcia opiekuna.
Osoba potrzebująca wsparcia w samodzielnym funkcjonowaniu	Zgodnie z „Wytycznymi...”, osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z nie możliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
Opiekun faktyczny (nieformalny)	Osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.
Deinstytucjonalizacja	Deinstytucjonalizacja oznacza: ³⁰ a) zapobieganie niepotrzebnemu czy nadmiernemu umieszczaniu i przetrzymywaniu ludzi w placówkach stacjonarnych (zwłaszcza w opiece długoterminowej); b) proces tworzenia alternatyw w społecznościach lokalnych dla umieszczania w placówkach stacjonarnych, na przykład takich jak terapia środowiskowa, szkolenia, edukacja i rehabilitacja osób, które nie muszą przebywać w takich placówkach; c) przechodzenie od wsparcia o charakterze instytucjonalnym do opieki świadczonej w środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej. UNICEF definiuje deinstytucjonalizację jako „całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki nad dziećmi bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty” ³¹ .
Jednostka organizacyjna pomocy społecznej (JOPS)	Zgodnie z Art. 6, pkt 5 Ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r., regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych

²⁹ European Network on Independent Living, ENIL's Key definitions in the Independent Living area [„Najważniejsze definicje ENIL dotyczące niezależnego życia”, 2009, dokument dostępny pod adresem: <http://www.enil.eu/policy/>.

³⁰ Definicja wprowadzona przez zespół badawczy raportu „Ogólnopolska diagnoza...”

³¹ UNICEF, At Home or in a Home? *Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia* [„W domu czy w domu dziecka – formalna opieka nad dziećmi oraz adopcja w Europie Wschodniej i Azji Środkowej”], 2010, s. 52.

	– w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818), dom pomocy społecznej, placówka specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia i ośrodek interwencji kryzysowej.
Ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych	Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zadania pomocy społecznej w gminach wykonują jednostki organizacyjne - ośrodki pomocy społecznej lub centra usług społecznych, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (art. 110).
Dom pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej – zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, placówki te świadczą usługi osobom wymagającym całodobowej opieki niemogącym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych (Art. 54).
Inne placówki świadczące opiekę całodobową	Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, znajdujące się w prowadzonym przez Wojewodę rejestrze placówek. Zasady tworzenia i prowadzenia tych placówek określa art. 68 ustawy o pomocy społecznej, a także przepisy wykonawcze. Placówki tego typu podlegają zasadniczo mniej szczegółowym regulacjom oraz mniej wyśrubowanym standardom. Katalog usług, jakie tego typu instytucje powinny zapewnić swoim mieszkańcom jest zwykle węższy niż w DPS.
Instytucja zapewniająca całodobowe utrzymanie	Kategoria, do której zalicza się dom pomocy społecznej, placówkę opiekuńczo-wychowawczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, areszt śledczy, zakład karny, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, szkołę wojskową lub inną szkołę, jeżeli instytucje te zapewniają nieodpłatnie pełne utrzymanie.
Schronisko dla osób w kryzysie bezdomności	Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej zapewnia osobom bezdomnym, które podpisały kontrakt socjalny, całodobowe, tymczasowe schronienie oraz usługi ukierunkowane na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej.
Usługi świadczone całodobowo	Usługi w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach jest nie większa niż 30, opieka wytchnieniowa – tworzenie miejsc

	krótkookresowego pobytu (opieka zastępcza na czas odpoczynku lub nieobecności opiekuna faktycznego) w formie całodobowej (lub dziennej) w zastępstwie za opiekunów faktycznych, usługi w postaci mieszkań wspomaganych z koszykiem usług, usługi w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej, (liczba osób od 3 do 8), centra opiekuńczo-mieszkalne jako jedna z form ośrodka wsparcia, środowiskowe domy samopomocy z miejscami całodobowymi, domy pomocy społecznej, stanowiące ostateczną formę wsparcia świadczoną w sytuacji braku możliwości zapewnienia wystarczającego wymiaru pomocy i zakresu usług w miejscu zamieszkania.
Usługi świadczone w trybie dziennym	Świadczone przez ośrodki wsparcia, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, świadczące wsparcie w systemie dziennym, w tym: dzienne domy pomocy, domy senior+ i kluby Senior+, środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy, dzienne domy opieki medycznej, gospodarstwa opiekuńcze, podmioty wspierające reintegrację społeczno-zawodową osób z niepełnosprawnościami (spółdzielnie socjalne, warsztaty terapii zajęciowej), domy pomocy społecznej – w zakresie świadczeń opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nich niezamieszkujących, na podstawie art. 55 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej, a także prowadzenia działalności w formie ośrodka wsparcia, mieszkań wspomaganych z koszykiem usług oraz świadczenia opieki wytchnieniowej.
Usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności³²	Usługi społeczne lub zdrowotne umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny lub społeczności lokalnej oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Są to usługi świadczone w sposób: a) zindywidualizowany, b) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami c) zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem, d) gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej. W „Wytycznych...” termin odnosi się do całej gamy usług umożliwiających życie w społeczności. Obejmuje on podstawowe usługi, takie jak mieszkalnictwo, opieka zdrowotna, edukacja, zatrudnienie, kultura i rozrywka, które powinny być dostępne dla wszystkich bez względu na rodzaj niepełnosprawności bądź wymagany stopień wsparcia. Odnosi się również do usług specjalistycznych, takich jak pomoc osobista dla osób niepełnosprawnych, opieka krótkoterminowa w zastępstwie itp. Ponadto termin ten obejmuje opiekę rodzinną i zbliżoną do rodzinnej, w tym zastępczą opiekę rodzinną i środki profilaktyczne w zakresie wczesnej interwencji oraz wsparcia dla rodzin.

³² Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, www.deinstitutionalisationguide.eu.

Usługi świadczone w społeczności lokalnej - zakres	W zakres usług świadczonych w społeczności lokalnej wchodzi: a) usługi opiekuńcze, świadczone przez opiekunów faktycznych lub w postaci: usług sąsiedzkich, usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub dziennych form usług opiekuńczych; b) opieka wytchnieniowa w formie całodobowego krótkookresowego pobytu (nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) w placówkach, w których liczba miejsc całodobowego pobytu nie jest większa niż 8 lub w formie dziennego pobytu; c) usługi w rodzinnym domu pomocy, d) usługi w ośrodkach wsparcia (zarówno w formie pobytu dziennego jak i całodobowego), o ile liczba miejsc w tych ośrodkach nie jest większa niż 8; e) usługi w gospodarstwach opiekuńczych w formie pobytu dziennego lub całodobowego, o ile liczba miejsc pobytu całodobowego w tych gospodarstwach nie jest większa niż 8; f) usługi asystenckie, świadczone przez asystentów na rzecz osób z niepełnosprawnościami (oraz ich rodzin), umożliwiające stałe lub okresowe wsparcie tych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego; g) usługi asystenckie dla innych grup niż osoby z niepełnosprawnościami, z wyłączeniem asystentury rodzinnej; h) usługi pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej; i) opieka paliatywna i hospicyjna w formach zdeinstytucjonalizowanych; j) poradnictwo specjalistyczne, świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych; k) usługi w postaci mieszkań treningowych lub mieszkań wspomaganych, o ile liczba miejsc w mieszkaniu nie jest większa niż 3; l) usługi interwencji kryzysowej, m) usługi przeciwdziałania przemocy, w tym przemocy domowej.
Usługi opiekuńcze (UO)	Obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO)	Usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.
Usługi domowe (świadczone w warunkach domowych)	Usługi świadczone w domu/miejscu zamieszkania osoby korzystającej z usługi/usług. Należy nadmienić, iż usługi te mieszczą się w definicji usług świadczonych w środowisku, doprecyzowując miejsce ich wykonywania.
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania stanowią świadczenie niepieniężne

	obejmujące: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację i w miarę możliwości kontakty z otoczeniem. Usługi opiekuńcze wiążą się z pomocą w wykonywaniu czynności dnia codziennego (tzw. ADL, „<i>activity of daily living</i>”), tj.: wstawanie, ubieranie się, kąpanie, mycie, samodzielne korzystanie z toalety, przygotowanie i spożywanie posiłków, w pełni samodzielne funkcjonowanie nawet w najbliższym otoczeniu gospodarstwa domowego.
Usługi o charakterze bytowym	Do usług o charakterze bytowym zalicza się takie działania, jak m.in. zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia, utrzymania czystości.
Usługi o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym	Czynności związane z potrzebami z obszaru medycznego tj. zmiana bielizny osobistej i pościelowej, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń, zgłaszanie wizyt lekarskich, realizacja recept i zaleceń lekarskich, inne czynności wynikające ze stanu chorego np. toaleta chorego w łóżku, pomoc przy kąpieli, prześcielenie łóżka.
Usługi pielęgniarские w opiece domowej	Zakres usług domowych obejmuje m.in. leczenie ran i odleżyn, wymianę opatrunków i cewników, podawanie leków, podłączanie kroplówek, wykonywanie iniekcji; pomoc opiekunom chorego i uczenie ich zasad pielęgnacji i codziennych czynności (mycie, zmiana pieluchomajtek, podawanie leków, karmienie); pomoc w pionizowaniu chorego, prowadzenie ćwiczeń oddechowych i podstawowych ćwiczeń ogólnousprawniających, doradzanie w pozyskaniu sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego, edukację bliskich w zakresie opieki nad chorym, przepisywanie niektórych leków zgodnie z uprawnieniami, wypisywanie skierowań na określone badania oraz zlecenia na wyroby medyczne (pieluchomajtki, wózki inwalidzkie, okulary i inne).
Usługi o charakterze wspierającym (aktywizacyjno-usprawniającym)	Należą do nich m.in. umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizowanie, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej (w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej), umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnienie warunków do rozwoju samorządności, stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, działania zmierzające do usamodzielnienia (w miarę możliwości), pomoc w podjęciu pracy, zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, pomoc w sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg oraz wniosków.

Usługi o charakterze wspomagającym	Obejmują m.in. wsparcie informacyjne, szkoleniowe, doradcze, poradnictwo, w tym psychologiczne i psychoterapeutyczne.
Usługi o charakterze uzupełniającym	Działania polegające m.in. na możliwości dowozu uczestników, np. do ośrodka wsparcia dziennego, załatwienie spraw urzędowych, dowóz do lekarza, likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby starszej, wypożyczenie sprzętu pielęgnacyjnego, medycznego i rehabilitacyjnego, usługę dowozu posiłku, teleopiekę.
Opieka wytchnieniowa	Opieka (trwająca nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego) oraz wsparcie dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocy.
Ogólnoeuropejskie wytyczne³³	Zgodnie z „Wytycznymi...”³⁴ na terenie całej Unii Europejskiej setki tysięcy osób starszych, niepełnosprawnych, mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz dzieci opuszczonych i wymagających szczególnej ochrony przebywają w dużych <u>zakładach stacjonarnych</u> , co skutkuje ich segregacją. Instytucje te powstały pierwotnie, aby zapewnić pensjonariuszom opiekę, wyżywienie i schronienie, ale zgromadzone dowody wskazują, że nie pozwalają one świadczyć usług dostosowanych do potrzeb indywidualnych osób ani zapewnić odpowiedniego wsparcia niezbędnego do pełnej integracji. Wskutek fizycznego oddzielenia od społeczności i rodzin zdolność oraz stopień przygotowania osób, przebywających bądź wychowujących się w zakładach, do pełnego uczestnictwa w życiu swojej społeczności i całego społeczeństwa ulegają poważnemu pogorszeniu. W wytycznych zakład definiuje się jako każdą placówkę opieki stacjonarnej, w której: a) pensjonariusze są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni mieszkać razem; b) pensjonariusze nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą; c) wymagania organizacyjne mają zazwyczaj pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców.

³³ Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, www.deinstitutionalisationguide.eu.

³⁴ Wytyczne przygotowano w ramach projektu Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w lokalnej społeczności, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

XII. Bibliografia

- Bank Światowy, *Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce*, 2024.
- Błędowski P. (red.), *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce, cele i wyzwania*, Warszawa 2021.
- Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.), *PolSenior 2, Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdańsk 2021
- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda Z., *Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania*, w: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*, Warszawa 2016.
- Bojanowska E., Chaczko K., Krzyszkowski J., Zdebska E. (red), *Pomoc społeczna. Idea – rozwój – instytucje*, Warszawa 2022.
- Chaczko K., *Przełamując fale: usługi socjalne i przyszłość lokalnej polityki społecznej*, Nowy Obywatel, 35/2021.
- Ćwirlej-Sozańska A., Wilmowska-Pietruszyńska A. (2015), *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – model biopsychospołeczny*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka”, nr 8(527).
- Doiczman-Łoboda N., Frąckowiak-Sochańska M., Hermanowski M., Kasprzak T., Kotlarska-Michalska A., Necel R., Oliwa-Ciesielska M., Zaręba M., *Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w czasie pandemii*, Poznań 2021.
- Durasiewicz A., *W kierunku rozwoju polityki rodzinnej w Polsce*. Warszawa 2017.
- European Network on Independent Living, ENIL's Key definitions in the Independent Living area [„Najważniejsze definicje ENIL dotyczące niezależnego życia”], 2009, (<http://www.enil.eu/policy/>).
- Freyhof G. (i in.), Included in Society. Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People, Stockholm 2004.
- Golczyńska-Grondas A., Błaszczuk M., *Deinstytucjonalizacja placówek opieki całonocnej nad dziećmi i młodzieżą w województwie łódzkim*, Łódź 2020.
- Grewiński M., *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd problemów i wizja przyszłości*, Warszawa 2022.
- Grewiński M., *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd problemów i wizja przyszłości*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2021.
- Grewiński M., *Wielosektorowa polityka społeczna – o przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa 2009.
- Grewiński M., Kawa M., *Niedobory kompetencyjne kadry zarządzającej w placówkach całonocnej opieki i Domach Pomocy Społecznej w dobie pandemii COVID-19*, w: J. Auleytner (red.), *Pedagogika i polityka społeczna na trajektorii zmian. Księga Jubileuszowa w 30-lecie Uczelni Korczaka*, Dom wydawniczy ELIPSA. Warszawa 2023.
- Grewiński M., Lizut J. (red.), *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej. Szanse i zagrożenia*, Warszawa 2021
- Grewiński M., Lizut J., Rabiej P., *Ogólnopolska diagnoza deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski*, Uczelnia Korczaka, Elipsa, 2024
- Hryniewicz J. (red). *Decentralizacja funkcji społecznych państwa*, Warszawa 2001.
- Jurek Ł., *Opieka nad osobami niesamodzielnymi: model realizowany a model pożądaný*, w: *Polityka Społeczna*, nr 45/2018.
- Karczewski M., *Rola pomocy społecznej w świetle zmian demograficznych*, w: *Polityka społeczna. Uwarunkowania demograficzne, zadania, potrzeby*, Warszawa 1980.
- Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych sporządzona z dnia 13 grudnia 2006 (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 oraz z 2018 r. poz. 1217).
- Krzyszkowski J., *Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej*, *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje* 2018/42(3).
- Krzyszkowski J., *Inkluzywne wspólnoty, czyli o roli polityki społecznej w samorządzie*. Warszawa 2014
- Kubicki P., *Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami*, Warszawa 2017.

- Kubów A., *Infrastruktura społeczna w okresie transformacji*, Wrocław 1996.
- Kucharska, B. (red.), *Deinstytucjonalizacja i rozwój usług społecznych na Mazowszu*, Warszawa 2016.
- Lizut J., Marzano G., Grewiński M., *Towards changes of the labor market, skills and competences*. Dom Wydawniczy Elipsa. Warszawa 2021. Lizut J., *Usługi społeczne i socjalne jako instrumenty ograniczenia wykluczenia społecznego*, Warszawa 2015.
- Łuczak P., *Opieka długoterminowa w Polsce i Republice Czeskiej*, Wyd. UE w Poznaniu, Poznań 2015.
- Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., Beecham J., Jennifer J., *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2: main report, Canterbury, 2007.
- Marciniak-Madejska, N., Stenka, R., Weiner, K., *Podręcznik dobrych praktyk w zakresie deinstytucjonalizacji. Rozwiązywanie problemu bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego w oparciu o usługi świadczone w lokalnej społeczności*, Poznań 2016.
- *Mieszkalnictwo społeczne – raport o stanie polskich miast*, Instytut Rozwoju Miast i Regionów, 2018.
- *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, Bruksela 2021.
- Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków – opinie i wyzwania, Emeis, 2024
- Przywojska J., *Nowe zarządzanie publiczne i governance w pracy socjalnej*, Warszawa 2014
- Raclaw M., *Deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej – niebezpieczeństwo uproszczeń*, Warszawa 2022.
- Raport NIK *Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach*, 2019
- Skwarek M., *Deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej w Polsce*, w: M. Grewiński, J. Lizut (red.), *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej. Szanse i zagrożenia*, Warszawa 2021.
- *Standard usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi opracowany w ramach projektu pn. „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomagane dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, Kraków 2018
- *Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*, Raport 03/2021, 2021.
- *Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*, MRiPS, Warszawa 2022.
- Šiška J., Beadle-Brown J., *Report on the Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care*, Bruksela 2020
- The proclamation of the European Pillar of Social Rights on 17 November 2017.
- UNICEF, *At Home or in a Home? Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia*, 2010.
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (tj.: D.U. z 2023, poz. 901, z późn. zm.).
- Warunki życia w Europie, Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Livingconditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion).
- Wódz K., Kowalczyk B., *Organizowanie społeczności. Modele i strategie działania*, Warszawa 2014.
- Zapędowska – Kling K., *Cele i sposoby realizacji polityki społecznej w dobie postępu technologicznego*, w: *Studia z polityki publicznej*, vol. 8, no. 4, 2021
- <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines-polish-version.pdf>