

Diagnoza w zakresie rozwoju i  
deinstytucjonalizacji usług  
społecznych i zdrowotnych w  
województwie pomorskim

## Prezentacja wyników

IBC Advisory S.A.  
Sektor Publiczny

12.03.2024

IBC

IPiSS

! Pomorskie



We develop an economy that is  
knowledge-based

# Agenda

01. Otwarcie prezentacji
02. Metodologia badania
03. Wnioski: portret województwa
04. Wnioski: portret DPS
05. Wnioski: analiza kosztów zaniechania



# Metodologia badania



# Cele i metodologia badania

**Deinstytucjonalizacja usług społecznych** ma ogromne znaczenie dla całego systemu pomocy społecznej, dla funkcjonowania całych społeczności, a także – i przede wszystkim – dla osób z grup szczególnie wrażliwych, uznanych za priorytetowe.

**Celem głównym badania** była kompleksowa diagnoza popytu i podaży usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych wraz z analizą ekonomicznych i społecznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w województwie pomorskim.

1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne świadczone w formie środowiskowej/lokalnej oraz instytucjonalnej w regionie.
2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych na rzecz osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym.
3. Ocena społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych.

# Metodologia badania

Wnioski oparto o dane pozyskane w trakcie analiz **desk-research**, a także **ilościowych** i **jakościowych badań**, które objęły swoim zasięgiem obszar całego województwa pomorskiego.

Ogółem pozyskano 4847 kwestionariusze od wszystkich grup respondentów w tym 3163 od beneficjentów wsparcia i 634 od pracowników objętych badaniem instytucji i 1050 mieszkańców województwa pomorskiego.

Wyniki badań ilościowych w trakcie prac analitycznych były uzupełniane o wnioski z zakrojonych na szeroką skalę badań jakościowych w trakcie, których przeprowadzono 113 wywiadów pogłębionych i 7 grup FGI z kadrą zarządzającą i pracownikami siedmiu typów placówek świadczących usługi społeczne i wybrane usługi medyczne, a także przedstawicielami samorządu i organizacji pozarządowych.

# Paradygmat badania

- 1. Paradygmat zamknięcia instytucji:** zakłada, że słusznym kierunkiem jest stopniowe zamykanie/ ograniczanie liczby istniejących instytucji i przenoszenie ich mieszkańców do środowiska naturalnego
- 2. Paradygmat integracji społecznej:** zakłada, że priorytetem jest integracja ze społecznością. Przy czym w celu zapewnienia pełnego uczestnictwa oraz zniwelowania barier i ograniczeń należy integrować osoby o różnym statusie społecznym, kulturowym i ekonomicznym
- 3. Paradygmat podmiotowości:** zakłada, że osoby potrzebujące pomocy potrafią podejmować samodzielne decyzje, a ich doświadczenia i wiedza są ważne, zatem powinny mieć prawo udziału w procesach decyzyjnych oraz kontrolę nad procesem świadczenia usług społecznych i/lub zdrowotnych
- 4. Paradygmat osobistych budżetów:** zakłada, że zasadne jest przekazywanie osobom potrzebującym środków finansowych, aby mogły same decydować o sposobie korzystania z usług społecznych i/lub zdrowotnych, w szczególności o celach, metodach i środkach

# Deinstytucjonalizacja

Głównym celem deinstytucjonalizacji jest dążenie do tego, aby wsparcie i opieka były realizowane przede wszystkim w środowisku lokalnym, z odpowiednim zaangażowaniem rodziny, z możliwością zmniejszania nakładów o charakterze pomocy publicznej, poprzez stworzenie warunków, które umożliwią osobom potrzebującym wsparcia jak najdłuższe, niezależne życie.

- *Deinstytucjonalizacja oznacza całość planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji, przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki, bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty.*

definicja UNICEF

oraz

- *Deinstytucjonalizacja rozumiana powinna być nie tyle jako dążenie do zamknięcia zakładów opieki, ale jako proces rozwoju usług społecznych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności, który miałby umożliwić pozostawanie przez osobę potrzebującą pomocy jak najdłużej w swoim środowisku zamieszkania.*

definicja Komisji Europejskiej

# Ramy strategiczne

Strategiczne ramy procesu deinstytucjonalizacji oparte są na dokumentach z trzech poziomów.

**W Unii Europejskiej** kierunek działań w obszarze deinstytucjonalizacji wyznaczają w pierwszym rzędzie ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnej społeczności.

Drugim dokumentem podkreślającym prawa człowieka, zrównoważony rozwój i inkluzywną politykę społeczną, jest opublikowany w 2017 r. Europejski Filar Praw Socjalnych. W dokumencie tym podkreślona została konieczność zapewnienia równych szans oraz dostępu do usług opiekuńczych i opieki długoterminowej (zwłaszcza w środowisku lokalnym i w domu).

Wśród innych dokumentów strategicznych przyjętych w ostatnich latach przez Komisję Europejską z punktu widzenia zabezpieczenia potrzeb osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie bezdomności oraz dzieci przebywających w pieczy zastępczej należy wskazać następujące:

- Strategia w zakresie opieki
- Europejska Strategia w Sprawie Niepełnosprawności na okres po 2020 r.
- Europejska Strategia na rzecz Praw Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030
- Europejska Strategia na rzecz Praw Dzieci
- Deklaracja Lizbońska dotycząca Platformy Zwalczania Bezdomności



# Ramy strategiczne

**Krajowe ramy strategiczne** wyznacza przede wszystkim Strategia Rozwoju Usług Społecznych (SRUS), która kładzie akcent na usługi środowiskowe i określa kierunki wsparcia grup priorytetowych (w tym osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie zdrowia psychicznego, osób w bezdomności oraz rodzin i dzieci w pieczy zastępczej).

Dopełnieniem SRUS są przepisy regulujące istotne obszary polityki społecznej i zdrowotnej oraz dokumenty dedykowane konkretnym adresatom:

- Ustawa o pomocy społecznej
- Ustawa o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu
- Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej (odwołujący się zarówno do Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) jak Krajowej Polityki Miejskiej 2030)
- Strategia pt. Polityka społeczna wobec osób starszych 2030
- Strategia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030
- Strategia zdrowa przyszłość
- Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025
- coroczny rządowy program „Pokonać bezdomność”
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 (KSRR)

# Ramy strategiczne

**Pomorskie ramy strategiczne** obejmują różnorodne działania i strategie mające na celu wsparcie różnych grup społecznych. Województwo pomorskie przyjęło szereg dokumentów, które odnoszą się do kwestii wsparcia uwzględniając potrzeby wskazanych w SRUS grup priorytetowych. Strategie te kładą nacisk na deinstytucjonalizację, rozwój usług środowiskowych, aktywizację zawodową i społeczną oraz poprawę dostępu do usług zdrowotnych i społecznych.

- Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030
- Regionalny Program Strategiczny
- Regionalny Plan Deinstytucjonalizacji i Rozwoju Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim z 2023 r.
- Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim z 2023 r.

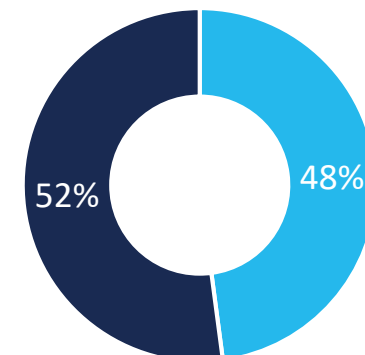


# Wnioski: portret województwa

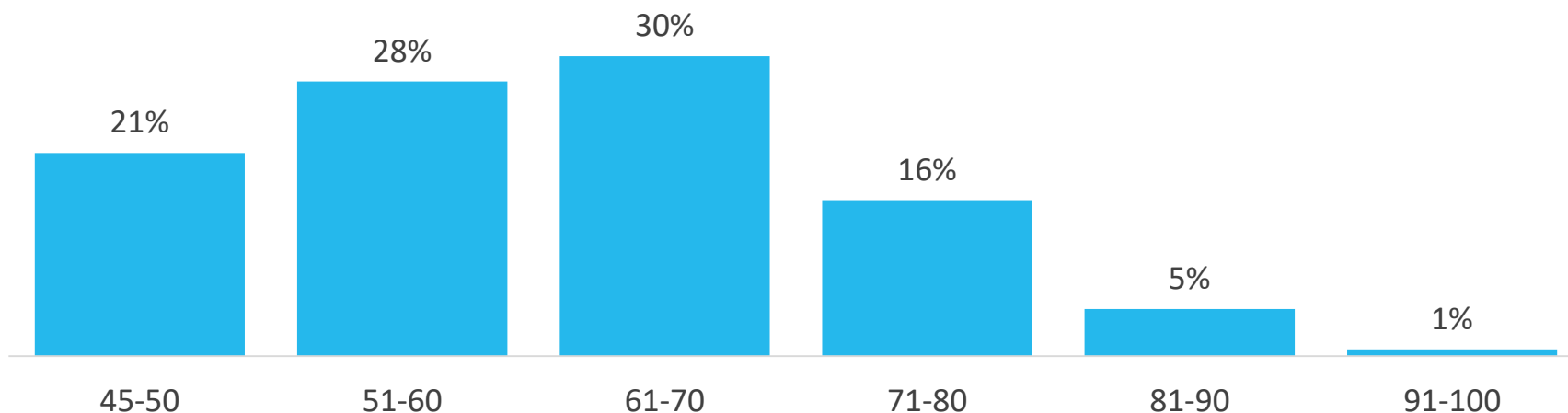
Jakub Wróblewski

# Portret województwa

Badania ilościowe przeprowadzono na reprezentatywnej próbie obejmującej mieszkańców województwa. Badane osoby zostały poproszone o ocenę aktualnego systemu pomocy, dostępu do niego, a przede wszystkim o określenie swojej kondycji zdrowotnej i zapotrzebowanie na wsparcie. Respondentów poproszono również o podzielenie się opiniami na temat własnych doświadczeń opiekuńczych. W badaniu uczestniczyło 1050 respondentów w wieku powyżej 45 lat.

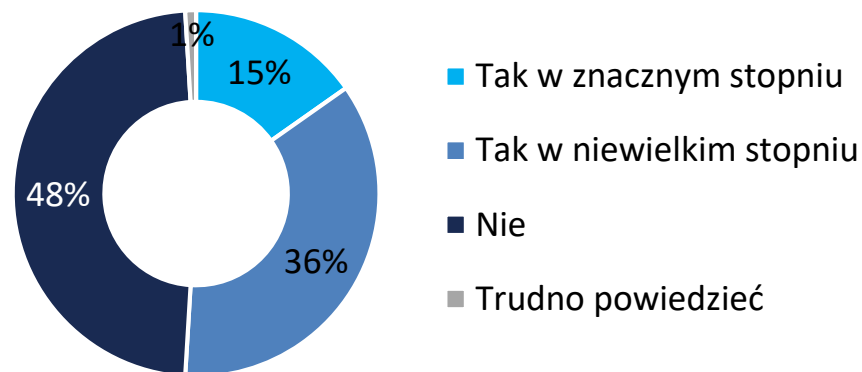


■ mężczyźni ■ kobiety

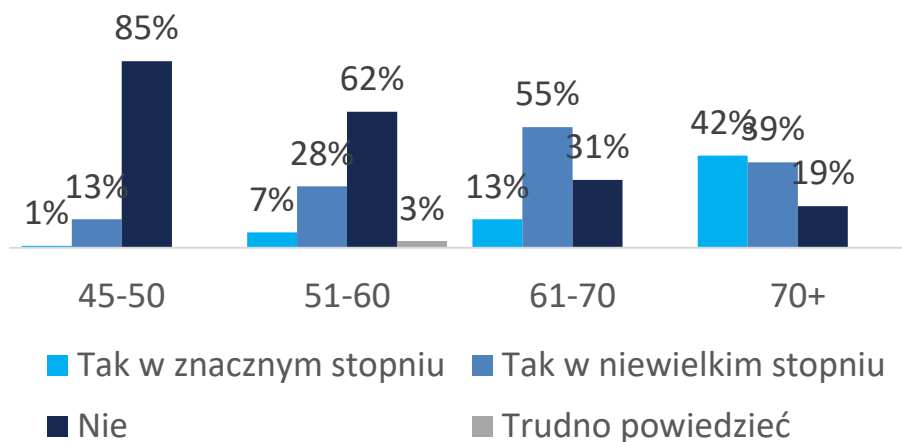


# Sytuacja zdrowotna mieszkańców

Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?



Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?



Istnieje wyraźna korelacja między poziomem dobrostanu, a ilością zgłaszanych długotrwałych problemów zdrowotnych. Osoby żyjące w gorszych warunkach materialnych częściej zgłaszają problemy zdrowotne. Osoby, które oceniają swoją sytuację materialną „bardzo dobre”, rzadko zgłaszają problemy zdrowotne (77,8% odpowiedzi „nie” i żadnego przypadku „w znacznym stopniu”). Największy odsetek osób zgłaszających problemy zdrowotne „w znacznym stopniu” znajduje się wśród osób żyjących „bardzo biednie” (75%).

# Zapotrzebowanie na opiekę



Jedynie niewielki odsetek badanych mieszkańców województwa wskazuje na potrzebę ciągłej opieki strony innych osób.

## Wsparcie jakiego potrzebują członkowie rodzin respondentów

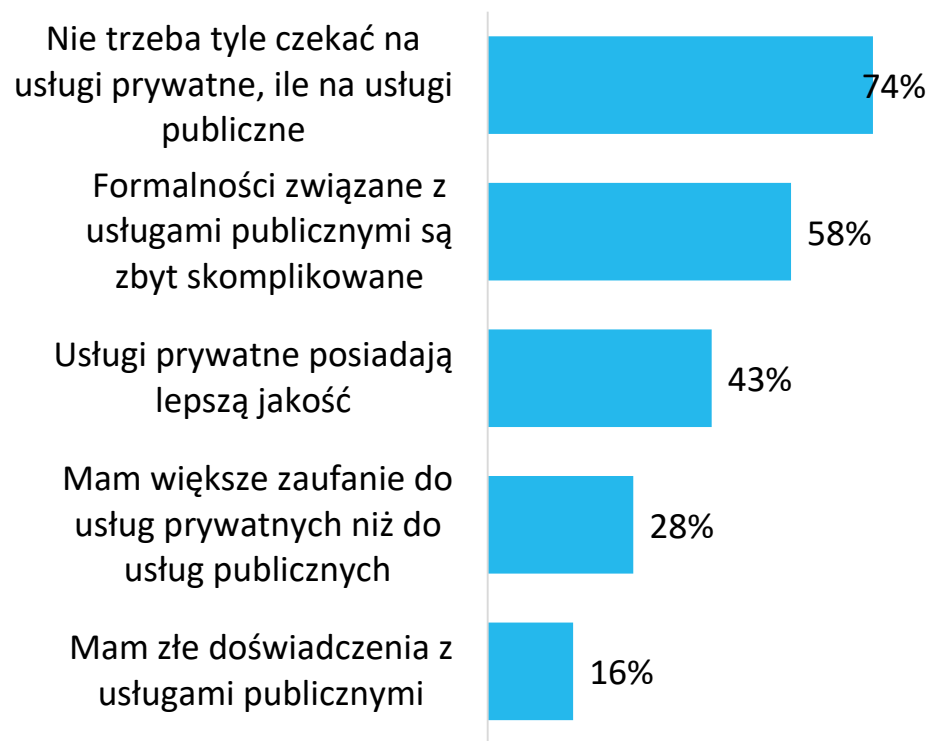
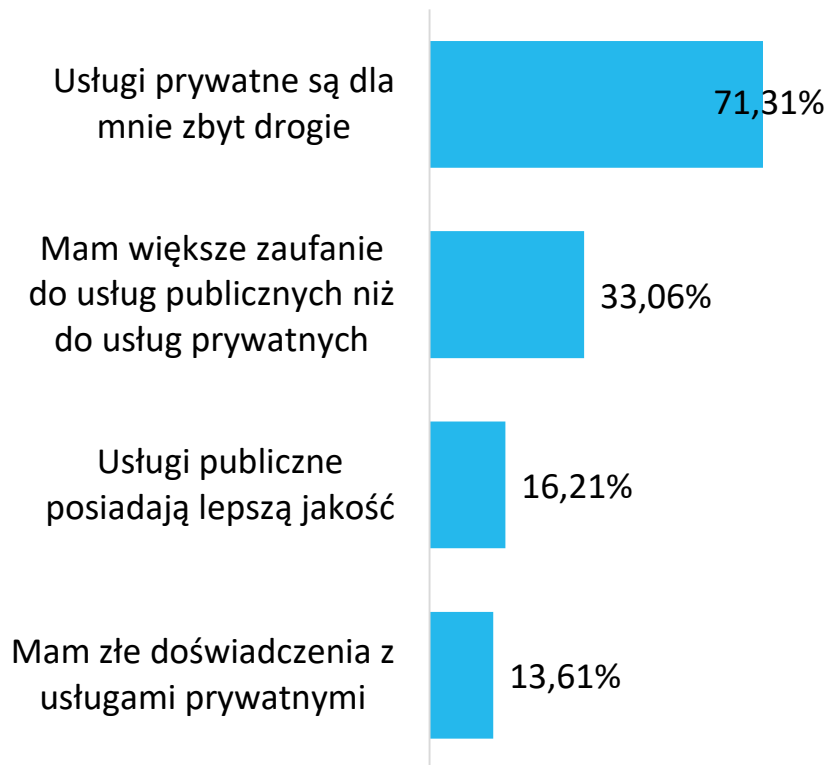


N=98 (pytanie to zostało zadane tylko osobom, które deklarowały, że ich bliscy potrzebują wsparcia)

# Wybór usług publicznych i prywatnych

Powody wyboru usług publicznych (możliwe wiele odpowiedzi)

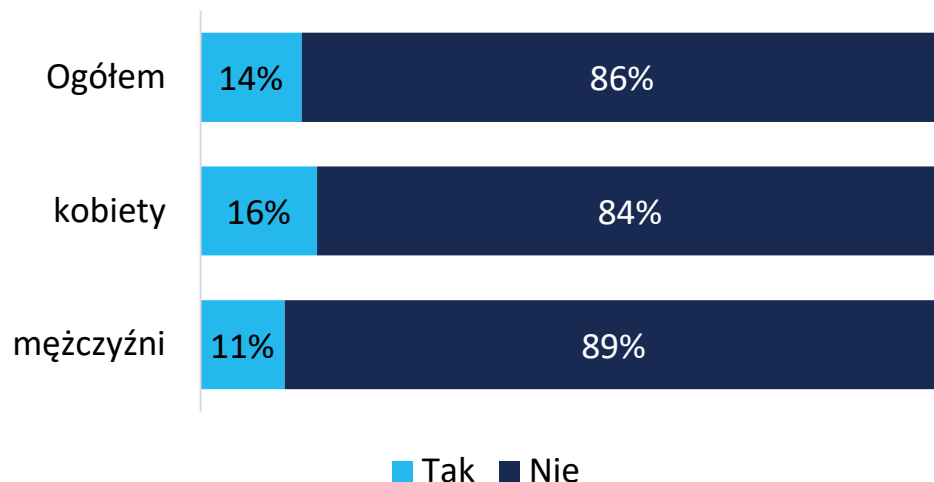
Powody wyboru usług prywatnych (możliwe wiele odpowiedzi)



N=617 (odpowiadały osoby, które skorzystałyby z usług publicznych) N=433 (odpowiadały osoby, które skorzystałyby z usług prywatnych)

# Doświadczenia ze sprawowaniem opieki

## Sprawowanie opieki nad bliskimi w podziale na płeć



N=1050

W badaniach nie analizowano, co jest tego przyczyną, jednak można z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuszczać, że decydują o tym czynniki kulturowe, wpływające na tzw. tradycyjne modele i role społeczne przypisywane płciom.

W grupie, która deklaruje poziom życia jako „bardzo dobry”, odsetek osób sprawujących opiekę jest najniższy (11,1%). To może sugerować, że osoby o wyższym statusie materialnym mogą mieć inne formy wsparcia lub środki umożliwiające zatrudnienie dodatkowych osób do opieki.

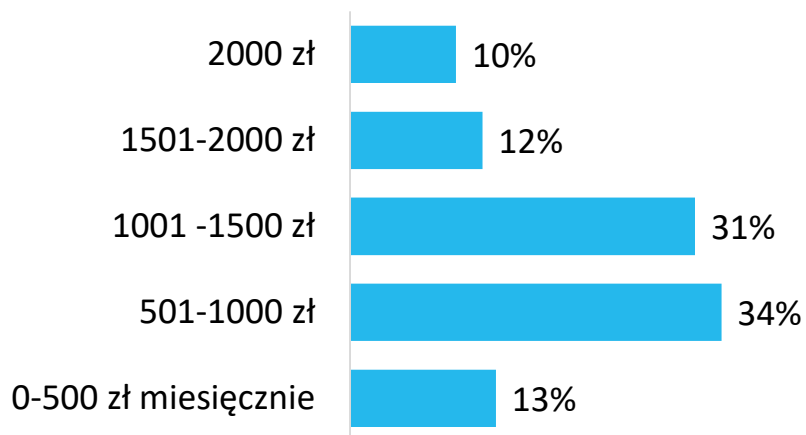
W grupie oceniającej swoją sytuację materialną jako „dobrą” odsetek osób sprawujących opiekę jest najwyższy (16,3%).

Z kolei w tej grupie, która określa swoją sytuację materialną jako „średnią”, 12,3% osób opiekuje się członkami rodziny.



# Koszt opieki nad członkiem rodziny

Średni miesięczny (w ciągu ostatnich 3 miesięcy)  
deklarowany koszt opieki nad członkiem rodziny



N=83 (pytanie było zadane tylko osobom, które deklarowały że ponoszą koszty opieki nad członkami rodziny).

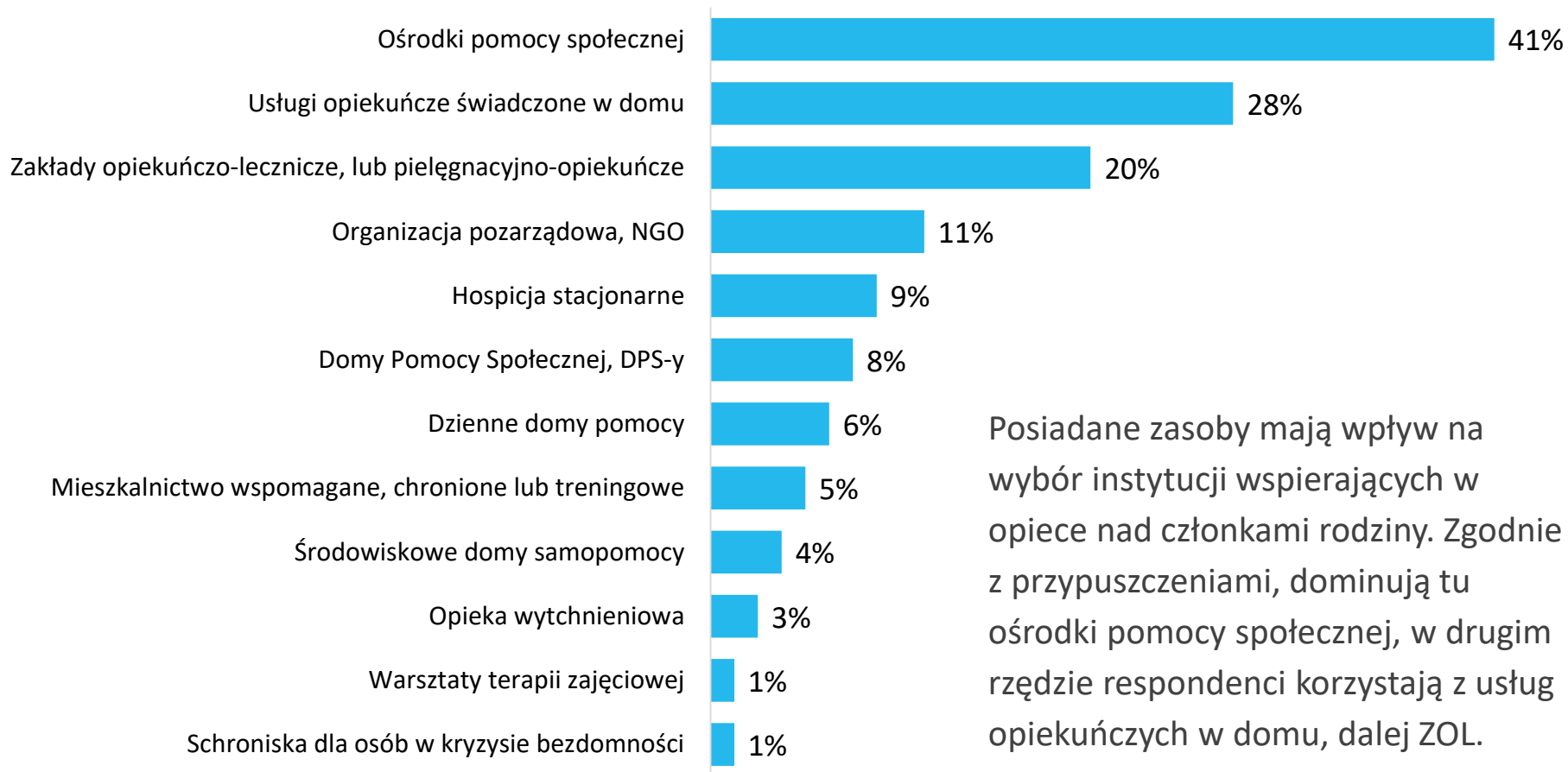
Respondenci w przeważającej mierze deklarowali wysokość kosztów opieki nad członkiem rodziny na poziomie 501-1000 zł (34% respondentów) oraz 1001-1500 zł (kolejne 31% badanych).

Jedynie 13% z nich oszacowało swoje wydatki w tym zakresie na graniczną kwotę 500 zł, natomiast osób deklarujących te koszty na kwoty 1501-2000 zł oraz powyżej 2000 zł było odpowiednio 12% i 10%.

Pomimo niewielkiej grupy osób, które jednoznacznie określili wydatki w tym zakresie, pozwala to na dokonanie ostrożnego założenia, że przeciętnie wydatki ponoszone przez (badanych) mieszkańców województwa w zakresie opieki nad członkiem rodziny mieszczą się w większości w granicach od 501 do 1500 zł.

# Wsparcie instytucji

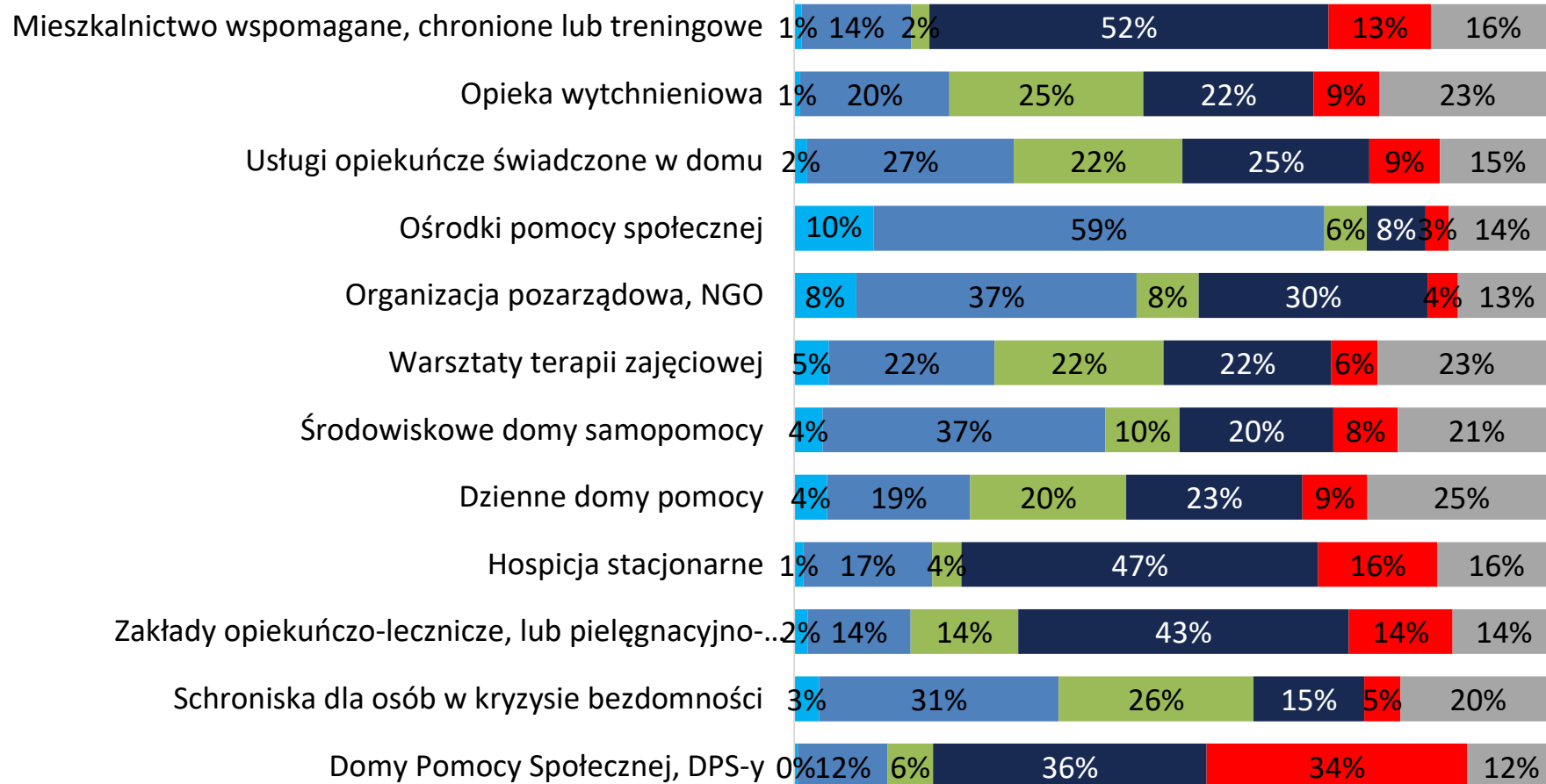
## Korzystanie z pomocy instytucji w opiece nad członkami rodziny



N=143 (pytanie było zadane tylko osobom, które odpowiedziały że sprawują taką opiekę).

# Dostęp do instytucji wsparcia

## Ocena łatwości dostępu do poszczególnych instytucji wsparcia



■ Zdecydowanie tak ■ Raczej tak ■ Ani tak ani nie ■ Raczej nie ■ Zdecydowanie nie ■ Trudno powiedzieć

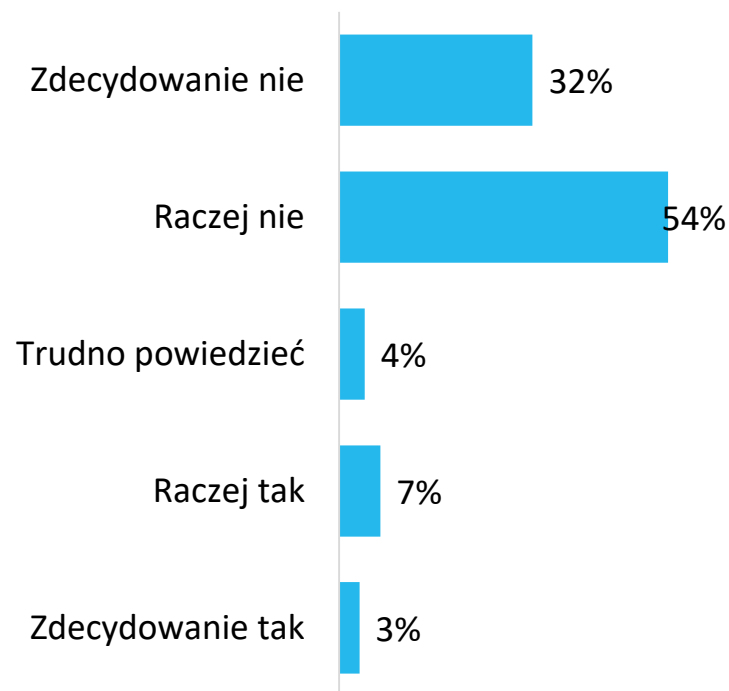
# Dostęp do instytucji wsparcia

Dane te mogą wskazywać na potrzebę wzmocnienia systemów wsparcia społecznego.

Może to również odzwierciedlać indywidualne doświadczenia i percepcję dostępności wsparcia społecznego, która jest zróżnicowana w zależności od wielu czynników, takich jak wcześniejsze doświadczenia, świadomość istniejących usług, czy poziom zaufania do instytucji społecznych.

Podsumowując, większość respondentów wydaje się mieć niską deklarowaną ocenę co do łatwości uzyskania wsparcia w przypadku wystąpienia takiej potrzeby, szczególnie w większych miastach. To może sygnalizować potencjalne obszary, w których interwencje mogą być konieczne, aby poprawić systemy wsparcia dla osób potrzebujących pomocy.

Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia dla członka rodziny (Czy któryś z członków Pana/Pani rodziny, którym się Pan/Pani obecnie nie zajmuje, jest w potrzebie uzyskania takiego wsparcia?)



N=1050



# Wnioski: portret DPS

dr Piotr W. Zawadzki

# Tło badawcze 1/2

- popyt na różnego typu usługi - ok. 142 tys. potencjalnych odbiorców pomocy
- dostępność usług opieki stacjonarnej, domowej oraz wsparcia dziennego jest niewystarczająca z punktu widzenia aktualnych i przyszłych potrzeb
- 2019-2021 - zmniejszyła się liczba miejsc i mieszkańców w DPS, jednocześnie spadek liczby pacjentów w ZPO i ZOL
- tradycyjne źródło opieki – rodzina, coraz większe wyzwanie w zaspokajaniu potrzeb osób starszych

[3.1.]

# Tło badawcze 2/2

## Pozytywy:

- region, w którym proces starzenia się populacji nie jest tak szybki jak w całym kraju
- stopa urodzeń jest jedną z wyższych w kraju
- wzrost wsparcia oferowanego przez ośrodki wsparcia dziennego
- budynki są przeważnie dostosowane do potrzeb placówek (część w starych obiektach, wymagających remontów)

## ALE:

- popyt na wsparcie jest duży, a w perspektywie 10 lat jeszcze wzrośnie, bo w najbliższych dekadach należy się spodziewać wzrostu współczynnika obciążenia demograficznego
- proces ten dodatkowo mogą pogłębić migracje osób młodych za granicę (*zmienna niezależna*)
- spadek liczby odbiorców usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych
- różnice w dostępie do usług zależnie od miejsca zamieszkania
- rosnące koszty utrzymania placówek (*zmienna niezależna*)
- problemy kadrowe

[3.2.1.]

# Potencjał 1/2

## Kadry:

- brakuje personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek i lekarzy
- problem pogłębia się ze względu na starzenie się pracowników i migrację do innych placówek
- niskie wynagrodzenia i obciążająca praca zniechęcają młodych kandydatów
- niektóre placówki radzą sobie z problemem dzięki dodatkowym funduszom od j.s.t.

## Infrastruktura:

- większość placówek mieści się w starych budynkach, które nie są dostosowane do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych
- prowadzone są remonty i modernizacje, ale pochłaniają one dużą część budżetu
- potrzeba budowy prywatnych łazienek, sal gimnastycznych i zagospodarowania ogrodów

[3.3.]



# Potencjał 2/2

## Finanse:

- sytuacja stabilna, ale (deklaracje badanych) budzi obawy o przyszłość
- gros budżetu pochłaniają wynagrodzenia dla pracowników (70-85%)
- wzrost płacy minimalnej i kosztów utrzymania może prowadzić do problemów finansowych
- potrzeba zwiększenia dotacji państwowych

## Wnioski:

- konieczne jest zwiększenie atrakcyjności zawodów medycznych w sektorze wsparcia
- należy dofinansować modernizację infrastruktury placówek
- system finansowania powinien uwzględniać rosnące koszty utrzymania i wynagrodzeń

[3.3.]

# OzN

- w tym osoby starsze
- OzN to klienci różnych placówek wsparcia
- 15% populacji województwa - ponad ½ beneficjentów pomocy społ.
- znaczne potrzeby: rehabilitacja (zdrowotna, społeczna, zawodowa) - 19 WTZ i 2 ZAZ
- schorzenia narządu ruchu, choroby układu oddechowego i krążenia, choroby neurologiczne, choroby psychiczne

## Główne wyzwania:

- dostęp do rynku pracy (wskaźnik zatrudnienia 19%, tendencja spadkowa)
- dostęp do świadczeń z pomocy społecznej (51,6% świadczeniobiorców)
- brak wykwalifikowanych kadr, szczególnie terapeutów, obciążenie obowiązkami
- mało atrakcyjne wynagrodzenia

## Pozytywy:

- placówki są *generalnie* dostosowane do potrzeb OzN (np. windy, szerokie korytarze), chociaż w DPS-ach, ze względu na stare budynki, mogą pojawiać się z tym problemy (wyzwanie na przyszłość)
- wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny jest wystarczające

[4.1., 4.2.]

# Zapotrzebowanie na usługi 1/5

Badanie ilościowe na reprezentatywnej próbie 1050 mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat

## Kwestie zdrowotne:

- 51% mieszkańców województwa deklaruje posiadanie długotrwałych problemów zdrowotnych (chojnicki 64,3%, malborski 65,8%; Słupsk 36,4%)
- wyraźna korelacja między poziomem dobrostanu a ilością zgłaszanych długotrwałych problemów zdrowotnych
- silne zapotrzebowanie na lokalne usługi zdrowotne i wsparcie, które są łatwo dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania
- jest to szczególnie widoczne w przypadku opieki higienicznej i pomocy w załatwianiu spraw osobistych, gdzie dominuje preferencja opieki w miejscu zamieszkania
- w przypadku opieki lekarskiej, rehabilitacji i fizjoterapii, większość respondentów wskazuje na placówki specjalne, jako preferowane miejsce otrzymywania tych usług

[10.1.]

# Zapotrzebowanie na usługi 2/5

## Zapotrzebowanie na opiekę:

- większość mieszkańców województwa (59%) nie zgłasza potrzeby jakiegokolwiek wsparcia w codziennym życiu
- 8% mieszkańców potrzebuje pomocy przy wykonywaniu części codziennych obowiązków, a 29% sporadycznego wsparcia
- tylko 5% mieszkańców wymaga ciągłej opieki ze strony innych osób.
- największe zapotrzebowanie dotyczy opieki lekarskiej, psychologicznej, rehabilitacji i fizjoterapii.
- mieszkańcy chętniej deklarują korzystanie z usług publicznych (59%) niż prywatnych (41%)
  - głównym powodem wyboru usług publicznych jest ich niższy koszt
  - głównym powodem wyboru usług prywatnych jest szybkość dostępu do usługi i jej domniemana wyższa jakość
- średni miesięczny koszt usług społecznych i zdrowotnych wynosi do 500 zł
- osoby starsze (45+) częściej potrzebują i korzystają z usług społecznych i zdrowotnych

[10.2.]

# Zapotrzebowanie na usługi 3/5

## **Opieka lekarska:**

Większość respondentów preferuje opiekę lekarską w pobliżu miejsca zamieszkania

Wyjątkiem są mieszkańcy większych miast, gdzie blisko połowa preferuje opiekę w domu

## **Opieka pielęgniarstwa:**

Preferencje podobne do opieki lekarskiej, ale więcej osób z wsi i większych miast chce opieki w domu

## **Opieka higieniczna:**

Zdecydowana większość respondentów z wsi i większych miast preferuje opiekę w domu

## **Pomoc psychologiczna:**

Większość respondentów preferuje pomoc w specjalnych placówkach lub instytucjach całodobowych (preferencje różnią się w zależności od wielkości miejscowości)

## **Pomoc w załatwianiu spraw osobistych:**

Większość respondentów z wsi i miast powyżej 20 tys. mieszkańców preferuje pomoc w domu

## **Rehabilitacja i fizjoterapia:**

Zdecydowana większość respondentów preferuje te usługi w pobliżu miejsca zamieszkania.

## **Codzienna opieka:**

Większość osób woli opiekę w domu lub w jego pobliżu. Istnieje grupa osób, dla których miejsce nie ma znaczenia, co sugeruje otwartość na różne formy wsparcia.

**Wsparcie w zarządzaniu lekami:** większość respondentów preferuje wsparcie w pobliżu miejsca zamieszkania lub nie ma preferencji.

# Zapotrzebowanie na usługi 4/5

## Rekomendacje:

- skoncentrowanie usług zdrowotnych na osobach starszych
- stworzenie warunków, które pozwolą na integrację osób z problemami zdrowotnymi na rynku pracy
- rozwój usług opieki geriatrycznej i psychiatrycznej
- zwiększenie dostępności do rehabilitacji i fizjoterapii
- wsparcie finansowe dla osób korzystających z usług prywatnych
- prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat znaczenia profilaktyki zdrowotnej

[10.]

# Zapotrzebowanie na usługi 5/5

## Doświadczenia ze sprawowaniem opieki w populacji mieszkańców a deinstytucjonalizacja:

- poziom wiedzy na temat deinstytucjonalizacji jest niski
- po uzyskaniu informacji, odsetek osób negatywnie nastawionych utrzymuje się poniżej 10%
- większość respondentów preferuje, aby wsparcie odbywało się w miejscu ich zamieszkania - w domu lub w jego pobliżu
- preferencje te są różne w zależności od wielkości miejsca zamieszkania
- ogólna tendencja wskazuje na otwartość populacji na różnego rodzaju procesy deinstytucjonalizacyjne

[10.3.]

# Zapotrzebowanie na usługi – DPS 1/2

## Tło badawcze:

- 847 mieszkańców
- pytania: stan zdrowia, sprawność, relacje rodzinne, sytuacja materialna, chęć zmiany

## Sytuacja rodzinna:

- ponad połowa badanych ocenia ją pozytywnie
- połowa otrzymuje wsparcie od rodziny i znajomych (głównie psychiczne)

## Sytuacja ekonomiczna:

- 13,4% badanych ocenia ją źle
- 50% kosztów pobytu w DPS pokrywa gmina

## Chęć zmiany sytuacji:

- tylko 15% badanych chce wrócić do domu (powody niechęci do zmiany: potrzeba stałej opieki, zadowolenie z opieki w DPS, brak stałego miejsca zamieszkania)

**Potrzeby:** opieka pielęgniarstwa i lekarska, usługi opiekuńcze, mniejsze zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną wśród osób powyżej 70. roku życia.

[8.1.]



# Zapotrzebowanie na usługi – DPS 2/2

## Samodzielność:

- 17% badanych uważa się za samodzielnych
- największe trudności: przyjmowanie leków, wchodzenie po schodach, wykonywanie prac domowych, mycie się
- indeks samodzielności: 24,74 pkt. (w skali 11-33)

## Ocena pracowników DPS:

- zapotrzebowanie na miejsca w DPS przewyższa możliwości systemu
- w przyszłości zapotrzebowanie wzrośnie

## Wnioski:

- istnieje potencjał do deinstytucjonalizacji, ale jest on ograniczony
- konieczne jest rozszerzenie usług środowiskowych, aby wspierać rodziny w opiece nad osobami starszymi

[8.1.]

# Ocena usług – różne placówki wsparcia

Jakościowe badanie terenowe beneficjentów 7 instytucji:

- 4 placówki całodobowe (domy pomocy społecznej, hospicja, schroniska, ZOL/ZPO)
- 3 placówki opieki środowiskowej (dzienne domy pobytu, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej)

## Ogólna ocena:

- większość pozytywnych ocen
- otrzymane wsparcie pozytywnie wpływa na komfort życia i stan psychiczny
- wysoka zgodność opinii dotyczących poczucia swobody, bezpieczeństwa, zaspokojenia potrzeb, interakcji społecznych
- zakłady zamknięte - mieszane opinie nt. braku samodzielności, braku prywatności
- wysoki odsetek osób przyznających, że tęsknią za swoim dawnym otoczeniem
- placówki dzienne środowiskowe - większość beneficjentów jest zadowolona ze wsparcia (wysoko oceniane: kontakt z personelem, jakość opieki, szeroka oferta zajęć)
- środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy, warsztaty terapii zajęciowej – klienci czują się swobodnie i bezpiecznie, oferowane wsparcie spełnia ich wymagania, istotnym elementem jest dla beneficjentów możliwość kontaktu z innymi ludźmi
- uczestnictwo w dziennych formach wsparcia pozytywnie wpływa na ich samopoczucie psychiczne, jakość życia, na wzrost poziomu samodzielności, rozwój umiejętności potrzebnych w codziennym życiu

# Ocena usług – DPS 1/3

Jakościowe badanie ankietowe 847 mieszkańców.

Zakres oferowanego wsparcia, jakość opieki, potrzeby.

## Ogólna ocena:

- 86% czuje się w DPS swobodnie
- 78,3% czuje się bezpiecznie
- 61% nie czuje się zaniedbany/a
- 60% tęskni za swoim dawnym otoczeniem

## Różne aspekty funkcjonowania:

Najwyżej oceniono:

- Kontakt z personelem
- Możliwość kontaktu z ludźmi
- Dostęp do mediów

Najniżej oceniono:

- Aktywność społeczną/obywatelską
- Wyżywienie

[9.1.]

# Ocena usług – DPS 2/3

## Dostępne wsparcie:

Najczęściej wskazywano:

- Codzienną opiekę
- Opiekę pielęgniarską

Najrzadziej wskazywano:

- Fizjoterapię
- Pomoc psychologiczną
- Opiekę higieniczną

**Potrzeby niezrealizowane** - 25,6% mieszkańców ma potrzeby, których DPS nie realizuje

Najczęściej wskazywano:

- Pomoc psychologiczną
- Opiekę higieniczną

[9.1.]

# Ocena usług – DPS 3/3

## Ocena wpływu pobytu w DPS:

- 78,6% badanych pozytywnie ocenia jakość swojego życia
- 82,2% uważa, że pobyt w DPS pozytywnie wpłynął na ich jakość życia
- 80,9% uważa, że pobyt w DPS pozytywnie wpłynął na ich samopoczucie psychiczne

## Wnioski:

Mieszkańcy DPS są generalnie zadowoleni z jakości swojego życia.

Istnieje potrzeba poprawy jakości wsparcia w niektórych obszarach, takich jak:

- Aktywność społeczna/obywatelska
- Wyżywienie
- Pomoc psychologiczna
- Opieka higieniczna

[9.1.]

# Deinstytucjonalizacja – realizatorzy wsparcia 1/4

- poziom wiedzy na temat deinstytucjonalizacji jest niski
- opinie na temat deinstytucjonalizacji są niepewne, z przewagą umiarkowanych ocen.
- związek między wykształceniem a gotowością do świadczenia wsparcia w formie środowiskowej
- pracownicy z niższym wyksz. są bardziej optymistyczni co do wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy
- przedstawiciele instytucji opieki całodobowej są raczej przeciwni przekształceniom tych ośrodków
- wskazują na potrzebę skupienia się na rehabilitacji i terapii indywidualnej
- pracownicy placówek dziennego pobytu podkreślają, że deinstytucjonalizacja może służyć przedłużaniu czasu, przez który osoba wspomagana może pozostać w swoim lokalnym środowisku
- w kontekście bezdomności, pracownicy schronisk uważają deinstytucjonalizację za trudną lub niemożliwą, sugerują mieszkania wspomagane jako jedyną realną formę pomocy w usamodzielnianiu osób w kryzysie bezdomności
- hospicja stacjonarne - możliwość przekierowania głównej odpowiedzialności za opiekę do h. domowych
- opieka nad dziećmi - piecza zastępcza jest uznawana za dobrze wpisującą się w proces deinstytucjonalizacji
- istnieje problem z dostępnością opieki dla dzieci, szczególnie na obszarach wiejskich
- brakuje ośrodków specjalistycznych i wsparcia po zakończeniu edukacji dla osób z określonymi potrzebami
- potrzebne są długoterminowe plany i programy wsparcia, zwłaszcza dla osób kończących edukację
- respondenci sugerują wprowadzenie elementu edukacyjnego w działalności ich organizacji
- Centra Usług Społecznych (CUS) mogą odgrywać aktywizującą rolę w procesie deinstytucjonalizacji
- wzrost świadomości, wiedzy i edukacji wśród pracowników instytucji wsparcia jest niezbędny
- należy wzmocnić struktury wsparcia środowiskowego, dla rodzin i zapewnić efektywną pomoc potrzebującym
- konieczna jest lepsza współpraca między różnymi instytucjami wsparcia

# Deinstytucjonalizacja – realizatorzy wsparcia 2/4

- zróżnicowany poziom gotowości do deinstytucjonalizacji
- potrzeba edukacji i szkoleń
- potrzebna współpraca i koordynacja
- ważna rola CUS
- pracownicy DPS-ów generalnie sceptycznie nastawieni do przekształcania placówek, ale dostrzegają potencjał w wykorzystaniu ich jako miejsc tymczasowego pobytu lub dla opieki wytchnieniowej

## Wyzwania:

- niedobór personelu i ograniczone zasoby finansowe
- niewystarczająca dostępność CUS-ów w niektórych regionach
- długi czas oczekiwania na pomoc i niespójne wizyty pielęgniarek środowiskowych

## Rekomendacje:

- pilne zwiększenie świadomości na temat deinstytucjonalizacji
- wzmocnienie obecnych struktur wsparcia środowiskowego
- zwiększenie liczby pracowników socjalnych
- usprawnienie systemu kierowania potrzebujących do właściwych instytucji
- zapewnienie bardziej natychmiastowej i efektywnej pomocy

# Deinstytucjonalizacja – realizatorzy wsparcia 3/4

## Gotowość do pracy środowiskowej:

- poziom formalnych kwalifikacji pracowników instytucji wsparcia w zakresie pracy środowiskowej jest niski
- istnieje duży potencjał do rozwoju kompetencji w tym obszarze poprzez samokształcenie
- samoocena gotowości do pracy środowiskowej jest różna w zależności od rodzaju instytucji
- pracownicy hospicjów, ŚDS, ZOL/ZPO wykazują wyższą samoocenę gotowości do pracy środowiskowej
- znaczna część respondentów nie potrafi jednoznacznie ocenić swojej gotowości do pracy środowiskowej
- istnieje potrzeba inwestycji w edukację i szkolenia pracowników instytucji wsparcia w zakresie pracy środowiskowej
- ważne jest zapewnienie wsparcia i motywacji pracownikom w procesie adaptacji do nowych form pracy

Czyli: deinstytucjonalizacja wymaga znacznego podniesienia kwalifikacji i kompetencji pracowników instytucji wsparcia. Samokształcenie jest ważnym elementem rozwoju zawodowego, ale nie zastąpi formalnych szkoleń i kursów. Konieczne jest zapewnienie wsparcia i motywacji pracownikom, aby byli gotowi do pracy w środowisku lokalnym.

[11.]



# Deinstytucjonalizacja – realizatorzy wsparcia 4/4

## Generalne implikacje:

- deinstytucjonalizacja wymaga zmian w systemie kształcenia i rozwoju zawodowego pracowników wsparcia
- należy zwiększyć finansowanie szkoleń i kursów w zakresie pracy środowiskowej
- trzeba stworzyć system wsparcia dla prac. instytucji wsparcia w procesie adaptacji do nowych form pracy

## Rekomendacje:

- zorganizowanie szkoleń i kursów dla pracowników w zakresie pracy środowiskowej
- programy edukacyjne i szkoleniowe dostosować do specyfiki pracy w różnych instytucjach wsparcia
- uwzględnić potrzeby i oczekiwania pracowników podczas tworzenia programów edu.
- zapewnić możliwość praktycznego zastosowania zdobytej wiedzy i umiejętności
- uwzględnić potrzeby edukacyjne w planowaniu rozwoju zawodowego pracowników
- zapewnić dostęp do materiałów edukacyjnych i szkoleń online
- wspierać samokształcenia i rozwój osobisty pracowników
- motywować pracowników do pracy w środowisku lokalnym poprzez docenianie ich osiągnięć i tworzenie atmosfery sprzyjającej zmianom
- zapewnić superwizję i wsparcie psychologiczne dla pracowników

[11.]



# Wnioski: analiza kosztów zaniechania

dr hab. Katarzyna Cheba, prof. ZUT

# Analiza ekonomicznych i społecznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

## Popyt:

1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne świadczone w formie środowiskowej/lokalnej oraz instytucjonalnej w regionie

## Podaż:

2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych na rzecz osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym

## Porównanie strony popytowej z podażową:

3. Ocena społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji usług

1. Jaka jest efektywność ekonomiczna (finansowa) **alternatywnych systemów opieki**?
2. Jakie będą społeczne i ekonomiczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie **w perspektywie 10 lat**?
3. Jaka jest wiedza i ocena dostępności do usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory **nie korzystały z tego typu wsparcia**?

# Uwarunkowania badania efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki

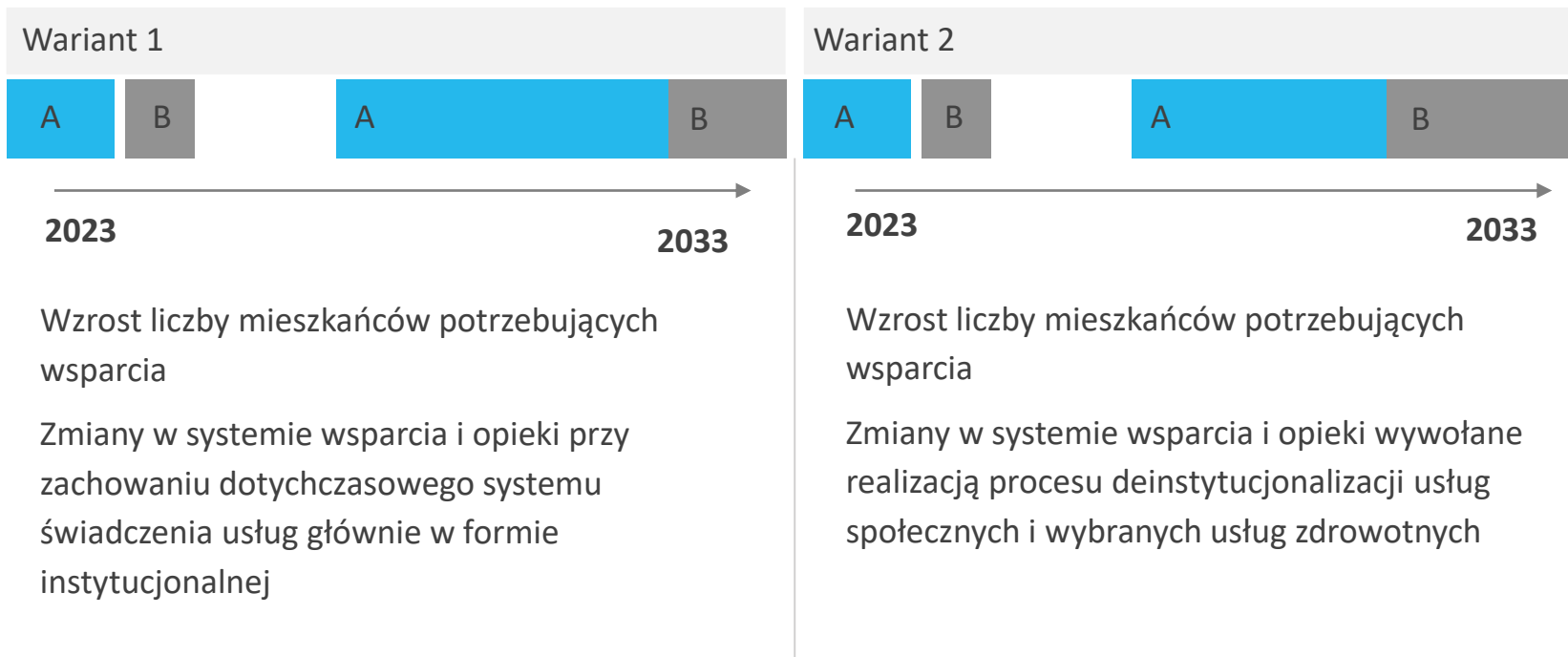
1. Wiedza o procesie deinstytucjonalizacji jako punkt wyjścia do oceny efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki.
2. Ocena bieżącej sytuacji finansowej jako podstawa do oceny efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki.
3. Ryzyka ograniczające skuteczność realizacji procesu deinstytucjonalizacji:
  - brak zaplecza kadrowego,
  - wykluczenie komunikacyjne,
  - deficyt opiekunów, ryzyko wystąpienia regresu w rehabilitacji i terapii,
  - bariery finansowe,
  - niewystarczające zrozumienie istoty samego procesu deinstytucjonalizacji,
  - brak zainteresowania ofertą usług dostępną w placówkach wsparcia dziennego.

## Uwarunkowania badania efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki

4. Nowe role (zadania) instytucji zajmujących się pomocą społeczną i świadczeniem wybranych usług zdrowotnych w ramach procesu deinstytucjonalizacji:
  - organizacja tzw. opieki wytchnieniowej lub tymczasowej,
  - zwiększenie zakresu oraz poziomu opieki i wsparcia osób przebywających w środowisku lokalnym, wprowadzenie form łączonych opieki, wprowadzenie bardziej celowanych form wsparcia i opieki łączonych z rehabilitacją i terapią dopasowaną do potrzeb poszczególnych klientów,
  - zwiększenie roli badanych instytucji jako instytucji edukacyjnych,
  - kontynuacja wsparcia skierowanego do osób w kryzysie bezdomności umieszczanych w mieszkaniach chronionych oraz wsparcia skierowanego do rodzin zastępczych,
  - pomoc w organizacji tzw. hospicjów domowych,
  - wspieranie placówek zamkniętych,
  - wzmacnianie roli placówek dziennego pobytu jako swoistego centrum aktywności społecznych.

# Koszty opieki środowiskowej versus koszty opieki instytucjonalnej w modelu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych

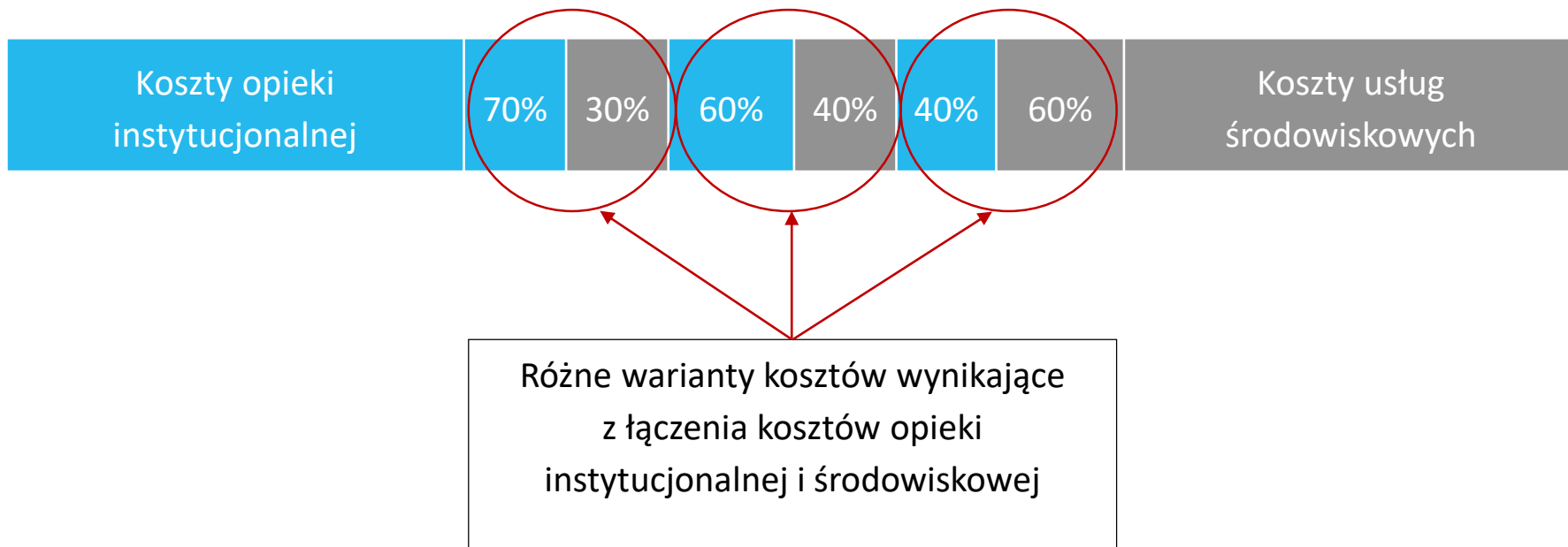
## Warianty zmian w systemie usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w latach 2023-2033



A Jednostki świadczące opiekę w formie instytucjonalnej

B Usługi środowiskowe

# Różne warianty kosztów wsparcia oraz opieki instytucjonalnej i środowiskowej w zależności od realizacji procesu deinstytucjonalizacji



## Koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

- koszty nierozwiązanych problemów społecznych
- „wydatki, jakie musi ponieść dana społeczność w związku z tym, że dane problemy społeczne nie zostały rozwiązane lub nie zostały odpowiednio wcześniej rozpoznane, co mogłoby obniżyć koszty skutków ich wystąpienia” (Hryniewiecka, 2013)
- obejmują z jednej strony koszty nierozwiązanego problemu społecznego, czyli tzw. rzeczywiste straty oraz koszty ponoszone wskutek wystąpienia nowego problemu społecznego wynikającego z nierozwiązanego wcześniej problemu społecznego
- skutki (koszty) zaniechania procesu deinstytucjonalizacji różnią się w zależności od grupy, dla której się je szacuje.



## Najważniejsze kategorie kosztów społecznych i ekonomicznych zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

1. Wzrost kosztów utrzymania, na podobnym poziomie jak obecnie, usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w przypadku obserwowanych trendów demograficznych w istotny sposób wpływających na wzrost populacji osób potrzebujących wsparcia w przyszłości.
2. Pogłębianie się niewydolności publicznych systemów opieki, które już dziś nie są w stanie poradzić sobie z rosnącymi oczekiwaniami zarówno klientów, jak również ich rodzin dotyczącymi dostępności i jakości świadczonych usług.
3. Pogłębianie się deficytu tzw. miękkich usług społecznych, które odpowiednio przygotowane i realizowane mogą istotnie wydłużać czas przebywania osób potrzebujących wsparcia w środowisku lokalnym.
4. Pogłębianie się wykluczenia społecznego w przypadku osób, które przy zapewnieniu pomocy w środowisku lokalnym mogłyby dłużej funkcjonować samodzielnie w swoim miejscu zamieszkania. Przyzwolenie społeczne na marginalizację znaczenia jednostek i ich potrzeb.

## Najważniejsze kategorie kosztów społecznych i ekonomicznych zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

4. Utrwalanie się w społeczeństwie wzorców zachowań, zgodnie z którymi opieka np. nad starszymi rodzicami nie jest naturalnym etapem funkcjonowania rodzin. Zaniechanie procesu uspołeczniania polskiego społeczeństwa bazującego na budowaniu relacji międzypokoleniowych. W skrajnych przypadkach nawet całkowite odizolowanie osób zdrowych, głównie młodych, od tej części społeczeństwa, która wymaga znacznej pomocy w dalszym funkcjonowaniu w społeczeństwie.
5. Utrwalanie się w społeczeństwie wzorców zachowań, zgodnie z którymi coraz łatwiejsze staje się podejmowanie decyzji o powierzaniu opieki nad osobami zależnymi w rodzinach różnego rodzaju instytucjom. Uprzedmiotawianie osób wymagających opieki. Przyzwolenie społeczne na zwalnianie rodzin z obowiązku opieki nad osobami wymagającymi opieki. Akceptacja społeczna dla przejmowania przez państwo ciężaru opieki nad takimi osobami.

## Najważniejsze kategorie kosztów społecznych i ekonomicznych zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

6. Wzrost kosztów leczenia chorób będących efektem depresji wywołanej zmianami w dotychczasowym funkcjonowaniu poszczególnych osób w dobrze sobie znanym środowisku lokalnym, przenoszonych do systemu opieki instytucjonalnej.
7. Dalsze pogłębiające się niewykorzystanie potencjału zawodowego osób kształcących się w nowych zawodach np. opiekunów medycznych, którzy mogliby pomagać w przedłużaniu funkcjonowania osób wymagających opieki w ich środowisku lokalnym. Pośrednim kosztem zaniechania procesu deinstytucjonalizacji jest w tym przypadku koszt utraconych korzyści wynikających z braku możliwości wykonywania pracy zgodnej z posiadanym wykształceniem.
8. Stygmatyzacja starzenia się, nie tylko w przypadku osób, które już wymagają opieki, ale także w odniesieniu do osób młodych, które także mogą w przyszłości wymagać pomocy. Wzrost obaw przed wykluczeniem społecznym wynikającym ze starzenia się.

# Etapy szacowania społecznych i ekonomicznych koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

## Punktem wyjścia jest:

Identyfikacja populacji potencjalnie potrzebujących wsparcia obecnie i w perspektywie kolejnych 10 lat: osób starszych osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie zdrowia psychicznego, osób w kryzysie bezdomności, rodzin i dzieci objętych pieczęią zastępczą.

Etapy	Działania realizowane w ramach etapu
Etap 1	Określenie przedmiotu i zasięgu problemu społecznego, dla którego szacowane będą koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji.  Ustalenie listy następstw zaniechania działań wraz z ustaleniem relacji zachodzących pomiędzy następstwami i powiązań z innymi problemami społecznymi.
Etap 2	Identyfikacja kategorii kosztów i następstw zaniechania procesu deinstytucjonalizacji, którym mogą być w sensie rachunkowym, przypisane możliwe do oszacowania koszty.
Etap 3	Określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego kosztu lub nowego problemu społecznego.
Etap 4	Zebranie wniosków i sformułowanie rekomendacji i wytycznych do przyszłych bardziej szczegółowych badań nad kosztami zaniechania.



Dziękujemy za uwagę

---