

Raport końcowy z badań

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

**Spis treści**

[Wykaz skrótów 5](#_Toc156392709)

[Zespół odpowiedzialny za realizację badania i opracowanie raportu 6](#_Toc156392710)

[Wstęp 7](#_Toc156392711)

[Streszczenie 9](#_Toc156392712)

[Summary 17](#_Toc156392713)

[1. Najważniejsze założenia opracowania 25](#_Toc156392714)

[1.1. Definicja deinstytucjonalizacji i usług społecznych 25](#_Toc156392715)

[1.2. Cel badania i pytania badawcze 27](#_Toc156392716)

[1.3. Opis metod badawczych i przebiegu badań 29](#_Toc156392717)

[2. Ramy strategiczne 33](#_Toc156392718)

[3. Wsparcie osób starszych w województwie pomorskim 37](#_Toc156392719)

[3.1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne 37](#_Toc156392720)

[3.2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych 44](#_Toc156392721)

[3.3. Kluczowe aspekty funkcjonowania systemu wsparcia w ocenie pracowników wybranych placówek 54](#_Toc156392722)

[3.4. Podsumowanie 57](#_Toc156392723)

[4. Wsparcie osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim 59](#_Toc156392724)

[4.1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne 59](#_Toc156392725)

[4.2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych 59](#_Toc156392726)

[4.3. Kluczowe aspekty funkcjonowania systemu wsparcia w ocenie pracowników wybranych placówek 63](#_Toc156392727)

[4.4. Podsumowanie 64](#_Toc156392728)

[5. Wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego w województwie pomorskim 65](#_Toc156392729)

[5.1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne 65](#_Toc156392730)

[5.2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych 66](#_Toc156392731)

[5.3. Kluczowe aspekty funkcjonowania placówek udzielających wsparcia w ocenie ich pracowników 72](#_Toc156392732)

[5.4. Podsumowanie 73](#_Toc156392733)

[6. Wsparcie osób w kryzysie bezdomności w województwie pomorskim 74](#_Toc156392734)

[6.1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne 74](#_Toc156392735)

[6.2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych 78](#_Toc156392736)

[6.3. Podsumowanie 85](#_Toc156392737)

[7. Wsparcie dzieci objętych pieczą zastępczą oraz ich rodzin w województwie pomorskim 86](#_Toc156392738)

[7.1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne 86](#_Toc156392739)

[7.2. Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych 89](#_Toc156392740)

[7.3. Podsumowanie 95](#_Toc156392741)

[8. Zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne w świetle wyników badań ilościowych realizowanych wśród osób korzystających z różnych form wsparcia 97](#_Toc156392742)

[8.1. Domy pomocy społecznej 98](#_Toc156392743)

[8.2. Hospicja stacjonarne 104](#_Toc156392744)

[8.3. Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności 109](#_Toc156392745)

[8.4. Zakłady opiekuńczo-lecznicze/Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze 116](#_Toc156392746)

[8.5. Dzienne domy pomocy 122](#_Toc156392747)

[8.6. Środowiskowe domy samopomocy 126](#_Toc156392748)

[8.7. Warsztaty terapii zajęciowej 129](#_Toc156392749)

[8.8. Podsumowanie 134](#_Toc156392750)

[9. Ocena usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych w świetle badań ilościowych realizowanych wśród osób korzystających z różnych form wsparcia 138](#_Toc156392751)

[9.1. Domy pomocy społecznej 138](#_Toc156392752)

[9.2. Hospicja 142](#_Toc156392753)

[9.3. Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności 147](#_Toc156392754)

[9.4. Zakłady opiekuńczo-lecznicze/zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze 150](#_Toc156392755)

[9.5. Dzienne domy pomocy 155](#_Toc156392756)

[9.6. Środowiskowe domy samopomocy 159](#_Toc156392757)

[9.7. Warsztaty terapii zajęciowej 162](#_Toc156392758)

[9.8. Podsumowanie 167](#_Toc156392759)

[10. Zapotrzebowanie na opiekę mieszkańców województwa oraz ich opinie na temat systemu wsparcia 169](#_Toc156392760)

[10.1. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa pomorskiego 172](#_Toc156392761)

[10.2. Zapotrzebowanie na opiekę mieszkańców województwa pomorskiego 180](#_Toc156392762)

[10.3. Doświadczenia ze sprawowaniem opieki w populacji mieszkańców Pomorza 188](#_Toc156392763)

[11. Deinstytucjonalizacja w opiniach realizatorów wsparcia 208](#_Toc156392764)

[11.1. Postrzeganie i ocena deinstytucjonalizacji jako procesu 208](#_Toc156392765)

[11.2. Możliwość deinstytucjonalizacji w odniesieniu do wybranych grup wsparcia 217](#_Toc156392766)

[11.3. Podsumowanie 234](#_Toc156392767)

[12. Ocena społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji 240](#_Toc156392768)

[12.1. Metodyka oceny społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych 240](#_Toc156392769)

[12.2. Efektywność ekonomiczna (finansowa) alternatywnych systemów opieki 244](#_Toc156392770)

[12.3. Społeczne i ekonomiczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie w perspektywie 10 lat na podstawie badań jakościowych 252](#_Toc156392771)

[12.4. Wiedza i ocena dostępności do usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały ze wsparcia 253](#_Toc156392772)

[12.5. Identyfikacja populacji potencjalnie potrzebujących wsparcia obecnie i w perspektywie kolejnych 10 lat 266](#_Toc156392773)

[12.6. Podsumowanie 291](#_Toc156392790)

[13. Wnioski i rekomendacje 297](#_Toc156392791)

[13.1. Wnioski 297](#_Toc156392792)

[13.2. Rekomendacje 326](#_Toc156392793)

[13.2.1. Rekomendacje odnoszące się do konkretnych deficytów oraz instrumentów 327](#_Toc156392794)

[13.2.2. Rekomendowane kierunki wsparcia grup priorytetowych 334](#_Toc156392795)

[Spis tabel 347](#_Toc156392796)

[Spis wykresów 351](#_Toc156392797)

[Spis rysunków 357](#_Toc156392798)

[Aneks: narzędzia użyte w ramach badania ilościowego 357](#_Toc156392799)

[2.1. Kwestionariusz CATI z mieszkańcami województwa pomorskiego 357](#_Toc156392800)

[2.2 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z mieszkańcami DPS 366](#_Toc156392801)

[2.3 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w DPS 373](#_Toc156392802)

[2.4 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z mieszkańcami schronisk dla osób w kryzysie bezdomności 379](#_Toc156392803)

[2.5 Kwestionariusz CAPI/PAPI z osobami przebywającymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub opiekuńczo-pielęgnacyjnych 387](#_Toc156392804)

[2.6 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej 393](#_Toc156392805)

[2.7 Kwestionariusz CAPI/PAPI z uczestnikami środowiskowych domów samopomocy 399](#_Toc156392806)

[2.8 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z osobami przebywającymi w hospicjach stacjonarnych 405](#_Toc156392807)

[2.9 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z uczestnikami wsparcia w dziennych domach pomocy 411](#_Toc156392808)

[2.10 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności 417](#_Toc156392809)

[2.11 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w ZOL/ZPO 423](#_Toc156392810)

[2.12 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w Hospicjach stacjonarnych 429](#_Toc156392811)

[2.13 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w dziennych domach pomocy 435](#_Toc156392812)

[2.14 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w środowiskowych domach samopomocy 441](#_Toc156392813)

[2.15 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w WTZ 447](#_Toc156392814)

# Wykaz skrótów

* **BDL** – Bank Danych Lokalnych
* **CAS** – Centralna Aplikacja Statystyczna
* **CATI** – *Computer assisted telephone interview* (tł. Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny)
* **CIS** – centrum integracji społecznej
* **CUS** – centrum usług społecznych
* **CZP** – centra zdrowia psychicznego
* **DDOM** – dzienny dom opieki medycznej
* **DDP** – dzienny dom pomocy
* **DPS** – dom pomocy społecznej
* **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny
* **FEP** – program Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027
* **FERS** – program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego
* **FGI** – *Focuse group interview* (tł. Zogniskowany wywiad grupowy)
* **GUS** – Główny Urząd Statystyczny
* **IDI** – *In depth interview* (tł. indywidualny wywiad pogłębiony)
* **KIS** – klub integracji społecznej
* **KSRR** – Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030
* **MRiPS** – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
* **MRiPS-03** – Sprawozdanie MRiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej
* **MRiPS-05** – Sprawozdanie MRiPS-05 o placówkach zapewniających całodobową opiekę i wsparcie
* **MRiPS-06** – Sprawozdanie MRiPS-06 Wybrane jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne jednostka pomocy społecznej oraz zatrudnienie w systemie pomocy społecznej
* **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia
* **NGO** – *Non-government organization* (tł. Organizacja pozarządowa)
* **OPS** – ośrodek pomocy społecznej
* **OZPS –** Ocena Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Pomorskiego
* **PAPI** – *Paper assisted personal interview* (tł. Wywiad z wykorzystaniem papierowego kwestionariusza)
* **PCPR** – powiatowe centrum pomocy rodzinie
* **POWER** – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
* **POZ** – podstawowa opieka zdrowotna
* **PWD** – placówki wsparcia dziennego
* **PZ** – piecza zastępcza
* **RPS** – Regionalny Program Strategiczny
* **SOR** – Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju
* **SRUS** – Strategia Rozwoju Usług Społecznych
* **ŚDS** – środowiskowy dom samopomocy
* **UE** – Unia Europejska
* **UoPS** – Ustawa o pomocy społecznej
* **WHO** – *World Health Organization* (tł. Światowa Organizacja Zdrowia)
* **WTZ** – warsztaty terapii zajęciowej
* **ZAZ** – zakład aktywności zawodowej
* **ZOL** – zakład opiekuńczo-leczniczy
* **ZPO** – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

# Zespół odpowiedzialny za realizację badania i opracowanie raportu

* Rafał Bakalarczyk
* Patrycja Barwińska
* Katarzyna Cheba
* Karolina Drozdowicz
* Emilia Jaroszewska
* Adrian Kargul
* Iwona Mazur
* Filip Oszczyk
* Paweł Poławski
* Agnieszka Sowa-Kofta
* Maria Tylek
* Jakub Wróblewski
* Piotr W. Zawadzki

# Wstęp

Aktualnym trendem w polityce społecznej jest rozwój instrumentów i działań wspierających proces deinstytucjonalizacji. Ten kierunek wyraźnie zaznacza się w strategiach zarówno na szczeblu europejskim, jak i krajowym oraz lokalnym, zwracając uwagę nie tylko na konieczność rozwoju środowiskowych form wsparcia, ale również na takie aspekty jak upodmiotowienie jego adresatów i lepsze dopasowanie pomocy do potrzeb. Aby jednak postulowane zmiany mogły być wprowadzane w sposób bezpieczny i skuteczny, istotne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia osobom korzystającym z usług społecznych i zdrowotnych, a także szersza regionalna diagnoza uwarunkowań oraz przebiegu procesu deinstytucjonalizacji.

Niniejszy raport stanowi podsumowanie projektu badawczego pt. „Diagnoza w zakresie rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w województwie pomorskim”. Celem prowadzonych na różnych poziomach analiz była ocena dostępności i jakości usług społecznych oraz zdrowotnych w województwie pomorskim pod kątem popytu na owe usługi oraz efektywności procesu deinstytucjonalizacji. Dzięki zastosowaniu różnych technik i narzędzi badawczych (analiza danych zastanych, analiza kosztów zaniechania, badania ilościowe i badania jakościowe) zebrane informacje i dane tworzą wielowymiarowy obraz sytuacji w zakresie wsparcia społecznego i zdrowotnego, a także deinstytucjonalizacji usług na Pomorzu. Ze względu na szeroki zakres a równocześnie bardzo dużą objętość materiału badawczego, w celu uczynienia opracowania przejrzystym, raport podzielono na części dotyczące różnych aspektów wsparcia społecznego i zdrowotnego.

W pierwszym rozdziale przedstawiono najważniejsze założenia projektu badawczego, w tym definicje, grupy priorytetowe, paradygmaty badawcze, cele i pytania badawcze oraz opis metod.

W rozdziale drugim nakreślono ramy strategiczne, czyli pokrótce omówiono strategie i plany odnoszące się do procesu deinstytucjonalizacji oraz grup priorytetowych na poziomie ponadnarodowym i krajowym, a także – w sposób bardziej szczegółowy – dokumenty specyficzne dla badanego województwa pomorskiego.

Rozdziały od trzeciego do siódmego zawierają analizę opartą na danych zastanych oraz materiale zebranym w ramach badań jakościowych, z przedstawicielami instytucji (wywiady indywidualne i grupowe). Odnoszą się one do grup priorytetowych, wskazanych w Strategii Rozwoju Usług Społecznych: osób starszych, z niepełnosprawnościami, w kryzysie zdrowia psychicznego, w kryzysie bezdomności oraz rodzin i dzieci objętych pieczą zastępczą. Każdy z tych rozdziałów podzielony został na dwie części, wskazane w założeniach jako cele badania: ocenę rzeczywistego zapotrzebowania oraz analizę potencjału.

Rozdziały ósmy i dziewiąty oparte zostały na badaniach ilościowych, realizowanych w placówkach oferujących wsparcie. Rozdział ósmy zawiera analizę sytuacji beneficjentów oraz wynikającą z niej ocenę zapotrzebowania na wsparcie, treść dziewiątego zaś jest skoncentrowana na ocenie tego wsparcia, w odniesieniu do różnych aspektów funkcjonowania podopiecznych w placówce, przy czym istotnym wątkiem jest tutaj również wpływ otrzymywanego wsparcia na poziom jakości życia i stan psychiczny badanych.

Rozwinięcie tych wątków stanowi rozdział dziesiąty, zawierający szeroką analizę zapotrzebowania mieszkańców województwa na wsparcie oraz ich doświadczeń w tym zakresie, co stanowi punkt wyjścia do refleksji nad szansami rozwoju usług środowiskowych. Do problematyki przebudowy systemu nawiązuje rozdział jedenasty, poświęcony koncepcji deinstytucjonalizacji, ale z kolei opisanej w świetle wiedzy i ocen realizatorów wsparcia. Dopełnieniem tych rozważań jest rozdział dwunasty, stanowiący pogłębioną analizę i ocenę kosztów zaniechania tego procesu.

Opracowanie zamykają wnioski i rekomendacje zawarte w rozdziale trzynastym. Starannie dobrana metodyka oraz realizacja procesu badawczego, a także wielopoziomowy proces analizy danych pozwoliły na sformułowanie solidnie umocowanych w materiale badawczym konkluzji i wskazówek co do kierunków projektów deinstytucjonalizacyjnych. Wnioski zawierają ocenę sytuacji w województwie pomorskim oraz identyfikację kluczowych obszarów zagrożeń i deficytów, zwiększających ryzyko powstawania barier w rozwoju deinstytucjonalizacji oraz usług społecznych i zdrowotnych na Pomorzu. Sformułowane na ich podstawie rekomendacje mogą stanowić przyczynek do dalszych inicjatyw i wskazywać kierunki działania, pomocne w optymalizacji systemu wsparcia społecznego i zdrowotnego w województwie pomorskim, z korzyścią dla wszystkich jego mieszkańców.

Badanie zostało sfinansowane ze środków Pomocy Technicznej RPO 2014-2020, w ramach działań związanych z przygotowaniem perspektywy finansowej po 2020 roku.

# Streszczenie

Niniejszy raport prezentuje wyniki zebrane w ramach projektu badawczego dotyczącego diagnozy w zakresie rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w województwie pomorskim. Projekt ten został sfinansowany ze środków Pomocy Technicznej RPO 2014-2020, w ramach przygotowań do nowej perspektywy finansowej po 2020 roku. Głównym celem badań i analiz była ocena poziomu zapotrzebowania na usługi społeczne i zdrowotne oraz ocena ich dostępności i jakości. W badaniu wykorzystano różne metody i techniki, w tym analizę danych zastanych, badania ilościowe i jakościowe oraz analizę kosztów zaniechania, zgodnie z zasadą badawczej triangulacji, aby stworzyć kompleksowy i kompletny raport.

Raport składa się z 13 rozdziałów, z których każdy koncentruje się na różnych aspektach wsparcia społecznego i zdrowotnego. W pierwszym rozdziale przedstawiono założenia projektu, w tym definicje, cele i metody badawcze. W drugim omówiono ramy strategiczne na poziomie ponadnarodowym i krajowym. Kolejne rozdziały (od trzeciego do siódmego) zawierają szczegółowe analizy dotyczące grup priorytetowych, takich jak: osoby starsze, z niepełnosprawnościami, w kryzysie zdrowia psychicznego, w kryzysie bezdomności oraz rodziny i dzieci, w tym przebywające w pieczy zastępczej. Analizy te skupiają się na kwestii zapotrzebowania na usługi oraz na potencjale ich rozwoju w oparciu wiedzę z danych zastanych oraz wyniki badań jakościowych. Rozdziały ósmy i dziewiąty stanowią pogłębienie tych analiz, w oparciu o wyniki badań ilościowych realizowanych w placówkach udzielających wsparcia. Kolejne dwa rozdziały również oparte zostały na badaniach ilościowych, ale dotyczą innych obszarów: rozdział dziesiąty prezentuje materiał dotyczący wszystkich mieszkańców regionu z perspektywy ich doświadczeń oraz zapotrzebowania na wsparcie. Z kolei rozdział jedenasty oparty został na opiniach realizatorów wsparcia i dotyczy koncepcji deinstytucjonalizacji. Rozdział dwunasty zaś zawiera ocenę kosztów zaniechania tego procesu. Raport kończy się, zawartymi w rozdziale trzynastym, wnioskami i rekomendacjami umieszczonymi – wskazują one zakres i kierunki dla przyszłych projektów deinstytucjonalizacyjnych.

Oceniając poziom zapotrzebowania na usługi społeczne i zdrowotne w regionie – zarówno w formie środowiskowej/lokalnej, jak i instytucjonalnej – zauważono, że w większości badanych instytucji, zwłaszcza w zakładach zamkniętych i schroniskach dla osób w bezdomności, istnieje deficyt miejsc. Przy czym pracownicy tych placówek prognozują rosnące zapotrzebowanie na usługi w perspektywie kolejnych, co najmniej trzech, lat. Jednocześnie analiza potrzeb beneficjentów pomocy ujawnia problemy z samodzielnym wykonywaniem przez nich podstawowych czynności życiowych, jak przyjmowanie leków czy prace domowe, oraz wskazuje na niezrealizowane potrzeby, takie jak pomoc psychologiczna czy opieka higieniczna.

Wiedza mieszkańców regionu, którzy do tej pory nie korzystali ze wsparcia, na temat dostępnych usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych, jest zróżnicowana. Najbardziej rozpoznawalne są w tej grupie instytucje takie jak: OPS, DPS, hospicja stacjonarne, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności, ZOL lub ZPO oraz DDP. Znane są również usługi opiekuńcze świadczone w domu oraz WTZ. Większość badanych nie była natomiast świadoma istnienia usług takich jak np. opieka wytchnieniowa czy mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe. Zróżnicowana jest też ocena dostępności do tych usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych. Respondenci uważają, że stosunkowo łatwo można skorzystać z usług oferowanych przez ośrodki pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy oraz schroniska dla osób w kryzysie bezdomności.

Wśród osób nie korzystających z usług społecznych, większość wydaje się być samodzielna, ale istnieje potencjalne zapotrzebowanie na usługi prewencyjne i edukacyjne. Preferencje mieszkańców co do formy i miejsca wsparcia wskazują na silne zapotrzebowanie na świadczone lokalnie (w środowisku) usługi zdrowotne i wsparcie, szczególnie w zakresie opieki higienicznej, pomocy w załatwianiu spraw osobistych, rehabilitacji i fizjoterapii. Jednocześnie istnieje potrzeba zapewnienia dostępu do specjalistycznych placówek, zwłaszcza w zakresie pomocy psychologicznej. Dane te podkreślają konieczność dostosowania usług do lokalnych warunków i potrzeb mieszkańców.

W kontekście możliwości zastąpienia opieki instytucjonalnej opieką środowiskową dla osób przebywających w różnych placówkach całodobowych, rozpatrywane były cztery główne aspekty określające szanse deinstytucjonalizacji: kondycja zdrowotna i samodzielność, sytuacja rodzinna, sytuacja ekonomiczna oraz gotowość do zmiany typu opieki. Badania pokazały, że w odniesieniu do kondycji zdrowotnej najwyższy poziom samodzielności, mają w grupie badanych beneficjentów mieszkańcy schronisk, co sugeruje ich potencjalną zdolność do korzystania z opieki środowiskowej. W hospicjach, ZOL/ZPO i DPS-ach poziom samodzielności był niższy, co może ograniczać możliwości przeniesienia do opieki środowiskowej. Jeśli jednak chodzi o sytuację rodzinną, najlepsze relacje w tym zakresie mają pacjenci hospicjów, podczas gdy osoby w kryzysie bezdomności znajdują się w najgorszej sytuacji. Istotną barierę dla osób w kryzysie bezdomności stanowi również ich sytuacja materialna oraz brak dostępu do lokum. W wymiarze finansowym ponownie najlepsze warunki mają pacjenci hospicjów. Właśnie jednak w tej grupie najmniejsza jest chęć do zmiany.

W zakresie analizy dotyczącej przewidywanych zmian w zapotrzebowaniu na usługi społeczne i zdrowotne w województwie pomorskim w ciągu najbliższych 10 lat uwzględniono różne aspekty, biorąc pod uwagę trendy demograficzne. Prognozy wskazują na wzrost liczby osób starszych, szczególnie w grupie powyżej 75. roku życia, co wiąże się ze wzrostem wskaźnika obciążenia demograficznego oraz wskaźnika obciążenia pielęgnacyjnego. Oznacza to, że w dającej się przewidzieć przyszłości, będzie więcej osób potrzebujących opieki w stosunku do liczby potencjalnych opiekunów, przy czym sytuacja ta będzie się różnić w zależności od powiatu. Dalszego wzrostu należy się też spodziewać w populacji osób z niepełnosprawnościami, przy czym może go przyspieszyć rosnące tempo starzenia się społeczeństwa. Z kolei w zakresie zdrowia psychicznego niepokój może budzić rosnąca liczba osób w kryzysie suicydalnym, przy czym należy pamiętać, że istnieje luka pomiędzy liczbą osób korzystających ze wsparcia a faktyczną liczbą osób dotkniętych problemami. Bardziej optymistyczne są prognozy dotyczące bezdomności. Wskazują one na możliwy spadek liczby osób potrzebujących wsparcia, choć w niektórych powiatach może wystąpić tendencja odwrotna. W obszarze pieczy zastępczej obserwuje się wzrost liczby dzieci objętych tego rodzaju wsparciem, ale jednocześnie zmianę struktury na korzyść form rodzinnych, co jest zgodne z ideą deinstytucjonalizacji. Prognozy demograficzne sugerują spadek liczby dzieci w pieczy zastępczej, ale rzeczywiste potrzeby na wsparcie będą zależeć od kondycji rodzin, w tym obszarze więc trudno o szczegółowe szacunki.

Reasumując, w ciągu najbliższych 10 lat w województwie pomorskim spodziewany jest wzrost zapotrzebowania na usługi społeczne i zdrowotne, szczególnie w zakresie wsparcia i opieki nad osobami starszymi, z niepełnosprawnościami i problemami zdrowia psychicznego. Przy czym sytuacja będzie się różnić w zależności od powiatu.

Ocena jakości i skuteczności usług świadczonych przez instytucje w formie zamkniętych zakładów i w formie środowiskowej wymagała uwzględnienia subiektywności opinii respondentów, choć uśrednione oceny pozwoliły na wyłonienie pewnych tendencji. Ogólna ocena jakości usług była zazwyczaj dobra a nawet bardzo dobra. W instytucjach całodobowych problemem natomiast była tęsknota za dawnym otoczeniem i brak prywatności, szczególnie w DPS. Najwyżej jakość usług oceniano w hospicjach, najniżej zaś w schroniskach. Należy jednak podkreślić, że większość mieszkańców instytucji całodobowych czuła się bezpiecznie i swobodnie, przy czym często deklarowano zadowolenie z kontaktów z innymi – zwłaszcza z kadrą – pracownikami badanych placówek. W placówkach dziennych, takich jak WTZ czy ŚDS, zauważono też wysoką zgodność wysokich opinii na temat jakości zajęć. Kluczowym elementem jakości usług w hospicjach, ZOL/ZPO i DPS była codzienna opieka i opieka pielęgniarska, a w ośrodkach dziennych – wsparcie w zakresie różnorodnych zajęć. Indeksy wzrostu jakości życia i poprawy stanu psychicznego najwyższe wartości osiągnęły w hospicjach, DDP, WTZ, ŚDS, niższe zaś w DPS, ZOL/ZPO i schroniskach. Trzeba jednak pamiętać, że różnice w ocenach mogą wynikać bardziej z różnic w postawach i kondycji psychicznej badanych, niż rzeczywistych różnic w poziomie i jakości oferowanych usług.

Analiza jakości usług świadczonych w zamkniętych zakładach opieki i w formie środowiskowej ujawnia różnorodne uwarunkowania wpływające na ich standard. W przypadku zamkniętych zakładów, takich jak DPS, hospicja czy ZOL, kluczowe znaczenie ma specyfika placówki i potrzeby osób z przewlekłymi chorobami, wymagających stałej opieki. Jakość usług w tych instytucjach zależy od zdolności zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, ale wyzwania takie jak brak personelu i ograniczenia budżetowe mogą wpływać na realizację standardów. Jakość usług w formie środowiskowej zależy od wykształcenia i przygotowania pracowników, dostępności środków, wsparcia dla rodzin oraz integracji z lokalną społecznością. Istotnym warunkiem jest tu dobra współpraca między instytucjami, koordynacja usług oraz gotowość realizatorów wsparcia do podjęcia wyzwań związanych z procesem deinstytucjonalizacji. Badania pokazały deficyty w tym ostatnim obszarze, pracownicy badanych placówek mają bowiem liczne obawy i często z nieufnością przyjmują wprowadzane a zwłaszcza dopiero planowane zmiany. Bardzo duże znaczenie dla powodzenia procesu deinstytucjonalizacji będą miały więc działania informacyjno-edukacyjne.

Z punktu widzenia mieszkańców, w przypadku zamkniętych zakładów, kluczowym czynnikiem jest status materialny. Osoby z lepszą sytuacją materialną częściej wybierają usługi prywatne, podczas gdy osoby o niższym statusie materialnym preferują usługi publiczne, kierując się ich kosztami i dostępnością. W usługach środowiskowych mieszkańcy Pomorza preferują pomoc świadczoną w miejscu zamieszkania, co wskazuje na zapotrzebowanie na wysokiej jakości usługi środowiskowe. Subregionalne różnice w dostępie do usług mogą wpływać na ich jakość i dostępność, co jest o tyle istotne, że zapewnienie funkcjonalności instytucji opieki w formie zamkniętych zakładów w procesie ich dostosowywania, stopniowej zmiany funkcji lub ewentualnej likwidacji, zgodnie z koncepcją deinstytucjonalizacji, wymaga zintegrowanych działań. Proces ten powinien być przeprowadzony stopniowo, z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców i personelu, co wymaga starannego planowania i wdrażania zmian. Kluczowe jest zapewnienie odpowiedniego szkolenia i edukacji dla personelu, aby był on przygotowany do pracy w zmieniającym się środowisku i nowych modelach opieki, skoncentrowanych na indywidualnych potrzebach mieszkańców. Ważne jest również zwiększenie wsparcia lokalnego i rozwijanie usług opieki środowiskowej, aby umożliwić mieszkańcom zamkniętych zakładów integrację ze społecznością. Ważne jest tworzenie indywidualnych planów opieki i wsparcia dla każdej osoby, która potencjalnie mogłaby opuszczać zamknięte zakłady, uwzględniając jej indywidualne potrzeby i preferencje. Kluczowa jest współpraca z rodzinami i opiekunami osób przebywających w zamkniętych zakładach, tak aby zapewnić ciągłość opieki i wsparcia poza instytucją.

Opinia pracowników instytucji opieki w formie zamkniętych zakładów na temat procesu deinstytucjonalizacji jest zróżnicowana i obejmuje zarówno szanse, jak i zagrożenia związane ze zmianą systemu pracy. Pracownicy rozumieją wartość pozostawania osób potrzebujących wsparcia w ich środowisku lokalnym, ale jednocześnie podkreślają kluczową rolę obecnych placówek, ze względu na możliwość oferowania specjalistycznej opieki. Istnieją jednak obawy dotyczące kosztów i jakości wsparcia oferowanego w domach osób potrzebujących opieki, a także niepewność i brak zaufania do planów deinstytucjonalizacji, często rozumianych jedynie jako likwidacja instytucji.

W kwestii gotowości do świadczenia usług w formie środowiskowej, przedstawiciele badanych instytucji wsparcia, którzy legitymują się wyższym wykształceniem, często oceniają swoją gotowość do tej formy pracy gorzej aniżeli pozostałe grupy respondentów, a ich opinie na temat deinstytucjonalizacji są podzielone i często niepewne. Największe obawy dotyczą redukcji personelu, braku odpowiednich kompetencji, zwiększenia obowiązków i większych wymagań pracowniczych. Wnioski z analizy danych wskazują na potrzebę zwiększenia wiedzy i edukacji wśród pracowników instytucji wsparcia.

W kontekście instytucjonalnym zauważono, że CUS-y mogą odgrywać kluczową rolę w aktywizacji mieszkańców i motywować ich do uczestnictwa w różnorodnych aktywnościach i programach społecznościowych. Pracownicy instytucji, którzy mają większą wiedzę o działaniach CUS-ów, podkreślają ich zdolność do oferowania wszechstronnego wsparcia i współpracy z innymi instytucjami, co zwiększa efektywność pomocy oferowanej różnym grupom społecznym.

Podsumowując, wiedza o deinstytucjonalizacji jest ogólnie niska wśród pracowników instytucji wsparcia, a ich opinie na ten temat są niepewne, z dominacją neutralnych ocen. Wyższe wykształcenie często wiąże się z niższą samooceną gotowości do pracy środowiskowej, a pracownicy z dłuższym stażem pracy wyrażają większy sceptycyzm wobec deinstytucjonalizacji. Jednocześnie pracownicy, którzy rozumieją rolę CUS-ów, wskazują na ich zdolność do aktywizacji mieszkańców i motywowania ich do uczestnictwa w różnorodnych aktywnościach i programach społecznościowych, co wpisuje się w pozytywne paradygmaty deinstytucjonalizacji. CUS-y mają potencjał do znaczącego wpływu na rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, jednak ich rola i funkcjonowanie budzą pewne obawy i wątpliwości wśród realizatorów wsparcia. Ponadto CUS-y, będące opcją fakultatywną, działają tylko w części gmin i nie są jeszcze powszechnie wdrożone w system wsparcia. W województwie pomorskim funkcjonują tylko dwa CUS-y. Większość badanych dostrzega potencjalne korzyści CUS, takie jak możliwość bardziej kompleksowej analizy sytuacji klienta i lepsze dopasowanie pomocy do indywidualnych potrzeb. Jednakże istnieje niejasność co do ich roli i funkcji. Niektórzy respondenci obawiają się powielania funkcji istniejących instytucji, potencjalnej konkurencji ze strony CUS, wpływu na funkcjonowanie obecnych placówek, a także na liczbę beneficjentów i przyznawane subwencje. Pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych wydają się mniej zainteresowani CUS, obawiając się, że ich oferty mogą nie być dostosowane do potrzeb ich beneficjentów. Istnieją również obawy dotyczące dostępności odpowiednich zasobów ludzkich, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, oraz wątpliwości co do możliwości implementacji CUS w systemie, obawy związane z kosztami, komplikacjami administracyjnymi i potencjalnym rozproszeniem istniejących struktur. Wielu pracowników wsparcia uważa, że lepiej byłoby skupić się na poprawie działania istniejących placówek, niż wprowadzać nowe elementy do systemu.

Nieufność i negatywne nastawienie do CUS często wynikają z braku informacji na ich temat. Osoby, które miały możliwość współpracy z CUS, wyrażały bardziej pozytywne opinie, podkreślając zalety, takie jak możliwość załatwienia wszystkiego w jednym miejscu i zaangażowanie pracowników. Widać, że obawy i wątpliwości mogą stanowić bariery w procesie implementacji CUS, a dostęp do informacji i bezpośrednie doświadczenia z CUS są kluczowe dla budowania pozytywnego nastawienia wobec nowych rozwiązań.

Obok CUS, rozpoznano potencjał wolonatariatu w procesie deinstytucjonalizacji oraz w kontekście rozwoju usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych. Jest on znaczący, lecz jednocześnie ograniczony. Jego główną zaletą jest wspieranie integracji społecznej osób wykluczonych z powodu choroby, niepełnosprawności czy wieku, głównie poprzez organizowanie wspólnych aktywności i budowanie więzi społecznych. Wolontariusze mogą również wypełniać lukę w formalnych usługach opiekuńczych i zdrowotnych, oferując dodatkowe wsparcie w codziennych czynnościach i towarzyszenie w wizytach lekarskich. Mają oni także potencjał do wspierania procesu edukacji społeczeństwa na temat potrzeb osób w procesie deinstytucjonalizacji oraz promowania postaw otwartości i akceptacji.

Wolontariat napotyka jednakże na szereg barier i ograniczeń. Brak odpowiednich szkoleń i przygotowania wolontariuszy może wpływać na jakość świadczonych usług. Wolontariat powinien być oparty na formalnej wiedzy i gruntownym przygotowaniu, szczególnie w kontekście wsparcia o charakterze medycznym. Istnieje również problem z dostępnością i ciągłością wsparcia, co jest kluczowe dla osób wymagających regularnej opieki. Brak współpracy między wolontariuszami a profesjonalistami sektora usług społecznych i zdrowotnych może prowadzić do nieefektywnego wykorzystania zasobów i braku spójności w świadczonych usługach. Aby wolontariat efektywnie przyczyniał się do procesu deinstytucjonalizacji, konieczne jest stworzenie systemu wsparcia, w którym wolontariat jest uzupełnieniem profesjonalnych usług, a nie ich substytutem. Inwestycje w szkolenia, rozwój i koordynację wolontariatu mogą zwiększyć jego efektywność. Rozważyć należy także tworzenie sieci wzajemnego wsparcia wśród osób z grup priorytetowych, co może przynieść korzyści zarówno dla osób potrzebujących wsparcia, jak i dla samych wolontariuszy.

W ten kontekst wpisują się elementy związane z zasobami istniejących instytucji. W placówkach świadczących usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne, takich jak DPS, hospicja, ZOL/ZPO, występują znaczące deficyty kadrowe, szczególnie wśród pielęgniarzy, opiekunów medycznych i lekarzy. Te niedobory są mniej odczuwalne w placówkach wsparcia dziennego czy ŚDS. Problem rekrutacji nowego personelu, zwłaszcza pracowników medycznych i opiekuńczych zdolnych do prowadzenia opieki środowiskowej, jest wyraźny i może wpływać na proces deinstytucjonalizacji.

Deficyty kadrowe wynikają z niskiej atrakcyjności zawodów w tych sektorach, niesatysfakcjonujących warunków pracy, niskich wynagrodzeń, małego prestiżu oraz wymagającego charakteru pracy. Problemy te są nasilone na terenach wiejskich przez kwestie geograficzne i logistyczne oraz w dużych aglomeracjach, przez konkurencję z innymi sektorami. W perspektywie długookresowej, ze względu na starzenie się społeczeństwa i słaby napływ młodych pracowników, można oczekiwać nasilenia się problemów związanych z niedoborem kadr.

W kontekście deinstytucjonalizacji, istnieje luka w formalnym przygotowaniu pracowników instytucji wsparcia do pracy środowiskowej, szczególnie w DPS, ŚDS, ZOL i schroniskach dla osób w bezdomności. Z kolei pracownicy hospicjów często posiadają odpowiednie przygotowanie w tym zakresie. Poza tym, pomimo braku formalnego szkolenia, wielu pracowników badanych instytucji deklaruje rozwijanie kompetencji na własną rękę i wyraża zainteresowanie uczestnictwem w kursach lub szkoleniach z zakresu pracy środowiskowej.

Samoocena gotowości do pracy środowiskowej różni się w zależności od rodzaju instytucji, przy czym pracownicy hospicjów, ŚDS, ZOL wykazują jej wyższy poziom. Wiele osób nie potrafi jednoznacznie ocenić swojej gotowości, co może wskazywać na niepewność i potrzebę dalszego wsparcia – ponownie rozpoznano potrzebę inwestycji w edukację i szkolenia pracowników instytucji wsparcia, aby zwiększyć ich kwalifikacje i kompetencje w zakresie pracy środowiskowej. Formalne szkolenia czy kursy mogą zapewnić bardziej kompleksowe i systematyczne przygotowanie, a wsparcie oraz motywacja pracowników są kluczowe dla skutecznej realizacji deinstytucjonalizacji.

W tym kontekście należy zauważyć, że stan infrastrukturalny placówek świadczących usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne trzeba oceniać z dwóch perspektyw: stanu i dostępności architektonicznej placówek oraz ich rozmieszczenia geograficznego. Pod względem stanu i dostępności architektonicznej, sytuacja jest generalnie pozytywna. Większość budynków jest w dobrym stanie i spełnia obowiązujące standardy. W niektórych placówkach, szczególnie w domach pomocy społecznej działających w dawnych pałacach, prowadzone są prace modernizacyjne. Niemal wszystkie badane instytucje deklarują dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, a wyposażenie budynków jest oceniane pozytywnie, choć występują różnice między poszczególnymi kategoriami placówek, z najlepszą sytuacją wśród wspierających dzieci.

Ocena infrastruktury z perspektywy jej rozmieszczenia geograficznego prezentuje nieco gorszy obraz. Wiele wypowiedzi uczestników badania oraz analizy danych zastanych wskazują na problem nierównomiernego rozlokowania placówek, szczególnie w zakresie wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym. Dodatkowo, deficyty w sieci komunikacji publicznej, szczególnie na obszarach wiejskich, gdzie brak dostępu do transportu publicznego dotyczy około jednej czwartej wsi, stanowią poważne wyzwanie. Średnia odległość do najbliższego przystanku wynosi około 2 km, co dla osób o ograniczonej mobilności oznacza konieczność zapewnienia sobie własnych środków transportu. To z kolei zwiększa ryzyko, że osoby żyjące daleko od większych miast nie zostaną objęte odpowiednią opieką i wsparciem. Dodatkową kwestią jest fakt, że realizatorzy wsparcia na terenach defaworyzowanych często muszą korzystać z własnych pojazdów, co generuje dodatkowe wymagania w zakresie kwalifikacji i podnosi koszty usług opiekuńczych. Przestrzenne oddalenie placówek w połączeniu z problemami transportowymi może stanowić istotną barierę w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych.

Proces dostosowywania do nowego modelu wsparcia wymaga regularnego monitoringu i oceny, aby zapewnić, że zmiany są skuteczne i spełniają oczekiwania oraz potrzeby wszystkich zainteresowanych stron. Otwarta komunikacja i transparentność w tym procesie są kluczowe dla budowania zaufania i zrozumienia wśród mieszkańców, personelu i całej społeczności. Niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania dla procesu transformacji, aby pokryć koszty szkoleń, reorganizacji oraz rozwoju nowych form opieki oraz wsparcia. Niezbędne jest przy tym wsparcie psychologiczne dla mieszkańców i personelu zmieniających się instytucji, aby pomóc im dostosować się do zmian, a także nowych warunków życia i pracy. Równie ważne jest opracowanie planów awaryjnych na wypadek nieprzewidzianych wyzwań, które mogą pojawić się w trakcie procesu transformacji. Realizacja tych działań wymaga zintegrowanego podejścia i współpracy między różnymi instytucjami i sektorami, aby zapewnić skuteczne i humanitarne przejście od modelu instytucjonalnego do środowiskowego i zorientowanego na osobę.

Ocena efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki oraz wsparcia jest skomplikowana i zależy od wielu czynników. Kluczowym aspektem jest poziom wiedzy na temat procesu deinstytucjonalizacji, ponieważ jej brak utrudnia szacowanie kosztów funkcjonowania alternatywnych systemów. Rosnące koszty utrzymania obecnego systemu opieki instytucjonalnej, szczególnie w kontekście wzrostu inflacji, oraz przewidywany wzrost populacji osób wymagających wsparcia, wskazują na potrzebę rozwijania alternatywnych form działania. Istnieją przy tym ryzyka ograniczające skuteczność realizacji procesu deinstytucjonalizacji, które wpływają na efektywność ekonomiczną. Do głównych ryzyk należą: brak odpowiedniego zaplecza kadrowego, brak opiekunów do codziennej opieki, wykluczenie komunikacyjne, ryzyko regresu w rehabilitacji i terapii, bariery finansowe oraz brak zainteresowania ofertą usług wsparcia dziennego.

Efektywność ekonomiczna alternatywnych systemów opieki wymaga indywidualnego podejścia do każdej analizowanej instytucji. Koszty działań związanych z alternatywnymi formami opieki, takie jak zatrudnienie pracowników socjalnych, opracowanie systemu badania jakości ich pracy, czy opracowanie indywidualnych strategii postępowania dostosowanych do potrzeb osób wymagających wsparcia, mogą być wysokie. Decyzje podejmowane na poziomie poszczególnych instytucji będą miały znaczący wpływ na ostateczną efektywność ekonomiczną tych systemów. Koszty społeczne i ekonomiczne zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie w perspektywie dekady są trudne do oddzielenia i obejmują wiele różnych aspektów. Z analizy opinii kadry zarządzającej instytucjami świadczącymi usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne wynika, że koszty te są zróżnicowane i obejmują:

1. Wzrost kosztów utrzymania usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych na obecnym poziomie w obliczu trendów demograficznych. Oznacza to, że bez deinstytucjonalizacji, koszty utrzymania istniejących systemów wsparcia będą rosły.

2. Koszty związane z pogłębianiem się deficytu tzw. miękkich usług społecznych, które wynikają z braku (szeroko rozumianych) pracowników usług społecznych, zdolnych do świadczenia ich w środowisku lokalnym. Brak deinstytucjonalizacji może prowadzić do zwiększenia tego deficytu.

3. Pogłębianie się wykluczenia społecznego, szczególnie w przypadku osób, które mogą pozostać w środowisku lokalnym bez odpowiedniej ilości i jakości opieki. Zaniechanie procesu deinstytucjonalizacji może zatem przyczynić się do zwiększenia wykluczenia społecznego niektórych grup, szczególnie tych najbardziej narażonych.

Zaniechanie procesu deinstytucjonalizacji może prowadzić do znaczących kosztów ekonomicznych i społecznych, w tym wzrostu kosztów utrzymania obecnych systemów opieki i wsparcia, pogłębiania deficytów w świadczeniu usług społecznych i zwiększenia wykluczenia społecznego.

W kontekście zrealizowanego procesu badawczego, zidentyfikowano również grupy odbiorców wsparcia w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza (FEP) 2021-2027. Program ten skupia się na działaniach służących włączeniu społecznemu oraz aktywizacji społecznej i zawodowej. W ramach celu (iii) i Priorytetu 5, program koncentruje się na osobach z niepełnosprawnościami, rodzinach z problemami zdrowotnymi, szczególnie w kontekście opieki całodobowej, oraz osobach w niekorzystnej sytuacji społecznej. Cel szczegółowy (k) obejmuje wsparcie dla osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu, ich opiekunów, seniorów, osób z niepełnosprawnościami, dzieci, młodzieży oraz osób z chorobami cywilizacyjnymi. Przy tym FEP kładzie nacisk na promowanie równości płci i niedyskryminacji, koncentrując się na osobach młodych, osobach starszych, długotrwale bezrobotnych, osobach o niskich kwalifikacjach, kobietach, opiekunach oraz osobach potrzebujących wsparcia w codziennym życiu. Priorytet 5. programu wskazuje na osoby w trudnej sytuacji na rynku pracy jako główne grupy docelowe. W ramach tego priorytetu, wsparcie ma być skierowane na aktywizację zawodową, edukację oraz dostęp do usług społecznych i zdrowotnych. Z kolei priorytet 6. programu skupia się na osobach dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ich rodzinach, z naciskiem na włączenie społeczno-gospodarcze, dostęp do usług mieszkaniowych i społecznych. W tym kontekście, program ma na celu modernizację systemów ochrony socjalnej, poprawę dostępności usług dla osób z niepełnosprawnościami oraz wzrost skuteczności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej. Jest to możliwe także w ramach nowej unijnej perspektywy finansowej, przy czym warto zaznaczyć, że w ramach realizacji programu FEP 2021-2027 należy skoncentrować się na wsparciu kompleksowym i wieloaspektowym, obejmującym zarówno bezpośrednie wsparcie opiekuńcze i wychowawcze wymienionych wyżej grup społecznych, jak i działania edukacyjne, zdrowotne, społeczne oraz integracyjne, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i specyfiki każdej z wymienionych grup odbiorców.

Reasumując, proces deinstytucjonalizacji wymaga planowania i konsultacji, stopniowego wdrażania, szkolenia i wsparcia personelu, zapewnienia alternatywnych form opieki, komunikacji i współpracy, indywidualnego podejścia, monitorowania i oceny, oraz właściwego i pełnego zabezpieczenia finansowego. W tym także, a ze względu na zróżnicowania terytorialne może nawet przede wszystkim, ze środków europejskich. Alternatywnym rozwiązaniem dla jednorazowej transformacji może być stworzenie nowego, zdeinstytucjonalizowanego podsystemu, który obejmowałby swoim działaniem nowych klientów, przy zachowaniu obecnych form wsparcia dla klientów dotychczasowych. Bez względu jednak na wybraną ścieżkę realizacji działań, ważne jest, aby cały proces był prowadzony z szacunkiem dla godności i praw osób korzystających z opieki, a także z uwzględnieniem najlepszych praktyk w dziedzinie pomocy społecznej i zdrowotnej.

# Summary

This report presents the results gathered during a research project focused on the diagnosis of development and deinstitutionalization of social and health services in the Pomeranian Voivodeship. The project was funded by the Technical Assistance funds of the RPO 2014-2020, as part of the preparations for the new financial perspective post-2020. The main objective of the research and analysis was to assess the level of demand for social and health services and to evaluate their accessibility and quality. Various methods and techniques were used in the study, including analysis of existing data, quantitative and qualitative research, and cost of inaction analysis, according to the principle of research triangulation, to create a comprehensive report.

The report consists of 13 chapters, each focusing on different aspects of social and health support. The first chapter presents the project's assumptions, including definitions, objectives, and methods. The second discusses strategic frameworks at the supranational and national levels. The subsequent chapters (from the third to the seventh) contain detailed analyses concerning priority groups such as the elderly, people with disabilities, those in mental health crises, those in homelessness crises, and families and children, including those in foster care. These analyses focus on the demand for services and the potential for their development based on existing data and the results of qualitative research. Chapters eight and nine deepen these analyses, based on the results of quantitative research conducted in support-providing facilities. The next two chapters are also based on quantitative research but concern other areas: the tenth chapter presents material concerning all residents of the region from the perspective of their experiences and the need for support. In turn, the eleventh chapter is based on the opinions of support implementers and concerns the concept of deinstitutionalization. The twelfth chapter contains an assessment of the costs of neglecting this process. The report concludes with conclusions and recommendations presented in the thirteenth chapter – they indicate the scope and directions for future deinstitutionalization projects.

In assessing the level of demand for social and health services in the region - both in community/local and institutional forms - it was noted that in most of the institutions studied, especially in closed facilities and shelters, there is a deficit of places. Meanwhile, employees of these institutions predict an increasing demand for services over the next three years. At the same time, the analysis of beneficiaries' needs reveals problems with performing basic life activities independently, such as taking medication or household chores, and indicates unmet needs such as psychological help or hygiene care.

The knowledge among the region's residents, who have not used support services, about available social services and selected health services varies. The most recognizable institutions in this group are OPS, DPS, stationary hospices, shelters for the homeless crisis, ZOL or ZPO, and DDP. Home care services and WTZ are also known. However, most respondents were not aware of services such as respite care or supported, protected, or training housing. The assessment of the accessibility of these social services and selected health services is also varied. Respondents believe that it is relatively easy to use services offered by social assistance centers, community self-help homes, and shelters for the homeless crisis.

Among those not using social services, the majority seem to be independent, but there is a potential need for preventive and educational services. Residents' preferences regarding the form and place of support indicate a strong demand for local health services and support, especially in terms of hygiene care, assistance in personal matters, rehabilitation, and physiotherapy. At the same time, there is a need to ensure access to specialist facilities, especially in the field of psychological help. These data underscore the need to adapt services to local conditions and residents' needs.

In the context of the possibility of replacing institutional care with community care for people staying in various round-the-clock facilities, four main aspects were considered in determining the chances of deinstitutionalization: health condition and independence, family situation, economic situation, and readiness to change the type of care. The research showed that in terms of health condition, the highest level of independence is in the group of shelter residents, suggesting their potential ability to use community care. In hospices, ZOL/ZPO, and DPS, the level of independence was lower, which may limit the possibilities of transferring to community care. However, regarding the family situation, the best relationships are among hospice residents, while people in the homeless crisis are in the worst situation. A significant barrier for people in the homeless crisis is also their financial situation and lack of access to housing. Financially, hospice residents are again in the best position. However, in this group, the willingness to change is the smallest.

The analysis of predicted changes in the demand for social and health services in the Pomeranian Voivodeship over the next 10 years considered various aspects. These aspects included demographic trends. Forecasts indicate an increase in the number of older people, especially in the group over 75 years of age, which is associated with an increase in the demographic burden index and the care burden index. This means that in the foreseeable future, there will be more people needing care relative to the number of potential caregivers, although this situation will vary depending on the county. Further growth is also expected in the population of people with disabilities, which may be accelerated by the increasing pace of aging of society. In terms of mental health, the increasing number of people in suicidal crisis is concerning, although it should be remembered that there is a gap between the number of people using support and the actual number of people affected by problems. More optimistic are the forecasts regarding homelessness, indicating a possible decrease in the number of people needing support, although in some counties the trend may be the opposite. In the area of foster care, there is an increase in the number of children covered by this type of support, but at the same time a change in the structure in favor of family forms, which is consistent with the idea of deinstitutionalization. Demographic forecasts suggest a decrease in the number of children in foster care, but the actual needs for support will depend on the condition of families, so it is difficult to make reliable estimates in this area. In summary, over the next 10 years in the Pomeranian Voivodeship, an increase in the demand for social and health services is expected, especially in terms of care for the elderly, people with disabilities, and mental health problems. However, the situation will vary depending on the county.

The assessment of the quality and effectiveness of services provided by care institutions in the form of closed facilities and in the community required taking into account the subjectivity of respondents' opinions, although averaged assessments allowed for the identification of certain trends. The overall assessment of the quality of services was usually good. In round-the-clock institutions, the problem was longing for the old environment and lack of privacy, especially in DPS. The quality of services was rated highest in hospices and lowest in shelters. However, it should be emphasized that most residents of round-the-clock institutions felt safe and comfortable, often declaring satisfaction with contacts with others. In day facilities, such as WTZ or ŚDS, high conformity of high opinions about the quality of activities was also noted. The key element of service quality in hospices, ZOL/ZPO, and DPS was daily care and nursing care, and in day centers - support in various activities. Quality of life indices and improvement of mental state achieved the highest values in hospices, DDP, WTZ, ŚDS, and lower in DPS, ZOL/ZPO, and shelters. However, it should be remembered that differences in assessments may result more from differences in attitudes and mental condition of the respondents than actual differences in the level and quality of offered services.

The analysis of the quality of services provided in closed care institutions and in the community reveals various conditions affecting their standard. In the case of closed institutions, such as DPS, hospices, shelters or ZOL, the main factors affecting the quality of services include the physical condition of the building, the number of staff, their qualifications, and the level of funding. In community services, such as social assistance centers, community self-help homes, or day care centers, the key factors are the availability of services, the quality of staff work, and the level of funding. The analysis also shows that the quality of services is influenced by the level of satisfaction of employees, their motivation, and the quality of management. The level of funding is crucial in both types of institutions, affecting the quality of services and the possibility of their development.

From the residents' perspective, in the case of closed institutions, the key factor is the financial status. People with a better financial situation often choose private services, while those with lower financial status prefer public services, guided by costs and availability. In community services, residents of Pomerania prefer assistance provided at their place of residence, indicating a demand for high-quality community services. Subregional differences in access to services can affect their quality and availability, which is important because ensuring the functionality of care institutions in the form of closed facilities during their adaptation, gradual change of function, or potential closure, in line with the concept of deinstitutionalization, requires integrated actions. This process should be carried out gradually, taking into account the needs of residents and staff, which requires careful planning and implementation of changes. It is crucial to provide appropriate training and education for the staff, so they are prepared to work in a changing environment and new care models focused on the individual needs of residents. It is also important to increase local support and develop community care services to enable residents of closed institutions to integrate with the community. Creating individual care plans for each person who could potentially leave closed institutions is important, taking into account their individual needs and preferences. Collaboration with families and caregivers of people staying in closed institutions is key to ensuring continuity of care and support outside the institution.

The opinion of the staff of care institutions in the form of closed facilities regarding the process of deinstitutionalization is varied and includes both opportunities and threats associated with changing the work system. The staff understand the value of keeping people in need of support in their local environment, but at the same time, they emphasize the crucial role of current facilities due to the specialized care they offer. However, there are concerns about the costs and quality of support offered in the homes of those needing care, as well as uncertainty and mistrust towards deinstitutionalization plans, often understood merely as the closure of institutions.

Regarding readiness for community care, employees with higher education often rate their readiness for this form of work lower, and their opinions on deinstitutionalization are divided and often uncertain. The greatest concerns relate to staff reductions, lack of appropriate competencies, increased responsibilities, and higher work demands. Conclusions from data analysis indicate the need to increase knowledge and education among support institution staff.

In the institutional context, it has been noted that CUSs can play a key role in activating residents and motivating them to participate in various activities and community programs. Support institution staff, who have more knowledge about the activities of CUSs, emphasize their ability to offer comprehensive support and collaborate with other institutions, which increases the effectiveness of the support offered to various social groups.

In summary, knowledge about deinstitutionalization is generally low among support institution staff, and their opinions on this subject are uncertain, with a dominance of neutral assessments. Higher education often correlates with a lower self-assessment of readiness for community work, and employees with longer tenure express greater skepticism towards deinstitutionalization. At the same time, employees who understand the role of CUSs point out their ability to activate residents and motivate them to participate in various activities and community programs, which aligns with the positive paradigms of deinstitutionalization. CUSs have the potential to significantly influence the development of social services provided in the local environment, however, their role and functioning raise some concerns and doubts among support implementers.

CUSs, being an optional option, operate only in some municipalities and are not yet widely implemented in the support system. In the Pomeranian Voivodeship, there are only two CUSs. Most of the respondents see potential benefits of CUSs, such as the possibility of a more comprehensive analysis of the client's situation and better tailoring of assistance to individual needs. However, there is ambiguity regarding their role and function. Some respondents fear the duplication of functions of existing institutions, potential competition from CUSs, impact on the functioning of current facilities, as well as on the number of beneficiaries and allocated subsidies. Staff of care and education centers seem less interested in CUSs, fearing that their offerings may not be tailored to the needs of their beneficiaries. There are also concerns about the availability of appropriate human resources, especially in smaller centers, and doubts about the feasibility of implementing CUSs in the system, concerns related to costs, administrative complications, and potential dispersion of existing structures. Many support workers believe that it would be better to focus on improving the operation of existing facilities rather than introducing new elements into the system.

Distrust and negative attitudes towards CUSs often stem from a lack of information about them. Individuals who had the opportunity to collaborate with CUSs expressed more positive opinions, highlighting advantages such as the ability to handle everything in one place and the commitment of the staff. It is evident that fears and doubts can pose barriers in the process of implementing CUSs, and access to information and direct experiences with CUSs are crucial for building a positive attitude towards new solutions.

Alongside CUS, the potential of volunteering in the process of deinstitutionalization and in the context of the development of social services and selected medical services has been recognized. It is significant, yet simultaneously limited. Its main advantage is supporting the social integration of individuals excluded due to illness, disability, or age, primarily through organizing joint activities and building social bonds. Volunteers can also fill a gap in formal care and health services, offering additional support in daily activities and accompanying medical visits. They also have the potential to support the process of educating society about the needs of individuals in deinstitutionalization and promoting attitudes of openness and acceptance. However, volunteering encounters a range of barriers and limitations. The lack of proper training and preparation for volunteers can affect the quality of services provided. Volunteering should be based on formal knowledge and thorough preparation, especially in the context of medical support. There is also an issue with the availability and continuity of support, which is crucial for individuals requiring regular care. Lack of cooperation between volunteers and professionals in the social and health services sector can lead to inefficient use of resources and a lack of coherence in the services provided. For volunteering to effectively contribute to the deinstitutionalization process, it is necessary to create a support system where volunteering complements professional services, rather than substituting them. Investments in training, development, and coordination of volunteering can increase its effectiveness. Consideration should also be given to creating networks of mutual support among priority groups, which can bring benefits both for the individuals needing support and for the volunteers themselves.

This context includes elements related to the resources of existing institutions. In facilities providing social services and selected health services, such as DPS, hospices, ZOL/ZPO, there are significant staff shortages, especially among nurses, medical caregivers, and doctors. These shortages are less pronounced in day support centers or ŚDS. The problem of recruiting new staff, especially medical and care workers capable of providing community care, is evident and can impact the deinstitutionalization process.

Staff shortages stem from the low attractiveness of professions in these sectors, unsatisfactory working conditions, low salaries, little prestige, and the demanding nature of the work. These problems are exacerbated in rural areas due to geographical and logistical issues and in large agglomerations due to competition with other sectors. In the long-term perspective, due to the aging of the population and the weak influx of young workers, an intensification of problems related to shortages can be expected.

In the context of deinstitutionalization, there is a gap in the formal preparation of support institution workers for community-based work, especially in DPS, ŚDS, ZOL and shelters. However, hospice workers often have the appropriate training. Despite the lack of formal training, many workers declare that they are developing competencies on their own and express interest in participating in courses or training in the field of community-based work.

Self-assessment of readiness for community-based work varies depending on the type of institution, with hospice, ŚDS and ZOL staff showing higher self-evaluation. Many individuals are unable to unequivocally assess their readiness, which may indicate uncertainty and the need for further support in this area – the need for investment in education and training of support institution workers has been recognized to enhance their qualifications and competencies in community-based work. Formal training and courses can provide more comprehensive and systematic preparation, and the support and motivation of employees are key to the effective implementation of deinstitutionalization.

In this context, it is important to note that the infrastructural state of institutions providing social services and selected health services must be assessed from two perspectives: the condition and architectural accessibility of the facilities, and their geographical distribution.

In terms of condition and architectural accessibility, the situation is generally positive. Most buildings are in good condition and meet current standards. In some facilities, especially in social care homes located in former palaces, modernization works are being carried out. Almost all the institutions examined have been adapted to the needs of people with disabilities, and the equipment of the buildings is positively evaluated, although there are differences between the various categories of facilities, with the best situation in institutions supporting children.

However, the assessment of infrastructure from the perspective of its geographical distribution presents a less favorable picture. Many statements from study participants and data analyses point to the problem of uneven distribution of facilities, especially in terms of support for people in mental health crises. Additionally, deficits in the public transportation network, particularly in rural areas where about one-quarter of villages lack access to public transport, pose a serious challenge. The average distance to the nearest stop is about 2 km, which for people with limited mobility means the need to provide their own means of transport. This, in turn, increases the risk that people living far from larger cities will not receive adequate care. Another issue is that support providers in disadvantaged areas often have to use their own vehicles, which generates additional requirements in terms of qualifications and increases the cost of care services. The spatial distance of facilities combined with transportation problems can be a significant barrier in the process of deinstitutionalizing social and health services.

Regular monitoring and evaluation are required to adapt to the new support model effectively and meet the expectations and needs of all stakeholders. Open communication and transparency in the change process are key to building trust and understanding among residents, staff, and the entire community. It is essential to provide adequate funding for the transformation process to cover the costs of training, reorganization, and the development of new forms of care. Psychological support for the residents and staff of changing institutions is also necessary to help them adjust to the changes and new living and working conditions. Equally important is the development of contingency plans in case of unforeseen challenges that may arise during the transformation process. The implementation of these actions requires an integrated approach and cooperation between different institutions and sectors to ensure an effective and humane transition from the institutional model to a more decentralized and person-centered one.

The assessment of the economic efficiency of alternative care systems is complex and depends on many factors. A key aspect is the level of knowledge about the deinstitutionalization process, as a lack of this knowledge hinders the estimation of the operating costs of alternative care systems. The rising costs of maintaining the current institutional care system, especially in the context of increasing inflation, and the anticipated growth in the population requiring support, indicate the need to develop alternative forms of care. However, there are risks that limit the effectiveness of implementing the deinstitutionalization process, which affect economic efficiency. The main risks include: lack of appropriate staffing, shortage of caregivers for daily care, communication exclusion, risk of regression in rehabilitation and therapy, financial barriers, and lack of interest in the offer of daily support services.

The economic efficiency of alternative care systems requires an individual approach to each institution being analyzed. The costs associated with alternative forms of care, such as employing social workers, developing a system to assess the quality of their work, or developing individualized treatment strategies tailored to the needs of those requiring support, can be high. Decisions made at the level of individual institutions will have a significant impact on the final economic efficiency of these systems. The social and economic costs of forgoing the process of deinstitutionalization in the region over a decade are difficult to separate and encompass many different aspects. From the analysis of the opinions of the management staff of institutions providing social services and selected health services, it appears that these costs are varied and include:

1. The increase in the costs of maintaining social services and selected health services at the current level in the face of demographic trends. This means that without deinstitutionalization, the costs of maintaining existing care systems will rise.

2. The costs associated with the deepening deficit of so-called soft social services, resulting from a lack of social workers capable of providing these services in the local environment. The lack of deinstitutionalization may lead to an increase in this deficit.

3. The deepening of social exclusion, especially in the case of people who could remain in the local environment without adequate quantity and quality of care. Therefore, neglecting the process of deinstitutionalization may contribute to increasing social exclusion for certain groups, especially those most vulnerable.

Neglecting the process of deinstitutionalization can lead to significant economic and social costs, including an increase in the costs of maintaining current care systems, deepening deficits in the provision of social services, and an increase in social exclusion.

In the context of the conducted research process, support recipient groups within the European Funds for Pomerania (FEP) program 2021-2027 were also identified. This program focuses on activities aimed at social inclusion and social and professional activation. Under objective (iii) and Priority 2.1.5, the program concentrates on people with disabilities, families with health problems, especially in the context of round-the-clock care, and people in a disadvantaged social situation. Specific objective (k) includes support for people needing assistance in daily functioning, their caregivers, seniors, people with disabilities, children, youth, and individuals with lifestyle diseases. In this regard, FEP emphasizes promoting gender equality and non-discrimination, focusing on young people, the elderly, long-term unemployed, low-skilled individuals, women, caregivers, and people needing support in daily life. Priority 2.1.5 of the program identifies people in difficult labor market situations as the main target groups. Within this priority, support is to be directed towards professional activation, education, and access to social and health services. Priority 2.1.6 of the program focuses on people affected by or at risk of poverty and social exclusion and their families, with an emphasis on socio-economic inclusion, access to housing and social services. In this context, the program aims to modernize social protection systems, improve accessibility of services for people with disabilities, and increase the effectiveness of health care and long-term care services. In implementing the FEP program 2021-2027, the focus should be on comprehensive and multifaceted support, encompassing both direct care and educational, health, social, and integration activities, taking into account the individual needs and specificities of each of the mentioned recipient groups.

In summary, the deinstitutionalization process requires planning and consultation, gradual implementation, training and support for staff, provision of alternative forms of care, communication and cooperation, an individualized approach, monitoring and evaluation, and financial security. An alternative solution could be the creation of a new, deinstitutionalized subsystem that would cover new clients. It is important that the entire process is conducted with respect for the dignity and rights of care recipients, and with consideration of best practices in social and health care.

# Najważniejsze założenia opracowania

## Definicja deinstytucjonalizacji i usług społecznych

Wśród ekspertów, naukowców oraz praktyków polityki społecznej toczy się debata na temat pojęcia deinstytucjonalizacji. W europejskich wytycznych, dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnej społeczności, zamieszczono zastrzeżenie, że słowo deinstytucjonalizacja może być niepoprawnie kojarzone i rozumiane jako dążenie do zamykania placówek opieki całodobowej. W istocie, celem procesu deinstytucjonalizacji jest dążenie do rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, które mają wyeliminować potrzebę opieki całodobowej w placówce. Opisując sam proces deinstytucjonalizacji autorzy wytycznych odwołują się do przywołanej poniżej definicji UNICEF. Warto podkreślić, że jednym z elementów deinstytucjonalizacji jest świadczenie usług o charakterze prewencyjnym tj. zapobiegającym instytucjonalizacji. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w wydanych w 2022 r. ogólnopolskich wytycznych, dotyczących opracowywania lokalnych strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych[[1]](#footnote-2), wskazało konieczność uwzględnienia dwóch międzynarodowych definicji deinstytucjonalizacji, które zostały przedstawione przez UNICEF oraz Komisję Europejską. Zgodnie z nimi:

*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)[[2]](#footnote-3)

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)[[3]](#footnote-4).

W świetle tych definicji 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. Dokumenty międzynarodowe i krajowe podkreślają jednak, że deinstytucjonalizacja może wiązać się z przekształceniem obecnych instytucji opiekuńczych czy publicznego systemu wsparcia, czyli oznaczać redukcję liczby osób przebywających w tych instytucjach i poprawę standardów ich życia, zapewniając warunki bardziej dostosowane do indywidualnych potrzeb i godności beneficjentów.

Takie podejście jest bardzo istotne w kontekście przyjętego dla potrzeb niniejszego opracowania paradygmatu badawczego, który mówi o tym, że nie w każdej sytuacji i nie w każdym przypadku zdeinstytucjonalizowanie pomocy jest właściwe i niepozbawione ryzyk. Zwłaszcza że proces deinstytucjonalizacji jest zadaniem złożonym oraz długotrwałym, wymagającym zaangażowania i koordynacji wielu instytucji wspólnie pracujących nad rozwojem i implementacją strategii regionalnej i lokalnej polityki społecznej.

Działania w obszarze deinstytucjonalizacji zorientowane są przede wszystkim na rozwój usług społecznych na szczeblu lokalnym, w tym działań o charakterze profilaktycznym i prewencyjnym. Usługi społeczne w europejskiej polityce społecznej definiowane są z jednej strony w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy mogą być zaangażowani w realizację działań z zakresu pracy socjalnej, podkreślając, że usługi społeczne to aktywności ekonomiczne i społeczne w obszarze pracy socjalnej i opieki instytucjonalnej podejmowane przez sektor publiczny, organizacje *non-profit* oraz wybrane instytucje sektora prywatnego[[4]](#footnote-5). Z drugiej strony, funkcjonują definicje zorientowane przede wszystkim na kwestie zaspokojenia potrzeb odbiorców usług. W tym podejściu usługi społeczne określane są w kontekście dobra publicznego (wspólnego), skierowanego bezpośrednio do odbiorcy, w formie np. usług pomocy społecznej, publicznych służb zatrudnienia, opieki nad dziećmi, mieszkalnictwa społecznego, opieki długoterminowej dla osób starszych lub osób z niepełnosprawnościami. Podkreśla się również spersonalizowany charakter tychże usług tak, aby odpowiadały faktycznym potrzebom odbiorców. Z kolei termin usług świadczonych w społeczności lokalnej odnosi się – w terminologii stosowanej w przywołanych powyżej wytycznych – do szerokiej gamy usług środowiskowych, umożliwiających życie w społeczności. W sensie przedmiotowym obejmuje usługi mieszkalnictwa, ochrony zdrowia, edukacji, zatrudnienia i zapewnienia dostępu do kultury i rozrywki. Obejmuje również wszelkie usługi specjalistyczne i wspierające osoby z niepełnosprawnościami oraz formy opieki krótkoterminowej.

W Polsce kluczowe zasady dotyczące świadczenia usług społecznych są zawarte w Strategii Rozwoju Usług Społecznych (SRUS), która adresuje swoje działania do pięciu konkretnych grup: osoby z trudnościami w samodzielnym funkcjonowaniu, osoby z niepełnosprawnościami, rodziny i dzieci w pieczy zastępczej, osoby przeżywające kryzys psychiczny oraz osoby doświadczające bezdomności, przy czym pierwsza grupa utożsamiana jest z osobami starszymi, na co wskazuje część diagnostyczna dokumentu. W SRUS przyjmuje się założenie, że każdy obywatel wymagający wsparcia, powinien mieć możliwość wyboru najbardziej korzystnej dla niego formy usługi. Oznacza to potrzebę zapewnienia różnorodności usług, jak też zwiększenie ich ilości stosownie do potrzeb.

W tym kontekście warto wyjaśnić, czym różnią się od siebie tzw. instytucje zamknięte oraz placówki opieki i wsparcia środowiskowego, które w zależności od formy i pełnionych funkcji, są dopasowane do określonych grup odbiorców.

* Instytucje zamknięte to placówki względnie duże, które oferują długoterminowe wsparcie w trybie całodobowym. Instytucje te zapewniają kompleksową opiekę, obejmującą praktycznie wszystkie aspekty życia osoby, co może jednak prowadzić do ograniczonej swobody mieszkańców, odizolowania od społeczeństwa i w końcu zależności od instytucji, zwłaszcza w ramach opieki całodobowej.
* Placówki opieki i wsparcia środowiskowego realizują wsparcie osób w ich zwykłym otoczeniu, lokalnym środowisku, promując niezależność oraz integrację ze społeczeństwem.

Instytucje zamknięte są z reguły droższe w utrzymaniu i często mniej efektywne w długoterminowym wspieraniu niezależności osób. Z kolei instytucje środowiskowe mogą być bardziej efektywne kosztowo, promując samodzielność i redukując potrzebę długoterminowej opieki instytucjonalnej. Proces deinstytucjonalizacji ma na celu przesunięcie nacisku z opieki instytucjonalnej na opiekę środowiskową, co jest zgodne z nowoczesnymi zasadami praw człowieka, promującymi niezależność, godność i integrację społeczną osób wymagających wsparcia, przy zachowaniu zasad skuteczności i efektywności udzielanego wsparcia.

W realizowanych w ramach projektu badaniach terenowych (zarówno ilościowych, jak i jakościowych) uwzględniono obydwa typy placówek.

## Cel badania i pytania badawcze

Celem badania, które stanowi przedmiot niniejszego raportu, była kompleksowa diagnoza w zakresie rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w województwie pomorskim. Był on zgodny z ramami zakreślonymi w dokumentach strategicznych na poziomie krajowym i regionalnym, gdyż wpisuje się zarówno w przyjętą przez Radę Ministrów Strategię Rozwoju Usług Społecznych (SRUS)[[5]](#footnote-6), jak też Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej (RPS) województwa pomorskiego[[6]](#footnote-7) oraz Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych na lata 2023-2025[[7]](#footnote-8).

Realizacji tego celu posłużył proces badawczy, obejmujący analizę danych zastanych i danych z badań terenowych oraz analizy ekonometryczne. W toku badań starano się zidentyfikować luki w dostępnych usługach społecznych i wybranych usługach zdrowotnych oraz ocenić ich popyt i podaż w tych obszarach, a także oszacować ekonomiczne i społeczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji. Pozwoliło to na sformułowanie rekomendacji w zakresie planowanej polityki społecznej regionu, które mogą być przydatne przy tworzeniu nowego modelu usług społecznych i zdrowotnych Pomorza.

Cel główny badań obejmował trzy cele szczegółowe:

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.

Z celów tych wynikają trzy główne pytania badawcze, wyznaczające kierunek analizy, przy czym w odniesieniu do każdego z nich sformułowano szczegółowe pytania badawcze:

**1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania na usługi opieki środowiskowej/lokalnej i instytucjonalnej w regionie.**

Pytania badawcze przyporządkowane do tego celu:

1.1 Jakie jest rzeczywiste zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne świadczone w formie środowiskowej/lokalnej oraz instytucjonalnej w regionie – diagnoza potrzeb osób pozostających w zamkniętych zakładach, korzystających z różnych form wsparcia w środowisku oraz osób nie korzystających w ogóle z żadnych form usług społecznych lub zdrowotnych?

1.2 Ile osób w regionie może / powinno / chciałoby korzystać z opieki środowiskowej / lokalnej jako alternatywy dla opieki instytucjonalnej?

1.3 Jak zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne może zmieniać się w czasie (perspektywa 10 lat), biorąc pod uwagę np. trendy demograficzne?

1.4 Na jakich grupach odbiorców wsparcia i w jakim zakresie powinno koncentrować się wsparcie w ramach: priorytetu 2.1.5, cel (k) oraz priorytetu 2.1.6, cel (iii) programu FEP 2021-2027?

1.5 Jaka jest sytuacja osób pozostających w zamkniętych zakładach w formie całodobowej, długoterminowo w kontekście możliwości wsparcia tej grupy w środowisku lokalnym (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, ekonomiczna itp.)?

1.6 Jakie jest potencjalne zapotrzebowanie na usługi społeczne w zakresie wsparcia osób ze względu na stan zdrowia, niepełnosprawność, wiek lub inne przesłanki wykluczenia społecznego w najbliższej przyszłości? (perspektywa 10 lat)?

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

Pytania badawcze przyporządkowane do tego celu:

2.1 Jaka jest jakość i skuteczność usług świadczonych przez instytucje opieki w formie zamkniętych zakładów (całodobowo, długoterminowo) a jaka w formie środowiskowej?

2.2 Jakie są uwarunkowania (społeczne, terytorialne, inne?) dla jakości usług świadczonych w formie zamkniętych zakładów oraz w formie środowiskowej?

2.3 W jaki sposób zapewnić funkcjonalność instytucji opieki w formie zamkniętych zakładów w procesie ich dostosowywania, stopniowej zmiany funkcji lub ewentualnej likwidacji zgodnie z planowaną do wdrożenia koncepcją deinstytucjonalizacji?

2.4 Jaka jest opinia personelu pracującego w instytucjach opieki w formie zamkniętych zakładów na temat procesu deinstytucjonalizacji (szanse, zagrożenia w zakresie zmiany systemu pracy)?

2.5 Jakie są wyzwania kadrowe w placówkach świadczących usługi społeczne lub wybrane usługi zdrowotne?

2.6 Jaki jest stan infrastrukturalny oraz jakie są najpoważniejsze wyzwania, potrzeby w tym zakresie w placówkach świadczących usługi społeczne lub wybrane usługi zdrowotne (remonty, dostosowywanie do obowiązujących standardów lub budowy nowych obiektów itp.)?

2.7 Jaki potencjał stanowić mogą centra usług społecznych w rozwoju usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym?

2.8 Jaki jest realny potencjał i możliwości wolontariatu w procesie deinstytucjonalizacji oraz co stanowi jego główne bariery i ograniczenia w kontekście rozwoju usług społecznych i wybranych usług medycznych?

3. Ocena społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji.

Pytania badawcze przyporządkowane do tego celu:

3.1 Jaka jest efektywność ekonomiczna (finansowa) alternatywnych systemów opieki?

3.2 Jakie będą społeczne i ekonomiczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie w perspektywie 10 lat?

3.3 Jaka jest wiedza i ocena dostępności do usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały z tego typu wsparcia?

## 1.3. Opis metod badawczych i przebiegu badań

Realizację badania zainaugurował warsztat strategiczny z udziałem przedstawicieli Zamawiającego i zespołu realizującego badanie. Warsztat miał charakter spotkania startowego (ang. tzw. kick-off meeting) i umożliwił doprecyzowanie i omówienie wszystkich kierunków badań zaplanowanych w całym projekcie.

Na drugim etapie prac opracowano Raport metodologiczny, który zawierał szczegółowy plan prac oparty na założeniach Opisu Przedmiotu Zamówienia i ustaleniach ze spotkania otwierającego. Raport poza uszczegółowieniem kwestii koncepcyjnych zawierał także narzędzia badawcze, które zostały wykorzystane na etapie badań terenowych.

Przeprowadzone analizy oparto o dane pozyskane w trakcie analiz desk-research, a także ilościowych i jakościowych badań, które objęły swoim zasięgiem obszar całego województwa pomorskiego. Działania badawcze prowadzono w okresie lipiec-wrzesień 2023 i w tym czasie pozyskano opinie wszystkich kluczowych dla funkcjonowania systemu wsparcia społecznego środowisk. Zgodnie z założeniami metodologicznymi poza analizą szerokiego spektrum istniejących danych i opracowań pozyskano opinie opiekunów i pracowników siedmiu typów placówek świadczących usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne: domów pomocy społecznej, schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, zakładów opiekuńczo-leczniczych/ pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów stacjonarnych, dziennych domów pomocy, środowiskowych domów samopomocy i warsztatów terapii zajęciowej.

Techniką pozyskania danych w przypadku badań odbiorców i realizatorów wsparcia było CAPI (Computer Assisted Personal Interview), lub PAPI (Paper Assisted Personal Interview). Badanie na tych próbach zostało przyprowadzone przy pomocy wyszkolonych ankieterów, którzy przeprowadzali wywiady w placówkach objętych badaniem.

Dodatkowo przeprowadzono populacyjne badania wśród reprezentatywnej próby mieszkańców województwa pomorskiego, którzy ukończyli 45 rok życia. Badanie ankietowe odbyło się poprzez technikę CATI (Computer Assisted Telephone Interview), na próbie dobranej w sposób kwotowy-losowy.

Ogółem pozyskano 4847 (zakładana próba 4828) kwestionariusze od wszystkich grup respondentów w tym 3146 od beneficjentów wsparcia i 632 od pracowników objętych badaniem instytucji.

Tabela 1. Charakterystyka próby ilościowej

|  |  |
| --- | --- |
| Charakterystyka próby | N próby |
| Mieszkańcy domów pomocy społecznej | 847 |
| Mieszkańcy schronisk dla osób w kryzysie bezdomności | 56 |
| Pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych | 600 |
| Pacjenci hospicjów stacjonarnych | 60 |
| Uczestnicy dziennych domów pomocy | 500 |
| Uczestnicy środowiskowych domów samopomocy | 500 |
| Uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej | 600 |
| Bezpośredni realizatorzy usług w domach pomocy społecznej | 202 |
| Bezpośredni realizatorzy usług w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności – opiekunowie, wychowawcy | 62 |
| Bezpośredni realizatorzy usług w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych | 200 |
| Bezpośredni realizatorzy usług w hospicjach stacjonarnych | 20 |
| Bezpośredni realizatorzy usług w dziennych domach pomocy | 50 |
| Bezpośredni realizatorzy usług w środowiskowych domach samopomocy | 50 |
| Bezpośredni realizatorzy warsztatów terapii zajęciowej | 50 |
| Mieszkańcy województwa pomorskiego w wieku 45+ | 1050 |
| Suma | 4847 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie SWZ.

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 ośmiu typów placówek świadczących usługi społeczne i wybrane usługi medyczne, a także przedstawicielami samorządu i organizacji pozarządowych. W badaniu przyjęto podział geograficzny placówek na leżące w aglomeracji lub peryferiach. Przez aglomeracje rozumiemy na potrzeby naszego badania jednostki zlokalizowane na terenie Aglomeracji trójmiejskiej i miast powiatowych, zaś peryferia jako jednostki zlokalizowane poza obrębem zdefiniowanej w ten sposób aglomeracji.

Tabela 2. Charakterystyka próby jakościowej

| Charakterystyka próby | Metoda | N |
| --- | --- | --- |
| Kadra zarządzająca domami pomocy społecznej | IDI | 42  N peryferie= 20  N aglomeracja=22  N duże = 22  N małe = 20 |
| Kadra zarządzająca hospicjami stacjonarnymi | IDI | 12  N peryferie= 6  N aglomeracja= 6  N duże = 5  N małe = 7 |
| Kadra zarządzająca zakładami opiekuńczo-leczniczymi lub zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczych | IDI | 10  N peryferie= 2  N aglomeracja= 8  N duże = 6  N małe = 4 |
| Kadra zarządzająca placówkami wsparcia dziennego | IDI | 10  N peryferie=5  N aglomeracja=5  N duże = 7  N małe = 3 |
| Kadra zarządzająca środowiskowymi domami samopomocy | IDI | 20  N peryferie=11  N aglomeracja=12  N duże = 11  N małe = 9 |
| Kadra zarządzająca dziennymi domami pomocy | IDI | 20  N peryferie= 13  N aglomeracja=7  N duże = 13  N małe = 7 |
| Kadra zarządzająca placówkami opiekuńczo-wychowawczymi, w tym dyrektor regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej | FGI | 21 osób w 3 FGI  N peryferie = 6  N aglomeracja = 15  N duże = 13  N małe = 8 |
| Kadra zarządzająca placówkami dla osób w kryzysie bezdomności – schroniska, w tym schroniska z usługami opiekuńczymi | FGI | 15 osób w 2 FGI  N peryferie = 9  N aglomeracja = 6  N duże = 9  N małe = 6 |
| Organizatorzy usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych: przedstawiciele JST, NGO | FGI | 15 osób w 2 FGI |

Źródło: opracowanie własne na podstawie SWZ.

Z każdego z wywiadów indywidualnych i grupowych została sporządzona transkrypcja, która została następnie zakodowania w programie MaxQDA. Zakodowane transkrypcje stały się bazą do prowadzonych analiz jakościowych.

# Ramy strategiczne

Strategiczne ramy procesu deinstytucjonalizacji oparte są na dokumentach z trzech poziomów, przy czym część z nich adresowana jest bezpośrednio do analizowanych w niniejszym raporcie grup priorytetowych, a część odnosi się pośrednio do ich sytuacji.

**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[[8]](#footnote-9). Ich celem jest ułatwienie procesu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki na poziomie społeczności lokalnej we wszystkich krajach UE w tych pięciu obszarach, w których instytucje są uważane za najbardziej dyskryminujące. Wytyczne opierają się na argumentach dotyczących potrzeby wsparcia osób wymagających pomocy przy jednoczesnym poszanowaniu ich godności i autonomii. Opracowano je dekadę temu, jako praktyczny dokument służący planowaniu rozwoju usług społecznych. Były one skierowane do instytucji międzynarodowych, w tym Komisji Europejskiej, instytucji krajowych oraz lokalnych organizacji wspierających osoby z niepełnosprawnością w wieku senioralnym, osoby z niepełnosprawnościami, osoby w kryzysie zdrowia psychicznego oraz w bezdomności. Ponadto miały wspomagać alokację funduszy europejskich. Zawierały zalecenia, rekomendacje i przykłady działań z obszaru usług społecznych w krajach europejskich.

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). Zasady z Filara Praw Socjalnych znajdują odzwierciedlenie w strategiach na poziomie Unii Europejskiej i krajowym.

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*, wskazująca na potrzebę zapewnienia odpowiedniej jakości i dostępnej opieki na wszystkich etapach życia oraz zapewnienia odpowiedniego wsparcia dla opiekunów, w tym instrumentów zapewniających możliwość godzenia obowiązków rodzinnych i opiekuńczych z wykonywaniem pracy zawodowej.
* *Europejska Strategia w Sprawie Niepełnosprawności na okres po 2020 r.*
* *Europejska Strategia na rzecz Praw Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030* podnosząca kwestie potrzeby zapewnienia godności i prawa do niezależnego życia osobom z niepełnosprawnościami, aktywizacji społecznej i zawodowej, dostępu do opieki oraz zapewnienia równych szans i braku dyskryminacji.
* *Europejska Strategia na rzecz Praw Dzieci* podkreślająca potrzebą przygotowania dzieci i rodzin do aktywności obywatelskiej, zapewnienia włączenia społeczno-ekonomicznego, dostępu do usług ochrony zdrowia, sytemu edukacji, przeciwdziałania przemocy oraz zapewnienia bezpieczeństwa cyfrowego.
* *Deklaracja Lizbońska dotycząca Platformy Zwalczania Bezdomności* zawierająca wytyczne do przyszłej strategii ukierunkowanej na wspieranie osób w kryzysie bezdomności i podkreślająca, że każda osoba ma prawo do miejsca noclegowego, mieszkania, zapobiegania eksmisjom, a kraje powinny podejmować działania o charakterze przeciwdyskryminacyjnym wobec osób w kryzysie bezdomności.

**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):

1. W obszarze wsparcia osób starszych, SRUS koncentruje się na budowie efektywnego systemu usług społecznych, w tym wsparcia dla seniorów. Strategie rządowe, jak Aktywni+, Senior+ czy Opieka 75+, aktywizują seniorów i wspierają ich zdrowie oraz integrację społeczną. Ministerstwo Zdrowia promuje deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej, zwiększając dostęp do usług opieki domowej i dziennej.
2. W zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami, SRUS i inne akty prawne przewidują wsparcie społeczne i zawodowe, rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i usług asystencji osobistej. Strategia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 podkreśla niezależne życie i deinstytucjonalizację.
3. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi, SRUS i strategie zdrowotne promują wsparcie środowiskowe i deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej. Rozwój centrów zdrowia psychicznego i psychiatrii środowiskowej jest priorytetem.
4. W obszarze bezdomności, Ustawa o pomocy społecznej i SRUS nakładają na samorządy obowiązek wsparcia osób w kryzysie bezdomności, promując deinstytucjonalizację i rozwiązania mieszkaniowe jak *Housing First* (Najpierw Mieszkanie).
5. W sektorze rodziny i pieczy zastępczej, SRUS promuje wsparcie dla rodzin zastępczych i usamodzielnianie młodzieży opuszczającej pieczę zastępczą, z naciskiem na działania profilaktyczne i reintegrację społeczną.

Dopełnieniem SRUS są przepisy regulujące istotne obszary polityki społecznej i zdrowotnej oraz dokumenty dedykowane konkretnym adresatom. Wskazać tu należy w pierwszym rzędzie: Ustawę o pomocy społecznej[[9]](#footnote-10), Ustawę o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych[[10]](#footnote-11), regulacje w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu, Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej[[11]](#footnote-12) (odwołujący się zarówno do Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR)[[12]](#footnote-13) jak Krajowej Polityki Miejskiej 2030)[[13]](#footnote-14), strategię pt. „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030" (odbywa się przez programy takie jak Aktywni+, Senior+ czy Opieka 75+), strategię dotyczącą przyszłych priorytetowych kierunków zmian w ochronie zdrowia, Strategię na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030[[14]](#footnote-15), Strategię „ Zdrowa przyszłość”, Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025, coroczny rządowy program „Pokonać bezdomność”[[15]](#footnote-16) i Krajową Strategię Rozwoju Regionalnego 2030 (KSRR). Wspomniane dokumenty o charakterze strategicznym i źródeł prawa, wspierane są przez programy rządowe i lokalne, które obejmują finansowanie, harmonogramy i nadzór nad realizacją działań.

**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.

1. Wsparcie osób starszych: Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030 zwraca uwagę na wyzwania związane ze starzeniem się populacji, podkreślając potrzebę aktywizacji zawodowej i społecznej seniorów oraz rozwijania usług dostosowanych do ich potrzeb. Istnieje ryzyko wykluczenia transportowego osób starszych, co wymaga dostosowania komunikacji i transportu regionalnego. Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025 kładzie nacisk na rozwój usług środowiskowych i wsparcie dla opiekunów faktycznych, a także na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych.

2. Wsparcie osób z niepełnosprawnościami: Regionalny Program Strategiczny obejmuje działania na rzecz włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami, w tym rozwój usług społecznych, poprawę dostępu do transportu i opieki wytchnieniowej. Wojewódzki Program Wyrównywania Szans Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021–2030 zawiera diagnozę sytuacji, analizę SWOT i określa cele oraz priorytety działań. Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025 zawiera działania priorytetowe i uzupełniające skierowane do osób z niepełnosprawnościami, w tym rozwój usług środowiskowych i wsparcie w miejscu zamieszkania.

3. Wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego: Dokumenty regionalne diagnozują stan zdrowia psychicznego i określają potrzeby wsparcia. Regionalny Plan Deinstytucjonalizacji i Rozwoju Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim z 2023 r. identyfikuje wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi jako kluczowy obszar interwencji. Plan podkreśla potrzebę rozwijania usług środowiskowych, takich jak mieszkania wspomagane, i rozszerzenia działalności Centrów Zdrowia Psychicznego.

4. Wsparcie osób w kryzysie bezdomności: Strategie regionalne rzadko bezpośrednio odnoszą się do problemu bezdomności, ale podkreślają potrzebę aktywizacji społecznej i zawodowej oraz deinstytucjonalizacji usług społecznych. Tym niemniej Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025 podnosi ten temat, mówiąc o konieczności rozbudowy i transformacji usług społecznych, socjalnych oraz medycznych dla osób doświadczających bezdomności. W tym zakresie obejmuje promowanie i rozszerzanie istniejących już metod wsparcia, takich jak tzw. streetworking, opieka zdrowotna, zapewnienie mieszkań treningowych oraz wspomaganych. Założeniem jest szeroka dostępność tego rodzaju usług, co implikuje eliminację obszarów pozbawionych takiego wsparcia w całym regionie, a zatem wymaga intensyfikacji takich działań na poziomie lokalnych społeczności. Jednocześnie powstają lokalne strategie, takie jak Gdański Program Rozwiązywania Problemu Bezdomności, są bardziej szczegółowe i obejmują działania prewencyjne oraz kompletne wsparcie dla osób w kryzysie bezdomności.

5. Piecza zastępcza: Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim z 2023 r. koncentruje się na rozwoju zawodowego rodzicielstwa zastępczego i wsparciu dla rodzin zastępczych. Wojewódzki Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2021-2030 w województwie pomorskim zawiera diagnozę problemów rodzin i określa wyzwania, cele oraz priorytety działań w obszarze pieczy zastępczej.

# 3. Wsparcie osób starszych w województwie pomorskim

## 3.1. Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne

Według danych GUS z 2022 r. obszar województwa pomorskiego zamieszkuje 2 358,3 tysięcy osób[[16]](#footnote-17), przy czym przyrost naturalny jest ujemny, obserwujemy bowiem nadwyżkę zgonów (25 456 w 2022 r.) nad urodzeniami żywymi (20 993 w 2022 r.). Współczynnik dzietności (1,317 w 2022 r.) jest wyższy od średniej ogólnopolskiej (1,261 – w 2023 r.), ale nie pozwala na reprodukcję ludności, jej naturalny przyrost ma miejsce jedynie w powiatach: wejherowskim, kartuskim i gdańskim.

Z powyższych danych wynika, że populacja województwa pomorskiego starzeje się[[17]](#footnote-18). W latach 2020-2022 mediana wieku wzrosła z 35,7 lat dla kobiet i 32,3 dla mężczyzn do 42,0 dla kobiet i 39,5 dla mężczyzn. W 2022 r. udział osób w wieku 65 lat i więcej wynosił 18,1%, a osób w wieku 80 lat i więcej 3,8%, przy czym w Trójmieście oraz Słupsku zauważyć można jeszcze bardziej niekorzystną tendencję (przykładowo w Sopocie ponad 8% ludności ma powyżej 80 lat). Najniższy udział osób starszych jest we wspomnianych już powiatach: wejherowskim, gdańskim i kartuskim. Współczynnik demograficzny[[18]](#footnote-19) najwyższą wartość osiąga w miastach o największym udziale osób starszych (Sopot – 67, Słupsk – 58, Gdynia 57[[19]](#footnote-20)).

Wykres 1. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji w 2022 r. oraz współczynnik obciążenia demograficznego – powiaty województwa pomorskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

Wykres 2. Udział osób w wieku 80 lat i więcej w populacji w 2022 r. oraz współczynnik obciążenia demograficznego (prawa oś) – powiaty województwa pomorskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS 2023.

Powyższe wskaźniki stają się bardzo istotne z perspektywy potrzeb opiekuńczych, które w przypadku osób starszych zdecydowanie rosną. Różnice w sytuacji poszczególnych powiatów pokazuje też współczynnik obciążenia pielęgnacyjnego[[20]](#footnote-21).

Rysunek 1. Współczynnik obciążenia pielęgnacyjnego, województwo pomorskie w 2021 r.

**287**

**289**

**289**

**272**

**303**

**337**

**329**

**299**

**329**

**211**

**319**

**326**

**331**

**171**

**160**

**116**

**265**

**322**

**259**

**313**

**289**

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych GUS.

Wskaźnik obciążenia demograficznego wskazuje liczbę osób starszych (65+) oraz dzieci (0-14 lat) w relacji do liczby osób w pozostałych grupach wiekowych. Im wyższa jest jego wartość, tym wyższe potencjalne obciążenie obowiązkami opiekuńczymi zarówno wobec dzieci, jak i wobec osób starszych oraz wyższe zapotrzebowanie na usługi społeczne skierowane do obu tych grup. Obecnie najwyższa wartość wskaźnika jest w powiatach miejskich: Sopot, Słupsk, Gdynia i Gdańsk oraz w powiecie kartuskim. Przy czym, o ile w przypadku pierwszych trzech powiatów potrzeby opiekuńcze wynikają z wysokiej liczby osób starszych, o tyle w powiecie kartuskim może występować zapotrzebowanie na usługi dla rodzin i dzieci. Należy też podkreślić różnice między miastem Gdańsk, w którym zamieszkuje stosunkowo dużo osób starszych, i powiatem gdańskim, który jest jednym z młodszych w województwie pomorskim. W miastach Gdańsk, Gdynia i Sopot jest również najniższy wskaźnik obciążenia pielęgnacyjnego, czyli najmniej kobiet mogących potencjalnie sprawować opiekę w ramach rodziny w relacji do osób w wieku 80 lat i więcej, a więc w tzw. czwartym wieku, kiedy zapotrzebowanie na wsparcie gwałtownie wzrasta. Oznacza to wyczerpujący się już teraz potencjał opieki rodzinnej i coraz większą presję na podaż opieki domowej i środowiskowej.

Zgodnie z prognozą demograficzną Głównego Urzędu Statystycznego opublikowaną w 2023 r., w perspektywie kolejnych 10 lat wskaźnik obciążenia demograficznego w województwie zwiększy się, lecz nie będzie to następowało równomiernie we wszystkich powiatach. Przewiduje się, że w powiatach obecnie najstarszych demograficznie (Sopot, Gdynia), pomimo wciąż bardzo wysokiej liczby osób starszych, wskaźnik obciążenia demograficznego zmniejszy się, z uwagi na niższą niż obecnie liczbę osób w wieku 65 lat i więcej. Oznacza to, że jeśli w chwili obecnej będą wprowadzane usługi dla starszej populacji, ich podaż powinna być również wystarczająca w perspektywie kolejnych dekad. Z kolei w powiatach wejherowskim, gdańskim, kartuskim – obecnie demograficznie najmłodszych – liczba osób w wieku 65 lat i więcej gwałtownie wzrośnie. Znacznego wzrostu liczby osób starszych można również spodziewać się w powiatach: starogardzkim, puckim i słupskim. Wzrost liczby seniorów oznacza rosnący popyt zarówno na usługi aktywizacyjne w środowisku lokalnym (w tym w klubach i domach seniora, uniwersytetach trzeciego wieku, świetlicach) jak i usługi o charakterze opiekuńczym, skierowane do najstarszych seniorów.

Szybko rosnący udział osób starszych w populacji i wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego wskazuje na zmniejszające się możliwości rodzin w zaspokojeniu potrzeb osób starszych i rosnący popyt na usługi, w tym w szczególności usługi opieki. Takie uwarunkowania demograficzne prognozowane są w szczególności w powiatach człuchowskim, nowodworskim i sztumskim.

Tabela 3. Liczba i udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji oraz wskaźnik obciążenia demograficznego w powiatach województwa pomorskiego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Liczba osób w wieku 65 lat i więcej** | | | **Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji** | | | **Współczynnik obciążenia demograficznego** | | |
|  | **2022** | **2032** | **Zmiana między 2022 a 2032** | **2022** | **2032** | **Zmiana między 2022 a 2032 (pp)** | **2022** | **2032** | **Zmiana między 2022 a 2032 (pp)** |
| bytowski | 12 714 | 15 738 | 3 024 | 16,6 | 21,0 | 4,4 | 52,84 | 55,7 | 2,89 |
| chojnicki | 16 547 | 19 766 | 3 219 | 17,2 | 20,7 | 3,5 | 54,10 | 56,8 | 2,68 |
| człuchowski | 9 870 | 12 191 | 2 321 | 18,4 | 24,1 | 5,7 | 52,18 | 57,8 | 5,60 |
| gdański | 17 554 | 23 260 | 5 706 | 13,5 | 16,0 | 2,5 | 49,44 | 47,1 | -2,38 |
| kartuski | 18 792 | 25 557 | 6 765 | 12,4 | 14,8 | 2,4 | 54,23 | 54,3 | 0,08 |
| kościerski | 11 566 | 14 431 | 2 865 | 16,0 | 19,8 | 3,8 | 53,83 | 55,9 | 2,11 |
| kwidzyński | 13 692 | 16 676 | 2 984 | 17,0 | 21,3 | 4,3 | 50,09 | 52,6 | 2,46 |
| lęborski | 11 662 | 13 894 | 2 232 | 18,3 | 22,4 | 4,2 | 53,91 | 56,3 | 2,41 |
| malborski | 11 763 | 13 811 | 2 048 | 19,3 | 23,9 | 4,6 | 52,90 | 56,6 | 3,66 |
| nowodworski | 6 287 | 7 850 | 1 563 | 18,6 | 24,2 | 5,6 | 50,74 | 55,4 | 4,65 |
| pucki | 13 731 | 18 087 | 4 356 | 15,1 | 18,5 | 3,4 | 50,32 | 50,8 | 0,50 |
| słupski | 16 583 | 20 669 | 4 086 | 17,2 | 21,3 | 4,1 | 50,92 | 51,9 | 0,94 |
| starogardzki | 20 578 | 25 747 | 5 169 | 16,4 | 20,8 | 4,4 | 51,77 | 53,5 | 1,71 |
| sztumski | 6 846 | 8 423 | 1 577 | 17,7 | 23,8 | 6,1 | 50,06 | 54,8 | 4,79 |
| tczewski | 19 649 | 23 354 | 3 705 | 17,6 | 21,5 | 4,0 | 52,11 | 53,4 | 1,25 |
| wejherowski | 33 533 | 43 125 | 9 592 | 14,7 | 18,0 | 3,3 | 51,49 | 52,4 | 0,91 |
| m. Gdańsk | 99 133 | 97 640 | -1 493 | 20,4 | 19,7 | -0,7 | 53,22 | 54,3 | 1,05 |
| m. Gdynia | 55 908 | 54 721 | -1 187 | 23,0 | 23,7 | 0,7 | 57,16 | 55,8 | -1,36 |
| m. Słupsk | 20 538 | 21 932 | 1 394 | 23,8 | 27,5 | 3,7 | 57,95 | 63,6 | 5,69 |
| m. Sopot | 9 319 | 8 078 | -1 241 | 28,9 | 28,0 | -0,9 | 66,63 | 62,1 | -4,50 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognozy demograficznej GUS 2023.

Jak pokazuje prognoza demograficzna GUS z 2023 r., w kolejnych dekadach struktura ludności w województwie pomorskim niekorzystnie się zmieni, bo udział osób najstarszych znacznie wzrośnie. W 2035 r. co piąta osoba przekroczy 65. rok życia (20,87%), a 6,68% osób będzie w wieku 80 lat i więcej. W prognozach na 2060 r. 27% populacji będzie w wieku 65 lat i więcej, a ponad 9% w wieku 80 lat i więcej.

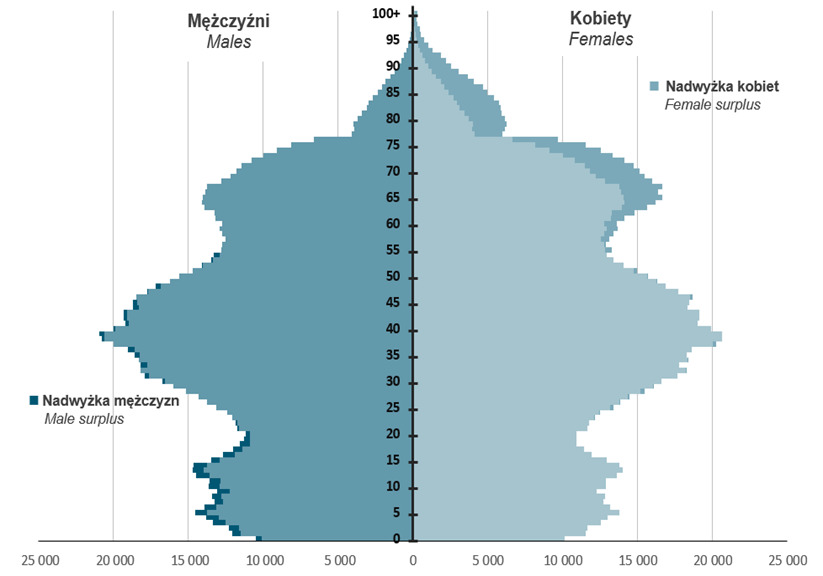
Wykres 3. Udział osób w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w populacji województwa pomorskiego – prognoza do 2060 r

**\*2022 - rok bazowy projekcji**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognozy demograficznej GUS 2023.

Piramida demograficzna pokazuje przemieszczanie się ku górze poszczególnych kohort wiekowych Aktualnie w strukturze populacji dominują roczniki wyżu demograficznego przełomu lat 70. i 80. XX wieku, a kolejną liczną grupę stanowią roczniki powojennego wyżu, które obecnie mają powyżej 60 lat.

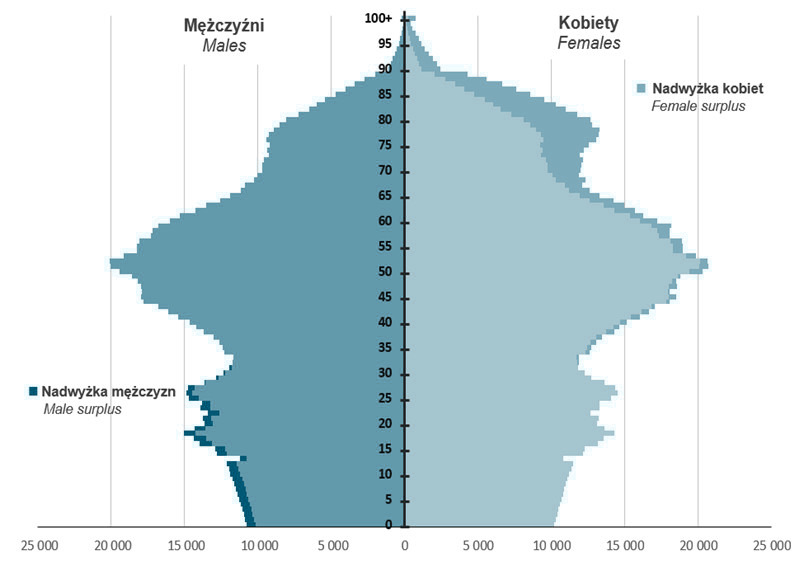
Wykres 4. Piramida populacji wg grup wieku – województwo pomorskie w 2022 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognozy demograficznej GUS 2023.

W 2035 r. dzisiejsi sześćdziesięciolatkowie będą w tzw. czwartym wieku, a więc dołączą do grupy wymagającej długoterminowej opieki. Jednocześnie wzrośnie liczba osób zbliżających się do progu emerytalnego, co ilustruje kolejny wykres:

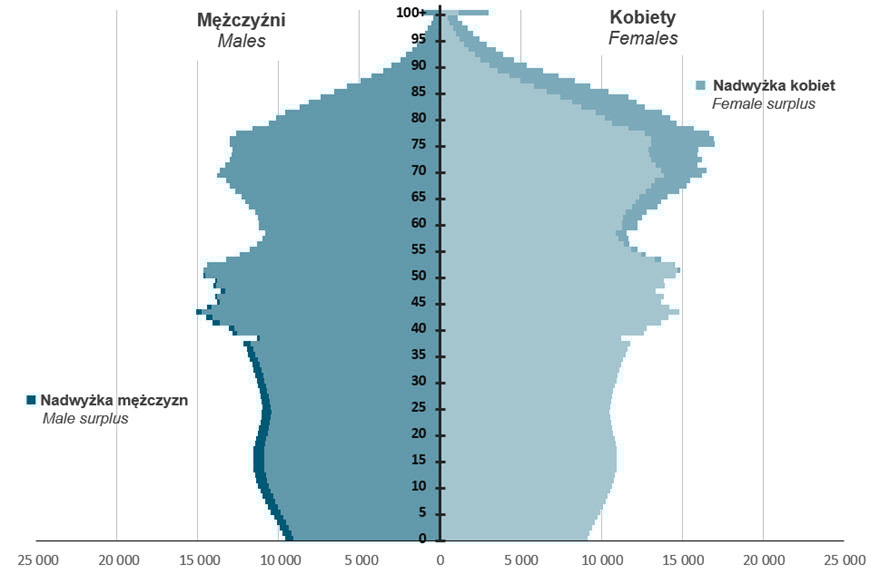
Wykres 5. Piramida populacji wg grup wieku – województwo pomorskie w 2035 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognozy demograficznej GUS 2023.

W 2060 r. wiek 80 lat osiągnie ostatni z wyżów demograficznych (z lat 80. XX wieku), wygeneruje to jeszcze silniejsze potrzeby w zakresie wsparcia i opieki. W województwie pomorskim (podobnie, jak w całej Polsce) tradycyjnym źródłem opieki nad osobami starszymi jest rodzina. Jednak w najbliższych dekadach możliwości wsparcia rodzinnego będą spadać, a współczynnik obciążenia demograficznego rosnąć.

Wykres 6. Piramida populacji wg grup wieku – województwo pomorskie w 2060 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie prognozy demograficznej GUS 2023.

## Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych

#### Usługi instytucjonalne i środowiskowe

Usługi kierowane do osób starszych realizowane są w dwóch sektorach: pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia, przy czym mogą one mieć charakter opieki całodobowej, opieki domowej lub (w obszarze pomocy społecznej) wsparcia dziennego.

Analizę danych dotyczących korzystania z poszczególnych rodzajów usług utrudnia fakt, że dane systemu pomocy społecznej oraz publikowane dane w mapach potrzeb zdrowotnych nie pozwalają na rozróżnienie korzystających ze świadczeń ze względu na wiek oraz stan zdrowia. W związku z tym analiza danych zastanych dotyczy dwóch grup beneficjentów procesu deinstytucjonalizacji: osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami.

**Opieka całodobowa**

Zgodnie z zapisami Ustawy o pomocy społecznej z 2004 r., usługi opieki całodobowej, wsparcia dziennego oraz usługi opiekuńcze kierowane są do osób, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych.

Opieka całodobowa dla osób starszych świadczona jest przez domy pomocy społecznej oraz rodzinne domy pomocy. W 2022 r. w województwie pomorskim funkcjonowało 40 domów pomocy społecznej (2 gminne i 38 powiatowych). Warto zauważyć, że porównaniu do 2019 r. ich liczba zmniejszyła się o dwa podmioty, w związku z czym liczba miejsc w DPS spadła o ok. 2,5%, a liczba ich mieszkańców o blisko 5%.

Tabela 4. Liczba domów pomocy społecznej, miejsc i mieszkańców w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| DPS | 42 | 42 | 41 | 40 | -4,76 |
| Miejsca w DPS | 4 148 | 4 151 | 4 093 | 4 045 | -2,48 |
| Mieszkańcy DPS | 4 614 | 4 481 | 4 414 | 4 387 | -4,92 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

Spośród wszystkich DPS w województwie 8 dedykowanych jest dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych i 2 dla osób w podeszłym wieku oraz z niepełnosprawnością fizyczną. Łącznie dysponowały one 868 miejscami i pod koniec roku przebywało w nich 818 osób. W pierwszym typie na jedną placówkę przypadało średnio 77 miejsc (mniej niż w innych DPS-ach), w drugim typie - 128 miejsc. Należy jednak pamiętać, że osoby powyżej 65. roku życia stanowią połowę mieszkańców wszystkich DPS i przebywają w różnych typach DPS, nie tylko w tych, które w nazwie mają „osoby starsze”.

W 2022 r. łącznie we wszystkich DPS-ach w województwie pomorskim przyjęto 557 osób, a opuściło je 529 mieszkańców[[21]](#footnote-22), jednocześnie w kolejce na miejsce oczekiwało 454 chętnych. Według danych z 2022 r. trzy osoby udało się usamodzielnić, przy czym proces ten jest kontynuowany w placówkach stacjonarnych (m.in. w ramach działań projektowych realizowanych w ramach środków z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS)).

Tabela 5. Domy pomocy społecznej w województwie pomorskim, dane wg stanu na 31 grudnia 2022 r.

| Domy pomocy społecznej | Liczba placówek | Liczba miejsc | Liczba mieszk. | Średnia liczba miejsc na 1 placówkę | Średnia liczba mieszk. na 1 placówkę | Udział mieszk.w liczbie miejsc (%) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ogółem | 40 | 4045 | 3947 | 101 | 99 | 98 |
| w tym dla: |  | | | | | |
| osób przewlekle somatycznie chorych | 4 | 376 | 369 | 94 | 92 | 98 |
| osób przewlekle psychicznie chorych | 8 | 1137 | 1116 | 142 | 140 | 98 |
| dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną | 5 | 371 | 369 | 74 | 74 | 99 |
| dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną | 2 | 184 | 182 | 92 | 91 | 99 |
| osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych | 8 | 613 | 567 | 77 | 71 | 92 |
| osób w podeszłym wieku oraz z niepełnosprawnością fizyczną | 2 | 255 | 251 | 128 | 126 | 98 |
| osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną oraz dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną | 6 | 514 | 512 | 86 | 85 | 100 |
| inne, zgodne z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej | 5 | 595 | 581 | 119 | 116 | 98 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRiPS-05.

Placówkami opieki całodobowej zorientowanymi na deinstytucjonalizację usług społecznych są rodzinne domy opieki, w których przebywa od 3 do 8 osób, są to więc w porównaniu z DPS placówki bardzo małe. W 2022 r. w województwie pomorskim funkcjonowały jedynie 2 rodzinne domy pomocy (o 1 mniej niż rok wcześniej), oferując usługi opieki całodobowej łącznie dla 19 mieszkańców w ciągu roku.

Tabela 6. Liczba rodzinnych domów opieki, miejsc i mieszkańców, 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| rodzinnych domów opieki | 3 | 3 | 3 | 2 | -33,33 |
| miejsc | 20 | 19 | 19 | 16 | -20,00 |
| mieszkańców | 21 | 19 | 21 | 19 | -9,52 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

Analizując system całodobowej opieki nad osobami starszymi trzeba dodać, że poza publicznymi instytucjami funkcjonuje w tym obszarze również sektor prywatny. Zgodnie z rejestrami wojewodów i danymi Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w 2022 r. w województwie pomorskim działały 82 placówki komercyjne. Oferują one przeciętnie po 34 miejsca, ale średnia liczba osób w nich przebywających to 27 osób.

Tabela 7. Liczba placówek całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności statutowej i gospodarczej, liczba miejsc i mieszkańców 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| placówek | 80 | 85 | 85 | 82 | 2,50 |
| miejsc | 2 674 | 2 886 | 2 894 | 2 935 | 9,76 |
| mieszkańców | 2 126 | 2 099 | 2 373 | 2 496 | 17,40 |
| średnia liczba miejsc na 1 placówkę | 33 | 34 | 34 | 36 | 3,90 |
| średnia liczba mieszkańców na 1 placówkę | 27 | 25 | 28 | 30 | 6,96 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

Jest to trzeci najwyższy wynik w Polsce, po województwie mazowieckim (148 DO) i śląskim (92 DO). Przy czym w latach 2019-2022 liczba mieszkańców w placówkach prywatnych, odwrotnie niż w przypadku DPS, wzrosła (o 17,4 p. proc. – 370 osób). Można domniemywać, że fakt ten wynika nie tylko z dużego popytu na opiekę w silnie zaludnionym województwie, ale również z lokalizacji wielu prywatnych domów opieki blisko wybrzeża.

**Opieka dzienna**

Innym rodzajem pomocy kierowanej do osób starszych[[22]](#footnote-23) jest wsparcie dzienne. W tym zakresie kluczową rolę odgrywają ośrodki wsparcia, które oferują m.in. usługi specjalistyczne (np. fizjoterapia czy dietetyka), a także różnego typu zajęcia (edukacyjne, terapeutyczne i socjalizacyjne). W ramach tego typu pomocy osoby starsze korzystać mogą ze wsparcia dziennych domów pomocy, klubów Senior+ oraz środowiskowych domów samopomocy.W 2022 r. w województwie pomorskim funkcjonowały 104 ośrodki wsparcia, przy czym ich liczba wzrosła w latach 2019 – 2022 zaledwie o 7 placówek. W analizowanym okresie liczba klubów samopomocy prawie się podwoiła (22-43). W przypadku dziennych domów pomocy wzrost był słabszy, bo pojawiły się jedynie dwa nowe podmioty[[23]](#footnote-24), jednocześnie jednak liczba osób korzystających ze wsparcia tego typu placówek wzrosła o 28,92% (+ 190 osób). W tym samym okresie w województwie pomorskim zmniejszyła się liczba ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (o 6 podmiotów), dziennych domów pomocy (o 2 podmioty) i innych ośrodków (4 podmioty), schronisko dla osób w kryzysie bezdomności (1 podmiot). Te zmiany omówione są w kolejnych rozdziałach. Dzienne domy pomocy i kluby samopomocy powstają głównie w gminach wiejskich oraz miejsko-wiejskich (tereny z ubogą ofertą aktywizacyjną), a ich powstanie i utrzymanie może być dofinansowane z programu Senior+. W 2023 r. dofinansowanie na utworzenie klubu przyznano 6 gminom (Stary Targ, Smołdzino, Gardeja, Ustka, Zblewo, Czarne), a 22 z istniejących klubów otrzymały dofinansowanie do bieżących kosztów funkcjonowania. Środki na pokrycie kosztów finansowania uzyskały też 22 gminy prowadzące dzienne domy pomocy (żadna gmina nie otrzymała dofinansowania do utworzenia nowego DDP).

Tabela 8. Ośrodki wsparcia oferujące opiekę dla osób starszych, 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| Ośrodki wsparcia ogółem, w tym: | liczba podmiotów | 104 | 103 | 105 | 111 | 6,73 |
| liczba korzystających | 4 171 | 3 170 | 3 535 | 3 852 | -7,65 |
| dzienne domy pomocy | liczba podmiotów | 17 | 20 | 18 | 19 | 11,76 |
| liczba korzystających | 657 | 604 | 785 | 847 | 28,92 |
| kluby samopomocy (inne niż oferujące wsparcia dla osób z zab. psychicznymi) | liczba podmiotów | 22 | 36 | 39 | 43 | 95,45 |
| liczba korzystających | 623 | 660 | 915 | 1 095 | 75,76 |
| inne ośrodki | liczba podmiotów | 13 | 7 | 8 | 9 | -30,77 |
| liczba korzystających | 564 | 363 | 260 | 318 | -43,62 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MRiPS-03, MRiPS-06.

**Usługi opiekuńcze**

Kluczowym elementem procesu deinstytucjonalizacji są działania mające na celu pozostanie seniorów w środowisku zamieszkania. W przypadku niewystarczającej pomocy ze strony rodziny, konieczne staje się wsparcie w postaci usług opiekuńczych ze strony ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych. Najczęściej odbiorcami usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych są osoby starsze i osoby z niepełnosprawnościami. Prezentowane poniżej dane dotyczą obu tych grup, gdyż dane administracji publicznej nie pozwalają na ich wyodrębnienie.

Tabela 9. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj świadczenia |  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| Usługi opiekuńcze | liczba osób | 7584 | 7349 | 7413 | 7236 | -4.59 |
|  | liczba świadczeń | 2626844 | 2619142 | 2360798 | 2104111 | -19.90 |
|  | kwota świadczeń (zł) | 48649665 | 51472277 | 48569607 | 47721717 | -1.91 |
|  | liczba świadczeń na osobę | 346 | 356 | 318 | 291 | -16.05 |
|  | koszt świadczeń na osobę (zł) | 6415 | 7004 | 6552 | 6595 | 2.81 |
| Specjalistyczne usługi opiekuńcze | liczba osób | 349 | 182 | 258 | 175 | -49.86 |
|  | liczba świadczeń | 89123 | 68253 | 107970 | 14471 | -83.76 |
|  | kwota świadczeń w zł | 1313023 | 965602 | 1176199 | 795369 | -39.42 |
|  | liczba świadczeń na osobę | 255 | 375 | 418 | 83 | -67.62 |
|  | koszt świadczeń na osobę (zł) | 3762 | 5306 | 4559 | 55 | -98.54 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MRiPS-03.

W latach 2019–2022 liczba odbiorców świadczeń zmniejszyła się w przypadku: usług opiekuńczych o 4,59% (348 osób), specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi o 17,73 % (319 osób)[[24]](#footnote-25), a specjalistycznych usług opiekuńczych o blisko połowę (49,86% – 174 osoby). Z analizy danych wynika ponadto, że w 2022 r. 5,7% ośrodków pomocy społecznej na terenie województwa (7 placówek) nie udzielało takich świadczeń, choć są one zadaniem własnym gmin o charakterze obligatoryjnym.

**„Usługi sąsiedzkie” w programie Korpus Wsparcia Seniorów**

Od 1 listopada 2023 r. obowiązują nowe przepisy w ramach Ustawy o pomocy społecznej, które wprowadzają odpłatne „usługi sąsiedzkie” mające na celu wsparcie seniorów. Usługi te są przeznaczone dla osób powyżej 60. roku życia, które są samotne i nie wymagają specjalistycznej opieki, a pomoc może obejmować proste czynności jak sprzątanie czy robienie zakupów. Rząd przeznaczył na ten cel 30 milionów złotych na 2024 r., poprzez program Korpus Wsparcia Seniorów. Usługi sąsiedzkie nie będą obowiązkowe i będą wymagały akceptacji osoby korzystającej. Samorządy lub organizacje pozarządowe będą mogły podpisać umowy z opiekunami, regulujące kwestie takie jak godziny i zakres świadczonych usług. Program ma na celu odciążenie rodzin i opiekunów osób zależnych, z możliwością pokrycia do 80% kosztów opieki, szacując średni koszt na około 800 złotych brutto na osobę. Program jest traktowany jako pilotażowy i może być modyfikowany w zależności od przyjęcia przez samorządy, które mają dwa miesiące na dołączenie do programu, z planowanym rozpoczęciem usług od 1 stycznia 2024 r.

#### Sektor ochrony zdrowia

**Opieka całodobowa**

Świadczenia opieki długoterminowej dla seniorów realizowane są również w sektorze ochrony zdrowia[[25]](#footnote-26). W ich zakres wchodzi opieka stacjonarna w specjalistycznych zakładach oraz opieka domowa. Ostatnie dostępne dane na temat osób korzystających z opieki stacjonarnej oraz domowej (mapy potrzeb zdrowotnych)[[26]](#footnote-27) pochodzą z 2021 r. i obejmują ogół świadczeniobiorców, jednak osoby starsze stanowią tu najliczniejszą grupę.

Opiekę całodobową świadczą zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), szpitalne oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL). Na terenie województwa pomorskiego w 2021 r. w ZPO przebywało 231 osób, a w ZOL 1826 osób. Liczba pacjentów obydwu typów placówek zmniejszyła się w latach 2019-2021, przy czym w ZPO był to spadek o 20 osób (mniej o 8 p. proc.), a w ZOL o 136 osób (mniej o 7 p. proc.).

Tabela 10. Liczba pacjentów zakładów stacjonarnych opieki długoterminowej w województwie pomorskim, 2019-2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba pacjentów | 2019 | 2020 | 2021 | Zmiana procentowa 2019-2021 |
| zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych | 251 | 254 | 231 | -7,97 |
| zakładów opiekuńczo-leczniczych | 1 962 | 1 709 | 1 826 | -6,93 |

**Źródło: Opracowanie na podstawie DAiS (dane NFZ).**

Warto zauważyć, że w 2021 r. 198 osób, a więc 85,71% wszystkich pacjentów ZPO w województwie pomorskim, przebywało w jednej z trzech placówek: w Ustce, w Słupsku lub w Gdańsku, co świadczy o dużej dysproporcji podaży tego typu usług w skali województwa.

Rysunek 2. Liczba pacjentów zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych w województwie pomorskim, 2021 r.

**4**

**2**

**3**

**39**

**65**

**2**

**1**

**6**

**94**

**2**

**5**

**1**

**2**

**2**

**3**

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ.

Bardziej rozwinięta jest w województwie pomorskim sieć zakładów opiekuńczo-leczniczych, którą tworzą 22 placówki, przy czym cztery z nich działają na terenie Gdańska, trzy w powiecie bytowskim, po dwie w Gdyni oraz powiatach człuchowskim i chojnickim, a po jednej w powiatach słupskim, wejherowskim, kartuskim, gdańskim, nowodworskim, starogardzkim, tczewskim, sztumskim i kwidzyńskim. ZOL-e te dysponują miejscami dla od 50 do blisko 100 pacjentów.

Rysunek 3. Liczba pacjentów zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych w województwie pomorskim, 2021 r.

**22**

**95**

**127**

**51**

**53**

**12**

**50**

**24**

**73**

**59**

**11010**

**42**

**66**

**406**

**182**

**27**

**83**

**81**

**107**

**156**

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ.

**Opieka domowa**

Drugi wspomniany obszar stanowi opieka długoterminowa domowa dla osób dorosłych, świadczona w formie usług pielęgnacyjnych oraz usług zespołu opieki dobowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Jest ona przyznawana na podstawie skierowania od lekarza Narodowego Funduszu Zdrowia w oparciu o ocenę funkcjonalną. W 2021 r. opiekę pielęgniarską domową otrzymywało w województwie pomorskim 1196 pacjentów, a więc zaledwie o 4,6% (+53 osoby) więcej aniżeli w 2019 r., jednocześnie liczba pacjentów korzystających z domowej usługi wentylacji mechanicznej zwiększyła się o 20% (+34 osoby).

Tabela 11. Liczba pacjentów otrzymujących usługi pielęgniarskiej opieki domowej oraz zespołu wentylacji mechanicznej, 2019-2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba pacjentów | 2019 | 2020 | 2021 | Zmiana procentowa 2019-2021 |
| pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej | 1 143 | 1 155 | 1 196 | 4,64 |
| zespołu długoterminowej opieki dobowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie | 174 | 192 | 208 | 19,54 |

Źródło: Opracowanie na podstawie DAiS (dane NFZ).

Korzystanie z usług pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest silnie zróżnicowane terytorialnie. Najwięcej pacjentów było w 2021 r. w Gdańsku (226), w Gdyni (134) oraz w powiecie wejherowskim (115 pacjentów). W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dominował Sopot (149) oraz powiat sztumski (128 osób). Świadczy to o nierównomiernym dostępie do usług, chociaż w przypadku Sopotu należy wziąć pod uwagę, że mamy do czynienia z najstarszym demograficznie miastem województwa pomorskiego.

Rysunek 4. Pacjenci pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w województwie pomorskim, 2021 r.

**7**

**30**

**41**

**70**

**52**

**32**

**134**

**40**

**27**

**93**

**28**

**46**

**17**

**226**

**115**

**28**

**43**

**83**

**32**

**52**

Źródło: Opracowanie DaiS MZ na podstawie danych NFZ.

Ponadto w latach 2014-2018 funkcjonowały w województwie pomorskim 2 dzienne domy opieki medycznej (DDOM) utworzone w Gdańsku w ramach projektu finansowanego ze środków EFS. Po zakończeniu projektu jedna z tych placówek jest prowadzona przez Caritas Archidiecezji Gdańskiej[[27]](#footnote-28).

Nową formą opieki dziennej realizowaną w ramach sektora ochrony zdrowia będą w Polsce Centra Zdrowia 75+, które od przyszłego roku na podstawie skierowania od lekarza będą mogły oferować różnego rodzaju wsparcie: opiekę w dzienną, usługi domowe oraz rehabilitację pacjentów z umiarkowanym ograniczeniem mobilności.

## Kluczowe aspekty funkcjonowania systemu wsparcia w ocenie pracowników wybranych placówek

**Kadry**

Problem niedoboru personelu medycznego jest coraz bardziej widoczny w całym kraju. W najbliższej przyszłości sytuacja ta może ulec pogorszeniu ze względu na starzenie się pracowników medycznych w placówkach wsparcia. Z relacji uczestników badań jakościowych wynika, że wielu pracowników medycznych zbliża się do wieku emerytalnego, a równocześnie brakuje młodych kandydatów chętnych do podjęcia pracy w sektorze wsparcia, w tym w ramach usług społecznych. Niska atrakcyjność zawodu medycznego oraz postrzeganie pracy w placówkach wsparcia jako psychologicznie i fizycznie obciążające, prowadzą do malejącego zainteresowania zawodem wśród potencjalnych kandydatów.

Respondenci badań pogłębionych zauważają także zjawisko migracji pracowników pomiędzy różnymi placówkami: zarówno w ramach systemu ochrony zdrowia, jak i z instytucji wsparcia w kierunku placówek ochrony zdrowia. Szczególnie dotyczy to przepływu personelu medycznego do instytucji finansowanych przez NFZ, takich jak szpitale czy podstawowa opieka zdrowotna. Placówki te, dzięki zmianom w systemie wynagrodzeń wprowadzonym od lipca 2022 r., oferują atrakcyjniejsze zarobki, co negatywnie wpływa na pozycję konkurencyjną badanych instytucji:

*Przede wszystkim personel medyczny. Miałam ogromny problem, żeby znaleźć lekarzy, którzy chcieliby tutaj pracować, ponieważ w ZOL-u są wyznaczone specjalizacje. To nie każdy lekarz, który chce, tylko.. I to był duży problem. Jest też problem z pielęgniarkami, oczywiście, tak? To jest ciągle taka niewystarczająca liczba osób. I ratujemy się dużą liczbą godzin realizowanych przez jedną osobę, ale dążąc do komfortowego funkcjonowania, to przydałoby się. I problemem też jest dosyć duża rotacja opiekunek, więc generalnie w ZOL-u mogę powiedzieć, że zawsze jest problem właściwie z każdym stanowiskiem. To jest ciężka praca. W przypadku opiekunek ona jest słabo płatna.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, ZOL/ZPO, aglomeracja]

*U nas tak jeśli chodzi o pielęgniarki, to szkoły, które kończyły, bo na pewno pani o tym wie, że zmieniły się wymogi, jeśli chodzi o Unię, w związku z tym pielęgniarki starają się ukończyć studia wyższe, a te, które zatrudniam ja akurat u siebie, to są panie, które jeszcze według starego systemu się uczyły i nabywały kwalifikacje, swoje umiejętności i wykształcenie, a umiejętności co już się nabywało wiadomo z czasów pracy, to jest zupełnie inny system niż teraz. Pielęgniarki były albo z wykształceniem średnim, czyli kończyły te pięcioletnie licea medyczne, albo studium pomaturalne pielęgniarskie. I te roczniki zbliżają się już do czasu emerytury, a nowe, które już idą nowym trendem, nową podstawą programową, to raczej poszukują pracy w placówkach budowanych przez Ministerstwo Zdrowia.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, aglomeracja]

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że w domach pomocy społecznej (DPS) wzrasta potrzeba zatrudnienia fizjoterapeutów, psychologów i psychiatrów, specjalizujących się również w problematyce uzależnień. Rekrutacja takich specjalistów jest wyzwaniem, głównie z powodu niskich wynagrodzeń i mało atrakcyjnych warunków pracy oferowanych przez te placówki. Z podobnymi problemami borykają się hospicja. Ponieważ zarówno z DPS-ów jak i z hospicjów korzystają też osoby z niepełnosprawnościami, oznacza to że wspomniane deficyty w zakresie opieki nad seniorami, dotyczą również innych grup o szczególnych potrzebach, np. osób z niepełnosprawnościami:

*To nie jest takie proste, dlatego że to jest rejon de facto wiejski. [nazwa miasta] jest małym miastem, mamy 25 tysięcy ludzi. Powiat to głównie wioski. Tutaj ten rynek pracownika jednak dominuje i mamy w ogóle problemy z obsadą lekarską niektórych oddziałów, więc to nie jest takie łatwe. Poza tym sporo lekarzy, bo to jest jakby w odległości 60 kilometrów od Trójmiasta, do nas dojeżdża po prostu do pracy. Więc oni nie są zainteresowani, żeby jeździć do [nazwa miasta], jak mieszkają w Gdańsku czy w Gdyni. A do opieki paliatywnej wbrew pozorom nie nadaje się każdy i dla wielu jest to po prostu działalność, którą nie chce prowadzić. To prawda, że czasami jest to miejsce na dorobienie i tak dalej, nie są to wielkie pieniądze, oczywiście jak w prywatnej medycynie to teraz w Polsce bywa, ale tak tłumu chętnych nie ma. Raczej jest kłopot, żeby kogoś zaprosić.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, peryferie]

Wśród badanych znaleźli się jednak również przedstawiciele instytucji, które nie mają problemów z pozyskiwaniem i zatrzymywaniem pracowników, dzięki wsparciu finansowemu od jednostek samorządowych. Otrzymane dodatkowe fundusze są przeznaczane na wynagrodzenia, co przekłada się na lepsze warunki pracy i płacy, szczególnie dla personelu medycznego, takiego jak pielęgniarki.

Jako odpowiedź na braki kadrowe, niektóre placówki podjęły kroki, aby rozszerzyć zakres kompetencji opiekunów medycznych, przypisując im obowiązki, które tradycyjnie należały do pielęgniarek. W 2021 r. lista uprawnień opiekunów medycznych została poszerzona, obejmując takie działania jak: wykonywanie iniekcji podskórnych, podawanie leków, oraz rozwijanie umiejętności terapeutycznych w pracy z osobami z niepełnosprawnościami czy wsparcie osób opiekujących się chorymi członkami rodziny.

Przedstawiciele badanych placówek z reguły bardzo wysoko oceniają umiejętności i wiedzę swoich pracowników. Wielu z nich kładzie duży nacisk na ciągły rozwój zawodowy kadry, organizując regularne szkolenia czy kursy, które zgodnie z przepisami dotyczącymi DPS-ów, są obowiązkowe. Oferta tematyczna tych szkoleń jest zróżnicowana, obejmuje aspekty związane z pracą z mieszkańcami,takie jak znajomość ich praw i obowiązków, stosowane metody terapii oraz zasady tworzenia indywidualnych planów wsparcia. Warto podkreślić te aspekty, bowiem wskazują one na fakt, że pomimo charakterystycznych dla całego systemu braków kadrowych, istotną jego wartością są właśnie zatrudnieni ludzie – z zaangażowaniem realizujący swoje zadania i przeważnie bardzo wysoko oceniani przez swoich przełożonych. Przełożeni deklarują, że starają się wspomagać kadrę przynajmniej za pomocą superwizji – jest to wysoce ceniona przez respondentów forma rozwoju zawodowego pracowników. Superwizja, jako narzędzie systemowe, służy wzmocnieniu kompetencji, przy czym organizowane spotkania, mogą mieć formę grupową lub indywidualną. Uczestniczenie w superwizji umożliwia pracownikom rzetelną ocenę swojej pracy z klientem i pozwala zgłębić wiedzę na temat nowych strategii oraz najlepszych praktyk w interakcji z klientem. Dodatkowo, ma na celu udzielenie wsparcia w przezwyciężaniu psychologicznych przeszkód napotykanych podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

**Infrastruktura**

Uczestnicy badania jakościowego zwykle oceniali użytkowaną infrastrukturę placówek pozytywnie, zauważając, że budynki spełniają standardy wymagane przepisami. Tym niemniej należy zauważyć, że obok nowowybudowanych obiektów, większość placówek mieści się w historycznych, zabytkowych budynkach, które zostały wtórnie zaadaptowane do nowej roli. Są to najczęściej stare dwory czy pałace, projektowane z myślą o innym przeznaczeniu niż domy pomocy społecznej, należy zatem dostosować je do potrzeb użytkowników (w tym osób starszych i/lub z niepełnosprawnościami), przekształcając je w pełni funkcjonalne obiekty (np. poszerzanie korytarzy, remont łazienek, niwelacja progów).

*Do tej pory w większości DPS-y to są stare pałacyki. To są budynki, które absolutnie nie były budowane z myślą o domach pomocy społecznej. I w każdym z tych budynków są bariery, które są no likwidowane w przeróżny, cudowny sposób przez dyrektorów, wymyślają różne rzeczy, żeby te budynki dostosować do potrzeb osób niepełnosprawnych. Natomiast nie da się z tych starych budynków zrobić rzeczywiście funkcjonalnych obiektów. One mogą być przytulne, one mogą być sympatyczne, natomiast no my musimy patrzeć na to, że to jakby są dwie strony tej współpracy. Bo jedna strona to jest mieszkaniec, który potrzebuje tego ciepła w danym pokoiku, ale też jest pracownik, który potrzebuje narzędzi, który potrzebuje pomieszczeń bezprogowych, który potrzebuje podnośników, który potrzebuje łazienek wyposażonych w systemy do kąpieli, do mycia takie, żeby nie narażał swojego kręgosłupa, więc wszystkie te systemy, szersze korytarze, tak? […] Wszędzie w tych naszych domach mieszkają ludzie, a my ciągle remontujemy łazienki, ciągle remontujemy korytarze, no bo coś co nie było dostosowane no wymaga tego remontu. Tych mieszkańców nie da się nigdzie przenieść, to nie jest komfortowa sytuacja, tak?*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, aglomeracja]

Wiele placówek jest nadal w trakcie prac modernizacyjnych i konserwatorskich (np. termomodernizacja, wymiana dachów, okien czy instalacji przeciwpożarowych), co pochłania dużą część budżetu. Wśród wymienianych potrzeb pojawiały się takie elementy jak budowa prywatnych łazienek, odświeżenie pomieszczeń, budowa sali gimnastycznej czy zagospodarowanie ogrodu. Respondenci zaznaczyli, że prace remontowe są finansowane z różnych źródeł, np. fundusze samorządowe czy PFRON. W dalszym ciągu stanowi to jednak wyzwanie dla badanych placówek.

**Finanse**

Większość badanych placówek całodobowych (DPS, hospicja, ZOL, ZPO) określiła swoją sytuację finansową jako dość stabilną, choć w przypadku DPS-ów wydaje się ona wyraźnie trudniejsza. Zdarzają się problemy wynikające z konieczności poniesienia nagłych wydatków (związane przede wszystkim ze wspomnianymi wcześniej remontami i modernizacją obiektów) oraz problem godziwego wynagrodzenia pracowników. Uczestnicy badania artykułują obawy dotyczące przyszłości, zauważając, że w ciągu ostatnich lat koszty utrzymania placówki znacznie wzrosły, a nie było przeważnie adekwatnego wzrostu przychodów. Drugim niepokojącym elementem jest fakt, że gros budżetu stanowi wynagrodzenie dla pracowników, szacowane jako 70-85% wydatków. Przy wynikającym z inflacji wzroście płacy minimalnej oznacza to konieczność podwyżek płac, co może stanowić poważne obciążenie i oznaczać problemy z wygospodarowaniem środków na wynagrodzenie pracowników. Kolejna pozycja to koszt utrzymania budynku (bieżące opłaty oraz remonty), w tym kontekście znowu artykułowane są obawy dotyczące obecnych i przewidywanych wzrostów cen.

*Ponad 70% kosztów prowadzenia działalności, w tej chwili chyba 73 z tego, co liczyliśmy ostatnio, to są koszty osobowe, koszty pracownicze. I tutaj wzrost wynagrodzeń, najniższego wynagrodzenia bije przede wszystkim po kondycji finansowej DPS-u. Z jednej strony cieszy, że pracownicy zarabiają więcej, natomiast pieniądz dodatkowy w DPS-ie się nie pojawia, bo nie ma skąd. Pieniądz, który jest w DPS-ie to jest pieniądz z kosztu utrzymania mieszkańca, ogłaszany w Dzienniku Urzędowym danego województwa. W związku z powyższym, jeżeli tutaj nie przyjdą zewnętrzne pieniądze tak, jak do szpitala na pielęgniarki zwiększono kontrakty, u nas nic nie zwiększono, tak? My co roku musimy podnosić pensje związane z najniższym wynagrodzeniem, bo spora część pracowników pracuje na najniższych wynagrodzeniach niestety, bo ten koszt utrzymania mieszkańca jest coraz wyższy, ale to i tak jest zdecydowanie za mało*.

(cytat z wywiadu pogłębionego, DPD, aglomeracja)

*Będą rosnąć, będą rosnąć z różnych powodów. Zanim zdusimy, jeżeli to się w ogóle uda, inflację […] No ale to, że inflacja spadnie do 10%, to przecież nie znaczy, że jest taniej, tylko jest trochę mniej drogo. Mniej, wolniej ceny rosną, taka jest prawda. To jest raz i druga jest kwestia od 1 stycznia, przyszłego roku, o ile dobrze mnie pamięć nie myli, to chyba będzie pensja minimalna 4 200. Czyli wszystkim trzeba będzie podwyższyć pensję. Jeżeli będzie chciał być prezes, dyrektor zgodny z prawem, a Państwowa Inspekcja Pracy dojedzie to od razu. No to będziemy musieli podnieść pensję. No to wzrosną koszty, a NFZ nie daje pieniędzy na tę górkę. Oni mówią: musicie sobie poradzić z tego, co my płacimy za produkt, czyli za opiekę paliatywną hospicyjną.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, peryferie]

## Podsumowanie

W 2022 r. w województwie pomorskim mieszkało 426,2 tysiąca osób powyżej 65. roku życia, przy czym 89,5 tysiąca z nich przekroczyło 80. rok życia. Dane z ogólnopolskich badań pokazują, że opieki i wsparcia potrzebuje co trzecia osoba starsza, biorąc pod uwagę aktualne dane z regionu można więc oszacować popyt na różnego typu usługi na około 142 tysiące potencjalnych odbiorców pomocy. Wprawdzie na tle kraju województwo pomorskie nie jest regionem, który charakteryzuje się szybko postępującym proces starzenia się populacji, a stopa urodzeń jest jedną z wyższych, jednak i na Pomorzu popyt na wsparcie jest duży, a w perspektywie 10 lat jeszcze wzrośnie, bo w najbliższych dekadach należy się spodziewać wzrostu współczynnika obciążenia demograficznego, przy czym proces ten dodatkowo mogą pogłębić migracje osób młodych za granicę. Powoduje to potrzebę zapewnienia osobom starszym odpowiedniego wsparcia, zarówno ukierunkowanego na aktywizację społeczną jak i wsparcia w postaci odpowiednich usług tak, by umożliwić pomyślne starzenie się w środowisku zamieszkania.

Analiza obecnie działającego systemu pomocy dla seniorów w województwie pomorskim pokazuje, że dostępność usług opieki stacjonarnej, domowej oraz wsparcia dziennego jest niewystarczająca z punktu widzenia aktualnych i przyszłych potrzeb. W latach 2019-2021 zmniejszyła się liczba miejsc i mieszkańców w DPS, a jednocześnie nastąpił spadek liczby pacjentów w ZPO i ZOL. Za pozytywny fakt w świetle deinstytucjonalizacji uznać należy wzrost wsparcia oferowanego przez ośrodki wsparcia dziennego, za negatywny – spadek liczby odbiorców usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych oraz różnice w dostępie do usług, zależnie od miejsca zamieszkania. Za pozytywny należy uznać fakt, że budynki są przeważnie dostosowane do potrzeb placówek, choć część z nich mieści się w starych obiektach, wymagających remontów. Niepokojącym zjawiskiem są natomiast wspominane przez uczestników badań jakościowych rosnące koszty utrzymania placówek, które mogą pogłębić sygnalizowane przez ich pracowników problemy kadrowe.

# Wsparcie osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim

## Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne

Zgodnie ze wstępnymi wynikami Narodowego Spisu Powszechnego w 2022 r. w województwie pomorskim mieszkało 346,5 tys. osób z niepełnosprawnościami, co stanowiło 14,7% ludności (poziom zbliżony do średniej krajowej – 14,3%). W porównaniu z poprzednią edycją NSP w badanym regionie liczba ta wzrosła o jedną piątą (21%), a więc bardziej niż w skali całego kraju (16%). Dla porównania – w 2021 r. osoby z niepełnosprawnościami stanowiły 10,5% ludności województwa zaś w 2011 r. – 8,8%, natomiast osoby z niepełnosprawnością biologiczną 4,2% (w 2011 r. – 3,7%)[[28]](#footnote-29) [[29]](#footnote-30). Występująca tendencja wzrostowa może w pewnym stopniu wynikać ze starzenia się społeczeństwa, z wiekiem rośnie bowiem ryzyko utraty sprawności.

W latach 2017-2019 w województwie pomorskim wydano 152846 orzeczeń o niepełnosprawności, z tego 86,8% osobom powyżej 16. roku życia. Dominującą przyczyną wśród osób dorosłych były: schorzenia narządu ruchu, choroby układu oddechowego i krążenia, choroby neurologiczne oraz choroby psychiczne[[30]](#footnote-31).

Jednym z kluczowych problemów osób z niepełnosprawnościami jest dostęp do rynku pracy. Z analizy danych wynika, że w województwie pomorskim wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami osiągnął trzeci najwyższy wynik w kraju (19%), można jednak zauważyć tendencję spadkową (2018-2019: -1,4 punktu procentowego). Jednocześnie właśnie niepełnosprawność była powodem przyznania połowy świadczeń z pomocy społecznej, a w latach 2021-2022 udział osób z niepełnosprawnością wśród świadczeniobiorców nieznacznie wzrósł (z 51,3% do 51,6%). Warto jednak zauważyć, że zmiany w tym zakresie są mocno zróżnicowane – najsilniejszy wzrost był w powiecie człuchowskim (+5,3 pp.) a najsilniejszy spadek w powiecie malborskim[[31]](#footnote-32).

## Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych

System wsparcia osób z niepełnosprawnościami obejmuje różnego typu placówki. Istotnym jego elementem są domy pomocy społecznej, które szczegółowo przeanalizowano w trzecim rozdziale, gdyż realizowane przez nie wsparcie adresowane jest zarówno do osób starszych, jak i do osób z niepełnosprawnościami. W innych częściach raportu znalazły się też opracowania dotyczące placówek typu dziennego – dzienne domy pomocy podobnie jak DPS analizowano w rozdziale 3., gdyż korzystają z nich również osoby starsze, natomiast środowiskowe domy samopomocy omówiono w rozdziale 5., gdyż są one dedykowane zarówno osobom z zaburzeniami psychicznymi jak i osobom z niepełnosprawnościami, przy czym często problemy te się na siebie nakładają.

W tej części analizy dodano tylko elementy, które nie zostały uwzględnione w innych fragmentach raportu, a stanowią ważne uzupełnienie systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami. Omówiono w nim działania finansowane z Funduszu Solidarnościowego w ramach programów rządowych oraz usługi społeczne ukierunkowane na aktywizację wspomnianej grupy osób[[32]](#footnote-33).

**Zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej na Pomorzu**

Jednym z celów wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami jest ich społeczna oraz zawodowa integracja. W realizacji tego celu pomagają zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii. zajęciowej.

Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) i zakłady aktywności zawodowej (ZAZ) stanowią podstawowe ogniwa środowiskowego systemu aktywizacji osób z niepełnosprawnościami. Głównym ich celem jest rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami, poprzez rozwinięcie kompetencji społecznych oraz kompetencji przydatnych na rynku pracy. W przypadku zakładów aktywności zawodowej kluczowym elementem aktywizacji jest uczestnictwo w pracy ZAZ, a docelowym kierunkiem – zatrudnienie uczestników na otwartym rynku pracy. Dodatkową korzyścią uczestnictwa osoby z niepełnosprawnościami w WTZ lub ZAZ jest odciążenie członków jej rodziny, z czym jednak wiążą się wyzwania transportowe.

W 2022 r. warsztaty terapii zajęciowej działały w 19 powiatach województwa pomorskiego i korzystało z ich wsparcia 1845 osób. Liczba osób uczestniczących w WTZ podobnie jak liczebność zatrudnionej tam kadry minimalnie spadła (odpowiednio -0,5% oraz -1,70%), jednocześnie jednak zauważyć można wzrost koszt utrzymania placówek (+17,5%).

Tabela 12. Warsztaty terapii zajęciowej na Pomorzu w latach 2020-2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2020-2022 |
| Osoby uczestniczące | 1868 | 1835 | 1845 | -0,50 |
| Kadra placówek | 727 | 652 | 663 | -1,70 |
| Roczny koszt prowadzenia i utrzymania placówek | 39113391 | 40879520 | 48051322 | 17,50 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

Nasycenie instytucjami pomocowymi pod względem liczby zakładów aktywności zawodowej jest niewielkie, bowiem w 2022 r., w województwie pomorskim działały jedynie dwa ZAZ-y (w miejscowościach Czarne i Sztum), w których zatrudnienie znalazły 152 osoby. Ponad 3/4 z nich stanowiły osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności, co jest stosunkowo wysokim udziałem na tle reszty kraju. Należy jednak podkreślić, że Pomorze (*ex aequo* z województwem lubuskim) zajęło ostatnie miejsce pod względem liczby działających ZAZ i przedostatnie miejsce pod względem liczby zatrudnionych w nich osób.

Tabela 13. Osoby z niepełnosprawnościami uczestniczące w pracach zakładów aktywności zawodowej na Pomorzu w latach 2020-2022 z podziałem na stopnie niepełnosprawności

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana w latach 2019-2022 (%) |
| Lekki stopień niepełnosprawności | b.d. | 1 | 1 | 1 | Bez zmian |
| Umiarkowany stopień niepełnosprawności | 52 | 50 | 53 | 56 | 7,60 |
| Znaczny stopień niepełnosprawności | 63 | 64 | 61 | 61 | -0,32 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

Lukę wynikającą z małej liczby ZAZ-ów wypełniają częściowo podmioty ekonomii społecznej, które oferują różnorakie formy aktywności stymulujących rozwój społeczny i zawodowy beneficjentów, w tym osób z niepełnosprawnościami. W 2022 r. działało na Pomorzu 69 spółdzielni socjalnych. Najwięcej było ich w powiecie chojnickim (9), człuchowskim (8), kartuskim (7) i słupskim (6). Tego typu podmioty nie powstały natomiast jeszcze powiatach starogardzkim, lęborskim, malborskim i kościerskim.

Uzupełnieniem systemu wsparcia mogą być też centra integracji społecznej oraz kluby integracji społecznej, są to bowiem instytucje pomagające przezwyciężyć izolację oraz podtrzymywać zdolności do samodzielnego życia. W 2022 r. w województwie pomorskim działały 22 CIS-y oraz 13 KIS-ów (w styczniu 2023 r. w Tczewie rozpoczął działalność czternasty). Osoby z niepełnosprawnościami stanowiły ok 1/4 wszystkich kończących udział w KIS oraz ok. 1/3 nowych uczestników.

**Program „ Aktywny samorząd”**

Celem programu „Aktywny samorząd” jest wzrost uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym i zawodowym poprzez dofinansowanie ze środków PFRON działań ukierunkowanych na likwidację barier i podnoszenie kompetencji. W 2022 r. obejmował on trzy moduły: 1) likwidacja barier, 2) pomoc w uzyskaniu wyższego wykształcenia, 3) szkolenia w zakresie niepełnosprawności dla samorządów i organizacji pozarządowych. Trzeci moduł jest realizowany przez PFRON w trybie zamówień publicznych, natomiast dwa pierwsze są w gestii samorządów powiatowych.

W latach 2019-2022 liczba świadczeń wypłaconych w województwie pomorskim w ramach programu „Aktywny samorząd” utrzymywała się zbliżonym poziomie, natomiast wartość dofinansowania sukcesywnie rosła.

Tabela 14. Program „Aktywny Samorząd” na Pomorzu w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Liczba świadczeń | 2863 | 2725 | 2764 | 2835 |
| Wartość dofinansowania | 9,7 | 10,9 | 12,5 | 14,3 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

**Programy rządowe na rzecz osób z niepełnosprawnościami lub opiekunów**

Od 2019 r. możliwe jest dofinansowanie jednostek samorządu terytorialnego (gminy i powiaty) oraz organizacji pozarządowych[[33]](#footnote-34) w ramach programów rządowych z Funduszu Solidarnościowego. Dotyczy to działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami i/lub ich opiekunów, które nie były dotychczas uregulowane. W zakres Funduszu Solidarnościowego na rzecz osób z niepełnosprawnościami wchodzą przede wszystkim 3 programy: 1) asystent osobisty osoby niepełnosprawnej (konkurs dla gmin i powiatów) i asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami (konkurs dla organizacji pozarządowych), 2) opieka wytchnieniowa (samorządy i organizacje pozarządowe), 3) Centra Opiekuńczo-Mieszkalne. W przypadku województwa pomorskiego dostępne są dane na temat realizacji dwóch pierwszych programów.

**Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej**

W ramach Programu Asystent Osoby Niepełnosprawnej gminy oraz powiaty mogą ubiegać się o dofinansowanie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością znaczną lub umiarkowaną. W 2022 r. województwo pomorskie otrzymało na realizację tego programu 644365,40 zł[[34]](#footnote-35), z przeznaczeniem dla 71 jednostek samorządu terytorialnego. W edycji z konkursu na 2023 r. rekomendowano do objęcia programem 84 gminy i powiaty na terenie Pomorza, zaś rekomendowane dofinansowanie wyniosło 37820430zł[[35]](#footnote-36). Ostatecznie zgodnie z podpisaną umową jednostki samorządu otrzymają na ten cel łącznie 36907970,76[[36]](#footnote-37).

**Opieka wytchnieniowa**

Program "Opieka wytchnieniowa" działa od 2019 r. na zasadzie ogłaszanych corocznie konkursów dla gmin i powiatów. Jego celem jest zapewnienie opieki zastępczej, w przypadku gdy opiekun osoby z niepełnosprawnościami potrzebuje czasowej przerwy.

Zgodnie z danymi Najwyższej Izby Kontroli w 2019 r. programem objęto 381 osób, w 2020 r. – 420 osób, a w 2021 r. – 782 osoby, przez pierwsze 3 lata realizacji odnotowano zatem ponad dwukrotny wzrost. Jeszcze wyraźniej tendencję tę można zaobserwować porównując wartość zawartych umów, która wzrosła z 1868,5 tys. w 2019 r. do 4640,8 w 2020 r. (zrealizowano odpowiednio: 796,3 tys. i 3367,9 tys.)[[37]](#footnote-38). Wynika to z rosnącego zainteresowanie ze strony samorządów – o ile w 2019 r. wniosek złożyło łącznie 36 gmin i powiatów, to w 2020 r. było ich już 41 a w 2021 r. – 55[[38]](#footnote-39).

W 2023 r. o dofinansowanie opieki wytchnieniowej ubiegały się 82 samorządy (w tym 2 powiaty – kwidzyński i wejherowski), a łączna wartość umów osiągnęła 12226901,82 złotych. Najwyżej dotowane były: Gdańsk, Gdynia, gmina Pruszcz Gdański, gmina Mikołajki Pomorskie i Wejherowo[[39]](#footnote-40).

## Kluczowe aspekty funkcjonowania systemu wsparcia w ocenie pracowników wybranych placówek

**Kadry**

Problemy kadry placówek stacjonarnych, z których korzystają osoby z niepełnosprawnościami zostały szeroko omówione w poprzednim rozdziale, dotyczącym osób starszych. Wśród mieszkańców domów pomocy społecznej znajdziemy bowiem zarówno osoby starsze jak i osoby z niepełnosprawnościami. Pracownicy dziennych placówek wsparcia (ŚDS o specjalizacji – osoby z niepełnosprawnościami) potwierdzają, że ich placówki spełniają regulowane prawnie standardy odnośnie liczby pracowników. Owo minimum kadrowe nie zaspokaja jednak ich zdaniem rzeczywistych potrzeb. Kwestią dyskusyjną może być ponadto wykonywanie zadań, które nie mieszczą się w zakresie obowiązków danego pracownika. Przykładem takiej problematycznej sytuacji jest praca terapeutów, która ze względu na specyfikę stanu beneficjenta oznaczać może konieczność wykonywania dodatkowych czynności. W placówkach tego typu terapeuci, oprócz prowadzenia terapii, zajmują się pomocą potrzebną domownikom (np. przeniesienie, karmienie, przewijanie). Może to generować problemy wynikające z braku doświadczenia lub niechęci pracownika do wykonywania dodatkowych obowiązków. Ten aspekt w połączeniu z problemem mało atrakcyjnych wynagrodzeń stanowi czynnik utrudniający rekrutację kadry.

*Nie mamy jakiegoś większego problemu. Natomiast wiadomo, praca terapeuty jest określona i wymaganiami, i doświadczeniem i tutaj często są kłopoty. Nie mają doświadczenia takiego, jakie powinny mieć. Często też osoby po prostu, u nas jest i zdarza się wiele osób, które są karmione, na wózkach, przewijane. To jest największy problem, nie każdy chce wykonywać taką pracę poza tą terapią, którą się prowadzi, że trzeba jeszcze przewinąć, nakarmić. Nie chcą tego wykonywać albo też nie mają żadnego doświadczenia, bo to jest w sumie już jakaś taka większa odpowiedzialność, bo to trzeba przenieść z miejsca na miejsce. To ciężkie. I kwestie finansowe myślę, że zniechęcają często osoby.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, ŚDS, aglomeracja]

Innym problemem poruszanym w kontekście kadr była kwestia opieki wytchnieniowej. Zdaniem badanych w programie tym bierze udział zbyt mało podmiotów świadczących usługi społeczne i zdrowotne, co wynika z braków kadrowych, a pośrednio finansowych.

**Infrastruktura**

Badanie jakościowe prowadzone z pracownikami instytucji nie ujawniło bardziej dotkliwych problemów czy braków pod względem dostosowania do potrzeb osób z różnym rodzajem niepełnosprawności. Zdaniem pracowników w badanych placówkach są dostępne (dla przykładu) windy, szerokie korytarze, szerokie drzwi, uchwyty w łazience, poręcze, systemy komunikacji głosowej, oznakowanie pismem Braille’a itd.

Pojedyncze instytucje zgłaszają konkretne, indywidualne potrzeby, które nie mają jednak charakteru systemowego – jak na przykład potrzeba wybudowania sali gimnastycznej, czy osobnej sali do spędzania czasu wolnego. Także pod względem wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny nie można wskazać systemowych braków – zapewnione są łóżka rehabilitacyjne, podnośniki, materace przeciwodleżynowe, wózki kąpielowe, łóżka kąpielowe, a w zakresie architektury np. kabiny prysznicowe z niskim progiem. Gorzej sytuacja wygląda w przypadku osób z niepełnosprawnościami przebywających w DPS-ach, placówki te bowiem, jak już wspominano, często mieszczą się w starych budynkach projektowanych z myślą o zupełnie innym przeznaczeniu (np. pałacach). Obiekty te od lat są modernizowane i coraz lepiej odpowiadają potrzebom osób z niepełnosprawnościami, ale czasem nadal pojawiają się w nich problemy związane z dostosowaniem.

Podobnie jak w przypadku kadry, więcej na temat infrastruktury, a także o sytuacji finansowej oraz stosunku do idei deinstytucjonalizacji placówek wspierających zarówno osoby starsze jak i osoby z niepełnosprawnościami przeczytać można w poprzednim rozdziale.

## Podsumowanie

Obecnie w województwie pomorskim osoby z niepełnosprawnościami (prawnie i biologicznie) stanowią blisko15% populacji, a biorąc pod uwagę tendencję z ostatnich dekad, można się w przyszłości spodziewać wzrostu tego odsetka. Jest to grupa o szczególnie dużej potrzebie wsparcia – zarówno w zakresie rehabilitacji medycznej, jak i w obszarze rehabilitacji psychicznej i społecznej, a także zawodowej, przy czym poszczególne płaszczyzny ściśle się ze sobą wiążą. O poziomie niezaspokojenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami świadczyć może fakt, że według aktualnych statystyk właśnie ta grupa stanowi ponad połowę beneficjentów pomocy społecznej, przy czym między 2021 a 2022 rokiem zauważyć można wyraźny wzrost ich udziału.

System wsparcia osób z niepełnosprawnościami obejmuje różnego typu placówki. Część z nich została omówiona w poprzednim rozdziale, ich adresatami są bowiem również osoby starsze. Odnosząc się do pozostałych form wsparcia można dodać, że w województwie pomorskim w latach 2020-2022 spadła liczba warsztatów terapii zajęciowej, niska pozostaje też w porównaniu z innymi regionami liczba zakładów aktywności zawodowej. Za pozytywną zmianę należy natomiast uznać coraz szersze wykorzystanie finansowanego przez PFRON funduszu „Aktywny samorząd”, w ramach którego na Pomorzu usuwane są bariery ograniczające uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami w społeczeństwie. Zauważalny jest też wzrost w realizacji finansowanych przez Fundusz Solidarnościowy programów Asystent Osobisty i Opieka Wytchnieniowa, które są bardzo istotnym elementem deinstytucjonalizacji.

# Wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego w województwie pomorskim

## Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne

W 2021 r. – w świetle danych pochodzących z Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Województwa Pomorskiego – w województwie ochroną zdrowia psychicznego było objętych 75 tys. dorosłych pacjentów, zaś 15,11 tys. korzystało z leczenia uzależnień. Wśród ogółu pacjentów korzystających z ochrony zdrowia psychicznego, najliczniejsza grupa doświadczała zaburzeń lękowych (37,83 tys.), zaburzeń nastroju (24,72 tys.), zaburzeń organicznych (16,21 tys.); uzależnień (14,44 tys.), schizofrenii (10,24 tys.). Inne rodzaje zaburzeń to niepełnosprawność intelektualna (4,13 tys.), zaburzenia psychiczne nieokreślone inaczej (3,71 tys.), zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (2,75 tys.), psychozy inne niż schizofrenia (810 osób), zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (795 osób).

W przypadku dzieci i młodzieży w 2021 r. opieką psychiatryczną objętych było 14,57 tys. osób a 329 leczeniem uzależnień. Przy czym 3,09 tys. z nich doświadczało zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i postacią somatyczną, 2,47 tys. zaburzeń hiperkinetycznych, 2,22 tys. całościowych zaburzeń rozwojowych, 2,21 tys. zaburzeń zachowania oraz mieszanych zaburzeń zachowania i emocji , 1,6 tys. zaburzeń nastroju, 1,12 tys. zaburzeń emocji młodzieży, 729 osób niepełnosprawności intelektualnej, 247 osób zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych, 182 osób zaburzeń odżywania (pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży – 5,86 tys.).

Pokazując dane na temat leczenia, trzeba pamiętać, że nie są one dokładnym odbiciem rzeczywistego zapotrzebowania na pomoc, a jedynie wypadkową potrzeb i możliwości, trudno je więc traktować jako w pełni wymierny wskaźnik zdrowia psychicznego mieszkańców badanego województwa, dlatego warto sięgnąć też po inne dane. Ważnym – a przy tym nieobciążonym takimi wątpliwościami – wskaźnikiem kondycji psychicznej populacji jest liczba osób w tzw. kryzysie suicydalnym, czyli pragnących odebrać sobie życie oraz podejmujących próbę samobójczą. Według diagnozy Komendy Głównej Policji liczba zamachów samobójczych wzrosła w Polsce w 2022 r. w stosunku do 2020 r. o ponad 1/5 (o 21%). Jednak w województwie pomorskim ten wzrost jest kilkukrotnie wyższy, ponieważ wyniósł 142%. W 2020 r. podjęły na Pomorzu próbę samobójczą 724 osoby, w 2021 r. 1675 osób, a w 2022 r. 1754 osoby, przy czym w 332 przypadkach próby te zakończyły się śmiercią (dla porównania w 2021 r. było to 320, a w 2020 r. 302 osoby). Szczególnie drastyczną zmianę można zauważyć w tym obszarze w przypadku dzieci i młodzieży – w 2019 r. na Pomorzu stwierdzono 84 próby samobójcze, podczas gdy w 2016 r. było ich 33, a w 2013 r. jedynie 9[[40]](#footnote-41).

## Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych

#### Usługi ochrony zdrowia psychicznego dorosłych w sektorze ochrony zdrowia

**Poradnie, oddziały szpitalne i zespoły środowiskowego leczenia psychiatrycznego**

Najważniejszym źródłem informacji o wsparciu osób w kryzysie zdrowia psychicznego są dane Ministerstwa Zdrowia, a w szczególności mapy potrzeb zdrowotnych. Wynika z nich, że system pomocy obejmuje cztery formy wsparcia: poradnie, oddziały szpitalne, zespoły leczenia środowiskowego (domowego) i oddziały dzienne.

Na terenie Pomorza funkcjonuje jedynie 25 poradni zdrowia psychicznego. Przy czym można zauważyć, że są one nierównomiernie rozlokowane, gdyż większość tego typu placówek jest zlokalizowana we wschodniej i północno-wschodniej części regionu, zaś na zachodzie i południu oraz w centrum jest ich mniej. Takie rozlokowanie poradni powoduje ograniczenie dostępu do wsparcia w przypadku mieszkańców defaworyzowanych gmin ze względu na większą odległość do placówki.

Ponadto w województwie pomorskim działa 8 oddziałów szpitalnych świadczących opiekę psychiatryczną. Jeden z nich znajduje się w Trójmieście, dwa w południowo-wschodniej części województwa (Człuchów, Chojnice), dwa – w północnej (Słupsk, Lębork), jeden w zachodniej (Prabuty) i dwa w środkowej części (Starogard Gdański i Kościerzyna). Również tutaj zauważyć zatem można gorszą sytuację mieszkańców z południa i wschodu regionu.

Tabela 15. Poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych, psychiatryczne oddziały szpitalne i oddziały dzienne oraz zespoły leczenia środowiskowego na terenie województwa pomorskiego w 2021 roku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gmina, w której zlokalizowana jest poradnia | Gmina, w której zlokalizowany jest oddział szpitalny | Gmina, w której działa zespół leczenia środowiskowego | Gmina, w której zlokalizowany jest oddział dzienny |
| Gdańsk | Gdańsk | Gdańsk | Gdańsk |
| Gdynia | Słupsk | Gdynia | Gdynia |
| Puck | Lębork | Słupsk | Sopot |
| Lębork | Prabuty | Lębork | Tczew |
| Rumia | Chojnice | Rumia | Chojnice |
| Gniewowo | Starogard Gdański | Sopot | Lębork |
| Słupsk | Kościerzyna | Kolbudy | Kościerzyna |
| Byków | Człuchów | Kościerzyna | Słupsk |
| Kartuzy |  | Bytów |  |
| Miastko |  | Zblewo |  |
| Kościerzyna |  | Tczew |  |
| Puszcz Gdański |  | Starogard Gdański |  |
| Kolbudy |  | Chojnice |  |
| Żukowo |  |  |  |
| Nowy dwór Gdański |  |  |  |
| Tczew |  |  |  |
| Malbork |  |  |  |
| Szturm |  |  |  |
| Prabuty |  |  |  |
| Kwidzyń |  |  |  |
| Pelplin |  |  |  |
| Starogard Gdańsk |  |  |  |
| Chojnice |  |  |  |
| Człuchów |  |  |  |
| Gniew |  |  |  |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Opracowanie DAS, na podstawie danych NFZ.

Mniej korzystnie wygląda sytuacja w przypadku zespołów leczenia środowiskowego. Blisko połowa z 13 działających na Pomorzu placówek zlokalizowana jest w Trójmieście lub przyległych gminach (Rumia, Kolbudy). Na zachodzie i południu regionu działają jedynie pojedyncze zespoły leczenia środowiskowego, część województwa jest więc wykluczona z możliwości otrzymania tego typu wsparcia ze względu na zbyt dużą odległość od placówki.

**Centra Zdrowia Psychicznego**[[41]](#footnote-42)

Współcześnie ważnym instrumentarium deinstytucjonalizacji systemu wsparcia zdrowia psychicznego są Centra Zdrowia Psychicznego. Jest to program pilotażowy, który trwa do 2024 r., a obecnie do pilotażu zostały zakwalifikowane nowe placówki. Aktualnie w wykazie podmiotów realizujących zadania w ramach pilotażu Centrum Zdrowia Psychicznego znalazło się 9 następujących podmiotów z województwa pomorskiego:

* Szpital wojewódzki w Kościerzynie (obejmuje powiat kościerski),
* Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku (obejmuje Słupsk i powiat słupski);
* Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim (obejmuje powiat starogardzki);
* Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku (powiat lęborski);
* Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie (powiaty człuchowski, chojnicki);
* Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku;
* Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „CENTRUM PSYCHIATRII” Sp. z o.o. (Malbork) (powiat malborski, sztumski);
* Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku;
* Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Poradnia Zdrowia Psychicznego” s.c. Alina Jamrowska-Szymoniak, Wiesław Szymoniak, Mateusz Jamrowski (powiat tczewski)[[42]](#footnote-43).

#### Usługi ochrony zdrowia psychicznego osób dorosłych w pomocy społecznej

Wsparcie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego poza placówkami medycznymi oferują również podmioty pomocy społecznej. Wskazać tutaj należy: kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, środowiskowe domy samopomocy (w zależności od podtypu tej instytucji – przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych, z zaburzeniami psychicznymi lub z niepełnosprawnością intelektualną czy sprzężoną lub w spektrum autyzmu) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone w warunkach domowych.

Jeśli chodzi o pierwszy ze wspomnianych typów placówek, czyli kluby samopomocy, zauważyć można pozytywny trend. Dane administracyjne z 2022 r. (MRiPS-03, MRiPS-06 oraz Ocena zasobów pomocy społecznej) pokazują, że w latach 2019-2022 liczba klubów w województwie pomorskim prawie się podwoiła (z 28 aż do 52 placówek). Pociągnęło to za sobą wzrost liczby dostępnych miejsc (z 602 w 2019 r. do 1114 w 2022 r.) oraz poszerzenie grupy osób korzystających z tej formy wsparcia (834 w 2019 r. do 1444 w 2022 r.). Wyraźny skok w tym zakresie miał miejsce między 2019 r. a 2020 r., w kolejnych latach tendencja wzrostowa się utrzymała, ale nie była już tak dynamiczna.

Tabela 16. Kluby samopomocy na Pomorzu w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| Liczba placówek | 28 | 46 | 49 | 52 | 85,71 |
| Liczba miejsc | 602 | 999 | 1069 | 1144 | 90,03 |
| Liczba osób korzystających w ciągu roku | 834 | 1127 | 1376 | 1444 | 73,14 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

W przypadku klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi dynamika była nieco inna – początkowo liczba placówek nieznacznie spadła (z 13 w 2019 r. do 12 w 2020 r.), choć łączna liczba miejsc wzrosła (ze 172 w 2019 do 186 w 2020), a w kolejnych latach utrzymała się na poziomie z 2020 r. Jednocześnie jednak zmalała (z 447 do 358 osób) liczba korzystających z tej formy pomocy w ciągu roku.

Tabela 17. Kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa z lat 2019-2022 |
| Liczba placówek | 13 | 13 | 12 | 12 | -7,69 |
| Liczba miejsc | 172 | 186 | 186 | 186 | 8,14 |
| Liczba osób korzystających w ciągu roku | 447 | 380 | 351 | 358 | -19,91 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).

W przypadku drugiego typu placówek o charakterze dziennym, czyli środowiskowych domów samopomocy, w latach 2019-2022 wzrosła nieco liczba miejsc (z 2100 do 2197) oraz świadczeniobiorców (z 2235 do 2433), nie nastąpiły natomiast żadne wyraźne zmiany liczby działających placówek (między 2019 r. a 2020 r. spadek z 72 do 69 ŚDS, ale w kolejnych latach ponowny wzrost do 70 w 2021 r. i 71 w 2022 r.).

Tabela 18. Środowiskowe domy samopomocy na Pomorzu w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| Liczba placówek | 72 | 69 | 70 | 71 | -1,39 |
| Liczba miejsc | 2100 | 2125 | 2189 | 2197 | 4,62 |
| Liczba osób korzystających w ciągu roku | 2235 | 2281 | 2366 | 2433 | 8,86 |

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego (OZPS).**

Z analizy trzeciego typu wsparcia – specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowanych w latach 2020-2022 wynika, że spadła liczba udzielonych świadczeń i świadczeniobiorców, choć jednocześnie wzrosła ich łączna wartość finansowa.

Tabela 19. Specjalistyczne usług opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| liczba osób | 1799 | 1543 | 1507 | 1480 | -17.73 |
| liczba świadczeń | 529044 | 509783 | 508320 | 494116 | -6.60 |
| kwota świadczeń w zł | 17456699 | 18042798 | 18911397 | 21583000 | 23.64 |
| liczba świadczeń na osobę | 294 | 330 | 337 | 334 | 13.53 |
| koszt świadczeń na osobę (zł) | 9704 | 11693 | 12549 | 14583 | 50.29 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MRiPS-03.

#### Instytucje ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży

Infrastruktura instytucji pomagających dzieciom i młodzieży w stanie kryzysu psychicznego na terenie Pomorza jest w złej sytuacji. Analizując cztery rodzaje instytucji (poradnie zdrowia psychicznego, dzienne oddziały dziecięce, oddziały szpitalne i zespoły leczenia środowiskowego), które zostały wymienione w Mapach Potrzeb Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia na rok 2021, zauważamy znaczące braki w całym regionie. Większość powiatów pomorskich dysponuje jedynie poradniami zdrowia psychicznego, ale w niektórych powiatach, takich jak słupski, gdański, sztumski i bytowski, takie poradnie są niedostępne. Oddziały szpitalne dedykowane psychiatrycznej opiece nad dziećmi są dostępne tylko w trzech powiatach (chojnicki starogardzki i miasto Gdańsk), natomiast dzienny oddział dziecięcy funkcjonuje jedynie w Gdańsku. Najgorzej sytuacja wygląda w przypadku zespołów leczenia środowiskowego, których brakuje w całym województwie. Aktualnie wdrażana jest też reforma psychiatrii dziecięcej, która przewiduje nowe rodzaje instytucji w ramach III poziomów referencyjnych, co jednak nie zastępuje dotychczasowego systemu wsparcia, w ramach którego nadal działają też pozostałe formy świadczeń, na które wciąż obowiązują podpisane umowy z NFZ.

Według danych Ministerstwa Zdrowia z listopada 2023 r. system wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży tworzyło w województwie pomorskim: 32 ośrodków wsparcia zdrowia psychicznego (I stopień referencyjny) [[43]](#footnote-44), 7 ośrodków II stopnia referencyjnego, które oferują opiekę psychiatryczną w trybie ambulatoryjnym lub dziennym (4 z nich to poradnie zdrowia psychicznego, a 3 – poradnie zdrowia psychicznego z oddziałem dziennym) [[44]](#footnote-45) oraz 2 placówki na III poziomie referencyjnym, czyli wysokospecjalistyczne ośrodki całodobowej opieki psychiatrycznej[[45]](#footnote-46).

Analiza danych ponownie wskazuje na nierównomierny dostęp do wsparcia mieszkańców różnych części województwa – duża część placówek pierwszego poziomu jest zlokalizowana w Trójmieście, z czego większość działa w Gdańsku. W przypadku drugiego poziomu również widać wyraźnie większy dostęp w przypadku Trójmiasta.

## Kluczowe aspekty funkcjonowania placówek udzielających wsparcia w ocenie ich pracowników

**Kadra**

W przypadku systemu wsparcia dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego trudność w rekrutacji personelu jest mniej odczuwalna, zwłaszcza w placówkach dziennego pobytu. Niemniej jednak dostrzec można braki personalne dotyczące określonych stanowisk. W strukturach placówek wsparcia dziennego, zauważalny jest niedobór wychowawców oraz specjalistycznych terapeutów zajęciowych, a także deficyt opiekunów oraz wykwalifikowanych terapeutów. Sporadycznie występuje również niedobór pielęgniarek. Wynika to głównie z niekorzystnych warunków zatrudnienia, takich jak niskie wynagrodzenie. Podobnie jak w placówkach całodobowych, istnieje problem z utratą potencjalnych pracowników, którzy przechodzą do jednostek finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Środowiskowe domy samopomocy generalnie nie doświadczają większych problemów z zatrudnianiem personelu. Sporadyczne trudności pojawiają się głównie w fazie rekrutacji, co często wiąże się z wymogiem znalezienia kandydatów, którzy spełniają konkretne, uregulowane przepisami kryteria (takie jak kwalifikacje, wykształcenie itd.). Dlatego największym wyzwaniem jest pozyskanie wykwalifikowanych specjalistów, takich jak: psychologowie, psychiatrzy, logopedzi czy dietetycy. Według respondentów, rekrutacja pracowników na umowy kontraktowe z niepełnym etatem okazuje się być kłopotliwa, głównie ze względu na fakt, że z punktu widzenia pracownika takie warunki zatrudnienia nie są wystarczająco korzystne finansowo. Tym niemniej respondenci zwracają uwagę, że placówki spełniają regulacyjne standardy dotyczące minimalnej liczby personelu, zgodnie z przepisami dotyczącymi funkcjonowania tych jednostek. Pomimo tego, ustanowione minimalne normy kadrowe nie zawsze odzwierciedlają rzeczywiste potrzeby placówek.

*Nie mamy jakiegoś większego problemu. Natomiast wiadomo, praca terapeuty jest określona i wymaganiami, i doświadczeniem i tutaj często są kłopoty. Nie mają doświadczenia takiego, jakie powinny mieć. Często też osoby po prostu, u nas jest i zdarza się wiele osób, które są karmione, na wózkach, przewijane. To jest największy problem, nie każdy chce wykonywać taką pracę poza tą terapią, którą się prowadzi, że trzeba jeszcze przewinąć, nakarmić. Nie chcą tego wykonywać albo też nie mają żadnego doświadczenia, bo to jest w sumie już jakaś taka większa odpowiedzialność, bo to trzeba przenieść z miejsca na miejsce. To ciężkie. I kwestie finansowe myślę, że zniechęcają często* *osoby.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, ŚDS, aglomeracja]

**Infrastruktura**

Placówki dziennego wsparcia zlokalizowane są zarówno w starszych budynkach, które wymagają remontów, ale też i w nowszych, a wyposażenie jest zależne od ich charakteru. Jak już bowiem wspomniano, środowiskowe domy samopomocy mają różne podtypy i mogą być przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub z niepełnosprawnością intelektualną czy sprzężoną. W przypadku drugiego podtypu konieczne jest dużo bardziej kosztowne dostosowanie placówki do potrzeb osoby ze sprzężonymi niepełnosprawnościami, w przypadku pierwszego podtypu sytuacja jest łatwiejsza. Głównym problemem w perspektywie wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym wydaje się więc nie tyle stan i wyposażenie instytucji udzielających wsparcia, co ich nierównomierne rozlokowanie, które dla osób z defaworyzowanych części województwa może być problemem. Aspekt wykluczenia przestrzennego przewijał się zresztą w wypowiedziach respondentów z różnych placówek.

## Podsumowanie

Na Pomorzu wzrasta liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania, jednocześnie o rosnącym ryzyku zaburzeń psychicznych w regionie świadczy liczba osób w kryzysie suicydalnym. Niekorzystne tendencje w tym zakresie można zauważyć w całym kraju, jednak w województwie pomorskim wzrost liczby samobójstw jest kilkukrotnie wyższy, przy czym szczególnie niepokoją dane dotyczące szybko rosnącej skali prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

Działania mające na celu ochronę zdrowia psychicznego obejmują dwa obszary – medyczny i społeczny. W przypadku medycznej części wsparcia dostęp do placówek dla dorosłych jest niewystarczający i nierównomierny, Z analizy dostępności różnego tupu placówek wynika, że w najgorszej sytuacji są powiaty położone na południu Pomorza. Jednocześnie w całym regionie zauważyć można też deficyt instytucji pomagających dzieciom i młodzieży w stanie kryzysu psychicznego. Poziom dostępności do wsparcia dla osób w kryzysie podnoszą tworzone z ramach pilotażu Centra Zdrowia Psychicznego. Aktualnie w wykazie CZP znajduje się 9 podmiotów z województwa pomorskiego, jednak ich pula ma się zwiększyć w związku z kwalifikacją nowych placówek. Pozytywne trendy można też zauważyć w obszarze wsparcia w ramach sektora pomocy społecznej, od 2019 do 2022 roku wzrosła bowiem liczba miejsc w środowiskowych domach samopomocy i klubach samopomocy oraz klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

# Wsparcie osób w kryzysie bezdomności w województwie pomorskim

## Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne

W niniejszej analizie część danych prezentowana jest na poziomie wojewódzkim i – dla województwa pomorskiego –– w porównaniu z innymi województwami ze względu na brak, w czasie pracy nad treścią raportu, wiarygodnych danych zdezagregowanych do poziomu powiatów – w tym przypadku danych ze sprawozdań MRiPS z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach, sprawozdań jednorazowych i danych z ogólnopolskiego badania liczby osób w kryzysie bezdomności. Ujęcie porównawcze ma też znaczenie i sens o tyle, że pokazuje sytuację województwa pomorskiego w szerszym kontekście*.* Według danych Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS z 2022 r.[[46]](#footnote-47) w całej Polsce przebywa 35,7 tysiąca osób w kryzysie bezdomności, z czego 83% stanową mężczyźni. Rozkład terytorialny liczby osób w kryzysie bezdomności oraz ranking województw z wyższymi i niższymi wskaźnikami bezdomności pozostaje stosunkowo stały przez kolejne lata. W 2022 r. najwięcej osób w kryzysie bezdomności odnotowano w województwach śląskim, wielkopolskim, pomorskim, dolnośląskim i mazowieckim. Wskaźnik dynamiki między 2011 r. a 2022 r. wykazuje duże zmiany głównie w woj. świętokrzyskim, lubuskim (wzrost) oraz mazowieckim, podlaskim, podkarpackim i zachodniopomorskim (spadek)[[47]](#footnote-48). Województwo pomorskie należy do regionów o dużej populacji osób w kryzysie bezdomności, w 2022 r. ich liczba wynosiła 3366. Jednocześnie od lat zauważyć można tendencję wzrostową, w latach 2011-2022 wzrosła ona o 22 p. proc. (dla porównania w 2011 r. – 2745 osób), większy wzrost zanotowano tylko w województwach: śląskim, lubuskim, lubelskim i opolskim.

Rysunek 5. Szacowana liczba osób w kryzysie bezdomności w województwach w 2022 r.

**2723**

**3366**

**1726**

**700**

**1276**

**3477**

**3022**

**1086**

**5363**

**2031**

**1014**

**1141**

**2798**

**1812**

**3035**

**1113**

Źródło: Opracowanie na podstawie sprawozdania MRiPS z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w 2022 r.

Tabela 20. Szacowana liczba osób w kryzysie bezdomności w województwach

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Województwo | 2011  ogółem | 2013  ogółem | 2015  ogółem | 2017  ogółem | 2019  ogółem | 2022 | | Zmiana procentowa ogólnej liczby osób 2011-2022 |
| ogółem | udział kobiet w % |
| dolnośląskie | 3119 | 2896 | 3 216 | 2957 | 2844 | 3022 | 15,9 | -3,1 |
| kujawsko-pomorskie | 2228 | 2645 | 3 937 | 1815 | 1557 | 1812 | 10,2 | -18,7 |
| lubelskie | 872 | 1092 | 958 | 991 | 836 | 1113 | 9,4 | 27,6 |
| lubuskie | 873 | 726 | 1 013 | 886 | 812 | 1276 | 10,7 | 46,2 |
| łódzkie | 2893 | 2130 | 2 082 | 2062 | 1788 | 2798 | 16,7 | -3,3 |
| małopolskie | 1904 | 1722 | 1 942 | 2054 | 1893 | 2031 | 14,2 | 6,7 |
| mazowieckie | 7555 | 3136 | 4 626 | 4785 | 4278 | 3035 | 17,4 | -59,8 |
| opolskie | 876 | 1011 | 1 080 | 900 | 849 | 1086 | 15,7 | 24,0 |
| podkarpackie | 1848 | 1060 | 1 131 | 1099 | 933 | 1014 | 9,4 | -45,1 |
| podlaskie | 1605 | 623 | 722 | 693 | 646 | 700 | 12,9 | -56,4 |
| pomorskie | 2745 | 2682 | 3 209 | 3319 | 3014 | 3366 | 12,9 | 22,6 |
| śląskie | 2945 | 3805 | 4 415 | 4782 | 4255 | 5363 | 18,3 | 82,1 |
| świętokrzyskie | 1723 | 677 | 747 | 762 | 794 | 1141 | 12,4 | -33,8 |
| warmińsko-mazurskie | 1417 | 1292 | 1 450 | 1156 | 1071 | 1726 | 11,4 | 21,8 |
| wielkopolskie | 5749 | 2576 | 2 702 | 2668 | 2482 | 3477 | 17,2 | -39,5 |
| zachodniopomorskie | 4731 | 2639 | 2 931 | 2479 | 2278 | 2723 | 16,3 | -42,4 |
| Ogółem | 43083 | 30712 | 36 161 | 33408 | 30330 | 35683 | 15,0 | -17,2 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MRiPS z realizacji działań na rzecz osób bezdomności w województwach w 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022. Szacunek na podstawie ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych dla lat 2011-2019 i sprawozdania jednorazowego DPS-IV-304-KS/2023 za 2022 r.

Zgodnie z danymi MRPiPS-03/2022 w województwie pomorskim ze wsparcia pomocy społecznej korzystało łącznie 105 401 rodzin, przy czym 3,13% z nich (3 301) otrzymało wsparcie z powodu bezdomności. W odniesieniu do liczby osób w rodzinach wskaźniki te wynoszą odpowiednio 233 082 i 3 438 (1,48%). Otrzymany na tej podstawie szacunek liczby osób w kryzysie bezdomności jest zbliżony do wielkości uzyskanych w badaniach ogólnopolskich, a różnice wynikają z faktu, że część z nich nie korzysta z żadnej formy wsparcia oferowanego przez instytucje pomocy społecznej.

Największa skala bezdomności występuje w Gdyni i Gdańsku oraz w powiatach wejherowskim i kwidzyńskim, co jest zrozumiałe, ponieważ bezdomność stanowi fenomen miejski. Od reguły tej jednak odbiegają dane dotyczące Słupska, w którym liczba osób w kryzysie bezdomności jest relatywnie niska.

Wykres 7. Udział osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu bezdomności w ogólnej liczbie osób i rodzin korzystających ze wsparcia w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRiPS-03 za 2022 r.

Analizując dane z zakresu mieszkalnictwa można zauważyć, że negatywne wskaźniki w tym obszarze są skorelowane z bezdomnością, co jest widoczne w zestawieniu poszczególnych powiatów. W powiatach, w których odsetek osób i rodzin otrzymujących wsparcie pomocy społecznej z powodu bezdomności jest najwyższy, najwyższa jest zarazem liczba wniosków na mieszkania komunalne i lokale socjalne, oraz liczba wykonanych wyroków eksmisyjnych bez wskazania lokalu zastępczego, co wskazuje braki zasobów mieszkaniowych, które można by wykorzystać w sytuacjach kryzysowych.

Tabela 21. Zasoby mieszkaniowe i eksmisje w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r.

| Powiat | Liczba mieszkań komunalnych w zasobie gmin | Liczba wniosków złożonych na mieszkanie komunalne z zasobów gmin | Liczba mieszkań socjalnych w zasobie mieszkań socjalnych | Liczba oczekujących na mieszkanie socjalne | Liczba wyroków eksmisyjnych bez wskazania lokalu socjalnego |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| bytowski | 523 | 43 | 90 | 129 | 3 |
| chojnicki | 1991 | 295 | 106 | 52 | 25 |
| człuchowski | 1086 | 91 | 159 | 84 | 5 |
| m. Gdańsk | 16044 | 1563 | 569 | 262 | 983 |
| gdański | 1022 | 103 | 46 | 165 | 1 |
| m. Gdynia | 5243 | 1191 | 1033 | 507 | 105 |
| kartuski | 634 | 135 | 83 | 55 | 1 |
| kościerski | 673 | 175 | 30 | 14 | 2 |
| kwidzyński | 1638 | 279 | 252 | 23 | 4 |
| lęborski | 1287 | 48 | 497 | 248 | 2 |
| malborski | 1673 | 252 | 238 | 154 | 11 |
| nowodworski | 536 | 232 | 67 | 116 | 2 |
| pucki | 800 | 65 | 166 | 29 | 1 |
| m. Słupsk | 4951 | 143 | 457 | 755 | 139 |
| słupski | 1541 | 231 | 343 | 426 | 7 |
| m. Sopot | 1875 | 208 | 112 | 71 | 13 |
| starogardzki | 1299 | 77 | 224 | 362 | 32 |
| sztumski | 861 | 103 | 55 | 86 | 5 |
| tczewski | 2397 | 305 | 268 | 154 | 28 |
| wejherowski | 1881 | 218 | 284 | 142 | 1 |
| Woj. Pomorskie | 47955 | 5757 | 5079 | 3834 | 1370 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie oceny zasobów pomocy społecznej (Centralna Aplikacja Statystyczna – CAS) za 2022 r.

## Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych

#### Instytucje wsparcia w liczbach bezwzględnych

**Schroniska, noclegownie, ogrzewalnie**

Według danych z raportów Oceny Zasobów Pomocy Społecznej[[48]](#footnote-49), w 2022 r. w województwie pomorskim działało 19 schronisk, 11 schronisk z usługami opiekuńczymi, 11 noclegowni i 8 ogrzewalni. Analizując ofertę systemu wsparcia trzeba jednak zaznaczyć, że informacje zawarte w OZPS, a pochodzące z Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, odbiegają od statystyk MRiPS, zgodnie z którymi w 2022 r. w województwie pomorskim działało 11 schronisk dla osób w kryzysie bezdomności (731 miejsc, 944 osób), 4 schroniska z usługami opiekuńczymi (119 miejsc i 111 osób korzystających), 9 noclegowni (256 miejsc i 539 osób korzystających) oraz 8 ogrzewalni (181 miejsc i 1075 osób korzystających).

Zestawiając ze sobą dane MRiPS z różnych lat można zauważyć, że w 2019 r. działały na terenie województwa pomorskiego 22 schroniska dla osób w bezdomności, a więc przed 2020 r. było ich dwukrotnie więcej niż obecnie. Analogiczny spadek dotyczy liczby oferowanych miejsc oraz liczby osób korzystających ze wsparcia, choć są one słabsze niż w przypadku samych placówek (odpowiednio: -32 p. proc. oraz -40 p. proc.). Warto zauważyć, że w przypadku noclegowni nie nastąpił podobny spadek (od 2019 r. zlikwidowano jedną placówkę), zaś liczba ogrzewalni nawet wzrosła (+1). Zamknięcie 12 z 22 schronisk w 2020 r. było prawdopodobnie konsekwencją pandemii COVID-19, jednak mimo stabilizacji sytuacji w latach 2021-2022 przybyła na Pomorzu tylko jedna tego typu placówka. Generalnie po 2020 r. obserwować można jedynie niewielkie wahania w zakresie liczby placówek i oferowanych przez nie miejsc.

Tabela 22. Placówki dla osób w kryzysie bezdomności w województwie pomorskim 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | Zmiana procentowa 2019-2022 |
| SCHRONISKA DLA OSÓB W BEZDOMNOŚCI | 22 | 10 | 11 | 11 | -50% |
| liczba miejsc | 1059 | 691 | 721 | 731 | -31,0 |
| liczba osób korzystających | 1534 | 870 | 850 | 944 | -38,5 |
| SCHRONISKA DLA OSÓB W BEZDOMNOŚCI Z USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI | 6 | 3 | 3 | 4 | -33,3 |
| liczba miejsc | 282 | 107 | 59 | 119 | -57,8 |
| liczba osób korzystających | 555 | 151 | 46 | 111 | -80,0 |
| NOCLEGOWNIE | 11 | 10 | 10 | 9 | -18,2 |
| liczba miejsc | 276 | 266 | 260 | 256 | -7,2 |
| liczba osób korzystających | 904 | 685 | 538 | 539 | -40,4 |
| OGRZEWALNIE | 7 | 6 | 7 | 8 | 14,3 |
| liczba miejsc | 129 | 143 | 173 | 181 | 40,3 |
| liczba osób korzystających | 720 | 343 | 978 | 1075 | 49,3 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRiPS-06 za 2022 r.

Warto zaznaczyć, że pomimo wspomnianych wcześniej spadków, w porównaniu do innych regionów Polski województwo pomorskie ma rozbudowany system pomocy dla osób w kryzysie bezdomności. Pod względem liczby schronisk zajmuje *ex aequo* z województwem zachodniopomorskim (również 11 placówek) trzecie miejsce po woj. śląskim (21) i dolnośląskim (20), pod względem liczby noclegowni drugie miejsce (ponownie *ex aequo* z zachodniopomorskim) za śląskim (16), a pod względem ogrzewalni czwarte – po województwach: śląskim (14), zachodniopomorskim (10) i dolnośląskim (9). Relatywnie dobrze też wypada baza wsparcia dla osób w bezdomności w relacji do liczby osób w kryzysie (dla porównania województwo mazowieckie: 3035 osób, 4 schroniska, 4 noclegownie, 1 ogrzewalnia).

Liczba osób przebywających w schroniskach jest o 29% wyższa od liczby miejsc, co oznacza, że wskaźnik wykorzystania miejsc jest na Pomorzu niższy niż średnia ogólnopolska. Najwyższe wykorzystanie miejsc jest w Gdyni (207%) i Malborku (168%), a najniższe w Słupsku (wykorzystane jedynie 60% dostępnych miejsc).

Tabela 23. Wykorzystanie miejsc w schroniskach w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r. – liczba osób korzystających w relacji do liczby miejsc w %

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Powiat | Schroniska | Schroniska z usługami opiekuńczymi |
| m. Gdańsk | 122,3 | 44,0 |
| m. Gdynia | 207,5 |  |
| kartuski | - | 106,7 |
| lęborski | 78,6 | - |
| malborski | 167,9 | 203,3 |
| m. Słupsk | 60,5 | 50,0 |
| sztumski | 122,2 | - |
| Woj. Pomorskie | 129,1 | 93,3 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPiPS-06 za 2022 r. Dane dla powiatów, w których jest ulokowany dany rodzaj instytucji wsparcia.

Jednocześnie Gdynia jest drugim w kolejności powiatem w województwie pod względem liczby korzystających ze wsparcia instytucjonalnego. Najwięcej osób (łącznie 1075) rocznie korzysta z usług placówek stacjonarnych ulokowanych na terenie Gdańska. Liczba korzystających najniższa jest – wśród powiatów, w których placówki w ogóle funkcjonują – w powiatach słupskim (10 osób), człuchowskim (16 osób), chojnickim i kościerskim (19 osób). Powiaty, w których nie funkcjonuje stacjonarna oferta dla osób w kryzysie bezdomności, tzn. nie jest w nich ulokowane schronisko, ogrzewalnia lub noclegownia, to powiaty: gdański, kwidzyński, starogardzki, wejherowski oraz Sopot. Należy jednak brać w tym kontekście pod uwagę problemy dotyczące istotności danych sprawozdawczych MRiPS, jak też fakt, że brak schronisk w sprawozdaniach nie oznacza faktycznego braku oferty. Na przykład zgodnie z Sopockim Programem Przeciwdziałania Bezdomności na terenie Sopotu nie ma co prawda ulokowanych jednostek, jednak osoby w bezdomności mogą korzystać ze schronienia w placówkach na terenie Gdańska, co wyjaśnia wyższe wskaźniki wykorzystania miejsc w schroniskach na terenie tego miasta. Można przypuszczać, że analogiczny mechanizm dotyczy innych gmin i powiatów obszaru metropolitalnego.

Ogólnie rzecz biorąc województwo pomorskie lokuje się wśród innych województw w kraju relatywnie wysoko pod względem zakresu oferowanego wsparcia dla osób pozostających w kryzysie bezdomności – niezależnie od jego formy. Proporcjonalnie większa niż w innych województwach (z wyjątkiem śląskiego i mazowieckiego) liczba osób w kryzysie bezdomności korzysta z oferty stacjonarnych instytucji wsparcia, ale większa także jest objęta kontraktami socjalnymi, podejmuje zatrudnienie wspierane i jest objęta wsparciem streetworkerów.

W pomorskim relatywnie wysoki (tj. wyższy niż w średnio w kraju) jest wśród zdiagnozowanych osób w kryzysie bezdomności[[49]](#footnote-50) odsetek beneficjentów, którym gminy opłacają pobyt w placówkach udzielających tymczasowego schronienia. Stosunkowo wysoki jest też odsetek osób objętych kontraktem socjalnym, które usamodzielniły się i korzystają z mieszkań treningowych czy wspomaganych.

Dane z 2019 r. pozyskane w ramach badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim”[[50]](#footnote-51) wskazują też na to, że dostępność i zakres wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności – mimo że relatywnie wyższy niż w innych województwach – jest w Pomorskiem oceniany jako niewystarczający. Co prawda brak zadowolenia z dostępności *streetworkingu* wyraziło w ankiecie 27,9% badanych przedstawicieli samorządu, z zastosowania kontraktu socjalnego – 25,5%, z dostępności mieszkań chronionych – 40,7%, jednak jednocześnie *„można powiedzieć, że największym wyzwaniem dla badanych placówek jest zapewnienie odpowiedniego wyposażenia i narzędzi pracy (42% placówek) oraz odpowiednich kwalifikacji zawodowych zarówno pracowników administracyjnych jak i merytorycznych (39%). Stosunkowo najmniej problematyczna była natomiast kwestia liczby dostępnych miejsc (dotyczyła 21% placówek). W obszarze zaplecza materialnego, ważnym problemem był także nieodpowiedni stan budynków i pomieszczeń, zwłaszcza w przypadku noclegowni (43% wskazań) oraz ogrzewalni (33%). W mniejszym stopniu problem ten dotyczył schronisk (16% placówek)”* (s. 195), a *„dostępność każdego typu placówek (ogrzewalni, noclegowni, schroniska, jadłodajni i łaźni) była oceniana jako niezadowalająca przez istotną część z nich (od 26 do 37%). Przy czym najgorzej oceniana jest dostępność łaźni oraz ogrzewalni”* (s. 202). Autorzy raportu piszą także (na s. 202), że:

*W przypadku osób w kryzysie bezdomności, niewielka liczba placówek pomocowych oraz ich rozproszenie na terytorium województwa nie mogą być traktowane automatycznie, jako sygnał o zbyt małej dostępności usług. Zestawienie ogólnej liczby osób w kryzysie bezdomności dla całego województwa (ok. 3 tys. osób) z liczbą osób wspartych w ramach placówek w ubiegłym roku (około 3,6 tys.), sugeruje raczej, że wsparcie jest wystarczające i każda osoba potrzebująca schronienia je uzyska. Należy jednak pamiętać, że do tych szacunków trzeba podchodzić z ostrożnością. Liczebność populacji osób w kryzysie bezdomności nie jest pewna (do części z nich osoby liczące nie dotarły) i zmienna (osoby w kryzysie bezdomności przemieszczają się). Również liczba osób wspartych w placówkach może być niedokładna i zliczać wielokrotnie te same osoby korzystające z różnych placówek.*

Wniosek ten wydaje się zasadny także obecnie, w świetle danych sprawozdawczych za 2022 r.

Oceniając skuteczność systemu wsparcia osób w kryzysie bezdomności warto też wziąć pod uwagę elementy, które mogą sprzyjać pokonywaniu kryzysu, takie jak zatrudnienie czy indywidualne programy wychodzenia z bezdomności w odniesieniu do liczebności populacji osób w kryzysie bezdomności . Zestawiając wyniki z województwa pomorskiego z danymi dotyczącymi innych regionów Polski można zauważyć, że w tych obszarach pozycja regionu nie jest już tak wysoka jak w zestawieniach dotyczących dostępności. W 2022 r. na Pomorzu podjęło zatrudnienie 3,9% osób zdiagnozowanych jako będące w kryzysie bezdomności (dla porównania – średnia ogólnopolska 4,8%), a indywidualnymi programami wychodzenia z bezdomności objęte zostało 3,5% tej grupy (dla porównania średnia ogólnopolska 10%), wyniki te dały województwu pomorskiemu odpowiednio dziewiąte i przedostatnie miejsce w Polsce. Jeśli porównamy w skali kraju odsetek osób usamodzielnionych (województwo pomorskie – 8,2%, średnia ogólnopolska 7%) Pomorze plasuje się na piątym miejscu, można jednak zastanawiać się, czy redukcja działań w zakresie aktywizacji zawodowej i integracji nie będzie w przyszłości skutkować obniżeniem wskaźnika usamodzielnienia.

Na koniec tej części raportu warto podkreślić znaczenie i wkład organizacji trzeciego sektora oraz podmiotów ekonomii społecznej w oferowaniu wsparcia osobom doświadczającym bezdomności. Z danych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wynika, że prawie połowa wszystkich ośrodków wsparcia działa pod egidą podmiotów innych niż samorządy. Podmioty ekonomii społecznej dominują w prowadzeniu schronisk, reprezentując 90% takich instytucji, a także zarządzają wszystkimi schroniskami oferującymi usługi opiekuńcze. Dodatkowo, oferują istotny odsetek mieszkań chronionych (25%), mieszkań treningowych (40%), mieszkań wspieranych (17%), a także większość noclegowni (55%) i ogrzewalni (87%). Widać też znaczący ich udział w lokalnych strategiach i planach rozwiązywania problemów społecznych, w tym bezdomności, co podkreśla ich centralną rolę w przeciwdziałaniu temu zjawisku.

Tabela 24. Liczba placówek, osób w placówkach i oferowanych miejsc według typu podmiotu prowadzącego – województwo pomorskie, 2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | liczba jednostek | | liczba miejsc | | liczba osób korzystających | |
| Podmiot prowadzący - gmina | inny podmiot na zlecenie gminy | Podmiot prowadzący - gmina | inny podmiot na zlecenie gminy | Podmiot prowadzący - gmina | inny podmiot na zlecenie gminy |
| Ośrodki wsparcia ogółem | 107 | 72 | 3104 | 2224 | 3789 | 2835 |
| Schroniska dla osób w bezdomności | 1 | 10 | 56 | 675 | 44 | 900 |
| Schroniska dla osób w bezdomności z usługami opiekuńczymi | 0 | 4 | 0 | 119 | 0 | 111 |
| Mieszkania chronione ogółem | 40 | 14 | 139 | 44 | 111 | 66 |
| Mieszkania chronione treningowe | 12 | 8 | 45 | 24 | 31 | 45 |
| Mieszkania chronione wspierane | 28 | 6 | 94 | 20 | 80 | 21 |
| Noclegownie | 4 | 5 | 65 | 191 | 104 | 435 |
| Ogrzewalnie | 1 | 7 | 17 | 164 | 19 | 1056 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRiPS-06 za 2022 r.

Tabela 25. Zakres i skuteczność instytucjonalnego wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności w województwach w 2022 r. (%)

|  | Odsetek osób w ogólnej liczbie zdiagnozowanych osób w kryzysie bezdomności w 2022 r. | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Województwo | którym gmina/powiat opłaciły pobyt w placówkach udzielających tymczasowego schronienia w 2022 r. | którym gmina/powiat przyznały świadczenie w formie wsparcia w mieszkaniu chronionym. | którym udzielono wsparcia w innych formach pozainstytucjonalnych, np. w tzw. mieszkaniach wspomaganych, readaptacyjnych, treningowych itp. | objętych indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności | objętych kontraktem socjalnym | które usamodzielniły się | które w związku z usamodzielnieniem opuściły domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży lub specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie | które podjęły zatrudnienie, w tym zatrudnienie wspierane |
| dolnośląskie | 57,8 | 3,3 | 2,6 | 7,1 | 43,2 | 4,8 | 0,8 | 3,8 |
| kujawsko-pomorskie | 58,7 | 1,2 | 0,6 | 4,4 | 40,9 | 6,4 | 0,0 | 4,9 |
| lubelskie | 78,2 | 0,9 | 0,7 | 10,0 | 54,4 | 5,5 | 0,3 | 3,4 |
| lubuskie | 37,1 | 1,6 | 2,3 | 9,6 | 15,1 | 6,3 | 2,1 | 5,8 |
| łódzkie | 35,4 | 0,6 | 3,0 | 10,9 | 27,2 | 4,9 | 2,0 | 4,6 |
| małopolskie | 81,8 | 2,8 | 4,8 | 21,7 | 32,0 | 9,7 | 0,0 | 4,4 |
| mazowieckie | 75,0 | 0,1 | 4,1 | 12,1 | 57,9 | 9,6 | 0,1 | 9,6 |
| opolskie | 67,6 | 0,7 | 1,6 | 10,6 | 28,7 | 3,5 | 5,7 | 3,1 |
| podkarpackie | 74,4 | 0,3 | 0,0 | 4,4 | 67,5 | 4,8 | 2,6 | 2,5 |
| podlaskie | 25,4 | 1,4 | 1,7 | 5,4 | 11,9 | 11,7 | 0,0 | 1,1 |
| pomorskie | **80,5** | **1,4** | **2,5** | **3,5** | **41,4** | **8,2** | **1,1** | **3,9** |
| śląskie | 96,1 | 3,0 | 0,7 | 10,9 | 48,8 | 7,7 | 0,6 | 5,9 |
| świętokrzyskie | 35,5 | 1,8 | 0,4 | 2,7 | 28,3 | 6,2 | 0,0 | 2,0 |
| warmińsko-mazurskie | 53,0 | 1,4 | 0,5 | 3,1 | 36,6 | 2,9 | 3,4 | 1,7 |
| wielkopolskie | 63,2 | 3,6 | 0,7 | 22,7 | 40,7 | 9,0 | 0,0 | 6,7 |
| zachodniopomorskie | 75,0 | 2,6 | 0,9 | 6,1 | 34,6 | 5,9 | 0,8 | 3,4 |
| Ogółem | 67,7 | 2,0 | 1,8 | 10,0 | 40,4 | 7,0 | 1,0 | 4,8 |

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRiPS z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w 2022 r**

## Podsumowanie

Pomorze na tle kraju cechuje się relatywnie wysoką liczbą osób w kryzysie bezdomności wykazywaną w sprawozdaniach. Według danych MRiPS w 2022 r.[[51]](#footnote-52) w województwie pomorskim przebywało 3366 osób w kryzysie bezdomności, przy czym zauważyć można wyraźny wzrost skali zjawiska, bowiem dekadę wcześniej (w 2013 r.) było to 2682 osób.

Podobnie jak w innych regionach, bezdomność koncentruje się głównie w obszarach miejskich (wyjątek to Słupsk), a w grupie dotkniętych kryzysem wyraźnie przeważają mężczyźni. Zgodnie z MRiPS na terenie Pomorza w 2022 r. działa 11 schronisk, 4 schroniska z usługami opiekuńczymi, 9 noclegowni oraz 8 ogrzewalni. Porównując województwo pomorskie do innych regionów można zatem zauważyć, że wyróżnia się ono relatywnie szeroką ofertą dla osób doświadczających bezdomności i osiąga dobre wskaźniki dostępności, można więc uznać, że system wsparcia działa sprawnie. W zestawieniu z innymi regionami korzystnie wyglądają też dane dotyczące usamodzielnienia, gorzej natomiast wyniki dotyczące udziału osób w bezdomności w indywidualnych planach wychodzenia z bezdomności oraz poziom ich aktywizacji zawodowej, obszary te można zatem uznać za wymagające dalszych działań.

# Wsparcie dzieci objętych pieczą zastępczą oraz ich rodzin w województwie pomorskim

## Ocena rzeczywistego zapotrzebowania – popytu na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne

Łączna liczba dzieci w pieczy zastępczej w 2022 r. (zarówno instytucjonalnej jak i rodzinnej) wynosiła na terenie województwa pomorskiego 5 319, przy czym można zauważyć w tym obszarze lekki trend wzrostowy, bowiem w porównaniu z 2019 rokiem wartość ta podniosła się o 6,5%. Największa liczba dzieci w pieczy zastępczej przebywała w 2022 r. w Gdańsku (914), powiecie wejherowskim (496), starogardzkim (424 i w Gdyni (419). Najmniejsza – w Sopocie (51), powiecie Człuchowskim (100) i nowodworskim (117).

Rysunek 6. Liczba dzieci w pieczy zastępczej w powiatach woj. pomorskiego w 2022 r.

**148**

**424**

**290**

**148**

**117**

**166**

**496**

**148**

**325**

**175**

**174**

**274**

**227**

**914**

**419**

**51**

**173**

**296**

**254**

**100**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania WRiSPZ.

Jednocześnie, największy wzrost liczby dzieci w pieczy zastępczej (niezależnie od jej formy) miał miejsce w powiatach kartuskim (o 25,7% w porównaniu do 2019 r.) i starogardzkim (o 25,4%). Zmniejszenie liczby dzieci w pieczy zastępczej miało natomiast miejsce w Sopocie (o 21%), i powiatach człuchowskim (o 15%), bytowskim (o 10%), kościerskim (o 4,5%) oraz w Gdyni (o 2,6%).

Najliczniejsza i proporcjonalnie największa grupa dzieci przebywających we wszystkich formach pieczy zastępczej ma 7-13 lat – dotyczy to terenu całego województwa (36,6%), jak i większości powiatów. Wyjątkiem jest tu Sopot (21,6%), gdzie relatywnie liczniejsza jest kategoria dzieci między 14 a 17 rokiem życia (49%) oraz powiaty kościerski, słupski i malborski.

Dominujące powody umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej na terenie województwa pomorskiego, zgodnie z kategoryzacją funkcjonującą w systemie sprawozdawczym MRiPS, to: bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych (42,4%) i uzależnienia rodziców (30,4%). Ta obserwacja jest o tyle istotna, że problemy rodzinne wynikające z uzależnień czy bezradności można adresować poprzez odpowiednie interwencje prewencyjne. Dzięki odpowiednim nakładom, możliwe jest zastosowanie wsparcia w formie asystentury rodziny oraz innych działań profilaktycznych, aby zapobiec eskalacji tych problemów.

Obie główne przyczyny dysfunkcji rodziny są w zróżnicowanym stopniu notowane na terenie poszczególnych powiatów. Dla przykładu, bezradność najrzadziej (w 13,7% przypadków) notowana jest w Sopocie, a najczęściej w powiecie gdańskim, w którym inne przyczyny w ogóle nie są wskazywane przy umieszczaniu dzieci w pieczy zastępczej. Jeśli chodzi o uzależnienia, to najczęściej jako powód umieszczenia w pieczy wskazywane są w powiecie nowodworskim (56% przypadków), a najrzadziej w Gdańsku i powiecie tczewskim (po 14%).

Warto w trakcie analizy tego rodzaju danych mieć na uwadze, że dane liczbowe, chociaż odzwierciedlają rzeczywistość, są bardzo często także rezultatem sposobu, w jaki pracownicy odpowiednich instytucji kategoryzują i przypisują poszczególne przypadki do określonych kategorii statystycznych. Liczby nie tylko ukazują faktyczne zjawiska, ale również sposób funkcjonowania instytucji oraz definiowanie indywidualnych problemów. Pomimo tego różnice w przyczynach umieszczania dzieci w pieczy zastępczej między poszczególnymi powiatami mogą być podstawą do tworzenia profilowanych działań prewencyjnych.

Wykres 8. Dzieci umieszczone w pieczy zastępczej wg przyczyn – woj. pomorskie, 2022 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania WRiSPZ.

Tabela 26. Czas przebywania dzieci w pieczy zastępczej w województwie pomorskim w 2022 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | do 3 miesięcy | | powyżej 3 do 6 miesięcy | | powyżej 6 do 12 miesięcy | | powyżej 1 roku do 2 lat | | powyżej 2 lat do 3 lat | | powyżej 3 lat | |
|  | liczba | % | liczba | % | liczba | % | liczba | % | liczba | % | liczba | % |
| Razem | 296 | 5,6 | 287 | 5,4 | 486 | 9,1 | 734 | 13,8 | 558 | 10,5 | 2958 | 55,6 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania WRiSPZ.

Podobna prawidłowość, tzn. zróżnicowanie między powiatami – występuje w przypadku czasu przebywania w pieczy. Dzieci przebywające w pieczy powyżej trzech lat stanowią przeciętnie około połowy wszystkich dzieci w pieczy. Powiaty, w których grupa ta jest proporcjonalnie najliczniejsza to: Sopot, bytowski, chojnicki i malborski; najmniej liczna – w kartuskim, człuchowskim, w Gdańsku i Słupsku.

Długość pobytu dzieci w pieczy zastępczej odzwierciedla nie tylko wyzwania i problemy charakterystyczne dla środowisk, z których pochodzą i do których teoretycznie mogłyby wrócić, ale również efektywność działań zmierzających do deinstytucjonalizacji w różnych powiatach. Innymi słowy, czas spędzony w pieczy zastępczej jest miernikiem trudności, z jakimi dzieci spotykają się w swoich lokalnych środowiskach, ale także jakości i skuteczności strategii deinstytucjonalizacyjnych realizowanych przez lokalne władze. Efekty te są zróżnicowane i mogą wskazywać na potrzebę przemyślenia i dostosowania podejść oraz strategii stosowanych w różnych lokalizacjach, aby lepiej odpowiadały na potrzeby i wyzwania dzieci oraz ich rodzin.

## Analiza potencjału – podaży i jakości usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych

#### Profilaktyka

„Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: nowy wymiar aktywnej integracji”[[52]](#footnote-53) wskazuje, że podstawowym celem zapisów ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej[[53]](#footnote-54) jest: *„stworzenie spójnego systemu narzędzi opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, w wypadku trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-wychowawczej. Podejmowane działania mają na celu zapewnienie rodzinie takiej pomocy, aby wyeliminowane zostało zagrożenie umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej, a w wypadku, gdy dziecko z uwagi na jego dobro okresowo zostało umieszczone poza rodziną, wprowadzić takie działania, aby zapewnić jego szybki powrót do rodziny”* (s. 54). Postulowane w programie działania mają się koncentrować na rozwoju profilaktyki i usług środowiskowych, kształtowaniu wiedzy i postaw dotyczących pieczy zastępczej i innych form wsparcia rodzin, wskazywaniu korzyści z procesów deinstytucjonalizacji systemu pieczy zastępczej czy też zmiany jej struktury.

Kluczowym elementem systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej jest profilaktyka problemów w rodzinach, mająca na celu prewencję umieszczania dzieci w pieczy zastępczej i wspieranie powrotu dzieci, które już się tam znalazły, do ich dotychczasowego środowiska. Wśród form wsparcia służących realizacji tych celów istotną rolę odgrywają asystenci rodziny, pomagający rodzinom w kryzysie i zagrożonym odebraniem dzieci. Istnieje także możliwość wsparcia przez tzw. rodziny wspomagające z bezpośredniego otoczenia dziecka, które pomagają w zakresie opieki, wychowania, prowadzenia domu czy nauce pełnienia ról społecznych, choć ten instrument jest wciąż rzadko stosowany. Poniższa tabela przedstawia trendy w zakresie korzystania na Pomorzu z asystentów rodzin i rodzin wspierających.

Tabela 27. Asystentura rodzin i rodziny wspierające w województwie pomorskim w latach 2019-2022

|  | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba asystentów rodziny w gminach | 233 | 230 | 224 | 230 |
| Liczba rodzin korzystających z usług asystentów rodziny, z tego: | 2 076 | 1 981 | 2 000 | 2 077 |
| do 3 miesięcy | 244 | 139 | 251 | 208 |
| powyżej 3 do 12 miesięcy | 626 | 595 | 507 | 592 |
| powyżej 1 roku | 1 206 | 1 247 | 1 242 | 1 277 |
| Liczba rodzin, z którymi asystent rodziny zakończył pracę, w tym: | 435 | 334 | 400 | 377 |
| ze względu na osiągnięcie celów | 197 | 149 | 174 | 164 |
| ze względu na zaprzestanie współpracy przez rodzinę | 144 | 107 | 121 | 159 |
| ze względu na brak efektów | 40 | 28 | 50 | 29 |
| ze względu na zmianę metody pracy | 46 | 37 | 43 | 30 |
| Rodziny wspierające, w tym: | 14 | 14 | 10 | 15 |
| pomagające w opiece i wychowaniu dziecka | 12 | 10 | 10 | 9 |
| pomagające w prowadzeniu gospodarstwa domowego | 12 | 5 | 1 | 4 |
| pomagające w kształtowaniu i wypełnianiu podstawowych ról społecznych | 12 | 4 | 2 | 4 |
| Rodziny wspierające, z tego pomagające w okresie: | 14 | 14 | 10 | 15 |
| do 3 miesięcy | 2 | 0 | 5 | 1 |
| powyżej 3 do 12 miesięcy | 12 | 14 | 4 | 13 |
| powyżej 1 roku | 0 | 0 | 1 | 1 |

Źródło: Opracowanie na podstawie sprawozdań WRiSPZ-G za lata 2019-2022.

Dane prezentowane w powyższej tabeli wskazują na nieznaczny spadek liczby asystentów rodziny zatrudnionych w gminach województwa pomorskiego między 2019 a 2021r. i jednocześnie nieznaczny spadek liczby rodzin korzystających z tej formy wsparcia w tych samych latach. Prawidłowość tą można – jak się wydaje – przypisać pandemii, po której, w 2022 r., wskaźniki osiągnęły niemal identyczne wartości jak w roku 2019. Zdecydowana większość, bo 61% rodzin korzystających z asystentury objęta jest wsparciem długoterminowym – powyżej jednego roku, a relatywnie najmniejsza grupa (10%) – wsparciem krótkoterminowym poniżej trzech miesięcy. Udział rodzin, z którymi asystenci zakończyli pracę wśród wszystkich rodzin korzystających z asystentury waha się od 21% w 2019 do 18% w 2022 r., przy czym najczęściej notowanym powodem zakończenia współpracy w kolejnych latach pozostaje osiągnięcie zakładanych celów (w 2022 – 43% wszystkich rodzin, które zaprzestały korzystania z usługi). Brak efektów to ilościowo marginalnie notowany powód zaprzestania współpracy, co może świadczyć o relatywnie wysokiej skuteczności asystentury jako formy wsparcia. Zauważyć można również nieznaczny wzrost w korzystaniu z usług rodzin wspierających, choć nadal jest to narzędzie stosunkowo rzadko wykorzystywane; z danych sprawozdań WRiSPZ-G wynika, że na terenie województwa pomorskiego funkcjonowało w 2022 r. 15 rodzin wspierających – o jedną więcej niż w 2019 r. Wśród (nielicznych na terenie województwa) rodzin wspierających dominują takie, które koncentrują się na pomocy w opiece i wychowaniu dzieci, i jednocześnie takie, które udzielają wsparcie w okresie nie dłuższym niż rok.

Ważnym elementem systemu wspierania rodzin są placówki wsparcia dziennego, których celem jest pomoc w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczych, zapobieganie konieczności umieszczania dzieci w pieczy zastępczej oraz wspieranie aktywności i zainteresowań dzieci, ale także wsparcie w przypadku trudności szkolnych czy zaburzeń zachowania. Przy czym istotne znaczenie ma współpraca z rodziną i szkołą, ale także innymi podmiotami wspierającymi, również medycznymi.

Pobyt w placówkach wsparcia dziennego jest z reguły dobrowolny[[54]](#footnote-55). A przede wszystkim jest nieodpłatny, co jest bardzo istotne, ponieważ duży odsetek dzieci korzystających ze wsparcia pochodzi z rodzin ubogich

Placówki wsparcia dziennego mogą być prowadzone w różnych formach:

* opiekuńcze – świetlice, kluby, ogniska wychowawcze, kluby zainteresowań,
* specjalistyczne – zapewniają pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną, prowadzą zajęcia korekcyjne i kompensacyjne,
* praca podwórkowa – często realizowana w formie streetworkingu.

Na Pomorzu w latach 2019-2022 nastąpił wzrost liczby PWD – z 91 w 2019 r. do 98 w 2022 r. (między 2019 r. a 2020 r. zaobserwowano spadek do 85, ale od 2020 r. liczba placówek tego typu stopniowo wzrasta)[[55]](#footnote-56). Aktualnie – spośród 98 placówek wsparcia dziennego działających na terenie województwa 56 prowadzonych jest w formie opiekuńczej, 25 – specjalistycznej, a 33 – pracy podwórkowej realizowanej przez wychowawcę[[56]](#footnote-57). Zaledwie kilka podmiotów jest w gestii powiatów, zdecydowana większość z nich prowadzona jest przez gminę lub na zlecenie gminy.

#### Deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej

Celem podejmowanych w tym obszarze działań jest zwiększenie liczby dzieci przebywających w mniejszych, bardziej przyjaznych formach pieczy zastępczej, takich jak rodziny zastępcze czy rodzinne domy dziecka, zamiast w tradycyjnych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, co ma sprzyjać ich efektywniejszej integracji ze środowiskiem lokalnym.

Dane z 2022 r. pokazują, że w województwie pomorskim w ramach pieczy instytucjonalnej działało 81 placówek, głównie zlokalizowanych w rejonie metropolitalnym, oferujących razem 1061 miejsc, z zatrudnieniem 748 specjalistów.

Jednocześnie na Pomorzu funkcjonowały łącznie 2 372 rodziny zastępcze różnych typów. Większość z nich stanowiły rodziny zastępcze spokrewnione, a następnie rodziny niezawodowe. Rodzin zawodowych i specjalistycznych było stosunkowo mało.

Tabela 28. Rodziny i placówki pieczy zastępczej w powiatach województwa pomorskiego w roku 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzinna piecza zastępcza | Rodziny zastępcze spokrewnione | 1 397 |
|  | Rodziny zastępcze niezawodowe | 663 |
|  | Rodziny zastępcze zawodowe | 135 |
|  | Rodziny zastępcze zawodowe pełniące funkcję pogotowia rodzinnego | 27 |
|  | Rodziny zastępcze zawodowe specjalistyczne | 32 |
|  | Rodzinne domy dziecka | 118 |
| Instytucjonalna piecza zastępcza | Liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych | 81 |
|  | Miejsca w placówkach opiekuńczo-wychowawczych | 1061 |
|  | Osoby zatrudnione w placówkach opiekuńczo-wychowawczych | 748 |

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania WRiSPZ-P.**

Przeszło jedna trzecia dzieci objęta została pieczą w rodzinach zastępczych spokrewnionych (1824 osób). Proporcje dzieci w pozostałych formach pieczy były relatywnie wyrównane – udział w przypadku rodzin zastępczych niezawodowych, zawodowych, placówek opiekuńczo-wychowawczych i rodzinnych domów dziecka wahał się między 12% a 19%, przy czym najniższy był w przypadku zawodowych rodzin zastępczych (12% ogółu dzieci – 633 osoby).

Wykres 9. Dzieci w województwie pomorskim wg form pieczy zastępczej w 2022 r.

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania WRiSPZ-P.**

Zgodnie ze wskazaniami „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020: nowy wymiar aktywnej integracji” do 2030 r. 85% dzieci powinno znajdować się w pieczy rodzinnej (obecny, krajowy poziom – 77%)[[57]](#footnote-58). Aktualnie, w województwie pomorskim średnio 83,9% dzieci jest już w takiej formie opieki, co jest wartością zbliżoną do przewidywanej i wyższą o 6 punktów procentowych od średniej krajowej. Można tu jednak zauważyć różnice w układzie przestrzennym, w powiatach chojnickim i starogardzkim wskaźnik ten już obecnie wynosi 100%, jednakże w powiecie człuchowskim (71,9%), Gdańsku (76,5%) oraz Sopocie (78,5%) jest on wyraźnie niższy.

Wykres 10. Udział dzieci w pieczy rodzinnej do ogółu dzieci w pieczy zastępczej (w %) w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania WRiSPZ-P.

Zgodnie z częścią diagnostyczną Wojewódzkiego Programu Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej obejmującą lata 2018-2020, nastąpił niewielki – z 15 w 2018 r. do 18 w 2020 r. – wzrost liczby mieszkań chronionych dla osób usamodzielnianych opuszczających niektóre typy placówek opiekuńczo-wychowawczych, schroniska, zakłady poprawcze i inne. Spadła natomiast liczba rodzin pomocowych, które mogą (na wniosek) udzielać wsparcia rodzinom zastępczym – 2018 r. działało ich 90 podczas gdy w 2020 r. już tylko 58[[58]](#footnote-59).

Należy jednak pamiętać, że na dynamikę w całym tym okresie wpływ mógł mieć wpływ okres pandemiczny zwłaszcza w latach 2020-2021, co rzutowało na skalę kryzysów indywidualnych (w tym psychicznych) i rodzinnych oraz zapotrzebowanie na różne formy wsparcia, jak również na możliwości i formy realizacji poszczególnych działań w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (np. jeśli chodzi o szkolenia dla kandydatów na rodziców zastępczych).

#### Kluczowe aspekty funkcjonowania systemu wsparcia w ocenie pracowników wybranych placówek

**Kadry**

Badania jakościowe objęły placówki udzielające wsparcia dziennego rodzinie w zakresie opieki i wychowania dzieci. Z wypowiedzi uczestników wynika, że pojawiają się problemy kadrowe. Respondenci przyznają, że przede wszystkim mają trudności z zatrudnieniem pracowników kontraktowych w niepełnym wymiarze, gdyż jest to dla owych pracowników nieopłacalne. Ponadto brakuje wychowawców i wykwalifikowanych terapeutów zajęciowych oraz występują trudności z rekrutacją konkretnych specjalistów – takich jak logopeda, dietetyk, psychiatra, a przede wszystkim psycholog.

*Na pewno psycholog. Powiem Panu, że w dobie tych czasów hejtu w internecie i w ogóle takiego hejtu też wobec dzieci, tam nawet w środowisku, przydałby się psycholog. Bardzo by się przydał. Na pewno. Terapeuta oczywiście, terapeuta także by się przydał. Wiadomo, że każdy specjalista w swojej dziedzinie powoduje, że zmiany, tak, u dziecka i na pewno każdy specjalista by się przydał. Pedagog również, ale najbardziej to psycholog tutaj. Jest to potrzeba w dobie dzisiejszych czasów po prostu, nie.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, PWD peryferie]

Jednocześnie warto zauważyć, że instytucje w miarę swoich możliwości podejmują czasową współpracę (na zasadzie kontraktu) ze specjalistami z tych dziedzin, które mogą wzmocnić zakres wsparcia oferowanego przez placówkę. Dla przykładu jedna z respondentek wspomniała o organizacji warsztatów dla młodzieży z zakresu zdrowego odżywiania. Inny przykład to organizowanie dogoterapii lub mniejszych projektów o charakterze edukacyjnym, także w formie konkursów lub warsztatów (np. krawieckich, ceramicznych, stolarskich, fotograficznych itd.).

**Infrastruktura**

Z wypowiedzi pracowników PWD wynika, że poziom przystosowania użytkowanych budynków do potrzeb osób z niepełnosprawnościami jest różny, jedne są w pełni przystosowane, w innych występują bariery architektoniczne. Jednak ze względu na fakt, że gros podopiecznych tych placówek stanowią dzieci sprawne, nie wydaje się to pracownikom dużym problemem. Ogólnie stan budynków jest niezły, a lokale przestronne, przy czym placówki często mają do dyspozycji kilka pomieszczeń (np. świetlica, pokój pracy indywidualnej, pokój spotkań), a niektóre z nich posiadają ogrody, co ułatwia organizację zajęć ruchowych dla dzieci. Warunki lokalowe badanych instytucji rzeczywiście muszą być dobre, skoro jako jedyna wyraźnie artykułowana potrzeba pojawia się „salka wyciszenia”, czyli odizolowana przestrzeń, pozwalająca dziecku na odpoczynek i uspokojenie.

*Powiem tak, na pewno nie mamy podjazdu na przykład dla osób na wózku inwalidzkim, nie mamy schodołazu także, a schody są. Na pewno przydałaby się u nas.. ja już też tak mówiłam przy tym remoncie, że salka wyciszenia, tak, czyli że dziecko mogłoby wejść na przykład, wyciszyć się, poczytać książkę, kącik taki czytelniczy. To jest ważne, bo te dzieci po prostu, no jak każde dziecko potrzebuje czasami, wyciszyć się, uspokoić się, pobyć sam, tak. wyciszenia, gdzie dziecko by mogło po prostu pójść i sobie nawet odpocząć od tego zgiełku…*

[cytat z wywiadu pogłębionego, PWD, peryferie]

*Rewelacja. Naprawdę bardzo dobrze oceniam, ponieważ dzieci mają do korzystania, główne zajęcia odbywają się w dużej świetlicy, obok znajduje się pokój do pracy indywidualnej z dzieckiem, bo dzieci mają też zajęcia indywidualne z nami, obok znajduje się też sala spotkań, mała sala gimnastyczna do aktywności fizycznej, w której jest siłownia. Dla dzieci niepełnosprawnych jest winda, czyli nie ma żadnych barier architektonicznych, gdybyśmy mieli przyjmować dzieci również z niepełnosprawnością ruchową. Więc myślę, że temu budynkowi nic nie brakuje.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, PWD, peryferie]

Bardzo pozytywnie jest przy tym oceniane wyposażenie placówek, badani mówiąc o nim wspominają zarówno sprzęt RTV, jak i elementy, które mogą być przydatne w organizacji zajęć dla korzystających ze wsparcia dzieci, jak gry, zabawki, sprzęt sportowy.

*No, my nie możemy naprawdę narzekać, mamy bardzo tyle rzeczy pokupionych, to jest praktycznie takie wyposażenie, to są, mamy Xbox-a, mamy wielki telewizor, dostępność do Internetu, komputery, gry planszowe takie naprawdę fajne, jakościowe i nowoczesne, różne takie do zabaw animacyjnych, kiedy robimy nawet systemy, nie wiem czy Pani nawet słyszała o tym, no różnego rodzaju piłki, sprzęt sportowy.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, PWD, peryferie]

**Finanse**

Na tle innych badanych instytucji placówki wsparcia dziennego wydają się być w stabilnej sytuacji finansowej. Konstatacja ta wynika zarówno z oceny sytuacji wyartykułowanej przez uczestników badania, jak i z zamieszczonych wcześniej informacji o wyposażeniu w nowoczesne sprzęty. Dodatkowym potwierdzeniem mogą być też opisy podejmowanych aktywności, wśród których wymieniane są zimowiska, wycieczki, jazda na nartach czy wizyty w aquaparku.

*Także jeździmy na wycieczki. Wycieczki są bardzo fajne i wyjazdy, dlatego, że nawet, gdy jedziemy na obóz to stamtąd też jeszcze jeździmy na kilka dni, zwiedzamy po prostu kraj. Zimowiska, które mamy w gruncie rzeczy, jechaliśmy dwa lata z rzędu, więc też zimowisko w góry, gdy rodzic nie był w stanie opłacić na dziesięć dni, czy na dwa tygodnie, to takiego zimowiska udzielano dziecku, gdzie ono no uczy się jeździć na nartach, gdzie zwiedza, ma pełne posiłki, zabawy, basen, Aquapark, wszystko, więc jednak my na pieniądze nie możemy naprawdę, no na materialne rzeczy tutaj nie można narzekać.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, PWD, peryferie]

Dobra kondycja finansowa tych placówek wydaje się wynikać m.in z faktu, że korzystają one również z zewnętrznych źródeł finansowania (np. w badaniu pojawiło się kilka placówek, w których koszt konsultacji z psychologiem oraz psychiatrą pokrywa dofinansowanie z UE).

## Podsumowanie

W kontekście deinstytucjonalizacji form pieczy, województwo pomorskie wykazuje pozytywne tendencje, oferując wsparcie głównie poprzez rodziny zastępcze i rodzinne domy dziecka, które w 2022 r. stanowiły łącznie 83,9% form tego typu wsparcia. Jest to wartość zbliżona do oczekiwanej i wyższa od średniej krajowej, co wskazuje na korzystną strukturę oferty pieczy zastępczej w regionie. Niemniej jednak, obserwuje się przestrzenne nierówności w dostępie do rodzinnych form wsparcia oraz niski dostęp do mieszkań chronionych, co może stanowić wyzwanie w kontekście usamodzielnienia dzieci objętych pieczą. Warto też zwrócić uwagę na rosnącą liczbę dzieci, które musiały być umieszczone w pieczy zastępczej z powodu problemów w rodzinach naturalnych, takich jak uzależnienia czy problemy opiekuńczo-wychowawcze – w 2022 r. było ich 5319. Dodatkowo, w ostatnich latach zauważyć można spadek liczby asystentów rodziny oraz liczby rodzin korzystających z tej formy wsparcia. Jednocześnie jednak wzrasta liczba placówek wsparcia dziennego prowadzonych w formie opiekuńczej, specjalistycznej lub pracy podwórkowej realizowanej przez wychowawcę. Analiza wsparcia profilaktycznego dla rodzin dysfunkcyjnych powinna być wielowymiarowa i uwzględniać różne aspekty działania pomocy społecznej, takie jak wsparcie ze strony szkół, lokalnych organizacji oraz placówek specjalizujących się w pomocy w zakresie uzależnień i przemocy. Jest to obszar wymagający szerszych badań, które mogłyby pomóc w zrozumieniu i optymalizacji dostępnych form wsparcia i interwencji w kontekście rodzin dysfunkcyjnych.

# Zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne w świetle wyników badań ilościowych realizowanych wśród osób korzystających z różnych form wsparcia

Istotnym źródłem wiedzy na temat zapotrzebowania na wsparcie były badania dotyczące osób korzystających z określonych typów pomocy. Uczestniczyli w nich beneficjenci siedmiu instytucji: w czterech przypadkach były to placówki zamknięte całodobowe – domy pomocy społecznej, hospicja, schroniska oraz ZOL/ZPO; a w trzech przypadkach placówki działające w ramach opieki i wsparcia środowiskowego – dzienne domy pobytu, środowiskowe domy samopomocy oraz warsztaty terapii zajęciowej. Dokładne informacje na temat metody i przebiegu wszystkich badań przedstawione zostały w rozdziale metodologicznym 1.3., zaś różnicę między instytucjami zamkniętymi a opieką środowiskową wyjaśniono w rozdziale definicyjnym 1.1.

W każdym z badań realizowanych w placówkach proszono beneficjentów o odpowiedzi na pytania dotyczące tych aspektów ich sytuacji, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia oceny zapotrzebowania na wsparcie. W pierwszym rzędzie były to kwestie związane ze stanem zdrowia badanych oraz ich sprawnością i samodzielnością, drugi obszar stanowiły relacje rodzinne osób korzystających ze wsparcia, trzeci ich sytuacja materialna. Respondenci placówek zamkniętych wypowiadali się też na temat chęci do zmiany swojej sytuacji i potrzeb związanych z ewentualną zmianą. Aby poszerzyć zakres danych, w analizie dotyczącej zapotrzebowania na wsparcie uwzględniono też informacje z badań prowadzonych wśród realizatorów wsparcia – odpowiedzi na trzy pytania, które w sposób bezpośredni odnosiły się do kwestii popytu na usługi danej placówki.

Kluczowym elementem badania była wspomniana ocena samodzielności. Respondenci odpowiadali na pytanie: „Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?”, przy czym mieli tutaj do wyboru trzy opcje: „1. tak, w znacznym stopniu”, „2. tak, w niewielkim stopniu” oraz „3. nie”. Odpowiedź na ogólne pytanie nie może być jednak traktowana jako wskaźnik wyznaczający zakres koniecznej opieki. Za pełniejsze źródło informacji uznano ocenę czynnościową, w związku z czym badani zostali poproszeni o określenie swojego stopnia samodzielności w odniesieniu do listy podanych czynności (m.in. ubieranie się, utrzymanie higieny, poruszanie się po powierzchniach płaskich). Odpowiedzi na to pytanie były punktem wyjścia do określenia indeksu samodzielności beneficjentów badanych placówek. W tym celu najpierw policzono, ile punktów uzyskał każdy z badanych (minimum 11 – maksymalnie 33), a następnie, w oparciu o wyniki wszystkich respondentów w placówce, wyliczono średnią liczbę punktów dla danej instytucji. Dodatkowo policzono, jaki był w każdej z instytucji odsetek osób, które uważają się za samodzielne w zakresie podstawowych funkcji życiowych – osoby, które w przypadku każdej wymienionej w pytaniu czynności wybrały odpowiedź „3” [[59]](#footnote-60).

Wyniki dotyczące poszczególnych placówek prezentują kolejne podrozdziały, przy czym na początku omawiane są instytucje zamknięte, w dalszej kolejności zaś placówki opieki/wsparcia środowiskowego.

## Domy pomocy społecznej

W badaniach prowadzonych w domach pomocy społecznej uczestniczyło 847 osób, przy czym większość z nich stanowiły kobiety (61,63%). Wśród respondentów przeważały osoby o stosunkowo krótkim stażu pobytu w placówce, bo blisko jedna trzecia z nich zamieszkała w niej w ciągu ostatnich trzech lat, z kolei 22% respondentów stanowiły osoby, które zamieszkiwały w DPS przed 2010 r., a więc kilkanaście lat temu.

W badanej grupie dominowały osoby starsze, bo blisko połowa (47%) respondentów osiągnęła wiek 66 lat lub więcej, ale próba objęła też wiele osób znacznie młodszych, choć relatywnie rzadko zdarzały się osoby poniżej 35. roku życia (poniżej 10% badanej populacji). Dokładny rozkład odpowiedzi prezentuje poniższy wykres:

Wykres 11. Wiek badanych mieszkańców DPS

**N=847**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Popyt na wsparcie ze strony DPS określają potrzeby jego mieszkańców, one z kolei związane są z przyczynami umieszczenia w placówce. Ze wskazywanych przez podopiecznych powodów umieszczenia w placówce wynika, że dwie trzecie mieszkańców tych instytucji cierpi na przewlekłe choroby lub niepełnosprawności, zaś kolejne 10% ma problemy psychiczne. Sytuacja ta generuje popyt na określonego typu wsparcie, obejmujące usługi o charakterze medycznym, które powinny być realizowane w placówce. Zastanawiając się nad możliwością objęcia części mieszkańców domów pomocy społecznej usługami środowiskowymi warto zauważyć, że 9% badanych z tych placówek przebywa w DPS, gdyż „nie ma innej możliwości zamieszkania”. Dokładny rozkład odpowiedzi prezentuje poniższy wykres:

Wykres 12. Wskazane przez respondentów powody pobytu w domu pomocy społecznej

**N=847**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Szacując szanse objęcia części podopiecznych usługami środowiskowymi, należy w pierwszym rzędzie wziąć pod uwagę poziom samodzielności osób korzystających ze wsparcia instytucjonalnego. Z tego powodu uczestnikom badania zadano pytanie: „Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?”. Respondenci mieli tutaj do wyboru trzy opcje: „tak, w znacznym stopniu”, „tak, w niewielkim stopniu” oraz „nie”. Aż 42,4% badanych wybrało pierwszą opcję, 36% drugą opcję, a tylko 17% trzecią opcję, zaś 4,6% odmówiło odpowiedzi. Z samooceny osób przebywających w DPS wynika zatem, że 17% z nich ma możliwość samodzielnego funkcjonowania poza DPS, a więc – zakładając, że ocena ta jest zgodna ze stanem faktycznym – przy określonej pomocy byliby w stanie przebywać w środowisku lokalnym. Mamy tutaj jednak do czynienia jedynie z ogólną oceną stopnia samodzielności, dlatego w celu weryfikacji uzyskanego wyniku konieczne były bardziej szczegółowe analizy.

W tym kontekście bardzo ważne było ustalenie stopnia samodzielności w odniesieniu do różnych obszarów życia, aby zorientować się, gdzie mogą występować największe deficyty i bariery, a co za tym idzie, jakiego typu pomoc jest szczególnie potrzebna. Patrząc na odpowiedzi respondentów można zauważyć, że największe trudności sprawiają badanym mieszkańcom DPS: przyjmowanie leków (pełną samodzielność deklarowało tu 32% badanych), wchodzenie i schodzenie po schodach (38%) oraz wykonywanie prac domowych (39%), a następnie mycie się (46%). Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje poniższy wykres:

Wykres 13. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności?

**N=847**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Jak już wspomniano we wstępie do tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych, wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać rzeczywistą kondycję osób korzystających ze wsparcia, dlatego na bazie tych właśnie informacji stworzono indeks samodzielności, który jest średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich badanych mieszkańców DPS w odniesieniu do różnych aspektów ich codziennego funkcjonowania. W przypadku DPS indeks ten osiągnął poziom 24,74 punktów w skali 11-33.

Aby oszacować, jak wielu beneficjentów DPS mogłoby zostać objętych usługami środowiskowymi, obliczono dodatkowo, jaki jest w badanej zbiorowości udział osób, które uważają się za samodzielne w zakresie wszystkich wskazanych w pytaniu czynności. W przypadku DPS udział ten wyniósł 7,32% – taka jest więc szacunkowa wielkość grupy, która mogłaby zostać objęta wsparciem środowiskowym.

Możliwość usamodzielnienia niektórych mieszkańców DPS w ramach objęcia ich usługami świadczonymi w środowisku lokalnym jest jednak uzależniona nie tylko od stanu zdrowia i sprawności, ale także od sytuacji rodzinnej, dlatego respondentom zadano pytanie: ”Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację rodzinną?”.

Ponad połowa badanych mieszkańców DPS pozytywnie oceniła swoją sytuację rodzinną, przy czym 15,8% udzieliło odpowiedzi „bardzo dobrze”, a 39% „raczej dobrze”. Pojawiały się jednak również odpowiedzi negatywne i duża była grupa osób niezdecydowanych, które wybrały opcję „ani dobrze ani źle”. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje poniższa tabela:

Tabela 29. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odpowiedź | Częstość | Procent |
| Bardzo dobrze | 134 | 15,8 |
| Raczej dobrze | 330 | 39,0 |
| Ani dobrze ani źle | 205 | 24,2 |
| Raczej źle | 71 | 8,4 |
| Bardzo źle | 51 | 6,0 |
| Odmowa odpowiedzi | 56 | 6,6 |

**N=847**

**Źródło: Opracowanie własne.**

W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat sytuacji rodzinnej, respondentom zadano pytanie: „Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od rodziny i znajomych?”. Twierdząco odpowiedziała na to pytanie połowa respondentów. Z dalszej jego części wynika jednak, że pomoc ta najczęściej dotyczyła wsparcia psychicznego (3/4 wskazań), rzadziej opieki (poniżej 1/2 wskazań). Aby ocenić, na ile rodziny przy wsparciu usług środowiskowych rzeczywiście byłyby w stanie przejąć opiekę nad mieszkańcami DPS, należałoby wykonać szersze i pogłębione badania dotyczące tego zagadnienia.

Znaczenie dla procesu deinstytucjonalizacji może mieć też sytuacja ekonomiczna mieszkańców DPS. Odpowiedzi na pytania dotyczące tej kwestii były mniej korzystne pod względem indywidualnej sytuacji beneficjentów wsparcia. Co prawda jedynie 13,4% badanych określiło swoją sytuację jako złą, ale blisko 1/3 wybrała odpowiedź „ani dobrze ani źle”. Przy czym oceny te wydają się zawyżone, skoro w przypadku połowy respondentów koszty ich pobytu w DPS pokrywa gmina. Kolejne 40% badanych finansuje swój pobyt w DPS samodzielnie lub z niewielkim udziałem rodziny (odpowiednio 30,9% oraz 8,9%).

Tabela 30. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Odpowiedź | Częstość | Procent |
| Bardzo dobrze | 125 | 14,8 |
| Raczej dobrze | 346 | 40,9 |
| Ani dobrze ani źle | 263 | 31,1 |
| Raczej źle | 82 | 9,7 |
| Zdecydowanie źle | 31 | 3,7 |
| Ogółem | 847 | 100,0 |

**N=847**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Analizy dotyczące poprzednich pytań pokazują teoretyczne szanse na deinstytucjonalizację w odniesieniu do mieszkańców DPS. Kluczowe znaczenie dla ich oszacowania mają jednak odpowiedzi na pytanie: „Czy byłby Pan/Pani zainteresowany powrotem do domu?”. W badanej grupie wyraziło taką chęć jedynie 15% badanych, zaś 85% odpowiedziało negatywnie.

Aby dokładniej zbadać sytuację w tym zakresie, respondentom, którzy odpowiedzieli negatywnie, zadano pytanie o powody niechętnego stosunku do zmiany. W odpowiedziach przeważała, wskazana przez 43% respondentów, opcja: „wymagam stałej opieki”, na drugim miejscu (33% wskazań) znalazło się stwierdzenie: „jestem zadowolony z opieki oferowanej w placówce”, a w przypadku ¼ badanych przeszkodą był brak stałego miejsca zamieszkania.

W kontekście analizy zapotrzebowania na usługi środowiskowe, które mogłyby stanowić alternatywę dla pobytu w DPS jako działania umożliwiające powrót niektórych osób starszych do domu, warto zwrócić uwagę na wskazywany przez objętych badaniami mieszkańców placówek katalog usług niezbędnych (ich zdaniem) do takiej zmiany. Najmniej wskazań otrzymały: opieka paliatywna i pomoc psychologiczna, najwięcej: opieka pielęgniarska i lekarska, na trzecim miejscu znalazły się usługi opiekuńcze. Również jednak inne elementy były wskazywane przez zdecydowaną większość badanych. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje poniższy wykres:

Wykres 14. Jakich usług potrzebował(a/by) Pan/i, by wrócić do domu?

**N=149**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Co ważne i zaskakujące, w starszych grupach zmniejsza się deklarowane zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną – z najniższym odsetkiem wśród osób powyżej 70. roku życia (57,1%). Może to oznaczać, że najstarsi mieszkańcy DPS mają mniejsze potrzeby w zakresie wsparcia psychicznego lub mniej doceniają jego znaczenie.

Dodatkowym źródłem informacji na temat zapotrzebowania na wsparcie w zakresie opieki mogą być odpowiedzi realizatorów wsparcia. W badaniu wzięło udział 202 pracowników DPS-ów, spośród których 2/3 jest zdania, że liczba chętnych już obecnie przewyższa możliwości placówek – 36% badanych określiło, że miejsc jest raczej za mało, a 33% zdecydowanie za mało. W ocenie tej grupy badanych w przyszłości zapotrzebowanie na tego typu pomoc wzrośnie, a ¾ pracowników DPS wskazało, że wzrost ten będzie znaczny.

Wykres 15. Czy uważa Pan/Pani, że w państwa DPS znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania? (realizatorzy wsparcia)

**N=202**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Interesującym z punktu widzenia planowania usług społecznych źródłem wiedzy, może być porównanie opinii pracowników DPS z różnych powiatów na temat poziomu zainteresowania ich usługami. Z analizy zestawionych danych wynika, że we wszystkich powiatach wyraźnie dominują odpowiedzi twierdzące, a różnice dotyczą głównie proporcji między „bardzo duże” a „raczej duże”. W niektórych powiatach obydwa typy odpowiedzi są wyrównane (np. Gdańsk 18 wskazań „bardzo duże” i 12 wskazań „raczej duże”), w innych dominuje opcja mocniejsza (np. kartuski odpowiednio: 12 i 1, Gdynia 5:0, Malbork 4:0). Jedynie w powiecie wejherowskim obydwie opcje uzyskały identyczny wynik (po 6 wskazań), a w powiecie gdańskim przeważyła opcja „raczej” (odpowiednio: 2:3).

Tabela 31. Realizatorzy wsparcia w DPS uczestniczący w badaniu – ocena poziomu zainteresowania usługami DPS w podziale na powiaty (liczebność)

|  | Zainteresowanie jest bardzo duże | Zainteresowanie jest raczej duże | Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe | Zainteresowanie jest raczej małe | Ogółem |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| bytowski | 4 | 5 | 1 | 0 | 10 |
| chojnicki | 3 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| człuchowski | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| Gdańsk | 18 | 12 | 1 | 0 | 31 |
| gdański | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| Gdynia | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| kartuski | 12 | 1 | 1 | 0 | 14 |
| kościerski | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| kwidzyński | 8 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| lęborski | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| malborski | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| nowodworski | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| pucki | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Słupsk | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| słupski | 14 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Sopot | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| starogardzki | 10 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| tczewski | 16 | 10 | 3 | 0 | 1 |
| wejherowski | 6 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| Liczebność | 129 | 60 | 11 | 2 | 202 |

**N=202**

**Źródło: Opracowanie własne.**

## Hospicja stacjonarne

W badaniach prowadzonych w hospicjach uczestniczyło 60 osób. W grupie tej przeważali mężczyźni (62%), a jednocześnie blisko ¾ respondentów stanowiły osoby starsze, przy czym wyraźnie dominował przedział wiekowy 71-75 lat, do którego należało 37% badanych.

Z perspektywy procesu deinstytucjonalizacji kluczowe znaczenie ma rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie poza warunkami hospicjum?”. Respondenci mieli tutaj do wyboru trzy opcje: „tak, w znacznym stopniu”, „tak, w niewielkim stopniu” oraz „nie”. W odpowiedzi 30% badanych wybrało pierwszą opcję, 41,7% drugą opcję, a 28,3% trzecią opcję (w przypadku mężczyzn ten odsetek był nawet wyższy i osiągnął 32,4%).

Tabela 32. Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie poza warunkami hospicjum?

|  | | | Tak, w znacznym stopniu | Tak, w niewielkim stopniu | Nie | Ogółem |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Płeć respondenta: | Kobieta | Liczebność | 7 | 11 | 5 | 23 |
| % z Płeć respondenta: | 30,4% | 47,8% | 21,7% | 100,0% |
| Mężczyzna | Liczebność | 11 | 14 | 12 | 37 |
| % z Płeć respondenta: | 29,7% | 37,8% | 32,4% | 100,0% |
| Ogółem | | Liczebność | 18 | 25 | 17 | 60 |
| % z Płeć respondenta: | 30,0% | 41,7% | 28,3% | 100,0% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Z wypowiedzi osób przebywających w hospicjum stacjonarnym wynika zatem, że około ¼ spośród nich ma możliwość samodzielnego funkcjonowania poza hospicjum, a więc (o ile stwierdzenia te pokrywają się ze stanem faktycznym) przy określonej pomocy byliby w stanie przebywać w lokalnym środowisku. Mamy tutaj jednak do czynienia jedynie z ogólną oceną stopnia samodzielności, dlatego w celu weryfikacji uzyskanego wyniku konieczne byłyby bardziej szczegółowe analizy.

Istotne w tym kontekście jest ustalenie stopnia samodzielności w odniesieniu do różnych obszarów życia, aby zorientować się, gdzie mogą być największe deficyty, a co za tym idzie, jakiego typu pomoc jest szczególnie potrzebna. Patrząc na rozkład odpowiedzi można zauważyć, że największe trudności sprawiają badanym wchodzenie i schodzenie po schodach oraz wykonywanie prac domowych (pełną samodzielność deklaruje tu 40%), a następnie mycie się i poruszanie po powierzchniach płaskich (samodzielne: 46,7%).

Wykres 16. Odbiorcy wsparcia w hospicjum uczestniczący w badaniu - ocena stopnia samodzielności w wykonywaniu wymienionych czynności

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Jak już wspomniano we wstępie do tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych, wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać ich rzeczywistą kondycję. Dlatego na bazie tych właśnie informacji stworzono indeks samodzielności, który jest średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich badanych pacjentów hospicjów w odniesieniu do różnych aspektów codziennego funkcjonowania. W przypadku hospicjów indeks ten osiągnął poziom 24,87 punktów w skali 11-33.

Aby oszacować, jak wielu pacjentów hospicjów stacjonarnych mogłoby zostać objętych wsparciem hospicjów domowych, obliczono dodatkowo, jaki jest w badanej zbiorowości udział osób, które uważają się za samodzielne w zakresie wszystkich wskazanych w pytaniu czynności. W przypadku hospicjum udział ten wyniósł 13,33%, taka jest więc skorygowana szacunkowa wielkość grupy, która mogłaby zostać objęta usługami środowiskowymi.

Biorąc pod uwagę rodzaj usług otrzymywanych przez większość badanych w hospicjum, wsparcie dla osób pozostających poza tymi placówkami musiałoby obejmować zarówno pomoc w codziennych obowiązkach, jak i pomoc medyczną. Zastanawiając się nad możliwością rozwoju domowej opieki paliatywnej trzeba bowiem pamiętać o fakcie, że większość osób korzystających ze wsparcia hospicjów, to osoby cierpiące na przewlekłe bóle. W badanej zbiorowości skarżyło się na nie blisko dwie trzecie (63%) badanych, przy czym duża też był grupa osób (20%), które odmówiły odpowiedzi.

Odnosząc to pytanie do podziału na płeć można zauważyć, że kobiety nieco gorzej oceniały swoją sytuację, gdyż jedynie 13% z nich zadeklarowało brak przewlekłych dolegliwości bólowych, podczas gdy wśród mężczyzn takiej odpowiedzi udzieliło 20% respondentów.

Wykres 17. Czy odczuwa Pan/Pani przewlekłe dolegliwości bólowe?

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Analizując te wyniki trzeba jednak pamiętać, że mamy tu do czynienia z indywidualnymi ocenami, a poziom odczuwania bólu jest kwestią mocno subiektywną. Interesujące może być przy tym dodatkowe prześledzenie, jak ocena dolegliwości bólowych wygląda w podziale na wiek. Stopień odczuwania bólu w różnych grupach wiekowych badanych pokazuje poniższa tabela:

Wykres 18. Odczuwanie przewlekłych dolegliwości bólowych przez osoby korzystające ze wsparcia hospicjum – w podziale na grupy wiekowe

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Przyglądając się zestawieniu odpowiedzi można zauważyć, że grupą o szczególnie wysokim odsetku deklaracji odczuwania przewlekłych dolegliwości bólowych byli respondenci w wieku 51-60 lat (88%) oraz poniżej 50 lat (75%), podczas gdy u starszych badanych odsetki twierdzących odpowiedzi okazały się niższe (szczególnie w przypadku grupy 61-70 lat – 29%). Rozbieżności te mogą wynikać ze zmiany podejścia związanej z wiekiem i „oswojenia” bólu w przypadku osób starszych, które traktują go jako stały i oczywisty element życia, podczas gdy dla osób młodszych jest on czymś nienaturalnym i bardziej dokuczliwym.

Abstrahując od różnic w zależności od wieku i płci trzeba dodać, że w połowie przypadków dolegliwości mają duże natężenie, zatem 1/3 badanych uskarża się na przewlekłe a zarazem silne bóle, co oznacza, że konieczne jest zapewnienie tej grupie osób dostępu do specjalistycznej opieki medycznej. Dostęp ten może zagwarantować jednak zarówno hospicjum stacjonarne, jak i hospicjum domowe.

Możliwość przeniesienia pacjenta do hospicjum domowego jest uzależniona nie tylko od stanu zdrowia i sprawności osoby przebywającej w hospicjum, ale także od jej sytuacji rodzinnej, dlatego respondentom zadano pytanie: "Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację rodzinną?”.

**Tabela 33. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Częstość | Procent |
| Ważne | Bardzo dobrze | 14 | 23,3 |
| Raczej dobrze | 20 | 33,3 |
| Ani dobrze ani źle | 26 | 43,3 |
| Ogółem | 60 | 100,0 |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Ponad połowa badanych pacjentów hospicjum pozytywnie oceniła swoją sytuację rodzinną, przy czym 23% udzieliło odpowiedzi „bardzo dobrze”, a 33,3% „raczej dobrze”. Nie pojawiły się żadne negatywne odpowiedzi, aczkolwiek bardzo duża była grupa osób niezdecydowanych, które wybrały opcję „ani dobrze ani źle”.

Aby uzyskać dodatkowe informacje w tym zakresie, respondentom zadano pytanie: „Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od rodziny i znajomych?”. Odpowiedź była w przypadku przeszło ¾ respondentów (76,7%) twierdząca. Z dalszej jej części wynika jednak, że pomoc ta najczęściej dotyczyła finansów (33 wskazania), a najrzadziej opieki (25 wskazań). Aby ocenić, na ile rodziny przy wsparciu hospicjów domowych rzeczywiście byłyby w stanie przejąć opiekę nad pacjentami hospicjów stacjonarnych, należałoby przeprowadzić dodatkowe badania jakościowe dotyczące tego zagadnienia.

Pewne znaczenie dla procesu deinstytucjonalizacji w zakresie opieki paliatywnej może mieć też sytuacja ekonomiczna badanych. Odpowiedzi na to pytanie były mniej optymistyczne, nie pojawiła się wprawdzie ani jedna zła ocena, ale mniejszy niż w przypadku pytań o relacje rodzinne był odsetek odpowiedzi „bardzo dobrze”:

**Tabela 34. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Częstość | Procent |
| Bardzo dobrze | 8 | 13,3 |
| Raczej dobrze | 29 | 48,3 |
| Ani dobrze ani źle | 23 | 38,3 |
| Ogółem | 60 | 100,0 |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Analizy dotyczące poprzednich pytań pokazują teoretyczne szanse na deinstytucjonalizację opieki paliatywnej z punktu widzenia sytuacji pacjentów stacjonarnych hospicjów. Kluczowe znaczenie dla oszacowania rzeczywistego zainteresowania hospicjami domowymi mają jednak odpowiedzi na pytanie: „Czy byłby Pan/Pani zainteresowany przeniesieniem do hospicjum domowego?”. W badanej grupie tylko jedna osoba (mężczyzna) nie odpowiedziała negatywnie, przy czym nie było to potwierdzenie zainteresowania wsparciem w warunkach domowych, a jedynie opcja „nie wiem, trudno powiedzieć”.

Tabela 35. Czy byłby Pan/Pani zainteresowany przeniesieniem się do hospicjum domowego?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nie | Nie wiem trudno powiedzieć |
| Kobieta | 100% | 0% |
| Mężczyzna | 97,3% | 2,7% |
| Ogółem | 98,3% | 1,7% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

W celu dokładniejszego zbadania sytuacji, respondentom zadano pytanie o powody niechętnego stosunku do zmiany. W odpowiedziach przeważała, wskazana przez ¾ badanych, opcja „jestem zadowolony z opieki oferowanej w placówce”, na drugim miejscu znalazło się stwierdzenie „wymagam stałej opieki” (22%), w przypadku 3% przeszkodą był brak stałego miejsca zamieszkania. Niechęć badanych do zmiany formy opieki wydaje się przekreślać szanse na deinstytucjonalizację, z drugiej jednak strony za pozytywny można uznać fakt, że negatywne odpowiedzi wynikają głównie z wysokiej oceny opieki oferowanej przez placówki stacjonarne, co przypuszczalnie może wiązać się z niewiedzą na temat zakresu i wysokiej jakości wsparcia oferowanego przez hospicja domowe. Może to wskazywać kierunek koniecznych działań, zwłaszcza w zakresie informowania i upowszechniania tej formy wsparcia.

Dodatkowym źródłem informacji na temat zapotrzebowania na wsparcie w zakresie opieki paliatywnej były odpowiedzi jego realizatorów. W przypadku hospicjów w badaniu wzięło udział 20 ich pracowników. Respondenci przeważnie uważali, że liczba zatrudnionego personelu jest obecnie wystarczająca w stosunku do potrzeb (55% raczej, 15% zdecydowanie), jednocześnie jednak w opiniach przeważał pogląd, że liczba miejsc w ich placówkach jest (według 45% badanych raczej, a według 10% zdecydowanie) niewystarczająca. Choć niewiele mniejsza (45%) grupa osób miała odmienne zdanie, co ilustruje poniższy wykres:

**Wykres 19. Czy uważa Pan/Pani, że w państwa hospicjum znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?**

**N=20**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Bardziej zgodni byli badani pracownicy w kwestii preferencji typu hospicjum przez osoby poszukujące wsparcia i ich rodziny. Zauważyli oni, że zainteresowanie hospicjami stacjonarnymi jest większe (20% zdecydowanie, 25% raczej) niż hospicjami domowymi, tylko ¼ badanych uważa, że poziom zainteresowania jest podobny. Największa zgodność dotyczyła przyszłości – wszyscy respondenci zdecydowanie spodziewają się wzrostu zapotrzebowania obydwoma typami wsparcia w perspektywie najbliższych trzech lat.

## Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności

W badaniach prowadzonym w schroniskach wzięło udział 56 osób korzystających ze wsparcia, przy czym w grupie tej zdecydowanie przeważali mężczyźni, którzy stanowili 83% próby. Wśród respondentów największy udział miały osoby w średnim wieku, bo połowa badanych była w przedziale wiekowym 41-55 lat, najmniej uczestniczyło w nich osób młodych.

Wykres 20. Wiek badanych mieszkańców schronisk

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość uczestników badania (85%, w przypadku mężczyzn 90%) mieszkała w placówce powyżej roku. Aby dokładniej poznać ich sytuację, zapytano respondentów, jak długo pozostają bez dostępu do mieszkania. Z odpowiedzi na to pytanie wynika, że tylko jedna trzecia badanej populacji to osoby, które cierpią na bezdomność od stosunkowo krótkiego czasu (do 3 lat – 36%), w pozostałych przypadkach respondenci tkwią w kryzysie bezdomności od dłuższego czasu, przy czym u 39% sytuacja ta utrzymuje się od przeszło 10 lat.

Wykres 21. Jak długo pozostaje Pan/ Pani w sytuacji braku dostępu do mieszkania?

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku mężczyzn przyczyną bezdomności najczęściej był rozpad związku (27 wskazań), zły stan zdrowia (23 wskazania), bądź uzależnienia (13 wskazań), w przypadku kobiet: zły stan zdrowia (6 wskazań) albo rozpad związku lub zaburzenie psychiczne (po 4 wskazania). Jednocześnie blisko połowa badanych (26 osób) wspomniała o problemach z używkami, przy czym przeważnie dotyczyły one alkoholu (41%). Warto też zauważyć, że duża grupa osób odmówiła udzielenia odpowiedzi na to pytanie, a jedynie 36% oświadczyło, że nie ma problemów z alkoholem.

Tabela 36. Przyczyny bezdomności wśród badanych osób

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przyczyna | Kobieta | Mężczyzna | Ogółem |
| Konflikt rodzinny | 4 | 14 | 18 |
| Przemoc domowa | 0 | 4 | 4 |
| Niepowodzenie w szukaniu pracy poza miejscem zamieszkania | 0 | 1 | 1 |
| Eksmisja, wymeldowanie z mieszkania | 1 | 6 | 7 |
| Migracja/ wyjazd na stałe do innego kraju | 3 | 4 | 7 |
| Opuszczenie placówki opiekuńczo-wychowawczej | 1 | 2 | 3 |
| Zadłużenie | 3 | 4 | 7 |
| Odejście/śmierć rodzica/opiekuna w dzieciństwie | 1 | 8 | 9 |
| Rozpad związku | 4 | 27 | 31 |
| Bezrobocie, brak pracy | 2 | 2 | 4 |
| Zły stan zdrowia, niepełnosprawność | 6 | 23 | 29 |
| Uzależnienie | 2 | 13 | 15 |
| Choroba/zaburzenie psychiczne (inne niż uzależnienie) | 4 | 5 | 9 |

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych wskazuje zarówno na zapotrzebowanie na wsparcie ze strony placówek ukierunkowanych na pomoc osobom w kryzysie bezdomności, jak i na potrzebę wsparcia w innych obszarach, w których zauważyć można deficyty zwiększające ryzyko bezdomności (uzależnienia, kondycja rodziny).

Z punktu widzenia szans na wyjście z kryzysu bezdomności bardzo ważne było pytanie: „Czy posiada Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?”. Ponad 1/3 badanych (37,5%) uważała, że ze względu na swój stan zdrowia nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie (odsetek takich odpowiedzi w przypadku osób w wieku 61-70 lat osiągał 48%), kolejne 12,5% mówiło o niewielkich ograniczeniach, 30% nie widziało tego typu utrudnień.

Tabela 37. Czy posiada Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?

|  | Tak w znacznym stopniu | Tak w niewielkim stopniu | Nie | Trudno powiedzieć |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| do 50 lat (N=25) | 48,0% | 12,0% | 24,0% | 16,0% |
| 51-60 lat (N=15) | 26,7% | 13,3% | 33,3% | 26,7% |
| 61-70 lat (N=10) | 30,0% | 20,0% | 40,0% | 10,0% |
| 70 i więcej lat (N=6) | 33,3% | 0,0% | 33,3% | 33,3% |
| Ogółem (N=56) | 37,5% | 12,5% | 30,4% | 19,6% |

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Mamy tutaj jednak do czynienia jedynie z ogólną oceną stopnia samodzielności, dlatego w celu weryfikacji uzyskanego wyniku konieczne były bardziej szczegółowe analizy. Respondentom zadano pytanie uszczegółowiające, w którym sprawdzano poziom samodzielności w różnych obszarach.

W przypadku wszystkich uwzględnionych na liście czynności, wyraźnie przeważały odpowiedzi świadczące o pełnej samodzielności (ok. 90%), nieco mniej było jedynie osób twierdzących, że potrafią w pełni samodzielnie korzystać z toalety (82,1%) oraz sprzątać i przyjmować leki (73%).

Wykres 22. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? (w %)

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Jak już wspomniano we wstępie tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać ich rzeczywistą kondycję. Dlatego na bazie tych właśnie informacji stworzono indeks samodzielności, który był średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich osób korzystających ze wsparcia danego typu placówki w odniesieniu do różnych aspektów ich codziennego funkcjonowania. W schroniskach indeks ten osiągnął poziom 31 punktów w skali 11-33.

Aby oszacować, jak wielu mieszkańców schronisk mogłoby zostać objętych usługami środowiskowymi, obliczono dodatkowo, jaki jest w badanej zbiorowości udział osób, które uważają się za samodzielne w zakresie wszystkich wskazanych w pytaniu czynności. W przypadku schronisk udział ten wyniósł 62,50%, taka jest więc skorygowana szacunkowa wielkość grupy, która mogłaby zostać usamodzielniona.

Z perspektywy usamodzielnienia istotne znaczenie mają jednak również relacje rodzinne. Odpowiedzi respondentów dotyczące tego obszaru są raczej mało optymistyczne. Co prawda tylko 3% badanych źle oceniło swoją sytuację rodzinną, ale jednocześnie nie pojawiła się ani jedna ocena pozytywna. W większość przypadków respondenci nie udzielili odpowiedzi lub była ona wymijająca, co może oznaczać, że relacje te nie są dobre.

Tabela 38. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Częstość | Procent |
| Ani dobrze ani źle | 29 | 51,8 |
| Raczej źle | 2 | 3,6 |
| Bardzo źle | 3 | 5,4 |
| Odmowa odpowiedzi | 22 | 39,3 |
| Ogółem | 56 | 100,0 |

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Blisko dwie trzecie (64,3%) mieszkańców schronisk przyznało, że nie otrzymują żadnego wsparcia od rodziny. W przypadku otrzymujących wsparcie, dotyczyło ono przeważnie: wsparcia psychicznego (12 wskazań) lub pomocy w sprawach administracyjnych związanych z opieką (10), rzadziej samej opieki (6) lub finansów (6).

Odnosząc się do sytuacji finansowej, zadano respondentom pytanie „Czy aktualnie posiada Pan/Pani jakieś źródło dochodu, w tym wsparcie przez rodzinę lub znajomych?”. Mniej niż ¼ badanych (23%) potwierdziła posiadanie dochodów, przeszło połowa (57%) zaprzeczyła, a 20% odmówiło odpowiedzi. Jednak w kolejnym pytaniu 43% respondentów potwierdziło pobieranie renty lub emerytury, co zdaje się pokazywać, że świadczenia te pobierają również osoby, które w poprzednim pytaniu odmówiły odpowiedzi. Niezależnie od przyczyn takiego postępowania (powodem mogła być nieufność), wyniki potwierdzają, że większość osób w kryzysie bezdomności nie ma stałego źródła dochodów, a w przypadku pozostałych dochody te są prawdopodobnie niewielkie.

Zgodnie z opinią badanych, aby możliwe stało się usamodzielnienie mieszkańców schronisk, musieliby oni otrzymać dodatkowe wsparcie – przede wszystkim finansowe. W odpowiedzi na pytanie „Jakiego wsparcia potrzebował(a/by) Pan/i, by wyjść z kryzysu bezdomności?” 79% respondentów wskazało na taką właśnie potrzebę. Istotna jest też pomoc w szukaniu mieszkania (52%) i pomoc sąsiedzka (39%) oraz (szczególnie w starszych rocznikach) rehabilitacja (38%). Dokładny rozkład odpowiedzi w różnych grupach wiekowych prezentuje poniższy wykres:

Wykres 23. Jakiego wsparcia potrzebował(a/by) Pan/i, by wyjść z kryzysu bezdomności?

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Zastanawiając się nad zapotrzebowaniem na wsparcie osób w kryzysie bezdomności należało sprawdzić, jakie formy wsparcia są im znane. Z odpowiedzi uczestników badania wynika, że wśród różnych opcji oferujących miejsce mieszkaniowe najlepiej rozpoznawalne są mieszkania socjalne (41%), a w dalszej kolejności noclegownie (29%) oraz DPS (27%).

Wykres 24. Mieszkańcy schronisk dla osób w kryzysie bezdomności – znajomość miejsc lub instytucji oferujących miejsce mieszkaniowe

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Z punktu widzenia procesu deinstytucjonalizacji istotna jest gotowość mieszkańców schronisk do skorzystania z innej formy mieszkalnictwa. Analiza odpowiedzi respondentów pokazuje, że najchętniej skorzystaliby oni z mieszkania socjalnego (25% zdecydowanie tak) lub mieszkania chronionego (23%). Ale niewiele mniej osób wskazało na DPS (21%), przy czym generalnie odsetek pozytywnych odpowiedzi był niski i dominowały opcje „trudno powiedzieć” oraz „ani tak ani nie”. Odpowiedzi na to pytanie pokazują zatem, że dostęp do lokalu wcale nie jest dla większości oczywistym pragnieniem, a poziom motywacji do zmiany jest w przypadku mieszkańców schronisk bardzo niski.

**Wykres 25. Czy skorzystałby Pan/Pani z tej formy mieszkalnictwa, gdy Pan/Pani mógł?**

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Badaniem objęto też 62 pracowników schronisk. Zdecydowana większość respondentów (82%) była zdania, że schroniska posiadają wystarczającą do zapewnienia mieszkańcom opieki liczbę personelu. Jednocześnie jednak większość z nich oceniła, że liczba miejsc w ich placówce jest niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania (63% raczej, 24% zdecydowanie), a poziom zainteresowania wsparciem schroniska jest duży (raczej 56% lub bardzo 39%). Przy czym panuje powszechne przekonanie, że w najbliższych latach jeszcze bardziej ono wzrośnie (21% – niewiele, 66% – znacznie).

## Zakłady opiekuńczo-lecznicze/Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze

W badaniach prowadzonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) uczestniczyło 600 osób, przy czym 48% z nich stanowiły kobiety, a 52% mężczyźni. Rozkład wiekowy badanej grupy był mocno zróżnicowany, bo chociaż połowa respondentów miała powyżej 65 lat, duży był też udział innych roczników. Dokładniej rozkład wieku badanych osób prezentuje poniższy wykres:

Wykres 26. Wiek badanych pacjentów ZOL/ZPO

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród badanych wyraźnie przeważały osoby o krótkim okresie pobytu w placówce, bo 45% z nich zaczęło korzystać ze wsparcia ZOL/ZPO w ciągu ostatniego roku, a kolejne 31,5% w okresie od 2 do 5 lat. Grupy o dłuższym stażu 6-10 lub powyżej 11 lat liczyły odpowiednio: 11,5% oraz 11,7%.

Szacując szanse objęcia części pacjentów ZOL/ZPO usługami środowiskowymi, należy w pierwszym rzędzie wziąć pod uwagę ich poziom samodzielności w różnych obszarach życia, aby zorientować się, gdzie mogą być największe deficyty, a co za tym idzie, jakiego typu pomoc jest szczególnie potrzebna. Patrząc na odpowiedzi respondentów można zauważyć, że największe trudności sprawiają badanympacjentom: przygotowanie i przyjmowanie leków (27,7% jest to w stanie robić samodzielnie), poruszanie się po schodach (28%) oraz kąpiel i wykonywanie prac domowych (ok. 34%). W nieco mniejszym, ale nadal istotnym stopniu, problematyczne są dla pacjentów ZOL/ZPO czynności takie jak: ubieranie/rozbieranie się, a także przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem. Najmniejszy problem w sensie statystycznym stanowi dla respondentów spożywanie posiłków (69,5% osób jest to w stanie robić w pełni samodzielnie). Dokładny rozkład odpowiedzi prezentuje poniższy wykres:

Wykres 27. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności?

N=600

**Źródło: Opracowanie własne.**

Jak już wspomniano we wstępie do tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych wykorzystane zostały do obliczenia indeksu samodzielności. Indeks ten jest średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich badanych mieszkańców danego typu placówek w odniesieniu do różnych aspektów codziennego funkcjonowania. W przypadku ZOL/ZPO osiągnął on poziom 23,43 punktów w skali 11-33.

Aby oszacować, jak wielu beneficjentów tego rodzaju placówki mogłoby zostać objętych usługami środowiskowymi, obliczono dodatkowo, jaki jest w badanej zbiorowości udział osób, które uważają się za samodzielne we wszystkich badanych aspektach. W przypadku ZOL/ZPO udział ten wyniósł 8,83%, taka jest więc szacunkowa wielkość grupy, która mogłaby zostać objęta opieką środowiskową.

Istotnym czynnikiem warunkującym możliwość wprowadzenia opieki środowiskowej jest również sytuacja rodzinna pacjentów ZOL/ZPO. Z odpowiedzi respondentów wynika, że przeszło połowa respondentów (56%) dobrze oceniła swoją sytuację rodzinną, chociaż trzeba zauważyć, że wśród odpowiedzi tych dominowała opcja „raczej”, duża była też grupa osób o niesprecyzowanym zdaniu lub nie chcących się wypowiadać na ten temat.

**Wykres 28. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuacje rodzinną?**

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Aby uzyskać dodatkowe informacje w tym zakresie, respondentom zadano pytanie: „Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od rodziny i znajomych?”. Twierdząco odpowiedziało na to pytanie ponad ¾ respondentów (76,5%). Z dalszej jego części wynika, że pomoc ta najczęściej dotyczyła spraw administracyjnych (69%), wsparcia psychicznego (67%) oraz obowiązków, którymi badany nie może się zająć w związku z pobytem w placówce (66%), ale również pozostałe kategorie uzyskały dużo wskazań („opiekują się mną” – 64%, wsparcie finansowe – 62%). Istotne znaczenie dla procesu deinstytucjonalizacji może mieć też sytuacja ekonomiczna pacjentów ZOL/ZPO. Odpowiedzi na to pytanie były mniej optymistyczne, bowiem ¼ respondentów określiła swoją sytuację jako złą (6% zdecydowanie), a kolejne 29% wybrało odpowiedź „ani dobrze ani źle”. Warto tutaj dodać, że w 61% badanych samodzielnie finansuje swój pobyt w placówce, a w przypadku 26% rodzina dokłada tylko niewielką część. Sytuacja, gdy pobyt w placówce finansowany jest całkowicie lub głównie przez rodzinę dotyczyła tylko 13% badanych.

Wykres 29. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

W kontekście analizy zapotrzebowania na usługi środowiskowe, które mogłyby stanowić alternatywę dla pobytu w ZOL/ZPO jako działania umożliwiające powrót niektórych osób do domu, warto zwrócić uwagę na wskazywany przez objętych badaniami mieszkańców placówek katalog usług niezbędnych (ich zdaniem) do takiej zmiany. Wśród usług potrzebnych, by wrócić do domu, najmniej wskazań otrzymały edukacja zdrowotna (25,7%) oraz opieka paliatywna (27,1%), najwięcej zaś opieka pielęgniarska i rehabilitacja (po 82,1%) oraz opieka lekarska (75%) – co nie jest zaskakujące, biorąc pod uwagę charakter badanych placówek, które w głównej mierze ukierunkowane są na leczenie. W przypadku starszych roczników wysoką pozycję miały też usługi opiekuńcze. Warto zauważyć, że jedynie 30% wskazało opiekę wytchnieniową, może to jednak wynikać z faktu, że respondenci nie znają tego instrumentu. Dokładny rozkład odpowiedzi prezentuje poniższy wykres:

Wykres 30. Jakiej pomocy by Pan/Pani potrzebował(a/by), aby wrócić do domu?

N=316

Źródło: Opracowanie własne.

Analizy dotyczące poprzednich pytań pokazują teoretyczne szanse na deinstytucjonalizację w odniesieniu do pacjentów ZOL/ZPO. Kluczowe znaczenie dla oszacowania rzeczywistego zainteresowania usługami środowiskowymi mają jednak odpowiedzi na pytanie: „Czy byłby Pan/Pani zainteresowany powrotem do swojego miejsca zamieszkania?”. Ponad połowa badanych (52%), potwierdziła taką chęć, jednak prawie ¼ (dokładnie 24,5%) odpowiedziała odmownie, a 22,8% nie umiało się zdecydować. Przy czym nie ma tu wyraźnych różnic w zależności od płci i grup wiekowych, można natomiast zauważyć pewne różnice w odniesieniu do miejsca zamieszkania – najwyższy odsetek chętnych do powrotu jest w powiecie słupskim (63,6%) oraz Gdyni (60%), a najniższy w powiecie chojnickim (32,5%) oraz starogardzkim (42,5%).

Aby dokładniej zbadać sytuację, respondentom, którzy ustosunkowali się negatywnie (N=147) do możliwości powrotu do domu, zadano pytanie o powody niechętnego stosunku do zmiany. W odpowiedziach przeważała, wskazana przez 61% badanych pacjentów ZOL/ZPO, opcja „jestem zadowolony z opieki oferowanej w placówce”, na drugim miejscu znalazło się stwierdzenie „wymagam stałej opieki” (22%), w przypadku 16% badanych przeszkodą był brak stałego miejsca zamieszkania.

Dodatkowym źródłem informacji na temat zapotrzebowania na wsparcie były odpowiedzi realizatorów wsparcia. W przypadku ZOL/ZPO w badaniu wzięło udział 200 pracowników. Zdaniem 98% z nich zainteresowanie ich usługami już obecnie jest duże (w tym 73% postrzegało je jako bardzo duże), a w przyszłości zapotrzebowanie na tego typu pomoc wzrośnie, przy czym według 78% pracowników ZOL/ZPO wzrost ten będzie znaczny. Trochę mniej jednogłośnie ocenili badani liczbę dostępnych w ich placówkach miejsc. Przeważały głosy, że jest ona zbyt mała (raczej – 45%, zdecydowanie – 26%), ale jednocześnie 20% uważało ją za wystarczającą, a 10% miało problemy z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie. Podobnie podzielone były opinie badanych w kwestii, czy obecna liczba personelu jest wystarczająca.

Wykres 31 Czy uważa Pan/Pani, że państwa ZOL/ZPO posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki pacjentom na odpowiednim poziomie?

**N=200**

Źródło: Opracowanie własne.

## Dzienne domy pomocy

W badaniu beneficjentów dziennych domów pomocy uczestniczyło 500 respondentów. Blisko 2/3 (63%) tej grupy stanowiły kobiety, a jednocześnie wśród badanych zdecydowanie przeważały osoby starsze, bowiem 84% respondentów było w wieku powyżej 65 lat, a 76% w wieku powyżej 70 lat.

Wykres 32. Wiek respondentów (DDP) w procentach.

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Zastanawiając się nad popytem na tego typu usługi warto spojrzeć na motywacje osób ubiegających się o możliwość bycia beneficjentem dziennego domu pomocy. Z odpowiedzi uczestników badania wynika, że – wśród czterech wskazywanych powodów korzystania ze wsparcia – kluczowe znaczenie miały chęć spędzenia czasu z ludźmi (60%) oraz odpowiednia oferta zajęć (58%). Dalej wskazano opcję „forma spędzania wolnego czasu”, którą wybrało 49% respondentów. Dopiero na czwartym miejscu (45%) znalazła się potrzeba pomocy w codziennych obowiązkach.

**Wykres 33. Jakie są Pana/Pani powody korzystania z usług dziennego domu pomocy?**

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Z punktu widzenia kwestii dalszego wspierania tej grupy w ramach usług środowiskowych szczególnie ważne wydaje się pytanie dotyczące subiektywnej oceny poziomu samodzielności. Prawie jednaj trzecia beneficjentów (31,4%) uważa, że ich stan zdrowia nie uniemożliwia samodzielnego funkcjonowania, kolejne 46% było zdania, że uniemożliwia je w niewielkim stopniu.

Aby dokładniej ocenić kondycję uczestników dziennych domów pomocy, poproszono respondentów o określenie swojej sprawności w zakresie wybranych elementów codziennego funkcjonowania. Z odpowiedzi wynika, że uczestnicy DDP największe problemy mają z samodzielnym wykonywaniem prac domowych (6% „nie jestem w stanie”, 44% „jestem w stanie z niewielką pomocą”), dalej znalazły się wchodzenie po schodach, mycie, przyjmowanie leków i korzystanie z telefonu (ok. 70%).

**Wykres 34. Stopień samodzielności beneficjentów DDP**

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Jak już wspomniano we wstępie do tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych, wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać ich rzeczywistą kondycję, dlatego na bazie tych właśnie informacji stworzono indeks samodzielności, który jest średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich badanych korzystających z danego typu placówki w odniesieniu do różnych aspektów codziennego funkcjonowania. W przypadku dziennych domów indeks ten osiągnął poziom 29,96 punktów w skali 11-33.

Istotnym elementem oceny położenia osób korzystających ze wsparcia dziennych domów pomocy jest też ich sytuacja ekonomiczna. Większość badanych samodzielnie (56%) lub z niewielki udziałem rodziny (12%) pokrywa koszty pobytu w DDP, ale w przypadku 28% całość kosztów była refundowana. W pytaniu „Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?” przeważały odpowiedzi pozytywne (55%), zdecydowana większość z nich dotyczyła jednak opcji „raczej” (48%), a jednocześnie duża była grupa osób bez określonego zdania. Można więc przypuszczać, że większość osób korzystających ze wsparcia dziennych domów pomocy nie ma problemów finansowych, ale raczej nie mogliby oni sobie pozwolić na opłacanie komercyjnych usług.

**Wykres 35. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?**

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Jeszcze ważniejszym wymiarem są relacje z bliskimi. Ponad 60% badanych potwierdza, że otrzymuje wsparcie od rodziny i znajomych, przy czym wsparcie to dotyczy w pierwszym rzędzie opieki (74,9%) oraz pomocy w załatwianiu spraw administracyjnych (71,6%), w dalszej kolejności badani wskazują wsparcie psychiczne (64,5%), a najrzadziej finansowe – 46%. Co ciekawe, w przypadku respondentów poniżej 50. roku życia deklarowany poziom pomocy od rodziny jest wyższy, szczególnie odnośnie psychiki i finansów, gdzie wynosi odpowiednio: 83% i 58%.

Jednocześnie ponad dwie trzecie badanych beneficjentów DDP (67%) dobrze ocenia swoją sytuację rodzinną, choć tutaj ponownie dominuje odpowiedź „raczej dobrze” (50%), a jedna czwarta respondentów wybiera opcję „ani dobrze ani źle”.

**Wykres 36. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?**

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Źródłem informacji na temat zapotrzebowania na wsparcie mogą być też opinie jego realizatorów. W przypadku dziennych domów pomocy przeprowadzono badania z 50 pracownikami DDP. Uważają oni, że zainteresowanie usługami ich placówki jest raczej duże (46%) lub bardzo duże (50%) i można się spodziewać, że w przyszłości wzrośnie (66% – że wzrośnie znacznie, a 30% – niewiele). W odpowiedziach na te pytania widać więc zbieżność opinii oraz tendencję do bardziej zdecydowanych wypowiedzi w przypadku szacunków dotyczących przyszłości.

Nieco bardziej podzielone były opinie pracowników w kwestii, czy obecna liczba personelu wystarcza do zapewnienia uczestnikom wsparcia na odpowiednim poziomie. W przypadku tego pytania przeważały odpowiedzi pozytywne (44% raczej tak, 8% zdecydowanie tak), jednak 14% nie miało w tej kwestii zadnia, a 34% uważało, że personelu jest zbyt mało. Podobnie podzieliły się opinie realizatorów wsparcia odnośnie pytania, czy liczba miejsc jest wystarczająca, jako że 42% pracowników uważało ją za wystarczającą, a 58% za zbyt małą (w tym 32% zdecydowanie za małą).

## Środowiskowe domy samopomocy

Badanie ilościowe prowadzone w środowiskowych domach samopomocy objęło 500 beneficjentów, przy czym udział kobiet i mężczyzn był wyrównany (K: 48%, M: 52%). W grupie dominowały osoby o krótkim okresie wsparcia w ramach ŚDS, które stanowiły blisko 60% respondentów (27,6% do roku, a 30,0% od 2 do 5 lat), ale jednocześnie aż 21,4% badanych korzystało ze wsparcia danej placówki dłużej niż 11 lat. Rozkład wiekowy uczestników był bardzo zróżnicowany, przy czym najliczniejszy udział miały osoby w wieku średnim oraz przedemerytalnym, bo respondenci od 41-65 lat stanowili 60% badanej zbiorowości.

Wykres 37. Wiek badanych beneficjentów ŚDS

N=500

Źródło: Opracowanie własne.

Z punktu widzenia dalszego wspierania tej grupy w ramach usług środowiskowych kluczowe znaczenie miało pytanie: „Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?”. Odpowiadając na to pytanie 39,4% odbiorców wsparcia stwierdziło, że ich stan zdrowia uniemożliwia im samodzielne funkcjonowanie w stopniu znacznym, a kolejne 39% w stopniu niewielkim. Jedynie 21% respondentów uznało, że jest w stanie samodzielnie funkcjonować.

Aby lepiej poznać kondycję uczestników ŚDS, poproszono ich o ocenę stopnia samodzielności w odniesieniu do różnych czynności. Z odpowiedzi respondentów wynika, że najwięcej problemów sprawia im przyjmowanie leków (tylko połowa badanych deklaruje, że jest to w stanie robić samodzielnie), wykonywanie prac domowych (52% samodzielnie) oraz korzystanie z telefonu (53% samodzielnie). Najmniej problematyczne okazało się spożywanie posiłków (73% wskazań).

Wykres 38. Odbiorcy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – ocena stopnia samodzielności w wykonywaniu wymienionych czynności

**N=500**

Źródło: Opracowanie własne.

Jak już wspomniano we wstępie do tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych, wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać ich rzeczywistą kondycję, dlatego na bazie tych właśnie informacji stworzono indeks samodzielności, który jest średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich badanych beneficjentów danego typu placówki w odniesieniu do różnych aspektów codziennego funkcjonowania. W przypadku środowiskowych domów samopomocy indeks ten osiągnął poziom 26,96 punktów w skali 11-33.

Istotnym elementem oceny położenia osób korzystających ze wsparcia były również relacje rodzinne. Z odpowiedzi badanych uczestników ŚDS wynika, że większość (73,2%) beneficjentów środowiskowych domów samopomocy dobrze ocenia swoją sytuację rodzinną, wśród odpowiedzi pozytywnych dominuje jednak opcja „raczej dobrze”, którą wskazało 43% respondentów, a jednocześnie ¼ badanych była niezdecydowana.

Wykres 39. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?

N=500

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad ¾ (dokładnie: 77,6%) badanych uczestników ŚDS otrzymuje od rodziny i znajomych wsparcie, przy czym można zauważyć nieznacznie lepszą sytuację w grupie kobiet, wśród których osoby wspierane stanowiły 81,6% (w grupie mężczyzn 73%). Wśród wskazanych typów wsparcia najwięcej wskazań miało wsparcie psychiczne (76,8%), następnie opieka (73,5%) i pomoc w sprawach administracyjnych (71,6%), na końcu znalazło się wsparcie finansowe (58%).

W odniesieniu do finansów zadano też badanym pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?”. Rozkład odpowiedzi prezentuje zamieszczony poniżej wykres. Był on zbliżony do uzyskanego w odniesieniu do sytuacji rodzinnej, zauważyć jednak można przesunięcie w kierunku odpowiedzi negatywnych. Dominowała opcja „raczej dobrze” (37,8%), a w drugiej kolejności znalazły się odpowiedzi niezdecydowane „ani dobrze, ani źle” (23%). Można więc przypuszczać, że badani nie mają większych problemów finansowych, ale raczej nie stać by ich było na korzystanie z usług komercyjnych.

Wykres 40. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?

**N=500**

Źródło: Opracowanie własne.

Zastanawiając się nad zapotrzebowaniem na wsparcie warto sięgnąć również do badania prowadzonego wśród jego realizatorów, w którym uczestniczyło 50 pracowników środowiskowych domów samopomocy. Na pytanie, czy obecna liczba personelu jest wystarczająca, żeby zapewnić uczestnikom wsparcie na odpowiednim poziomie jedynie 4% respondentów odpowiedziało negatywnie. Natomiast w kwestii tego, czy liczba oferowanych miejsc jest wystarczająca w stosunku do zapotrzebowania, zdania pracowników ŚDS były podzielone, choć przeważał pogląd o braku miejsc.

Wykres 41. Czy uważa Pan/Pani, że w państwa ŚDS znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?

**N=50**

Źródło: Opracowanie własne.

Jednocześnie przeszło ¾ (78%) spośród badanych uważało, że zainteresowanie usługami ich placówki jest duże (42% zdecydowanie, 36% raczej), choć 22% respondentów nie miała na ten temat określonego zdania. W przypadku pytania dotyczącego tego, jak ich zdaniem zainteresowanie wsparciem ŚDS zmieni się w ciągu najbliższych 3 lat, odsetek pozytywnych odpowiedzi również wyniósł 78%, nastąpiło jednak przesunięcie w kierunku bardziej zdecydowanych opinii, bo opcję „znacznie wzrośnie” wskazało już 58% badanych. Jednocześnie jednak 20% badanych było zdania, że taki wzrost nie nastąpi, a kolejne 2% nie miało sprecyzowanych poglądów. W przypadku tego pytania można zauważyć podobieństwo w odpowiedziach pracowników środowiskowych domów pomocy oraz warsztatów terapii zajęciowej, oraz różnice w odniesieniu do respondentów z placówek całodobowych, którzy mają dużo większe przekonanie, że zapotrzebowanie na ich usługi będzie w przyszłości rosnąć.

## Warsztaty terapii zajęciowej

W badaniach realizowanych pośród beneficjentów warsztatów terapii zajęciowej wzięło udział 600 respondentów, przy czym 53% tej grupy stanowiły kobiety. Przeważały wśród nich osoby, które uczestniczyły w warsztatach od 2 do 5 lat (36,8%) bądź krócej (24,7%). Jednak całkiem liczna była też grupa osób z dłuższym stażem, bo 17,8% osób korzystało z tego typu wsparcia przez okres 6-10 lat, a aż 20,7% przez 11 lat lub dłużej. Można zauważyć, że długie staże częściej występowały w przypadku kobiet – 42,9% z nich uczęszczała na warsztaty ponad 6 lat (dla porównania – 33,5% mężczyzn).

**Tabela 39. Czas przebywania w WTZ w podziale na płeć**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | do 1 roku | 2-5 lat | 6-10 lat | 11 i więcej lat |
| kobieta |  | 22,3% | 34,8% | 21,3% | 21,6% |
| mężczyzna |  | 27,4% | 39,1% | 13,9% | 19,6% |
| ogółem |  | 24,7% | 36,8% | 17,8% | 20,7% |

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Należy przy tym zauważyć, że z zasady cykl terapii powinien trwać około 3 lat, aby rotacyjnie zwalniać miejsce dla nowych beneficjentów wsparcia. Tak długie uczestnictwo w warsztatach może wynikać ze słabo rozwiniętej sieci ZAZ-ów, które stanowią kolejny szczebel systemu rehabilitacji i aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami.

Z punktu widzenia dalszego wspierania tej grupy w ramach usług środowiskowych ważne wydaje się pytanie dotyczące subiektywnej oceny poziomu samodzielności. Z odpowiedzi respondentów wynika, iż 43,2% uczestników WTZ było zdania, że ich stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie, 35,2% wskazywało na ograniczoną samodzielność, 10,8% uważało się za osoby w pełni samodzielne, a kolejne 10,8% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie. Zestawienie odpowiedzi osób z różnym stażem pokazuje, że nieco gorzej oceniały swój poziom samodzielności osoby, które najkrócej brały udział w warsztatach. Wśród nowych uczestników 46,6% uznało się za niesamodzielne w znacznym stopniu, w grupie uczestników z najdłuższym stażem takiego zdania było 43,2% badanych.

Wykres 42. Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Aby dokładniej ocenić kondycję uczestników warsztatów, poproszono respondentów o określenie swojej sprawności w zakresie wybranych czynności. Z odpowiedzi wynika, że największym problemem wydaje się badanym przyjmowanie leków (35% nie jest w stanie robić tego samodzielnie, a kolejne 17% z niewielką pomocą). Na drugim miejscu znalazło się korzystanie z telefonu (odpowiednio: 15% i 14%), na trzecim wykonywanie prac domowych (5% i 22%). Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie prezentuje poniższy wykres:

Wykres 43. Deklaracja dotycząca stopnia samodzielność wykonywania wybranych czynności dnia codziennego przez respondentów

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Jak już wspomniano we wstępie do tego rozdziału, odpowiedzi na pytanie, w którym beneficjenci musieli ocenić swój stopień samodzielności w zakresie różnych czynności życiowych wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać ich rzeczywistą kondycję. Dlatego na bazie tych właśnie informacji stworzono indeks samodzielności, który jest średnią liczbą punktów uzyskanych przez wszystkich badanych beneficjentów danego typu placówki w zakresie wszystkich wskazanych w pytaniu czynności. W przypadku warsztatów terapii zajęciowej indeks ten osiągnął poziom 29,99 punktów w skali 11-33.

Istotnym elementem oceny sytuacji uczestników warsztatów była też ich sytuacja ekonomiczna. Z odpowiedzi na pytanie dotyczące tej oceny wynika, że w przypadku połowy badanych jest ona dobra (22,5% bardzo dobra), a jedynie dla 9,5% raczej zła. Ale jednocześnie 29% określiło ją na poziomie „ani dobrze, ani źle”, a kolejne 8,3% wstrzymało się od oceny.

Tabela 40. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Częstość | Procent |
| Bardzo dobrze | 135 | 22,5 |
| Raczej dobrze | 184 | 30,7 |
| Ani dobrze ani źle | 174 | 29,0 |
| Raczej źle | 57 | 9,5 |
| Odmowa odpowiedzi | 50 | 8,3 |
| Ogółem | 600 | 100,0 |

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Jeszcze ważniejszym wymiarem funkcjonowania osób korzystających ze wsparcia są relacje uczestników WTZ z bliskimi. Z odpowiedzi respondentów wyłania się pozytywny obraz uwarunkowań rodzinnych, bowiem jedynie 6,8% z nich na pytanie „Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację rodzinną?” odpowiedziało „raczej źle”. Podobny był odsetek osób, które wstrzymały się od odpowiedzi (6,2%), jednocześnie wśród odpowiedzi pozytywnych (78,5%) przeważała opcja „bardzo dobrze” (50,2%).

Z badania wynika ponadto, że aż 87% uczestników WTZ otrzymuje wsparcie od rodziny, przy czym udział wskazań dotyczących różnych form tej pomocy jest mniej więcej równy (25,5-25,7% respondentów), nieco mniej wskazań otrzymała jedynie codzienna opieka (23,3%).

Tabela 41. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Częstość | Procent |
| Bardzo dobrze | 301 | 50,2 |
| Raczej dobrze | 170 | 28,3 |
| Ani dobrze ani źle | 51 | 8,5 |
| Raczej źle | 41 | 6,8 |
| Odmowa odpowiedzi | 37 | 6,2 |
| Ogółem | 600 | 100,0 |

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Źródłem informacji na temat zapotrzebowania na wsparcie mogą być też opinie jego realizatorów. W przypadku WTZ przeprowadzono badania z 50 pracownikami warsztatów. Aż 96% z nich było zdania, że zainteresowanie to jest duże, choć przeważały tutaj odpowiedzi „raczej” (68%). Jednocześnie przeważały opinie, że liczba personelu jest wystarczająca do zapewnienia uczestnikom wsparcia na odpowiednim poziomie(15% zdecydowanie, 38% raczej), choć 28% było przeciwnego zdania. Podobnie podzielone były opinie pracowników WTZ na temat tego, czy ich placówka posiada wystarczającą liczbę miejsc. W przypadku tego pytania aż 52% uznało liczbę miejsc w warsztatach za zbyt małą, ale jednocześnie zdaniem 38% była ona wystarczająca, a kolejne 10% miało problem z udzieleniem odpowiedzi.

Wykres 44. Czy uważa Pan/Pani, że prowadzone przez państwa warsztaty posiadają wystarczającą liczbę miejsc w stosunku do zapotrzebowania?

N=50

Źródło: Opracowanie własne.

Podobnie podzielone były opinie realizatorów wsparcia na temat prognozowanego zainteresowania warsztatami w perspektywie kolejnych trzech lat. Z jednej strony wyraźnie wzrósł (w stosunku do pytania o obecne zainteresowanie) odsetek zdecydowanie pozytywnych odpowiedzi (46%), z drugiej zwiększyła się też grupa osób niezdecydowanych. Rozkład odpowiedzi na wspomniane pytanie pokazuje poniższy wykres:

**Wykres 45. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?**

N=50

Źródło: Opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę ciągły wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami oraz zmiany w kierunku deinstytucjonalizacji wydawałoby się, że pracownicy WTZ nie powinni mieć wątpliwości co do wzrostu zainteresowania ofertą ich placówek. Tak duża liczba niezdecydowanych wydaje się więc zaskakująca, co może rodzić potrzebę dokonania dalszych, uszczegółowionych prac badawczych.

## Podsumowanie

Jak już wspomniano, kluczowym elementem badania ilościowego była ocena samodzielności osób korzystających z różnego typu wsparcia. Na podstawie odpowiedzi respondentów na pytanie, w którym mieli określić stopień samodzielności wykonywania wskazanych czynności, obliczono indeks. Za wskaźnik uznano średnią liczbę punktów, czyli średnią ocenę uzyskaną przez beneficjentów danej placówki (dokładny opis metody znajduje się we wstępie tego rozdziału). Zestawienie indeksów samodzielności beneficjentów instytucji objętych badaniem prezentuje poniższa tabela:

Tabela 42. Indeks samodzielności w oparciu o samoocenę badanych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Średnia liczba punktów, czyli średnia ocena | | różnica w stosunku do średniej - wyznacza przedział +/- w którym znajduje się około 70% badanych | | Minimalna liczba punktów | | Maksymalna liczba punktów | Różnica pomiędzy max i min tzw. rozstęp | | | Współczynnik zmienności, pokazuje czy samooceniając się poszczególne grupy były do siebie podobne. Im większe Vs tym większe zróżnicowanie grupy | pokazuje punkt, w którym połowa grupy miała oceny poniżej/ powyżej tej liczby punktów | | Liczebność grupy | |
|  | **Średnia** | | **odch stand** | | **min** | | **max** | **R** | | | **Vs** | **Mediana** | | **N** | |
| Schronisko | 31,30 | | 2,76 | | 22,00 | | 33,00 | 11,00 | | | 8,81% | 33,00 | | 56 | |
| WTZ | 29,99 | | 3,59 | | 11,00 | | 33,00 | 22,00 | | | 11,98% | 21,50 | | 600 | |
| DDP | 29,96 | | 3,12 | | 16,00 | | 33,00 | 17,00 | | | 10,40% | 31,00 | | 500 | |
| ŚDS | 26,96 | | 6,16 | | 11,00 | | 33,00 | 22,00 | | | 22,84% | 29,00 | | 500 | |
| Hospicja | 24,87 | | 5,49 | | 11,00 | | 33,00 | 22,00 | | | 22,09% | 25,00 | | 60 | |
| DPS | 24,74 | | 6,04 | | 11,00 | | 33,00 | 22,00 | | | 24,43% | 26,00 | | 847 | |
| ZOL/ZPO | 23,43 | | 5,70 | | 11,00 | | 33,00 | 22,00 | | | 24,34% | 22,50 | | 600 | |
|  |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  |

Źródło: Opracowanie własne.

Jak pokazuje zestawienie wyników, najwyższy indeks samodzielności uzyskano w schroniskach, warsztatach terapii zajęciowej oraz dziennych domach pomocy, nieco niżej uplasowały się środowiskowe domy samopomocy, domy pomocy społecznej oraz ZOL/ZPO. Jednocześnie można zauważyć, że instytucje z wyższymi średnimi ocenami mają niższe współczynniki zmienności, co wskazuje na bardziej jednorodną samoocenę w tych grupach. Dodatkowych informacji o rozkładzie ocen może dostarczać mediana, która w niektórych instytucjach znacznie odbiega od średniej, co może wskazywać na skośność rozkładu ocen.

Wysoka średnia punktów w przypadku placówek świadczących usługi środowiskowe wydaje się uzasadniona, dziwić może jedynie, że różnica w stosunku do DPS-ów i ZOL/ZPO nie jest większa. Warto jednocześnie zauważyć, że najwyższy indeks samodzielności w przypadku mieszkańców schronisk wynika z faktu, że pytania dotyczyły głównie czynności, z których wykonaniem może mieć problem osoba o obniżonej sprawności. W przypadku mieszkańców schronisk występują jednak inne czynniki blokujące samodzielność, takie jak np. brak lokum, osłabione relacje, uzależnienia, niskie kompetencje społeczne, brak motywacji. Elementy te były widoczne w analizie dotyczącej innych pytań.

W przypadku instytucji zamkniętych całodobowych, aby oszacować wielkość grupy, która mogłaby zostać objęta opieką środowiskową, obliczono dodatkowo, jaki odsetek beneficjentów danej placówki ocenił się jako osoba samodzielna w odniesieniu do wszystkich czynności wskazanych w pytaniu. Również w tym przypadku ranking był podobny, choć zauważyć można, że DPS przesunął się na ostatnie miejsce.

Tabela 43. Osoby deklarujące zdolność samodzielnego funkcjonowania we wszystkich wskazanych typach czynności (3) oraz osoby bez ocen negatywnych (3 + 2)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Same odpowiedzi "3" | Odsetek  (w %) | odpowiedzi „3” + „2”  (ani jednej odpowiedzi „1”) | Odsetek (w%) | N |
| Schronisko | 35 | 62,50% | 48 | 85% | 56 |
| Hospicjum | 8 | 13,33% | 24 | 40% | 60 |
| ZOL/ZPO | 53 | 8,83% | 173 | 28,8% | 600 |
| DPS | 62 | 7,32% | 244 | 28,8% | 847 |

**Źródło: Opracowanie własne.**

Aby jeszcze dokładniej przyjrzeć się grupie badanych, obliczono również odsetek wszystkich beneficjentów, w przypadku których nie pojawiła się ani jedna ocena „1”, świadcząca o zupełnym braku samodzielności w zakresie którejś z czynności wskazanych w pytaniu. Można się zastanawiać, na ile możliwe byłoby objęcie całej tej grupy opieką środowiskową, w tym jednak przypadku zakres opieki musiałby być dużo większy, bo pytanie dotyczyło jedynie zdolności do podstawowego funkcjonowania i mamy tu do czynienia z samooceną.

Analizując szanse na opiekę w środowisku lokalnym, trzeba pamiętać, że istotne znaczenie mają też w przypadku procesu deinstytucjonalizacji relacje rodzinne oraz uwarunkowania materialne, a także motywacja – zarówno osób korzystających, jak i ich rodzin. Te czynniki wydają się we wszystkich placówkach (poza schroniskami) w przypadku większości badanych relatywnie korzystne. Dokładna ocena sytuacji wymaga jednak pogłębionej diagnozy, jaką mogłyby dać jedynie zindywidualizowane badania jakościowe, pod wskazaniem „raczej dobre” może się bowiem kryć całe spektrum życiowych sytuacji.

# Ocena usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych w świetle badań ilościowych realizowanych wśród osób korzystających z różnych form wsparcia

O ile analiza danych zastanych może być źródłem wiedzy na temat podaży różnych form wsparcia, to ocenę jego jakości lepiej oprzeć na badaniach terenowych. W procesie badawczym prowadzonym wśród osób korzystających ze wsparcia uczestniczyli beneficjenci siedmiu instytucji. W czterech przypadkach były to zamknięte zakłady całodobowe – domy pomocy społecznej, hospicja schroniska oraz ZOL/ZPO, a w trzech przypadkach placówki działające w ramach opieki środowiskowej – dzienne domy pobytu, środowiskowe domy samopomocy oraz warsztaty terapii zajęciowej. Dokładne informacje na temat metody i przebiegu wszystkich badań przedstawione zostały w rozdziale metodologicznym 1.3., zaś różnicę między instytucjami zamkniętymi a opieką środowiskową wyjaśniono w rozdziale definicyjnym 1.1.

W każdym z badań realizowanych w placówkach proszono respondentów o odpowiedzi na pytania dotyczące zakresu otrzymywanego wsparcia oraz jego jakości, przy czym badani zostali poproszeni o odniesienie się zarówno do poszczególnych aspektów działania placówek, jak i do twierdzeń opisujących swoje w nich funkcjonowanie. Istotnym wątkiem były też pytania dotyczące niezrealizowanych potrzeb i poszukiwania wsparcia w innych instytucjach.

Wyniki dotyczące poszczególnych placówek prezentują kolejne podrozdziały, przy czym na początku omawiane są instytucje zamknięte, w dalszej kolejności zaś placówki opieki/wsparcia środowiskowego.

## Domy pomocy społecznej

Jak już wspomniano, badania ilościowe objęły 847 respondentów DPS (próba badawcza została już scharakteryzowana w rozdziale 8.1), a w kwestionariuszu znalazło się wiele pytań służących poznaniu opinii badanych mieszkańców na temat zakresu i jakości wsparcia oferowanego w domach pomocy społecznej. Wśród odpowiedzi przeważały pozytywne oceny placówek, bowiem aż 46% respondentów oceniło DPS-y „bardzo dobrze” a 45% jako „raczej dobrze”, zaś negatywne opinie stanowiły tylko 1%.

Tendencję tę potwierdzają i przy okazji pozytywnie weryfikują dane szczegółowe. Aby poznać zdanie mieszkańców DPS na temat tych placówek, poproszono respondentów o ustosunkowanie się do kilku stwierdzeń. Ponad 86% respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem: „W placówce czuję się swobodnie”, przy czym 65,4% zdecydowanie (przy jedynie 1,3% odpowiedzi negatywnych). Prawie tak samo duża (81,5%) była grupa osób twierdzących, że ich potrzeby są przez DPS zaspokajane (odsetek osób „zdecydowanie nie zgadzających się” z tym stwierdzeniem wynosi niecałe 5%, co wskazuje na to, że niezadowolenie z opieki jest rzadkie).

Jednocześnie większość respondentów (78,3%) czuje się w placówce bezpiecznie, przy czym 61,9% zdecydowanie bezpiecznie – szczególnie w grupie powyżej 70 lat, w której zdecydowanie zgodziło się z tym stwierdzeniem 66,9%. Bardzo niski odsetek respondentów wyraził negatywną opinię na temat interakcji społecznych, bowiem ze stwierdzeniem: „W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami” nie zgodziło się jedynie 1,3% badanych (0,5% zdecydowanie), podczas gdy dla prawie 3/4 (74,8%) mieszkańców DPS było ono prawdziwe.

Gorsze opinie dotyczą stwierdzenia: „Czuję się zaniedbany/a”. Co prawda nadal większość respondentów (61%) się z nim nie zgodziła, ale jednocześnie znaczna była grupa osób niezdecydowanych (27,5%), co może wskazywać na niepewność co do swoich odczuć lub na różne doświadczenia.

W przypadku poczucia braku samodzielności oraz poczucia prywatności, zauważyć można duże zróżnicowanie odpowiedzi z przesunięciem w kierunku opinii negatywnych. Ze stwierdzeniem: „Mam poczucie braku samodzielności” zgodziło się 43,7% badanych, a kolejne 30,5% nie było w stanie opowiedzieć się ani za ani przeciw niemu. Przy tym zauważyć można różnice w poszczególnych grupach wiekowych, bo około 30% respondentów poniżej 70 lat zgodziło się z tym, że brakuje im samodzielności, ale już dla osób powyżej 70 lat wskaźnik ten był niższy (26,5%). Z kolei ze stwierdzeniem: „Mam poczucie braku prywatności” zgodziło się 44,9% mieszkańców domów pomocy społecznej, a 29,4% było niezdecydowane.

Wykres 46. Mam poczucie braku samodzielności (pensjonariusze DPS)

**N=847**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Wykres 47. Mam poczucie braku prywatności (pensjonariusze DPS)

**N=847.**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Najbardziej niepokojącym wynikiem uzyskanym w badaniach jest wysoki poziom tęsknoty za domem. Ze stwierdzeniem: „Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem” zgodziło się 60% badanych, przy czym 42,3% zdecydowanie, jednocześnie również w przypadku tej kwestii duża była grupa osób niezdecydowanych (27,2%).

Oceniając różne aspekty funkcjonowania DPS-ów respondenci przeważnie przyznawali im wysoką punktację („dobrze” lub „bardzo dobrze”), przy czym ta druga opcja dominowała. Najniższe oceny uzyskała aktywność społeczna/obywatelska oraz jedzenie. Najwyżej respondenci ocenili takie aspekty jak: możliwość praktykowania obrzędów religijnych, dostęp do mediów, możliwość spędzenia czasu wolnego, kontakt z personelem, czy możliwość kontaktu z ludźmi, a więc elementy do których mogą nie mieć dostępu w przypadku wsparcia środowiskowego, zależne od warunków i sytuacji w domu rodzinnym. Rozkład odpowiedzi w tym pytaniu ilustruje poniższa tabela:

Tabela 44. Ocena kluczowych elementów funkcjonowania DPS przez ich pensjonariuszy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo źle | Raczej źle | Ani dobrze ani źle | Raczej dobrze | Bardzo dobrze |
| Komfort | 2,8% | 1,5% | 8,8% | 24,5% | 60,4% |
| Opieka medyczna | 2,8% | 2,4% | 7,4% | 22,9% | 62,5% |
| Kontakt z personelem | 1,1% | 1,5% | 4,7% | 20,2% | 70,2% |
| Jakość opieki | 0,9% | 1,5% | 5,7% | 25,6% | 62,7% |
| Możliwość kontaktu z rodziną | 3,0% | 2,8% | 5,7% | 15,2% | 69,0% |
| Aktywność społeczna/obywatelska | 2,7% | 3,9% | 9,4% | 22,6% | 57,1% |
| Religia, możliwość praktykowania obrzędów religijnych np. udział w Mszy Św. | 0,0% | 1,1% | 3,6% | 15,2% | 76,1% |
| Wyżywienie | 1,2% | 5,5% | 10,5% | 20,6% | 59,3% |
| Możliwość kontaktu z ludźmi | 0,4% | 1,1% | 6,7% | 18,5% | 69,3% |
| Możliwość spędzania czasu wolnego/rozrywka | 0,4% | 2,0% | 8,5% | 17,9% | 68,3% |
| Dostęp do mediów np. TV, Radio, Internet | 2,0% | 1,9% | 8,4% | 11,9% | 73,0% |

**N=742**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Istotne przy tego typu refleksji jest też określenie wsparcia, jakie otrzymują mieszkańcy DPS-ów. Z zestawienia odpowiedzi na to pytanie wynika, że najwięcej osób docenia codzienną opiekę oraz opiekę pielęgniarską, które wskazali prawie wszyscy badani (92-94%), z kolei najmniej wsparcia w ich opinii otrzymują w zakresie fizjoterapii, pomocy psychologicznej oraz opieki higienicznej. Należy jednak podkreślić, że właściwie wszystkie formy wsparcia zostały przez zdecydowaną większość wskazane jako dostępne w placówce. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie prezentuje poniższy wykres:

**Wykres 48. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w domu pomocy społecznej?**

**N=785**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Dodatkową informacją na temat zakresu wsparcia mogą być opinie pracowników domów pomocy społecznej (N=202). W przypadku wszystkich wskazanych w kwestionariuszu usług większość badanych pracowników stwierdziła, że są one w DPS realizowane w pełnym wymiarze. Najwięcej takich wskazań miała codzienna opieka (97% respondentów potwierdziło pełen zakres wsparcia), najmniej fizjoterapia (63%), relatywnie niżej były też oceniane pomoc psychologiczna (68%), w tym zakresie widać więc zbieżność z opiniami beneficjentów). Odpowiedzi „wcale” z reguły nie było, lub dotyczyła ona odsetka do 1%, wyższy był jedynie w przypadku opieki lekarskiej (3%) i pielęgniarskiej (2%).

Blisko ¼ uczestników badania przyznała się do posiadania potrzeb, których dom pomocy społecznej nie realizuje. Najczęściej wymienianymi obszarami deficytowymi były: pomoc psychologiczna i opieka higieniczna. Odpowiedzi na to pytanie pokrywają się więc z wynikami poprzedniego pytania, ponieważ właśnie opieka higieniczna i pomoc psychologiczna były rzadziej wskazywane przez respondentów jako rodzaj wsparcia, na jakie mogą liczyć mieszkańcy DPS. Szczegółowy rozkład odpowiedzi na temat niezrealizowanych potrzeb prezentuje poniższy wykres:

Wykres 49. Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których dom pomocy społecznej nie realizuje?

**N=154**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Dodatkowo należy zauważyć, że tylko nieco ponad ¼ badanych mieszkańców domów pomocy społecznej (25,6%) przyznała, że korzystała wcześniej ze wsparcia innej instytucji, przy czym połowa tych osób miała na myśli DPS (w przypadku innych usług najczęściej wskazywano na OPS lub ZOL/ZPO). W ocenach tych placówek przeważała opcja „raczej dobrze”, którą wskazali wszyscy respondenci korzystający ze wsparcia OPS oraz większość korzystających z ZOL/ZPO.

O jakości wsparcia w badanych placówkach mogą też świadczyć odpowiedzi dotyczące samopoczucia badanych. W przypadku pytania: „Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?” 78,6% badanych odpowiedziało pozytywnie (w tym 22,8% „bardzo dobrze”). W przypadku pytania: „Jak pobyt w DPS wpłynął na Pana/Pani jakość życia?” odsetek pozytywnych odpowiedzi był jeszcze wyższy (82,2%, w tym 31,6% bardzo pozytywnie).

Podobnie wygląda rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jak pobyt w DPS wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?” – 80,9% odpowiedzi pozytywnych (w tym 29,1% „bardzo dobrze”). Analiza danych dotyczących oceny jakości życia w odniesieniu do różnych grup pokazuje, że mieszkańcy DPS wydają się być zadowoleni z jakości swojego życia, przy czym zauważyć można wzrost odsetka pozytywnych odpowiedzi wraz wydłużaniem się czasu pobytu, co świadczyć może nie tylko o jakości oferowanego wsparcia, ale także o stopniowej adaptacji do nowego otoczenia.

## Hospicja

Jak już wspomniano, w badaniach ilościowych uczestniczyło 60 osób korzystających ze wsparcia hospicjów stacjonarnych (próba badawcza została już scharakteryzowana w rozdziale 8.1). Należy podkreślić, że wszyscy badani pacjenci bardzo dobrze ocenili jakość usług w placówce.

Aby dokładniej poznać ich opinie, poproszono respondentów o ocenienie, na ile zgadzają się z zamieszczonymi w kwestionariuszu stwierdzeniami. Wszyscy badani zdecydowanie zgodzili się ze zdaniem: „,W hospicjum czuję się swobodnie”. W przypadku stwierdzenia „Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez hospicjum zaspakajane” również wyraźnie dominowały zdecydowanie pozytywne oceny, choć pojawił się niewielki odsetek odpowiedzi „raczej się zgadzam” –– opcję tę wskazało 6,7% respondentów, przy czym zauważyć można różnice w zależności od płci (wszystkie kobiety odpowiedziały zdecydowanie pozytywnie, podczas gdy wśród mężczyzn opcja „raczej” osiągnęła 10,8%) oraz od wieku (w przypadku osób w grupie 61-70 lat 14%, powyżej 70 lat 5,4%). W odniesieniu do stwierdzenia: „Czuję się zaniedbana/y”, udział odpowiedzi typu „raczej nie” i „zdecydowanie nie” był bardziej wyrównany (43% zdecydowanie, 51,7% raczej), wszystkie jednak świadczyły o minimalnym poziomie tego odczucia. Negatywne odpowiedzi pojawiły się przy stwierdzeniach: „Pobyt w hospicjum daje mi poczucie bezpieczeństwa” oraz „W hospicjum cenię sobie kontakt z innymi osobami”, z którym 20% badanych się nie zgodziło, w tym 6,7% zdecydowanie. Warto zauważyć, że w obu przypadkach skrajnie negatywne odpowiedzi pojawiły się jedynie wśród mężczyzn i osób w wieku powyżej 70 lat. Generalnie poziom bezpieczeństwa oraz pozytywna ocena kontaktów z innymi osobami wydają się spadać wraz z wiekiem, rozkład odpowiedzi związanych z tymi elementami w podziale na grupy wiekowe pokazują poniższe tabele:

**Tabela 45. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Pobyt w hospicjum daje mi poczucie bezpieczeństwa”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zdecydowanie się zgadzam | Raczej się zgadzam | Ani się zgadzam, ani nie zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie dotyczy |
| do 50 lat | 75% | 25% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 51-60 | 50% | 25% | 0% | 25% | 0% | 0% |
| 61-70 | 71,4% | 0% | 0% | 28,6% | 0% | 0% |
| powyżej 70 | 67,6% | 10,8% | 0% | 10,8% | 10,8% | 0% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

**Tabela 46. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „ W hospicjum cenię sobie kontakt z innymi osobami”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zdecydowanie się zgadzam | Raczej się zgadzam | Ani się zgadzam, ani nie zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie dotyczy |
| do 50 lat | 75% | 25% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 51-60 | 50% | 25% | 0% | 25% | 0% | 0% |
| 61-70 | 71,4% | 0% | 0% | 28,6% | 0% | 0% |
| powyżej 70 | 67,6% | 10,8% | 0% | 10,8% | 10,8% | 0% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

W kwestii samodzielności opinie pacjentów hospicjów były podzielone: 48,3% zgodziło się ze stwierdzeniem: „Mam poczucie braku samodzielności” (w tym 43,3% zdecydowanie), jednocześnie jednak 51,7% było (raczej) przeciwnego zdania. Przy czym dużo częściej nie odczuwały braku samodzielności kobiety (65,2%), niż mężczyźni (43,2%).

Również w tej kwestii zauważyć można różnice w zależności od wieku. W grupie młodszych respondentów poczucie braku samodzielności było w mniejszości, w przypadku starszych respondentów odpowiedzi rozłożyły się mniej więcej równo (pokazuje to poniższa tabela). Można zatem zakładać, że poczucie ograniczenia wynika mniej ze specyfiki placówki, a bardziej z mobilności pacjenta.

**Tabela 47. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku samodzielności”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zdecydowanie się zgadzam | Raczej się zgadzam | Ani się zgadzam, ani nie zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie dotyczy |
| do 50 lat | 37,5% | 0% | 0% | 62,5% | 0% | 0% |
| 51-60 | 37,5% | 0% | 0% | 62,5% | 0% | 0% |
| 61-70 | 57,1% | 0% | 0% | 42,9% | 0% | 0% |
| powyżej 70 | 43,2% | 8,1% | 0% | 48,6% | 0% | 0% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Co zaskakujące, zdecydowana większość badanych nie ma poczucia braku prywatności, choć w przypadku tej kwestii przeważały odpowiedzi „raczej nie” (667%), rzadziej „zdecydowanie nie” (20%). W poszczególnych grupach wiekowych odsetek zaprzeczających był różny, trudno tu jednak określić jakąś wyraźną tendencję (85% osób w wieku 61-70 lat, 59% w grupie powyżej 70 lat, 75% u młodszych). Warto wspomnieć, że było to jedyne pytanie, gdzie negatywne odpowiedzi pojawiały się częściej w przypadku kobiet, ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku prywatności” zgodziło się bowiem 10,8 mężczyzn, ale już 17,4% kobiet.

**Tabela 48. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku prywatności”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zdecydowanie się zgadzam | Raczej się zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam |
| Kobieta | 8,7% | 8,7% | 78,3% | 4,3% |
| Mężczyzna | 5,4% | 5,4% | 59,5% | 29,7% |
| Ogółem | 6,7% | 6,7% | 66,6% | 20% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Od ogólnie pozytywnych ocen pobytu w hospicjum odbiegały odpowiedzi odnoszące się do stwierdzenia: „Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem”, z którym zgodziło się 51,7% badanych , przy czym 45% zdecydowanie. W przypadku kobiet poziom tęsknoty za domem był jeszcze wyższy (odpowiednio: 60,1% i 52,2%). Można jednocześnie zauważyć duże zróżnicowane odpowiedzi w zależności od wieku – mniej za dawnym otoczeniem wydają się tęsknić młodsi pacjenci hospicjów, bardziej zaś starsi, ale szczególnie mocno doskwiera tęsknota za domem badanym w wieku 61-70 lat (71%).

**Tabela 49. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zdecydowanie się zgadzam | Raczej się zgadzam | Ani się zgadzam, ani nie zgadzam | Raczej się nie zgadzam | Zdecydowanie się nie zgadzam | Nie dotyczy |
| do 50 lat | 37,5% | 0% | 0% | 37,5% | 25% | 0% |
| 51-60 | 25% | 12,5% | 0% | 62,5% | 0% | 0% |
| 61-70 | 71,4% | 0% | 0% | 28,6% | 0% | 0% |
| powyżej 70 | 45,9% | 8,1% | 0% | 37,8% | 8,1% | 0% |

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Dobrym źródłem danych na temat jakości usług świadczonych w hospicjach może być też ocena różnych aspektów funkcjonowania placówki, którą prezentuje zamieszczony poniżej wykres. Wynika z niego, że we wszystkich aspektach zdecydowanie przeważają oceny „bardzo dobrze”, a najniższą opcją jest „ani dobrze ani źle”, która występuje w dwóch obszarach (komfortu i jakości opieki), nie przekraczając jednak poziomu 5%.

Wykres 50. Ocena aspektów funkcjonowania hospicjum, przez osoby korzystające ze wsparcia

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Z analizy odpowiedzi respondentów wynika, że najwyżej ocenianymi aspektami są: dostęp do mediów, możliwość spędzenia czasu wolnego i możliwość kontaktu z ludźmi, a więc elementy których nie zapewni im hospicjum domowe, zależne bardziej od warunków i sytuacji w domu rodzinnym.

Istotne przy tego typu refleksji jest też określenie wsparcia, jakie otrzymują pacjenci hospicjów stacjonarnych. Z zestawienia odpowiedzi na to pytanie wynika, że kluczowe znaczenie ma tu codzienna opieka, opieka higieniczna praz opieka pielęgniarska, które wskazali wszyscy badani, najmniej wsparcia otrzymują natomiast badani w zakresie pomocy psychologicznej oraz zarządzania lekami. Należy jednak podkreślić, że właściwie wszystkie formy wsparcia zostały przez zdecydowaną większość wskazane jako dostępne w placówce.

**Wykres 51. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w hospicjum?**

**N=60**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Dodatkową informacją może być tu opinia pracowników hospicjów (N=20). Odnośnie czterech wskazanych w kwestionariuszu usług społecznych (opieka codzienna, pielęgniarska lekarska, zarządzanie lekami) wszyscy badani pracownicy stwierdzili, że są one w hospicjum realizowane w pełnym wymiarze. W pozostałych usługach była to również zdecydowana większość. Odpowiedź „wcale” pojawiła się tylko odnośnie pomocy psychologicznej (15%), co pokrywa się z niższą oceną tego wymiaru w przypadku beneficjentów.

Tylko jedna osoba wśród respondentów osób korzystających ze wsparcia hospicjów wskazała na posiadanie niezrealizowanych potrzeb, do których należała opieka pielęgniarska. I zaledwie troje badanych potwierdziło, że korzystało wcześniej ze wsparcia innej instytucji (DPS, ŚDS, WTZ), przy czym wszyscy ocenili je bardzo dobrze.

Istotną rolę hospicjów w opiece paliatywnej potwierdzają odpowiedzi dotyczące jakości życia. W przypadku pytania: „Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?” 93,3% badanych odpowiedziało pozytywnie (w tym 65% „bardzo dobrze”). W przypadku pytań: „Jak pobyt w hospicjum wpłynął na Pana/Pani jakość życia?” oraz „Jak pobyt w hospicjum wpłynął na Pana/Pani stan psychiczny?” nie było już ani jednego negatywnego głosu i dominowała opcja „bardzo pozytywnie” (najwyższa ocena odpowiednio: 63,3% pozytywnie oraz 78,3% bardzo pozytywnie).

## Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności

Jak już wcześniej wspomniano, w badaniach ilościowych uczestniczyło 56 respondentów mieszkających w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności (próba badawcza została już scharakteryzowana w rozdziale 8.1). Zdecydowana większość (73,3%) badanych mieszkańców schronisk dobrze oceniło pobyt w placówce (w tym 30,4% bardzo dobrze). Jednocześnie warto zauważyć, że pozostałe odpowiedzi mieściły się w opcjach: „ani dobrze ani źle” oraz „trudno powiedzieć”, przy czym żaden z respondentów nie ocenił pobytu w schronisku źle.

Jedynie 3 respondentów wskazało, że posiada potrzeby niezaspokojone przez schronisko. Były to potrzeby w zakresie codziennej opieki (2 wskazania), opieki higienicznej (1 wskazanie), pomocy psychologicznej (1 wskazanie) oraz pomocy w załatwianiu spraw osobistych (1 wskazanie).

W tym kontekście warto przyjrzeć się opiniom respondentów na temat ich jakości życia. W przypadku pytania o ocenę tego aspektu 17,9% badanych odmówiło odpowiedzi, a 39,3% wybrało opcję „ani dobrze ani źle”, z kolei 1/3 oceniła swoją jakość życia raczej dobrze, a 10,7% bardzo dobrze. Przy czym odnośnie wpływu pobytu w schronisku na ów komfort, mocno przeważały opinie pozytywne 69,4%, choć przeważnie w opcji „raczej” (64,3%). Bardziej podzielone były opinie badanych co do wpływu, jaki ma schronisko na ich samopoczucie psychiczne.

**Wykres 52. Jak pobyt w schronisku wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?**

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Aby dokładniej poznać opinie badanych mieszkańców schroniska na temat placówki poproszono ich o odniesienie się do stwierdzeń opisujących jakość pobytu. Analizując zebrany materiał zauważyć można wyraźną przewagę pozytywnych odpowiedzi w przypadku dwóch tematów: „W schronisku czuję się swobodnie” (58,9%) oraz „Pobyt w schronisku daje mi poczucie bezpieczeństwa” (67,8%).

W przypadku innych twierdzeń przeważały oceny „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”. Warto jednak zaznaczyć, że rozkład pozostałych głosów układał się w kierunku dobrej oceny, tzn. nikt nie odczuwał w schronisku braku poczucia prywatności, nikt nie miał wrażenia, że jego potrzeby są niezaspokajane, a poczucie zaniedbania i braku samodzielności zauważyło jedynie 5,4% badanych. Rozkład dotyczących tych kwestii odpowiedzi pokazuje poniższa tabela:

Tabela 50. Poziom zgodności ze stwierdzeniami opisującymi schronisko

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | zdecydowanie się zgadzam | raczej się zgadzam | ani się zgadzam ani się nie zgadzam | raczej się nie zgadzam | zdecydowanie się nie zgadzam |
| W schronisku czuję się swobodnie | 58,9% | 0% | 41,1% | 0% | 0% |
| Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez schronisko zaspokajane | 26,8% | 17,9% | 55,4% | 0% | 0% |
| Mam poczucie braku samodzielności | 5,4% | 0% | 69,6% | 7,1% | 17,9% |
| Czuje się zaniedban(y/a) | 5,4% | 0% | 60,7% | 8,9% | 25,0% |
| Pobyt w schronisku daje mi poczucie bezpieczeństwa | 48,2% | 19,6% | 26,8% | 0% | 5,4% |
| W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami | 21,4% | 5,4% | 66,1% | 0% | 7,1% |
| Mam poczucie braku prywatności | 0% | 0% | 71,4% | 10,7% | 17,9% |

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Pozytywny obraz percepcji schronisk przez osoby w kryzysie bezdomności widać też w ocenie (od 1 – bardzo źle do 5 – bardzo dobrze) wybranych aspektów funkcjonowania placówki. Najwyższa ocena dominowała w przypadku takich elementów jak: możliwość kontaktu z rodziną (66,1%), kontakt z personelem (64,3%), możliwość kontaktu z ludźmi (58,9%), oferowane wsparcie (53,6%) oraz poczucie bezpieczeństwa (51,8%).

W odniesieniu do opieki medycznej przeważała ocena „raczej dobrze” (51,8%), ale łączna suma odpowiedzi „raczej dobrze” oraz „bardzo dobrze” osiągnęła 82,2%, więc również w tym obszarze oceny były dobre. Najsłabsze opinie zebrały standardy mieszkania, w których przeważała ocena 3 (42,9% respondentów).

Jednocześnie warto zaznaczyć, że ocena negatywna pojawiła się tylko raz i w odniesieniu do tematu, na który placówka może mieć ograniczony wpływ. 5,4% respondentów wskazało bowiem opcję „bardzo źle” odnośnie możliwości kontaktu z rodziną.

Wykres 53. Jak ocenia Pan(i) poniższe aspekty funkcjonowania schroniska w której Pan/Pani teraz przebywa?

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Bardziej zróżnicowane były opinie badanych na temat tego, czy schronisko pomaga w szukaniu pracy. W tym przypadku twierdząco odpowiedziało 59% respondentów (przy czym 28,4% wskazano opcję „częściowo”), 21,4% nie odczuło takiego wsparcia, a 28,6% miało problem z udzieleniem odpowiedzi.

Tabela 51. Mieszkańcy schronisk dla osób w kryzysie bezdomności – odpowiedzi, czy schronisko pomaga w szukaniu pracy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Częstość | Procent ważnych |
| Tak | 12 | 21,4% |
| Częściowo tak | 16 | 28,6% |
| Nie | 12 | 21,4% |
| Trudno powiedzieć | 16 | 28,6% |
| Ogółem | 56 | 100,0% |

N=56

Źródło: Opracowanie własne.

Dodatkowym źródłem informacji na temat zakresu wsparcia mogą być odpowiedzi pracowników placówek (N=61). Realizatorzy wsparcia najniżej ocenili zakres oferowanej przez schroniska pomocy o charakterze medycznym, takie jak: fizjoterapia, rehabilitacja i opieka medyczna, co koresponduje z ocenami mieszkańców schronisk. Jednocześnie jednak wśród usług „dostępnych ocenami pełnym zakresie” znalazła się aktywizacja, co mniej już się pokrywa z ocenami osób w kryzysie bezdomności.

W odpowiedziach mieszkańców schroniska oraz kadry zauważyć można też rozbieżność w ocenie działań zmierzających ku usamodzielnieniu. Osoby w kryzysie bezdomności miały mieszane opinie odnośnie wsparcia w poszukiwaniu pracy. Jednocześnie 89% pracowników wskazało, że „usługi aktywizacyjne” prowadzone są w pełnym zakresie, a wydaje się oczywiste, że kwestia aktywizacji zawodowej mieści się w tym pojęciu.

Mieszkańców schronisk zapytano również o to, czy korzystali w przeszłości ze wsparcia innych instytucji lub usług. Twierdząco odpowiedziało na to pytanie 39% badanych, przy czym w przypadku połowy z nich chodziło o ośrodki pomocy społecznej, a wśród innych wskazanych instytucji znalazły się też hospicja stacjonarne oraz domy pomocy społecznej.

Te dwa ostatnie typy placówek ocenione zostały bardzo dobrze, natomiast w stosunku do ośrodków pomocy społecznej osoby w kryzysie bezdomności miały bardziej mieszane odczucia (przeważnie wybierano opcję odpowiedzi „ani dobrze ani źle”).

## Zakłady opiekuńczo-lecznicze/zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze

Jak już wspomniano, w badaniach ilościowych uczestniczyła grupa (N=600) pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (próba badawcza została scharakteryzowana w rozdziale 8.1). Odpowiedzi respondentów potwierdzają, że zakres wsparcia w ZOL/ZPO jest szeroki. Kluczowe znaczenie ma tu aspekt medyczny, bowiem na pierwszym miejscu znalazła się opieka lekarska (90,2% wskazań) oraz opieka pielęgniarska (88,7% wskazań), ale tuż za nimi beneficjenci wskazywali opiekę higieniczną (86,7%) oraz opiekę codzienną (86,3%). Analiza rozkładu odpowiedzi wskazuje na to, że rola ZOL/ZPO jest szeroka i bardziej kompleksowa, a co za tym idzie ewentualne objęcie pacjentów tej placówki opieką środowiskową wymagałoby koordynacji różnego typu usług.

Wykres 54. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym?

**N=600**

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych (90,5%) dobrze oceniła swój pobyt w placówce, w tym 38,8% bardzo dobrze. Aby bardziej szczegółowo poznać zdanie pacjentów ZOL/ZPO na temat placówek, w których obecnie przebywają, poproszono respondentów o ustosunkowanie się do kilku przedstawionych im stwierdzeń. Zgodność opinii badanych z przedstawionymi im twierdzeniami na temat życia w ZOL/ZPO prezentuje poniższa tabela. Z analizy zawartych w niej danych wynika, że większość pacjentów (75%) czuje się w ZOL/ZPO swobodnie (w tym 62% zdecydowanie), 73% uważa, że zaspokajane są wszystkie ich potrzeby (57,6% zdecydowanie), a 66,5% potwierdza, że pobyt w ZOL/ZPO daje im poczucie bezpieczeństwa (56% zdecydowanie).

Tabela 52. Zgodność z twierdzeniami w przypadku osób korzystających ze wsparcia ZOL/ZPO

|  | zdecydowanie się zgadzam | raczej się zgadzam | ani się zgadza ani się nie zgadzam | raczej się nie zgadzam | zdecydowanie się nie zgadzam |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| W ZOL/ZPO czuje się swobodnie | 62,0% | 13,2% | 18,8% | 3,0% | 3,0% |
| Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez ZOL/ZPO zaspokajane | 57,5% | 16,7% | 22,5% | 3,3% | 0% |
| Mam poczucie braku samodzielności | 14,5% | 10,5% | 60,7% | 8,3% | 6,0% |
| Czuję się zaniedbywan(y/a) | 7,3% | 5,3% | 59,3% | 6,3% | 21,7% |
| Pobyt w ZOL/ZPO daje mi poczucie bezpieczeństwa | 56,3% | 11,2% | 28,3% | 2,2% | 2,0% |
| W ZOL/ZPO cenię sobie kontakt z innymi osobami | 47,0% | 13,0% | 36,0% | 2,0% | 2,0% |
| Mam poczucie braku prywatności | 11,3% | 7,0% | 63,2% | 4,0% | 14,5% |
| Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem | 33,0% | 16,2% | 47,7% | 2,0% | 1,2% |

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Pozytywne oceny dominują również w przypadku stwierdzenia: „W ZOL/ZPO cenię sobie kontakt z innymi osobami”, z którym zgodziło się 60% badanych (47% zdecydowanie), tutaj jednak już ponad 1/3 (36%) respondentów nie miała klarownej opinii. Problemy z opowiedzeniem się na tak lub nie jeszcze wyraźniej widoczne są przy stwierdzeniach: „Czuję się zaniedbywany”, „Mam poczucie braku samodzielności” oraz „Mam poczucie braku prywatności”, w których większość badanych wybrało opcję „ani tak ani nie” (odpowiednio: 59,3,%, 60,7% oraz 63,2%). Tego typu odpowiedzi mogą wskazywać na istnienie niezrealizowanych potrzeb w zakresie wskazanych obszarów.

Najbardziej negatywne były reakcje badanych na stwierdzenie: „Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem” –– 49,2% pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych przyznało się do odczuwania takich emocji, a tylko 3,2% im zaprzeczyło.

Mimo tego dwie trzecie badanych beneficjentów ZOL/ZPO dobrze oceniło swoją jakość życia, choć w odpowiedziach dominowała opcja „raczej dobrze” (55,8%). Warto jednocześnie dodać, że odsetek osób, które uważają, że pobyt w zakładzie negatywnie wpłynął na ich jakość życia, osiągnął poziom zaledwie 7%, podczas gdy 69% wyraziło na ten temat pozytywną opinię. Podobna tendencja zauważalna jest w przypadku oceny wpływu pobytu na samopoczucie psychiczne (odpowiednio 10% i 61%).

Wykres 55. Jak pobyt w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wpłynął na Pana/Pani jakość życia?

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 56. Jak pobyt w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Aby lepiej poznać opinie pacjentów ZOL/ZPO, poproszono ich o ocenę różnych aspektów funkcjonowania placówek na skali od „bardzo źle” do „bardzo dobrze”. Najwięcej ocen pozytywnych zebrał kontakt z personelem oraz możliwość kontaktu z rodziną i znajomymi, a także komfort i opieka medyczna (blisko 80%). Trzeba jednak zauważyć, że pacjenci przeważnie dobrze oceniali wszystkie aspekty funkcjonowania zakładu, bo odsetek pozytywnych odpowiedzi utrzymywał się z reguły na poziomie powyżej 70%. Wyraźnie gorzej oceniany był jedynie aspekt aktywności społecznej/obywatelskiej (55,3% ocen pozytywnych).

Tabela 53. Ocena różnych aspektów funkcjonowania ZOL/ZPO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | bardzo źle | raczej źle | ani dobrze ani źle | raczej dobrze | bardzo dobrze |
| Komfort | 2,0% | 5,2% | 15,2% | 30,7% | 47,0% |
| Opiekę medyczną | 0% | 3,0% | 19,2% | 25,0% | 52,8% |
| Kontakt z personelem | 0% | 0% | 20,5% | 25,7% | 53,8% |
| Jakość opieki | 1,0% | 0% | 23,5% | 29,0% | 46,5% |
| Możliwość kontaktu z rodziną i znajomymi | 1,0% | 4,3% | 16,3% | 29,3% | 49,0% |
| Aktywność społeczna/obywatelska | 3,2% | 7,5% | 34,0% | 26,8% | 28,5% |
| Religia, możliwość praktykowania obrzędów religijnych np. udział w Mszy Św. | 2,2% | 3,0% | 26,2% | 21,7% | 47,0% |
| Wyżywienie | 3,0% | 1,2% | 27,2% | 30,7% | 38,0% |
| Możliwość kontaktu z ludźmi | 0% | 2,0% | 25,8% | 25,8% | 46,3% |
| Możliwość spędzania czasu wolnego/rozrywka | 1,0% | 3,2% | 24,8% | 24,8% | 46,2% |
| Dostęp do mediów np. TV, Radio, Internet | 4,0% | 2,2% | 17,3% | 26,2% | 50,3% |

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane dotyczące jakości wsparcia świadczonego przez instytucje typu ZOL/ZPO warto zauważyć, że ocena opieki medycznej jest w tych placówkach wyższa, niż w innych instytucjach objętych badaniem. Wydaje się to jednak zrozumiałe ze względu na fakt, że są to placówki ochrony zdrowia, a więc w pierwszym rzędzie zaspokajające podstawowe lub krytyczne potrzeby.

Dodatkową informacją na temat zakresu wsparcia może być opinia pracowników ZOL/ZPO (N=200). W przypadku wszystkich wskazanych w kwestionariuszu usług społecznych i zdrowotnych wyraźnie przeważały opinie, że są one w realizowane w pełnym wymiarze. Najwyżej oceniony został zakres codziennej opieki i opieki pielęgniarskiej oraz higienicznej (95-98% respondentów mówiło o pełnym zakresie), najniżej zakres wsparcia w zakresie rehabilitacji, fizjoterapii i zarządzania lekami, gdzie 69-73% respondentów potwierdziło pełny zakres.

Ostatni element oceny wsparcia w ZOL/PZO stanowiło pytanie: „Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których zakład opiekuńczy nie realizuje?”. W odniesieniu do tej kwestii pacjenci badanych placówek najczęściej wskazywali na pomoc psychologiczną (53%) oraz fizjoterapię (48%). Najrzadziej na wsparcie w zakresie zarządzania lekami. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie prezentuje poniższy wykres:

Wykres 57. Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których zakład opiekuńczo-leczniczy/pielęgnacyjno-opiekuńczy nie realizuje?

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Aby jeszcze dokładniej poznać doświadczenia pacjentów ZOL/ZPO, zapytano ich, czy korzystali wcześniej ze wsparcia innych instytucji. Jedynie 20% odpowiedziało twierdząco, przy czym najczęściej chodziło o domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy lub inne placówki typu ZOL/ZPO. Te ostatnie zostały przez respondentów najwyżej ocenione. W przypadku placówek dziennych powodem rezygnacji z korzystania była zmiana sytuacji beneficjentów w zakresie ich potrzeb co do form pomocy.

## Dzienne domy pomocy

Jak już wspomniano, badania ilościowe prowadzone w dziennych domach pomocy objęły 500 beneficjentów (próba badawcza została już scharakteryzowana w rozdziale 8.1). Niemal wszyscy respondenci korzystający ze wsparcia DDP dobrze ocenili oferowane im usługi, w tym przeszło 2/3 badanych uznało je za bardzo dobre (negatywne odpowiedzi poniżej 2%).

Aby dokładniej poznać opinie respondentów na temat DDP, zostali oni poproszeni o ocenienie, na ile zgadzają się z odczytanymi im stwierdzeniami. Z analizy odpowiedzi uczestników badania wynika, że beneficjenci DDP czują się w swoich placówkach swobodnie (z twierdzeniem tym zgadza się 87% badanych, 73% zdecydowanie), zajęcia są interesujące (zgodność – 78% badanych, 64% zdecydowanie), respondenci cenią sobie kontakt z innymi osobami (odpowiednio 77,8%% i 66,6%), a pobyt w DDP daje im poczucie bezpieczeństwa (odpowiednio74% i 66,6%).

Bardziej złożone były opinie osób korzystających ze wsparcia DDP w odniesieniu do stwierdzenia: „Czuję się zaniedbany”. Większość respondentów nie zgodziła się z tym zdaniem (59,9%), ale jednocześnie wyraźnie wzrosła grupa osób niezdecydowanych, bo 26,4% wskazało opcję: „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”.

Najmniej korzystne wyniki dotyczą poczucia braku samodzielności, którego nie odczuwało tylko 51% badanych (w tym 22,4% zdecydowanie), przy czym również w przypadku tego stwierdzenia grupa osób niezdecydowanych była duża. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje poniższa tabela:

**Tabela 54. Zdania opisujące DDP – opinie osób korzystających**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | zdecydowanie się zgadzam | raczej się zgadzam | ani się zgadzam ani nie zgadzam | raczej się nie zgadzam | zdecydowanie się nie zgadzam |
| W dziennym domu pomocy czuję się swobodnie | 73,4% | 13,6% | 8,2% | 0,8% | 4,0% |
| Uważam, że dzienny dom pomocy zaspokaja wszystkie moje wymagania | 51,4% | 24,6% | 13,0% | 3,0% | 8,0% |
| Mam poczucie braku samodzielności | 13,2% | 11,6% | 24,2% | 28,6% | 22,4% |
| Czuje się zaniedban(y/a) | 9,6% | 3,8% | 26,4% | 24,4% | 35,8% |
| Pobyt w dziennym domu pomocy daje mi poczucie bezpieczeństwa. | 65,6% | 8,4% | 16,6% | 2,2% | 7,2% |
| W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami | 66,6% | 11,2% | 11,8% | 2,8% | 7,6% |
| Zajęcia odbywające się w dziennym domu pomocy są interesujące | 64,8% | 13,2% | 12,4% | 4,2% | 5,4% |

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Istotne znaczenie dla oceny jakości oferowanego wsparcia ma to, że prawie wszyscy respondenci (96%) potwierdzili, że pobyt w DDP pozytywnie wpłynął na ich jakość życia oraz na samopoczucie psychiczne. W celu pogłębienia tego wątku, badanych poproszono o ocenę różnych elementów wpływających na jakość życia w placówce. Analiza odpowiedzi dotyczących poszczególnych aspektów działania placówki pokazuje, że korzystający ze wsparcia są zadowoleni, przy czym szczególnie wysoko oceniają swoje kontakty z pracownikami (82% ocen bardzo dobrych). Najniżej ocenianym aspektem funkcjonowania DDP była jakość posiłków, chociaż zebrała ona zaledwie 3% ocen negatywnych oraz 7% odpowiedzi niezdecydowanych („ani dobrze ani źle”).

**Wykres 58. Jakość życia w DDP**

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Uczestnikom dziennych domów pomocy zadano również pytanie o rodzaj wsparcia otrzymywanego w placówce. W odpowiedzi najczęściej wskazywano na zajęcia ruchowe i rekreacyjne (odpowiednio 98% i 95%) oraz pomoc w załatwianiu osobistych spraw (78%). Najmniej osób potwierdziło otrzymanie pomocy w zakresie zarządzania lekami (48%) oraz opieki lekarskiej i pielęgniarskiej (odpowiednio: 56% i 60%). Można zatem zauważyć, że w przypadku domów dziennego pobytu najsłabiej rozwinięty jest obszar wsparcia medycznego. Konstatacja ta wyznacza obszar deficytu, który warto uzupełnić. Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje poniższy wykres:

**Wykres 59. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w dziennym domu pomocy?**

**N=500**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Spostrzeżenia te znajdują potwierdzenie w opiniach pracowników dziennych domów pomocy (N=202), choć wskazywane zakresy są tutaj wyższe. Odnośnie prawie wszystkich wspomnianych w kwestionariuszu usług społecznych i medycznych większość badanych pracowników stwierdziła, że są one w DDP realizowane w pełnym wymiarze. Najwięcej takich wskazań miały zajęcia rekreacyjne i ruchowe oraz pomoc w załatwiani spraw osobistych (odpowiednio 92%, 88% i 90% respondentów mówiło o pełnym wymiarze). Jednak w przypadku opieki lekarskiej zdania były bardziej podzielone (48% pełny wymiar, 24% częściowo,28% wcale), a jednocześnie odsetek odpowiedzi negatywnych był też relatywnie wysoki w przypadku zarządzania lekami, opieki pielęgniarskiej i rehabilitacji (odpowiednio 26%, 24%, 20%). Również więc odpowiedzi pracowników potwierdzają, że jeśli dzienne domy pomocy miały by wspierać niektórych obecnych mieszkańców DPS, to w konieczny byłyby poszerzenie usług w obszarze medycznym.

Uzupełnieniem wątku dostępności do usług była kwestia poziomu zaspokojenia potrzeb klientów DDP, w związku z którą respondenci odpowiadali na pytanie, czy posiadają potrzeby pomocowe, których DDP nie realizuje i których nie są sobie w stanie zapewnić sami. Posiadanie takich potrzeb potwierdziła 1/3 badanych, a najczęściej wskazywanym deficytem była rehabilitacja (43,8%), na drugim miejscu znalazła się opieka pielęgniarska (32,3%). Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie pokazuje poniższy wykres:

**Wykres 60. Potrzeby pomocowe, których dzienny dom pomocy nie realizuje**

**N=172**

**Źródło: Opracowanie własne.**

W związku z istnieniem niezrealizowanych potrzeb, respondentów zapytano, czy korzystali ze wsparcia innych placówek. Na to pytanie odpowiedziało twierdząco jedynie 10% badanych, przy czym większość z nich miała na myśli inne dzienne domy pomocy, z których usług korzystali w przeszłości. Na drugim miejscu znalazły się domy pomocy społecznej (DPS), na trzecim zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Najwyżej z tych trzech placówek zostały ocenione dzienne domy pomocy, które zebrały same pozytywne głosy, w przypadku ZOL/ZPO oraz domów pomocy społecznej również przeważały pozytywne oceny pojawiły się też jednak wskazania „ani tak ani nie”.

## Środowiskowe domy samopomocy

Jak już wspomniano, w badaniach poświęconych środowiskowym domom samopomocy uczestniczyło 500 korzystających ze wsparcia tych placówek (próba badawcza została już scharakteryzowana w rozdziale 8.1). Większość, bo aż ¾ badanych beneficjentów ŚDS bardzo dobrze oceniło jakość usług, a kolejne 21,3% raczej dobrze. Aby jednak dokładniej poznać ich opinie, poproszono respondentów, aby określili, na ile zgadzają się z przedstawionymi im stwierdzeniami.

Z odpowiedzi na pytanie dotyczące poczucia swobody, wynika, że z takim stwierdzeniem zgodziło się 87% uczestników, przy czym 80,8% zdecydowanie. Niewiele niższy odsetek respondentów (84,2%, a 76,3 zdecydowanie) potwierdził, że „ŚDS spełnia wszystkie moje wymagania”. Odpowiedzi pozytywne dominowały też w odniesieniu do poczucia bezpieczeństwa i kontaktów z innymi osobami, bo ze stwierdzeniem: „Pobyt w ŚDS daje mi poczucie bezpieczeństwa” zgodziło się 70,8% badanych (66,5% zdecydowanie), a ze zdaniem: „W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami” – 71,2% (w tym 86,4% zdecydowanie).

Bardziej podzielone były opinie respondentów w odniesieniu do samodzielności oraz kwestii poczucia zaniedbania. W obu tych przypadkach odpowiedzi negujące występowanie takich problemów przeważały nad potwierdzeniem ich występowania, jednak dominowała opcja „ani się zgadzam ani się nie zgadzam”, która w przypadku stwierdzenia „Mam poczucie braku samodzielności” otrzymała 45% głosów, a w przypadku twierdzenia „Czuję się zaniedbany/a” aż 48%. Może to świadczyć o sprzecznych doświadczeniach lub istnieniu niezaspokojonych potrzeb w tych obszarach, które nie zostały zwerbalizowane, ze względu na niechęć formułowania negatywnych opinii. Rozkład odpowiedzi w odniesieniu do dwóch ostatnich stwierdzeń pokazują poniższe wykresy:

Wykres 61. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku samodzielności”

**N=469**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Wykres 62. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Czuję się zaniedbany/a”

N=469

Źródło: Opracowanie własne.

W celu pogłębienia analizy poproszono uczestników badania o ocenę różnych aspektów funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy. Respondenci najwyżej ocenili kontakt z personelem, który otrzymał 89% pozytywnych odpowiedzi, przy czym 82% badanych wskazało opcję „bardzo dobrze”. Na drugim miejscu znalazła się oferta zajęć oceniona pozytywnie przez 88% badanych (bardzo dobrze 76%). Należy jednak zaznaczyć, że wszystkie aspekty otrzymały bardzo wysokie noty, bo nawet ostatnia w rankingu jakość posiłków uzyskała pozytywną ocenę 82% badanych (w tym bardzo dobrze – 70% wskazań). Dokładny rozkład odpowiedzi pokazuje poniższy wykres:

Wykres 63. Ocena aspektów funkcjonowania ŚDS przez osoby korzystające ze wsparcia

N=469

Źródło: Opracowanie własne.

Jednocześnie ponad 90% respondentów potwierdziło, że pobyt w ŚDS wpłynął pozytywnie na ich jakość życia (65% bardzo pozytywnie) oraz na ich samopoczucie psychiczne (61,4% bardzo pozytywnie). Odpowiedzi twierdzące przeważały też wyraźnie w przypadku pytania: „Czy Pana/Pani zdaniem udział w zajęciach organizowanych przez środowiskowy dom samopomocy nauczył Pana/Pani umiejętności pomocnych w codziennym życiu?”, na które odpowiedziało pozytywnie 88% respondentów (51% zdecydowanie tak), a jedynie w przypadku 1% reakcja była negatywna. Podobne opinie mieli badani na temat wpływu zajęć w ŚDS na wzrost samodzielności – tu twierdzącej odpowiedzi udzieliło 73% badanych (48% zdecydowanie tak).

Uczestnikom badania zadano również pytane na temat form wsparcia otrzymywanych w środowiskowym domu samopomocy. Najwięcej respondentów potwierdziło, że otrzymuje wsparcie w zakresie treningu umiejętności interpersonalnych (93%) oraz treningu funkcjonowania w życiu codziennym (90%), dalej znalazł się trening umiejętności spędzania czasu wolnego oraz poradnictwo psychologiczne (w obu przypadkach po 88%). Dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie prezentuje poniższy wykres:

Wykres 64. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje Pan/Pani w środowiskowym domu samopomocy?

N=488 (osoby, które wskazały choć 1 rodzaj otrzymywanego wsparcia)

Źródło: Opracowanie własne.

Dodatkową informacją na temat zakresu wsparcia może być opinia pracowników środowiskowych domów samopomocy (50). Odnośnie wszystkich wskazanych w kwestionariuszu usług społecznych większość badanych pracowników stwierdziła, że są one w ŚDS realizowane w pełnym zakresie, przy czym opinie na temat poszczególnych obszarów działania były bardzo podobne – odsetek odpowiedzi „w pełnym zakresie” oscylował z reguły na poziomie 84-90% (jedynie , zaś opcja „częściowo” 8-16%. O braku wspominało maksymalnie 2% badanych.

W odpowiedziach zarówno uczestników jak i pracowników ŚDS dostrzec można bardzo pozytywny obraz działań realizowanych przez te placówki. Jednak pomimo tej pozytywnej oceny blisko 1/3 badanych uczestników ŚDS twierdząco odpowiedziała na pytanie: „Czy posiada Pan/Pani potrzeby, których ŚDS nie realizuje?”. Wszystkich, którzy potwierdzili istnienie takich deficytów (160 osób) zapytano, w jakich dokładnie obszarach odczuwają braki. Zgodnie z odpowiedziami badanych uczestników ŚDS, największe deficyty występują w przypadku: opieki lekarskiej, rehabilitacji oraz pomocy w załatwianiu spraw, najmniejsze natomiast w zakresie opieki pielęgniarskiej i pomocy psychologicznej. Pełne zestawienie niezrealizowanych potrzeb prezentuje poniższy wykres:

Wykres 65. Niezaspokojone potrzeby w zakresie usług pomocowych

**N=160 (osoby które wskazały choć 1 niezaspokojoną potrzebę)**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Wyniki te wydają się wskazywać na konieczność poszerzenia zakresu wsparcia, szczególnie w zakresie opieki lekarskiej, rehabilitacji, zajęć ruchowych i pomocy w załatwianiu spraw osobistych. Warto w tym kontekście dodatkowo wspomnieć, że blisko 1/3 beneficjentów ŚDS korzystała w przeszłości również ze wsparcia innych placówek, przy czym najczęściej był to DPS (26% tej grupy), OPS (21%) lub inny środowiskowy dom samopomocy (20%), rzadziej WTZ (14%) lub dzienny dom pomocy (10%), co może być wskazówką dla podejmowania działań na styku różnych instytucji lub w porozumieniu między nimi. Najwyżej ocenione zostały środowiskowe domy samopomocy, które zebrały wyłącznie pozytywne głosy. Domy pomocy społecznej przeważnie uzyskały ocenę „raczej pozytywnie”, zaś w przypadku ośrodków pomocy społecznej najczęściej wskazywana była opcja „trudno powiedzieć”.

## Warsztaty terapii zajęciowej

Jak wcześniej wyjaśniono, w badaniach ilościowych brało udział 600 uczestników warsztatów terapii zajęciowej (próba badawcza została już scharakteryzowana w rozdziale 8.1). Prawie wszyscy respondenci dobrze ocenili WTZ (przy czym w przypadku 92,5% była to ocena bardzo dobra), a opinie negatywne w ogóle się nie pojawiły. W przypadku tego pytania nie wystąpiły żadne warte odnotowania tendencje w układzie odpowiedzi ze względu na długość pobytu czy płeć.

Aby dokładniej poznać opinie respondentów na temat WTZ, poproszono ich o ocenę, na ile zgadzają się z odczytanymi im stwierdzeniami. Ze wskazań uczestników badania wynika, że 87,7% z nich uważa prowadzone tam zajęcia za interesujące; 86,2% jest zdania, że oferta jest szeroka; z kolei 81,3% potwierdza, że zajęcia spełniają ich potrzeby. Najmniej potwierdzeń uzyskało dostosowanie stopnia trudności, ale i tak stwierdzenie to potwierdziło przeszło ¾ badanych (76,3%). Dokładny rozkład odpowiedzi pokazuje poniższy wykres:

Wykres 66. Opinie respondentów na temat warsztatów terapii zajęciowej

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Uczestnicy warsztatów zauważyli przy tym pozytywny wpływ otrzymywanego w WTZ wsparcia, bowiem 79,8% z nich było zdania, że ich kompetencje się poszerzyły, a zarazem wszyscy badani dostrzegli pozytywny wpływ warsztatów na swoje samopoczucie psychiczne (w tym 65% bardzo pozytywny). Jednocześnie 97% oceniło pozytywnie wpływ warsztatów na jakość życia (w tym 70% bardzo pozytywnie.

Analizując odpowiedzi respondentów w odniesieniu do ich stażu, można zauważyć, że nieco wyżej oceniają wpływ warsztatów osoby, które krócej przebywają w placówce (dokładny rozkład odpowiedzi w różnych grupach pokazuje poniższy wykres). Wydaje się więc, że najlepsze efekty, z punktu widzenia poprawy sytuacji beneficjentów, osiągane są w pierwszych latach ich uczestnictwa w zajęciach, a z czasem efektywność tego instrumentu spada. Może to być istotne w kontekście rozważań na temat optymalnej długości owego uczestnictwa. W przypadku braku możliwości jego przedłużenia konieczne jednak wydaje się stworzenie alternatywnej oferty wsparcia środowiskowego.

Wykres 67. Wpływ warsztatów terapii zajęciowej na jakość życia w podziale na czas korzystania

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

Jednocześnie 89% uczestników WTZ było zdania, że dzięki warsztatom zdobyło umiejętności pomocne w codziennym życiu (63% wskazało opcję „zdecydowanie tak”). Z kolei 83% respondentów uważało, że zwiększyło to ich samodzielność (zdecydowanie 56%).

Wykres 68. Czy Pana/Pani zdaniem udział w terapii zajęciowej pomógł Panu/Pani zwiększyć swoją samodzielność?

**N=600**

Źródło: Opracowanie własne.

Bardziej mieszane były odczucia uczestników warsztatów odnośnie kwestii, czy zdobyte umiejętności mogą być pomocne w podjęciu pracy. W tym przypadku przeważały opinie zawierające słowo „raczej” oraz opcja „trudno powiedzieć”, co wydaje się świadczyć o braku orientacji w tej kwestii większości osób korzystających z oferty WTZ.

**Wykres 69. Odpowiedzi na pytanie czy udział w warsztatach terapii zajęciowej daje umiejętności pomocne w podjęciu pracy**

N=600

Źródło: Opracowanie własne.

W odpowiedziach uczestników WTZ dostrzec można bardzo pozytywny obraz warsztatów, które są ich zdaniem dobrze dostosowane do potrzeb, a zarazem ciekawe i integrujące. Nieco mniej pewna wydaje się natomiast skuteczność tej formy wsparcia w kontekście aktywizacji osób z niepełnosprawnościami.

Mimo tej pozytywnej oceny większość osób twierdząco odpowiedziała na pytanie: „Czy posiada Pan/Pani potrzeby, których WTZ nie realizuje?”. Wszystkich, którzy potwierdzili istnienie takich deficytów (319 osób), zapytano, gdzie dokładnie odczuwają braki. Na liście niezaspokojonych potrzeb pierwsze miejsce zajęły zajęcia ruchowe, które wskazało blisko 2/3 uczestników warsztatów, dalej znalazło się wsparcie w zakresie zarządzania lekami oraz opieka lekarska. Pełne zestawienie niezrealizowanych potrzeb prezentuje poniższy wykres:

Wykres 70. Potrzeby niezrealizowane w ramach WTZ

N=319

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące niezrealizowanych w WTZ potrzeb pokazuje, w jakim zakresie wsparcie WTZ mogłoby zostać rozbudowane, a jednocześnie wyznacza możliwe kierunki działań, które mogłyby być realizowane w formie wsparcia środowiskowego.

Uczestników WTZ zapytano również, czy korzystali wcześniej ze wsparcia innych rodzajów instytucji. Twierdząco odpowiedziało na to pytanie około 10% respondentów, przy czym na liście instytucji, z których korzystano, wyraźnie dominowały środowiskowe domy samopomocy, które wskazało 41% tej grupy, dalej znalazły się „inne usługi specjalistyczne” (20%) oraz domy pomocy społecznej (14%). Usługi opiekuńcze świadczone w domu otrzymywało tylko 10% z tej grupy. Pełną listę instytucji prezentuje poniższy wykres:

Wykres 71. Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z wsparcia innych instytucji lub usług? (Jaka to była instytucja/ usługa?)

N=59

Źródło: Opracowanie własne.

Najwyżej ocenione zostały mieszkania chronione (wszystkie 6 wskazań „bardzo dobrze”), oraz środowiskowe domy samopomocy (ok. 1/3 wskazań „bardzo dobrze”). Najsłabsze oceny uzyskały domy pomocy społecznej, o których wypowiadało się 9 osób, ale tylko dwie oceniły tego typu placówki (raczej) pozytywnie. Opinie te zdają się potwierdzać priorytetowe znaczenie opieki środowiskowej w przypadku osób o wyższym stopniu samodzielności.

Aktualnie prawie nikt (1%) z osób uczęszczających do WTZ nie stara się o przyjęcie do innej instytucji, chociaż blisko ¼ respondentów (24%) potwierdziła taką chęć, w tym 14% w sposób zdecydowany.

## Podsumowanie

Zastanawiając się nad jakością wsparcia oferowanego w różnych typach placówek działających na Pomorzu, należy uwzględnić takie elementy jak: zakres oferowanego wsparcia oraz ogólna ocena jego jakości, ale też ocena poszczególnych aspektów działania placówki i funkcjonowania, wpływ podejmowanych działań na jakość życia oraz stan psychiczny beneficjentów.

Analizując odpowiedzi respondentów trzeba przede wszystkim podkreślić, że zdecydowana ich większość dobrze oceniała placówki w których przebywa, a jednocześnie była przekonana, że otrzymane wsparcie pozytywnie wpłynęło na ich komfort życia i stan psychiczny, przy czym pozytywne ogólne oceny znalazły wyraźne potwierdzenie w odpowiedziach na temat różnych aspektów funkcjonowania badanych instytucji – w zależności od miejsca, wysuwały się na prowadzenie nieco inne elementy, różnice pomiędzy ich ocenami były jednak niewielkie.

Jeśli chodzi o przedstawione respondentom twierdzenia dotyczące efektów jakościowych oferowanego wsparcia, podkreślić należy wysoką zgodność opinii dotyczących poczucia swobody, bezpieczeństwa, zaspokojenia potrzeb, czy interakcji społecznych. Chociaż trzeba dodać, że w przypadku zakładów zamkniętych bardziej mieszane były opinie na temat braku samodzielności czy braku prywatności, a jednocześnie niepokojąco wysoki okazał się odsetek osób przyznających, że tęsknią za swoim dawnym otoczeniem.

W grupie mieszkańców schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, oceny były nieco niższe niż w innych instytucjach zamkniętych, a jednocześnie wiele osób nie miało sprecyzowanej opinii na temat różnych aspektów funkcjonowania tych placówek. Nawet jednak w schroniskach przeważały pozytywne opinie, a jednocześnie badani przyznawali, że czują się w placówce swobodnie i daje im ona poczucie bezpieczeństwa. Przy czym właśnie w schroniskach szczególnie wysoko notowana była możliwość utrzymywania kontaktów z personelem, innymi osobami w bezdomności oraz (o ile było to w ogóle możliwe ze względu na sytuację osobistą) z rodziną, co świadczy o istotnej roli tych instytucji w wypełnianiu deficytów w obszarze relacji.

Z badań prowadzonych w placówkach dziennych środowiskowych wynika, że zdecydowana większość ich beneficjentów jest zadowolona ze wsparcia, przy czym szczególnie wysoko są oceniane są takie elementy jak: kontakt z personelem, jakość opieki i szeroka oferta zajęć. Osoby korzystające ze wsparcia w środowiskowych domach samopomocy, dziennych domach pomocy oraz warsztatach terapii zajęciowej czują się swobodnie i bezpiecznie, a oferowane wsparcie przeważnie spełnia ich wymagania, przy czym istotnym elementem jest dla beneficjentów możliwość kontaktu z innymi ludźmi. Z wypowiedzi badanych wynika ponadto, że uczestnictwo w dziennych formach wsparcia pozytywnie wpływa zarówno na ich samopoczucie psychiczne, jakość życia, jak i na wzrost poziomu samodzielności oraz rozwój umiejętności potrzebnych w codziennym życiu. Ze względu na wysoką jakość wsparcia oferowanego beneficjentom dziennych placówek, a także z perspektywy deinstytucjonalizacji, wskazane wydaje się zatem rozbudowywanie dostępu do tego typu usług.

# Zapotrzebowanie na opiekę mieszkańców województwa oraz ich opinie na temat systemu wsparcia

Analiza przedstawiona w tym rozdziale oparta została na danych pozyskanych w ramach badania ilościowego 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, w tym 52% mężczyzn i 48% kobiet.

Wykres 72. Rozkład płci respondentów

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

W badanej próbie, jak wspomniano, zgodnie z założeniami metodologicznymi, uwzględniono zasadniczo osoby powyżej 45. roku życia:

Wykres 73. Rozkład wieku badanej próby mieszkańców

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie ze strukturą demograficzną regionu, w próbie badawczej znalazło się 21% osób do 50. roku życia, 28% osób w wieku 51-60 lat (czyli osób tzw. 50+), 30% osób 61-70 lat (graniczna grupa osób z definicji w wieku emerytalnym) oraz 16% seniorów w wieku 71-80 lat, 5% w wieku 81-90 lat oraz 1% powyżej 91. roku życia. Istotne jest podkreślenie piramidy wieku osób badanych, jako że pozwala to nieco lepiej zinterpretować dane dotyczące deklaratywnych i faktycznych kwestii związanych z ich ogólnym stanem zdrowia – przy założeniu, zgodnie z literaturą przedmiotu, że wraz z wiekiem ulega on pogorszeniu[[60]](#footnote-61).

Pod względem geograficznym, próba badawcza obejmowała całe terytorium województwa pomorskiego, z adekwatnym, względem ogólnej liczby mieszkańców poszczególnych jednostek terytorialnych, rozkładem pod względem liczebności badanych w poszczególnych powiatach, co ilustruje poniższa mapa:

Rysunek 7. Rozkład próby badawczej w podziale na powiaty

**2%**

**4%**

**4%**

**5%**

**6%**

**4%**

**4%**

**5%**

**6%**

**4%**

**6%**

**4%**

**6%**

**8%**

**9%**

**7%**

**4%**

**4%**

**4%**

**3%**

**N=1050**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Analiza danych wykazała, że większość spośród badanych respondentów zamieszkuje tereny wiejskie oraz mniejsze miasta, pozostałe osoby pochodziły z miast o wielkości 20-100 tys. mieszkańców oraz miast powyżej 200 tys. mieszkańców, zgodnie z rozkładem zamieszkania populacji województwa. Rozkład próby pod względem wielkości miejsca zamieszkania szczegółowo ilustruje kolejny wykres:

Wykres 74. Odsetek badanych mieszkańców ze względu na wielkość miejscowości zamieszkania

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Pod względem materialnym badane osoby w większości (48%) oceniło swoją sytuację na „średnim” poziomie. Jednak 32% osób zadeklarowało życie na poziomie „dobrym” (i dodatkowo 1% „bardzo dobrym”), jedynie 18% respondentów oceniło swój poziom życia jako „skromny”, a tylko 1% jako „bardzo biedny”, co ilustruje kolejny wykres.

Wykres 75. Deklarowana przez respondentów ocena własnego poziomu życia

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Daje się przy tym zauważyć, że deklarowany poziom życia badanych osób jest związany z ich sytuacją zawodową, określaną przez pryzmat źródeł dochodu. Uzyskane dane pokazują, że głównym źródłem utrzymania większości respondentów jest praca (etatowa 43%, własna działalność gospodarcza 11%, praca dorywcza 4%), natomiast 35% badanej populacji uzyskuje świadczenia emerytalne lub rentowe. Jedynie niewielki odsetek (6%) jest wspierany świadczeniami z pomocy społecznej; ponadto w badanej grupie nie znalazły się osoby otrzymujące „inne świadczenia pieniężne”. Zostało to zilustrowane na poniższym wykresie:

Wykres 76. Główne źródło utrzymania respondentów

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Na powiązania danych związanych z jakością i poziomem życia ze źródłami dochodów należy zwrócić uwagę ze względu na to, że wiadomym jest z licznych opracowań badawczych, iż jakość życia ogólna oraz jakość życia związana ze zdrowiem są w dużym stopniu uwarunkowane właśnie przez aspekty związane z pracą zawodową. Zatrudnienie nie tylko zapewnia środki do życia i wpływa na możliwości konsumpcyjne, ale również formuje osobowość i styl życia osób. Ponadto, takie elementy jak rodzaj wykonywanej pracy, poziom umiejętności zawodowych, pozycja w strukturze organizacyjnej oraz stosunek do posiadania, mają istotny wpływ na pozycję jednostki w strukturze społecznej, a wynikające z tego różnice, są powiązane z zjawiskiem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu[[61]](#footnote-62). Z tego punktu widzenia, wchodząc na poziom wnioskowania statystycznego, nie stanowi zaskoczenia stosunkowo wysoka deklaratywność dobrego i bardzo dobrego poziomu życia, ze względu na pozyskiwanie przez respondentów stabilnych dochodów, wynikających z utrzymywania stosunku pracy lub świadczeń emerytalnych lub rentowych, co następnie koresponduje z deklaracjami dotyczącymi posiadanych długotrwałych problemów zdrowotnych.

## Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa pomorskiego

Analiza danych wykazała, że ponad połowa (51%) badanych mieszkańców województwa deklaruje posiadanie długotrwałych problemów zdrowotnych, przy czym jedynie 15% w znacznym stopniu, natomiast 36% w stopniu określonym jako „niewielki”.

Wykres 77. Rozkład odpowiedzi na pytanie: czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

W podziale na poszczególne powiaty, rozkład odpowiedzi w tym zakresie ilustruje poniższa tabela:

Tabela 55. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na powiaty

| Powiat | suma odpowiedzi "tak, w znacznym stopniu" i "tak, w niewielkim stopniu" | Tak, w znacznym stopniu | Tak, w niewielkim stopniu |
| --- | --- | --- | --- |
| Powiat wejherowski | 46,8% | 22,6% | 24,2% |
| Powiat kartuski | 55,9% | 20,6% | 35,3% |
| Powiat starogardzki | 56,4% | 20,0% | 36,4% |
| Powiat gdański | 46,9% | 11,1% | 35,8% |
| Powiat tczewski | 53,2% | 16,1% | 37,1% |
| Powiat słupski | 46,6% | 15,5% | 31,0% |
| Powiat chojnicki | 64,3% | 19,0% | 45,2% |
| Powiat pucki | 56,6% | 13,2% | 43,4% |
| Powiat kwidzyński | 53,5% | 18,6% | 34,9% |
| Powiat bytowski | 58,7% | 15,2% | 43,5% |
| Powiat kościerski | 44,4% | 11,1% | 33,3% |
| Powiat lęborski | 44,4% | 4,4% | 40,0% |
| Powiat malborski | 65,8% | 18,4% | 47,4% |
| Powiat człuchowski | 44,4% | 13,9% | 30,6% |
| Powiat sztumski | 42,1% | 15,8% | 26,3% |
| Powiat nowodworski | 51,3% | 10,3% | 41,0% |
| miasto Gdańsk | 55,4% | 22,8% | 32,6% |
| miasto Gdynia | 48,1% | 11,7% | 36,4% |
| miasto Słupsk | 36,4% | 6,8% | 29,5% |
| miasto Sopot | 42,3% | 3,8% | 38,5% |
| ogółem | 51,0% | 15,2% | 35,7% |

N=1050. Wykluczono odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższe dane dodatkowo zostały zilustrowane na mapie:

Rysunek 8. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na powiaty

**42%**

**48%**

**36%**

**44%**

**56%**

**53%**

**42%**

**51%**

**57%**

**47%**

**44%**

**47%%**

**59%%%**

**56%**

**47%**

**55%**

**66%**

**53%%**

**64%**

**44%**

**N=1050**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Najwyższy odsetek mieszkańców zgłaszających długotrwałe problemy zdrowotne mają powiaty: chojnicki (64,3%) i malborski (65,8%), najniższy zaś miasto Słupsk (36,4%). Z kolei Gdańsk ma największy odsetek mieszkańców zgłaszających długotrwałe problemy zdrowotne „w znacznym stopniu" (22,8%), a powiat lęborski (4,4%) i miasto Sopot (3,8%) najniższy odsetek mieszkańców, których problemy zdrowotne osiągają „znaczny stopnień".

W większości powiatów odsetek osób z problemami zdrowotnymi „w niewielkim stopniu” jest wyższy niż odsetek osób z problemami „w znacznym stopniu”. Oznacza to, że większość mieszkańców doświadcza problemów zdrowotnych, które w pewnym stopniu utrudniają codzienne obowiązki, ale nie są one na tyle poważne, aby całkowicie uniemożliwić codzienne funkcjonowanie. Miejscowości i powiaty z wysokim odsetkiem osób zgłaszających problemy „w znacznym stopniu", takie jak miasto Gdańsk, powiat chojnicki i powiat malborski, mogą wymagać szczególnej uwagi ze strony organizatorów usług zdrowotnych i społecznych. Tym niemniej z posiadanych danych nie można jednoznacznie określić przyczyn różnic w odsetku osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w różnych powiatach. Wymagałoby to głębszej analizy, która mogłaby uwzględniać czynniki takie jak: wiek, dochód, dostęp do opieki zdrowotnej, warunki pracy i inne zmienne społeczno-ekonomiczne.

Tabela 56. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na aktualną sytuację materialną

|  | Tak, w znacznym stopniu | Tak, w niewielkim stopniu | Nie |
| --- | --- | --- | --- |
| Żyjemy bardzo dobrze – mogę (możemy) pozwolić sobie na pewien luksus | 0,0% | 22,2% | 77,8% |
| Żyjemy dobrze – starcza nam na wiele bez specjalnego oszczędzania | 12,7% | 30,7% | 56,6% |
| Żyjemy średnio – starcza nam na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważniejsze zakupy | 10,8% | 39,3% | 49,9% |
| Żyjemy skromnie – musimy na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować | 30,2% | 38,5% | 31,3% |
| Żyjemy bardzo biednie – nie starcza mi (nam) nawet na podstawowe potrzeby | 75,0% | 12,5% | 12,5% |
| Ogółem | 15,4% | 36,1% | 48,6% |

N=1050. Wykluczono odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych prezentujących związek między aktualną sytuacją materialną mieszkańców województwa a występowaniem długotrwałych problemów zdrowotnych można wyciągnąć następujące wnioski:

Zgodnie z wcześniej podkreślaną, istniejącą w całej populacji zależnością, istnieje wyraźna korelacja między poziomem dobrostanu a ilością zgłaszanych długotrwałych problemów zdrowotnych. Osoby żyjące w gorszych warunkach materialnych częściej zgłaszają problemy zdrowotne „w znacznym stopniu”. 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%). To potwierdza negatywny wpływ niższych dochodów, a w skrajnych przypadkach ubóstwa, na zdrowie. Odsetek osób zgłaszających problemy zdrowotne „w niewielkim stopniu” jest wyższy w grupach o niższym statusie materialnym, z wyjątkiem grupy „żyjemy bardzo biednie”. Może to wskazywać na to, że osoby te w dalszym ciągu doświadczają problemów zdrowotnych, ale są one mniej intensywne lub mniej ograniczające niż w przypadku osób żyjących w ubóstwie.

Wyraźna różnica między skrajnymi grupami pod względem materialnym („żyjemy bardzo dobrze" vs. „żyjemy bardzo biednie") w odsetku zgłaszanych problemów zdrowotnych wskazuje na możliwość, że warunki życia mają duży wpływ na stan zdrowia. W grupie najbiedniejszej, prawie 9 na 10 osób zgłasza problemy zdrowotne, podczas gdy w grupie żyjącej „bardzo dobrze” problemy zdrowotne zgłasza mniej niż 1 na 4 osoby.

Grupy o niższym statusie materialnym, szczególnie te żyjące „bardzo biednie”, mogą potrzebować szczególnej uwagi w kwestii wsparcia zdrowotnego i społecznego. Wskazuje to na potrzebę skoncentrowania zasobów i usług zdrowotnych na grupach o niższym statusie materialnym oraz potrzebę interwencji mających na celu poprawę warunków życia jako środka do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji.

Tabela 57. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na wielkość miejscowości

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tak, w znacznym stopniu | Tak, w niewielkim stopniu | Nie |
| Wieś | 15,8% | 38,6% | 45,6% |
| Miasto do 20 tysięcy mieszkańców | 15,6% | 37,0% | 47,3% |
| Miasto powyżej 20 do 100 tysięcy mieszkańców | 11,9% | 32,6% | 55,5% |
| Miasto powyżej 100 do 200 tysięcy mieszkańców | 40,0% | 0,0% | 60,0% |
| Miasto powyżej 200 tysięcy mieszkańców | 17,8% | 34,3% | 47,9% |
| Ogółem | 15,4% | 36,1% | 48,6% |

N=1050. Wykluczono odpowiedzi „trudno powiedzieć”

Źródło: Opracowanie własne.

Rozkład odpowiedzi w ujęciu terytorialnym jest równomierny, trudno jest wskazać i udowodnić istotne zależności w tym zakresie, poza spostrzeżeniem, że największy odsetek deklarowanego braku problemów zdrowotnych dotyczy powiatów i miast: malborskiego, chojnickiego, bytowskiego, puckiego, kartuskiego oraz miasta Gdańska. Z kolei najmniej osób deklarujących brak tego rodzaju problemów występuje w powiatach: sztumskim, człuchowskim i kościerskim oraz w Sopocie. Analiza danych wskazuje na różnice w odsetku osób zgłaszających długotrwałe problemy zdrowotne w zależności od wielkości miejscowości, w której żyją. Mieszkańcy wsi częściej zgłaszają problemy zdrowotne „w niewielkim stopniu" (38,6%) w porównaniu do mieszkańców miast, szczególnie tych powyżej 20 tysięcy ludności, co może wynikać z różnic w dostępie do ochrony zdrowia lub warunków życia. Respondenci z miast o liczbie mieszkańców od 20 do 100 tysięcy rzadziej zgłaszają problemy zdrowotne „w znacznym stopniu” (11,9%) oraz „w niewielkim stopniu” (32,6%) w porównaniu z innymi kategoriami. Natomiast miasto z populacją od 100 do 200 tysięcy mieszkańców wyróżnia się szczególnie wysokim odsetkiem osób zgłaszających problemy „w znacznym stopniu" (40%). Może to wskazywać na specyficzne problemy zdrowotne w tej kategorii, które wymagają dalszej analizy.

W największych miastach (powyżej 200 tysięcy mieszkańców) odsetek osób zgłaszających problemy zdrowotne jest wyższy niż w miastach średniej wielkości, ale niższy niż w najmniejszych miastach i na wsi, co może wskazywać na lepsze warunki życia lub lepszą dostępność usług zdrowotnych w porównaniu do mniejszych miejscowości, ale z innymi problemami specyficznymi dla dużych miast.

W ujęciu administracyjnym rozkład odpowiedzi dotyczący posiadania problemów zdrowotnych „w znacznym stopniu” ilustruje kolejna mapa:

Rysunek 9. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie w stopniu znacznym – w podziale na powiaty

**3,8%**

**6,8%**

**11,1%**

**20,0%**

**16,1%**

**15,8%**

**10,3%**

**13,2%**

**22,6%**

**4,4%**

**15,5%**

**15,2%**

**20,6%**

**11,1%**

**22,8%**

**11,7%**

**18,4%**

**18,6%%**

**19,0%**

**13,9%**

**N=1050**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Pod względem odsetka wskazań posiadania długotrwałych problemów zdrowotnych w znacznym stopniu dominują powiaty: wejherowski, kartuski, starogardzki oraz chojnicki. Najmniejszy odsetek wskazań, czyli przypuszczalnie najmniej osób posiadających znaczne problemy zdrowotne, znajduje się w powiatach: lęborskim, nowodworskim oraz kościerskim i gdańskim. Z analizy danych w układzie geograficznym nie wynikają w tym zakresie wyraźne zależności. Dane nie objaśniają także, dlaczego mieszkańcy wskazanych powiatów (a w szczególności mieszkańcy należących do nich miast o populacji powyżej 100 tysięcy do 200 tysięcy) ludności mają tak wysoki odsetek problemów zdrowotnych „w znacznym stopniu" – w celu odpowiedzi na to pytanie konieczna byłaby szczegółowa analiza sytuacji społeczno-demograficznej gospodarstw domowych oraz infrastruktury ochrony zdrowia na poziomie gmin i powiatów. Aby lepiej zrozumieć ten trend, należałoby zbadać dodatkowe czynniki, takie jak warunki środowiskowe, ekonomiczne, społeczne oraz dostępność i jakość opieki zdrowotnej w tej specyficznej grupie.

Tabela 58. Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie? (z podziałem na wiek)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wiek | Wiek | Wiek | Wiek | Ogółem |
|  | 45-50 | 51-60 | 61-70 | Powyżej 70 r. ż. |  |
| Tak w znacznym stopniu | 3 | 20 | 43 | 94 | 160 |
| Tak w niewielkim stopniu | 29 | 83 | 176 | 87 | 375 |
| Nie | 183 | 181 | 99 | 42 | 505 |
| Trudno powiedzieć | 1 | 8 | 1 | 0 | 10 |
| Ogółem | 216 | 292 | 319 | 223 | 1050 |

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 78. Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie? (z podziałem na wiek)

**N=1050**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Analiza danych dotyczących długotrwałych problemów zdrowotnych w różnych grupach wiekowych ukazuje wyraźny wzrost częstości i nasilenia tych problemów w miarę starzenia się populacji. W grupie osób powyżej 70. roku życia, znaczna liczba osób zgłasza poważne problemy zdrowotne, co stanowi znaczący kontrast w porównaniu z grupą w wieku 45-50 lat, gdzie takie przypadki są rzadsze. Podobnie, niewielkie problemy zdrowotne są częściej zgłaszane przez starsze grupy wiekowe, z największą liczbą przypadków w grupie 61-70 lat. W młodszych grupach wiekowych, większość osób nie doświadcza długotrwałych problemów zdrowotnych, co wskazuje na lepszy ogólny stan zdrowia wśród młodszych dorosłych. Jednakże, istnieje również niewielka grupa osób, która ma trudności z oceną swojego stanu zdrowia, co może świadczyć o złożoności problemów zdrowotnych lub braku dostępu do odpowiedniej opieki. Te obserwacje podkreślają potrzebę zwrócenia większej uwagi na opiekę zdrowotną i wsparcie dla osób starszych oraz na działania prewencyjne i lecznicze w młodszych grupach wiekowych, aby zmniejszyć ryzyko poważnych problemów zdrowotnych w przyszłości.

Dalsze dociekania dotyczące problemów zdrowotnych odnoszą się do sytuacji ekonomicznej badanych osób, w tym źródeł dochodów.

Tabela 59. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na źródła dochodów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Długotrwałe problemy zdrowotne | Tak, w znacznym stopniu | Tak, w niewielkim stopniu | Nie |
| Prowadzę działalność gospodarczą | 5,1% | 30,8% | 64,1% |
| Praca etatowa | 1,6% | 32,1% | 66,4% |
| Praca dorywcza | 4,3% | 23,9% | 71,7% |
| Świadczenia z pomocy społecznej | 37,5% | 14,1% | 48,4% |
| Emerytura lub renta | 33,4% | 48,3% | 18,2% |
| Inne świadczenia pieniężne (np. z ZUS) | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| Ogółem | 15,4% | 36,1% | 48,6% |

N=1050. (Wykluczono odpowiedzi „trudno powiedzieć”).

**Źródło: Opracowanie własne.**

Analiza danych dotyczących mieszkańców województwa z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w kontekście ich źródeł dochodów ujawnia kilka istotnych trendów. Po pierwsze, zauważalny jest wyższy odsetek osób z poważnymi problemami zdrowotnymi wśród odbiorców świadczeń z pomocy społecznej oraz emerytów i rencistów (33,4%). Może to wskazywać na większą podatność tych grup na problemy zdrowotne, co może być związane z ich wiekiem, niższym statusem socjoekonomicznym lub innymi czynnikami związanymi z ich sytuacją życiową. Z drugiej strony, osoby pracujące na etacie lub prowadzące działalność gospodarczą wykazują najniższy odsetek znacznych problemów zdrowotnych, co może sugerować lepszy stan zdrowia wśród osób aktywnych zawodowo, być może dzięki lepszemu dostępowi do opieki zdrowotnej, wyższym dochodom lub innym korzyściom związanym z zatrudnieniem.

Kolejny interesujący aspekt to wysoki odsetek osób z niewielkimi problemami zdrowotnymi wśród emerytów i rencistów, co może wskazywać, że chociaż ta grupa doświadcza problemów zdrowotnych, są one mniej ograniczające w codziennym życiu.

Ogólnie rzecz biorąc, w całej badanej populacji, znaczne problemy zdrowotne zgłasza 15,4% osób, niewielkie problemy 36,1%, a większość, czyli 48,6%, nie doświadcza długotrwałych problemów zdrowotnych. To wskazuje na zróżnicowanie stanu zdrowia w populacji, zależne od źródła dochodów i potencjalnie innych czynników socjoekonomicznych. Dane te podkreślają istotne różnice w stanie zdrowia mieszkańców województwa, z wyraźnymi różnicami między osobami aktywnymi zawodowo, emerytami/rencistami oraz odbiorcami świadczeń z pomocy społecznej. Osoby prowadzące działalność gospodarczą i pracujące na etat rzadko zgłaszają problemy zdrowotne „w znacznym stopniu" (odpowiednio 5,1% i 1,6%), co może wskazywać na to, że regularne zatrudnienie i najczęściej połączona z nim (przynajmniej względna) stabilność finansowa są powiązane z lepszym stanem zdrowia. Osoby pracujące dorywczo zgłaszają problemy zdrowotne „w znacznym stopniu" nieco częściej niż poprzednia kategoria, ale nadal stosunkowo rzadko (4,3%), co sugeruje, że nawet nieregularne dochody z pracy mogą pozytywnie wpływać na zdrowie.

Wysoki odsetek osób otrzymujących świadczenia z pomocy społecznej zgłasza problemy zdrowotne „w znacznym stopniu” (37,5%), co może odzwierciedlać związek między niższym statusem ekonomicznym a gorszym stanem zdrowia.

Osoby na emeryturze lub rencie zgłaszają najwyższy odsetek długotrwałych problemów zdrowotnych, zarówno „w znacznym stopniu” (33,4%), jak i „w niewielkim stopniu” (48,3%). Ten trend jest spodziewany, ponieważ starsze osoby częściej mają problemy zdrowotne.

Dane ogólne (15,4% „tak, w znacznym stopniu” i 36,1% „tak, w niewielkim stopniu”) sugerują, że problemy zdrowotne są dość powszechne w populacji, ale istnieje w tym zakresie znacząca zależność od źródła dochodów. Grupy uzależnione od świadczeń z pomocy społecznej oraz otrzymujące emerytury lub renty mogą wymagać szczególnie intensywnego wsparcia zdrowotnego ze względu na wyższą zapadalność na długotrwałe choroby. Stabilność finansowa a przede wszystkim wyższy poziom aktywności zawodowej, które wiążą się z pracą etatową lub prowadzeniem działalności gospodarczej, może być ważnym czynnikiem wpływającym na lepszy stan zdrowia.

Wyniki analizy danych sugerują potrzebę skoncentrowania usług zdrowotnych na osobach starszych i tych, które żyją ze świadczeń pomocy społecznej, oraz na stworzeniu warunków, które pozwolą na integrację osób z problemami zdrowotnymi na rynku pracy – co notabene jest spójne z założeniami (priorytetami i celami) programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP). Z pewnością można także założyć, że obszary województwa, na których odsetek osób zgłaszających problemy zdrowotne jest wyższy, wymagają szczególnej uwagi w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej.

## Zapotrzebowanie na opiekę mieszkańców województwa pomorskiego

Jedynie niewielki odsetek (5%) badanych mieszkańców województwa pomorskiego wskazuje na potrzebę ciągłej opieki ze strony innych osób, 8% wymaga pomocy przy wykonywaniu części codziennych obowiązków, 29% respondentów zgłasza zapotrzebowanie sporadycznego (nie codziennego) wsparcia przy wykonywaniu niektórych czynności, natomiast większość (59%) respondentów nie wyraża potrzeby jakiegokolwiek wsparcia.

Wykres 79. Zapotrzebowania na opiekę wśród mieszkańców województwa

**N=1050**

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy danych wynika zatem, że większość (badanych) mieszkańców jest stosunkowo samodzielna i nie potrzebuje stałego wsparcia. Zadaniem polityki społecznej powinna zatem być pomoc w zachowaniu tej samodzielności oraz zapewnienie sieci bezpieczeństwa dla tych, którzy mogą potrzebować usług społecznych w przyszłości. Interesującym przy tym aspektem jest fakt, że 29% respondentów potrzebuje sporadycznego wsparcia. Istnieje więc znacząca grupa osób, które są w większości samodzielne, ale od czasu do czasu wymagają pomocy, zapewne w formie środowiskowej. Ta grupa może potrzebować elastycznych usług, dostosowanych do ich zmieniających się potrzeb. Z drugiej strony, 8% mieszkańców potrzebuje pomocy w wykonywaniu codziennych obowiązków, co sugeruje, że istnieje grupa, która wymaga pewnego poziomu wsparcia, ale nie musi to być pomoc na poziomie ciągłej opieki. Istnieje jedocześnie niewielka grupa osób (5%), która wymaga szczególnego i stałego skupienia zasobów opiekuńczych oraz o charakterze zdrowotnym.

Podobny rozkład odpowiedzi można odnotować w stosunku do potrzeb osób bliskich dla ankietowanych:

Wykres 80. Wsparcie jakiego potrzebują członkowie rodzin respondentów

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

Źródło: Opracowanie własne.

Osoby deklarujące potrzebę wsparcia dla swoich bliskich w pierwszej kolejności wskazywały na opiekę lekarską (68%), ale w bardzo wysokim odsetku także na pomoc psychologiczną (56%) oraz rehabilitację (55%) i fizjoterapię (35%). W badanej grupie dominujące są zatem kwestie związane ze stanem zdrowia, w tym z dobrostanem psychicznym. Kwestia zdrowotna nabiera znaczenia, zwłaszcza jeżeli obok „opieki lekarskiej” zauważymy także istotny odsetek wskazań na potrzebę „opieki pielęgniarskiej” (32%). W drugiej dopiero kolejności, chociaż nie w dużo mniejszym stopniu, wymieniane są konieczność wsparcia w czynnościach higienicznych (43%) oraz przy ogólnie rozumianej „codziennej opiece” (35%), a dodatkowo i w ostatniej kolejności dostarczanie i pomoc w przyjmowaniu leków (20%) oraz zarządzanie lekami (także 20%).

Z analizy danych wynika, co ponownie trzeba podkreślić, że priorytety skupiają się głównie wokół kwestii zdrowotnych, zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Największe zapotrzebowanie dotyczy opieki lekarskiej oraz, wskazywanej wprawdzie rzadziej, ale uzupełniającej ją opieki pielęgniarskiej. Jest to zrozumiałe, ponieważ dostęp do opieki medycznej jest kluczowy w przypadku osób wymagających wsparcia, szczególnie w sytuacjach chorobowych lub w przypadku pogorszenia stanu zdrowia. Sama w sobie natomiast opieka pielęgniarska jest o tyle ważnym aspektem wsparcia, że łączy zarówno elementy opieki medycznej, jak i pomocy w codziennych czynnościach (związanych ze zdrowiem). To wskazuje na potrzebę kompleksowego podejścia do wsparcia, które obejmuje głównie aspekty medyczne, ale też związaną z nimi pomoc w codziennym funkcjonowaniu.

Jako, że znaczący odsetek osób wskazał na potrzebę pomocy psychologicznej, podkreślić należy, jak ważny stał się dobrostan psychiczny w kontekście opieki nad bliskimi, zwłaszcza w sytuacjach, gdy mogą oni doświadczać stresu, lęku czy innych problemów emocjonalnych związanych z ich stanem zdrowia lub samotnością.

Rehabilitacja i fizjoterapia również są ważnymi elementami wsparcia. Te usługi są kluczowe w utrzymaniu lub poprawie mobilności i funkcjonowania fizycznego, co jest istotne dla jakości życia osób wymagających opieki.

Wsparcie w czynnościach higienicznych oraz ogólnie rozumiana codzienna opieka (35%) są także ważne, choć jak wspomniano, wymieniane w drugiej kolejności. Ich miejsce w hierarchii potrzeb wskazuje na to, że oprócz bezpośredniej opieki zdrowotnej, istotne są również usługi wspierające podstawowe potrzeby życiowe, co jest kluczowe dla zachowania godności i komfortu życia osób wymagających opieki.

W ostatniej kolejności wymieniano dostarczanie i pomoc w przyjmowaniu leków oraz zarządzanie lekami. Chociaż te aspekty są wymieniane rzadziej, nadal stanowią ważny element wsparcia w zakresie ochrony zdrowia, co jest kluczowe dla efektywnego leczenia i zapobiegania komplikacjom zdrowotnym.

Objęci badaniem mieszkańcy województwa pomorskiego chętniej deklarują korzystanie z usług publicznych w zakresie wsparcia aniżeli z usług prywatnych. Różnica w tym zakresie, tj. pomiędzy wyborem publicznych i prywatnych źródeł usług, nie jest przeważająca, bowiem z usług publicznych chęć korzystania deklaruje przeciętnie 59%, a prywatnych 41% mieszkańców. Ilustruje to poniższy wykres, który dodatkowo wskazuje na niewielkie pod tym względem zróżnicowanie wyboru ze względu na płeć respondenta:

Wykres 81. Deklaracja chęci korzystania z formy prywatnej lub publicznej w zakresie usług zdrowotnych – w podziale na płeć)

N=1050

**Źródło: Opracowanie własne.**

Z danych zilustrowanych na kolejnym wykresie wynika z kolei, że bez względu na wiek, przeciętny poziom deklaracji wykorzystania usług publicznych i prywatnych jest podobny, z lekką, ale mało istotną statystycznie przewagą na rzecz usług publicznych w grupie osób do 50. roku życia. Innymi słowy, wiek w praktyce nie ma znaczenia dla wyboru formy (publiczny-prywatny) usługi:

Wykres 82. Chęć korzystania z usług prywatnych/publicznych – w podziale na wiek

N=1050

**Źródło: Opracowanie własne.**

Inaczej niż w przypadku wieku, status materialny mieszkańca/respondenta ma znaczenie przy wyborze formy korzystania z usług, na co wskazują dane zilustrowane na kolejnym wykresie:

Wykres 83. Deklarowana chęć korzystania z usług prywatnych/publicznych – w podziale na status materialny

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Wraz ze wzrostem poziomu zamożności, czy ściślej – z deklarowanym poziomem życia, wyraźnie rośnie odsetek osób deklarujących posiłkowanie się usługami prywatnymi w stosunku do usług publicznych, po które częściej skłonne są sięgać osoby oceniające swoją sytuację materialną jako „średnią” i „skromną”, zaś w grupie oceniającej swój poziom życia jako „bardzo biedny” nikt nie jest skłonny korzystać z usług prywatnych. Dostęp do usług prywatnych jest oczywiście uzależniony od statustu materialnego – tzn. im uboższe gospodarstwo domowe, tym mniejszy odsetek korzystających z sektora prywatnego. To oczywista teza, potwierdzona dodatkowo niniejszymi badaniami, w tym danymi ilościowymi jak i jakościowymi. Przekaz ten wzmacniają kolejne dane, zilustrowane na kolejnych wykresach, które zawierają formę graficzną rozkładu odpowiedzi respondentów dotyczących powodów, dla których wybierane są przez nich usługi publiczne lub prywatne.

Wykres 84. Powody wyboru usług publicznych (możliwe wiele odpowiedzi)

N=617. Odpowiadały osoby, które skorzystałyby z usług publicznych

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 85. Powody wyboru usług prywatnych (możliwe wiele odpowiedzi)

N=433. Odpowiadały osoby, które skorzystałyby z usług prywatnych.

Źródło: Opracowanie własne.

Notabene, podobnie jak w przypadku deklaracji korzystania z usług publicznych lub prywatnych, zróżnicowania powodów dla których respondenci są gotowi wybrać jedną lub drugą formę ich dostarczania, nie miał znaczenia statystycznego podział na płeć, tj. zarówno kobiety jak i mężczyźni pod tym względem udzielali jednolitych odpowiedzi. W sensie statystycznym zatem można wnioskować, że płeć respondenta nie ma znaczenia dla preferencji w wyborze prywatne-publiczne. Jak zatem widać, w przypadku usług prywatnych najbardziej istotne znaczenie ma tu szybkość dostępu do usługi, domniemane – deklarowane mniejsze formalności w zaspokojeniu potrzeby dostępu, jak też (ponownie należy podkreślić – deklarowana) lepsza jakość usług o charakterze prywatnym i większe do nich zaufanie. To co dominuje z kolei w wyborach dotyczących usług publicznych, to przede wszystkim niższe koszty dostępu (czy precyzyjniej: zbyt wysoka cena usługi prywatnej) oraz większe zaufanie do sektora publicznego, na które jednak wskazuje jedynie co trzeci (33,06%) respondent.

Dominujące są tu zatem kwestie finansowe, szybkość dostępu do usługi, mniejszy zakres formalności oraz – ponownie należy to podkreślić: domniemana – wyższa jakość systemu prywatnego. W szczególności kwestie finansowe, które absolutnie przeważają w hierarchii wyboru formy usług, wybijają się na pierwszy plan, co nie jest zaskakujące, jeżeli wziąć pod uwagę, że średni miesięczny (w ostatnich 3 miesiącach) koszt wsparcia i pomocy w zakresie usług społecznych i zdrowotnych świadczonych na rzecz osób badanych, respondenci w większości (51%) szacują na kwotę do 500 zł, a w znacznym odsetku (39%) nawet w zakresie 501-1000 zł. Ilustruje to poniższy wykres:

Wykres 86. Przeciętny miesięczny koszt poniesiony na zapewnienie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub stałą opieką medyczną dotyczącą respondenta (w ostatnich 3 miesiącach, w podziale na płeć)

N=425

Źródło: Opracowanie własne.

Innymi słowy, wydatki respondentów, w sensie statystycznym praktycznie bez względu na ich płeć, obejmują usługi społeczne i zdrowotne o przeciętnej wartości do 500 zł (miesięcznie) lub powyżej 500 i do 1000 zł. Tylko nieliczne osoby z badanej grupy, w tym statystycznie częściej mężczyźni niż kobiety, wydają na wspomniane usługi powyżej 1 tys. zł miesięcznie. Wydaje się, że przy deklarowanym przez niemal połowę badanych poziomie życia na poziomie „średnim” może stanowić to istotny udział finansowy w tzw. koszyku nabywanych dóbr i usług. Autorzy raportu zakładają, że respondenci realizowanych na Pomorzu badań po części mogą przeszacowywać swoje faktyczne wydatki w zakresie nabywania usług społecznych lub ochrony zdrowia, ale jednocześnie – co stanowi równie istotny czynnik – przeciętnie wyższa od całej populacji, średnia wieku badanych respondentów związana jest z większą potrzebą dostępu i nabywania tego rodzaju usług, co naturalnie podnosi ich koszty. Wniosek jest także zrozumiały w kontekście procesów starzenia się populacji Pomorza (i kraju), jednak niezwykle istotny pod względem decyzji dotyczących kierowania wsparcia do konkretnych grup wiekowych, czyli w tym przypadku osób z tzw. grupy 45+. Warto to podkreślić, bowiem ze względu na opisywane już przemiany demograficzne, można przypuszczać, że jeszcze większą wagę aniżeli w dotychczasowych politykach publicznych, należało będzie przykładać do wsparcia osób właśnie w starszych grupach wiekowych.

## Doświadczenia ze sprawowaniem opieki w populacji mieszkańców Pomorza

Punktem wyjścia do opisu doświadczeń mieszkańców województwa w zakresie sprawowania opieki nad bliskimi są dane, zilustrowane na poniższym wykresie, z których wynika, że po pierwsze przeciętnie 14% mieszkańców realizuje taką opiekę, a po drugie w większości przypadków wykonują ją kobiety:

Wykres 87. Sprawowanie opieki nad bliskimi w podziale na płeć

N=1050, wartości % zaokrąglone do pełnych wartości.

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z uzyskanymi w całym województwie danymi (na populacji 1050 osób), większość respondentów (86,4%) nie sprawuje opieki nad bliskimi, niezależnie od wielkości miejsca zamieszkania. Tylko 13,6% respondentów odpowiedziało, że sprawuje taką opiekę. W większym stopniu czynią to kobiety aniżeli mężczyźni. W badaniach wprawdzie 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. Czynniki te jednocześnie, co na marginesie należy zauważyć, mają znaczenie na przykład w trakcie analiz poświęconych rynkowi pracy i aktywności zawodowej, a w przypadku niniejszych badań mogą mieć znaczenie dla wskazania w jakim kierunku (pod względem płci) mogą być kierowane poszczególne inicjatywy.

Znaczenie w tym zakresie ma również analiza danych dotyczących odsetka osób sprawujących opiekę nad członkami rodziny ze względu na wiek respondenta. Rozkład w tym zakresie ilustruje poniższy wykres:

Wykres 88. Sprawowanie opieki nad członkami rodziny w podziale na kategorie wiekowe

N=1050, wartości % zaokrąglone do pełnych wartości.

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród badanych osób, sprawujących opiekę nad członkami rodziny, najmniejszy odsetek (9%) jest w wieku powyżej 70. roku życia. Nieco większy w sensie statystycznym, wynoszący 13%, udział w opiece sprawuje grupa osób w wieku 51-60 lat, jak też 61-70 lat (14%), najczęściej natomiast w badanej grupie członkami rodziny opiekują się osoby najmłodsze wśród badanych, czyli mieszczące się w grupie do 50. roku życia. Wprawdzie nie badano przyczyn takiego stanu rzeczy, ale można przypuszczać, że wynika to wprost z uwarunkowań zarówno biologicznych, jak też demograficznych i kulturowych. Młodsze pokolenie częściej angażuje się w opiekę nad członkami rodziny, co może być związane z większą zdolnością do równoczesnego łączenia obowiązków zawodowych i rodzinnych, jak też wynikać z większej skłonności lub zdolności (możliwości intelektualnych lub fizycznych) do przejmowania obowiązków opiekuńczych. Być może rolę odgrywają tu także względy takie jak większa elastyczność życiowa (umiejętność godzenia obowiązków rodzinnych i zawodowych) lub nawet presja społeczna. Z wiekiem zdolność lub gotowość do sprawowania opieki maleje, co może być związane z własnymi potrzebami zdrowotnymi osób starszych lub zmniejszeniem ich aktywności życiowej. Odzwierciedla to zarówno zdolności fizyczne i życiowe jednostek, jak i zmieniające się struktury społeczne, w tym rodzinne. Decyduje o tym szereg czynników. Starsze osoby, zwłaszcza te powyżej 70. roku życia, mogą mieć własne ograniczenia zdrowotne, które zmniejszają ich zdolność do opieki nad innymi członkami rodziny. Młodsze osoby zazwyczaj mają więcej energii i są w lepszej kondycji fizycznej, co jest ważne w opiece, szczególnie gdy wymaga ona fizycznej aktywności, takiej jak pomoc w codziennych czynnościach czy przemieszczaniu się. Osoby w wieku do 50 lat często znajdują się na etapie, w którym równocześnie zarządzają karierą zawodową i obowiązkami rodzinnymi, przy czym w fazach rozwoju zawodowego jest to etap stabilizacji, tzw. etap utrzymania pozycji, który pozwala na skupienie się także na innych aktywnościach, poza zawodowymi. Opiekunowie mogą czuć również większą odpowiedzialność lub presję społeczną, aby opiekować się starszymi członkami rodziny – w niektórych kulturach, w tym w polskiej, która jest silnie związana z tradycyjnym modelem społecznym, istnieje tradycja, że to młodsze pokolenie opiekuje się starszymi członkami rodziny. Może to być postrzegane jako obowiązek moralny, religijny lub sposób na wyrażenie szacunku i wdzięczności. Autorzy badania podnoszą, że w takim przypadku może to być dodatkową wskazówką dla kierunków rozwoju procesu deinstytucjonalizacji – zwłaszcza związanych ze wzmacnianiem więzi rodzinnych, partnerskich, czy szerzej rozumianego kapitału społecznego opartego o sieci zależności lokalnych, sąsiedzkich i oczywiście rodzinnych.

Wreszcie, poza wspomnianymi okolicznościami o charakterze społecznym, rolę odgrywają tu czynniki statystyczne w zakresie demografii (wydłużanie się średniej długości życia, zmniejszanie się liczby dzieci w rodzinie), które decydują o tym, że coraz więcej osób w średnim wieku ma żyjących starszych rodziców, wymagających opieki, a zatem w sensie właśnie statystycznym w tej grupie osób znajduje się istotny i, jak można przypuszczać, zwiększający się w przyszłości ich udział w gronie osób sprawujących opiekę.

Kwestii wieku opiekunów towarzyszy zróżnicowany rozkład terytorialny tego rodzaju wsparcia.

Generalnie, pod względem wielkości miejsca zamieszkania, daje się zauważyć, że w małych miastach (do 20 tys. mieszkańców) nieco mniej osób (12,5%) sprawuje opiekę nad bliskimi aniżeli na wsi (13,8%). Statystycznie większy odsetek osób sprawujących tego rodzaju opiekę zamieszkuje w średniej wielkości miastach (20-100 tys.), bo liczy on aż 15,4%, obok respondentów pochodzących z wielkich miast (do 200 tys. mieszkańców), w których statystycznie odsetek sprawujących opiekę wynosi 20%, co jest najwyższym wskaźnikiem wśród wszystkich kategorii. W największych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców) odsetek osób sprawujących opiekę wynosi 12,4%, co jest najniższym wskaźnikiem wśród wszystkich kategorii, podobnym jednak do miast małych. Dane te wskazują na pewną zależność między wielkością miejsca zamieszkania a sprawowaniem opieki. W mniejszych miejscowościach (wsiach i małych miastach) odsetek osób sprawujących opiekę jest nieco wyższy niż w dużych miastach. Najwyższy odsetek osób sprawujących opiekę obserwuje się w średniej wielkości miastach (20-100 tys. mieszkańców). Trudno jest tu jednak wskazać prostą, liniową zależność pomiędzy wielkością miejsca zamieszkania a odsetkiem opiekunów – przyczyny tego stanu rzeczy wymagałyby dalszych, pogłębionych badań skierowanych do najniższego szczebla podziału terytorialnego. Dla przykładu bowiem, miasto Słupsk wyróżnia się największym procentem osób sprawujących opiekę nad bliskimi (27,3%). Ale już sam powiat słupski ma najniższy odsetek osób sprawujących opiekę (6,9%). W miastach (Gdańsk, Gdynia, Słupsk, Sopot) odsetek osób sprawujących opiekę jest zróżnicowany, ale Słupsk ma wyraźnie najwyższy odsetek opiekunów. W pozostałych powiatach, odsetek osób sprawujących opiekę jest generalnie niższy niż w miastach, z wyjątkiem powiatu malborskiego i tczewskiego, które mają odsetki porównywalne z niektórymi miastami. Wysoki odsetek opiekunów w miejscach takich jak Słupsk może sugerować większe obciążenie opieką w tych społecznościach, co może wymagać szczególnej uwagi w planowaniu lokalnych polityk społecznych. Ale ponownie należy podkreślić, ze wymagałoby to szczegółowej analizy na poziomie poszczególnych miejscowości.

Reasumując jednak, dane wskazują na istnienie różnic w sprawowaniu opieki w zależności od wielkości miejsca zamieszkania, z tendencją do niższego odsetka osób sprawujących opiekę w większych miastach, z wyjątkiem miast średniej wielkości, gdzie odsetek ten jest nieco wyższy. Różnice w odsetkach osób sprawujących opiekę w zależności od wielkości miejsca zamieszkania mogą odzwierciedlać różnice kulturowe, społeczne, a także dostępność usług opiekuńczych i wsparcia społecznego w różnych typach miejscowości. Niski odsetek opiekunów w niektórych powiatach może wskazywać na potrzebę większego wsparcia społecznego lub lepszej dostępności usług opiekuńczych. Dane te mogą być punktem wyjścia do dalszych badań, aby zrozumieć przyczyny takich różnic i jak najlepiej wspierać opiekunów w różnych podregionach i miejscowościach. Wymaga to jednak dalszych i pogłębionych analiz.

Podsumowując, analiza danych pokazuje, że sprawowanie opieki nad bliskimi jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim w badanej populacji, z wyraźnymi różnicami w poszczególnych obszarach regionu, które mogą wymagać dalszej analizy i interwencji.

Interesujące są przy tym dane dotyczące sprawowania opieki nad bliskimi ze względu na sytuację materialną respondentów. 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. Dopiero w grupie oceniającej swoją sytuację materialną jako „dobrą” odsetek osób sprawujących opiekę jest najwyższy (16,3%). To może wskazywać na to, że osoby te mają zarówno środki finansowe, jak i poczucie odpowiedzialności do sprawowania opieki. Z kolei w tej grupie, która określa swoją sytuację materialną jako „średnią”, 12,3% osób opiekuje się członkami rodziny. To sugeruje, że osoby te mimo konieczności oszczędzania na większe wydatki, nadal znajdują możliwości do sprawowania opieki. Osoby oceniające swój poziom życia jako „skromny” sprawują opiekę w 13,4% przypadków, co jest porównywalne z ogólną średnią. W grupie oceniającej swoją sytuację jako „żyjemy bardzo biednie” nie ma osób opiekujących się członkami rodziny. To może wskazywać na brak zasobów niezbędnych do zapewnienia stałej opieki, co może wymagać interwencji zewnętrznych usług wsparcia. Wyniki dla osób żyjących bardzo biednie podkreślają potrzebę wsparcia społecznego i usług opiekuńczych, szczególnie dla tych, którzy nie mają środków, aby zapewnić podstawowe potrzeby, nie mówiąc już o stałej opiece.

Wyniki przeprowadzonej analizy sugerują, że zdolność do opieki nad członkami rodziny może zależeć od dostępnych zasobów finansowych. Osoby o lepszej sytuacji materialnej mogą mieć więcej możliwości, by zająć się opieką lub zorganizować opiekę profesjonalną, zwłaszcza ze względu na zróżnicowanie (deklarowanych wprawdzie, ale posiadających istotne znaczenie dla wnioskowania) kosztów opieki nad członkami rodziny. Rozkład odpowiedzi w tym zakresie ilustruje poniższy wykres:

Wykres 89. Średni miesięczny (w ciągu ostatnich 3 miesięcy) deklarowany i szacowany koszt opieki nad członkiem rodziny

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

**Źródło: Opracowanie własne.**

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 określiły 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. Rzadko wynoszą poniżej 500 zł, jak też powyżej 1501 zł, a najrzadziej powyżej 2000 zł. W sumie świadczy to o istotnych kosztach opieki dla sporej części badanej populacji.

W tym kontekście niezwykle ważną stała się analiza danych dotyczących potencjalnego wpływu sprawowania opieki nad członkami rodziny na możliwość pracy zarobkowej. Począwszy od analizy ogólnego wpływu opieki na pracę zarobkową, należy zauważyć, że w całej badanej grupie (143 osoby, które sprawują opiekę), większość (81,1%) stwierdza, że opieka nad członkiem rodziny nie ogranicza ich możliwości pracy zarobkowej. Jednakże 6,3% respondentów wskazuje, że opieka uniemożliwia im pracę, a 12,6% pracuje w mniejszym wymiarze godzin niż by preferowali. Występują tu jednak istotne różnice ze względu na miejsce zamieszkania. I tak, jedynie 7,4% respondentów z terenów wiejskich stwierdza, że opieka uniemożliwia im pracę, 16,7% pracuje w mniejszym wymiarze godzin, a 75,9% nie odczuwa ograniczeń w pracy. Podobnie w małych miastach (do 20 tys. mieszkańców) – tylko 3,0% wskazuje, że opieka uniemożliwia pracę, a 6,1% pracuje w mniejszym wymiarze godzin, natomiast większość (90,9%) nie odczuwa ograniczeń. Jednak już w średnich miastach (20-100 tys. mieszkańców) 11,8% respondentów stwierdza, że opieka uniemożliwia pracę, co jest najwyższym odsetkiem wśród wszystkich kategorii, natomiast 5,9% pracuje w mniejszym wymiarze godzin. Podobny rozkład obciążenia opieką w stosunku do możliwości podejmowania zatrudnienia występuje w dużych miastach (100-200 tys. mieszkańców) – w tej kategorii jest tylko jedna osoba, która nie odczuwa ograniczeń w pracy, z kolei w największych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców) wprawdzie żaden z respondentów nie wskazuje, że opieka uniemożliwia mu pracę, ale aż 23,8% pracuje w mniejszym wymiarze godzin, co jest najwyższym odsetkiem w tej kategorii. Opisany wyżej rozkład odpowiedzi w tym zakresie ilustruje poniższy wykres:

Wykres 90. Wpływ sprawowania opieki nad członkami rodziny na możliwość pracy zarobkowej – w podziale na miejsce zamieszkania

N=143

Źródło: Opracowanie własne.

Przechodząc na szczebel powiatów, można dostrzec pod tym względem dalsze zróżnicowania. W niektórych powiatach, takich jak: kartuski, starogardzki, chojnicki, kwidzyński, kościerski i miasto Sopot, 100% respondentów stwierdza, że opieka nad członkiem rodziny nie ogranicza ich pracy zarobkowej. W powiecie malborskim największy odsetek osób (37,5%) pracuje w mniejszym wymiarze godzin z powodu opieki. W powiatach nowodworskim i sztumskim, odsetek osób, które stwierdzają, że opieka uniemożliwia im pracę, jest stosunkowo wysoki (odpowiednio 33,3% i 20,0%). W miastach Gdańsk i Słupsk, znaczący odsetek osób (40,0% w Gdańsku i 16,7% w Słupsku) pracuje w mniejszym wymiarze godzin. Przytoczone dane pokazują znaczne różnice regionalne w zakresie wpływu opieki na pracę zarobkową; różnice, które wymagałyby dalszych badań, dostarczających danych na szczeblu lokalnych jednostek samorządu. W niektórych powiatach opieka nad bliskimi wydaje się mieć większy wpływ na ograniczenie możliwości pracy zarobkowej, podczas gdy w innych większość respondentów nie odczuwa takich ograniczeń. Możliwe, że różnice te wynikają z charakteru gospodarczego i społecznego poszczególnych powiatów, w tym dostępności elastycznych form zatrudnienia, wsparcia społecznego i usług opiekuńczych, ale weryfikacja tego rodzaju twierdzeń możliwa byłaby dopiero w pogłębionym procesie badawczym, połączonym z diagnozą poszczególnych jednostek samorządu oraz badań gospodarstw domowych, nie zaś z perspektywy całego województwa.

Widoczny jest zatem zróżnicowany wpływ opieki na możliwości podejmowania i wykonywania pracy. Dane wskazują także na zróżnicowany wpływ opieki nad członkami rodziny na pracę zarobkową w zależności od wielkości miejsca zamieszkania. W mniejszych miejscowościach (wsiach i małych miastach) odsetek osób, które wskazują, że opieka uniemożliwia im pracę, jest niższy niż w średnich miastach. W największych miastach (powyżej 200 tys. mieszkańców) największy odsetek osób pracuje w mniejszym wymiarze godzin z powodu opieki, co może wskazywać na większą elastyczność lub dostępność częściowych etatów w tych obszarach, jak też na większe możliwości korzystania ze wsparcia płatnego lub po prostu dostępu do systemu wsparcia, który odciążałby osoby pracujące w obowiązkach opiekuńczych.

Podsumowując, analiza sugeruje, że istnieje związek między sytuacją materialną a opieką nad członkami rodziny, ale ten związek nie jest liniowy i może być złożony bardziej, aniżeli w przypadku wyników analizy wskazujących na istnienie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a możliwościami zarobkowania osób sprawujących opiekę. Lepsza sytuacja materialna nie zawsze przekłada się na większą odpowiedzialność za opiekę, bez względu na potencjalnie lepsze możliwości wykonywania pracy zawodowej, a osoby dotknięte lub zagrożone ubóstwem mogą nie być w stanie zapewnić opieki z powodu braku środków. Szczególnie że, co dotyczy kolejnych danych, przeciętne, deklarowane miesięczne wydatki związane ze sprawowaniem opieki nad członkami rodziny mieszczą się w absolutnej większości w granicach od 501 do 1500 zł (2000 zł w 10% przypadków, co jednak samo w sobie – zakładając poprawność odpowiedzi i reprezentatywność grupy – świadczy o istotnych kosztach opieki jednak dla sporej części populacji).

Posiadane zasoby mają wpływ na wybór instytucji wspierających w opiece nad członkami rodziny. Zgodnie z przypuszczeniami, dominują tu ośrodki pomocy społecznej, w drugim rzędzie respondenci korzystają z usług opiekuńczych w domu, dalej ZOL. Wsparcie trzeciego sektora deklaruje zaledwie 11% badanych. Rozkład odpowiedzi w tym przypadku ilustruje poniższy wykres:

Wykres 91. Korzystanie z pomocy instytucji w opiece nad członkami rodziny

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

Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 92. Korzystanie z instytucji wsparcia w poszczególnych grupach wiekowych

N=109 (tylko osoby, które wskazały przynajmniej jeden rodzaj wsparcia).

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy rozkładu odpowiedzi zilustrowanego na powyższym wykresie wynika, że bez względu na wiek respondenta, najczęstszym wskazaniem dotyczącym instytucji, z które korzystano były ośrodki pomocy społecznej. Dotyczy to każdej grupy wiekowej. Jako drugą pod względem liczby wskazań wymieniono usługi opiekuńcze świadczone w domu, przy czym w grupie osób 51-60 lat częściej w stosunku do nich korzystano z usług ZOL lub usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. W dalszej kolejności dopiero znajdują się organizacje pozarządowe, DPS-y i, już w ramach pojedynczych wskazań, pozostałe formy wsparcia.

Istotny jest przy tym rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące subiektywnej oceny dotyczącej łatwości uzyskania wsparcia w przypadku konieczności pomocy (pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani łatwość w skorzystaniu z wsparcia tej instytucji oraz usług?”), który prezentuje poniższy wykres:

Wykres 93. Ocena łatwości dostępu do poszczególnych instytucji wsparcia

**N=1050**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Ogólnie respondenci w większości nie spodziewają się łatwego uzyskania wsparcia instytucjonalnego w razie wystąpienia takiej potrzeby. Istotna statystycznie jest również ich niepewność w tym zakresie – mieszkańcy zatem w swoich deklaracjach (raczej) nie spodziewają się wsparcia lub nie są pewni możliwości jego uzyskania. Największa grupa respondentów (48,6%) raczej nie spodziewa się łatwego uzyskania wsparcia w sytuacji potrzeby pomocy. Druga co do wielkości grupa (37,0%) zdecydowanie nie spodziewa się, że łatwo przyjdzie im uzyskać wsparcie. Interesujący jest przy tym rozkład tego rodzaju deklaracji pod względem wielkości miejsca zamieszkania. Dane w tym zakresie prezentuje poniższa tabela:

Tabela 60. Odpowiedzi na pytania dotyczącej subiektywnej łatwości uzyskania wsparcia w sytuacji pomocy w podziale na wielkość miejsca zamieszkania

| Miejsce zamieszkania |  | Zdecydowanie tak | Raczej tak | Trudno powiedzieć | Raczej nie | Zdecydowanie nie | Ogółem |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wieś | Liczebność | 0 | 45 | 25 | 224 | 94 | 390 |
|  | % | 0,0% | 11,5% | 6,4% | 57,4% | 24,1% | 100,0% |
| Miasto do 20 tysięcy mieszkańców | Liczebność | 4 | 18 | 6 | 136 | 100 | 265 |
|  | % | 1,5% | 6,8% | 2,3% | 51,3% | 37,7% | 100,0% |
| Miasto powyżej 20 do 100 tysięcy mieszkańców | Liczebność | 6 | 17 | 8 | 103 | 87 | 221 |
|  | % | 2,7% | 7,7% | 3,6% | 46,6% | 39,4% | 100,0% |
| Miasto powyżej 100 do 200 tysięcy mieszkańców | Liczebność | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
|  | % | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| Miasto powyżej 200 tysięcy mieszkańców | Liczebność | 4 | 9 | 4 | 47 | 102 | 169 |
|  | % | 2,4% | 5,3% | 2,4% | 27,8% | 60,4% | 100,0% |
| Ogółem | Liczebność | 14 | 89 | 43 | 510 | 388 | 1050 |
|  | % | 1,3% | 8,5% | 4,1% | 48,6% | 37,0% | 100,0% |

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Na wsiach największy odsetek osób (57,4%) raczej nie spodziewa się łatwego uzyskania wsparcia, a 24,1% twierdzi tak w stopniu zdecydowanym. W miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców aż 60,4% respondentów zdecydowanie spodziewa się utrudnień w uzyskaniu wsparcia, co jest najwyższym odsetkiem w tej kategorii. W miastach do 20 tysięcy mieszkańców 37,7% respondentów zdecydowanie nie spodziewa się łatwego dostępu do wsparcia, co jest zbliżone do średniej dla całej populacji. W miastach o liczbie mieszkańców powyżej 20 tysięcy do 100 tysięcy 39,4% respondentów zdecydowanie nie spodziewa się bezproblemowego uzyskania wsparcia, co jest nieco wyższe od średniej (wynoszącej 37% dla badanej populacji).

Nieliczna grupa respondentów (1,3%) zdecydowanie spodziewa się łatwego uzyskania wsparcia, a 8,5%, że raczej będzie to łatwe. To wskazuje na ogólną niepewność co do dostępności pomocy wśród większości respondentów.

Dane te mogą wskazywać na potrzebę wzmocnienia systemów wsparcia społecznego, szczególnie w większych miastach, gdzie niepewność co do uzyskania pomocy wydaje się być wyższa.

Może to również odzwierciedlać indywidualne doświadczenia i percepcję dostępności wsparcia społecznego, która może być 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.

Oprócz oceny potencjalnej możliwości wsparcia dokonano również analizy faktycznej potrzeby jego uzyskania. W pierwszej olejności zapytano respondentów, czy sami znajdują się w takiej sytuacji:

Rysunek 10. Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia w podziale na powiaty (Czy aktualnie jest Pan/Pani w potrzebie uzyskania wsparcia?)

**11%**

**9%**

**6%**

**9%**

**9%**

**13%**

**13%**

**8%**

**0%**

**11%**

**18%**

**16%**

**11%**

**6%**

**20%**

**6%**

**18%**

**9%**

**12%**

**11%**

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Szczegółowe dane rozkładu potrzeby uzyskania wsparcia w podziale na powiaty zawiera poniższa tabela:

Tabela 61. Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia w podziale na powiaty (Czy aktualnie jest Pan/Pani w potrzebie uzyskania wsparcia?)

|  |  | Zdecydowanie tak | Raczej tak | Trudno powiedzieć | Raczej nie | Zdecydowanie nie |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Powiat wejherowski | Liczebność | 2 | 5 | 2 | 30 | 23 |
|  | % | 3,2% | 8,1% | 3,2% | 48,4% | 37,1% |
| Powiat kartuski | Liczebność | 0 | 4 | 5 | 30 | 28 |
|  | % | 0,0% | 5,9% | 7,4% | 44,1% | 41,2% |
| Powiat starogardzki | Liczebność | 0 | 5 | 4 | 28 | 17 |
|  | % | 0,0% | 9,1% | 7,3% | 50,9% | 30,9% |
| Powiat gdański | Liczebność | 1 | 4 | 2 | 41 | 33 |
|  | % | 1,2% | 4,9% | 2,5% | 50,6% | 40,7% |
| Powiat tczewski | Liczebność | 2 | 6 | 1 | 30 | 23 |
|  | % | 3,2% | 9,7% | 1,6% | 48,4% | 37,1% |
| Powiat słupski | Liczebność | 1 | 8 | 1 | 28 | 20 |
|  | % | 1,7% | 13,8% | 1,7% | 48,3% | 34,5% |
| Powiat chojnicki | Liczebność | 2 | 3 | 0 | 26 | 11 |
|  | % | 4,8% | 7,1% | 0,0% | 61,9% | 26,2% |
| Powiat pucki | Liczebność | 0 | 0 | 4 | 29 | 20 |
|  | % | 0,0% | 0,0% | 7,5% | 54,7% | 37,7% |
| Powiat kwidzyński | Liczebność | 0 | 4 | 3 | 21 | 15 |
|  | % | 0,0% | 9,3% | 7,0% | 48,8% | 34,9% |
| Powiat bytowski | Liczebność | 0 | 5 | 4 | 26 | 11 |
|  | % | 0,0% | 10,9% | 8,7% | 56,5% | 23,9% |
| Powiat kościerski | Liczebność | 0 | 4 | 0 | 22 | 19 |
|  | % | 0,0% | 8,9% | 0,0% | 48,9% | 42,2% |
| Powiat lęborski | Liczebność | 2 | 6 | 1 | 24 | 12 |
|  | % | 4,4% | 13,3% | 2,2% | 53,3% | 26,7% |
| Powiat malborski | Liczebność | 0 | 7 | 2 | 21 | 8 |
|  | % | 0,0% | 18,4% | 5,3% | 55,3% | 21,1% |
| Powiat człuchowski | Liczebność | 0 | 4 | 0 | 23 | 9 |
|  | % | 0,0% | 11,1% | 0,0% | 63,9% | 25,0% |
| Powiat sztumski | Liczebność | 0 | 5 | 2 | 20 | 10 |
|  | % | 0,0% | 13,2% | 5,3% | 52,6% | 26,3% |
| Powiat nowodworski | Liczebność | 0 | 3 | 3 | 24 | 9 |
|  | % | 0,0% | 7,7% | 7,7% | 61,5% | 23,1% |
| miasto Gdańsk | Liczebność | 3 | 5 | 2 | 19 | 62 |
|  | % | 3,3% | 5,4% | 2,2% | 20,7% | 67,4% |
| miasto Gdynia | Liczebność | 1 | 4 | 2 | 28 | 40 |
|  | % | 1,3% | 5,2% | 2,6% | 36,4% | 51,9% |
| miasto Słupsk | Liczebność | 0 | 4 | 2 | 23 | 15 |
|  | % | 0,0% | 9,1% | 4,5% | 52,3% | 34,1% |
| miasto Sopot | Liczebność | 0 | 3 | 3 | 17 | 3 |
|  | % | 0,0% | 11,5% | 11,5% | 65,4% | 11,5% |
| ogółem | Liczebność | 14 | 89 | 43 | 510 | 388 |
|  | % | 1,3% | 8,5% | 4,1% | 48,6% | 37,0% |

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza szczegółowych danych wskazuje na to, że po pierwsze ogólnie, spośród 1050 respondentów, tylko 103 osoby (9,8%) wyrażają potrzebę wsparcia, co stanowi mniejszość w porównaniu do liczby osób, które go nie potrzebują. Miasto Gdańsk wyróżnia się przy tym największym odsetkiem osób, które zdecydowanie nie potrzebują wsparcia (67,4%), co może świadczyć o lepszej infrastrukturze lub o większym poczuciu samowystarczalności mieszkańców. Powiat chojnicki ma najwyższy odsetek osób, które raczej nie są w potrzebie wsparcia (61,9%), co wskazuje na możliwe różnice w dostępności lub postrzeganiu usług wsparcia. Oprócz Gdańska, także Gdynia ma stosunkowo wysoki odsetek osób, które zdecydowanie nie oczekują wsparcia (51,9%). W powiatach człuchowskim i nowodworskim zauważyć można, że ponad 60% respondentów raczej nie potrzebuje wsparcia, co może sugerować większe poczucie niezależności lub brak zaufania do jego dostępności.

W powiatach starogardzkim i sztumskim odnotowano wyższy odsetek osób, które raczej potrzebują wsparcia (powyżej 9%). Powiat malborski wyróżnia się największym odsetkiem osób, które zdecydowanie oczekują wsparcia (18,4%).

W większości powiatów i miast niewielka liczba respondentów wyraża niepewność („trudno powiedzieć”), co może odzwierciedlać brak doświadczeń z systemem wsparcia lub niejednoznaczność potrzeb.

Analizując dane, widać, że w miastach, szczególnie w Gdańsku i Gdyni, wyższy jest odsetek osób, które nie potrzebują wsparcia w porównaniu z powiatami. To może wskazywać na większą samodzielność lub różnice w dostępie do zasobów w środowiskach miejskich.

Reasumując, na podstawie analizy danych można zauważyć, że w większości badanych powiatów dominuje tendencja do deklarowania braku potrzeby uzyskania wsparcia, z pewnymi różnicami regionalnymi, które jednak nie wskazują na silne i konkretne tendencje w badanym zakresie. Większość respondentów w każdym z powiatów wskazuje, że raczej lub zdecydowanie nie potrzebuje wsparcia, co sugeruje ogólnie niski poziom potrzeby pomocy w tych lokalizacjach. Podobnie, niewielka liczba osób w większości powiatów wyraża niepewność co do swoich potrzeb, co może świadczyć o stabilności percepcji własnych potrzeb wśród mieszkańców.

Informacje te uzupełnione zostały przez ocenę potrzeby uzyskania wsparcia dla członka rodziny, co zostało zilustrowane na poniższym wykresie:

Wykres 94. 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

Źródło: Opracowanie własne.

Większość osób ankietowanych nie zgłasza takiej potrzeby (odpowiedzi negatywnej udzieliło łącznie 86% respondentów), natomiast osób zgłaszających taką potrzebę w stopniu zdecydowanym jest 3%, czyli na poziomie statystycznym grupy niezdecydowanych (4% odpowiedzi).

Ponownie, rozkład odpowiedzi o zapotrzebowaniu na wsparcie w podziale na powiaty ilustruje kolejna mapa:

Rysunek 11. Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia dla członka rodziny w podziale na powiaty (Czy któryś z członków Pana/Pani rodziny, którym się Pan/Pani obecnie nie zajmuje, jest w potrzebie uzyskania takiego wsparcia?)

**15%**

**8%**

**9%**

**11%**

**7%**

**11%**

**8%**

**10%**

**8%**

**8%**

**9%**

**10%**

**9%**

**9%**

**6%**

**17%**

**8%**

**12%**

**17%**

**11%**

N=1050

Źródło: Opracowanie własne.

Wyraźna jest tu dominacja odpowiedzi potwierdzających taką potrzebę w Gdańsku oraz powiecie chojnickim, z przeciętnie zbliżonym rozkładem wskazań w pozostałych powiatach i miastach. Przyczyna zwiększonego zapotrzebowania na pomoc dla członków rodziny, w połączeniu ze statystycznie mniejszym zapotrzebowaniem na wsparcie indywidualne (w stosunku do respondenta) może być hipotetycznie wyjaśniona strukturą ludności w badanych powiatach, jednak wymagałaby uszczegółowionej analizy sytuacji demograficznej i zdrowotnej ludności, w tym badań gospodarstw domowych, realizowanej na poziomie lokalnym.

Podsumowując, istnieją znaczące różnice regionalne w deklarowanej potrzebie wsparcia. Większe miasta wydają się charakteryzować większym poczuciem niezależności wśród mieszkańców, podczas gdy w niektórych powiatach jest wyższe oczekiwanie wsparcia. Te różnice mogą wynikać z różnych czynników, takich jak dostępność i jakość usług wsparcia, poziom zaufania do instytucji, a także różnice w kompozycji społeczno-ekonomicznej populacji. Dane mogą być użyteczne dla lokalnych władz i organizacji społecznych do zidentyfikowania obszarów, gdzie percepcja potrzeby wsparcia jest najwyższa, co może wskazywać na regiony wymagające większych zasobów lub lepszej komunikacji o dostępnych usługach.

Nakłada się na to sytuacja materialna respondentów. Z zebranych danych wynika zauważalna i stosunkowo oczywista tendencja, że im gorsza sytuacja materialna, tym wyższy odsetek osób deklarujących potrzebę wsparcia. Z kolei osoby w lepszej sytuacji materialnej rzadziej deklarują tę potrzebę, co może sugerować, że mają one dostęp do innych zasobów lub są w stanie samodzielnie radzić sobie z wyzwaniami.

Wynikają z tego istotne implikacje: dane wskazują na zróżnicowaną potrzebę wsparcia w zależności od sytuacji materialnej, co może być istotne dla planowania i dostosowywania usług. Możliwe, że osoby w gorszej sytuacji materialnej mają mniejszy dostęp do nieformalnych sieci wsparcia, co zwiększa ich uzależnienie od pomocy zewnętrznej i to one stanowią podstawową grupę docelową podejmowanych interwencji.

Podsumowując, postrzegana potrzeba wsparcia jest wyraźnie wyższa wśród osób żyjących w trudniejszych warunkach materialnych. To może sugerować, że systemy wsparcia powinny być bardziej dostępne i widoczne dla osób w gorszej sytuacji ekonomicznej, które mogą mieć większe trudności z dostępem do pomocy.

Z kolei zastanawiając się nad stosunkiem mieszkańców Pomorza do rozbudowy usług środowiskowych, należy zauważyć, że choć poziom wiedzy na temat deinstytucjonalizacji jest wśród nich niski, to po uzyskaniu informacji na temat tego procesu – odsetek osób negatywnie nastawionych utrzymuje się poniżej 10%, co uznać należy za dobre rokowania w zakresie planowanych zmian systemowych.

Bardzo mocno i w podobnie pozytywny sposób koreluje to z danymi dotyczącymi preferencji respondentów odnośnie miejsca codziennej opieki dla osób wymagających wsparcia. Są to istotne dane, ponieważ pokazują percepcję możliwości deinstytucjonalizacji wśród badanych osób. W pierwszej kolejności należy podkreślić, że większość respondentów ze wsi oraz miast powyżej 20 tysięcy mieszkańców preferuje, aby wybrane rodzaje wsparcia (od codziennej opieki po zarządzanie lekami) odbywały się w miejscu ich zamieszkania (64,4% dla wsi i 60,9% dla miast 20-100 tys. mieszkańców). W miastach do 20 tysięcy mieszkańców preferencje są bardziej podzielone, z lekkim przechyleniem w stronę pomocy w pobliżu miejsca zamieszkania w specjalnie do tego przystosowanej placówce (36,4%). W miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców, choć większość preferuje pomoc w miejscu zamieszkania (53,8%), istotny procent (23,1%) nie ma preferencji co do miejsca jej świadczenia. W porównaniu z tym stosunkowo niewielki odsetek respondentów (17,5%) uważa, że miejsce świadczenia wsparcia nie ma znaczenia, co może świadczyć o elastyczności w adaptacji do dostępnych opcji lub braku silnych preferencji.

Miejsce zamieszkania wydaje się przy tym istotnie wpływać na preferencje dotyczące miejsca udzielanego wsparcia. Osoby mieszkające na wsi i w większych miastach częściej preferują formę domową, podczas gdy mieszkańcy mniejszych miast częściej wskazują na preferencję specjalnych placówek.

Podsumowując, większość osób potrzebujących wsparcia woli, aby udzielano go w ich domu lub w jego pobliżu. Istnieje też grupa osób, dla których miejsce pomocy nie ma znaczenia, co może sugerować potencjalną otwartość na różne formy wsparcia. W sumie może to świadczyć o otwartości populacji na różnego rodzaju procesy deinstytucjonalizacyjne. Preferencje te są różne w zależności od wielkości miejsca zamieszkania i mogą odzwierciedlać różnorodność dostępnych usług, infrastruktury lub indywidualnych oczekiwań respondentów, ale ogólna tendencja jest zauważalna.

Co ważne, spostrzeżenia te potwierdzają szczegółowe dane dotyczące preferencji badanych osób odnośnie różnych rodzajów usług w kontekście miejsca ich świadczenia. Materiał ten pokazuje bowiem zróżnicowanie dotyczące miejsca świadczenia a deinstytucjonalizacji. W skrócie, na podstawie zebranych danych można wyciągnąć kilka wniosków dotyczących preferencji osób potrzebujących wsparcia w zakresie różnych form wsparcia:

1. **Opieka lekarska:** większość respondentów z każdego rodzaju miejscowości preferuje, aby opieka lekarska odbywała się w pobliżu miejsca zamieszkania w specjalnie do tego przystosowanych placówkach (z wyjątkiem mieszkańców większych miast, gdzie blisko połowa preferuje opiekę lekarską w miejscu zamieszkania).
2. **Opieka pielęgniarska:** preferencje dotyczące opieki pielęgniarskiej są podobne do tych związanych z opieką lekarską, jednak większy odsetek respondentów z wsi oraz większych miast wskazuje na opiekę w miejscu zamieszkania.
3. **Opieka higieniczna:** zdecydowana większość respondentów z wsi oraz mieszkańców większych miast preferuje opiekę higieniczną w miejscu zamieszkania. Tendencja ta jest mniej wyraźna w mniejszych miastach, gdzie więcej osób nie ma jednoznacznych preferencji.
4. **Pomoc psychologiczna:** większość respondentów preferuje otrzymywanie pomocy psychologicznej w placówkach specjalnych lub instytucjach całodobowych, z pewnym zróżnicowaniem w zależności od wielkości miejscowości.
5. **Pomoc w załatwianiu spraw osobistych:** tendencja wskazuje, że większość respondentów z wsi oraz mieszkańców miast powyżej 20 tys. mieszkańców preferuje pomoc w załatwianiu spraw osobistych w miejscu zamieszkania.
6. **Rehabilitacja:** zdecydowana większość respondentów z wsi i miast preferuje, aby rehabilitacja odbywała się w pobliżu miejsca zamieszkania w specjalnie przystosowanych placówkach.
7. **Fizjoterapia:** podobnie jak w przypadku rehabilitacji, większość respondentów preferuje, aby fizjoterapia odbywała się w pobliżu miejsca zamieszkania w specjalnie przystosowanych placówkach.
8. **Codzienna opieka**: większość osób potrzebujących wsparcia preferuje, aby opieka odbywała się w ich domu lub w jego pobliżu. Istnieje też grupa osób, dla których miejsce opieki nie ma znaczenia, co może sugerować potencjalną otwartość na różne formy wsparcia. W sumie może to świadczyć o otwartości populacji na różnego rodzaju procesy deinstytucjonalizacyjne. Preferencje te są różne w zależności od wielkości miejsca zamieszkania i mogą odzwierciedlać różnorodność dostępnych usług, infrastruktury lub indywidualnych oczekiwań respondentów, ale ogólna tendencja dotycząca preferencji do opieki świadczonej w domu jest zauważalna[[62]](#footnote-63).
9. **Wsparcie w zakresie zarządzania lekami:** większość respondentów preferuje, aby wsparcie w zakresie zarządzania lekami było świadczone w pobliżu miejsca zamieszkania lub że nie ma to dla nich znaczenia, co sugeruje elastyczność w tej kwestii.

Generalnie, preferencje respondentów sugerują, że istnieje 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. Natomiast w przypadku opieki lekarskiej, rehabilitacji i fizjoterapii, większość respondentów wskazuje na placówki specjalne, jako preferowane miejsce otrzymywania tych usług.

# Deinstytucjonalizacja w opiniach realizatorów wsparcia

## Postrzeganie i ocena deinstytucjonalizacji jako procesu

Wiedza na temat deinstytucjonalizacji w grupie badanych pracowników instytucji wsparcia jest stosunkowo niska. Choć można zauważyć znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi typami instytucji: pracownicy ZOL/ZPO, wśród których jedynie 25% deklarowało znajomość tego procesu, wśród pracowników ŚDS było to 26%, ale już wśród badanych pracowników DDP 54%, DPS 76%, a schronisk (dla osób w kryzysie bezdomności) aż 89%.

Z poziomem znajomości pojęcia i procesu deinstytucjonalizacji silnie skorelowana jest opinia pracowników świadczących usługi społeczne. Dla przykładu, rozkład odpowiedzi badanych pracowników DPS prezentuje się następująco:

Wykres 95. Opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji (pracownicy DPS)

N=202

Źródło: Opracowanie własne.

Dominują wśród nich wartości środkowe, świadczące o niepewności względem przedstawionych ocen, a wśród wartości skrajnych istotne znaczenie mają oceny związane z całkowitą zgodą w zakresie stawianych pytań. I co ważne, w tym akurat przypadku nie ma tu wielkiego znaczenia poziom znajomości i pozytywna ocena samego procesu. Dla potwierdzenia tych tendencji, poniżej zamieszczono dodatkowo wykres prezentujący rozkład odpowiedzi pracowników schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, którzy charakteryzują się, obok osób zatrudnionych w DPS, najlepszą deklaratywną znajomością procesu deinstytucjonalizacji:

Wykres 96. Opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji (pracownicy schronisk)

N=62

Źródło: Opracowanie własne.

Wyżej zilustrowane dane uzupełnia rozkład deklarujących najniższy w badaniu poziom znajomości pojęcia deinstytucjonalizacji pracowników ZOL/ZPO, który prezentuje poniższy wykres:

Wykres 97. Opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji (pracownicy ZOL/ZPO)

N=200

Źródło: Opracowanie własne.

Jak widać, niemal dla każdej badanej kategorii dominujące odpowiedzi oscylują wokół wartości środkowych, oznaczających niepewność w sądach – w praktyce oznacza to brak jednoznacznie pozytywnej lub skrajnie negatywnej opinii w zakresie poszczególnych elementów wynikających z procesu deinstytucjonalizacji, bez względu na teoretyczne zjawiska, które mogłyby zachodzić w wyniku wdrożenia tego procesu. Towarzyszą im stosunkowo wysokie – w zależności od przedmiotowego zjawiska – oceny pozytywne w zakresie zwiększania podmiotowości i włączenia społecznego odbiorców wsparcia, ale z drugiej strony negatywne co do formalnych efektów, które dotyczą kosztów i czasochłonności procesu. Dane ukazane na powyższych wykresach można uznać za reprezentatywne dla całej badanej populacji, bez względu na reprezentowaną przez nich instytucję. Można tu zaobserwować ciąg przyczynowy, wynikający z nieznajomości pojęcia i szczegółów procesu deinstytucjonalizacji. Z towarzyszącej temu niepewności i obaw wynika, zapewne naturalna, ogólna ostrożność w formułowaniu ocen skutków procesu, ale też skłonność do raczej negatywnych ocen tych nieznanych skutków dla istniejącego systemu instytucjonalnego, którym mogą towarzyszyć, oceniane umiarkowanie pozytywnie, zwiększenie dostępności czy jakości usług.

Nic zatem dziwnego, że poziom wiedzy i świadomości na temat deinstytucjonalizacji oraz umiarkowana ocena jej efektów, której towarzyszy przeważnie znaczny stopień niepewności, wiąże się z rozkładem deklaracji odnośnie gotowości do rozpoczęcia pracy środowiskowej[[63]](#footnote-64). Przy czym paradoksalnie, im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy procent respondentów oceniających swoją gotowość do opieki środowiskowej jako „bardzo źle”. Dodatkowo, w każdej grupie wykształcenia występuje pewien odsetek pracowników, którzy oceniają swoją gotowość jako „raczej źle” lub „bardzo źle”. Osoby z wykształceniem średnim zawodowym i średnim ogólnokształcącym wykazują największą niepewność co do swojej gotowości. Jest widoczna tendencja, że osoby z niższym poziomem wykształcenia częściej oceniają swoją gotowość na krańcach skali: albo „bardzo dobrze”, albo „raczej źle”, co może sugerować większą polaryzację w odbiorze swoich kompetencji. Z kolei grupa z wykształceniem policealnym, pomaturalnym wydaje się być najbardziej pewna swojej gotowości (najmniejszy odsetek negatywnych odpowiedzi). Ale przy tym absolwenci szkół średnich ogólnokształcących są grupą z największym odsetkiem negatywnych odpowiedzi, co może wskazywać na ich niepewność lub realistyczną ocenę swoich umiejętności w kontekście opieki środowiskowej. Prawdopodobnie jest to związane z chęcią do podjęcia pracy w środowisku, do której najmniej skłonni są respondenci (w tym przypadku schronisk) z wykształceniem wyższym (32,3% pozytywnych odpowiedzi), ale też jednocześnie najniższym (37,5%).

Tabela 62. Realizatorzy wsparcia w DPS uczestniczący w badaniu - poziom gotowości do działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie

|  |  |  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Raczej źle | Bardzo źle | ogółem |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykształcenie | Średnie zawodowe | Liczebność | 1 | 7 | 2 | 1 | 0 | 11 |
|  |  | % | 9% | 64% | 18% | 9% | 0% | 100% |
|  | Średnie ogólnokształcące | Liczebność | 3 | 11 | 12 | 0 | 0 | 26 |
|  |  | % | 12% | 42% | 46% | 0% | 0% | 100% |
|  | Policealne pomaturalne | Liczebność | 3 | 20 | 16 | 11 | 1 | 51 |
|  |  | % | 6% | 39% | 31% | 22% | 2% | 100% |
|  | Wyższe | Liczebność | 15 | 31 | 42 | 23 | 3 | 114 |
|  |  | % | 13% | 27% | 37% | 20% | 3% | 100% |
| Ogółem |  | Liczebność | 22 | 69 | 72 | 35 | 4 | 202 |
|  |  | % | 11% | 34% | 36% | 17% | 2% | 100% |

**N=202**

**Źródło: Opracowanie własne.**

Tabela 63. Realizatorzy wsparcia w ZOL/ZPO uczestniczący w badaniu - poziom gotowości do działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Raczej źle | Bardzo źle | Ogółem |
| Wykształcenie | Zasadnicze zawodowe | Liczebność | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 |
|  |  | % | 33,3% | 33,3% | 0,0% | 33,3% | 0,0% | 100,0% |
|  | Średnie zawodowe | Liczebność | 2 | 5 | 7 | 1 | 0 | 15 |
|  |  | % | 13,3% | 33,3% | 46,7% | 6,7% | 0,0% | 100,0% |
|  | Średnie ogólnokształcące | Liczebność | 5 | 3 | 6 | 5 | 1 | 20 |
|  |  | % | 25,0% | 15,0% | 30,0% | 25,0% | 5,0% | 100,0% |
|  | Policealne, pomaturalne | Liczebność | 16 | 18 | 12 | 3 | 0 | 49 |
|  |  |  | 32,7% | 36,7% | 24,5% | 6,1% | 0,0% | 100,0% |
|  | Wyższe | Liczebność | 24 | 30 | 36 | 17 | 6 | 113 |
|  |  | % | 21,2% | 26,5% | 31,9% | 15,0% | 5,3% | 100,0% |
| Ogółem |  | Liczebność | 48 | 57 | 61 | 27 | 7 | 200 |
|  |  | % | 24,0% | 28,5% | 30,5% | 13,5% | 3,5% | 100,0% |

N=200

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 64. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Raczej źle | Bardzo źle | Ogółem |
| Wykształcenie | Podstawowe, gimnazjalne | Liczebność | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 8 |
|  |  | % | 12,5% | 25,0% | 62,5% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
|  | Zasadnicze zawodowe | Liczebność | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
|  |  | % | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
|  | Średnie zawodowe | Liczebność | 2 | 4 | 1 | 0 | 1 | 8 |
|  |  | % | 25,0% | 50,0% | 12,5% | 0,0% | 12,5% | 100,0% |
|  | Średnie ogólnokształcące | Liczebność | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 |
|  |  | % | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
|  | Policealne, pomaturalne | Liczebność | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 6 |
|  |  | % | 33,3% | 33,3% | 0,0% | 16,7% | 16,7% | 100,0% |
|  | Wyższe | Liczebność | 3 | 8 | 19 | 4 | 0 | 34 |
|  |  | % | 8,8% | 23,5% | 55,9% | 11,8% | 0,0% | 100,0% |
| Ogółem |  | Liczebność | 8 | 20 | 27 | 5 | 2 | 62 |
|  |  | % | 12,9% | 32,3% | 43,5% | 8,1% | 3,2% | 100,0% |

N=62

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 65. Realizatorzy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Raczej źle | Ogółem |
| Wykształcenie | Średnie zawodowe | Liczebność | 1 | 4 | 2 | 0 | 7 |
|  |  | % | 14,3% | 57,1% | 28,6% | 0,0% | 100,0% |
|  | Średnie ogólnokształcące | Liczebność | 1 | 4 | 1 | 0 | 6 |
|  |  | % | 16,7% | 66,7% | 16,7% | 0,0% | 100,0% |
|  | Policealne pomaturalne | Liczebność | 1 | 2 | 5 | 0 | 8 |
|  |  | % | 12,5% | 25,0% | 62,5% | 0,0% | 100,0% |
|  | Wyższe | Liczebność | 4 | 11 | 10 | 4 | 29 |
|  |  | % | 13,8% | 37,9% | 34,5% | 13,8% | 100,0% |
| Ogółem |  | Liczebność | 7 | 21 | 18 | 4 | 50 |
|  |  | % | 14,0% | 42,0% | 36,0% | 8,0% | 100,0% |

N=50

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 66. Realizatorzy wsparcia w hospicjach uczestniczący w badaniu – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie

|  |  |  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Ogółem |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykształcenie | Zasadnicze zawodowe | % | 67% | 33% | 0% | 100% |
|  |  | Liczebność | 2 | 1 | 0 | 3 |
|  | Średnie zawodowe | % | 44% | 11% | 44% | 100% |
|  |  | Liczebność | 4 | 1 | 4 | 9 |
|  | Średnie ogólnokształcące | % | 20% | 20% | 60% | 100% |
|  |  | Liczebność | 1 | 1 | 3 | 5 |
|  | Wyższe | % | 67% | 0% | 33% | 100% |
|  |  | Liczebność | 2 | 0 | 1 | 3 |
|  |  | % | 45% | 15% | 40% | 100% |
| Ogółem |  | Liczebność | 9 | 3 | 8 | 20 |
|  |  | % | 100% | 100% | 100% | 100% |

N=20

Źródło: Opracowanie własne.

Z tego rodzaju opiniami powiązane są dane dotyczące postrzegania procesu deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku zmian. Bez względu na wykształcenie, dominują osoby, które są pozytywnie nastawione do procesu deinstytucjonalizacji („raczej tak”) lub nie mają w tym zakresie wyrobionego zdania („ani tak ani nie”). Brak jest mocnego sprzeciwu, co może wskazywać na ogólną akceptację lub niewielką świadomość tematu (zwłaszcza wobec znacznych odsetków osób wahających się, tzn. wskazujących odpowiedź „ani tak ani nie” w pytaniu o ocenę deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku zmian). Przy czym wyższe wykształcenie respondentów wiąże się z nieco większym zróżnicowaniem opinii, w tym pojawieniem się mniejszego odsetka sprzeciwu. Dla przykładu, wśród pracowników ŚDS najwięcej przeciwników deinstytucjonalizacji (43%) jest wśród osób z wykształceniem średnim zawodowym. Z kolei największy odsetek osób niezdecydowanych jest wśród osób ze średnim wykształceniem ogólnokształcącym, co może sugerować potrzebę bardziej szczegółowego informowania tej grupy o zaletach i wadach deinstytucjonalizacji. Z kolei wśród pracowników DPS osoby z 6-10 lat doświadczenia wykazują największą niepewność (47,1% wybrało „ani tak ani nie”) co do deinstytucjonalizacji. Pracownicy z najdłuższym stażem i najmłodsi są podobnie podzieleni: w obu grupach, „do 5 lat” i „16 i więcej lat”, jest względnie podobny procent osób, które są zdecydowanie lub raczej przeciwne deinstytucjonalizacji (łącznie około 42-44%). W grupach z dłuższym stażem pracy (11-15 lat oraz 16 i więcej lat) obserwuje się wyższy łączny procent osób, które są „raczej nie” i „zdecydowanie nie” przekonane do deinstytucjonalizacji (łącznie 46,2% i 40,9% odpowiednio). Zatem sprzeciw wobec deinstytucjonalizacji rośnie wraz z doświadczeniem zawodowym.

Z drugiej strony, poparcie dla deinstytucjonalizacji nie jest silne – w każdej grupie stażowej, łączny procent osób które są (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”) przekonane do deinstytucjonalizacji jest mniejszy niż łączny procent tych, którzy stoją na stanowisku „raczej nie” i „zdecydowanie nie” (z wyjątkiem grupy z najkrótszym stażem, gdzie te liczby są niemal identyczne). W sumie można stwierdzić, że pracownicy DPS, podobnie jak pozostałych badanych grup, wykazują podzielone i często niepewne opinie na temat deinstytucjonalizacji, z tendencją do większego sceptycyzmu u osób z dłuższym stażem pracy. Nie ma wyraźnego konsensusu w sprawie deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku w świadczeniu usług społecznych i zdrowotnych, praktycznie niezależnie od poziomu wykształcenia. Można tu dostrzec ostrożną otwartość, chociaż w różnym stopniu i z widoczną obawą, przejawiającą się w istotnym udziale odpowiedzi „raczej nie” co do deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku zmian.

Warto przy tym zauważyć, że tylko wśród osób z wyższym wykształceniem pracujących w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności, znaleźli się zdecydowani zwolennicy deinstytucjonalizacji (14,7% ocen „zdecydowanie tak”), choć generalnie większe przyzwolenie na ten kierunek zmian jest wśród pracowników schronisk z wykształceniem policealnym (ogółem pozytywnych odpowiedzi, wykształcenie wyższe 35,3%, policealne 50%). W grupach niżej wykształconych pracowników deinstytucjonalizacja ma małe poparcie. Ostrożność ta, przy umiarkowanej otwartości niektórych grup pracowników, może być podstawą do planowania i wdrażania edukacji na temat deinstytucjonalizacji w celu zwiększenia ich świadomości i poparcia dla procesu zmiany. Nieobecność silnego sprzeciwu wśród wszystkich grup może wskazywać na brak uprzedzeń wobec procesu deinstytucjonalizacji lub na brak dostatecznej wiedzy na ten temat. Jednakże, wysoki odsetek osób niezdecydowanych wskazuje również na potrzebę edukacji i informacji, które mogłyby pomóc ludziom lepiej zrozumieć i ocenić proces deinstytucjonalizacji.

Zwiększanie wiedzy na temat deinstytucjonalizacji istotne jest również z powodu zróżnicowanej oceny jej wpływu na warunki pracy. Otóż istnieje zauważalna różnica w percepcji wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy między osobami z niższym a wyższym wykształceniem. Osoby z niższym wykształceniem wydają się być bardziej optymistyczne co do potencjalnie pozytywnych zmian. Respondenci z wyższym wykształceniem, którzy mają tendencję do większej krytyczności lub posiadają więcej wiedzy na temat deinstytucjonalizacji, mogą być bardziej świadomi potencjalnych wyzwań związanych z tym procesem. Przy czym dane pokazują brak wyraźnego negatywizmu, tzn. pomimo różnic w postrzeganiu wpływu procesu, brak jest wyraźnych postaw negatywnych (lub są one wyrażone przez niewielki odsetek respondentów) w tym zakresie. Jedynie niewielkie odsetki badanych pracowników instytucji wsparcia oceniało, że proces deinstytucjonalizacji „zdecydowanie pogorszy” warunki ich pracy, co może dobrze rokować w zakresie zmian. Bez względu na staż pracy zbliżony jest tu rozkład odpowiedzi w którym absolutnie dominuje ostrożna (ani tak, ani nie) niepewność i raczej przekonanie o tym, że deinstytucjonalizacja (raczej) nie zmieni warunków pracy. Przy tym największymi obawami w tym zakresie są:

* redukcja personelu – przeciętnie 58% odpowiedzi bez względu na badaną instytucję; wyjątek to DPS, w których aż 74% badanych pracowników wyraziło tę obawę,
* brak odpowiednich kompetencji – przeciętnie 42% (29% w DPS),
* w dalszym rzędzie dopiero zwiększenie ilości obowiązków, czego obawia się przeciętnie co najmniej 33% badanych, a w skrajnym przypadku aż 80% pracowników DPS,
* oraz większe wymagania pracownicze (przeciętnie 25%, w tym nawet 51% pracowników DPS).

Wnioski dotyczące istotności i potrzeby zwiększenia wiedzy i edukacji wśród pracowników badanych instytucji potwierdzają badania pracowników DDP, którzy zadeklarowali największą znajomość tego procesu i to pomimo istotnego poziomu obaw związanych z (przypuszczalną przez nich) redukcją kadrową. Idzie za tym wysoka pozytywna jej ocena – aż 72% pracowników DDP wskazuje deinstytucjonalizację jako pożądany kierunek (w tym 40% zdecydowanie) oraz towarzyszące temu przekonanie, że deinstytucjonalizacja polepszy warunki pracy (w sumie 48% odpowiedzi pozytywnych, w tym 16% zdecydowanie). Towarzyszy temu bardzo wysoka ocena pracowników DDP skuteczności opieki środowiskowej – aż 60% z nich stwierdziło, że opieka środowiskowa jest skuteczniejsza, a jedynie 20% uważa, że bardziej skuteczna jest opieka instytucjonalna.

Jakkolwiek trzeba zauważyć, że przeciętnie stosunkowo niewielki odsetek pracowników z pozostałych instytucji jest tego zdania. Dla przykładu 58% pracowników ŚDS jest przekonanych o większej skuteczności opieki instytucjonalnej nad środowiskową. Podobnie, o większej skuteczności opieki instytucjonalnej są przekonani generalnie pracownicy schronisk dla osób w bezdomności, jakkolwiek występują wśród nich – zresztą podobnie jak w pozostałych badanych grupach – zróżnicowania ze względu na poziom wykształcenia (jednak ze względu na wielkość grupy trudno jest tu wyciągać dalej idące czy wiążące wnioski). Podobnie pracownicy DPS, którzy mają tendencję do postrzegania opieki instytucjonalnej jako bardziej skutecznej niż środowiskowa, a – co interesujące – ich opinie na ten temat stają się bardziej zdecydowane wraz z długością stażu pracy oraz, co ważne, niezależnie od poziomu wykształcenia. Jednakże istnieje również znacząca niepewność (liczne odpowiedzi „trudno powiedzieć”), zwłaszcza wśród pracowników o mniejszym stażu, co może wskazywać na potrzebę dodatkowej edukacji lub doświadczenia w celu lepszego zrozumienia skuteczności różnych form opieki. Przy czym takie stanowisko realizatorów wsparcia (z DPS) koresponduje z sceptycyzmem wobec możliwości przeniesienia opieki do środowiska lokalnego odbiorców wsparcia, chociaż występują tu pewne zróżnicowania ze względu na ich wykształcenie (np. osoby z wykształceniem średnim zawodowym są bardziej podzielone w swoich opiniach aniżeli pracownicy z wykształceniem policealnym lub wyższym).

## Możliwość deinstytucjonalizacji w odniesieniu do wybranych grup wsparcia

Wyżej przytoczone dane ilościowe zostały uzupełnione o wywiady o charakterze jakościowym, które jednak należy rozpatrywać już w odniesieniu do poszczególnych grup otrzymujących usługi wsparcia od poszczególnych instytucji.

**Placówki całodobowe – osoby starsze i z niepełnosprawnościami**

Przedstawiciele instytucji zapewniających opiekę całodobową – DPS-y, hospicja, ZOL-e i ZPO, wyrażali przekonanie, że przekształcenie charakteru i roli tych ośrodków jest niepraktyczne. Argumentowali, że główne grupy korzystające z usług tych placówek to osoby z przewlekłymi chorobami i istotnym stopniem niepełnosprawności, uniemożliwiającym im samodzielną egzystencję. W większości przypadków są to seniorzy wymagający ciągłej opieki medycznej, zmagający się z różnorodnymi chorobami i schorzeniami, będący w stanie ograniczonej mobilności:

*…rola DPS-ów byłaby taka, że organizowała by tą opiekę wytchnieniową i przyjmowała tych mieszkańców gmin po prostu na te krótkotrwałe pobyty w ramach opieki wytchnieniowej czy organizowała jakieś formy łączone, nie wiem pobytów opiekunów, takich relaksacyjnych, rehabilitacyjnych, też, bo przecież ta grupa opiekunów też wymaga wsparcia, bo to nie jest tak, że tylko ten człowiek, który wymaga opieki potrzebuje tego, ale potrzebują go przede wszystkim opiekunowie tych osób, bo oni są wyczerpani, oni są obciążeni najbardziej tą opieką.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, peryferia]

Pomimo klarownych opinii dotyczących roli placówek w procesie deinstytucjonalizacji, uczestnicy wywiadów podkreślali konieczność skupienia się na rehabilitacji i terapii indywidualnej osób, które mają potencjał powrotu do swojego lokalnego środowiska. Zauważono, że w ośrodkach jest grupa osób, która nie potrzebuje nieustannej opieki, co skłania do rozważań nad wykorzystaniem tych placówek jako miejsc tymczasowego pobytu, które mogłyby pomóc w przygotowaniu osób do powrotu do ich lokalnych społeczności. Koresponduje to z uwagami dotyczącymi problemów niektórych placówek związanych z utrzymaniem wysokiej jakości opieki z powodu braku personelu, jak też dokonana przez klientów/odbiorców poszczególnych form wsparcia ocena własnej samodzielności. Istotne przy tym znaczenie ma poziom gotowości do podejmowania działań przez realizatorów wsparcia w środowisku lokalnym. Dla przykładu, uczestniczący w badaniu pracownicy DPS generalnie deklarują posiadanie tego rodzaju kompetencji. Jest to jednak kwestia złożona, a czynnikiem, który zdaje się o tym decydować, jest staż pracy.

Tabela 67. Realizatorzy wsparcia w DPS uczestniczący w badaniu – jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Raczej źle | Bardzo źle |
| do 5 lat | 10,5% | 31,6% | 50,0% | 7,9% | 0,0% |
| 6-10 lat | 14,7% | 32,4% | 27,9% | 22,1% | 2,9% |
| 11-15 lat | 9,6% | 28,8% | 40,4% | 19,2% | 1,9% |
| 16 i więcej lat | 6,8% | 45,5% | 29,5% | 15,9% | 2,3% |

N=202

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższa tabela przedstawia poziom gotowości realizatorów wsparcia w DPS do działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia, w zależności od stażu pracy. Zauważalny jest wzrost kompetencji związanych z poczuciem gotowości do „raczej dobrego” wykonywania działań opiekuńczych w środowisku lokalnym wraz ze wzrostem stażu. Najwięcej osób oceniających swoją gotowość jako „raczej dobrą” znajduje się w grupie z najdłuższym stażem pracy (16 i więcej lat), co sugeruje, że doświadczenie może poprawiać pewność w wykonywaniu zadań opiekuńczych.

Największa jednak grupa we wszystkich kategoriach stażu pracy to osoby, które oceniają swój poziom gotowości jako „ani dobrze, ani niedobrze”. Może to wskazywać na potrzebę dalszego szkolenia lub wsparcia, aby zwiększyć poziom kompetencji i pewności w działaniach opiekuńczych.

Zaobserwować przy tym należy zwiększoną niepewność w grupie o 6-10-letnim stażu – wśród tych pracowników obserwujemy wzrost procentowy ocen „raczej źle” i „bardzo źle” w porównaniu do grupy z krótszym stażem. Może to sugerować, że w tym okresie pracownicy napotykają na nowe wyzwania lub ograniczenia, które wpływają na ich poczucie gotowości.

Najmniejsza liczba negatywnych ocen występuje wśród najmłodszych stażem pracowników – w grupie do 5 lat pracy jest najmniej negatywnych odpowiedzi („raczej źle” i „bardzo źle” łącznie), co może świadczyć o początkowym entuzjazmie i motywacji, lub też o mniejszym zetknięciu z trudnymi aspektami pracy.

Ogólnie można odnotować niską gotowość do oceny jako „bardzo dobre” swoich możliwości działania o charakterze środowiskowym. W każdej grupie stażu pracy niewiele osób ocenia swoją gotowość do działań opiekuńczych jako „bardzo dobrze”. To może wskazywać na konieczność zwiększenia wsparcia dla pracowników w celu podniesienia ich kompetencji i pewności siebie w pełnieniu funkcji opiekuńczych o zmienionym charakterze. Wyniki analizy danych sugerują potrzebę dalszego rozwoju zawodowego pracowników, szczególnie w zakresie umiejętności opiekuńczych, by zwiększyć ich gotowość do „bardzo dobrego” wykonywania zadań środowiskowych.

Podsumowując, widoczne są zmienne poziomy gotowości pracowników do wykonywania działań opiekuńczych w środowisku, które generalnie poprawiają się z doświadczeniem, ale jednocześnie wskazuje na obszary, w których pracownicy mogą potrzebować dodatkowego szkolenia i wsparcia.

Potwierdzają to wyniki badania jakościowego, w którym respondenci sugerowali wprowadzenie elementu edukacyjnego w działalności ich organizacji. Zgodnie z ich opiniami, obecny poziom umiejętności i kompetencji wśród rodzin i opiekunów w zakresie udzielania pomocy osobom potrzebującym jest niski. W ramach rozwiązania tego problemu, placówki takie jak hospicja mogłyby prowadzić edukację dla rodzin i opiekunów, ucząc ich, jak właściwie opiekować się osobami będącymi w stanie nieruchomości, oraz jak prawidłowo podawać leki i posiłki. Takie podejście mogłoby obejmować organizację szkoleń czy kursów dla rodzin i opiekunów, a także udzielanie wsparcia podczas trwania opieki nad osobami potrzebującymi:

*Domy pomocy społecznej powinny być źródłem informacji jak się opiekować osobą leżącą, jak umyć włosy osobie leżącej, jak zmienić pościel, jak się obchodzić osobą z kruchością, z zespołem kruchości, albo jak się opiekować osobą interwencyjną, ponieważ one najczęściej chcą być u siebie w domach i rodziny chcą ich…*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, aglomeracja]

Dla hospicjów stacjonarnych sugeruje się możliwość przekierowania głównej odpowiedzialności za opiekę do hospicjów domowych. W takim rozwiązaniu, pacjenci mogliby otrzymywać niezbędne wsparcie w komfortowych warunkach swojego domu, z pomocą rodziny czy opiekunów. Respondenci podkreślają, że wielu pacjentów wyraża pragnienie przebywania w rodzimym otoczeniu podczas ostatnich etapów życia, co może korzystnie oddziaływać na efektywność terapii i samopoczucie chorych:

*Czasem mówimy, że dom czyni cuda. On czyni cuda z takich medycznych powodów, ponieważ pacjenci, którzy przebywają w takich środowiskach podmiotów leczniczych są narażeni na antyseptyki, na postępowanie takie jałowe, gdzie namnażają się innego rodzaju bakterie. I jak pacjenci je mają, to jak przychodzą do domu, to na warunkach domowych umierają. Nie mają szansy przetrwania. Bo ta nadmierna sterylność powoduje brak reakcji naszych organizmów z bakteriami, antybiotyki, ponieważ one się uodparniają.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, aglomeracja]

Równie istotna jest, dostrzegalna przez respondentów, możliwość współpracy pomiędzy różnymi rodzajami instytucji, tutaj zilustrowana spostrzeżeniami dotyczącymi ośrodków nocnych i dziennych:

*…jedynie co, jeżeli by były DPS-y, no ale to i DPS i ŚDS, oni też mają terapię i my terapię. No my byśmy mogli się wspierać w tym, że my byśmy mogli na przykład na dzień zabierać im ludzi, ale to ja nie wiem, czy to by było wsparcie. Mogłoby być, ale czy to by było dla nich potrzebne, jak oni też mają swoje w ciągu dnia zajęcia?*

[cytat z wywiadu pogłębionego, ŚDS, aglomeracja]

*Myślę, że to już jest jednak bardzo wysoki poziom, bo tu chodzi też o finansowanie, o przepływ środków, żeby nie było podwójnych finansowań, więc bardziej myślę, że możemy się wymieniać doświadczeniami, możemy wspólnie organizować uroczystości, czy nasi mieszkańcy mogą się wymieniać, co zresztą przed pandemią się odbywało i jakoś tak było, że zapraszaliśmy się z tymi domami, które mają podobną grupę seniorów, odwiedzaliśmy się wzajemnie, zapraszaliśmy, ale też imprezy wszystkie trochę przygasły i stały się bardziej lokalne dla danych miejsc z uwagi na koszty.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, ŚDS, aglomeracja]

Według przedstawicieli instytucji świadczących całodobową opiekę, głównymi beneficjentami pomocy społecznej i zdrowotnej powinny być osoby z przewlekłymi chorobami, które wymagają nieustannego wsparcia i opieki medycznej. Istniejące placówki nie mogą zostać całkowicie przekształcone czy zastąpione, jednak respondenci sugerują wprowadzenie szerszej kontroli w procesie przydzielania osób do ośrodków zamkniętych. Podnoszono, że niektórzy beneficjenci są zdolni do samodzielnego funkcjonowania lub mogliby funkcjonować przy wsparciu rodziny. Dlatego też placówki całodobowe mogłyby czasowo przyjmować takie osoby, umożliwiając im rehabilitację i przygotowanie do powrotu do własnych domów i lokalnych społeczności. Respondenci zwrócili jednak uwagę na niedobór informacji dotyczących procedur i dostępnych form wsparcia dla seniorów oraz osób zmagających się z problemami rodzinnymi czy zdrowotnymi na wstępnym etapie wystąpienia problemu. Adekwatne wsparcie i informacje są kluczowe na samym początku, gdy problem zaczyna się pojawiać. Istnieje ograniczona współpraca między ŚDS a innymi instytucjami (CUS, MOPR), co wskazuje na potrzebę poprawy komunikacji i wymiany informacji między tymi instytucjami.

Respondenci generalnie pozytywnie oceniają istniejący system wsparcia, podkreślając – co istotne w kontekście deinstytucjonalizacji – możliwość indywidualnego podejścia do każdej osoby potrzebującej pomocy. Zaznaczają jednak, że wsparcie rodziny i lokalnej społeczności jest kluczowe w opiece nad osobami wymagającymi stałej troski i uwagi. Dlatego proces deinstytucjonalizacji będzie efektywny tylko wtedy, gdy bliscy będą mogli zajmować się członkiem swojej rodziny, w sytuacji gdy nie ma dostępu do usług społecznych lub zdrowotnych. Zdaniem badanych nierzadko zdarza się jednak sytuacja, że osoby zdolne do życia poza instytucjami, nie mają odpowiedniego wsparcia ze strony rodziny czy opiekunów, co jest szczególnie ważne, ponieważ to właśnie oni najczęściej przebywają z nimi na co dzień, wspierając proces terapii i pomagając minimalizować negatywne efekty choroby.

Szczególne wyzwania pojawiają się na obszarach peryferyjnych, gdzie często brakuje alternatywnych możliwości zatrudnienia i gdzie opieka nad osobą potrzebującą przyczynia się do dodatkowych kosztów życia. W takich miejscach rodziny i opiekunowie często wybierają pracę w większych miastach czy za granicą, by zapewnić środki do życia, pozostawiając osoby potrzebujące w instytucji, która jest najbliżej ich miejsca zamieszkania. Ilustrują to następujące cytaty z wywiadów pogłębionych:

*To zależy od regionu oczywiście, ale na pewno Pani słyszała, że na Podlasiu na przykład całe wsie się wyludniają, bo ludzie wyjeżdżają do roboty. To zjawisko jest widoczne także w województwie pomorskim na Kaszubach i bardzo często powodem przyjęcia do opieki hospicyjnej paliatywnej może nie jest sam stan chorego, ale samotność społeczna. No bo współmałżonek odumarł takiego człowieka albo jest dwóch staruszków, którzy sami się sobą opiekują: wiedzie ślepy kulawego.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, peryferia]

*Poza tym uważam, że nie powinno się rezygnować z własnego życia, nawet jeżeli się bardzo kocha mamę czy tatę, czy męża, czy kogokolwiek. Rezygnacja z życia zawodowego, czyli wypadnięcie z rynku pracy, czy wypadnięcie z rynku edukacji, przerwanie nauki, takie rzeczy się zdarzają przecież, bo mama chora. To jest błędem absolutnym, bo mama odejdzie, a człowiek zostaje z niczym wtedy. Więc tutaj ja nie widzę możliwości. Uważam, że hospicja stacjonarne właśnie są po to, żeby odciążyć.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, peryferia]

Respondenci przewidują, że w kontekście starzenia się społeczeństwa, a jednocześnie możliwości deinstytucjonalizacji przy wsparciu środkowiska domowego czy rodzinnego, problem niedoboru opiekunów w społecznościach lokalnych będzie narastał. Zagrożenie to obejmuje zarówno ryzyko wzrostu liczby osób potrzebujących wsparcia, jak i niedostatek osób zdolnych i gotowych do jego świadczenia – to dotyczy pracowników sektora medycznego i socjalnego, ale także rodzin i prawnych opiekunów osob korzystających.

Trudności w implementacji działań deinstytucjonalizacyjnych pojawiają się także z powodu niewystarczających kwalifikacji i kompetencji rodzin czy opiekunów osób potrzebujących opieki. Badani wyrażają, że często podczas wydawania pacjenta z placówki, osoby z jego najbliższego otoczenia deklarują, że nie są w stanie odpowiednio zaopiekować się pacjentem z powodu braku fundamentalnej wiedzy czy dostatecznej ilości czasu.

*Natomiast kiedy zapytaliśmy ludzi, czy gdyby była taka konieczność, możliwość, jesteś gotowy, żeby tą opiekę dać, to ludzie napisali tak, ale nie wiem jak to zrobić. Więc jeżeli chcemy prowadzić proces deinstytucjonalizacji, to musimy zająć się nie tylko beneficjentem, ale też jego środowiskiem, żeby środowisko edukować, jak w tym procesie, który my zaczniemy, oni będą odbiorcami tej edukacji, żeby przewlekle się tym zająć, żebyśmy się mogli wycofać.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, aglomeracja]

Obok braku umiejętności czy wiedzy, równie istotne są kwestie finansowe. Respondenci często zwracali uwagę na wysokie koszty związane ze świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych. Funkcjonowanie placówek jest w dużej mierze determinowane przez liczbę osób, które się w nich znajdują, co jest bezpośrednio związane z wielkością dofinansowania otrzymywanego na każdego beneficjenta. Wdrażanie programu wsparcia środowiskowego może więc wiązać się z ryzykiem utraty kluczowych środków finansowych potrzebnych do utrzymania placówki, co może negatywnie wpłynąć na jej działanie. Jak podkreślają respondenci, obecnie występują problemy z planowaniem budżetu ze względu na niewystarczające dofinansowanie, a także wzrost kosztów utrzymania obiektów i wynagrodzeń pracowników. Proces deinstytucjonalizacji może potęgować te problemy finansowe, co może prowadzić do obniżenia standardów świadczonych usług.

*Znaczy, generalnie pamiętajmy o tym, że my funkcjonujemy wtedy, kiedy mamy mieszkańców. Jeśli my nie mamy zapewnionej odpowiedniej ilości mieszkańców, nie mamy full, że tak powiem, no to jakby nie mamy dochodów, bo jakby wiadomo, to są nasze dochody i nasza sytuacja finansowa też uzależniona jest od ilości osób, którą tutaj mamy. Na ten moment mi na przykład brakuje czterech osób do zapełnienia kompletu. Jakbym miała komplet 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku, to pewnie bym nie zgłaszała żadnych większych potrzeb. Natomiast jeśli ja tego kompletu nie mam, a zdarzają się takie sytuacje. No to wtedy moja sytuacja finansowa jest kiepska. I to myślę sobie, że jakby była jakaś forma dofinansowania i nieuzależniania funkcjonowania DPS-ów tylko i wyłącznie od ilości mieszkańców, to też by ratowało sytuację.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, aglomeracja]

W tym kontekście interesujące wydają się być sugestie respondentów wskazujące na szczególną rolę centrów usług społecznych (CUS). Mogą one odgrywać aktywizującą rolę w procesie deinstytucjonalizacji, motywując mieszkańców do angażowania się w różnorodne aktywności i programy społecznościowe. Centra te powinny wspierać seniorów, pomagając im pozostać aktywnymi i integrować się z lokalnym społeczeństwem. Dodatkowo, CUS-y powinny dostarczać wszechstronne wsparcie, uwzględniając asystę w różnych aspektach życia, takich jak doradztwo prawne, wsparcie w załatwianiu różnych formalności czy dostęp do esencjonalnych usług opiekuńczych, jak asysta w zachowaniu higieny osobistej, pomoc w przygotowywaniu posiłków czy zakupach. Respondenci zwracają przy tym uwagę na konieczność współpracy między CUS-ami a DPS-ami, sugerując, że CUS-y powinny asystować mieszkańcom DPS-ów w lokalizowaniu i korzystaniu z rozmaitych usług środowiskowych oraz mobilizować ich poprzez udział w różnych aktywnościach i programach.

*Z mojego punktu widzenia największe takie potrzeby, to jest to wsparcie usług opiekuńczych w środowiskach osób, które gdzieś tam samotnie w domu są. Albo wymagają może zwiększonej opieki, a rodzina jest w pracy. Więc na pewno to usługi opiekuńcze, zwłaszcza dla samotnych, to jest coś, co po prostu musi funkcjonować, zawsze będzie funkcjonować. Bo taka jest potrzeba.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, aglomeracja]

Zarówno CUS-y jak i DPS-y dążą do podobnych celów, choć działają na innych płaszczyznach. Idea współpracy polega na wzajemnym uzupełnianiu się, by zapewnić mieszkańcom jak najszersze wsparcie. Badani podkreślają znaczenie partnerstwa, w ramach którego obie instytucje wymieniają się doświadczeniem, by lepiej służyć swoim podopiecznym. Respondenci zaznaczają, że CUS-y powinny również zaangażować rodziny podopiecznych, dostarczając im edukacji, wsparcia oraz niezbędnych informacji. Współdziałanie z rodzinami jest fundamentalne w procesie deinstytucjonalizacji, gdyż przyczynia się do budowy efektywnego systemu wsparcia dla osoby w potrzebie w jej lokalnym środowisku.

Korzystne byłoby zaangażowanie CUS-ów w działania w lokalnym środowisku osoby potrzebującej, polegające na wsparciu w wykonywaniu codziennych czynności. Takie działania są szczególnie ważne, gdy stan zdrowia osoby, mimo, że nie wymaga ciągłej opieki, utrudnia jej samodzielne funkcjonowanie na co dzień, w tym w szczególności kiedy kwalifikuje się do wsparcia w ramach działalności hospicjum. Potrzeby takie są zróżnicowane i głęboko indywidualne, dlatego warto, aby CUS odgrywało rolę w koordynowaniu i kierowaniu wsparciem w sposób, który najlepiej odpowiada potrzebom konkretnej osoby.

[CUS-y] *Mogłyby aktywniej wychwytywać potrzeby przewlekle chorych. Bo czasami potrzebom przewlekle.., tzn. to częściowo to jest robione, bo powiatowe centra pomocy rodzinie, na przykład zajmują się likwidacją barier architektonicznych, na przykład. Ale czasami potrzebą przewlekle chorego, czy osoby samotnej to nie jest tak do końca doktor, czy pielęgniarka. Ale właśnie, nie wiem, kwestia samotności społecznej, kwestia codziennego życia, czyli co jest oczywiście, są opiekunki środowiskowe, robią zakupy i piorą. Kwestia alienacji, samotności w swoim miejscu. No to myślę, że tu pewnie gdzieś by się coś takiego znalazło. Są wprawdzie kluby seniora itd., ale często to są ludzie, którzy są dość aktywni. Inni, zgodnie ze starą zasadą medycyny, co właściwie, powinien robić lekarz rodzinny, lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Czyli jeżeli takie centrum wiedziałoby, że z rozmaitych powodów, czy to społecznych, czy ekonomicznych, czy socjalnych, stan chorego zaczyna się pogarszać. Także medycznych, to dobrze by było, żeby reagowali na to. Na przykład mówi, słuchajcie, idzie do lekarza i mówi, no słuchaj stary, wydaje mi się, że tu jest coś gorzej, że musimy o czymś pomyśleć. Taka współpraca pewnie by była. Tylko że ja też nie odczuwam tego, że to się nie dzieje u mnie na terenie powiatu, bo w sumie my tak pracujemy trochę, może trochę nieformalnie. Może trochę nieformalnie, może należałoby. Można, gdyby nadać temu kształt i pieczątkę i szyld, to może by się pieniądze znalazły. Łatwiej byłoby finansować na przykład.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, hospicjum, peryferia]

Respondenci zwracają uwagę na wzrastającą potrzebę wsparcia społecznego, co jest szczególnie widoczne w obliczu starzenia się społeczeństwa. Obecność centrów usług społecznych jest postrzegana jako istotna, jednak wyraźnie widać potrzebę zwiększenia dostępu do oferowanych przez nie usług oraz uproszczenia procesu ich uzyskiwania. Podkreśla się także, jak ważne jest, aby podejście do seniorów było dostosowane indywidualnie, zrozumienie ich unikalnych sytuacji życiowych i dostarczanie pomocy adekwatnej do ich potrzeb, które to wyzwanie staje na przykład przed środowiskowymi domami samopomocy (ŚDS). Taka personalizacja powinna być przestrzegana zarówno przez pracowników służb społecznych, jak i przez organizacje oferujące usługi społeczne, w tym także przez domy dziennej pomocy (DDP). Wprawdzie nie wszyscy respondenci byli w stanie jednoznacznie zdefiniować model współpracy między CUS-ami a DDP, jednak ci, którzy wyrazili swoje opinie, konsekwentnie wskazywali na dwie kwestie: współpraca między nimi powinna być zbudowana wokół organizacji, nadzoru i koordynacji różnych działań. Oba rodzaje instytucji powinny posiadać wyraźnie określone, komplementarne role i zadania, które będą się wzajemnie uzupełniać, a nie dublować.

W tym kontekście dodatkowego wymiaru nabierają uwagi pracowników DPS-ów, spośród których niektórzy wyrażają obawy co do jakości usług świadczonych przez CUS-y, zwłaszcza jeśli ich prowadzenie zostaloby zlecone organizacjom pozarządowym. Obawiają się, że usługi mogą być ograniczone, a klienci nie otrzymają odpowiedniego wsparcia z powodu trudności logistycznych i braku odpowiedniej infrastruktury. Z drugiej strony, widzą potencjał w samej koncepcji CUS-ów, podkreślając, że kluczowe jest współdziałanie oraz wymiana informacji między CUS-ami a DPS-ami. Rekomendują bliską współpracę oraz regularne monitorowanie, aby zapewnić odpowiednie wsparcie osobom potrzebującym. Wspólne inicjatywy i spotkania są postrzegane jako wartościowe narzędzia integracji i wsparcia dla osób korzystających z usług:

*Wzajemna jakaś współpraca na temat, wzajemna nauka nawet. Takie możliwości tego, co my mamy do zaoferowania i co oni mają do zaoferowania. Myślę, że gdyby np. takie centrum pomocy wiedziało o tym, że my organizujemy takie warsztaty w procesie wsparcia dla rodzin zajmujących się osobami chorymi na Alzheimera albo np. te warsztaty z opiekunem, to wtedy mogłoby to rozpromować, dać mniej więcej informacji i wtedy więcej osób mogłoby z tego skorzystać.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, aglomeracja]

*Tak, bo teraz, żeby to załatwić często trzeba najpierw iść tu, potem tam, potem jeszcze w inne miejsca. Dla takich osób, wiadomo, starszych i chorych, niepełnosprawnych, to nie jest tak prosto. Ogromnym pewnie wyzwaniem jest często wyjście z domu, co dopiero bieganie po urzędach i w ogóle użeranie się z jakimiś terminami i Pani mnie goni tu, a ja nie wiem, co to w ogóle znaczy. Respondent: Taki strach, nie? I stres dla tych ludzi, więc jeżeli jest tam ktoś, kto może pomóc we wszystkim i fajnie poprowadzić, to jak najbardziej. To minimalizuje dużo przecież.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, peryferia]

Ostatecznie jednak, choć istnieje gotowość do współpracy między różnymi jednostkami opiekuńczymi, dostrzegane są także potencjalne przeszkody, takie jak niedobór personelu czy ograniczone zasoby finansowe. Zwłaszcza, że dostępność CUS-ów różni się w zależności od gminy. W niektórych miejscach CUS-y funkcjonują, podczas gdy w innych nie są obecne. Jednocześnie większość respondentów zauważyła, że w praktyce nie miała bezpośredniego kontaktu z CUS-ami, a ich teoretyczna wiedza na ten temat jest powierzchowna:

*Pewnie ma to za zadanie jako centrum usług jakąś koordynację tych wszystkich prac, tych wszystkich usług. Tylko, że ja nie doświadczyłam jeszcze takiej współpracy z centrum usług społecznych pomimo tego, że jest w sąsiedniej gminie. Więc tak naprawdę nie umiem do końca powiedzieć nawet jaką wizję ma takie centrum, czym powinno się do końca zajmować, więc ciężko mi powiedzieć, bo nie doświadczam na razie współpracy z takimi instytucjami.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, DPS, peryferia]

Respondenci wyrażali pogląd, że obecne instytucje powinny świadczyć wsparcie i opiekę w środowisku lokalnym w sposób bardziej efektywny i sprawny. Często podnoszono kwestię długiego czasu oczekiwania na pomoc oraz niespójnych wizyt pielęgniarek środowiskowych jako aspekty niewystarczające. Podkreślono potrzebę zwiększenia personelu pracowników socjalnych, szczególnie w mniejszych miejscowościach, aby móc oferować efektywniejszą pomoc. Istotne jest również odpowiednie kierowanie potrzebujących do właściwych instytucji, takich jak DPS, w celu zapobiegania zaniedbaniom i zapewnienia odpowiedniego wsparcia.

Podsumowując, zwraca się uwagę na konieczność pilnego zwiększenia świadomości na temat deinstytucjonalizacji, wzmocnienia obecnych struktur wsparcia środowiskowego, wsparcia dla rodzin oraz zapewnienia bardziej natychmiastowej i efektywnej pomocy potrzebującym, w czym centra usług społecznych mogłyby odgrywać kluczową rolę.

**Placówki dziennego pobytu – osoby starsze, z niepełnosprawnościami, z zaburzeniami psychicznymi oraz w kryzysie psychicznym**

Przedstawiciele ośrodków dziennego pobytu (np. środowiskowych domów samopomocy) zaznaczyli, że ze względu na swoją specyfikę, mają ograniczone możliwości wspierania deinstytucjonalizacji przez aktywne uczestnictwo w terapii stacjonarnej. Sugerują, że ich rola mogłaby polegać na przedłużeniu czasu, przez który beneficjent może pozostać w swoim lokalnym środowisku, opóźniając konieczność przenoszenia do ośrodka stacjonarnego.

Respondenci proponują możliwość wsparcia osób potrzebujących przez kilka godzin dziennie, umożliwiając im uczestnictwo w zajęciach w ośrodku dziennego pobytu. Takie rozwiązanie zakładałoby współpracę między ośrodkami stacjonarnymi a placówkami dziennego pobytu. Jak podkreślano podczas dyskusji, kontakt z lokalnym środowiskiem ma pozytywny wpływ na proces terapeutyczny, dlatego nawet przy prowadzeniu wsparcia środowiskowego, warto zachęcać osoby potrzebujące do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności. W ramach takiej organizacji, klienci mogliby również korzystać z profesjonalnej opieki medycznej w ciągu dnia, co zwiększyłoby efektywność świadczonego wsparcia środowiskowego.

Jako jedną z bardziej istotnych barier w zakresie możliwości deinstytucjonalizacji wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi podano ryzyka dotyczące możliwego regresu w procesie rehabilitacji i terapii. Zostało to wyraźnie zaznaczone przez respondentów, szczególnie w kontekście placówek dziennego pobytu (DDP, ŚDS). Respondenci wskazali na doświadczenia z czasów pandemii jako ilustrację tego problemu, kiedy to uczestnicy nie mogli uczęszczać na zajęcia, co miało negatywny wpływ na postępy w leczeniu. Skutki ograniczeń związanych z *lockdownem* są odczuwalne do dzisiaj, co wzbudza obawy o potencjalne negatywne konsekwencje procesu deinstytucjonalizacji w przyszłości. Udział w zajęciach (instytucjonalnych) jest ściśle powiązany z procesem terapii, mając pozytywny wpływ na beneficjentów, dlatego istnieją poważne obawy dotyczące realizacji usług w środowisku lokalnym. Ta kwestia nie dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnościami, ale także tych, które borykają się z uzależnieniami. Przeniesienie ich z powrotem do środowiska lokalnego może narażać na ryzyko kontaktu z czynnikami mogącymi prowadzić do nawrotu uzależnienia, takimi jak ponowne nawiązanie toksycznych relacji, problemy rodzinne czy poczucie osamotnienia.

**Placówki wspierające osoby w kryzysie bezdomności**

Badani pracownicy placówek oferujących wsparcie osób w kryzysie bezdomności w większości (55 na 62 badanych osób) deklarują znajomość pojęcia deinstytucjonalizacji. Jednakże w ich opinii deinstytucjonalizacja w tym obszarze jest procesem trudnym lub wręcz niemożliwym. Uczestnicy badania podkreślają konieczność istnienia schronisk oraz fakt, że nie są sobie w stanie wyobrazić, jak w przypadku tej grupy osób miałoby funkcjonować przeniesienie do środowiska lokalnego. Jedyne działanie, które badani wskazują jako celowe i realne, to mieszkania wspomagane, mające pomagać w usamodzielnianiu osób w kryzysie bezdomności. Osoby biorące udział w zogniskowanych wywiadach grupowych zdają się przy tym rozumieć deinstytucjonalizację jako środek zapobiegający umieszczaniu osób starszych oraz osób z niepełnosprawnością w zamkniętych instytucjach, np. w domach pomocy społecznej, poprzez tworzenie alternatywnych form wsparcia czy opieki, takich jak kluby seniora czy dzienne domy pobytu. W poszczególnych wypowiedziach przedstawicieli tego rodzaju instytucji można jednak odnaleźć frustrację i dezorientację wobec dyskusji o deinstytucjonalizacji, odczucia sugerujące, że ten temat jest niejasny i nieadekwatnie adresowany w kontekście społecznego problemu bezdomności. Wyrażali oni sceptycyzm i niepewność co do stosowania deinstytucjonalizacji w kontekście bezdomności, podkreślając jednocześnie potrzebę utrzymania i rozwijania schronisk jako kluczowego elementu systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności. Respondenci wskazywali na brak odpowiednich działań profilaktycznych i prewencyjnych oraz na potrzebę większego wsparcia dla tej grupy społecznej. Wyrażali też wątpliwości co do skuteczności i celowości stosowania deinstytucjonalizacji w kontekście bezdomności, zauważając, że ten model jest bardziej odpowiedni dla osób żyjących w swoich domach – co pośrednio może wskazywać na możliwość zastosowania modelu istniejącego w programach typu *Housing First* w przedmiotowym procesie. Podkreślano, że ze względu na trudną sytuację życiową osób w kryzysie bezdomności oraz brak innych form wsparcia, schroniska są i powinny pozostać niezbędnym elementem systemu wsparcia dedykowanego tej grupie. Podobnie, istotnym elementem wsparcia powinno być podejmowanie szerszego niż dotąd zakresu działań profilaktycznych i prewencyjnych – ich brak prowadzi bowiem do sytuacji, w której osoby bezdomne są już w zbyt złej sytuacji bytowej („zniszczone przez życie”), aby mogły skorzystać z alternatywnych, pozainstytucjonalnych form opieki.

Z tego rodzaju wypowiedziami o charakterze jakościowym, korespondują dane ilościowe, pozyskane w ramach wywiadów indywidualnych:

Tabela 68.Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu w podziale na poziom wykształcenia – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia

|  | Bardzo dobrze | Raczej dobrze | Ani dobrze, ani niedobrze | Raczej źle | Bardzo źle |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podstawowe, gimnazjalne (N=8) | 12,5% | 25,0% | 62,5% | 0,0% | 0,0% |
| Zasadnicze zawodowe (N=2) | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Średnie zawodowe (N=8) | 25,0% | 50,0% | 12,5% | 0,0% | 12,5% |
| Średnie ogólnokształcące (N=4) | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 0,0% | 0,0% |
| Policealne, pomaturalne (N=6) | 33,3% | 33,3% | 0,0% | 16,7% | 16,7% |
| Wyższe (N=34) | 8,8% | 23,5% | 55,9% | 11,8% | 0,0% |

N=62

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując przedstawione dane dotyczące gotowości realizatorów wsparcia w schronisku do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia, można zauważyć, że w badanej grupie brak jest skrajnie negatywnych ocen tego rodzaju możliwości. Występują tu jedynie różnice w rozkładzie odpowiedzi ze względu na poziom wykształcenia respondentów, jednak nie można na tej podstawie wyciągnąć generalnych wniosków dotyczących poważnego zróżnicowania w tym zakresie. Poza grupą osób ze średnim wykształceniem zawodowym i policealnym/pomaturalnym, w pozostałych grupach brak jest skrajnie negatywnych ocen, co może wskazywać na ogólną gotowość do podejmowania działań w środowisku lokalnym, choć z różnym stopniem pewności. Dla przykładu osoby z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym w większości (62,5%) oceniają swoją gotowość jako „Ani dobrze, ani niedobrze”, co może wskazywać na niepewność lub średni poziom przygotowania do działań w środowisku lokalnym. Z kolei osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oceniły swoją gotowość jako „Raczej dobrze”, średnim zawodowym 25% oceniło swoją gotowość jako „Bardzo dobrze” i 12,5% jako „Bardzo źle”, co ponownie świadczy o ambiwalencji w podejściu do postawionej kwestii. Osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym w połowie oceniają swoją gotowość jako „Raczej dobrze”, a druga połowa jako „Ani dobrze, ani niedobrze”. Z wykształceniem policealnym/pomaturalnym 33,3% osób ocenia swoją gotowość jako „Bardzo dobrze”, ale również 33,3% jako „Raczej źle” łącznie z „Bardzo źle”. I wreszcie, wśród osób z wykształceniem wyższym, największa grupa wykazuje przewagę ocen „Ani dobrze, ani niedobrze” (55,9%), co może wskazywać na umiarkowaną pewność co do swoich umiejętności lub też brak wiedzy w badanym zakresie. Takie rozłożenie danych wskazuje na ogólną tendencję – w większości grup dominuje ocena „Ani dobrze, ani niedobrze” lub „Raczej dobrze”, co sugeruje, że wielu realizatorów czuje się średnio przygotowanych do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia. Różnorodność ocen, szczególnie w grupach z wyższym wykształceniem, może sugerować potrzebę dodatkowych szkoleń lub wsparcia w celu zwiększenia pewności i skuteczności realizatorów wsparcia w działaniach w środowisku lokalnym. Tym wnioskom odpowiada ocena realizatorów wsparcia w schronisku na temat deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku:

Tabela 69. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – ocena, czy deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem

|  | Zdecydowanie tak | Raczej tak | Ani tak ani nie | Raczej nie | Zdecydowanie nie |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podstawowe, gimnazjalne (N=8) | 0,0% | 25,0% | 62,5% | 0,0% | 12,5% |
| Zasadnicze zawodowe (N=2) | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 0,0% |
| Średnie zawodowe (N=8) | 0,0% | 25,0% | 50,0% | 12,5% | 12,5% |
| Średnie ogólnokształcące (N=4) | 0,0% | 25,0% | 75,0% | 0,0% | 0,0% |
| Policealne, pomaturalne (N=6) | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 0,0% | 0,0% |
| Wyższe (N=34) | 14,7% | 20,6% | 55,9% | 5,9% | 2,9% |

N=62

Źródło: Opracowanie własne.

Otóż generalnie, bez względu na przynależność do grupy o określonym wykształceniu, dominuje odpowiedź „Ani tak ani nie”, co ponownie wskazuje na niepewność lub neutralne podejście do koncepcji deinstytucjonalizacji. To może sugerować brak wystarczającej wiedzy na temat tej koncepcji lub niejednoznaczność jej skutków w kontekście schronisk. Z badań ilościowych wynika, że wprawdzie grupa z wykształceniem wyższym wykazuje największe poparcie dla deinstytucjonalizacji, choć nadal jej większość jest niezdecydowana. Dane wskazują na ogólną niepewność wśród realizatorów wsparcia w schronisku co do deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku. Istnieje pewne zróżnicowanie opinii w zależności od poziomu wykształcenia, z nieco większym poparciem dla deinstytucjonalizacji wśród osób z wyższym wykształceniem. Ogólnie jednak, brak jest silnego sprzeciwu, co może sugerować otwartość na dalszą dyskusję i edukację na temat deinstytucjonalizacji w kontekście świadczonego zakresu wsparcia. Być może jest to związane z oceną potencjalnego wpływu procesu deinstytucjonalizacji na warunki ich pracy.

Tabela 70. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – wpływ deinstytucjonalizacji na warunki pracy

|  | Zdecydowanie je polepszy | Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy | Raczej je pogorszy | Zdecydowanie je pogorszy | Trudno powiedzieć |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podstawowe, gimnazjalne (N=8) | 12,5% | 62,5% | 0,0% | 12,5% | 12,5% |
| Zasadnicze zawodowe (N=2) | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 0,0% | 0,0% |
| Średnie zawodowe (N=8) | 0,0% | 37,5% | 0,0% | 25,0% | 37,5% |
| Średnie ogólnokształcące (N=4) | 0,0% | 50,0% | 0,0% | 25,0% | 25,0% |
| Policealne, pomaturalne (N=6) | 16,7% | 83,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Wyższe (N=34) | 5,9% | 52,9% | 2,9% | 17,6% | 20,6% |

N=62

Źródło: Opracowanie własne.

W większości przeważa tu odpowiedź „Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy”, co wskazuje na niepewność lub neutralne podejście do wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy. To może sugerować, że pracownicy nie są pewni, jak zmiany związane z deinstytucjonalizacją wpłyną na ich codzienne obowiązki i środowisko pracy, jakkolwiek rozkład odpowiedzi w poszczególnych grupach może sugerować, że istnieją pewne obawy o pogorszenie warunków pracy, co dotyczy zwłaszcza grupy z wykształceniem średnim zawodowym i wyższym. Bardziej istotnym spostrzeżeniem jest to dotyczące niewielkiego odsetka respondentów (w każdej grupie), którzy uważają, że deinstytucjonalizacja polepszy warunki pracy. Może to wskazywać na brak silnego optymizmu co do przewidywanych zmian. Ponownie zatem, analiza danych wskazuje na ogólną niepewność wśród realizatorów wsparcia w schroniskach co do wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy. Istnieje pewna tendencja do neutralnego podejścia, ale równocześnie zauważalne są obawy o potencjalne pogorszenie warunków pracy. Brak jest silnego przekonania, że deinstytucjonalizacja przyniesie znaczące pozytywne zmiany w tym zakresie. Wśród głównych powodów, które były brane pod uwagę przez (nieliczne w tej konkretnej grupie) osoby wskazujące na to, że deinstytucjonalizacja wpłynie negatywnie na ich warunki pracy, wymieniono: redukcję personelu, brak kompetencji do pracy środowiskowej, większe wymaganie w pracy środowiskowej oraz zwiększenie ilości obowiązków. Rozkład odpowiedzi w tym zakresie ilustruje poniższy wykres:

Wykres 98. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – przyczyny (deklarowanego) negatywnego wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy

N=12 (obejmuje respondentów, którzy zaznaczyli, że deinstytucjonalizacja pogorszy warunki pracy)

Źródło: Opracowanie własne.

Podobnie, respondenci charakteryzują się znacznym stopniem niepewności co do efektów deinstytucjonalizacji, co ilustruje poniższy wykres:

Wykres 99. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – ocena stwierdzeń dotyczących deinstytucjonalizacji

N=62

Źródło Opracowanie własne.

Wyraźne jest wskazywanie, bez względu na domniemane pozytywne czy negatywne efekty deinstytucjonalizacji, odpowiedzi neutralnej („Ani tak, ani nie”), z lekką przewagą wskazań o charakterze pozytywnym w zakresie dostępności usług, jak też zwiększania podmiotowości klientów, oraz przeciwdziałania wykluczeniu, ale jednocześnie ze wskazaniem na możliwość zamykania placówek, pogorszenia się jakości ich usług, izolacji i marginalizacji.

Generalnie zatem można uznać, że stosunek pracowników schronisk wobec deinstytucjonalizacji jest neutralny i ostrożny, ale dostrzegają oni też pozytywne jej aspekty, co powoduje możliwość realizacji starannie zaplanowanych i przede wszystkim zindywidualizowanych projektów skierowanych do ich klientów.

**Środowiskowe domy samopomocy**

Na wstępie należy zauważyć, że ankietowani pracownicy ŚDS generalnie oceniali opiekę o charakterze instytucjonalnym lepiej aniżeli środowiskową. Znajduje to swoją ilustrację w rozkładzie odpowiedzi na pytanie o skuteczność dostarczanego wsparcia:

Wykres 100. Realizatorzy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – ocena skuteczności dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej

N=50

Źródło: Opracowanie własne.

Większość ankietowanych pracowników określiła skuteczność opieki instytucjonalnej jako „raczej bardziej skuteczną” (30%) oraz „zdecydowanie skuteczniejszą” (28%), zdecydowanie mniejszy odsetek (16% i 14%) wskazał na raczej albo zdecydowanie większą skuteczność form środowiskowych. Jednocześnie dominuje niepewność co do oceny kierunku zmian, którym miała by być deinstytucjonalizacja. Aż 46% badanych w tej grupie nie potrafi jednoznacznie wskazać (odpowiedzi „ani tak, ani nie”) czy jest to dobry kierunek, aczkolwiek spośród pozostałych osób znaczny odsetek wskazuje, że tak właśnie w ich opinii jest (6% zdecydowanie tak, 28% raczej tak), wobec tylko 20% uważających, że „raczej nie” jest to pożądany kierunek. Zostało to zilustrowane na poniższym wykresie:

Wykres 101. Realizatorzy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – ocena czy deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem

N=50

Źródło: Opracowanie własne.

**Instytucja pieczy zastępczej**

Odmiennie od spostrzeżeń w zakresie wparcia oferowanego przez ŚDS, ze względu na podstawowe założenia, wsparcie oferowane w postaci pieczy zastępczej wkomponowuje się w proces deinstytucjonalizacji. Istotą bowiem tej formy wsparcia jest forma opieki nad dzieckiem, które z różnych przyczyn nie może przebywać ze swoją biologiczną rodziną. Celem jest zapewnienie dziecku bezpiecznego i stabilnego środowiska, które umożliwi jego prawidłowy rozwój fizyczny, emocjonalny, intelektualny i społeczny. Dziecko może być w tym celu powierzone rodzinie zastępczej lub prowadzącemu rodzinny dom dziecka, czyli z natury rzeczy jest to opieka leżąca poza sferą instytucjonalną, jakkolwiek przez system instytucjonalno-prawny ściśle regulowana i nadzorowana. Problemem w tym przypadku jest jednak dostępność tego rodzaju wsparcia:

*Ja tylko zawsze patrząc pod swoim kątem, to wydaje mi się, że jest trochę za mało takich ośrodków jak nasze i jest ograniczona ilość pieniędzy, ograniczona ilość miejsc i tak jak słucham rodziców ze szkoły mojej córki, czy z innych ośrodków, to ich obawa jest taka, że po skończeniu, bo dopóki jest edukacja, to jeszcze dziecko jest zabezpieczone, ale jak już kończy się ta edukacja, to jest trudno znaleźć dla tego dzieciaka taką placówkę na przykład. A najtrudniej jest właśnie w obszarach chyba wiejskich, tak mi się wydaje, bo bardzo dużo osób z terenów wiejskich jest po prostu zamykanych po szkole specjalnej, nigdzie już na przykład nie funkcjonuje. Siedzi w tym domu i tak naprawdę tyle tylko, że mieszka i żyje w tym domu.*

[cytat z wywiadu pogłębionego, ŚDS, aglomeracja]

Jak widać, w sensie instytucjonalnym respondenci badań jakościowych (wywiadów pogłębionych) podkreślali obecny niedobór ośrodków specjalistycznych lub instytucji zapewniających wsparcie po zakończeniu edukacji dla osób z określonymi potrzebami. Zgodnie z tymi sugestiami, istnieje luka w systemie opieki, który nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb klientów. Towarzyszą temu ograniczenia budżetowe w zakresie dostępnych środków finansowych, co może prowadzić do ograniczenia liczby miejsc w ośrodkach lub dostępnych usług. Z drugiej strony, podkreślane są obawy rodziców dzieci uczęszczających do szkół, którzy wyrażają niepokój dotyczący przyszłości swoich dzieci po zakończeniu edukacji. Unaocznia to potrzebę długoterminowego planowania i wsparcia zwłaszcza dla tych osób, które przestają być objęte obowiązkiem szkolnym lub nauki, co może prowadzić do izolacji i ograniczenia możliwości rozwoju tych osób. W sensie terytorialnym z kolei, podkreślana jest szczególnie trudna sytuacja na obszarach wiejskich, gdzie dostęp do specjalistycznych usług i ośrodków jest jeszcze bardziej ograniczony. Wszystkie te czynniki wskazują na ryzyko izolacji społecznej osób, które po zakończeniu edukacji nie mają dostępu do odpowiednich placówek lub programów wsparcia. Podsumowując, diagnoza pokazuje istotne wyzwania w systemie opieki i wsparcia dla rodzin i dzieci ze specjalnymi potrzebami, zwłaszcza po zakończeniu ich formalnej edukacji, zwracając uwagę na braki w dostępności, finansowaniu i ciągłości wsparcia.

**Gotowość do pracy środowiskowej**

Obok kwestii dotyczących postrzegania i oceny deinstytucjonalizacji jako procesu, jak też możliwości deinstytucjonalizacji, równie istotnym zagadnieniem jest gotowość realizatorów wsparcia do pracy środowiskowej. Aspekt ten można mierzyć za pomocą faktycznie posiadanego potencjału (kwalifikacji i kompetencji), a równolegle za pomocą indywidualnych deklaracji odnoszących się do postawy gotowości.

W tym pierwszym obszarze, czyli w odniesieniu do kwalifikacji i kompetencji, na wstępie należy zauważyć, że jedynie niewielki odsetek badanych przedstawicieli poszczególnych instytucji uczestniczył w szkoleniach lub kursach, które określili jako związane z realizacją dotyczącym pomocy środowiskowej. Przeciętnie odsetek negatywnych odpowiedzi w tym obszarze dotyczył co najmniej 26% (WTZ), a zwykle około połowy (47% DPS, 52% ŚDS, 54% DDP, 59% ZOL/ZPO) respondentów, z największym odsetkiem (66%) pracowników bez szkoleń tego rodzaju wśród pracowników schronisk. Jedynym wyjątkiem w tym zakresie są badani przedstawiciele hospicjów, wśród których aż 90% twierdząco odpowiedziało na pytanie, czy brali udział w tego rodzaju aktywnościach edukacyjnych, czyli można uznać, że praktycznie niemal każdy z nich jest przygotowany, przynajmniej w zakresie formalnych szkoleń lub kursów, do pracy środowiskowej. Rozkład odpowiedzi w tym zakresie ilustruje poniższy wykres, zawierający zestawienie odpowiedzi na pytanie pracowników badanych instytucji o odbycie szkoleń:

Wykres 102. Realizatorzy wsparcia w badanych instytucjach – uczestnictwo w szkoleniu, kursie w aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej

N=jest zależne od typu placówki.

Źródło: Opracowanie własne.

W tym zakresie zatem, biorąc pod uwagę, że przeciętnie więcej niż połowa badanych pracowników instytucji wsparcia nie posiada formalnego przygotowania w tym kierunku, właśnie formalną, dotyczącą kwalifikacji gotowość do pracy środowiskowej można ocenić jako niską. W tym kontekście jednak duże znaczenie ma stosunkowo znaczny odsetek respondentów, którzy zadeklarowali rozwijanie tego rodzaju kompetencji poza pracą, „na własną rękę”. Czyni to 36% badanych pracowników ZOL, 40% ŚDS, 40,3% schronisk, jak też 49,5% pracowników DPS, 64% DDP, 75% hospicjów. Z czego można wysnuć wniosek, że jakkolwiek wiedza na temat deinstytucjonalizacji w połączeniu z formalnym przygotowaniem do pracy środowiskowej są w badanej populacji niskie, to istnieje tu znaczący potencjał, który przyjmuje formę samokształcenia. Wzmacnia go rozkład odpowiedzi respondentów odnośnie zainteresowania uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z zakresu pracy środowiskowej. Pozytywnie („raczej tak” lub „zdecydowanie tak”) na pytanie dotyczące gotowości do podjęcia wysiłku edukacyjnego w tym kierunku w każdej podgrupie badanych odpowiedziała absolutna większość, tj. 50% pracowników hospicjów (wśród których zrozumiały jest najmniejszy odsetek chętnych ze względu na największy odsetek osób już przeszkolonych), 60% ŚDS, prawie 65% pracowników ZOL/ZPO, 67,8% pracowników DPS oraz 84,2% schronisk i 90% przedstawicieli DDP. W tym kontekście należy stwierdzić prognozowaną, potencjalnie wysoką przyszłą gotowość do podjęcia pracy środowiskowej, a jeżeli nawet nie samą gotowość do niej, to przynajmniej gotowość do włożenia wysiłku (w zakresie edukacji) w celu przygotowania się do niej.

W drugim obszarze, mierzonym samooceną gotowości pracowników instytucji wspierających do podjęcia pracy środowiskowej, zgodnie z indywidualnymi deklaracjami, jest przygotowany przeciętnie niemal co drugi, oczywiście w zależności od rodzaju instytucji wsparcia, respondent. Samoocenę na poziomie „bardzo dobrej” albo „raczej dobrej ” gotowości do prowadzenia działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia zadeklarowało 45% pracowników DPS, 45,2% schronisk, 56% pracowników ŚDS, 57% ZOL/ZPO oraz 60% pracowników hospicjów (co zapewne ma związek z wyżej wspomnianym przygotowaniem formalnym). Tym niemniej należy zauważyć, że jednak znaczny odsetek badanych osób nie potrafi jednoznacznie ocenić swojej gotowości – jako poziom przygotowania deklarując „ani dobrze, ani źle”: w 30% pracowników ZOL, 36% DPS jak też ŚDS, 40% hospicjów, a w końcu schronisk, spośród których taką niepewność zgłosiło 43% respondentów. Wzmacnia to konkluzje dotyczące poziomu kwalifikacji w zakresie gotowości pracy środowiskowej.

Podsumowując, analiza danych dotyczących gotowości realizatorów wsparcia do pracy środowiskowej ukazuje złożony obraz. Z jednej strony, formalne przygotowanie do pracy środowiskowej wśród pracowników instytucji wsparcia jest niskie, co wskazuje na istotną lukę w kwalifikacjach. Większość badanych nie uczestniczyła w szkoleniach lub kursach związanych z pomocą środowiskową, z wyjątkiem pracowników hospicjów, gdzie aż 90% z nich posiadało takie przygotowanie. Jednakże, istnieje znaczący potencjał w postaci samokształcenia, z dużym odsetkiem pracowników różnych instytucji deklarujących rozwijanie kompetencji na własną rękę.

Z drugiej strony, samoocena gotowości do pracy środowiskowej jest różna w zależności od rodzaju instytucji. Pracownicy hospicjów, ŚDS, ZOL/ZPO wykazują wyższą samoocenę gotowości, co może być związane z ich wcześniejszym przygotowaniem formalnym. Jednakże, znaczna część respondentów nie potrafi jednoznacznie ocenić swojej gotowości, co może wskazywać na niepewność i potrzebę dalszego wsparcia w tym zakresie.

W kontekście deinstytucjonalizacji, te wyniki wskazują na potrzebę inwestycji w edukację i szkolenia pracowników instytucji wsparcia, aby zwiększyć ich kwalifikacje i kompetencje w zakresie pracy środowiskowej. Chociaż istnieje znaczne zainteresowanie i gotowość do samokształcenia, formalne szkolenia i kursy mogą zapewnić bardziej kompleksowe i systematyczne przygotowanie. Ponadto, wyniki te podkreślają znaczenie wsparcia i motywacji pracowników w procesie adaptacji do nowych form pracy, co jest kluczowe dla skutecznej realizacji deinstytucjonalizacji.

## Podsumowanie

W świetle badań o charakterze ilościowym wiedza realizatorów wsparcia na temat deinstytucjonalizacji, jest niska, z wyjątkiem pracowników schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, gdzie poziom znajomości zagadnienia jest wysoki (89%). Ogólna wiedza na ten temat jest zatem niska, z wyraźnymi różnicami między typami instytucji. Pracownicy ZOL/ZPO i ŚDS mieli niski poziom znajomości procesu (25% i 26% odpowiednio), podczas gdy wśród pracowników DDP i schronisk dla osób w kryzysie bezdomności odsetek ten był znacznie wyższy (54% i 89%). Z kolei ogólna opinia na temat deinstytucjonalizacji wśród pracowników badanych instytucji wsparcia jest niepewna, z przewagą środkowych wartości w ocenach, co wskazuje na brak jednoznacznie pozytywnej lub negatywnej opinii. Znajomość procesu nie przekłada się bezpośrednio na pozytywną ocenę jego skuteczności. Opinie pracowników na temat deinstytucjonalizacji były przy tym silnie skorelowane z ich poziomem znajomości tematu. W większości przypadków dominowały odpowiedzi środkowe, wskazujące na niepewność i brak jednoznacznie pozytywnej lub negatywnej opinii. Wśród pracowników DPS i schronisk dla osób w kryzysie bezdomności zauważono większą deklaratywną znajomość procesu, ale jednocześnie istniała niepewność co do jego skutków. Wartości skrajne były związane z ocenami dotyczącymi zwiększania podmiotowości i włączenia społecznego, ale negatywne co do formalnych efektów, takich jak koszty i czasochłonność procesu.

Ponadto, istnieje paradoksalny związek między wykształceniem a gotowością do świadczenia wsparcia w formie środowiskowej; wyższe wykształcenie często koreluje z oceną własnych kompetencji jako „bardzo złych”, czyli z negatywną oceną tej gotowości. Przy tym osoby z niższym wykształceniem częściej oceniały swoją gotowość na krańcach skali, co sugeruje większą polaryzację w odbiorze swoich kompetencji. Wysoki poziom niepewności co do gotowości pracy w środowisku wskazuje na potrzebę edukacji i informacji na ten temat. Z kolei brak silnego sprzeciwu wobec deinstytucjonalizacji może oznaczać albo ogólną akceptację, albo niewielką świadomość tematu. Ogólnie jednak, bez względu na wykształcenie, w sensie statystycznym dominowały osoby pozytywnie nastawione do procesu deinstytucjonalizacji lub nie mające wyrobionego zdania. Brak było mocnego sprzeciwu, co może wskazywać na ogólną akceptację lub niewielką świadomość tematu.

W kwestii wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy, osoby z niższym wykształceniem są bardziej optymistyczne, podczas gdy te z wyższym wykształceniem mogą być bardziej świadome potencjalnych wyzwań. Największe obawy dotyczą redukcji personelu, braku kompetencji, zwiększenia obowiązków i większych wymagań pracowniczych.

Pracownicy DPS z najdłuższym stażem i z różnym poziomem wykształcenia wyrażają najwięcej sceptycyzmu wobec deinstytucjonalizacji, sugerując wzrost sprzeciwu z doświadczeniem. Z kolei pracownicy DDP z większą znajomością procesu, pozytywnie oceniają deinstytucjonalizację i jej wpływ na warunki pracy.

Te ogólne kwestie oraz wątpliwości związane z istotnym zakresem „braku zdania” czy nieznajomości procesów i ogólnie niskiego stanu wiedzy dotyczącego możliwych działań w zakresie deinstytucjonalizacji, zostały uzupełnione w ramach badań o charakterze jakościowym. W pierwszym rzędzie wynika z nich, że – biorąc pod uwagę specyfikę grupy docelowej, a w tym przypadku osoby starsze – przedstawiciele instytucji opieki całodobowej, takich jak DPS-y, hospicja, ZOL-e i ZPO, są raczej przeciwni (mechanicznym, pełnym) przekształceniom tych ośrodków, uznając je za niepraktyczne. Podkreślają, że ich głównymi beneficjentami są osoby z przewlekłymi chorobami i niepełnosprawnościami, które wymagają stałej opieki medycznej. Jednocześnie jednak zauważają potrzebę skupienia się na rehabilitacji i terapii indywidualnej dla osób z potencjałem powrotu do społeczności lokalnych. Sugerują także wprowadzenie edukacji dla rodzin i opiekunów w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz możliwość przekierowania opieki do hospicjów domowych. Podobne stanowisko w tym zakresie przedstawiają przedstawiciele schronisk dla osób w kryzysie bezdomności, przy czym grupa ta nie ocenia kwestii deinstytucjonalizacji jednoznacznie. W większości zresztą instytucji dominuje niepewność, z umiarkowanie pozytywnym, ale ostrożnym podejściem do oceny efektów procesu zarówno dla ostatecznych beneficjentów wsparcia, jak i dla samych pracowników badanych instytucji.

Respondenci wskazują przy tym na potrzebę współpracy między różnymi instytucjami oraz na konieczność zwiększenia kontroli nad procesem przydzielania osób do ośrodków. Zwracają uwagę na brak informacji o dostępnych formach wsparcia na wczesnym etapie problemów zdrowotnych lub rodzinnych. Podkreślają znaczenie wsparcia rodziny i lokalnej społeczności w procesie deinstytucjonalizacji, a także na wyzwania związane z niedoborem opiekunów w społecznościach lokalnych.

W odniesieniu do wybranych grup wsparcia, dokonano analizy opartej na danych ilościowych, uzupełnionych wywiadami jakościowymi. Analiza skupia się na placówkach całodobowych, takich jak domy pomocy społecznej (DPS), hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), które obsługują głównie osoby starsze i z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele tych instytucji wyrażają przekonanie, że przekształcenie ich charakteru i roli w kierunku działań środowiskowych jest niepraktyczne, argumentując, że ich głównymi beneficjentami są osoby z przewlekłymi chorobami i znacznym stopniem niepełnosprawności, co uniemożliwia im samodzielną egzystencję. W kontekście deinstytucjonalizacji, zwraca się uwagę na potrzebę skupienia się na rehabilitacji i terapii indywidualnej osób, które mają potencjał powrotu do swojego lokalnego środowiska. Zauważono, że w ośrodkach (DPS) jest grupa osób, która nie potrzebuje nieustannej opieki, co skłania do rozważań nad wykorzystaniem tych placówek jako miejsc tymczasowego pobytu, które mogłyby pomóc w przygotowaniu osób do powrotu do ich lokalnych społeczności. Jednakże, istnieją problemy związane z utrzymaniem wysokiej jakości opieki z powodu braku personelu, jak również z samodzielnością klientów/odbiorców poszczególnych form wsparcia.

W kontekście osób w kryzysie zdrowia psychicznego, przedstawiciele placówek dziennego pobytu zauważają ograniczenia w możliwościach wspierania deinstytucjonalizacji. Proponują rozwiązania, które pozwalałyby na przedłużenie czasu, przez który osoba korzystająca może pozostać w swoim środowisku, oraz na współpracę z placówkami całodobowego pobytu. Jednakże istnieją obawy dotyczące ryzyka regresu w terapii i rehabilitacji, szczególnie po doświadczeniach z pandemii.

Generalnie, przedstawiciele ośrodków wsparcia dziennego zwracają uwagę na ograniczenia w swojej roli, podkreślając, że procesy związane z deinstytucjonalizacją mogą przede wszystkim służyć przedłużaniu czasu, przez który osoba wspomagana może pozostać w swoim lokalnym środowisku, opóźniając tym samym konieczność przenoszenia do ośrodka stacjonarnego, jednak go w pełni nie zastępując. Proponują oni wsparcie osób potrzebujących przez kilka godzin dziennie, co umożliwiałoby uczestnictwo w zajęciach w ośrodku dziennego pobytu. Taka forma współpracy między ośrodkami stacjonarnymi a placówkami dziennego pobytu miałaby pozytywny wpływ na proces terapeutyczny, zachęcając osoby potrzebujące do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności. Klienci mogliby również korzystać z profesjonalnej opieki medycznej w ciągu dnia, co zwiększałoby efektywność wsparcia środowiskowego. Przy czym jednak istnieją uzasadnione obawy dotyczące potencjalnego regresu w procesie rehabilitacji i terapii, szczególnie w kontekście placówek dziennego pobytu. Doświadczenia z czasów pandemii, kiedy to ograniczenia związane z lockdownem negatywnie wpłynęły na postępy w leczeniu, są zasadniczym źródłem tych obaw. Udział w zajęciach instytucjonalnych jest ściśle powiązany z procesem terapii, a ich brak może prowadzić do negatywnych konsekwencji. Ta kwestia dotyczy nie tylko osób z niepełnosprawnościami, ale także tych z uzależnieniami, gdzie przeniesienie do środowiska lokalnego może narażać ich na ryzyko nawrotu uzależnienia z powodu kontaktu z negatywnymi czynnikami środowiskowymi.

W przypadku bezdomności, pracownicy placówek wsparcia uważają deinstytucjonalizację za trudną lub niemożliwą. Wskazują na konieczność istnienia schronisk i na mieszkania wspomagane jako jedyną realną formę pomocy w usamodzielnianiu osób w kryzysie bezdomności. Podkreślają, że schroniska są niezbędne ze względu na brak miejsc w innych formach opieki i szybkie usamodzielnianie osób chorych przez szpitale. Większość badanych pracowników placówek wspierających osoby w kryzysie bezdomności jest zaznajomiona z pojęciem deinstytucjonalizacji, ale uważają, że w kontekście bezdomności jest to proces trudny lub niemożliwy do realizacji. Respondenci rozumieją deinstytucjonalizację głównie jako środek zapobiegający umieszczaniu osób starszych i z niepełnosprawnościami w domach pomocy społecznej, poprzez tworzenie alternatywnych form opieki. Jednak w kontekście bezdomności, wyrażają sceptycyzm i niepewność co do stosowania deinstytucjonalizacji, podkreślając potrzebę utrzymania schronisk. Wskazują na brak działań profilaktycznych i prewencyjnych oraz potrzebę większego wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności. Podkreślają konieczność istnienia schronisk i trudności z wyobrażeniem sobie przeniesienia tej grupy klientów do środowiska lokalnego. Jako realną opcję wskazują na mieszkania wspomagane, które mogą pomóc w usamodzielnianiu osób w kryzysie bezdomności. Analiza danych ilościowych dotyczących samej gotowości pracowników schronisk do prowadzenia działań w środowisku lokalnym wskazuje na brak skrajnie negatywnych ocen, ale różnice w odpowiedziach w zależności od poziomu wykształcenia. Większość ocenia swoją gotowość jako „Ani dobrze, ani niedobrze” lub „Raczej dobrze”, co sugeruje średni poziom przygotowania do działań w środowisku lokalnym. Co do wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy, większość respondentów uważa, że „Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy”, co wskazuje na niepewność co do wpływu zmian na ich obowiązki i środowisko pracy. Istnieją obawy o potencjalne pogorszenie warunków pracy, szczególnie w grupach z wyższym wykształceniem.

Stosunek pracowników schronisk wobec deinstytucjonalizacji jest zatem neutralny i ostrożny, ale dostrzegają oni również pozytywne aspekty tej koncepcji, co otwiera możliwość realizacji starannie zaplanowanych i zindywidualizowanych projektów skierowanych do ich klientów.

Z kolei dla hospicjów stacjonarnych sugeruje się możliwość przekierowania głównej odpowiedzialności za opiekę do hospicjów domowych, co pozwoliłoby pacjentom otrzymywać wsparcie w komfortowych warunkach swojego domu, z pomocą rodziny czy opiekunów. Respondenci podkreślają, że wielu pacjentów wyraża pragnienie przebywania w rodzimym otoczeniu podczas ostatnich etapów życia.

Podobnie układają się opinie pracowników środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) na temat opieki instytucjonalnej i środowiskowej oraz deinstytucjonalizacji. Pracownicy ŚDS generalnie oceniają opiekę instytucjonalną jako bardziej skuteczną niż środowiskową, z większością wskazującą na jej „raczej bardzo skuteczną” lub „zdecydowanie skuteczną” naturę. W kontekście deinstytucjonalizacji, dominuje niepewność, 46% respondentów nie mogących jednoznacznie określić, czy jest to dobry kierunek, choć równocześnie znaczna ich część (w sumie 34%) uważa, że jest to pożądany kierunek.

W kontekście opieki nad dziećmi, piecza zastępcza jest uznawana za dobrze wpisującą się w proces deinstytucjonalizacji. Celem jest zapewnienie dzieciom bezpiecznego i stabilnego środowiska poza instytucjami. Równolegle, istnieje problem z dostępnością opieki dla dzieci, szczególnie na obszarach wiejskich, oraz brak ośrodków specjalistycznych (wspomnianych wcześniej ŚDS) i wsparcia po zakończeniu edukacji dla osób z określonymi potrzebami. Respondenci zwracają uwagę na niedobory w systemie, ograniczenia budżetowe, oraz obawy rodziców dotyczące przyszłości ich dzieci, które mają dodatkowe potrzeby, po zakończeniu edukacji. Podkreślają konieczność długoterminowego planowania i wsparcia, zwłaszcza dla osób kończących edukację, aby uniknąć ich izolacji i ograniczenia możliwości rozwoju.

Diagnoza wskazuje zatem na istotne wyzwania w systemie opieki i wsparcia dla rodzin i dzieci ze specjalnymi potrzebami. Zwraca uwagę na braki w dostępności, finansowaniu i ciągłości opieki – szczególnie po zakończeniu procesu formalnej edukacji dzieci.

Analiza danych wskazuje przy tym na zmienne poziomy gotowości pracowników do wykonywania działań opiekuńczych, które generalnie poprawiają się z doświadczeniem, ale jednocześnie wskazuje na obszary, w których pracownicy mogą potrzebować dodatkowego szkolenia i wsparcia. W ramach badania jakościowego, respondenci sugerowali również wprowadzenie elementu edukacyjnego w działalności ich organizacji, podkreślając niski poziom umiejętności i kompetencji wśród rodzin i opiekunów w zakresie udzielania pomocy osobom potrzebującym. W tym kontekście centra usług społecznych (CUS) mogą odgrywać aktywizującą rolę w procesie deinstytucjonalizacji, motywując mieszkańców do angażowania się w różnorodne aktywności i programy społeczne. Współpraca pomiędzy CUS-ami, DPS-ami i społecznością lokalną może przyczynić się do stworzenia bardziej zintegrowanego systemu wsparcia, który lepiej odpowiada na potrzeby osób starszych i z niepełnosprawnościami czy generalnie wszystkich osób wymagających wsparcia.

Z drugiej jednak strony respondenci – pracownicy instytucji wsparcia przewidują, że w kontekście starzenia się społeczeństwa, a jednocześnie możliwości deinstytucjonalizacji przy wsparciu środowiska domowego czy rodzinnego, problem niedoboru opiekunów w społecznościach lokalnych będzie narastał. Trudności w implementacji działań deinstytucjonalizacyjnych pojawiają się ich zdaniem także z powodu niewystarczających kwalifikacji i kompetencji rodzin czy opiekunów osób potrzebujących wsparcia. Obok braku umiejętności czy wiedzy, równie istotne są kwestie finansowe. Respondenci często zwracali uwagę na wysokie koszty związane ze świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych. Reasumując, w obszarze wyzwań i możliwości związanych z deinstytucjonalizacją pracownicy instytucji wsparcia mają podzielone i często niepewne opinie, z tendencją do większego sceptycyzmu u osób z dłuższym stażem pracy. Wskazuje to na potrzebę zwiększenia edukacji i świadomości na temat deinstytucjonalizacji, aby lepiej zrozumieć i ocenić ten proces. Analiza danych wskazuje na konieczność zwiększenia świadomości, wiedzy i edukacji wśród pracowników instytucji wsparcia na temat deinstytucjonalizacji, a jednocześnie wzmocnienia struktur wsparcia środowiskowego, wsparcia dla rodzin i zapewnienia efektywnej pomocy potrzebującym, a także potrzebę lepszej współpracy między różnymi instytucjami wsparcia. Niewielki odsetek pracowników ma zdecydowane opinie na temat skuteczności wsparcia instytucjonalnego w porównaniu do formy środowiskowej, z czego wynika konieczność dalszego dialogu i wyjaśnień w tej dziedzinie. Teoretycznie CUS-y mogłyby odgrywać kluczową rolę w tym procesie, wspierając np. seniorów i integrując ich z lokalnym społeczeństwem. Jednakże wyzwania takie jak niedobór personelu, ograniczone zasoby finansowe i różnice w dostępności CUS-ów w różnych gminach stanowią przeszkody w realizacji deinstytucjonalizacji.

# Ocena społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji[[64]](#footnote-65)

## Metodyka oceny społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych

Niniejszy rozdział stanowi syntezę badań i analiz dotyczących trzeciego celu szczegółowego obejmujących odpowiedzi na następujące pytania badawcze[[65]](#footnote-66):

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?

Do odpowiedzi na postawione pytania badawcze wykorzystano:

1. dane wtórne pochodzące ze statystyki publicznej oraz sprawozdawczości systemu pomocy i integracji społecznej
2. dane pierwotne pochodzące z:
   * badania przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie ponad 1000 mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat,
   * indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI, ang. *Individual In-depth Interview*) przeprowadzonych z kadrą zarządzającą domami pomocy społecznej; hospicjami stacjonarnymi; zakładami opiekuńczo-leczniczymi lub zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi; placówkami wsparcia dziennego; środowiskowymi domami samopomocy; dziennymi domami pomocy,
   * wywiadów fokusowych (FGI, ang. *Focus Group Interview)* przeprowadzonych z kadrą zarządzającą placówkami opiekuńczo-wychowawczymi; placówkami dla osób w kryzysie bezdomności – schroniska (w tym schroniska z usługami opiekuńczymi); organizatorami usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych, przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego (JST), organizacji pozarządowych (NGO).

W poniższej tabeli zestawiono informacje o źródłach danych wykorzystanych w celu poszukiwania odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Tabela 71. Przyporządkowanie narzędzi badawczych i pytań kwestionariuszowych do pytań badawczych

| **Narzędzie badawcze** | **Pytanie kwestionariuszowe** |
| --- | --- |
| **Pytanie badawcze:**   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? |  |
| Desk Research (analiza ekonomiczna) | * 1. Ocena zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego za rok 2021,   2. Sprawozdanie MRiPS-R za lata 2019-2021,   3. Sprawozdanie MRiPS-06 za 2021 rok,   4. Sprawozdanie WRiSPZ (gmina, powiat, województwo) za I i II poł. roku za lata 2019-2021,   5. Dane z Banku Danych Lokalnych GUS,   6. Mapy Potrzeb Zdrowotnych,   7. Inne źródła danych w zakresie przedmiotowym badania. |
| Scenariusze wywiadu (IDI) z kadrą zarządzającą analizowanymi instytucjami tj.:   1. domami pomocy społecznej, 2. hospicjami stacjonarnymi, 3. zakładami opiekuńczo-leczniczymi lub zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, 4. placówkami wsparcia dziennego, 5. środowiskowymi domami samopomocy, 6. dziennymi domami pomocy. | 1. Jak ocena Pan/Pani sytuację finansową analizowanej instytucji? Jakie są główne koszty prowadzenia działalności? 2. Jak Pana/Pani zdaniem będą się zmieniały koszty prowadzenia analizowanej instytucji w ciągu 3,5, 10 lat? 3. W jaki sposób proces deinstytucjonalizacji wpłynie na koszty prowadzenia analizowanej instytucji w analogicznych okresach? 4. Jaką rolę powinny pełnić analizowane instytucje w procesie deinstytucjonalizacji? Jak Pan/Pani wyobrażają sobie ich dalsze funkcjonowanie? 5. Jakie zmiany należałoby wprowadzić do analizowanych instytucji, żeby sprawnie funkcjonowały w czasie procesu deinstytucjonalizacji? 6. Jakie są potencjalne trudności przed wprowadzeniem tego typu rozwiązań? 7. W jaki sposób można im zaradzić? |
| Scenariusze wywiadu zogniskowanego (FGI) z:   1. kadrą zarządzającą placówkami opiekuńczo-wychowawczymi, 2. kadrą zarządzającą placówkami dla osób w kryzysie bezdomności. | * 1. Jaka jest państwa opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji?   2. Jakie są Państwa zdaniem potencjalne korzyści i zagrożenia wynikające z procesu deinstytucjonalizacji?   3. Jak Państwo oceniają koszty opieki środowiskowej w stosunku do opieki instytucjonalnej? Czy jest bardziej czy mniej opłacalna ekonomicznie?   4. Jaką rolę powinny pełnić analizowane placówki w procesie deinstytucjonalizacji?   5. Jakie zmiany należałoby wprowadzić do ich funkcjonowania w tym kontekście?   6. Czy zaniechanie procesu deinstytucjonalizacji wiązałoby się z jakimiś kosztami społecznymi lub ekonomicznymi? Jak te koszty będą zmieniały się w perspektywie kolejnych lat (3, 5, 10)? |
| Scenariusz wywiadu zogniskowanego (FGI) z organizatorami usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych | 1. Jaka jest państwa opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji? 2. Jakie są Państwa zdaniem potencjalne korzyści i zagrożenia wynikające z procesu deinstytucjonalizacji? 3. W jaki sposób można poradzić sobie z tymi zagrożeniami? 4. Jakie zmiany należałoby wprowadzić do systemu usług społecznych w kontekście deinstytucjonalizacji? 5. Jak Państwo oceniają koszty opieki środowiskowej w stosunku do opieki instytucjonalnej? Czy jest bardziej czy mniej opłacalna ekonomicznie? 6. Czy zaniechanie procesu deinstytucjonalizacji wiązałoby się z jakimiś kosztami społecznymi lub ekonomicznymi? Jak te koszty będą zmieniały się w perspektywie kolejnych lat (3, 5, 10)? |
| **Pytanie badawcze:**  3,3. Jak jest wiedza i ocena dostępności do usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały z tego typu wsparcia? |  |
| Kwestionariusz CATI z mieszkańcami województwa pomorskiego | * 1. W sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia w pierwszej kolejności skorzystał/a/by Pan/Pani z usług prywatnych czy publicznych?   2. Dlaczego Pan/Pani wybrał/a/by usługi publiczne?   3. Dlaczego Pan/Pani wybrał/a/by usługi prywatne?   4. Przeczytam Panu/ Pani listę instytucji oferujących wsparcie oraz usług; proszę o odpowiedzi czy Pan/Pani o nich słyszał(a)?   5. Czy Pana/Pani zdaniem w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia łatwo skorzystać z usług wybranych w poprzednim pytaniu instytucji (ocena dotyczy każdej wskazanej instytucji)?   6. Czy uważa Pan/Pani, że w sytuacji potrzeby łatwo uzyskać pomoc od instytucji (ogólnie)?   7. Czy ma Pan/Pani poczucie, że w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia wiedziałby Pan/Pani gdzie zwrócić się o pomoc? |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie SWZ.

## Efektywność ekonomiczna (finansowa) alternatywnych systemów opieki

#### Uwarunkowania badania efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki

Z informacji pozyskanych od uczestników badań jakościowych, które stanowią punkt wyjścia do oceny efektywności ekonomicznej (finansowej) alternatywnych systemów opieki wynika, że mogą one obejmować wiele różnych aspektów. Poniżej, w ujęciu syntetycznym, przedstawiono najważniejsze wnioski z badań przeprowadzonych w tym zakresie:

*Wiedza o procesie deinstytucjonalizacji jako punkt wyjścia do oceny efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki*

Dla oceny efektywności ekonomicznej (finansowej) alternatywnych systemów opieki kluczowe znaczenie mają informacje pozwalające przede wszystkim na poznanie opinii uczestników wskazanych badań na temat samego procesu deinstytucjonalizacji.

Z informacji zebranych w trakcie badań jakościowych wynika, że realizacja tego procesu, według opinii większości uczestników badania, będzie miała raczej niewielki wpływ na koszty prowadzenia badanych instytucji. Należy jednak podkreślić, że kluczem do oceny wpływu procesu deinstytucjonalizacji na koszty prowadzenia działalności w analizowanych instytucjach jest samo podejście do tego procesu. W opinii części badanych (głównie kadry zarządzającej DPS), realizacja tego procesu będzie oznaczać konieczność dywersyfikacji zadań realizowanych do tej pory przez badane instytucje. Dywersyfikacja ta, według uczestników wywiadów, będzie polegać na zwiększeniu, czy nawet zastąpieniu części zadań realizowanych dotychczas w ramach opieki instytucjonalnej – opieką środowiskową. Przyjmując taki model działania możliwe będzie, według badanych, obniżenie kosztów funkcjonowania instytucji.

Osobną kwestią są natomiast opinie kadry zarządzającej badanymi instytucjami, co do słuszności takiej dywersyfikacji. Z zebranych informacji wynika, że niektórym przedstawicielom kadry zarządzającej brakuje pełnej wiedzy na temat istoty tego procesu, jego przebiegu i roli jaką będą pełnić zarządzane przez nich instytucje w jego ramach. Sam proces utożsamiają z wprowadzaniem ograniczeń w funkcjonowaniu instytucji, którymi zarządzają.

Pojawiły się również opinie wskazujące na to, że realizacja procesu deinstytucjonalizacji może wpływać na wzrost kosztów prowadzenia działalności. Oferowanie dodatkowych usług świadczonych w formie środowiskowej (w domu podopiecznego) będzie wymagało zatrudnienia dodatkowych osób pracujących w terenie. Trudniejsza będzie również kontrola jakości wykonanej w ten sposób pracy.

*Ocena bieżącej sytuacji finansowej jako podstawa do oceny efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki*

Istotne znaczenie ma również ocena bieżącej sytuacji finansowej badanych instytucji, która mimo systematycznego wzrostu kosztów prowadzenia działalności i rosnących obaw o ich dalszy wzrost w przyszłości, oceniana jest najczęściej jako stabilna. Mimo tych dość powszechnych opinii potwierdzających stabilność finansową analizowanych instytucji zdarzają się również jednostki, których sytuacja finansowa, już obecnie, określona została jako trudna. Jednocześnie niemal wszyscy uczestnicy badań są zaniepokojeni ciągłym wzrostem kosztów prowadzenia działalności. Spodziewają się również, że koszty te będą nadal wzrastać w kolejnych latach. Największa część budżetu (około 70-85%) przeznaczana jest na wynagrodzenia dla pracowników. Istotną pozycją są również koszty związane z utrzymaniem budynków (zarówno w zakresie opłat za media, jak i prowadzonych prac remontowych/ modernizacyjnych).

*Ryzyka ograniczające skuteczność realizacji procesu deinstytucjonalizacji*

Skuteczna realizacja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych wymaga również skatalogowania potencjalnych trudności pojawiających się już na etapie wprowadzającym ten proces w życie. Zidentyfikowane w trakcie badań jakościowych uwarunkowania o kluczowym znaczeniu dla sprawnej realizacji procesu deinstytucjonalizacji obejmują następujące ryzyka:

1. **Brak zaplecza kadrowego**, tj. niewystarczająca liczba pracowników usług społecznych i zdrowotnych, którzy mogliby świadczyć wsparcie środowiskowe oraz związane z tym ryzkiem:
   1. Nasilające się trudności z pozyskiwaniem nowych pracowników, w tym przede wszystkim lekarzy zainteresowanych świadczeniem pomocy osobom potrzebującym w ich środowisku lokalnym.
   2. Zwiększone ryzyko wystąpienia deficytu pracowników medycznych w placówkach zamkniętych ze względu na konieczność wydzielenia czasu pracy na zadania realizowane w ramach pomocy środowiskowej.
   3. Ryzyko związane z brakiem możliwości zapewnienia łatwego dostępu do wsparcia w przypadku osób pozostających w środowisku lokalnym, głównie ze względu na konieczność docierania do miejscowości, często dość znacznie oddalonych od siebie.
   4. Ryzyko związane z brakiem odpowiednich kwalifikacji w przypadku osób świadczących usługi społeczne w lokalnym środowisku oraz związana z tym ryzykiem konieczność zapewnienia kontroli świadczonych usług.
   5. Brak możliwości zapewnienia ciągłości wsparcia na odpowiednim poziomie osobom potrzebującym, głównie ze względu na malejący prestiż i małą atrakcyjność finansową zawodów w obszarze pomocy społecznej.
2. **Wykluczenie komunikacyjne,** istotne w szczególności w przypadku osób pozostających w środowisku lokalnym w małych miejscowościach zlokalizowanych na tzw. terenach peryferyjnych. W województwie pomorskim problem ten dotyczy 22% miejscowości wiejskich. Ponadto, przeciętna odległość z miejscowości pozbawionej komunikacji publicznej do najbliższego przystanku wynosi ok. 2 km, czyli wymaga 30 minutowego spaceru do miejsca docelowego[[66]](#footnote-67). W związku z tym, pojawia się ryzyko, iż osoby mieszkające w najbardziej oddalonych od większego miasta miejscowościach, nie uzyskają należnego wsparcia[[67]](#footnote-68). Ryzyko to ma również duży wpływ na koszty opieki i wsparcia środowiskowego. Pracownicy świadczący tego rodzaju usługi w mniejszych gminach muszą mieć zapewniony dostęp do samochodów (własnych lub służbowych). Zwiększa to koszty prowadzenia usług opiekuńczych, ze względu na konieczność dopłaty do paliwa oraz zapewnienia pojazdu pracownikowi. Rosną również wymagania co do kompetencji pracowników świadczących tego rodzaju usługi ze względu na konieczność posiadania prawa jazdy i doświadczenia w prowadzaniu pojazdów.
3. **Deficyt opiekunów** w środowisku lokalnym – członków rodzin lub osób uprawnionych do codziennej opieki nad osobami potrzebującymi pomocy. Problem istotny w szczególności w przypadku osób zamieszkujących obszary peryferyjne. Narażone bardziej niż inne regiony na wyludnianie się np. w związku z koniecznością poszukiwania pracy. Ryzyko silnie uzależnione od aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej występującej na danym terenie, w tym głównie kondycji lokalnego rynku pracy.
4. **Ryzyko wystąpienia regresu w rehabilitacji i terapii** jako efektu zarówno braku wystarczającej liczby opiekunów w środowisku lokalnym, jak również braku opiekunów o odpowiednich kwalifikacjach pozwalających na sprawowanie opieki nad osobą potrzebująca wsparcia. Czynnikiem wpływającym na wystąpienie regresji w terapii jest również niedostosowanie infrastruktury dostępnej w środowisku lokalnym do specyficznych potrzeb osób potrzebujących wsparcia, np. potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
5. **Bariery finansowe** związane z koniecznością dostosowania miejsc przebywania osób potrzebujących wsparcia do ich rzeczywistych potrzeb i ograniczeń np. ruchowych.
6. **Niewystarczające zrozumienie istoty samego procesu deinstytucjonalizacji**, której celem nie jest zmniejszenie obecnego poziomu kosztów funkcjonowania instytucji zajmujących się opieką i wsparciem, ale ograniczenie tempa wzrostu tych kosztów w przyszłości w sytuacji prognozowanego wzrostu liczby osób potrzebujących wsparcia.
7. **Brak zainteresowania ofertą usług dostępną w placówkach wsparcia dziennego.** Niedostrzeganie przez osoby potrzebujące wsparcia i ich opiekunów korzyści płynących z uczestniczenia w zajęciach organizowanych przez placówki świadczące usługi w ramach pobytu dziennego w tych placówkach.Postrzeganie tego rodzaju usług jako swego rodzaju formy rozrywki, a nie pełnoprawnej usługi.

*Nowe role (zadania) instytucji zajmujących się pomocą społeczną i świadczeniem wybranych usług zdrowotnych w ramach procesu deinstytucjonalizacji*

Dla oceny efektywności ekonomicznej (finansowej) alternatywnych systemów opieki, w których badane instytucje będą pełnić ważną rolę, istotne jest również określenie nowych zadań, jakie tego rodzaju instytucje mogą realizować w ramach procesu deinstytucjonalizacji. Wśród, raczej nielicznych propozycji tego rodzaju nowych ról, wskazywanych przez uczestników badań, można wymienić:

**Organizację tzw. opieki wytchnieniowej** **lub tymczasowej**

Dla rodziców i opiekunów osób z niepełnosprawnością, potrzebujących stałej opieki, która mogłaby być realizowana zarówno przez ośrodki zajmujące się swoimi klientami całodobowo, jak również placówki dziennego pobytu.

Według badanych, rozszerzenie pakietu dostępnych usług o opiekę wytchnieniową pozwoli na sprawniejsze świadczenie usług społecznych i zdrowotnych w regionie oraz wesprze rodziny i opiekunów beneficjentów. Głównym czynnikiem ograniczającym realizację tego rodzaju usług są brak odpowiednich środków finansowych oraz braki kadrowe.

Warto jednak podkreślić, że te formy opieki są znane instytucjom funkcjonującym w województwie pomorskim. Nawet jeżeli nie były one do tej pory realizowane, badane instytucje posiadają wiedzę na ten temat. Jest to forma opieki realizowana bezpośrednio na miejscu, w instytucjach, które ją oferują. Jest to więc raczej poszerzenie zakresu dotychczas świadczonych usług, które mogą być nadal realizowane w ramach opieki instytucjonalnej.

**Zwiększenie zakresu oraz poziomu opieki i wsparcia osób przebywających w środowisku lokalnym**

Celem jest maksymalne wydłużenie czasu funkcjonowania osób potrzebujących wsparcia w ich środowisku lokalnym. Potrzeby tego rodzaju dostrzegane są przede wszystkim przez kadrę zarządzająca ośrodkami całodobowymi, które są bardzo często tzw. ostatnim etapem opieki. Opieka całodobowa jest najczęściej oferowana osobom, które nie są już w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku lokalnym. Są to osoby, które ze względu na brak możliwości korzystania z pomocy członków rodziny zmuszone są wejść w system opieki całodobowej. Niezwykle rzadko w takich przypadkach możliwy jest powrót do form opieki i wsparcia w środowisku lokalnym. Mogłoby się to zmienić dzięki zwiększeniu zakresu i poziomu świadczonych usług – częstsze wizyty, pomoc mobilnych opiekunów, organizacja pomocy sąsiedzkiej.

**Wprowadzenie form łączonych opieki**

Przykładem może być łączenie opieki wytchnieniowej skierowanej do osób potrzebujących z możliwością uczestniczenia opiekunów w zajęciach relaksacyjnych lub rehabilitacyjnych, realizowanych częściowo także w tym samym czasie w ramach opieki instytucjonalnej.

**Wprowadzenie bardziej celowanych form wsparcia i opieki łączonych z rehabilitacją i terapią dopasowaną do potrzeb poszczególnych klientów**

Celem tego rodzaju działań jest zwiększenie szans na powrót osób, korzystających z opieki, głównie całodobowej, do środowiska lokalnego. Jest to szczególnie istotne w przypadku tej grupy beneficjentów, którzy mają szansę, przy odpowiedniej terapii i rehabilitacji na taki powrót.

**Zwiększenie roli badanych instytucji jako instytucji edukacyjnych**

Celem jest poszerzenie oferty usług świadczonych przez badane instytucje o działania edukacyjne np. w zakresie podstawowej opieki (podawanie leków, posiłków, opatrywanie osób leżących, obchodzenie się z zespołem kruchości w przypadku osób leżących itp.), skierowane do rodziny i opiekunów. Rozwiązanie to mogłoby obejmować szkolenia bądź kursy dla rodzin/opiekunów oraz wsparcie w trakcie opieki. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które nadal chcą funkcjonować w środowisku lokalnym oraz rodzin, które są skłonne do przyjęcia na siebie ciężaru takiej opieki.

**Kontynuację wsparcia skierowanego do osób w kryzysie bezdomności umieszczanych w mieszkaniach chronionych oraz wsparcia skierowanego do rodzin zastępczych**

Zgłoszona przez uczestników badania propozycja wiąże się z koniecznością zapewniania stałego wsparcia osobom w kryzysie bezdomności także po umieszczeniu ich w mieszkaniach chronionych. Wsparcie tego rodzaju mogłoby obejmować kontrole zażywania leków, pomoc w zmianie opatrunków oraz ogólne wsparcie mieszkańców. Podobną rolę dla siebie widzi również kadra zarządzająca placówkami opiekuńczo-wychowawczymi. Zdaniem tych badanych, tego typu jednostki mogłyby wspierać rodziny zastępcze w wychowaniu podopiecznych, gdyż bardzo często sprawiają oni duże problemy wychowawcze.

**Pomoc w organizacji tzw. hospicjów domowych**

Celem tego rodzaju działań jest przeniesienie ciężaru opieki nad osobą potrzebującą pomocy z opieki instytucjonalnej na opiekę domową, realizowaną w ramach tzw. hospicjów domowych.

**Wspieranie placówek zamkniętych**

Jest to propozycja zgłoszona przez przedstawicieli środowiskowych domów samopomocy, placówek wsparcia dziennego oraz dziennych domów pomocy. Według badanych, instytucje te, ze względu na swoją specyficzną rolę, nie są w stanie przenieść ciężaru swojej działalności na poziom środowiskowy. Ich rolą w procesie deinstytucjonalizacji mogłyby być działania mające na celu przedłużenie czasu, jaki osoba spędza w swoim lokalnym środowisku, zanim zostanie przeniesiona do placówki całodobowej. Takie podejście może pomóc w stopniowym procesie reintegracji społecznej i długotrwałego przejścia klientów z placówek całodobowych do bardziej samodzielnych i społecznych form opieki i wsparcia. Jednocześnie, placówki dziennego pobytu mogą odgrywać istotną rolę w zapewnianiu wsparcia i kształcenia osób korzystających oraz pomagać im w dostosowaniu się do życia poza instytucją. W praktyce oznacza to, że nawet jeśli klient rozpoczyna korzystanie z formy środowiskowego wsparcia, nie rezygnuje się z zaangażowania tych osób w życie społeczności. Beneficjenci mieliby możliwość spędzania kilku godzin dziennie w ośrodkach, gdzie otrzymaliby wsparcie i zajęcia. To podejście pozwoliłoby na kontynuację terapii, a także dostarczanie profesjonalnej pomocy medycznej osobom w ciągu dnia. Takie działania pomogłyby utrzymać te osoby w ich środowisku, co jest istotne dla ich zdrowia i dobrej kondycji, jednocześnie integrując ich w życie społeczności lokalnej.

**Wzmacnianie roli placówek dziennego pobytu jako swoistego centrum aktywności społecznych**

Według badanych, zadaniem placówek dziennego pobytu nie jest jedynie udzielanie wsparcia osobom chorym i potrzebującym, choć nadal jest to główna forma ich aktywności. Placówki te, poprzez organizację różnorodnych aktywności i zajęć skierowanych nie tylko do osób wymagających wsparcia, ale również do społeczności lokalnych, stają się istotnymi uczestnikami procesu integracji mieszkańców regionu, miejscem, w którym ludzie w różnym wieku spotykają się i uczestniczą w zajęciach i wydarzeniach. Ich rolą jest tworzenie podstaw do wzmacniania więzi w społeczności lokalnej, przy jednoczesnym oferowaniu wsparcia osobom potrzebującym. Takie podejście pozwala placówkom dziennego pobytu odgrywać aktywną rolę w rozwoju lokalnej społeczności, promowaniu inkluzji i aktywnego uczestnictwa wszystkich jej członków, niezależnie od ich zdrowia czy innych okoliczności życiowych. W związku z tym, jednostki te pełnią istotną rolę w procesie deinstytucjonalizacji, gdyż pozwalają osobom chorym i z niepełnosprawnościami brać udział w życiu lokalnej społeczności.

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

Opinie kadry zarządzającej na temat opłacalności prowadzenia opieki środowiskowej są silnie uzależnione od wiedzy badanych na temat zasad i kierunków wdrażania procesu deinstytucjonalizacji. Jak już wspominano, uczestnicy badania łączą realizację tego procesu z ryzykiem ograniczania działalności instytucji świadczących opiekę w systemie instytucjonalnym. Tymczasem realizacja procesu deinstytucjonalizacji nie oznacza, że wprowadzane nowe rozwiązania będą tańsze. Wręcz przeciwnie, należy się spodziewać, że zapewnienie pomocy i wsparcia osobom potrzebującym w ich środowisku lokalnym i dodatkowo w formie instytucjonalnej osobom, które w takim środowisku, ze względu np. na swój stan zdrowia nie mogą dłużej funkcjonować – będzie droższe.

Deinstytucjonalizacja nie powinna w związku z tym polegać na poszukiwaniu tańszych rozwiązań dla obecnie funkcjonującego systemu. Jej celem jest zapewnienie wyższego standardu opieki rosnącej liczbie osób potrzebujących wsparcia w kolejnych latach. Jak wynika z przeprowadzonych badań, wielu przedstawicieli kadry zarządzającej obawia się jednak, że decyzje o dalszym funkcjonowaniu zarządzanych przez nich instytucji będą w przyszłości uzależnione od wysokości generowanych przez nie kosztów.

Nie jest jednak możliwe porównywanie w sposób bezpośredni kosztów prowadzenia wsparcia oraz opieki środowiskowej i instytucjonalnej, ponieważ te dwa systemy powinny się wzajemnie uzupełniać. Wskazują na to także sami badani. Według opinii formułowanych przez niektórych uczestników badania deinstytucjonalizacja jest dobrym rozwiązaniem w przypadku osób, które nie potrzebują całodobowego wsparcia. Zapewnienie takim osobom wsparcia w ciągu dnia, czy w formie cyklicznej w ramach np. wsparcia rehabilitacyjnego, pozwoli wydłużyć czas ich przebywania w środowisku lokalnym, a tym samym ograniczyć rosnące koszty opieki instytucjonalnej. Należy mieć świadomość, że koszty te, w związku z lawinowo postępującym starzeniem się społeczeństwa, będą coraz większe. Warto przy tym pamiętać, że bez względu na realizowany wariant systemu usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w przyszłości (głównie wsparcie i opieka instytucjonalna versus forma łączona: instytucjonalna plus środowiskowa), zapotrzebowanie na usługi świadczone w formie instytucjonalnej i tak będzie rosło. Zaniechanie realizacji procesu deinstytucjonalizacji będzie jednak oznaczało konieczność tworzenia nowych miejsc opieki całodobowej także w przypadku osób, które jej de facto nie potrzebują.

Szacowania opłacalności wsparcia i opieki środowiskowej w porównaniu do ich instytucjonalnej formy nie można więc rozpatrywać jako sumy różnego rodzaju kosztów ponoszonych w ramach tych systemów rozpatrywanych oddzielnie. Podstawą do przewidywania zmian w kosztach funkcjonowania systemu usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w województwie pomorskim w perspektywie kolejnych 10 lat jest w związku z tym założenie, że przy braku zmian w dotychczasowym systemie wraz ze wzrostem populacji osób potrzebujących wsparcia, obecny system będzie coraz mniej wydolny. Wzrost liczby osób potrzebujących wsparcia przy braku alternatywnych dla systemu instytucjonalnego form opieki i wsparcia będzie oznaczał konieczność tworzenia nowych instytucji świadczących usługi całodobowe. W ujęciu graficznym sytuację tę można przedstawić w następujący sposób:

Wykres 103. Warianty zmian w systemie usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w latach 2023-2033

Wzrost liczby mieszkańców potrzebujących wsparcia

Zmiany w systemie wsparcia i opieki przy zachowaniu dotychczasowego systemu świadczenia usług głównie w formie instytucjonalnej

Wariant 1

**A**

B

A

B

2023

2033

Wzrost liczby mieszkańców potrzebujących wsparcia

Zmiany w systemie wsparcia i opieki wywołane realizacją procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych

Wariant 2

A

B

A

B

2023

2033

|  |  |
| --- | --- |
| A | Jednostki świadczące opiekę w formie instytucjonalnej |
| B | Usługi środowiskowe |

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z przedstawioną wizualizacją, opracowując metodykę oceny kosztów prowadzenia usług środowiskowych w porównaniu do opieki instytucjonalnej należy wziąć pod uwagę, że obie te formy będą w przyszłości funkcjonować jednocześnie. Ewentualne zmniejszanie kosztów funkcjonowania systemu opieki instytucjonalnej nie jest tożsame z ograniczaniem kosztów, które w tym systemie są ponoszone obecnie, ale kosztów, które mogłyby drastycznie wzrosnąć, gdyby nie wprowadzone zostały zmiany w funkcjonowaniu usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w przyszłości. Prezentowana wizualizacja systemu opieki i wsparcia w perspektywie kolejnych 10 lat zakłada dwa warianty. **W wariancie pierwszym** nie jest realizowany proces deinstytucjonalizacji, co prowadzi do wzrostu liczby instytucji świadczących opiekę w systemie instytucjonalnym przy niewielkim wzroście usług świadczonych w formie środowiskowej. **W wariancie drugim**, zakładającym realizację procesu deinstytucjonalizacji liczba instytucji świadczących opiekę w formie instytucjonalnej również rośnie, ale wzrost ten jest zdecydowanie mniejszy. Do całodobowych zakładów opieki kierowane są osoby, które rzeczywiście potrzebują tego rodzaju wsparcia, które mimo rozwiniętych usług pomocy środowiskowej nie są w stanie funkcjonować w środowisku lokalnym. W wariancie tym założony został również zdecydowanie większy niż w wariancie poprzednim wzrost usług świadczonych w formie środowiskowej.

Docelowy model kształtowania się kosztów prowadzenia usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych ponoszonych w perspektywie kolejnych 10 lat powinien w związku z tym uwzględniać:

* koszty opieki świadczonej w systemie instytucjonalnym,
* koszty usług świadczonych w formie środowiskowej.

Ewentualne przesunięcia pomiędzy tymi rodzajami kosztów mogą wynikać z decyzji dotyczących realizacji lub zaniechania realizacji procesu deinstytucjonalizacji oraz proporcji pomiędzy świadczeniami oferowanymi w ramach wsparcia oraz opieki instytucjonalnej i środowiskowej. W ujęciu graficznym model ten można przedstawić w następujący sposób:

Wykres 104. Różne warianty kosztów wsparcia oraz opieki instytucjonalnej i środowiskowej w zależności od realizacji procesu deinstytucjonalizacji

Różne warianty kosztów wynikające z łączenia kosztów opieki instytucjonalnej i środowiskowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Koszty opieki instytucjonalnej** | 70% | 30% | 60% | 40% | 40% | 60% | **Koszty usług środowiskowych** |

Źródło: Opracowanie własne.

Oznacza to, że aby dobrze oszacować przyszłe koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych należy mieć świadomość, że zarówno zaniechanie procesu deinstytucjonalizacji, jak również realizacja tego procesu będą powodować konieczność ponoszenia kosztów opieki instytucjonalnej. W przypadku realizacji działań wpisujących się w zakres procesu deinstytucjonalizacji wzrost kosztów opieki instytucjonalnej może być niższy, ale koszty te, ze względu na wzrost liczby osób wymagających wsparcia w perspektywie kolejnych 10 lat i tak będą rosnąć. Jednocześnie wyższym kosztom wsparcia środowiskowego odpowiadać będzie większa liczba osób objętych wsparciem niż miałoby to miejsce w przypadku zaniechania procesu deinstytucjonalizacji.

Należy również pamiętać, że zaniechanie procesu deinstytucjonalizacji będzie powodować nie tylko określone koszty ekonomiczne (finansowe). Istotne będą również koszty społeczne związane z zaniechaniem tego procesu.

## Społeczne i ekonomiczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie w perspektywie 10 lat na podstawie badań jakościowych

Informacje pozyskane z badań jakościowych wykorzystano do opracowania listy społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie w perspektywie kolejnych 10 lat. Należy przy tym podkreślić, że głównym czynnikiem wpływającym na potrzebę realizacji procesu deinstytucjonalizacji w województwie pomorskim w kolejnych latach będą zmiany struktury demograficznej mieszkańców regionu (starzenie się społeczeństwa). Z opracowanych prognoz demograficznych wynika, że nawet przy zmniejszającej się populacji mieszkańców województwa, prognozowane zmiany w ich strukturze, będą miały decydujący wpływ na wzrost zapotrzebowania na usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne skierowane przede wszystkim do osób najstarszych. W zasadzie wszystkie wymienione poniżej koszty społeczne i ekonomiczne będą efektem starzenia się populacji mieszkańców województwa pomorskiego.

Do najważniejszych kosztów społecznych i ekonomicznych zaniechania procesu deinstytucjonalizacji można, według uczestników badania, zaliczyć:

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.

Zapewnienie opieki świadczonej w formie instytucjonalnej przynajmniej na podobnym poziomie jak obecnie przy prognozowanym wzroście populacji osób najstarszych, biorąc pod uwagę zarówno liczbę instytucji tego rodzaju, jak również zatrudnionych w nich opiekunów, będzie bardzo trudne.

1. 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.
2. Pogłębianie się deficytu tzw. miękkich usług społecznych, które odpowiednio przygotowane i realizowane mogą istotnie wydłużać czas przebywania osób potrzebujących wsparcia w środowisku lokalnym.

Deinstytucjonalizacja usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych jest naturalną konsekwencją rozwoju systemów pomocy świadczonych w formie instytucjonalnej. Ze względu na coraz bardziej widoczny deficyt miękkich usług społecznych i pogłębianie się wyzwań społecznych związanych ze zmianami w strukturze demograficznej mieszkańców województwa pomorskiego (starzenie się populacji), przeobrażeniami rynków pracy, rosnącym zapotrzebowaniem na nowe kompetencje, nowymi ryzykami ekologicznymi i zdrowotnymi (ocieplanie się klimatu, pandemie), koniecznością staje się rozwój nowych form opieki nad osobami niesamodzielnymi i zależnymi. Dotyczy to w szczególności, na co zwracają również uwagę przedstawiciele badanych instytucji, inwestycji w usługi środowiskowe i domowe, które są postrzegane jako szansa na zapewnienie wyższej jakości życia osób, które są ich odbiorcami.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Wzrost niewydolności i kosztowności funkcjonowania instytucjonalnych systemów wsparcia przy jednoczesnym obniżaniu się jakości świadczonych usług w sytuacji wzrostu liczby osób wymagających tego rodzaju pomocy.
8. Rosnący dystans polskiego systemu usług społecznych do poziomu i jakości usług oferowanych w krajach, w których proces deinstytucjonalizacji został już wprowadzony/ zainicjowany.

## Wiedza i ocena dostępności do usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały ze wsparcia

#### Charakterystyka próby badawczej

Podstawą do ustalenia poziomu wiedzy oraz oceny dostępności usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały z tego typu wsparcia były wyniki badania ankietowego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie mieszkańców województwa pomorskiego. Z próby liczącej 1050 respondentów wyodrębniono odpowiedzi tylko tych mieszkańców regionu, którzy zadeklarowali, że nie korzystali do tej pory z tego typu wsparcia, przy czym analizowano przede wszystkim odpowiedzi osób, które nie korzystały z tego rodzaju wsparcia biorąc pod uwagę tylko własne potrzeby w tym zakresie (grupa 1). W analizowanej próbie 1050 mieszkańców województwa pomorskiego zidentyfikowano aż 841 mieszkańców, którzy nie korzystali do tej pory z pomocy instytucji oferujących pomoc w zakresie usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych biorąc pod uwagę własne potrzeby w tym zakresie. W poniższej tabeli przedstawiono podstawowe informacje opisujące tę grupę respondentów.

Tabela 72. Wybrane charakterystyki opisowe próby badawczej – osoby, które do tej pory nie korzystały z usług społecznych i wybranych zdrowotnych

| **Wybrane charakterystyki** | **Podział próby** |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. Płeć | Kobieta: 418 (49,7%) | Mężczyzna: 423 (50,3%) |
| * 1. Wiek | * 60 lat i mniej: 200 (47,9%) * 61-70 lat: 126 (30,1%) * 71-80 lat: 67 (16,0%) * 81 lat i więcej: 25 (6,0%) | * 65 lat i mniej: 277 (65,5%) * 66-70 lat: 63 (14,9%) * 71-80 lat: 63 (14,9%) * 81 lat i więcej: 20 (4,7%) |
| * 1. Zamieszkiwany powiat | * Gdańsk: 76 (9,0%) * Gdynia: 65 (7,7%) * Powiat gdański: 66 (7,9%) * Powiat kartuski: 59 (7,0%) * Powiat wejherowski: 51 (6,1%) * Powiat tczewski: 51 (6,1%) * Powiat pucki: 44 (5,2%) * Powiat starogardzki: 43 (5,1%) * Powiat kwidzyński: 39 (4,6%) * Powiat lęborski: 38 (4,5%) | * Słupsk: 37 (4,4%) * Powiat słupski: 37 (4,4%) * Powiat kościerski: 35 (4,2%) * Powiat bytowski: 33 (3,9%) * Powiat malborski: 31 (3,7%) * Powiat nowodworski: 30 (3,6%) * Powiat chojnicki: 29 (3,5%) * Powiat człuchowski: 29 (3,5%) * Powiat sztumski: 28 (3,3%) * Sopot: 20 (2,4%) |
| * 1. Miejsce zamieszkania | * Wieś: 312 (37,1%) * Miasto do 20 tysięcy mieszkańców: 210 (25,0%) * Miasto powyżej 20 do 100 tysięcy mieszkańców: 173 (20,6%) * Miasto powyżej 100 do 200 tysięcy mieszkańców: 5 (0,6%) * Miasto powyżej 200 tysięcy mieszkańców: 141 (16,8%) |  |
| * 1. Główne źródła utrzymania | * Praca etatowa: 370 (44,0%) * Emerytura lub renta: 276 (32,8%) * Działalność gospodarcza: 102 (12,1%) * Świadczenia z pomocy społecznej: 57 (6,8%) * Praca dorywcza: 34 (4,0%) * Inne świadczenia pieniężne (np. ZUS): 2 (0,2%) |  |
| * 1. Samoocena sytuacji materialnej | * Żyjemy średnio – wystarcza nam na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważniejsze zakupy: 431 (51,3%) * Żyjemy dobrze – wystarcza nam na wiele bez specjalnego oszczędzania: 313 (37,2%) * Żyjemy skromnie – musimy na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować: 85 (10,1%) * Żyjemy bardzo dobrze – mogę (możemy) pozwolić sobie na pewien luksus: 8 (1,0%) * Żyjemy bardzo biednie – nie starcza mi (nam) nawet na podstawowe potrzeby: 4 (0,5%) |  |

**N=841**

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonego wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat niekorzystających z usług społecznych i wybranych zdrowotnych.**

Warto również zauważyć, że w badanej grupie zidentyfikowano jedynie 51 mieszkańców, którzy nie korzystali z tego rodzaju pomocy i usług także w przypadku członka rodziny pozostającego pod ich opieką (grupa 2)[[68]](#footnote-69).

Z informacji przedstawionych w tabeli wynika, że w badanej próbie znaleźli się przede wszystkim respondenci w wieku, w którym często są oni jeszcze aktywni zawodowo (60 lat i mniej w przypadku kobiet i 65 lat i mniej w przypadku mężczyzn). Kobiety w tym wieku stanowiły 47,9% (N=200) wszystkich kobiet w próbie, a mężczyźni aż 65,5% (N=277). Wśród badanych respondentów zidentyfikowano również osoby znacznie starsze, w wieku 81 lat i więcej: 25 kobiet (blisko 6% osób tej płci) oraz 20 mężczyzn (4,7%). Warto również podkreślić, że ponad 70% badanych to osoby aktywne zawodowo, w tym: 44,0% (370 osób) to respondenci zatrudnieni na tzw. etacie; 12,1% (102 osoby) prowadzący działalność gospodarczą oraz 4,0% (34 osoby) wykonujący pracę dorywczą. Zdecydowana większość uczestników badania ocenia swoją sytuację materialną jako średnią – *„*starcza nam na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważniejsze zakupy*”* (431 badanych, 51,3%). Znaczny jest również odsetek osób (37,2%; 313 badanych) oceniających swoją sytuację nieco lepiej, jako dobrą – „starcza nam na wiele bez specjalnego oszczędzania”. Osoby oceniające swoją sytuację materialną jako skromną – *„*musimy na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować*”* oraz „bardzo biedną – nie starcza mi (nam) nawet na podstawowe potrzeby*”* stanowiły jedynie 10,6% (89 osób); odpowiednio: 10,1% (85 osób) oraz 0,5% (4 osoby). Z kolei w grupie osób, które nie korzystały z usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych zarówno we własnym zakresie, jak również w przypadku członka rodziny pozostającego pod ich opieką zidentyfikowano 29 (56,9%) kobiet oraz 22 (43,1%) mężczyzn w wieku od 45 do 82 lat. Były to zarówno osoby aktywne zawodowo (25 osób), jak również pozostające na emeryturze lub rencie (19) oraz korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej (8).

#### Przegląd wyników badania

Analizę wyników badania przeprowadzono biorąc pod uwagę odpowiedzi uczestników pozwalające na ocenę zarówno ich wiedzy na temat usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w regionie, jak również na ocenę ich dostępności. W pierwszym kroku analizom poddano wyniki oceny ogólnej wiedzy badanych na temat instytucji oferujących usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne w województwie pomorskim. Otrzymane rezultaty przedstawiono w tabeli 73 oraz dodatkowo zwizualizowano na wykresie 105, który zawiera informacje pozyskane od respondentów w kolejności od najbardziej do najmniej znanych instytucji lub usług. W obu przypadkach porównano wyniki obliczone dla próby, do której zakwalifikowano osoby, które nie korzystały z pomocy instytucji oferujących pomoc w zakresie usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych biorąc pod uwagę własne potrzeby (N=814) oraz próby, w której uwzględniono osoby niekorzystające z tego rodzaju pomocy także w przypadku członka rodziny (N=51).

Tabela 73. Znajomość instytucji oferujących usługi społeczne i wybrane zdrowotne wśród osób niekorzystających z tego rodzaju pomocy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lista instytucji oferujących wsparcie/ usługi** | **Osoby niekorzystające z pomocy instytucji oferujących pomoc w zakresie usług społecznych i wybranych zdrowotnych biorąc pod uwagę własne potrzeby** (N=841) | **Osoby niekorzystające z pomocy instytucji oferujących pomoc w zakresie usług społecznych i wybranych zdrowotnych biorąc pod uwagę własne potrzeby** (N=841) | **Osoby niekorzystające z pomocy instytucji oferujących pomoc w zakresie usług społecznych i wybranych zdrowotnych biorąc pod uwagę własne potrzeby oraz członka rodziny** (N=51) | **Osoby niekorzystające z pomocy instytucji oferujących pomoc w zakresie usług społecznych i wybranych zdrowotnych biorąc pod uwagę własne potrzeby** (N=841) |
|  | **(N)** | **(%)** | **(N)** | **(%)** |
| Domy pomocy społecznej | 817 | 97,2 | 51 | 100,0 |
| Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności | 705 | 83,8 | 42 | 82,4 |
| Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze | 624 | 74,2 | 40 | 78,4 |
| Hospicja stacjonarne | 796 | 94,7 | 45 | 88,2 |
| Dzienne domy pomocy | 563 | 66,9 | 35 | 68,6 |
| Środowiskowe domy samopomocy | 299 | 35,6 | 21 | 41,2 |
| Warsztaty terapii zajęciowej | 537 | 63,9 | 41 | 80,4 |
| Organizacja pozarządowa, NGO | 328 | 39,0 | 19 | 37,3 |
| Ośrodki pomocy społecznej | 829 | 98,6 | 48 | 94,1 |
| Usługi opiekuńcze świadczone w domu | 709 | 84,3 | 41 | 80,4 |
| Opieka wytchnieniowa | 163 | 19,4 | 18 | 35,3 |
| Mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe | 132 | 15,7 | 11 | 21,6 |

**N=841 lub N=51**

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonych wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat**

Wykres 105. Instytucje oferujące wsparcie oraz usługi według stopnia rozpoznawalności.

N=841 lub N=51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonych wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat.

Z przedstawionych informacji wynika, że do najbardziej znanych instytucji oferujących usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne, z odsetkiem odpowiedzi potwierdzających ich znajomość na poziomie powyżej 60% w obu zidentyfikowanych grupach, należy aż 6 instytucji, przy czym zdecydowanie największą rozpoznawalnością cieszą się takie instytucje, jak:

* ośrodki pomocy społecznej (o instytucji tej słyszało 98,6% badanych niekorzystających z tego rodzaju pomocy w przypadku własnych potrzeb oraz 94,1% badanych niekorzystających z tej pomocy również w przypadku członka rodziny, którym się opiekują),
* domy pomocy społecznej tzw. DPS-y (odpowiednio: 97,1% oraz 100,00%),
* hospicja stacjonarne (odpowiednio: 94,6% oraz 88,2%).

Na kolejnych miejscach w tej grupie znalazły się również:

* schroniska dla osób w kryzysie bezdomności (odpowiednio: 83,8% oraz 82,4%),
* zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze (odpowiednio: 74,2% oraz 78,4%),
* dzienne domy pomocy (odpowiednio: 66,9% oraz 68,6%).

W grupie najczęściej rozpoznawalnych usług zidentyfikowano również:

* usługi opiekuńcze świadczone w domu (odpowiednio: 84,3% oraz 80,4%)
* warsztaty terapii zajęciowej (odpowiednio: 63,9% oraz 80,4%).

Większość badanych nie słyszała natomiast o takich usługach jak: opieka wytchnieniowa[[69]](#footnote-70) oraz mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe.

W kolejnym kroku poproszono uczestników badania o ocenę łatwości korzystania z pomocy instytucji i usług wskazanych jako znane w sytuacji potrzeby uzyskania takiego wsparcia. Odpowiedzi osób niekorzystających z tego rodzaju wsparcia w przypadku własnych potrzeb przedstawiono w tabeli 74.

Z przedstawionych informacji wynika, że najwyższy odsetek odpowiedzi potwierdzających możliwość stosunkowo łatwego skorzystania z pomocy zidentyfikowano w przypadku ośrodków pomocy społecznej. Łączny odsetek odpowiedzi potwierdzających, że z pomocy tej instytucji respondenci mogliby zdecydowanie łatwo i raczej łatwo skorzystać wyniósł aż 68,8% (odpowiedzi te wskazało łącznie 570 z 829 badanych znających tę instytucję). Na drugim miejscu, z odsetkiem wskazań na poziomie 41,5% zidentyfikowano w przypadku środowiskowych domów samopomocy (odpowiedzi potwierdzające łatwość w korzystaniu z pomocy wskazało łącznie 124 badanych z 299 znających tę instytucję). Natomiast na trzecim miejscu uplasowane zostały schroniska dla osób w kryzysie bezdomności. W przypadku tej instytucji łatwość w korzystaniu z dostępnej pomocy potwierdziło 34,6% uczestników badania deklarujących jej znajomość (244 osoby z 705 potwierdzających znajomość tej instytucji). Warto również wspomnieć o instytucjach czy usługach, które w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia wskazywane były jako te, z których nie jest łatwo skorzystać, przy czym pod uwagę wzięto łączny odsetek odpowiedzi: „zdecydowanie nie” oraz „raczej nie”.

Tabela 74. Ocena łatwości korzystania z usług instytucji wskazanych jako znane badanym

**Odpowiedzi na pytanie:** Czy Pana/Pani zdaniem w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia łatwo skorzystać z pomocy wskazanych instytucji lub usług?

| **Nazwa instytucji** | **Zdecydowanie tak** | **Zdecydowanie tak** | **Raczej tak** | **Raczej tak** | **Ani tak ani nie** | **Ani tak ani nie** | **Raczej nie** | **Raczej nie** | **Zdecydowanie nie** | **Zdecydowanie nie** | **Trudno powiedzieć** | **Trudno powiedzieć** | **Razem** | **Razem** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Domy pomocy społecznej, DPS-y | 4 | 0,5 | 97 | 11,9 | 48 | 5,9 | 291 | 35,6 | 278 | 34,0 | 99 | 12,1 | 817 | 100,0 |
| Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności | 23 | 3,3 | 221 | 31,4 | 177 | 25,1 | 97 | 13,8 | 39 | 5,5 | 148 | 21,0 | 705 | 100,0 |
| Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze | 10 | 1,6 | 78 | 12,5 | 90 | 14,4 | 271 | 43,4 | 89 | 14,3 | 86 | 17,8 | 624 | 100,0 |
| Hospicja stacjonarne | 11 | 1,4 | 126 | 15,8 | 34 | 4,3 | 372 | 46,7 | 125 | 15,7 | 128 | 16,1 | 796 | 100,0 |
| Dzienne domy pomocy | 26 | 4,6 | 97 | 17,2 | 116 | 20,6 | 127 | 22,6 | 48 | 8,5 | 149 | 26,5 | 563 | 100,0 |
| Środowiskowe domy samopomocy | 11 | 3,7 | 113 | 37,8 | 27 | 9,0 | 60 | 20,1 | 22 | 7,4 | 66 | 22,1 | 299 | 100,0 |
| Warsztaty terapii zajęciowej | 25 | 4,7 | 113 | 21,0 | 123 | 22,9 | 116 | 21,6 | 32 | 6,0 | 128 | 23,8 | 537 | 100,0 |
| Organizacja pozarządowa, NGO | 25 | 7,6 | 121 | 36,9 | 31 | 9,5 | 97 | 29,6 | 10 | 3,1 | 44 | 13,4 | 328 | 100,0 |
| Ośrodki pomocy społecznej | 82 | 9,9 | 488 | 58,9 | 47 | 5,7 | 65 | 7,8 | 30 | 3,6 | 117 | 14,1 | 829 | 100,0 |
| Usługi opiekuńcze świadczone w domu | 12 | 1,7 | 193 | 27,2 | 160 | 22,6 | 171 | 24,1 | 69 | 9,7 | 104 | 14,7 | 709 | 100,0 |
| Opieka wytchnieniowa | 1 | 0,6 | 29 | 17,8 | 42 | 25,8 | 37 | 22,7 | 16 | 9,8 | 38 | 23,3 | 163 | 100,0 |
| Mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe | 1 | 0,8 | 21 | 15,9 | 4 | 3,0 | 74 | 56,1 | 20 | 15,2 | 12 | 9,1 | 132 | 100,0 |

N=841

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonego wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat; w tabeli przedstawiono odpowiedzi badanych, którzy nie korzystali ze wsparcia wymienionych instytucji oraz usług w zakresie własnych potrzeb.

Na liście ocenionych w ten sposób instytucji i usług zidentyfikowano:

* mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe: 71,2% odpowiedzi potwierdzających możliwość wystąpienia trudności w przypadku konieczności szukania pomocy (odpowiedzi: „zdecydowanie nie” oraz „raczej nie” jest łatwo skorzystać z usług wskazały łącznie 94 osoby ze 132 deklarujących znajomość tego rodzaju usługi);
* domy pomocy społecznej, DPS-y, odpowiednio: 69,7%; 569 osób z 817 potwierdzających znajomość tej instytucji;
* hospicja stacjonarne, odpowiednio: 62,4%; 497 osób z 796 potwierdzających znajomość tej instytucji;
* zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze, odpowiednio: 57,7%; 360 osób z 624 potwierdzających znajomość tej instytucji.

Interesujące jest również zestawienie odpowiedzi dotyczących oceny łatwości uzyskania pomocy od instytucji oferujących wsparcie w ogóle (bez wskazywania konkretnej instytucji) z odpowiedziami dotyczącymi samooceny posiadanej wiedzy o instytucjach, do których badani mieszkańcy regionu mogliby się zwrócić w sytuacji zaistnienia potrzeby uzyskania tego rodzaju wsparcia. Wyniki takiego porównania przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 106. Porównanie wyników w zakresie samooceny poziomu wiedzy na temat miejsca, do którego można zwrócić się o pomoc w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia oraz łatwości uzyskania tego rodzaju pomocy

**N=841**

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonego wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat; na rysunku przedstawiono odpowiedzi badanych, którzy nie korzystali z pomocy wymienionych instytucji biorąc pod uwagę własne potrzeby.**

Z przedstawionych informacji wynika, że badani mieszkańcy regionu najczęściej wyżej oceniają swoją wiedzę w zakresie tego gdzie powinni się zwrócić o pomoc w sytuacji wystąpienia takiej potrzeby niż łatwość uzyskania pomocy. Potwierdza to m.in. zdecydowanie wyższy odsetek odpowiedzi:„zdecydowanie tak” i „raczej tak”– 75,2% w przypadku pytania o wiedzę na temat, gdzie należy się zwrócić o pomoc (odpowiedź tę wskazało 633 badanych) w porównaniu do zdecydowanie niższego udziału tych samych odpowiedzi dla pytania o ocenę łatwości uzyskania odpowiedniej pomocy (18,9%; 159 badanych).

Uzupełnieniem przedstawionych informacji są również odpowiedzi na pytania dotyczące bardziej ogólnych kwestii np. w zakresie decyzji wyboru usług prywatnych lub publicznych w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia (wykres 107).

Wykres 107. Porównanie wyników w zakresie wyboru usług prywatnych lub publicznych; odpowiedzi na pytanie: W sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia w pierwszej kolejności skorzystał/a/by Pan/Pani z usług prywatnych czy publicznych?

N=841

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonych wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat; na rysunku przedstawiono odpowiedzi badanych, którzy nie korzystali ze wsparcia instytucji oraz usług w zakresie własnych potrzeb.

Z zebranych informacji wynika, że badane osoby, które do tej pory nie korzystały ze wsparcia instytucji oraz usług w zakresie własnych potrzeb w sytuacji konieczności uzyskania wsparcia częściej zdecydowałyby się na usługi publiczne. Tego rodzaju usługi wybrałoby ponad 57,2% badanych (481 osób), w tym przede wszystkim osoby deklarujące, że usługi prywatne są zbyt drogie. Odpowiedź tę wskazało 338 osób z 481 decydujących się w pierwszej kolejności na usługi publiczne (70,3%). Pozostałe powody wyboru tego rodzaju usług wskazywane były zdecydowanie rzadziej. Na większe zaufanie do usług publicznych niż do usług prywatnych jako powód ich wyboru wskazało już tylko 160 badanych (33,3%). Lepsza jakość usług publicznych w porównaniu do usług prywatnych była kryterium wyboru w przypadku jedynie 75 osób (15,6%), a na złe doświadczenia z usługami prywatnymi jako powód wyboru usług publicznych wskazało 68 osób (14,1%).

Z kolei na decyzję o wyborze usług prywatnych zdecydowanie największy wpływ ma natomiast:

* krótszy czas oczekiwania (266 wskazań) odpowiedź tę wybrało 73,9% osób, które w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia w pierwszej kolejności zdecydowałyby się na usługi prywatne,
* mniej skomplikowane niż w przypadku usług publicznych formalności (odpowiednio: 208 wskazań; 57,8%),
* lepsza jakość usług prywatnych w porównaniu do usług publicznych (odpowiednio: 149 wskazań; 41,4%).

Pozostałe powody wyboru usług prywatnych były zdecydowanie rzadziej wskazywane. I tak np. większe zaufanie do usług prywatnych ma jedynie 97 osób (26,9%), a na wybór usług prywatnych wynikający ze złych doświadczeń w przypadku usług publicznych wskazało jedynie 58 osób (16%). Warto również podkreślić, że żadna z osób badanych nie wskazała, że powodem wyboru usług prywatnych był brak zakwalifikowania się do możliwości skorzystania z pomocy publicznej.

Natomiast rozkład odpowiedzi w przypadku osób, które nie korzystały ze wsparcia instytucji oraz usług, zarówno w zakresie własnych potrzeb, jak również potrzeb członka rodziny jest prawie proporcjonalny: 26 osób wskazało, że w pierwszej kolejności wybrałoby usługi prywatne a 25 – usługi publiczne. Głównym powodem wyboru usług prywatnych jest: fakt braku zakwalifikowania się do pomocy publicznej (odpowiedź tę wskazało 20 badanych), następnie krótszy czas oczekiwania na usługi prywatne w porównaniu do usług publicznych (14) oraz lepsza jakość usług prywatnych i złe doświadczenia z usługami publicznymi (po 11 wskazań). Natomiast głównymi powodami wyboru w pierwszej kolejności usług publicznych były następujące odpowiedzi: „usługi prywatne są dla mnie zbyt drogie” (19) oraz „mam większe zaufanie do usług publicznych niż usług prywatnych” (13).

Kolejnym ważnym zagadnieniem rozpatrywanym w trakcie badania jest wiedza mieszkańców regionu na temat deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz ich opinia na temat tego procesu. Jak można było się spodziewać dla większości mieszkańców regionu niekorzystających do tej pory w przypadku własnych potrzeb z usług instytucji oferujących pomoc społeczną, deinstytucjonalizacja jest terminem nieznanym. Tylko 99 osób (11,8% badanych w tej grupie) słyszało o tym procesie, a w przypadku osób niekorzystających z tego rodzaju pomocy także w zakresie pomocy dla członka rodziny – 11 osób (21,6%). Informacje te zwizualizowano na poniższym wykresie:

Wykres 108. Posiadanie wiedzy o procesie deinstytucjonalizacji

N=841 lub N=51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonych wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat.

Opinie badanych na temat procesu deinstytucjonalizacji[[70]](#footnote-71), w analizowanych grupach są podobne. W obu przypadkach znaczny jest odsetek osób oceniających ten proces pozytywnie, przy czym zdecydowanie wyższy w grupie osób niekorzystających ze wsparcia ani w zakresie własnych potrzeb ani w zakresie potrzeb członka rodziny. Łączny odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” wyniósł 64,5% dla pierwszej grupy badanych oraz 76,5% dla grupy drugiej. W przypadku pierwszej grupy dość znaczny był również odsetek osób, które nie miały sprecyzowanych poglądów w tej sprawie (19,0%; 160 badanych) (wykres 109).

Wykres 109. Ocena deinstytucjonalizacji jako pozytywnego kierunku zmian

N=841 lub N=51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania przeprowadzonych wśród mieszkańców województwa pomorskiego w wieku powyżej 45 lat.

## Identyfikacja populacji potencjalnie potrzebujących wsparcia obecnie i w perspektywie kolejnych 10 lat

Punktem wyjścia do oceny społecznych i ekonomicznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych jest identyfikacja populacji osób potencjalnie potrzebujących wsparcia w regionie pomorskim, zarówno obecnie, jak również w przyszłości – w perspektywie kolejnych 10 lat.

Zgodnie z zapisami „Strategii rozwoju usług społecznych”[[71]](#footnote-72) do grup osób, które ze względu na swoją szeroko rozumianą indywidualną sytuację mogą potrzebować tego rodzaju wsparcia należą:

* osoby starsze,
* osoby z niepełnosprawnościami,
* osoby w kryzysie zdrowia psychicznego,
* osoby w kryzysie bezdomności,
* rodziny i dzieci objęte pieczą zastępczą.

Poniżej przedstawiono założenia przyjęte w celu identyfikacji poszczególnych grup osób potencjalnie potrzebujących wsparcia w województwie pomorskim[[72]](#footnote-73).

#### Zmiany liczby i struktury ludności

Głównym źródłem danych pozwalającym na identyfikację populacji osób należących do wskazanych grup wsparcia są przede wszystkim dane statystyki publicznej, które stanowią podstawę do określenia obecnej i przewidywanej struktury demograficznej mieszkańców województwa pomorskiego. Kluczowe znaczenie ma w tym przypadku zarówno obecna, jak również przewidywana (na podstawie prognoz GUS[[73]](#footnote-74)) struktura populacji. Będą one podstawą do określenia populacji potencjalnie potrzebujących wsparcia. W tabeli 75 przedstawiono podstawowe informacje opisujące liczbę ludności w wybranych grupach wieku w 2022 r. oraz w okresie prognozy obejmującym lata 2023-2033. Z kolei wykres 110 zawiera podstawowe informacje opisujące zmiany w strukturze ludności w wybranych grupach wieku w analizowanym przedziale czasowym. W przypadku wskazanego 11-letniego okresu prognozy na rysunku przedstawiono strukturę ludności dla lat: 2023-2025 oraz 2033.

Z przedstawionych informacji wynika, że na koniec okresu prognozy, w 2033 r., mimo wzrostu liczby ludności (o 0,7%) obserwowane będą niekorzystne zmiany w strukturze demograficznej według wieku mieszkańców województwa pomorskiego. W 2033 r. w porównaniu do 2022 r. wzrośnie, o 2,4 p. proc., udział osób w wieku 65 lat i więcej. Jeszcze większy wzrost będzie dotyczył udziału w strukturze mieszkańców regionu osób w wieku 75 lat i więcej, który w 2033 r. będzie o ponad 4 p. proc. wyższy niż w 2022 r. Wzrośnie również, o 2,2 p. proc., udział osób najstarszych, tj. w wieku 80 lat i więcej. Oznacza to, że w 2033 r. co piąta osoba będzie miała co najmniej 65 lat (20,5%), 10,9% będzie w wieku 75 lat i więcej, a ponad 6% w wieku 80 lat i więcej. W całym okresie prognozy będzie się również zmniejszał odsetek osób najmłodszych w wieku do 14 lat, z 16,6% w 2022 r. do 14,5% w 2033 r.

Tabela 75. Kształtowanie się liczby ludności według wybranych grup wieku w województwie pomorskim w latach 2022-2033

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupa wieku** | **2022\*** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** | **2031** | **2032** | **2033** | **2033/2022** |
| **Ogółem (w tys.)** | **2358,4** | **2359,7** | **2360,7** | **2361,5** | **2362,0** | **2369,0** | **2378,3** | **2381,7** | **2382,0** | **2380,9** | **2378,6** | **2375,5** | **0,73%** |
| 0-14 w tys. | 391,9 | 386,8 | 381,1 | 375,8 | 372,0 | 370,3 | 370,4 | 367,4 | 363,5 | 358,0 | 350,8 | 344,7 | **-12,04%** |
| Udział (%) | 16,62 | 16,39 | 16,14 | 15,91 | 15,75 | 15,63 | 15,57 | 15,43 | 15,26 | 15,04 | 14,75 | 14,51 | **-2,11 p. proc.** |
| 15-64 (w tys.) | 1540,1 | 1535,4 | 1532,2 | 1530,4 | 1528,1 | 1531,4 | 1535,2 | 1537,5 | 1538,5 | 1540,4 | 1542,9 | 1543,7 | **0,23%** |
| Udział (%) | 65,31 | 65,07 | 64,91 | 64,81 | 64,69 | 64,64 | 64,55 | 64,55 | 64,59 | 64,70 | 64,86 | 64,99 | **-0,32 p. proc.** |
| 65+ (w tys.) | 426,3 | 437,5 | 447,4 | 455,3 | 462,0 | 467,4 | 472,7 | 476,8 | 480,0 | 482,5 | 485,0 | 487,0 | **14,25%** |
| Udział (%) | 18,08 | 18,54 | 18,95 | 19,28 | 19,56 | 19,73 | 19,87 | 20,02 | 20,15 | 20,27 | 20,39 | 20,50 | **2,43 p. proc.** |
| 75+ (w tys.) | 155,7 | 164,3 | 173,6 | 183,5 | 193,6 | 203,5 | 213,3 | 223,0 | 233,0 | 242,0 | 250,5 | 257,8 | **65,64%** |
| Udział (%) | 6,60 | 6,96 | 7,35 | 7,77 | 8,20 | 8,59 | 8,97 | 9,36 | 9,78 | 10,17 | 10,53 | 10,85 | **4,25 p. proc.** |
| 80+ (w tys.) | 89,5 | 89,5 | 89,1 | 88,3 | 92,5 | 98,9 | 106,1 | 113,5 | 121,2 | 129,0 | 136,4 | 143,4 | **60,24%** |
| Udział (%) | 3,80 | 3,79 | 3,77 | 3,74 | 3,92 | 4,17 | 4,46 | 4,77 | 5,09 | 5,42 | 5,73 | 6,04 | **2,24 p. proc.** |

\* Dane rzeczywiste

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS. Prognoza ludności na lata 2023-2060 w województwie pomorskim; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html> (data dostępu: 10.09.2023).

Wykres 110. Struktura ludności według wieku na koniec 2022 r. oraz prognozy dla lat: 2023-2025 oraz 2033 dla województwa pomorskiego

\* Dane rzeczywiste

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS. Prognoza ludności na lata 2023-2060 w województwie pomorskim*;* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html> (data dostępu: 10.09.2023).

Zaobserwowane zmiany będą miały kluczowe znaczenie dla określenia luki opiekuńczej dla tych grup wiekowych (osób najstarszych i najmłodszych). Wpłyną one również na zmiany proporcji pomiędzy poszczególnymi grupami wieku, które można określić na podstawie jednego ze wskaźników obciążenia demograficznego, tj. wskaźnika opisującego stosunek dzieci (0-14 lat) i osób w starszym wieku (65 lat i więcej) do liczby osób w wieku 15-64 lata (wykres 111). Wskaźnik ten w 2022 r. w województwie pomorskim kształtował się na poziomie 53,1%, a w 2033 r., zgodnie z danymi GUS, powinien wzrosnąć do poziomu 53,9%. Wskaźnik na tym poziomie w 2033 r. oznacza, że na 100 osób w wieku 15-64 lata będą przypadały blisko 54 osoby w wieku 0-14 i 65 lat i więcej w porównaniu do około 53 osób w 2022 r.

Jego najwyższą wartość w całym analizowanym przedziale czasowym, na poziomie znacznie wyższym niż dla województwa pomorskiego, zidentyfikowano w przypadku dwóch miast na prawach powiatu tj. Słupska (wskaźnik na poziomie 58,0% w 2022 r. oraz 63,5% w 2033 r.) oraz Sopotu (odpowiednio: 66,6% oraz 61,5%). Warto przy tym zauważyć, że zmiany obserwowane w przypadku tych powiatów będą przebiegały w przeciwnych kierunkach. W pierwszym z nich obserwowany jest systematyczny spadek wskaźnika, a w drugim jego wzrost. Z kolei wartości zdecydowanie niższe niż na poziomie wojewódzkim, poniżej 50%, odnotowano w powiatach: gdańskim (odpowiednio: 49,4% oraz 46,8%) i kwidzyńskim (odpowiednio: 45,7% oraz 47,5%). Mamy tu również do czynienia z podobną sytuacją tzn. spadkiem (powiat gdański) albo wzrostem (powiat kwidzyński) wskaźnika w analizowanym przedziale czasowym.

Wykres 111. Wskaźnik obciążenia demograficznego na koniec 2022 r. oraz prognozy w latach 2023-2033 – województwo pomorskie i wybrane powiaty

\* Dane rzeczywiste

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS. Prognoza ludności na lata 2023-2060 w województwie pomorskim*;* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html>(data dostępu: 10.09.2023).

Zmiany struktury ludności w analizowanych grupach wieku będą miały również wpływ na kształtowanie się kolejnego wskaźnika opisującego stosunek liczby opiekunów, czyli osób w wieku 45-59/64 lata do podopiecznych – osób w wieku 75 lat i więcej. W 2022 r. wskaźnik ten w województwie pomorskim kształtował się na poziomie 3,3 co oznacza, że na jedną osobę w wieku 75 lat i więcej przypadały co najmniej 3 osoby w wieku 45-59/64 lata. Na koniec okresu prognozy w 2033 r. wartość wskaźnika zdecydowanie się obniży – do poziomu 2,4. W powiatach województwa najniższą wartość w całym analizowanym przedziale czasowym, zdecydowanie niższą niż dla poziomu wojewódzkiego, będzie można najprawdopodobniej odnotować w przypadku Sopotu (wskaźnik na poziomie 1,6 w 2022 r i 2033 r.). Natomiast wartości zdecydowanie wyższe będą dotyczyć powiatów: gdańskiego (odpowiednio: 4,9 oraz 3,5) oraz kartuskiego (odpowiednio: 4,7 oraz 3,5). W tych powiatach sytuacja będzie, w ujęciu statystycznym, zdecydowanie lepsza. Na jedną osobę w wieku 75 lat i więcej będą tu w 2033 r. prawdopodobnie przypadać nadal co najmniej 3 osoby w wieku 45-59/64 lata. Na wykresie 112 przedstawiono kształtowanie się wartości wskaźnika dla województwa oraz opisywanych powiatów w 2022 r. oraz w latach 2023-2033.

Wykres 112. Stosunek liczby opiekunów do podopiecznych na koniec 2022 r. oraz prognozy w latach 2023-2033 – województwo pomorskie i wybrane powiaty

\* Dane rzeczywiste

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS. *Prognoza ludności na lata 2023-2060 w województwie pomorskim*; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html>(data dostępu: 10.09.2023).

#### Gospodarstwa domowe osób starszych

W związku z tym, że wsparcie osób starszych nie ogranicza się jedynie do nich samych, ale dotyczy również gospodarstw domowych, w których funkcjonują osoby w tym wieku, konieczne jest również oszacowanie liczby gospodarstw osób starszych. Podobnie jak w przypadku zmian liczby ludności liczbę gospodarstw osób starszych wyznaczono dla przedziału czasowego obejmującego w tym przypadku lata 2022-2033[[74]](#footnote-75). Należy przy tym przyjąć, że ze względu na zmiany w strukturze ludności, w tym głównie wzrost liczby osób najstarszych, podobne tendencje dotyczyć będą również gospodarstw domowych osób starszych.

Podstawą do ich oszacowania są dane z Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 r., prognozy dotyczące liczby gospodarstw ogółem wyznaczone na tej podstawie i opublikowane w 2016 r. przez GUS oraz rzeczywiste dane opisujące liczbę gospodarstw domowych w 2021 r. ogółem w Polsce i województwie pomorskim (z uwzględnieniem danych na poziomie powiatów).

Z prognoz opublikowanych przez GUS w 2016 r.[[75]](#footnote-76) wynika, że w 2021 r. w województwie pomorskim powinno funkcjonować 872,2 tysiąca gospodarstw domowych. Tymczasem rzeczywista liczba gospodarstw w 2021 r. kształtowała się na poziomie 771,6 tys. Oznacza to, że prognozy liczby gospodarstw domowych opublikowane w roku 2016 były znacząco przeszacowane. W przypadku woj. pomorskiego rzeczywista liczba gospodarstw domowych różniła się od prognozy o 101,2 tys., czyli o 11,60%. Wartość ta wykorzystana została do skorygowania prognozy liczby gospodarstw domowych w kolejnych latach. Na wykresie 113 przedstawiono kształtowanie się liczby gospodarstw domowych według prognozy z 2016 r. oraz wartości skorygowane w opisany sposób.

Wykres 113. Liczba gospodarstw domowych w latach 2021-2033 według prognozy z 2016 r. oraz dane skorygowane według danych rzeczywistych z 2021 r.

**\* Dane rzeczywiste**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS; <https://stat.gov.pl/> (data dostępu: 10.09.2023).

Z informacji opublikowanych przez GUS wynika również, że w 2021 r. największą liczbę gospodarstw domowych, poza największymi miastami (Gdańsk: 193 377; 25,06% wszystkich gospodarstw domowych w województwie oraz Gdynia: 95 570; odpowiednio: 12,39%), zidentyfikowano w powiecie wejherowskim (65 704; 8,52%), natomiast najmniejszą w powiatach: nowodworskim (9 843; 1,28%), sztumskim (11 392; 1,48%) oraz w Sopocie (13 961; 1,81%). Oznacza to znaczne różnice w liczbie gospodarstw domowych w poszczególnych powiatach. Na wykresie 114 przedstawiono strukturę gospodarstw domowych ogółem w województwie pomorskim w 2021 r.

Stanowią one, wraz z danymi ogólnopolskimi opisującymi strukturę gospodarstw domowych (tabela 76) bazę do przewidywania liczby gospodarstw osób starszych w województwie pomorskim, przy czym ze względu na cel badania pod uwagę wzięto tu jednorodzinne gospodarstwa domowe.

Z danych NSP 2011 wynika, że w 2011 r. 65,5% wszystkich gospodarstw w Polsce stanowiły gospodarstwa jednorodzinne, w tym: 11,5% – gospodarstwa jednorodzinne wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej; 7,0% – wyłącznie z osobami w wieku 65 lat i więcej oraz 2,0% - wyłącznie z osobami w wieku 75 lat i więcej.

Dane z 2021 r. opisujące kształtowanie się liczby gospodarstw domowych ogółem w powiatach województwa wykorzystano do wyznaczenia prognoz w latach 2022-2033.

Wykres 114. Odsetek gospodarstw domowych w powiatach województwa pomorskiego w 2021 r.

**1,5%**

**2,4%**

**4,5%**

**1,3%**

**4,6%**

**3,2%**

**8,5%**

**2,6%**

**3,8%**

**4,5%**

**2,8%**

**4,8%**

**4,9%**

**25,1 %**

**12,4%**

**1,8%**

**2,6%**

**3,1%**

**3,4%**

**2,1%**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS; <https://stat.gov.pl/> (data dostępu: 10.09.2023).

Tabela 76. Przyjęte założenia dotyczące liczby gospodarstw jednorodzinnych z osobami starszymi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba gospodarstw domowych osób starszych** | **2011\*** | **Struktura** | **Struktura** |
| **Gospodarstwa domowe ogółem w Polsce** | **13 567 999** | **100,0%** | x |
| Jednorodzinne | 8 889 935 | 65,5% | **100,0%** |
| wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej | 1 024 203 | x | 11,5% |
| wyłącznie z osobami w wieku 65 lat i więcej | 618 680 | x | 7,0% |
| wyłącznie z osobami w wieku 75 lat i więcej | 181 127 | x | 2,0% |

\* Ostatnie dostępne dane w tym układzie pochodzą z NSP2011.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NSP 2011.

Przyjmując podobne proporcje dla gospodarstw domowych osób starszych w województwie pomorskim możemy szacować, że w 2022 r. liczba jednorodzinnych gospodarstw domowych wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej mogła wynieść 58 652, a w 2033 r. wyniesie już o 5,4% więcej – czyli 61 794. Wzrostowi ulegnie także liczba jednorodzinnych gospodarstw domowych osób starszych w wieku 65 lat i więcej z około 35,4 tys. w 2022 r. do 37,3 tys. w 2033 r. oraz gospodarstw z osobami w wieku 75 lat i więcej: z 10,4 tys. w 2022 r. do 10,9 tys. w 2033 r. Oszacowania liczby gospodarstw jednorodzinnych odpowiednio z osobami w wieku 60, 65 oraz 75 lat i więcej przedstawiono na wykresie:

Wykres 115. Oszacowania liczby jednorodzinnych gospodarstw domowych osób starszych w województwie pomorskim w latach: 2022, 2026, 2030 oraz 2033[[76]](#footnote-77)

Źródło: Opracowanie własne na odstawie NSP 2011.

Szacunkową liczbę gospodarstw tego rodzaju w powiatach województwa pomorskiego wyznaczono biorąc pod uwagę procentowy rozkład gospodarstw domowych ogółem pomiędzy poszczególnymi powiatami w 2021 r. (zgodnie z danymi na wykresie 114). W obliczeniach uwzględniono również zmiany liczby gospodarstw domowych ogółem w województwie pomorskim w kolejnych analizowanych latach.

Należy mieć jednak świadomość, że wyznaczone w ten sposób prognozy liczby gospodarstw domowych bazują jedynie na ich rzeczywistej strukturze wyznaczonej dla roku 2021 i dynamice zmian skorygowanej liczby gospodarstw ogółem w województwie pomorskim. Ich szacunkowa liczba może ulegać dodatkowo zmianom wynikającym ze zmian liczby ludności w poszczególnych powiatach.

#### Osoby z niepełnosprawnościami

Podstawą do przewidywania zmiany liczby i struktury osób z niepełnosprawnościami są wstępne wyniki NSP 2021. Należy jednak podkreślić, że zbierane w ramach NSP dane dotyczące osób z niepełnosprawnościami gromadzone są na zasadzie dobrowolności (deklaracja i subiektywna ocena respondenta). Wstępne wyniki spisu ludności wykazały, że liczba osób z niepełnosprawnościami w Polsce w 2021 r. wyniosła 5 447,5 tys. (14,3% ogólnej populacji). W porównaniu do wyników NSP 2011 odnotowano wzrost o 750,5 tys., tj. o 16,0%. Natomiast województwo pomorskie w 2021 r. zamieszkiwało 346,5 tys. osób z niepełnosprawnościami, czyli o 21,8% więcej niż w trakcie poprzedniego Spisu w 2011 r. (284,5 tys. osób). Zmiany na tym poziomie oznaczają, że średnioroczny wzrost populacji osób z niepełnosprawnościami w regionie kształtował się na poziomie około 2%. Osoby z niepełnosprawnościami stanowiły w 2021 r. – 10,5% ludności województwa (przy 8,8% w 2011 r.). Procentowy wzrost udziału osób z niepełnosprawnościami w regionie pomorskim był wyższy niż dla całego kraju – 16,0%. Pomorskie należało pod tym względem do grupy siedmiu województw, w których zmiany te były największe i kształtowały się na poziomie 20% i więcej (wykres 116).

Wykres 116. Województwo pomorskie na tle kraju oraz innych regionów pod względem dynamiki zmian liczby osób z niepełnosprawnościami w 2021 r. w porównaniu do 2011 r.

Źródło: Opracowanie własne na odstawie NSP 2011 oraz NSP 2021.

W 2021 r. wśród ogółu osób z niepełnosprawnościami w Polsce – podobnie jak w 2011 r. – dominowały osoby posiadające prawne orzeczenie potwierdzające niepełnoprawność (niepełnosprawni prawnie). Liczba osób z takim orzeczeniem wyniosła 3 471,2 tys. (stanowili oni 63,7% ogółu osób z niepełnosprawnościami). W porównaniu do 2011 r. nastąpił wzrost liczebności tej grupy o 10,8%. W województwie pomorskim osoby nalężące do tej grupy stanowiły 71,5% ogółu osób z niepełnosprawnościami (70,2% w 2011 r.).

W okresie międzyspisowym zwiększyła się również liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie[[77]](#footnote-78):

1. w Polsce ogółem: z 1 565,6 tys. w 2011 r. do 1 976,3 tys. w 2021 r. tj. o 26,2%;
2. w województwie pomorskim: z 84,9 tys. w 2011 r. do 98,7 tys. w 2021 r. tj. o 16,2%.

W 2021 r. osoby niepełnosprawne tylko biologicznie stanowiły 5,2% ludności Polski (4,1% w 2011 r.). W województwie pomorskim udział ten kształtował się w 2021 r. na poziomie 4,2%, a w 2011 r. wyniósł 3,7%. Dane z Narodowego Spisu Powszechnego wskazują zatem tendencje wzrostowe (zarówno w odniesieniu do Polski, jak również do woj. pomorskiego), co można wiązać choćby ze starzeniem się społeczeństwa i wzrostem ryzyka niepełnosprawności wraz z wiekiem. Osoby z niepełnosprawnościami (prawnie i biologicznie) stanowiące w 2021 r. 14,7% ludności woj. pomorskiego to grupa, która powinna być uwzględniona w systemie pomocy społecznej, ale także w szerzej rozumianej sferze rozmaitych usług na rzecz ludności. To także grupa, o której należy myśleć w kategoriach potencjału uczestnictwa społecznego jak i ekonomicznego w społeczności lokalnej.

Przedstawione powyżej informacje z obu spisów powszechnych wykorzystano do oszacowania liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim w okresie objętym prognozą (lata 2023-2033). Biorąc pod uwagę wyznaczony dla okresu pomiędzy spisami (lata 2011 i 2021) średnioroczny wzrost liczby populacji osób z niepełnosprawnościami kształtujący się na poziomie około 2% można oszacować, że w 2033 r. liczba osób należących do tej grupy wzrośnie z 346,5 tys. w 2021 r. do poziomu co najmniej 439,0 tys. (tabela 77). Biorąc pod uwagę, szybsze niż w latach 2011-2021 tempo starzenia się społeczeństwa wzrost ten może być jeszcze większy.

Tabela 77. Kształtowanie się liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim w latach 2021-2033

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lata** | **Osoby z niepełnosprawnościami (tys.)** | **w tym: osoby niepełnosprawne prawnie (tys.)** | **w tym: osoby niepełnosprawne tylko biologicznie (tys.)** |
| 2011\* | 284,5 | 199,6 | 84,9 |
| 2021\* | 346,5 | 247,9 | 98,7 |
| 2022 | 353,4 | 252,8 | 100,7 |
| 2023 | 360,5 | 257,9 | 102,7 |
| 2024 | 367,6 | 263,0 | 104,7 |
| 2025 | 375,0 | 268,2 | 106,8 |
| 2026 | 382,4 | 273,6 | 108,9 |
| 2027 | 390,1 | 279,0 | 111,1 |
| 2028 | 397,8 | 284,6 | 113,3 |
| 2029 | 405,7 | 290,3 | 115,6 |
| 2030 | 413,8 | 296,0 | 117,9 |
| 2031 | 422,1 | 301,9 | 120,2 |
| 2032 | 430,5 | 307,9 | 122,6 |
| 2033 | 439,1 | 314,1 | 125,0 |

\* Dane rzeczywiste.

Źródło: Opracowanie własne na odstawie NSP 2021.

Do oszacowania liczby osób z niepełnosprawnościami w powiatach województwa pomorskiego można również wykorzystać dane z NSP 2011 i 2021. Z danych NSP 2021 wynika, że w 2021 r. największy odsetek takich osób w porównaniu do liczby mieszkańców poszczególnych powiatów zidentyfikowano w: Słupsku – 19,6% oraz w powiatach: malborskim (18,2%) i człuchowskim (18,0%). W pozostałych powiatach odsetek ten był niższy i kształtował się na poziomie od 11,8% (powiat pucki) do 16,9% (Sopot) (wykres 117). Udział wyższy niż średnio w województwie (14,7%) odnotowano w przypadku aż 13 powiatów.

Wykres 117. Odsetek osób z niepełnosprawnościami w powiatach województwa pomorskiego w 2021 r.

**15,9%**

**14,9%**

**15,9%**

**15,2%**

**14,4%**

**11,8%**

**15,1%**

**16,1%**

**14,5%**

**19,6%**

**15,4%**

**12,8%**

**12,2%**

**13,5 %**

**14,8%**

**16,9%**

**18,2%**

**13,8%**

**16,8%**

**18%**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS; <https://stat.gov.pl/> (data dostępu: 10.09.2023).

Warto również zwrócić uwagę na dynamikę zmian liczby osób z niepełnosprawnościami w poszczególnych powiatach w 2021 r. w porównaniu do 2011 r (wykres 118).

Z informacji przedstawionych na wykresie wynika, że największy wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami zidentyfikowano w powiecie bytowskim – wzrost o 57,9%, przy średniej dla województwa wynoszącej 21,8%. Niewielki spadek ich liczby (o 183 osoby, czyli o 3,2%) odnotowano jedynie w Sopocie.

**Wykres 118. Przyrost względny osób z niepełnosprawnościami w 2021 r. w porównaniu do 2011 r. w powiatach województwa pomorskiego**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS; <https://stat.gov.pl/> (data dostępu: 10.09.2023).

Zmiany liczby osób z niepełnosprawnościami w latach 2011 i 2021 w poszczególnych powiatach wykorzystano do wyznaczenia średniorocznego tempa zmian w okresie międzyspisowym. Na tej podstawie wyznaczono prognozy liczby osób z niepełnosprawnościami w latach 2022-2033. Wynika z nich, że w 2033 r., przy zachowaniu podobnego tempa zmian jak w latach 2011-2021, liczba osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim może wynieść 439,1 tys. osób. Będzie to wzrost o 92,5 tys. osób, czyli o około 26,7%. Zdecydowanie najwięcej osób z niepełnosprawnościami może najprawdopodobniej przybyć w powiecie wejherowskim – o blisko 19,4 tys. osób (czyli o 57,0%). Poza Sopotem, w którym przewidywać można spadek liczby osób z niepełnosprawnościami o około 212 osób (-3,8%), niewielki przyrost osób z omawianej grupy, poniżej 1 000 osób, może również dotyczyć powiatów: nowodworskiego, kościerskiego i Słupska (tabela 78).

Tabela 78. Zmiany liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim w latach 2011, 2021-2022 oraz 2033

| **Województwo/ powiat** | **2011\*** | **2021\*** | **2022\*\*** | **2033\*\*** | **2033/2021 (lb. osób)** | **2033/2021 (w %)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| woj. pomorskie | 284 499 | 346 525 | 353 427 | 439 055 | 92 530 | 26,7 |
| bytowski | 7 502 | 11 846 | 12 400 | 20 495 | 8 649 | 73,0 |
| chojnicki | 13 783 | 16 198 | 16 462 | 19 661 | 3 463 | 21,4 |
| człuchowski | 8 315 | 9 703 | 9 854 | 11 678 | 1 975 | 20,4 |
| gdański | 10 429 | 15 660 | 16 310 | 25 506 | 9 846 | 62,9 |
| kartuski | 13 047 | 18 492 | 19 148 | 28 103 | 9 611 | 52,0 |
| kościerski | 9 938 | 10 389 | 10 435 | 10 957 | 568 | 5,5 |
| kwidzyński | 9 148 | 11 201 | 11 430 | 14 281 | 3 080 | 27,5 |
| lęborski | 8 109 | 10 312 | 10 563 | 13 759 | 3 447 | 33,4 |
| malborski | 9 258 | 11 180 | 11 393 | 14 020 | 2 840 | 25,4 |
| nowodworski | 4 409 | 5 086 | 5 159 | 6 037 | 951 | 18,7 |
| pucki | 7 367 | 10 650 | 11 050 | 16 574 | 5 924 | 55,6 |
| słupski | 11 230 | 14 008 | 14 321 | 18 263 | 4 255 | 30,4 |
| starogardzki | 14 677 | 19 141 | 19 656 | 26 324 | 7 183 | 37,5 |
| tczewski | 13 982 | 17 854 | 18 296 | 23 941 | 6 087 | 34,1 |
| wejherowski | 23 386 | 34 050 | 35 354 | 53 445 | 19 395 | 57,0 |
| sztumski | 4 906 | 6 229 | 6 380 | 8 296 | 2 067 | 33,2 |
| Gdańsk | 60 125 | 65 763 | 66 355 | 73 231 | 7 468 | 11,4 |
| Gdynia | 32 701 | 36 101 | 36 460 | 40 651 | 4 550 | 12,6 |
| Słupsk | 16 454 | 17 113 | 17 180 | 17 939 | 826 | 4,8 |
| Sopot | 5 732 | 5 549 | 5 531 | 5 337 | -212 | -3,8 |

\* Dane rzeczywiste, \*\* Dane szacunkowe.

Źródło: Opracowanie własne na odstawie NSP 2011 i 2021.

Oszacowaną liczbę osób z niepełnosprawnościami należy jednak traktować bardzo ostrożnie. Zostały one wyznaczone jedynie na podstawie dynamiki zmian w okresie międzyspisowym. O ile prognozowanie na tej podstawie liczby mieszkańców czy gospodarstw domowych obarczone byłoby zdecydowanie mniejszym błędem szacunku, o tyle w przypadku liczby osób z niepełnosprawnościami pokazuje jedynie jeden z możliwych scenariuszy. Należy również pamiętać, że niepełnosprawność można podzielić na stopnie: znaczny, umiarkowany i lekki. W danych NSP 2021 wyróżniona została dodatkowo grupa osób w wieku 0-15 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności. W województwie pomorskim największa grupa osób niepełnosprawnych prawnie (44,8%) miała w 2021 r. orzeczony umiarkowany stopień niepełnosprawności. Druga w kolejności była grupa osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 32,2%. Pozostałe, znacznie mniej liczne grupy, to osoby o lekkim stopniu (15,5%) oraz osoby w wieku 0-15 lat (7,6%).

W ujęciu powiatów największy odsetek osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności zidentyfikowano w 2021 r. w powiatach: lęborskim (39,2%), wejherowskim (37,5%) oraz nowodworskim (37,1%), a najmniejszy w: Słupsku (24,2%), powiecie gdańskim (28,1%) oraz kartuskim (28,3%). Warto również zwrócić uwagę, że największy odsetek osób najmłodszych w wieku 0-15 lat z orzeczeniem o niepełnosprawności zidentyfikowano w powiatach kartuskim (12,9%), gdańskim (10,9%) oraz puckim (9,1%). Najmniej osób w tym przedziale wieku z orzeczeniem o niepełnosprawności zamieszkiwało; Sopot (4,6%), Słupsk (5,5%) oraz powiat malborski (5,3%).

#### Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego

Według danych GUS w warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2021 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji leczyło się niemal 1,9 mln osób (ponad 1,4 mln w 2011 r.), czyli blisko 5% ludności Polski. W województwie pomorskim leczyło się w ten sposób 109,9 tys. osób (4,7% mieszkańców województwa pomorskiego), znacznie mniej niż w 2011 r. (odpowiednio: 73,6 tys. osób oraz 3,2%). W 2021 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania zapadło w woj. pomorskim 4 659 osób, czyli aż o 1027 osób mniej niż rok wcześniej. Należy przy tym pamiętać, że 2021 r. był drugim rokiem pandemii, w którym dostęp do poradni dla osób z tego rodzaju zaburzeniami był nadal ograniczony.

Nieco inaczej przedstawiają się dane Ministerstwa Zdrowia[[78]](#footnote-79), z których wynika, że w 2021 r. łączna liczba pacjentów dorosłych objętych opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień wyniosła w województwie pomorskim 102,21 tys., tj. 5,4% dorosłych mieszkańców regionu (w tym: 91,8 tys. objętych opieką psychiatryczną; 4,9%). Natomiast w przypadku dzieci i młodzieży opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień w 2021 r. objętych było 14,8 tys. pacjentów, tj. 3,2% dzieci i młodzieży w regionie (w tym: 14,6 tys. korzystało z opieki psychiatrycznej: 3,1%). Możemy w związku z tym, z dużym przybliżeniem przyjąć, że na podobnym poziomie będą się kształtować w poszczególnych latach odsetki osób dorosłych, dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień. Oznacza to, że w 2033 r. liczba osób dorosłych objętych opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień może się kształtować na poziomie 105,1 tys. osób, a dzieci i młodzieży na poziomie 13,6 tys. osób.

Na wykresie 119 przedstawiono oszacowany przyrost względny osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień w 2033 r. w porównaniu do 2022 r. w poszczególnych powiatach.

Wykres 119. Przyrost względny osób w kryzysie zdrowia psychicznego w 2033 r. w porównaniu do 2022 r. w powiatach województwa pomorskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GUS; <https://stat.gov.pl/> (data dostępu: 10.09.2023).

Największy wzrost liczby osób dorosłych będzie dotyczył powiatów: kartuskiego (wzrost o 18%), gdańskiego (17,2%) oraz puckiego (12,2%). W przypadku dzieci i młodzieży wzrost ich liczby szacuje się w Gdańsku (11,0%) oraz powiecie kartuskim (7,1%). Są to jedyne dwa powiaty, w których prawdopodobny jest wzrost liczby dzieci młodzieży objętych opieką psychiatryczną w analizowanym przedziale czasowym.

Należy jednak pamiętać, że problemem tego rodzaju szacunków będzie luka pomiędzy liczbą osób dotkniętych problemami psychicznymi oraz liczbą osób korzystających z dostępnego wsparcia. W wielu różnych opracowaniach wskazuje się, że około 10% populacji dzieci i młodzieży oraz 23% populacji osób dorosłych w Polsce dotkniętych jest zaburzeniami psychicznymi[[79]](#footnote-80). Z szacunków prof. Piotra Gałeckiego, kierownika Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wynika, że w Polsce 26% populacji jest zagrożone zaburzeniami psychicznymi, co oznacza, że nie ma w skali kraju rodziny, która nie spotkałaby się z kryzysem zdrowia psychicznego. Według jego opinii, w Polsce obserwowany jest wzrost zaburzeń depresyjnych i lękowych w ciągu ostatnich dekad, natomiast mniej więcej stała jest liczba osób uzależnionych[[80]](#footnote-81). Porównując te szacunki do liczby osób rzeczywiście objętych opieką psychiatryczną i leczeniem okazuje się, że mamy do czynienia z bardzo dużą liczbą osób, które nie są uwzględniane w obecnym systemie – nie korzystają ze wsparcia, mimo że go potrzebują.

Należy przy tym podkreślić, że precyzyjne ustalenie liczby osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających ze wsparcia w ramach systemów ochrony zdrowia, pomocy społecznej i systemu oświaty (w tym w szczególności ustalenie liczby osób niepowtarzających się) będzie zadaniem bardzo trudnym. Głównie ze względu na odrębną sprawozdawczość instytucji udzielających tego rodzaju wsparcia. Nie uwzględnia się w nich również usług realizowanych na rynku prywatnym. Oznacza to, że nie ma możliwości precyzyjnego oszacowania liczby osób w kryzysie zdrowia psychicznego objętych wsparciem. Jeżeli przyjmiemy, że w przypadku województwa pomorskiego liczba dzieci i młodzieży potrzebujących tego rodzaju pomocy może stanowić 10% osób w wieku 0-17 lat, to rzeczywista liczba osób potrzebujących wsparcia w 2021 r. mogła wynieść ponad 46,6 tys. osób. Luka opiekuńcza dla tej grupy osób wyniosłaby aż 31,9 tys. dzieci i młodzieży. Jeżeli zawęzimy nasze obliczenia do grupy dzieci i młodzieży w wieku 12-17 lat (osoby w tym wieku stanowiły np. w 2021 r. 60,5% ogółu dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień), to okaże się, że luka ta jest zdecydowanie mniejsza i wynosi 6,5 tys. osób. Nadal jest to jednak spora grupa osób nieobjętych pomocą. Warto także zwrócić uwagę, że ze względu na wzrost liczby osób zapadających na choroby psychiczne wśród dzieci i młodzieży, także w tej grupie, mimo spadku liczby osób w tym wieku, bardzo możliwy jest również wzrost. Z kolei w przypadku osób dorosłych, przy założeniu, że około 23% osób dorosłych to grupa osób potrzebujących wsparcia – luka opiekuńcza w 2021 r. wyniosłaby 332,9 tys. osób. W tabeli 71 przedstawiono szacunki dotyczące luki opiekuńczej wyznaczone dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży w poszczególnych powiatach województwa pomorskiego w latach: 2022 i 2033.

Tabela 79. Luka opiekuńcza dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży w kryzysie zdrowia psychicznego w województwie pomorskim i jego powiatach w latach: 2022 i 2033

| **Obszar** | **Luka opiekuńcza**  **osoby dorosłe**  **w 2022 r.** | **Luka opiekuńcza osoby dorosłe w 2033 r.** | **Zmiana (w %)** | **Luka opiekuńcza dzieci i młodzież w 2022 r.** | **Luka opiekuńcza dzieci i młodzież w 2033 r.** | **Zmiana (w %)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pomorskie | 10 629 | 10 705 | 0,7 | 1 115 | 938 | -15,9 |
| bytowski | 13 288 | 13 556 | 2,0 | 1 416 | 1 241 | -12,4 |
| chojnicki | 7 616 | 7 437 | -2,4 | 703 | 541 | -23,0 |
| człuchowski | 17 608 | 20 642 | 17,2 | 2 046 | 1 968 | -3,8 |
| gdański | 19 604 | 23 132 | 18,0 | 2 771 | 2 967 | 7,1 |
| kartuski | 9 832 | 10 273 | 4,5 | 1 118 | 991 | -11,4 |
| kościerski | 11 351 | 11 470 | 1,1 | 1 103 | 876 | -20,6 |
| kwidzyński | 8 991 | 9 007 | 0,2 | 876 | 716 | -18,3 |
| lęborski | 8 741 | 8 553 | -2,2 | 775 | 600 | -22,6 |
| malborski | 4 864 | 4 852 | -0,3 | 422 | 321 | -23,9 |
| nowodworski | 12 483 | 14 011 | 12,2 | 1 368 | 1 265 | -7,5 |
| pucki | 13 546 | 14 251 | 5,2 | 1 316 | 1 077 | -18,2 |
| słupski | 17 377 | 17 914 | 3,1 | 1 825 | 1 469 | -19,5 |
| starogardzki | 15 710 | 15 835 | 0,8 | 1 537 | 1 225 | -20,3 |
| tczewski | 30 940 | 33 759 | 9,1 | 3 527 | 3 297 | -6,5 |
| wejherowski | 5 519 | 5 254 | -4,8 | 500 | 352 | -29,6 |
| sztumski | 71 146 | 71 081 | -0,1 | 5 609 | 6 223 | 11,0 |
| Gdańsk | 35 893 | 34 294 | -4,5 | 2 660 | 2 328 | -12,5 |
| Gdynia | 12 847 | 11 940 | -7,1 | 913 | 756 | -17,2 |
| Słupsk | 4 939 | 4 377 | -11,4 | 288 | 251 | -12,9 |
| Sopot | 10 629 | 10 705 | 0,7 | 1 115 | 938 | -15,9 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz Mapy Potrzeb Zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/>.

Z informacji przedstawionych w tabeli wynika, że wzrostu luki opiekuńczej w przypadku osób dorosłych w kryzysie zdrowia psychicznego w 2033 r. w porównaniu do 2022 r. będzie można się spodziewać w 13 z 20 powiatów województwa pomorskiego. Największy wzrost o 18% szacowany jest dla powiatu gdańskiego. Natomiast największy spadek luki opiekuńczej powinien wystąpić w Słupsku (spadek o 11,4%). Z kolei w przypadku dzieci i młodzieży w kryzysie zdrowia psychicznego, mimo spadku populacji osób należących do tej grupy, nadal można się spodziewać wzrostu luki opiekuńczej w dwóch powiatach, tj. sztumskim (wzrost o 11,0%) oraz gdańskim (o 7,1%).

#### Osoby w kryzysie bezdomności

Do oszacowania liczby osób w kryzysie bezdomności można wykorzystać dane pochodzące z ostatniego dostępnego sprawozdania z realizacji działań na rzecz osób w bezdomności w województwach w Polsce w 2022 r., opartego na danych gromadzonych w Centralnej Aplikacji Statystycznej MRiPS[[81]](#footnote-82). Z danych tych wynika, że województwo pomorskie na tle kraju cechuje się relatywnie wysoką liczbą osób w kryzysie bezdomności wykazywaną w sprawozdaniach, a ich liczba waha się od 2 682 (w 2013 r.) do 3 366 (w 2022 r.) (tabela 80). Pomorskie jest również jednym z województw, które notuje wzrost liczby osób w kryzysie bezdomności – o 22,6% w 2022 r. w porównaniu do 2011 r. Większy przyrost liczby osób w bezdomności odnotowano jeszcze w województwach: opolskim (o 24,0%), lubelskim (27,6%), lubuskim (46,2%) oraz śląskim (82,1%).

Źródłem informacji o liczebności populacji osób w kryzysie bezdomności są także statystyki pomocy społecznej, a w szczególności sprawozdanie MRiPS-03 obejmujące m. in. dane o liczbie rodzin i osób w kryzysie bezdomności korzystających ze wsparcia. Według tych danych za 2022 rok we wszystkich gminach i powiatach województwa pomorskiego łączna liczba rodzin korzystających ze wsparcia pomocy społecznej wynosiła 105 401, z czego 3 301 – czyli 3,1% otrzymało wsparcie z powodu bezdomności. Dla liczby osób w rodzinach wskaźniki te wynoszą odpowiednio 233 082 i 3 438 (1,5%). Liczba szacowanych w ten sposób osób w kryzysie bezdomności znacząco nie odbiega od liczb podawanych w sprawozdaniach jednorazowych i wskazywanych na podstawie badań ogólnopolskich. Różnice wynikają oczywiście z charakteru danych. MRiPS-03 nie obejmuje tych osób w kryzysie bezdomności, które w trakcie roku nie korzystały z żadnej formy zinstytucjonalizowanego i organizowanego przez instytucje pomocy społecznej wsparcia.

Powiaty, w których (zgodnie z MRiPS-03) notowana jest najwyższa liczba osób i rodzin korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności w 2022 r. to powiaty miejskie Gdańsk i Gdynia, wejherowski i kwidzyński. Patrząc na liczebności – bezdomność to fenomen przede wszystkim miejski. Wyjątek stanowi tu miasto Słupsk, które lokuje się przeciętnie niżej (w porównaniu z innymi powiatami miejskimi). Z porównania danych za lata 2019 i 2022 wynika, że największy przyrost liczby osób i rodzin korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności dotyczył powiatów: bytowskiego (wzrost odpowiednio o: 291,3% i 6,0%), człuchowskiego (15,6% i 11,1%), kartuskiego (20,2% i 30,4%), puckiego (32,9% i 35,1%) oraz miast na prawach powiatu: Gdańska (15,4% i 17,3%) i Sopotu (25,5% i 20,6%) (tabela 81).

Tabela 80. Szacowana liczba osób w kryzysie bezdomności w województwie pomorskim na tle innych województw w wybranych latach

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo** | **2011**  **ogółem** | **2013**  **ogółem** | **2015**  **ogółem** | **2017**  **ogółem** | **2019**  **ogółem** | **2022** | **2022** | **Zmiana ogólnej liczby osób 2022/2011 w %** |
|  |  |  |  |  |  | ogółem | udział kobiet w % |  |
| dolnośląskie | 3 119 | 2 896 | 3 216 | 2 957 | 2 844 | 3 022 | 15,9 | -3,1 |
| kujawsko-pomorskie | 2 228 | 2 645 | 3 937 | 1 815 | 1 557 | 1 812 | 10,2 | -18,7 |
| lubelskie | 872 | 1 092 | 958 | 991 | 836 | 1 113 | 9,4 | 27,6 |
| lubuskie | 873 | 726 | 1 013 | 886 | 812 | 1 276 | 10,7 | 46,2 |
| łódzkie | 2893 | 2 130 | 2 082 | 2 062 | 1 788 | 2 798 | 16,7 | -3,3 |
| małopolskie | 1 904 | 1 722 | 1 942 | 2 054 | 1 893 | 2 031 | 14,2 | 6,7 |
| mazowieckie | 7 555 | 3 136 | 4 626 | 4 785 | 4 278 | 3 035 | 17,4 | -59,8 |
| opolskie | 876 | 1 011 | 1 080 | 900 | 849 | 1 086 | 15,7 | 24,0 |
| podkarpackie | 1 848 | 1 060 | 1 131 | 1 099 | 933 | 1 014 | 9,4 | -45,1 |
| podlaskie | 1 605 | 623 | 722 | 693 | 646 | 700 | 12,9 | -56,4 |
| **pomorskie** | **2 745** | **2 682** | **3 209** | **3 319** | **3 014** | **3 366** | **12,9** | **22,6** |
| śląskie | 2 945 | 3 805 | 4 415 | 4 782 | 4 255 | 5 363 | 18,3 | 82,1 |
| świętokrzyskie | 1 723 | 677 | 747 | 762 | 794 | 1 141 | 12,4 | -33,8 |
| warmińsko-mazurskie | 1 417 | 1 292 | 1 450 | 1 156 | 1 071 | 1 726 | 11,4 | 21,8 |
| wielkopolskie | 5 749 | 2 576 | 2 702 | 2 668 | 2 482 | 3 477 | 17,2 | -39,5 |
| zachodniopomorskie | 4 731 | 2 639 | 2 931 | 2 479 | 2 278 | 2 723 | 16,3 | -42,4 |
| Ogółem | 43 083 | 30 712 | 36 161 | 33 408 | 30 330 | 35 683 | 15,0 | -17,2 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MRiPS z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w 2010, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022. Szacunek na podstawie ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych dla lat 2011-2019 i sprawozdania jednorazowego DPS-IV-304-KS/2023 za 2022 r.

Tabela 81. Szacowana liczba rodzin i osób w kryzysie bezdomności w powiatach województwa pomorskiego w latach 2019-2022

| **Powiat** | **2019** | **2019** | **2020** | **2020** | **2021** | **2021** | **2022** | **2022** | **Dynamika 2022/2019 [w %]** | **Dynamika 2022/2019 [w %]** | **Średnioroczne tempo zmian [w %]** | **Średnioroczne tempo zmian [w %]** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Liczba rodzin ogółem | Liczba osób w rodzinach | Liczba rodzin ogółem | Liczba osób w rodzinach | Liczba rodzin ogółem | Liczba osób w rodzinach | Liczba rodzin ogółem | Liczba osób w rodzinach | Liczba rodzin ogółem | Liczba osób w rodzinach | Liczba rodzin ogółem | Liczba osób w rodzinach |
| bytowski | 83 | 23 | 78 | 81 | 92 | 93 | 88 | 90 | 6,0 | 291,3 | 2,0 | 57,6 |
| chojnicki | 70 | 71 | 64 | 65 | 62 | 63 | 61 | 62 | -12,9 | -12,7 | -4,5 | -4,4 |
| człuchowski | 45 | 45 | 57 | 58 | 44 | 45 | 50 | 52 | 11,1 | 15,6 | 3,6 | 4,9 |
| Gdańsk | 676 | 714 | 639 | 696 | 755 | 761 | 793 | 824 | 17,3 | 15,4 | 5,5 | 4,9 |
| gdański | 112 | 120 | 100 | 104 | 129 | 134 | 115 | 124 | 2,7 | 3,3 | 0,9 | 1,1 |
| Gdynia | 528 | 574 | 472 | 499 | 437 | 469 | 426 | 455 | -19,3 | -20,7 | -6,9 | -7,5 |
| kartuski | 102 | 119 | 134 | 149 | 135 | 153 | 133 | 143 | 30,4 | 20,2 | 9,3 | 6,3 |
| kościerski | 88 | 88 | 75 | 76 | 73 | 76 | 64 | 65 | -27,3 | -26,1 | -10,1 | -9,6 |
| kwidzyński | 189 | 192 | 217 | 226 | 212 | 216 | 204 | 213 | 7,9 | 10,9 | 2,6 | 3,5 |
| lęborski | 107 | 111 | 88 | 90 | 98 | 105 | 113 | 117 | 5,6 | 5,4 | 1,8 | 1,8 |
| malborski | 196 | 203 | 202 | 208 | 202 | 214 | 172 | 172 | -12,2 | -15,3 | -4,3 | -5,4 |
| nowodworski | 68 | 69 | 61 | 62 | 63 | 63 | 61 | 62 | -10,3 | -10,1 | -3,6 | -3,5 |
| pucki | 74 | 79 | 84 | 90 | 97 | 106 | 100 | 105 | 35,1 | 32,9 | 10,6 | 10,0 |
| Słupsk | 125 | 125 | 137 | 139 | 117 | 118 | 132 | 134 | 5,6 | 7,2 | 1,8 | 2,3 |
| słupski | 124 | 133 | 110 | 112 | 97 | 98 | 89 | 91 | -28,2 | -31,6 | -10,5 | -11,9 |
| Sopot | 97 | 98 | 80 | 80 | 103 | 103 | 117 | 123 | 20,6 | 25,5 | 6,5 | 7,9 |
| starogardzki | 157 | 164 | 153 | 156 | 146 | 147 | 141 | 149 | -10,2 | -9,2 | -3,5 | -3,2 |
| sztumski | 68 | 72 | 69 | 73 | 68 | 75 | 57 | 57 | -16,2 | -20,8 | -5,7 | -7,5 |
| tczewski | 159 | 167 | 160 | 165 | 166 | 171 | 151 | 153 | -5,0 | -8,4 | -1,7 | -2,9 |
| wejherowski | 254 | 261 | 229 | 234 | 222 | 233 | 234 | 247 | -7,9 | -5,4 | -2,7 | -1,8 |
| **pomorskie** | **3 322** | **3 428** | **3 209** | **3 363** | **3 318** | **3 443** | **3 301** | **3 438** | **-0,6** | **0,3** | **-0,2** | **0,1** |

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawione dane wykorzystano do oszacowania liczby rodzin korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności zarówno w województwie pomorskim, jak również w układzie jego powiatów w latach 2023-2033 (tabela 82). Wykorzystano w tym celu średnioroczne tempo zmian obliczone na podstawie danych z lat 2019-2022. Biorąc pod uwagę dotychczasowy przebieg zmian można szacować, że w 2033 r. liczba rodzin oraz osób w rodzinach korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności w województwie pomorskim może kształtować się na podobnym poziomie jak w roku 2022. W całym województwie możliwy jest nawet spadek liczby rodzin korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności o około 2,3%, a osób w rodzinach o około 7,4%. Największy przyrost zarówno liczby rodzin, jak i osób w rodzinach może być obserwowany w powiatach: kartuskim (wzrost liczby rodzin o 164,6% w 2033 r. w porównaniu do 2022 r. oraz osób w rodzinach o 318,4%), puckim (odpowiednio: 201,6% i 424,6%) oraz w Sopocie (98,9% oraz 175,2%).

**Tabela 82. Szacowana, na podstawie dynamiki zmian, liczba rodzin i osób w kryzysie bezdomności, które mogą być zainteresowane korzystaniem ze wsparcia w powiatach województwa pomorskiego w latach 2022 i 2033**

| **Powiat/ województwo** | **2022** | **2033** | **2033/2022**  **(w %)** | **2022** | **2033** | **2033/2022**  **(w %)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Liczba rodzin ogółem** | **Liczba rodzin ogółem** | **Liczba rodzin ogółem** | **Liczba osób w rodzinach** | **Liczba osób w rodzinach** | **Liczba osób w rodzinach** |
| bytowski | 88 | 109 | 23,9 | 90 | 123 | 36,2 |
| chojnicki | 61 | 37 | -39,6 | 62 | 28 | -54,9 |
| człuchowski | 50 | 74 | 47,2 | 52 | 91 | 74,7 |
| Gdańsk | 793 | 1424 | 79,6 | 824 | 1959 | 137,8 |
| gdański | 115 | 127 | 10,2 | 124 | 134 | 7,7 |
| Gdynia | 426 | 194 | -54,5 | 455 | 126 | -72,3 |
| kartuski | 133 | 352 | 164,6 | 143 | 598 | 318,4 |
| kościerski | 64 | 20 | -68,9 | 65 | 11 | -83,8 |
| kwidzyński | 204 | 270 | 32,3 | 213 | 314 | 47,6 |
| lęborski | 113 | 138 | 22,1 | 117 | 154 | 31,6 |
| malborski | 172 | 107 | -38,1 | 172 | 82 | -52,3 |
| nowodworski | 61 | 41 | -32,9 | 62 | 33 | -46,8 |
| pucki | 100 | 302 | 201,6 | 105 | 551 | 424,6 |
| Słupsk | 132 | 161 | 22,1 | 134 | 180 | 34,1 |
| słupski | 89 | 26 | -70,4 | 91 | 14 | -85,1 |
| Sopot | 117 | 233 | 98,8 | 123 | 338 | 175,2 |
| starogardzki | 141 | 95 | -32,6 | 149 | 77 | -48,5 |
| sztumski | 57 | 30 | -47,6 | 57 | 21 | -63,2 |
| tczewski | 151 | 125 | -17,2 | 153 | 113 | -26,3 |
| wejherowski | 234 | 173 | -26,0 | 247 | 147 | -40,5 |
| **pomorskie** | **3 301** | **3 225** | **-2,3** | **3 438** | **3 184** | **-7,4** |

Źródło: Opracowanie własne.

Należy jednak pamiętać, że są to jedynie dane szacunkowe wynikające z dotychczasowego przebiegu badanego zjawiska. Co więcej, także informacje o skali zjawiska dotyczące okresów minionych są również podawane jako dane szacunkowe. Osoby w kryzysie bezdomności to grupa bardzo trudna do ilościowego monitorowania. Na prawdopodobieństwo wystąpienia zmian w tym zakresie wpływ będzie miało bardzo wiele różnych zmiennych. Z ogólnopolskiego badania osób w kryzysie bezdomności przeprowadzonego w 2019 r.[[82]](#footnote-83) wynika np., że do najczęstszych przyczyn bezdomności należą: konflikty rodzinne, uzależnienia, eksmisja, wymeldowanie z mieszkania, rozpad związku, zadłużenie, bezrobocie i zły stan zdrowia oraz niepełnosprawność. Na dalszych pozycjach wśród przyczyn bezdomności wymieniane są również opuszczenie zakładu karnego, przemoc domowa, odejście/śmierć rodzica/opiekuna w dzieciństwie, choroba/zaburzenie psychiczne. Są to przyczyny trudne do skwantyfikowania, o charakterze indywidualnym.

#### Rodziny i dzieci objęte pieczą zastępczą

Podstawą do oszacowania liczby rodzin i dzieci objętych pieczą zastępczą są dane ze sprawozdań WRSiPZ za lata 2019-2022 (tabela 83). Z przedstawionych informacji wynika, że liczba dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej w 2022 r. w porównaniu do 2019 r. wzrosła o 6,5%: z 4993 do 5319 osób. Najwięcej dzieci umieszczanych było w rodzinnych formach pieczy zastępczej (4009 osób w 2019 r. oraz 4297 w 2022 r.), przy czym największy wzrost, o 16,4%, zaobserwowano w przypadku dzieci umieszczanych w rodzinnych domach dziecka. Natomiast liczba dzieci w pieczy instytucjonalnej wzrosła o 3,9% (z 984 osób w 2019 r. do 1022 w 2022 r.).

Tabela 83. Dzieci przebywające w pieczy zastępczej w woj. pomorskim w latach 2019-2022 (ogółem)

| **Lata** | **Ogółem** | **Rodziny zastępcze spokrewnione** | **Rodziny zastępcze niezawodowe** | **Rodziny zastępcze zawodowe** | **Rodzinne domy dziecka** | **Placówki opiekuńczo-wychowawcze** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2019 | 4993 | 1822 | 863 | 554 | 770 | 984 |
| 2020 | 5106 | 1872 | 922 | 559 | 792 | 961 |
| 2021 | 5200 | 1875 | 929 | 596 | 826 | 974 |
| 2022 | 5319 | 1824 | 944 | 633 | 896 | 1022 |
| **2022/2019 (w %)** | **6,5** | **0,1** | **9,4** | **14,3** | **16,4** | **3,9** |
| **Średnioroczne tempo zmian (w %)** | **2,1** | **0,04** | **3,0** | **4,5** | **5,2** | **1,3** |

Źródło: Opracowanie własne.

W tym samym okresie na niezmienionym w zasadzie poziomie pozostała liczba rodzin zastępczych, odnotowano jedynie niewielki wzrost z 2236 rodzin w 2019 r. do 2254 w 2022 r. (tabela 84).

Tabela 84. Rodzinna piecza zastępcza w woj. pomorskim w latach 2019-2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2022/2019 (w %)** | **Średnioroczne tempo zmian**  **(w %)** |
| Rodziny zastępcze spokrewnione | 1 417 | 1 450 | 1 438 | 1 397 | -1,4 | -0,5 |
| Rodziny zastępcze niezawodowe | 624 | 646 | 658 | 663 | 6,3 | 2,0 |
| Rodziny zastępcze zawodowe | 123 | 126 | 141 | 135 | 9,8 | 3,2 |
| Rodziny zastępcze zawodowe pełniące funkcję pogotowia rodzinnego | 35 | 32 | 32 | 27 | -22,9 | -8,3 |
| Rodziny zastępcze zawodowe specjalistyczne | 37 | 35 | 35 | 32 | -13,5 | -4,7 |
| **Razem rodzin zastępcze** | **2 236** | **2 289** | **2 304** | **2 254** | **0,8** | **0,3** |
| Rodzinne domy dziecka | 111 | 109 | 107 | 118 | 6,3 | 2,1 |

Źródło: Opracowanie własne.

W ramach rodzinnych form pieczy zastępczej dominujący rodzaj stanowiły rodziny spokrewnione (1397 w 2022 r., o 1,4% mniej niż w 2019 r.), a na drugim miejscu rodziny zastępcze niezawodowe – 663 w 2022 (o 6,3% więcej niż w 2019 r.). Pozostałe typy to: rodziny zastępcze zawodowe (135 wzrost o 9,8%), rodziny zastępcze zawodowe pełniące funkcję pogotowia rodzinnego (27 spadek o 22,9%), rodzinne zawodowe zastępcze specjalistyczne (32 spadek o 13,5%) oraz rodzinne domy dziecka (118 wzrost o 6,3%).

Utrudnieniem przy szacowaniu liczby rodzin i dzieci w pieczy zastępczej jest nieuwzględnianie dzieci i młodzieży znajdującej się w instytucjach długoterminowej opieki ulokowanych poza systemem pieczy zastępczej w statystykach publicznych. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne GUS (zgodnie z przedstawionymi już danymi wskazujące na zmniejszanie się populacji dzieci i młodzieży) można szacować, że liczba dzieci i młodzieży pozostających w pieczy zastępczej będzie się zmniejszać. Istotnym wyzwaniem w tym zakresie będzie jednak zapewnienie odpowiedniej liczby rodzin dla dzieci i młodzieży przebywającej w placówkach. Szacowanie zmian liczby rodzin i dzieci pozostających w pieczy zastępczej nie zależy jedynie od dynamiki zmian liczebności tych grup w okresach przeszłych (podobnie jak w przypadku osób w kryzysie bezdomności), ale jest również efektem innych czynników trudnych do skwantyfikowania.

Warto również podkreślić, że zgodnie z zapisami dokumentu „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035)” odejście do 2035 r. od konieczności funkcjonowania instytucjonalnej pieczy zastępczej i zapewnienie podaży odpowiedniej do potrzeb, liczby rodzinnych form pieczy zastępczej jest jednym z zakładanych efektów realizacji celu strategicznego 1: Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.

Można w związku z tym przyjąć, biorąc pod uwagę zapisy Strategii oraz ze względu na przewidywane zmniejszanie się populacji dzieci i młodzieży w latach objętych prognozą, populacja dzieci i rodzin objętych instytucjonalną pieczą zastępczą będzie się w kolejnych latach zmniejszać. Przewidywany jest natomiast rozwój rodzinnej pieczy zastępczej. W przywołanej Strategii wskazano również, że do 2035 r. wdrożone zostaną działania zmierzające do tego, aby każde dziecko mogło wychowywać się w rodzinie lub środowisku zbliżonym do rodzinnego. Nastąpi również zmiana funkcjonowania obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci z całodobowej opieki długoterminowej na krótkoterminową oraz usługową w środowisku lokalnym.

## Podsumowanie

Określenie kosztów ekonomicznych (finansowych) zaniechania procesu deinstytucjonalizacji wymaga przyjęcia szeregu różnych założeń, zarówno co do liczby osób, które będą najprawdopodobniej tego rodzaju wsparcia potrzebować, jak również ustalenia kategorii kosztów, które będzie trzeba ponieść oraz ich spodziewanej wysokości. Oczywiście nie wszystkie te informacje są możliwe do jednoznacznego określenia i ustalenia, w szczególności, gdy bierzemy pod uwagę zmiany zachodzące w dłuższym czasie. Koszty zaniechania w literaturze przedmiotu określane są np. jako koszty nierozwiązanych problemów społecznych. Można je określić jako „wydatki, jakie musi ponieść dana społeczność w związku z tym, że dane problemy społeczne nie zostały rozwiązane lub nie zostały odpowiednio wcześnie rozpoznane, co mogłoby obniżyć koszty skutków ich wystąpienia[[83]](#footnote-84). Obejmują one 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. Sam proces szacowania tego rodzaju kosztów jest bardzo złożony i może obejmować następujące etapy [[84]](#footnote-85) (tabela 85).

Tabela 85. Etapy szacowania kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji

| **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. |

**Źródło: Opracowanie własne na podstawie:** Timoszuk, S., & Majdzińska, K. (2016). Wprowadzenie do kalkulacji kosztów zaniechania w pomocy społecznej—na przykładzie trudności w integracji uchodźców. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, (32 (1)), 47-64.

W bardziej uproszczonym podejściu szacowania kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji pod uwagę brane są np. ogólne koszty świadczeń (pieniężnych oraz usług), w tym np. koszty wsparcia asystenckiego, koszty wsparcia pracownika socjalnego, koszty usług opiekuńczych oraz wspominane przez uczestników badań koszty transportu tj. głównie dojazdu pracowników do miejsc przebywania klientów. Osobną, trudną do oszacowania kategorię kosztów stanowią koszty wynikające z mniejszej liczby zrealizowanych świadczeń (np. usług opiekuńczych czy rehabilitacyjnych) ze względu na konieczność docierania do osób objętych wsparciem w ich środowisku lokalnym. Z tą kategorią kosztów związane są również koszty zatrudnienia dodatkowego personelu, który będzie potrzebny do świadczenia tych usług w podobnym zakresie, jak przy obecnie realizowanym wariancie pomocy[[85]](#footnote-86).

Punktem wyjścia do szacowania kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w województwie pomorskim są informacje dotyczące wszystkich analizowanych grup wymagających wsparcia w latach: 2022 i 2033 (tabela 86).

Z prezentowanego zestawienia wynika, że prawie w każdej rozpatrywanej grupie, poza rodzinami i dziećmi umieszczonymi w pieczy zastępczej oraz grupą dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień, obserwowany będzie wzrost populacji osób potrzebujących wsparcia.

Kolejnym etapem szacowania kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji jest określenie dla każdej ze wskazanych grup odsetka osób potrzebujących wsparcia. Jest to punkt wyjścia do oszacowania kosztów tego procesu. W przypadku osób starszych można np. przyjąć, że co najmniej 10% populacji osób w tym wieku stanowi grupę, która potrzebuje wsparcia. Można dodatkowo przyjąć, że odsetek ten będzie wzrastał wraz z wiekiem, np. do 20% w przypadku osób w wieku 80 lat i więcej. Podobny – 10% odsetek osób potrzebujących wsparcia można również przyjąć w przypadku osób z niepełnosprawnościami. W odniesieniu do pozostałych grup, ze względu na sposób szacowania ich liczebności wykorzystujący dane o liczbie osób korzystających dotychczas z tego rodzaju pomocy w województwie pomorskim, przyjęto, że oszacowane liczebności poszczególnych grup osób, można będzie uznać za prawdopodobne, docelowe liczebności grup osób odpowiednio w: kryzysie zdrowia psychicznego, bezdomności oraz objętych pieczą zastępczą potrzebujących wsparcia.

Tabela 86. Kształtowanie się liczebności analizowanych grup potrzebujących wsparcia w 2022 r. i w 2033 r.

| **Wyszczególnienie** | **2022** | **2033** | **Zakładany % wsparcia** | **Populacja potrzebująca wsparcia w 2033 r.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osoby starsze** |  |  |  |  |
| Osoby starsze 65+ | 426265 | 487018 | 10% | 48702 |
| Udział (w %) | 18,1% | 20,5% | - | - |
| Osoby starsze 75+ | 155738 | 257802 | - | - |
| Udział (w %) | 6,6% | 10,9% | - | - |
| Osoby starsze 80+ | 89516 | 143444 | 20% | 28689 |
| Udział (w %) | 3,8% | 6,0% | - | - |
| **Osoby z niepełnosprawnościami** |  |  |  |  |
| Ogółem | 353427 | 439055 | 10% | 43906 |
| **Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego** |  |  |  |  |
| Osoby dorosłe objęte opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień | 102231 | 105124 | 100% | 105124 |
| Dzieci i młodzież objęta opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień | 14744 | 13595 | 100% | 13595 |
| Rzeczywista liczba osób dorosłych potrzebujących wsparcia - 23% populacji osób dorosłych | 435154 | 447466 | - | - |
| Rzeczywista liczba dzieci i młodzieży potrzebujących wsparcia - 10% populacji dzieci i młodzieży | 46633 | 42998 | - | - |
| Luka dorośli | 332923 | 342342 | - | - |
| Luka dzieci i młodzież | 31889 | 29403 | - | - |
| **Osoby w kryzysie bezdomności** |  |  |  |  |
| Liczba rodzin - ogółem | 3301 | 3225 | 100% | 3 225 |
| Liczba osób w rodzinach | 3438 | 3184 | 100% | 3184 |
| **Rodziny i dzieci objęte pieczą zastępczą** |  |  |  |  |
| Dzieci umieszczone w pieczy zastępczej[[86]](#footnote-87) | 5319 | 5319 | 100% | 5319 |
| Rodziny zastępcze | 2254 | 2254 | 100% | 2254 |

Źródło: Opracowanie własne.

Do wyznaczenia szacunkowych kosztów ekonomicznych zaniechania procesu deinstytucjonalizacji potrzebne są także informacje o dotychczasowych kosztach świadczenia usług opiekuńczych (mogą to być w niektórych przypadkach koszty uśrednione). Są to więc głównie koszty wsparcia instytucjonalnego. Można w tym przypadku przyjąć np. utrzymanie kosztów opieki instytucjonalnej na dotychczasowym poziomie. Kluczowy w tym przypadku będzie szacowany dla większości kategorii objętych badaniem wzrost liczby osób wymagających wsparcia, dalej koszty związane z zapewnieniem dla tych osób dodatkowych miejsc i usług w ramach opieki instytucjonalnej, w tym także koszty uruchomienia nowych instytucji oferujących wsparcie dla rosnącej, zgodnie ze wskazanymi trendami, populacji głównie osób starszych. Niekorzystną sytuację osób w tej grupie będzie dodatkowo pogłębiał wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego, tj. wskaźnika opisującego stosunek dzieci (0-14 lat) i osób w starszym wieku (65 lat i więcej) do liczby osób w wieku 15-64 lata oraz spadek poziomu wskaźnika opisującego stosunek liczby opiekunów, czyli osób w wieku 45-59/64 lata do podopiecznych – osób w wieku 75 lat i więcej. Ekonomiczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji będą w związku z tym efektem koniecznych do poniesienia kosztów instytucjonalnych w sytuacji większej niż obecnie liczby osób w poszczególnych grupach wymagających tego wsparcia (średni roczny koszt świadczeń w przeliczeniu na jedną osobę lub jedno gospodarstwo domowe). Należy jednak pamiętać, że grupy te często nie są rozłączne. Dotyczy to w szczególności osób starszych, które mogą także należeć do grupy osób z niepełnosprawnościami itp. Zaniechanie realizacji procesu deinstytucjonalizacji będzie oznaczać konieczność umieszczenia tych osób w systemie opieki instytucjonalnej. Przy obecnym wykorzystaniu dostępnych miejsc w tego rodzaju instytucjach wzrost liczby osób wymagających opieki będzie wiązał się z koniecznością budowy nowych placówek. Będzie to oznaczać konieczność uwzględnienia w kosztach zaniechania realizacji procesu deinstytucjonalizacji także kosztów budowy czy organizacji tego rodzaju miejsc opieki dla grup objętych wsparciem.

Natomiast szacowanie kosztów działań związanych z realizacją procesu deinstytucjonalizacji (jako alternatywy dla opieki instytucjonalnej) wymaga prześledzenia poszczególnych etapów tego procesu, w zasadzie oddzielnie dla każdej instytucji oferującej wsparcie. Nie jest możliwe szacowanie tego rodzaju kosztów zbiorczo, głównie ze względu na różną specyfikę poszczególnych grup instytucji (domy pomocy społecznej, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności, hospicja stacjonarne, dzienne domy pomocy itp.). W zasadzie brak jest również wystarczającego merytorycznego uzasadnienia dla szacowania uśrednionych kosztów tego procesu dla każdego typu instytucji oddzielnie, głównie ze względu na różne uwarunkowania funkcjonowania tych instytucji, dotyczące np. poziomu samodzielności osób przebywających w tych instytucjach, czy liczby i poziomu wykwalifikowania pracowników zatrudnionych w poszczególnych instytucjach (posiadających np. aktualne prawo jazdy) oraz sytuacji np. w zakresie dostępnej infrastruktury.

Dlatego rekomenduje się w pierwszej kolejności opracowanie katalogu kosztów, które należy ponieść w związku z realizacją procesu deinstytucjonalizacji. Są to, wskazywane w trakcie przeprowadzonych badań przez kadrę zarządzająca różnego rodzaju instytucjami, np. koszty transportu, koszty zatrudnienia dodatkowego personelu, koszty wsparcia pracowników (podnoszenie kwalifikacji, w tym kursy, szkolenia, jak również wsparcie psychologiczne, w tym superwizja), koszty usług opiekuńczych, czy nawet koszty opracowania indywidualnej strategii dla każdej z instytucji objętych działaniami związanymi z deinstytucjonalizacją, w tym także koszty opracowania indywidualnych strategii dla osób objętych opieką w ramach tych instytucji.

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie pn. „Ogólnopolskie ramowe wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych” przykładowe działania mające na celu realizację procesu deinstytucjonalizacji mogą być bardzo różnorodne. Mogą one obejmować zarówno działania w zakresie rozwoju usług w środowisku (np. rozwój opieki nieformalnej; wsparcie rodziny i osób pełniących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; rozwój usług opiekuńczych, rozwój ośrodków i infrastruktury wsparcia dla poszczególnych grup wsparcia; zwiększenie dostępności do usług transportowych; rozwój usług prewencyjnych dla osób zagrożonych bezdomnością i usług środowiskowych dla osób w kryzysie bezdomności), jak również działania zmieniające funkcjonowanie poszczególnych instytucji w efekcie podejmowanych działań w zakresie rozwoju usług środowiskowych. Podejmowane decyzje będą istotnie wpływać na szacowanie zarówno kosztów realizacji procesu deinstytucjonalizacji, jak również jego zaniechania.

Dopiero takie kompleksowe oszacowanie kosztów opieki instytucjonalnej, które stanowią podstawę do szacowania kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji i kosztów opieki środowiskowej pozwolą na oszacowanie łącznych kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji. Ze względu na możliwość wystąpienia różnych wariantów tego zaniechania – od pełnego zaniechania procesu deinstytucjonalizacji do różnych wariantów łączenia opieki instytucjonalnej z opieką środowiskową – możliwe jest otrzymanie różnych poziomów kosztów zaniechania tego procesu.

Podsumowaniem analiz przedstawionych tej części raportu są zależności występujące pomiędzy kosztami społecznymi i ekonomicznym oraz uwarunkowaniami decydującymi o możliwości ich wystąpienia. Z przeprowadzonych dotychczas analiz wynika, że głównymi czynnikami ściśle powiązanymi z ewentualnymi kosztami zaniechania procesu deinstytucjonalizacji są:

* zmiany liczby i struktury ludności, w tym w szczególności prognozowany wzrost populacji osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz osób dorosłych w kryzysie zdrowia psychicznego (zmiany liczby i struktury ludności),
* niepewna sytuacja gospodarcza i związana z nią wysoka inflacja (inflacja),
* obawy co do przyszłej niepewnej sytuacji finansowej instytucji uczestniczących w badaniu, wzrost kosztów ich utrzymania (sytuacja finansowa),
* wzrost kosztów funkcjonowania badanych instytucji, głównie ze względu na konieczność uwzględniania w strukturze kosztów wydatków związanych z dotarciem do odbiorców przebywających w środowisku lokalnym (koszty transportu),
* brak wystarczającego zaplecza kadrowego, szczególnie ważne w pierwszych latach realizacji procesu deinstytucjonalizacji (brak kadr),
* konieczność zwiększania zakresu kontroli jakości świadczonych usług w środowisku lokalnym (kontrola jakości usług),
* spadek atrakcyjności zawodów z obszaru pomocy społecznej (spadek atrakcyjności zawodu),
* wykluczenie komunikacyjne istotne w przypadku osób pozostających w środowisku lokalnym małych miejscowościach zlokalizowanych na tzw. terenach peryferyjnych (wykluczenie transportowe),
* koszty związane z koniecznością wznowienia leczenia i rehabilitacji, wydłużania okresu leczenia i rehabilitacji, mniejsze postępy w leczeniu w przypadku osób pozostających w środowisku lokalnym (dłuższe leczenie-wyższe koszty),
* koszty dostosowywania miejsc przebywania osób potrzebujących wsparcia do ich specyficznych potrzeb (np. dostosowania mieszkania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami) (koszty dostosowania miejsca),
* pogłębianie się deficytu tzw. miękkich usług społecznych, które odpowiednio przygotowane i realizowane mogą istotnie wydłużać czas przebywania osób potrzebujących wsparcia w środowisku lokalnym (deficyt miękkich usług społecznych),
* 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 (koszty leczenia depresji).

Wszystkie wskazane czynniki są ze sobą bardzo silnie powiązane. Oznacza to, że wzrost jednego z nich będzie powodował wzrost drugiego. Możliwe jest w związku z tym wystąpienie wielu różnych potencjalnych powiązań pomiędzy nimi. Ma to istotny wpływ na przebieg procesu deinstytucjonalizacji. Negatywny wpływ na możliwość sprawnej realizacji tego procesu będzie miała na pewno wysoka inflacja, która w sposób negatywny oddziałuje np. na sytuację finansową analizowanych jednostek. Inflacja będzie również powodować wzrost np. kosztów transportu czy kosztów leczenia.

# Wnioski i rekomendacje

## Wnioski

Na podstawie analizy danych zastanych, analiz kosztów zaniechania i analizy materiałów zebranych podczas badań terenowych (zarówno ilościowych jak i jakościowych) sformułowano najważniejsze wnioski dotyczące trzech głównych celów badania:

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.

Każdemu z tych celów przypisano pytania badawcze, dotyczące różnych aspektów obszarów, wskazanych przez cele. Formułując wnioski odniesiono się zatem kolejno do pytań badawczych, aby przedstawić konkluzje w sposób jak najbardziej przejrzysty. Większość owych pytań dotyczy bardzo szerokich zagadnień, dlatego bardziej szczegółowe odpowiedzi znaleźć można w poszczególnych obszarach. Poniżej przedstawiono najważniejsze tendencje i kluczowe spostrzeżenia, które stanowiły punkt wyjścia do refleksji na temat barier i szans procesu deinstytucjonalizacji w województwie pomorskim.

**P.1.1 Jakie jest rzeczywiste zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne świadczone w formie środowiskowej/lokalnej oraz instytucjonalnej w regionie – diagnoza potrzeb osób pozostających w zamkniętych zakładach, korzystających z różnych form wsparcia w środowisku oraz osób nie korzystających w ogóle z żadnych form usług społecznych lub zdrowotnych?**

**Osoby pozostające w zamkniętych zakładach lub korzystających z różnych form wsparcia w środowisku.**

Poziom zapotrzebowania na usługi badanych placówek można w pierwszym rzędzie określić, odwołując się do opinii realizatorów wsparcia odnośnie adekwatności oferowanych miejsc oraz aktualnego i prognozowanego zapotrzebowania na usługi. W odniesieniu do liczby miejsc, we wszystkich badanych instytucjach przeważały opinie, że jest ich zbyt mało, można jednak było zauważyć różnicę pomiędzy różnymi typami placówek. Przede wszystkim liczba miejsc częściej była oceniana jako wystarczająca w instytucjach wsparcia dziennego, rzadziej zaś w zakładach zamkniętych. Deficyt miejsc szczególnie podkreślano w schroniskach, gdzie wspomniało o nim 87% badanych, ale wysokie wyniki odpowiedzi pozytywnych można było też zauważyć w DPS i ZOL/ZPO (ok. 70%). Wyjątek od tej reguły stanowiły hospicja, których pracownicy mieli mocno ambiwalentne opinie. W przypadku WTZ, ŚDS i DDP o braku miejsc wspominało jedynie około połowy badanych. Tendencji tej jednak nie potwierdzają odpowiedzi na pytanie o szacowany poziom zainteresowania usługami. Co prawda najwyżej szacowali popyt na swoje usługi pracownicy ZOL/ZPO, z których niemal wszyscy potwierdzili, że zainteresowanie jest duże (zdaniem 73% bardzo duże) i wysoki popyt zgłosili przedstawiciele schronisk (ogółem duże: 95%, bardzo duże 39%), ale na drugim miejscu uplasował się DDP, gdzie odsetek twierdzących odpowiedzi przekroczył 95% (50% bardzo duże). W kolejnych instytucjach o dużym zapotrzebowaniu wspominało ok. 70-80% badanych. Zainteresowanie usługami jest więc wysoko szacowane niezależnie od typu placówki, choć warto dodać, że personel hospicjów mówił przeważnie o większym zapotrzebowaniu na wsparcie stacjonarne.

Różnice pojawiają się ponownie przy pytaniu dotyczącym perspektywy najbliższych trzech lat – dużo większe przekonanie o rosnącym popycie zauważyć można bowiem znów wśród pracowników zakładów zamkniętych. O znacznym spodziewanym wzroście mówią wszyscy pracownicy hospicjów (odnosząc go zarówno do hospicjów stacjonarnych jak i dziennych), ale także 78% pracowników ZOL/ZPO i około 2/3 kadry DPS oraz schronisk. W przypadku placówek dziennych najwięcej wskazań dotyczących znacznego wzrostu zapotrzebowania jest w DDP (również 2/3), w ŚDS ich odsetek spada do 58%, a w WTZ już tylko 46% pracowników jest przekonanych, że zapotrzebowanie na ich usługi znacznie wzrośnie. Analiza tych odpowiedzi pokazuje, że większy deficyt miejsc może wystąpić w zakładach zamkniętych. O ile rozwój usług środowiskowych – w sensie jakości i dostępności, ale także rozpoznawalności – nie stanie się szerzej stosowanym rozwiązaniem alternatywnym (refleksje dotyczące tej kwestii znajdują się w wątkach dotyczących pytań badawczych P.1.2/P.1.5).

Zastanawiając się nad potrzebami osób korzystających ze wsparcia różnego typu placówek trzeba poszerzyć spektrum analizy o kwestię stopnia samodzielności obecnych beneficjentów pomocy oraz zgłaszane przez nich niezrealizowane potrzeby. W pierwszej trójce problemów w zakresie możliwości samodzielnego wykonywania podstawowych życiowych czynności w sześciu zbadanych instytucjach znalazło się przyjmowanie leków (w tym 4 razy na pierwszym miejscu) oraz problemy z samodzielnym wykonywaniem prac domowych. Trzecim wskazywanym elementem było przeważnie w przypadku mieszkańców ośrodków całodobowych mycie i kąpiel całego ciała lub wchodzenie po schodach. U osób korzystających z dziennych ośrodków wsparcia schody pojawiły się w pierwszej trójce tylko w DDP, wskazywanym często problemem było natomiast korzystanie z telefonu (w DDP na czwartym miejscu).

Zapotrzebowanie na usługi może wreszcie określać zakres tzw. niezrealizowanych potrzeb, które wskazywali uczestnicy badania. W pierwszej trójce deficytów, wspomnianych w zakładach całodobowych, najczęściej pojawiały się takie elementy jak: pomoc psychologiczna oraz opieka higieniczna. W pierwszej trójce niezrealizowanych potrzeb osób korzystających z placówek wsparcia dziennego wymieniano opiekę lekarską oraz zajęcia ruchowe lub rehabilitację.

Samoocena beneficjentów oraz potrzeby, które nie zostały zrealizowane przez obecną placówkę wyznaczają priorytety w obszarach koniecznego wsparcia. Chociaż oczywiście ograniczanie się do tych elementów byłoby zbytnim zawężeniem, tym bardziej, że również inne czynności sprawiały badanym trudność lub były wskazywane jako istotna potrzeba. Dlatego kluczowym warunkiem oceny „rzeczywistych potrzeb” wydaje się indywidualna analiza każdego przypadku, wyniki badań są bowiem zawsze pewnym uproszczeniem i mogą jedynie pokazywać przybliżony kierunek działań i analiz.

**Osoby nie korzystające z żadnych form usług społecznych**

Analizując dane dotyczące potrzeb mieszkańców województwa pomorskiego w zakresie wsparcia społecznego i zdrowotnego, można zauważyć, że większość (59%) respondentów nie wyraża potrzeby jakiegokolwiek wsparcia, co wskazuje na ich wysoki poziom samodzielności. Jednakże nawet wśród tej grupy, istnieje potencjalne zapotrzebowanie na usługi, które mogą nie być obecnie rozpoznane lub wykorzystywane. Pierwszym aspektem jest prewencja i edukacja zdrowotna. Chociaż większość mieszkańców jest samodzielna, i tak istotne jest zapewnienie dostępu do informacji i edukacji zdrowotnej. Programy profilaktyczne i edukacyjne mogą pomóc w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia i samodzielności, a także we wczesnym wykrywaniu potencjalnych problemów zdrowotnych, zapobiegając wystąpienia ryzyk związanych ze zdrowiem lub sytuacją życiową.

Następnie, nawet osoby częściowo samodzielne czy potrzebujące wsparcia przy wykonywaniu niektórych czynności życiowych (ale niekoniecznie codziennie), mogą skorzystać z usług środowiskowych, takich jak: poradnictwo, wsparcie psychologiczne, czy programy profilaktyczne lub promujące zdrowy styl życia. Takie usługi mogą być świadczone lokalnie, co ułatwia dostęp i zachęca do korzystania z nich. W przypadku wystąpienia niekorzystnych sytuacji zdrowotnych lub życiowych, ważne jest, aby mieszkańcy mieli świadomość dostępnych usług instytucjonalnych, takich jak szpitale czy ośrodki opieki długoterminowej. Informowanie o dostępności takich usług i sposobie ich uzyskania jest kluczowe.

Szczególnie korzystny dla tej grupy jest rozwój telemedycyny, umożliwiający dostęp do porad medycznych bez konieczności opuszczania domu, co może być atrakcyjne dla osób (częściowo lub w pełni) samodzielnych. Regularne badania i ankiety mogą pomóc w identyfikacji zmieniających się potrzeb tej grupy, w tym w wykrywaniu ukrytych lub rozwijających się potrzeb zdrowotnych i społecznych.

Chociaż więc większość mieszkańców województwa pomorskiego wydaje się być samodzielna i nie wyraża bezpośredniej potrzeby wsparcia, istnieje rzeczywiste zapotrzebowanie na różnorodne usługi, które mogą pomóc w utrzymaniu samodzielności, zapewniając jednocześnie wsparcie w sytuacjach, gdy będzie ono potrzebne. Ważne jest, aby te usługi były łatwo dostępne, elastyczne i dostosowane do indywidualnych potrzeb mieszkańców.

Prawidłowa profilaktyka i zapobieganie wystąpieniu sytuacji, w której niezbędne jest zewnętrzne wsparcie (instytucjonalne lub środowiskowe) pozwoli na skoncentrowanie zasobów na (ok. 5%) mniejszości wymagającej stałej pomocy, a jednocześnie zapewnienie elastycznych usług dla tych (8% populacji), którzy potrzebują sporadycznego wsparcia. Obok promowania samodzielności wśród większości mieszkańców – także tych, którzy obecnie ze wsparcia nie korzystają – powinny to wyznaczać kluczowe kierunki działania. Ponadto, regularne monitorowanie potrzeb mieszkańców i dostosowywanie usług do zmieniających się wymagań demograficznych i społecznych, będzie istotne dla skutecznego reagowania na zmieniające się potrzeby społeczności. Pozwoli to skupić zasoby i bardziej kompleksowe usługi ma obecnie niewielkiej, bo kilkuprocentowej, ale przypuszczalnie powiększającej się w przyszłości, grupie osób wymagających realizacji częściowego lub kompleksowego wsparcia.

Powyższe tezy potwierdza i uzupełnia analiza danych dotyczących (potrzeby) wsparcia dla osób bliskich respondentom. Ponownie, największe znaczenie mają wskazania na usługi związane z opieką zdrowotną (lekarską, pielęgniarską), w tym zarówno fizyczną, jak i psychiczną, ale także, chociaż w mniejszym stopniu, wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i zarządzaniu lekami. To podkreśla potrzebę kompleksowego podejścia do opieki, które obejmuje szeroki zakres usług, poczynając zasadniczo od medycznych, przez szeroko rozumianą rehabilitację i fizjoterapię, po mające nieco mniejsze znaczenie w sensie deklaratywnym, ale nadal istotny udział w hierarchii wskazywanych potrzeb, wsparcie w codziennych czynnościach.

Z kolei na podstawie analizy danych dotyczących preferencji mieszkańców dotyczących formy i miejsca wsparcia, można dokonać podziału na rodzaje usług i określić rzeczywiste zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne w regionie. Preferencje te wskazują na silne zapotrzebowanie na lokalne usługi zdrowotne i wsparcie, które są łatwo dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania.

W przypadku opieki lekarskiej, większość respondentów (w tym zwłaszcza z mniejszych miejscowości) woli, aby odbywała się ona w specjalnie do tego przystosowanych placówkach znajdujących się blisko ich domów. Natomiast mieszkańcy większych miast częściej preferują opiekę lekarską bezpośrednio w miejscu zamieszkania. Podobny trend obserwujemy w przypadku opieki pielęgniarskiej, gdzie szczególnie mieszkańcy wsi i większych miast wskazują na potrzebę opieki w domu. Z drugiej strony, równie często wskazywana jako jeden z priorytetów w hierarchii zapotrzebowania, pomoc psychologiczna jest obszarem, w którym większość respondentów (w różnych rodzajach miejscowości) wyraża preferencję otrzymywania wsparcia w placówkach specjalnych lub instytucjach całodobowych.

Z kolei w zakresie opieki higienicznej, zdecydowana większość respondentów (zwłaszcza ze wsi i większych miast) ponownie preferuje wsparcie świadczone w miejscu zamieszkania. Podobnie jak w przypadku pomocy w załatwianiu spraw osobistych – większość respondentów, zarówno z wsi, jak i z miast powyżej 20 tys. mieszkańców.

Z kolei w przypadku rehabilitacji i fizjoterapii wprawdzie większość respondentów preferuje, aby usługi te były dostępne w pobliżu miejsca zamieszkania, ale najlepiej w specjalnie przystosowanych placówkach. Wskazuje to na zapotrzebowanie na lokalne centra rehabilitacji i fizjoterapii.

Na koniec, w zakresie wsparcia w zarządzaniu lekami oraz dostarczania leków i wsparcia w ich przyjmowaniu, większość respondentów preferuje, aby te usługi były świadczone w pobliżu ich miejsca zamieszkania lub też deklaruje, że nie ma to dla nich znaczenia, co sugeruje potrzebę elastycznych, zindywidualizowanych rozwiązań w tej dziedzinie.

Analiza danych wskazuje na silne zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i wsparcie świadczone lokalnie, szczególnie w zakresie opieki higienicznej, pomocy w załatwianiu spraw osobistych, rehabilitacji i fizjoterapii. Jednocześnie istnieje potrzeba zapewnienia dostępu do specjalistycznych placówek i instytucji całodobowych, zwłaszcza w zakresie pomocy psychologicznej. Preferencje te podkreślają konieczność dostosowania usług do lokalnych warunków i potrzeb mieszkańców różnych rodzajów miejscowości, najlepiej na podstawie zindywidualizowanych planów działań.

**P.1.2 Ile osób w regionie może / powinno / chciałoby korzystać z opieki środowiskowej / lokalnej jako alternatywy dla opieki instytucjonalnej?**

**P. 1.5 Jaka jest sytuacja osób pozostających w zamkniętych zakładach w formie całodobowej, długoterminowo w kontekście możliwości wsparcia tej grupy w środowisku lokalnym (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, ekonomiczna itp.)?**

(odpowiedzi na pytania 1.2 oraz 1.5 przedstawione zostały łącznie, bo te kwestie są ściśle ze sobą związane)

Aby ocenić sytuację mieszkańców zamkniętych zakładów całodobowych w kontekście możliwości wsparcia tej grupy w środowisku lokalnym i zastanowić się, dla ilu osób w regionie opieka środowiskowa mogłaby stanowić alternatywę opieki instytucjonalnej, należy przeanalizować układ odniesienia, w którym funkcjonuje osoba potrzebująca wsparcia. Układ ten złożony jest przede wszystkim z trzech elementów: kondycji zdrowotnej, sytuacji materialnej oraz sytuacji rodzinnej. Czwarty czynnik, mający wpływ na ocenę szans wsparcia danej osoby w środowisku lokalnym, stanowi gotowość zmiany/chęć wyboru opieki środowiskowej.

1. **Kondycja/sprawność/samodzielność**

Aby oszacować, ile z osób objętych różnymi typami wsparcia instytucjonalnego mogłoby korzystać z opieki środowiskowej, należy przede wszystkim przeanalizować odpowiedzi uczestników badań ilościowych na pytanie o stopień samodzielności. W analizowanej próbie znalazły się odpowiedzi osób korzystających z: domów pomocy społecznej (N=847), schronisk (N=56), hospicjów stacjonarnych (N=60) oraz ZOL/ZPO (N=600). Przyjmując, że wyższa średnia ocena może być pośrednim wskaźnikiem większej samodzielności osób (co jest założeniem wymagającym potwierdzenia dodatkowymi danymi), instytucje z wyższymi średnimi ocenami mogłyby być uznane za takie, w których jest więcej osób samodzielnych.

W trakcie badań respondenci odpowiadali najpierw na pytanie: „Czy posiada Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?”. W przypadku placówek całodobowych odpowiedzi przeczące najmniejszy odsetek uzyskały w DPS-ach (17%) najwyższy zaś w schroniskach (37%). Bardziej szczegółowe informacje na ten temat uzyskano prosząc badanych, aby ocenili swój stopień samodzielności względem podstawowych czynności życiowych. Odpowiedzi na to pytanie wydają się lepiej od ogólnej oceny oddawać rzeczywistą kondycję badanych, dlatego na ich bazie stworzono indeks samodzielności, który jest średnią liczbą punktów uzyskanych w odniesieniu do różnych aspektów codziennego funkcjonowania.

Indeks ten najwyższy poziom osiągnął w schronisku (31,30), a najniższy w przypadku ZOL/ZPO (23,43), pośrodku znalazły się hospicja i DPS-y, których beneficjenci mają samoocenę poziomu sprawności na średnim poziomie – odpowiednio 24,87% oraz 24,74%. Jeszcze wyraźniej widoczna jest różnica, jeśli porównamy medianę, która dla schronisk osiągnęła wynik 33, DPS-ów: 26, hospicjów: 25, a ZOL/ZPO: 22,50.

Analizując te wyniki warto też przyjrzeć się częstotliwości oceny „3”, która oznaczała, że badany ocenia się jako w pełni samodzielny – pod względem wskazanych czynności życiowych. Również w tym przypadku schroniska uzyskały wyraźną przewagę w zestawieniu. Jednocześnie schroniska były placówkami o najniższym odchyleniu standardowym, najmniejszej różnicy między maksymalnymi i minimalnymi ocenami oraz najniższym współczynniku zmienności, co pokazuje, że grupa badanych była tam najbardziej homogeniczna i zgodna w ocenach.

Zakładając, że samoocena „3” (która oznacza pełną samodzielność w wykonywaniu danej czynności) pokrywa się z faktycznym poziomem samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych, można przyjąć, że jej odsetek wśród odpowiedzi udzielanych w poszczególnych instytucjach pokazuje, jak duża jest grupa osób, które można próbować objąć alternatywną ofertą wsparcia. W przypadku schronisk grupa ta stanowi blisko dwie trzecie mieszkańców, w przypadku hospicjów 13,33%, a w przypadku ZOL/ZPO oraz DPS odpowiednio 8,83% i 7,32%. Z analizy wynika zatem, że najwyższy indeks samodzielności (ustalony na podstawie deklarowanej sprawności w odniesieniu do wybranych aspektów funkcjonowania) mają mieszkańcy schronisk, w dalszej kolejności osoby przebywające w hospicjach, zaś w przypadku mieszkańców DPS oraz pacjentów ZOL/ZPO możliwości samodzielnego funkcjonowania są bardziej ograniczone.

1. **Sytuacja rodzinna**

Najlepiej wygląda sytuacja rodzinna pacjentów hospicjów, gdzie najwyższy był odsetek osób oceniających swoje relacje z bliskimi bardzo dobrze, a zarazem nikt nie określił ich jako złe. Najsłabsze relacje z rodziną, mają osoby w kryzysie bezdomności, wśród których, co prawda jedynie 3% określiło swoją sytuację jako złą, ale jednocześnie nikt nie ocenił jej jako dobrą. Ocena ta znajduje potwierdzenie w deklarowanych powodach utraty mieszkania, wśród których pierwsze miejsce zajmuje rozpad rodziny. Przyglądając się wynikom badań ilościowych można postawić hipotezę, że jednym z czynników negatywnie wpływających na relacje z bliskimi mogą być problemy z alkoholem. Ich istnieniu zaprzecza zaledwie 1/3 badanych. Istotne znaczenie może tutaj mieć też niski poziom kompetencji społecznych i brak umiejętności budowania oraz podtrzymywania więzi z otoczeniem, który pogłębia się wraz długością trwania kryzysu. Warto bowiem przypomnieć, że 40% badanych doświadcza bezdomności od ponad 10 lat, a więc destrukcyjne oddziaływanie tego kryzysu musiało już zostawić mocny ślad. Sytuacja rodzinna mieszkańców placówek typu DPS jest podobna do sytuacji pacjentów ZOL/ZPO i utrzymuje się w środku rankingu – większość badanych odpowiada wymijająco, albo preferuje opcję „ani tak ani nie”, zaś odsetki ocen pozytywnych jak również negatywnych utrzymują się na poziomie 13-15%. Na korzyść relacji rodzinnych osób przebywających w ZOL/ZPO przemawia jednak fakt, że trzy czwarte z nich otrzymuje od rodziny pomoc (takie same wyniki uzyskano w ZOL/ZPO), podczas gdy w DPS może na wsparcie bliskich liczyć tylko co drugi beneficjent. Wśród osób w kryzysie bezdomności skala pomocy rodziny i znajomych jest najniższa (ok. 1/3), choć i tak wyższa, niż można by się spodziewać w świetle mało optymistycznych wypowiedzi na temat relacji.

1. **Sytuacja materialna**

Osoby w kryzysie bezdomności są również w najgorszym położeniu z perspektywy sytuacji ekonomicznej. na pytanie dotyczące „Czy aktualnie posiada Pan/Pani jakieś źródło dochodu, w tym wsparcie przez rodzinę lub znajomych?” tylko 23% odpowiedziało twierdząco, 57% negatywnie, a 20% odmówiło odpowiedzi. Co prawda z kolejnego pytania wynika, że 43% pobiera renty lub emerytury (w tej liczbie są osoby odmawiające odpowiedzi na poprzednie pytanie), ale tak czy tak większość osób w kryzysie bezdomności nie ma stałego źródła dochodów. W przypadku pozostałych dochody te są prawdopodobnie niewielkie, ale już sam ten fakt można interpretować jako potwierdzenie tej hipotezy. Osoby, które udzieliły odpowiedzi na temat swoich dochodów, wskazały jako źródło utrzymania rentę lub emeryturę, a więc przypuszczalnie (biorąc pod uwagę ich sytuację życiową) raczej skromne środki. Założenie, że większość mieszkańców schronisk nie posiada stałych dochodów, potwierdza z dużym prawdopodobieństwem fakt, że nie są oni sobie w stanie zapewnić lokum. Przy czym wspomniany brak dostępu do lokalu mieszkalnego[[87]](#footnote-88) stanowi kluczową barierę procesu deinstytucjonalizacji w odniesieniu do tej grupy beneficjentów. W odniesieniu do pozostałych placówek można stwierdzić, że ponownie w środku rankingu znalazły się placówki typu ZOL/ZPO oraz DPS. Przy czym tym razem sytuacja wydaje się lepsza w przypadku mieszkańców DPS-ów (wśród których było 13% negatywnych ocen) niż w przypadku pacjentów ZOL/ZPO (ok. 1/4 - negatywne odpowiedzi). Wnioski te jednak mogą wynikać z subiektywnych różnic, bo zastanawiający jest w ich kontekście fakt, że zdecydowana większość pacjentów ZOL/ZPO (86%) sama albo prawie sama pokrywa koszty swojego pobytu w placówce, podczas gdy u beneficjentów DPS takich osób jest połowa, a w 40% przypadków pobyt finansuje gmina. Najkorzystniej przedstawia się sytuacja finansowa pacjentów hospicjów, w grupie tej bowiem ani jedna osoba nie określiła swojego położenia jako złe. Analizując ten aspekt trzeba jednak podkreślić, że we wszystkich grupach badanych duża grupa respondentów wskazywała niedookreśloną opcję „ani dobrze ani źle” (najwięcej w hospicjach – 43%). Można zatem wnioskować, że większość mieszkańców DPS, pacjentów ZOL/ZPO oraz hospicjów nie byłoby stać na opłacenie usług komercyjnych.

1. **Gotowość zmiany/chęć wyboru opieki środowiskowej**

O ile poprzednie czynniki stanowią układ odniesienia sytuacji beneficjentów zakładów całodobowych i mogą być niezależne od ich woli, to ostatni czynnik jest ściśle z nimi związany. Odpowiedzi uczestników badania na pytania dotyczące gotowości do zmiany pokazują jednak, że jest ona przeważnie bardzo niska. Najmniej chętni do powrotu okazali się pacjenci hospicjów, gdzie tylko jeden z 60. respondentów wyraził gotowość przeniesienia się do środowiska lokalnego. Najwięcej zainteresowanych było w placówkach typu ZOL/ZPO, bo tam taką chęć deklarowała połowa badanych, w przypadku mieszkańców DPS odsetek chętnych utrzymał się na poziomie 15%. Zaskakujące okazały się reakcje mieszkańców schronisk, których zapytano, czy skorzystaliby z przedstawionych na liście form mieszkalnictwa, gdyby mieli taką możliwość. Największym zainteresowaniem cieszyły się tu mieszkania socjalne oraz chronione, ale nawet nimi była zainteresowana tylko ¼ badanych, podczas gdy większość wybierała odpowiedzi świadczące o niezdecydowaniu. Przy czym, co ciekawe, podobnym zainteresowaniem cieszył się wśród mieszkańców schronisk dom pomocy społecznej. Wyniki te pokazują, jak destrukcyjny wpływ wywarła bezdomność na osoby znajdujące się w kryzysie. Za pozytywny można w kontekście tego fragmentu analizy uznać jedynie fakt, że w znacznej części przypadków powodem niechęci do zmiany było zadowolenie z obecnej placówki.

**Podsumowanie**

Skonstruowany na potrzeby niniejszych badań indeks samodzielności wydaje się sugerować, że mieszkańcy schronisk stanowią grupę najbardziej predestynowaną do objęcia pozainstytucjonalnym wsparciem. Kluczową barierą w zastosowaniu alternatywnego modelu opieki jest tu jednak brak możliwości powrotu do lokalnego środowiska ze względu na brak mieszkania, a często również zerwane więzi społeczne, niemniej istotne znaczenie mogą mieć niskie kompetencje społeczne. Kluczowym warunkiem przesunięcia tej grupy beneficjentów do obszaru opieki środowiskowej byłoby zatem zapewnienie osobom w kryzysie bezdomności lokum oraz takie podniesienie ich kompetencji społecznych, żeby były w stanie nawiązać lub odbudować relacje.

W pozostałych placówkach całodobowych szansa przesunięcia beneficjentów z obszaru opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej dotyczy relatywnie niewielkich grup. W ich przypadku jednak prawdopodobnie zmiana typu pomocy byłaby łatwiejsza do realizacji, bo osoby te przeważnie posiadają dostęp do lokum, a wiele z nich ma rodziny i znajomych, przy czym rzadko kiedy relacje z nimi są wyraźnie złe.

Biorąc pod uwagę wyżej przeanalizowane elementy (a, b i c), największe szanse na deinstytucjonalizację wydają się widoczne w opiece paliatywnej. Jednak właśnie w tym obszarze najmniejsza była gotowość beneficjentów do zmiany. Może ona wynikać z przekonania, że w warunkach domowych nie otrzymaliby odpowiedniego wsparcia, a być może również z obawy przed nadmiernym obciążeniem rodziny. Kluczowym warunkiem skutecznej deinstytucjonalizacji byłoby więc zapewnienie odpowiednio dostosowanego do potrzeb wsparcia (w przypadku hospicjów – hospicja domowe). Ale także przekonanie beneficjentów pomocy i ich rodzin, że powrót do domu jest możliwy. Należy bowiem mieć świadomość, że istotną przeszkodą w tym obszarze może być też rosnąca tabuizacja śmierci i choroby[[88]](#footnote-89) i wynikająca z nich chęć „wypchnięcia” starego lub niepełnosprawnego członka rodziny do całodobowej placówki. Refleksje te odnoszą się zarówno do obecnych mieszkańców analizowanych placówek, jak i do wszystkich mieszkańców województwa, którzy są ich potencjalnymi klientami.

Większą gotowość zmiany wykazywali pacjenci ZOL/ZPO oraz DPS. Jak już wspomniano, do grupy o najwyższym stopniu samodzielności zakwalifikowało się w ZOL/ZPO 8,83% respondentów, zaś w DPS 7,32% respondentów. Biorąc pod uwagę liczbę osób korzystających ze wsparcia tego typu placówek, można spróbować określić wielkość grup, które mogłyby zostać objęte usługami środowiskowymi. Według danych z 2022 r. w województwie pomorskim mieszkało łącznie w DPS-ach 4387 beneficjentów – 7,32% tej liczby to 321 osób. Według danych NFZ w 2021 r. w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych przebywało 231 osób, zaś z zakładach opiekuńczo-leczniczych 1826 osób, łącznie zatem w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej tego typu znajdowało się 2057 pacjentów – 8,83% tej liczby to 182 osoby. Zastanawiając się nad tym, kto mógłby być wspierany w ramach opieki środowiskowej można ewentualnie rozważyć poszerzenie grupy potencjalnych kandydatów na osoby, które odnośnie żadnej ze wskazanych czynności nie wskazały najniższej oceny (oznaczającej zupełny brak samodzielności). Zarówno w przypadku DPS jak i ZOL/ZPO odsetek takich beneficjentów wynosi 28,8%, a więc grupa ta obejmuje szacunkowo 592 pacjentów ZOL/ZPO oraz 1263 mieszkańców DPS. Tutaj jednak poziom koniecznego wsparcia w ramach usług środowiskowych oraz medycznych musiałby być znacznie większy, podobnie jak gotowość do zaangażowania w pomoc bliskich danej osoby. Niezależnie od przyjętego wariantu - próby objęcia osób korzystających ze wsparcia zakładów zamkniętych opieką środowiskową powinna poprzedzać dokładna indywidualna ocena przypadku, w tym przeprowadzona przez wykwalifikowany personel diagnoza stanu zdrowia oraz poziomu sprawności, a także wielowymiarowa ocena sytuacji materialnej i rodzinnej.

**P.1.3 Jak zapotrzebowanie na usługi społeczne oraz wybrane usługi zdrowotne może zmieniać się w czasie (perspektywa 10 lat), biorąc pod uwagę np. trendy demograficzne?**

**P.1.6 Jakie jest potencjalne zapotrzebowanie na usługi społeczne w zakresie wsparcia osób ze względu na stan zdrowia, niepełnosprawność, wiek lub inne przesłanki wykluczenia społecznego w najbliższej przyszłości? (perspektywa 10 lat)?**

(Odpowiedzi na pytania badawcze 1.3 oraz 1.6 przedstawione zostaną łącznie, bo kwestie te są ze sobą ściśle powiązane.)

**Osoby starsze**

Podstawą do określenia liczby osób potencjalnie potrzebujących wsparcia w perspektywie 10 lat były przede wszystkim prognozy GUS[[89]](#footnote-90), dotyczące struktury mieszkańców województwa pomorskiego. Z analizy zawartych w nich informacji wynika, że do 2033 r. na Pomorzu zwiększy się liczba ludności (o 0,73%), jednocześnie jednak pojawią się niekorzystne zmiany w strukturze demograficznej. W ciągu dekady o 2,43 p. proc., wzrośnie udział osób w wieku 65 lat i więcej, przy czym szczególnie duży wzrost (o ponad 4 p. proc.) nastąpi w grupie osób w wieku 75 lat i więcej. Oznacza to, że w 2033 r. przeciętnie co piąty (20,50%) mieszkaniec województwa pomorskiego będzie w wieku co najmniej 65 lat, jednocześnie 10,85% osiągnie granicę 75 lat, zaś 6% - granicę 80 lat.

Zgodnie z prognozą nastąpi zatem zmiana proporcji pomiędzy poszczególnymi grupami wieku, co ilustruje wskaźnik obciążenia demograficznego, oparty na stosunku liczby dzieci i osób starszych[[90]](#footnote-91) do liczby osób w przedziale wiekowym 15-64 lata. Prognozy GUS pokazują, że w latach 2022-2033 nastąpi wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego z 53,12% do 53,88%. Oznacza to, że w 2033 r. na 100 osób w wieku 15-64 lat przypadną blisko 54 osoby o potencjalnie większej potrzebie opieki (obecnie około 53 osób). Najkorzystniej wygląda sytuacja w powiatach: gdańskim i kwidzyńskim. Szczególnie niekorzystnie zaś sytuacja Słupska oraz Sopotu, gdzie wskaźnik osiąga dużo wyższy poziom niż w pozostałych powiatach (Słupsk: 57,95%., Sopot aż 66,63%), przy czym o ile w przypadku Sopotu prognozy mówią o spadku (do 61,50%), to w Słupsku prognozowany jest dalszy wzrost (do 63,49%).

Z punktu widzenia szacunku zapotrzebowania na wsparcie szczególnie ważny jest jednak przede wszystkim wskaźnik opisujący stosunek liczby potencjalnych opiekunów[[91]](#footnote-92) do liczby potencjalnych podopiecznych. W 2022 r. osiągnął on w województwie pomorskim 3,31, czyli na jednego podopiecznego przypadało przeciętnie ponad 3 opiekunów. Zgodnie z prognozami, w ciągu dekady liczba potencjalnych opiekunów obniży się do średniego poziomu 2,42. Wyraźnie lepsza sytuacja będzie pod tym względem w powiecie gdańskim (4,87 w 2022 r. oraz 3,45 w 2033 r.) oraz kartuskim (odpowiednio: 4,71 oraz 3,45). W szczególnie niekorzystnym położeniu jest natomiast Sopot, gdzie już teraz zauważyć można wyraźny deficyt potencjalnych opiekunów (odpowiednio 1,62 i 1,61). Z danych i prognoz wynika zatem, że już obecnie na Pomorzu brakuje osób, które mogłyby sprawować opiekę nad osobą starszą, a w przyszłości sytuacja ta się pogorszy w skali województwa, choć zauważyć można różnice pomiędzy poszczególnych powiatami.

**Osoby z niepełnosprawnościami**

Osoby z niepełnosprawnościami (prawnie i biologicznie) stanowiły w 2021 r. blisko 15% ludności województwa pomorskiego. Zastanawiając się nad liczebnością tej grupy w perspektywie kolejnych dziesięciu lat należy w pierwszym rzędzie prześledzić zmiany, jakie miały miejsce w poprzedniej dekadzie. Porównanie wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. oraz 2021 r. pokazuje w województwie pomorskim wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami zarówno prawnymi jak i biologicznymi. Liczba osób deklarujących niepełnosprawność wzrosła przez 10 lat z 284,5 tys. do 346,5 tys., czyli o 20%, co oznacza, że populacja ta zwiększała się co roku o średnio 2 p. proc. Ekstrapolując ten trend na kolejne lata można prognozować, że w 2033 r. liczba osób z niepełnosprawnościami wzrośnie o 92,5 tysięcy osób, do poziomu przynajmniej 439,0 tys., prawdopodobnie jednak będzie ona wyższa, gdyż przyspieszy również proces starzenia się społeczeństwa.

Stosując podobną metodę do szacowania liczebności osób z niepełnosprawnościami w powiatach można wnioskować, że najmniejszego poszerzania się tej grupy należy oczekiwać w powiatach nowodworskim, kościerskim oraz Słupsku i Sopocie (w tym ostatnim nawet niewielki spadek), najbardziej zaś zwiększy się liczba osób z niepełnosprawnościami w powiecie wejherowskim (+56,96%). Szacunki te jednak trzeba traktować ostrożnie, gdyż zostały oparte jedynie na ekstrapolacji trendu z poprzedniej dekady, a na ostateczny bilans mogą mieć wpływ również inne – trudne do przewidzenia – czynniki.

**Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego**

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2021 r. opieką psychiatryczną objęto 3,12% dzieci oraz 4,85% dorosłych mieszkańców województwa[[92]](#footnote-93). Zakładając, że poziom ten się utrzyma i odnosząc to do prognozowanych zmian demograficznych, można wnioskować, że w 2033 r. liczba osób dorosłych objętych opieką psychiatryczną oraz leczeniem uzależnień osiągnie poziom ok. 105 tys. i nieco poniżej 14 tys. dzieci. W przypadku zaburzeń psychicznych mamy jednak do czynienia ze szczególnie dużą luką pomiędzy liczbą osób dotkniętych problemami a liczbą osób korzystających ze wsparcia. Z tego względu, szacując liczbę osób wymagających wsparcia, lepiej byłoby się odnieść do wskazywanego w wielu publikacjach założenia, że na zaburzenia psychiczne cierpi w Polsce około 10% dzieci i młodzieży oraz 23% populacji osób dorosłych[[93]](#footnote-94). Przy takim założeniu luka opiekuńcza wyniosłaby przypadku dzieci i młodzieży 31,9 tys., a dorosłych aż 332,9 tys. osób. Przy czym w przypadku osób dorosłych do 2023 r. poza Słupskiem nastąpi jej wzrost, a w przypadku dzieci i młodzieży można się spodziewać wzrostu w dwóch powiatach – sztumskim oraz gdańskim.

**Osoby w kryzysie bezdomności**

Z danych MRiPS wynika, że województwo pomorskie na tle kraju cechuje się relatywnie dużą, wykazywaną w sprawozdaniach, grupą osób w kryzysie bezdomności, a ich liczba waha się od 2682 (w 2013 r.) do 3366 (w 2022 r.)[[94]](#footnote-95). Porównanie danych z lat 2019 i 2022 pokazuje, że największy przyrost liczby osób i rodzin korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności dotyczył powiatów: bytowskiego (wzrost odpowiednio o: 291,30% i 6,02%), człuchowskiego (15,56% i 11,11%), kartuskiego (20,17% i 30,39%), puckiego (32,91% i 35,14%) oraz miast: Gdańska (15,41% i 17,31%) i Sopotu (25,51% i 20,62%).

Do oszacowania prognozowanej liczby rodzin korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności w województwie pomorskim w latach 2023-2033 wykorzystano średnioroczne tempo zmian, obliczone na podstawie danych z lat 2019-2022. Ekstrapolując ten trend można się spodziewać, że do 2033 r. nie nastąpi w województwie pomorskim wzrost liczby rodzin oraz osób korzystających ze wsparcia z powodu bezdomności. Przeciwnie – możliwy jest nawet jej spadek o około 2,30 p. proc. Są jednak możliwe nawet bardzo duże przyrosty w skali powiatów, przy czym największy może mieć miejsce w powiatach: kartuskim (+164,60% rodzin, +318,42% osób), puckim (odpowiednio: 201,64% i 424,60%) oraz w Sopocie (98,85% oraz 175,19%).

**Dzieci i młodzież przebywająca w pieczy zastępczej**

Liczba dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej wzrosła w latach 2019-2022 o 6,53 p. proc. Analizując strukturę owego wzrostu można zauważyć, że nie zmienia się prawie liczba rodzin zastępczych spokrewnionych. Widać jednak, że w przypadku rodzin zastępczych zawodowych i niezawodowych oraz rodzinnych domów dziecka wzrost jest większy niż w obszarze pieczy instytucjonalnej, co jest zgodne z ideą deinstytucjonalizacji. Jeśli ten pozytywny trend się utrzyma (a raczej nic nie wskazuje na to, żeby miał się zmienić), doprowadzi w najbliższej dekadzie do korzystnej zmiany struktury pieczy zastępczej w województwie pomorskim.

Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne GUS (zgodnie z przedstawionymi już danymi) można szacować, że liczba dzieci i młodzieży pozostających w pieczy zastępczej będzie się zmniejszać, jednak rzeczywista skala potrzeb w tym zakresie będzie wynikać również z kondycji rodziny, a to jest materia zależna od wielu czynników i trudna do oszacowania.

**P.1.4 Na jakich grupach odbiorców wsparcia i w jakim zakresie powinno koncentrować się wsparcie w ramach: priorytetu 2.1.5, cel (k) oraz priorytetu 2.1.6, cel (iii) programu FEP 2021-2027?**

Odpowiadając na to pytanie należy podkreślić, że cele i priorytety programu Fundusze Europejskie dla Pomorza (FEP), w tym cel (k), (iii) oraz Priorytet 5. *Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+)*, jak też Priorytet 6. *Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFRR)*, opierają się zasadniczo na działaniach służących włączeniu społecznemu oraz aktywizacji społecznej i zawodowej, odchodząc od projektów i zadań sprowadzających się do biernego wspierania w dostarczaniu podstawowych usług czy samych transferów społecznych. W tym kontekście należy odczytywać fragmenty programu, w tym wskazane w pytaniu badawczym cele i priorytety, poświęcone rozwojowi społecznemu. Ma to zasadnicze znaczenie również ze względu na uzyskane w wyniku prac badawczych dane, z których analizy wynika (tu w uproszczeniu), widoczna różnica we wpływie obowiązków opiekuńczych na zdolność do podjęcia i wykonywania pracy zarobkowej. Analiza materiału badawczego pokazuje, że wpływ ten różni się w zależności od rozmiaru miejscowości zamieszkania. W mniejszych miejscach, takich jak wsie i małe miasta, mniejszy procent osób zgłasza, że obowiązki opiekuńcze (nad bliskimi) uniemożliwiają im pracę, w porównaniu do mieszkańców średnich miast. Do tego dołącza grupa mieszkańców dużych miast, z populacją powyżej 200 tysięcy, w których najwyższy jest odsetek osób pracujących na część etatu z powodu obowiązków opiekuńczych. Może to sugerować, że w tych większych miastach istnieje większa elastyczność w zakresie pracy na część etatu lub lepszy dostęp do etatów częściowych, a także większe możliwości skorzystania z płatnego wsparcia lub systemów wsparcia, które pomagają odciążyć pracujących opiekunów. Tym niemniej nie mogą oni realizować swojego pełnego potencjału zawodowego właśnie z powodu konieczności wsparcia bliskich, co wskazuje te osoby i ich środowisko rodzinne jako istotną grupę docelową wsparcia.

W tym kontekście należy też interpretować katalog pozostałych, docelowych grup odbiorców wsparcia, nakierowanego zasadniczo na włączenie społeczno-gospodarcze, który stanowią osoby ujęte w celu (iii) Programu FEP. Należą do nich:

* osoby z niepełnosprawnościami,
* rodziny, którym udzielono pomocy z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby, zwłaszcza w zakresie formalnej opieki całodobowej i w szczególności w obszarze gospodarstw domowych o niskich dochodach i w grupach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji.

Zgodnie natomiast z celem szczegółowym (k) Programu, wsparciem powinny zostać objęte także:

* osoby potrzebujące go w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunowie,
* seniorzy, osoby z niepełnosprawnościami,
* dzieci i młodzież,
* osoby dotknięte chorobami cywilizacyjnymi

– w zakresie zwiększania równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej.

Zgodnie zatem z zasadniczymi założeniami programu, należy obejmować wsparciem grupy zagrożone lub znajdujące się w trudnej sytuacji, poczynając od osób młodych lub innych grup defaworyzowanych rynkowo, z silnym akcentem położonym na promowanie równości kobiet i mężczyzn, w kontekście włączenia społecznego i niedyskryminacji.

Co do zakresu wsparcia, podejmowane w ramach programu projekty powinny obejmować zasadniczo działania aktywne, służące poprawie dostępu do rynku pracy i aktywizacji zawodowej, do edukacji (każdego szczebla, w tym także kształcenia ustawicznego oraz procesu uczenia się przez całe życie), jak też poprawie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, zdrowotnych oraz mieszkalnictwa.

W pierwszej kolejności zatem, zgodnie z Priorytetem 5. programu, istotne jest skierowanie wsparcia do głównych grup docelowych, w tym obok osób młodych (18-29 lat), a także grup znajdujących się w „najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy”, w tym:

* osoby w wieku 55 lat i starsze,
* osoby długotrwale bezrobotne,
* osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych,
* osoby z niepełnosprawnościami,
* kobiety,
* osoby sprawujące opiekę nad dziećmi, osobami z niepełnosprawnościami czy osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Wskazując docelowe grupy odbiorców wsparcia, w kontekście pytania badawczego, obok innych wymienionych w ramach priorytetu[[95]](#footnote-96), należy wymienić w pierwszym rzędzie:

* osoby dotknięte lub zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ich rodziny, w szczególności osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich opiekunów,
* pracowników systemu pomocy społecznej,
* oraz kadrę realizującą działania w obszarze usług społecznych.

Z kolei w zakresie interwencji w obszarze zdrowia szeroką grupą docelową powinni być mieszkańcy województwa znajdujący się, w szczególności, w niekorzystnej sytuacji lub o utrudnionym dostępie do takich usług. Osoby te powinny zostać objęte pełnym zakresem działań służących zwiększaniu równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług. W tym celu modernizacji powinny ulec systemy ochrony socjalnej oraz nastąpić poprawa ich dostępności (zwłaszcza dla osób z niepełnosprawnościami), jak też wzrosnąć powinna skuteczność systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.

Co należy szczególnie mocno podkreślić, w ramach tego elementu priorytetu, w obszarze usług społecznych i zdrowotnych wspierane powinny być wyłącznie działania przyczyniające się do deinstytucjonalizacji usług w województwie oraz służące zapobieganiu umieszczeniu osób w instytucjach pobytu długoterminowego. W szczególności wspierana powinna być deinstytucjonalizacja usług na rzecz:

* osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym dzieci i młodzieży),
* osób z niepełnosprawnościami,
* seniorów,
* dzieci i młodzieży (w tym objętych wsparciem wynikającym z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej),
* osób w kryzysie bezdomności i dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań,
* społeczności marginalizowanych.

Dopełnieniem poruszonych w Priorytecie 5 programu zakresu wsparcia, stanowią elementy jego Priorytetu 6, które wśród kilku wymienionych *explicite* zasadniczych grup docelowych[[96]](#footnote-97) określają – w kontekście przedmiotowych badań – przede wszystkim grupę osób dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ich rodziny. W szczególności mają to być osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunowie. Oferowane wsparcie powinno obejmować swoim zakresem włączenie społeczno-gospodarcze społeczności marginalizowanych, gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz grup w niekorzystnej sytuacji, w tym osób o szczególnych potrzebach, dzięki zintegrowanym działaniom obejmującym usługi mieszkaniowe i usługi społeczne. W kontekście zawartej w raporcie analizy badawczej warto podkreślić zwłaszcza kwestie usług mieszkaniowych, jako że potencjalni ich beneficjenci, zgodnie z uzyskanymi wynikami, znajdują się w gronie osób statystycznie najbardziej samodzielnych, wobec których można zastosować dalej posunięte inicjatywy realizujące paradygmaty deinstytucjonalizacji.

W priorytecie określono także, co ma zasadnicze znaczenie w kontekście wyników przedmiotowych badań jako szczególne grupy docelowe:

* mieszkańców obszarów o niezadowalającej dostępności do specjalistycznych usług zdrowotnych oraz
* kadrę podmiotów świadczących usługi zdrowotne (o niższym stopniu dostępności do usług).

Jest to istotna uwaga ze względu na podejmowane działania w obszarze deinstytucjonalizacji. Inicjatywy skierowane do tych beneficjentów mają bowiem obejmować swoim zakresem zapewnianie równego dostępu do opieki zdrowotnej i wspieranie odporności systemów opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej oraz wspieranie przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej, zwłaszcza na terenach o mniejszym dostępie do tego rodzaju wsparcia.

**P.2.1 Jaka jest jakość i skuteczność usług świadczonych przez instytucje opieki w formie zamkniętych zakładów (całodobowo, długoterminowo) a jaka w formie środowiskowej?**

Aby w pełni ocenić jakość i skuteczność usług świadczonych przez różnego typu placówki, należałoby mieć dostęp do danych dotyczących sytuacji ich beneficjentów (np. stan zdrowia danej osoby przed przyjęciem do placówki i obecnie). Przy czym nawet wówczas analiza mogłaby być obarczona błędem, gdyby nie udało się wykluczyć oddziaływania innych czynników (np. postępująca choroba, pogorszenie sytuacji rodzinnej). Odpowiadając na powyższe pytanie badawcze w oparciu oceny respondentów musimy mieć świadomość, że są to spojrzenia subiektywne. Tym niemniej uśrednione opinie większej grupy badanych pozwalają na określenie pewnych tendencji, które mają walor informacyjny, choć powinny być traktowane z ostrożnością.

Pierwszym wskaźnikiem jakości usług może być ich ogólna ocena. Ta z reguły była dobra, bo jedynie w przypadku schronisk dla osób w kryzysie bezdomności nie osiągnęła pułapu 90% odpowiedzi pozytywnych (schroniska 73%). Przyglądając się rozkładowi głosów zdecydowanie i raczej zauważyć można, że najbardziej zadowoleni z usługi są pacjenci hospicjów, gdzie wszyscy wskazywali opcję „bardzo dobrze” oraz warsztatów terapii zajęciowej (92% „bardzo dobrze”), pozostałe miejsca w rankingu jakości z punktu widzenia ogólnych ocen mają: ŚDS, DDP, DPS, ZOL/ZPO i wspomniane już schroniska.

Dużo bardziej złożony obraz otrzymamy porównując zgodność opinii beneficjentów ze stwierdzeniami dotyczącymi ich placówek. Analizując ten aspekt trzeba oddzielnie spojrzeć na zakłady całodobowe, a osobno na placówki wsparcia dziennego. W przypadku instytucji całodobowych specyficznym problemem była tęsknota za dawnym otoczeniem oraz poczucie braku prywatności. Najbardziej samotni czuli się mieszkańcy DPS-ów (76%), średni poziom tęsknoty odnotowano w hospicjach i ZOL/ZPO (ok. 50%), najniższy zaś w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności (przewaga odpowiedzi „ani tak ani nie”). Analogicznie na brak prywatności uskarżało się najwięcej mieszkańców DPS (44%), w przypadku ZOL/ZPO oraz schronisk dominowały odpowiedzi wymijające, zaś w hospicjach aż 88% nie zauważyło takiego problemu. W pozostałych kwestiach zestawienie zgodności opinii badanych pokazuje powtarzający się układ placówek – najwyżej jakość usług oceniają pacjenci hospicjów, dalej w rankingu znajdują się DPS-y, następnie ZOL/ZPO, na końcu zaś schroniska, w których był najniższy odsetek odpowiedzi pozytywnych.

Zestawienie reakcji badanych na przedstawiane im stwierdzenia pozwala także na porównanie różnych elementów oceny badanych instytucji. Większość mieszkańców instytucji całodobowych czuła się w swojej placówce swobodnie (od 60% w schroniskach do 100% w hospicjach) i bezpiecznie (od 66% w ZOL/ZPO do 80% w hospicjach). Przy czym warto zauważyć, że swoboda i poczucie bezpieczeństwa były jedynymi stwierdzeniami, z jakimi zgodziła się też większość mieszkańców schronisk, którzy odnośnie większości kwestii nie określili jasno swoich poglądów. W przypadku DPS, ZOL/ZPO większość beneficjentów deklarowała również zaspokojenie najważniejszych potrzeb (od 73% w ZOL do 93% w hospicjach) oraz zadowolenie z kontaktów z innymi (od 60% w ZOL do 80% w hospicjach). Jednocześnie w DPS-ach i hospicjach beneficjenci nie czuli się przeważnie zaniedbani, a w ZOL/ZPO większość badanych nie miała w tej kwestii klarownego zdania.

Analizując różnice w odpowiedziach respondentów podkreślić, że osoby przebywające w badanych placówkach, w tym mieszkańcy DPS, generalnie wyrażają zadowolenie z jakości swojego życia. Jest to istotne stwierdzenie, ponieważ jakość życia w tych placówkach często podlega debatom i dyskusjom. Kwestia ta staje się tym bardziej ważna, że zaobserwowano wzrost pozytywnych odpowiedzi (wśród mieszkańców DPS) w miarę wydłużania się czasu ich pobytu. Ten trend może być interpretowany na kilka sposobów. Po pierwsze: wydaje się świadczyć o tym, że jakość wsparcia i usług oferowanych w DPS jest wysoka i ma pozytywny wpływ na samopoczucie ich mieszkańców (to może obejmować zarówno opiekę medyczną, jak i wsparcie psychologiczne, a także różnorodne aktywności i możliwości społeczne, które pomagają mieszkańcom czuć się wartościowymi i zintegrowanymi). Po drugie: rosnące z czasem zadowolenie może odzwierciedlać proces adaptacji do nowego środowiska życia. Przenosiny do DPS często wiążą się ze znaczącymi zmianami w życiu osobistym, takimi jak oddzielenie od rodziny czy utrata niezależności. Wydaje się zatem prawdopodobne, że z czasem mieszkańcy zaczynają się lepiej adaptować do tych zmian, znajdując nowe źródła satysfakcji w coraz lepiej znanym otoczeniu. Może to również świadczyć o skuteczności programów integracyjnych i adaptacyjnych oferowanych przez DPS w Pomorskiem, które pomagają nowym mieszkańcom w aklimatyzacji.

W przypadku placówek dziennych, ze względu na ich specyfikę, katalogi stwierdzeń były nieco inne, trudniej więc porównywać odpowiedzi badanych do innych instytucji. Zauważyć można jednak wysoką zgodność z twierdzeniami dotyczącymi poczucia swobody oraz bezpieczeństwa, kontaktów z innymi uczestnikami oraz jakości prowadzonych zajęć (przeszło 70% pozytywnych wskazań odnośnie tych kwestii). Jednocześnie gorsze i bardziej podzielone są poglądy badanych odnośnie twierdzenia „jestem zaniedbywany”, z którym nie zgadza się 60% beneficjentów z DDP i 48% uczestników ŚDS oraz stwierdzenia „mam poczucie braku samodzielności” (nie zgadza się odpowiednio 41% i 30%). Z opinii odnośnie stwierdzeń dotyczących oferowanych w placówkach zajęć (głównie WTZ), wynika, że zdecydowana większość uczestników ocenia je jako interesujące, dostosowane do potrzeb i różnorodne, a jednocześnie jest przekonana, że pozytywnie wpływają na ich kompetencje.

Kolejnym wskaźnikiem jakości oferowanych usług mogą być oceny różnych aspektów funkcjonowania placówek, mające wpływ na jakość życia. We wszystkich badanych placówkach jednym z wyżej ocenianych aspektów był „kontakt z personelem” (wyjątek od tej reguły stanowią hospicja), co pokazuje, jak istotnym elementem systemu wsparcia są kadry. Przy czym w przypadku mieszkańców możliwość relacji z innymi osobami wydaje się szczególnie istotna, bo wśród najczęściej wskazywanych elementów znalazły się: możliwość kontaktu z rodziną, kontakt z personelem oraz możliwość kontaktu z ludźmi. Osoby korzystające ze wsparcia DPS i ZOL najwyższe oceny przyznały też takim aspektom jak dostęp do mediów, możliwość spędzenia czasu wolnego (w przypadku DPS także dostęp do obrzędów religijnych), zaś u pacjentów ZOL/ZPO wysokie oceny uzyskały również komfort i opieka medyczna. Trzeba jednak przyznać, że poza schroniskami w badanych placówkach w przypadku większości aspektów wyraźnie dominowały najwyższe oceny. Najsłabsze noty otrzymywały z reguły aktywność społeczna oraz wyżywienie.

Istotnym elementem badania była też ocena zakresu wsparcia oferowanego przez poszczególne placówki. Przede wszystkim należy wspomnieć, że opinie beneficjentów zgadzały się z reguły z opiniami realizatorów wsparcia, większe rozbieżności dotyczyły tylko kwestii działań aktywizacyjnych prowadzonych w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności. Zakres wsparcia najlepiej oceniony przez pracowników hospicjów, gdzie w czterech wskazanych w kwestionariuszu usług społecznych (opieka codzienna, pielęgniarska lekarska, zarządzanie lekami) wszyscy badani pracownicy stwierdzili, że są one w hospicjum realizowane w pełnym wymiarze. Należy jednak dodać, że również w pozostałych placówkach wszystkie albo prawie wszystkie wskazane usługi oceniane były przeważnie jako dostępne w pełnym wymiarze.

Szukając ewentualnych obszarów do korekty można wskazać w przypadku: DPS fizjoterapię i pomoc psychologiczną, a w schroniskach usługi medyczne. Zastanawiając się nad możliwością poszerzenia dostępu do usług środowiskowych warto zauważyć, że w dziennych domach pomocy odsetek negatywnych odpowiedzi był zauważalnie wyższy (choć nadal na poziomie kilkunastu procent) w odniesieniu do opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i dysponowania lekami. Odpowiedzi realizatorów wsparcia pokazują zatem, że jeśli dzienne domy pomocy miały by wspierać niektórych obecnych mieszkańców DPS, konieczne byłoby poszerzenie usług w obszarze medycznym. Oceniając jakość świadczonych usług możemy też przyjrzeć się wsparciu oferowanemu przez badane placówki oraz elementom, które były przez ich mieszkańców najrzadziej wskazywane. W przypadku hospicjów, placówek typu ZOL/ZPO i DPS kluczowy element oferty stanowi zdaniem badanych codzienna opieka i opieka pielęgniarska, w przypadku hospicjów i ZOL/ZPO również opieka higieniczna, a w ZOL/ZPO także opieka lekarska. W ośrodkach dziennych beneficjenci najbardziej podkreślali wsparcie w zakresie różnego typu zajęć, przy czym w DDP widać akcent na zajęcia ruchowe, a w ŚDS na treningi różnego typu umiejętności społecznych. Oceniając tę ofertę można się zastanawiać, gdzie mogłaby być ona poszerzona, wątek ten został już jednak omówiony w odpowiedzi na pytanie badawcze 1.1.

Kończąc refleksję na temat zakresu i jakości usług społecznych oferowanych w województwie pomorskim warto odnieść się do oceny wpływu tych usług na jakości życia (indeks wzrostu jakości życia– IWJŻ) oraz stan psychiczny (indeks poprawy stanu psychicznego – IPSP) ich beneficjentów, wydają się one bowiem dobrymi wskaźnikami jakości wsparcia. Obydwa wskaźniki najwyższe noty uzyskały w hospicjach, DDP, WTZ, ŚDS, gdzie przeszło 90% badanych (w hospicjach wszyscy, WTZ prawie wszyscy) udzieliło pozytywnych odpowiedzi, przy czym duża była też grupa osób mówiących o bardzo korzystnym wpływie (np. hospicja 78%). Gorzej wyglądały wyniki DPS (IWJŻ – 82, IPSP- 81), wyraźnie gorzej wyniki ZOL/ZPO oraz schronisk, gdzie IWJŻ osiągnął już tylko poziom 69, a IPSP był jeszcze niższy (odpowiednio: 61 oraz 60). Patrząc na wszystkie analizowane w odpowiedzi na niniejsze pytanie badawcze oceny, należy jednak mieć świadomość, że bardziej mogą wynikać z różnic w zakresie postaw i kondycji psychicznej badanych niż rzeczywistych różnic w poziomie i jakości oferowanych usług.

**P.2.2 Jakie są uwarunkowania (społeczne, terytorialne, inne?) dla jakości usług świadczonych w formie zamkniętych zakładów oraz w formie środowiskowej?**

Analiza danych dotyczących poziomu zapotrzebowania na poszczególne usługi, jak też postrzegania i oceny deinstytucjonalizacji, można zidentyfikować różne uwarunkowania dla jakości usług świadczonych zarówno w formie zamkniętych zakładów, jak i w formie środowiskowej.

Z punktu widzenia realizatorów wsparcia – instytucji i ich pracowników – w przypadku zamkniętych zakładów, takich jak domy pomocy społecznej, hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, kluczowym czynnikiem jest ich specyfika. Są one przede wszystkim przeznaczone dla osób z przewlekłymi chorobami i znacznym stopniem niepełnosprawności, które wymagają stałej opieki medycznej. W tym kontekście, jakość usług zależy od zdolności zakładów do zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej i wsparcia. Jednakże istnieją wyzwania, takie jak brak personelu i ograniczenia budżetowe, które mogą wpływać na jakość świadczonych usług.

Z kolei jakość usług realizowanych w formie środowiskowej zależy od różnych czynników, w tym od poziomu wykształcenia i przygotowania pracowników, dostępności odpowiednich środków i wsparcia dla rodzin oraz od integracji z lokalną społecznością. Wykazany w badaniach wysoki poziom niepewności co do gotowości pracy w środowisku wskazuje na potrzebę edukacji i informacji na ten temat. Ponadto, istnieje potrzeba lepszej współpracy między różnymi instytucjami wsparcia oraz zwiększenia kontroli nad procesem przydzielania osób do ośrodków.

W kontekście deinstytucjonalizacji, jakość usług w obu formach zależy również od poziomu świadomości i edukacji na temat tego procesu oraz gotowości (w sensie formalnym i deklaratywnym) do podjęcia związanych z nim wyzwań. Wielu przedstawicieli instytucji wyraża niepewność co do skutków deinstytucjonalizacji, co może wpływać na jakość usług. W przypadku zamkniętych zakładów, istnieje obawa o redukcję personelu i zwiększenie obowiązków, co może wpływać na jakość opieki. W formie środowiskowej, wyzwania obejmują niedobór opiekunów w społecznościach lokalnych i potrzebę większego wsparcia dla osób w bezdomności. Ogólnie rzecz biorąc, jakość usług w obu formach zależy od wielu czynników, w tym od poziomu przygotowania i edukacji pracowników, dostępności zasobów, wsparcia dla rodzin i integracji z lokalną społecznością. Istnieje również fundamentalna potrzeba dalszego dialogu i wyjaśnień w zakresie deinstytucjonalizacji, aby lepiej zrozumieć i ocenić ten proces.

Z kolei z punktu widzenia mieszkańców województwa, wobec których realizowane są usługi wsparcia, w przypadku usług świadczonych w zamkniętych zakładach, kluczowym czynnikiem okazuje się być ich status materialny. Osoby o lepszej sytuacji materialnej częściej decydują się na usługi prywatne, które zazwyczaj oferowane są w zamkniętych zakładach. Dla tej grupy ważne są aspekty takie jak szybkość dostępu, mniejsze formalności i postrzegana lepsza jakość usług. Z drugiej strony, osoby o niższym statusie materialnym, które preferują usługi publiczne, kierują się głównie kosztami i dostępnością. W publicznych zakładach zamkniętych, koszty są zazwyczaj niższe, ale ich dostępność jest ograniczona. Dodatkowo, wyższe zaufanie do sektora publicznego może wpływać na percepcję jakości usług świadczonych w tych placówkach.

Jeśli chodzi o usługi w formie środowiskowej, mieszkańcy Pomorza wykazują generalnie pozytywne nastawienie do rozbudowy tego typu usług i deinstytucjonalizacji. Preferują oni codzienną pomoc świadczoną w miejscu zamieszkania, co wskazuje na zapotrzebowanie na wysokiej jakości usługi środowiskowe. Warto zauważyć, że subregionalne różnice – dostrzegalne na poziomie powiatów – w dostępie do usług wsparcia mogą wpływać na jakość i dostępność tych usług. W niektórych powiatach odnotowano wyższe oczekiwania wsparcia, co może wskazywać na konieczność dostosowania oferty do lokalnych potrzeb. Ponadto, w kontekście zmian demograficznych i potrzeb starszych grup wiekowych, jakość usług środowiskowych powinna być dostosowana do ich specyfiki. Młodsze pokolenie, które częściej angażuje się w opiekę środowiskową, może wymagać elastyczności i dostosowania usług do swojego trybu życia.

Podsumowując, jakość usług w zamkniętych zakładach zależy od wielu czynników, w tym od statusu materialnego, dostępności, kosztów i zaufania do sektora publicznego. Natomiast jakość usług środowiskowych jest uwarunkowana przez potrzeby określane na szczeblu powiatów a nawet gmin, jak też przez preferencje mieszkańców, zróżnicowanie demograficzne oraz zdolność do łączenia różnych obowiązków życiowych. Dla lokalnych władz i organizacji społecznych istotne jest uwzględnianie tych czynników przy planowaniu i dostosowywaniu usług, aby sprostać różnorodnym i zmieniającym się potrzebom mieszkańców województwa pomorskiego.

Uwarunkowania jakości usług świadczonych w formie zamkniętych zakładów oraz w formie środowiskowej mogą być różnorodne i zależą od wielu czynników, w tym społecznych, terytorialnych, ekonomicznych, politycznych i kulturowych.

W zakresie uwarunkowań społecznych należy wymienić: potrzeby i oczekiwania społeczności, poziom świadomości społecznej, poziom integracji społecznej. Jakość usług może być dostosowana do specyficznych potrzeb i oczekiwań danej społeczności, w tym do faktycznego zapotrzebowania na usługi/wsparcie. Towarzyszy temu poziom świadomości na temat znaczenia i korzyści płynących z usług. I wreszcie ostatnia, ale nie mniej ważna kwestia – w przypadku usług środowiskowych, kluczowa jest integracja z lokalną społecznością.

W zakresie uwarunkowań terytorialnych istotne znaczenie dla jakości usług mają ich dostępność i lokalizacja oraz stan istniejącej infrastruktury. Istotne są przy tym uwagi dotyczące zróżnicowanego dostępu do usług w różnych regionach, zwłaszcza w obszarach wiejskich lub odległych, które negatywnie wpływają na ich dostępność. Jest to powiązane z infrastrukturą, w tym niezależną od samego systemu wsparcia jakością i zagęszczeniem infrastruktury transportowej i komunikacyjnej, ale przede wszystkim infrastruktury służącej realizacji zadań.

Podobne znaczenie mają kwestie związane z personelem, w tym dostępnością do wysoko wykwalifikowanych kadr, które bez względu na rodzaj świadczonych usług jest kluczowy dla zapewnienia wysokiej ich jakości, jak też warunki pracy oraz ich motywacja, które mogą przyczyniać się do lepszej jakości usług.

W zakresie uwarunkowań ekonomicznych istotne są finansowanie oraz efektywność kosztowa realizowanych usług. Poziom finansowania ma bezpośredni wpływ na ich jakość, niedofinansowanie może prowadzić do obniżenia standardów. Obok zaś wysokości nakładów finansowych, niebagatelne znaczenie ma sposób zarządzania kosztami oraz efektywność wydatków, co jednak w realizowanym projekcie nie stanowiło elementu badawczego.

Należy również wymienić uwarunkowania polityczne i prawne, które wprawdzie nie były analizowane w ramach prac badawczych, jednak warto zaznaczyć, że niezależnie od poczynań na szczeblu regionalnym, przepisy prawne i polityka rządowa mogą wpływać na standardy i dostępność usług, podobnie jak skuteczne zarządzanie i nadzór, które są kluczowe dla utrzymania wysokiej jakości usług.

Równie istotne, chociaż także wykraczające poza zakres analiz badawczych, dla jakości usług stają się uwarunkowania kulturowe. Pomimo tego, że nie stanowiły one przedmiotu analizy, to jednak częściowo jest o nich mowa we fragmentach raportu dotyczących kwestii związanych ze sprawowaniem opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia przez członków ich rodziny. Przeanalizowano tam m.in. kwestie uwarunkowań kulturowych pod względem płci i wieku opiekunów, którzy, przypuszczalnie, kierowani w znacznej mierze właśnie normami kulturowymi, stawali się aktywnymi uczestnikami (zdeinstytucjonalizowanego) systemu wsparcia.

Różnice w tych uwarunkowaniach między usługami świadczonymi w formie zamkniętych zakładów a formą środowiskową mogą być znaczące. Na przykład, usługi środowiskowe mogą wymagać większej integracji z lokalną społecznością i lepszej infrastruktury transportowej, podczas gdy usługi w zamkniętych zakładach mogą koncentrować się bardziej na wewnętrznych standardach opieki i zarządzania.

**P.2.3 W jaki sposób zapewnić funkcjonalność instytucji opieki w formie zamkniętych zakładów w procesie ich dostosowywania, stopniowej zmiany funkcji lub ewentualnej likwidacji zgodnie z planowaną do wdrożenia koncepcją deinstytucjonalizacji?**

W celu zapewnienia funkcjonalności instytucji opieki w formie zamkniętych zakładów w trakcie ich dostosowywania, stopniowej zmiany funkcji lub ewentualnej likwidacji zgodnie z planowaną koncepcją deinstytucjonalizacji, należy podjąć szereg zintegrowanych działań. Proces dostosowywania instytucji powinien być przeprowadzony stopniowo, z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców i personelu, co wymaga starannego planowania i wdrażania zmian. Kluczowe jest zapewnienie odpowiedniego szkolenia i edukacji dla personelu, tak aby pracownicy instytucji wsparcia byli przygotowani do pracy w zmieniającym się środowisku i nowych modelach opieki, które są bardziej zorientowane na indywidualne potrzeby mieszkańców.

Równie ważne jest zwiększenie wsparcia lokalnego i rozwijanie usług opieki środowiskowej, aby umożliwić mieszkańcom zamkniętych zakładów integrację ze społecznością. Kluczowe jest tworzenie indywidualnych planów opieki dla każdej osoby, która potencjalnie mogłaby opuszczać (na stałe lub czasowo) zamknięte/zinstytucjonalizowane zakłady, aby uwzględnić jej indywidualne potrzeby i preferencje. Ważna jest przy tym współpraca z rodzinami i opiekunami osób przebywających w zamkniętych zakładach, aby zapewnić ciągłość opieki i wsparcia poza instytucją.

Niezbędne w procesie są jego regularny monitoring i ocena dostosowywania, tak aby zapewnić, że zmiany są skuteczne i spełniają oczekiwania oraz potrzeby wszystkich zainteresowanych stron. Otwarta komunikacja i transparentność w procesie zmian są kluczowe dla budowania zaufania i zrozumienia wśród mieszkańców, personelu i całej społeczności. Niezbędne jest przy tym zapewnienie odpowiedniego finansowania dla procesu transformacji, aby pokryć koszty szkoleń, reorganizacji oraz rozwoju nowych form opieki.

Dodatkowym elementem całego procesu jest wsparcie psychologiczne, świadczone zarówno dla samych mieszkańców, jak i personelu zmieniających się instytucji, aby pomóc im dostosować się do zmian i nowych warunków życia i pracy. Warto również opracować plany awaryjne na wypadek nieprzewidzianych wyzwań, które mogą pojawić się w trakcie procesu transformacji. Realizacja tych działań wymaga zintegrowanego podejścia i współpracy między różnymi instytucjami i sektorami, aby zapewnić skuteczne i humanitarne przejście od modelu instytucjonalnego do bardziej zdecentralizowanego i zorientowanego na osobę.

Proces deinstytucjonalizacji, czyli przenoszenia opieki z zamkniętych zakładów do form bardziej zintegrowanych ze społecznością, wymaga starannie zaplanowanego i stopniowego podejścia. Kolejnymi etapami tego procesu, służącemu prawidłowemu i niezakłóconemu przejściu a jednocześnie zapewnieniu funkcjonalności instytucji opieki powinny być:

* **planowanie i konsultacje:** proces przejścia należy rozpocząć od opracowania szczegółowego planu, który uwzględnia wszystkie aspekty przejścia – od logistyki po wsparcie personelu i mieszkańców. Należy przeprowadzić konsultacje z zainteresowanymi stronami, w tym z pracownikami, mieszkańcami, ich rodzinami oraz lokalnymi organizacjami społecznymi. Ze względu na unikalność każdej instytucji i społeczności lokalnej, plan deinstytucjonalizacji powinien być dostosowany do lokalnych warunków i potrzeb;
* **stopniowe wdrażanie:** proces deinstytucjonalizacji powinien być wdrażany etapami, tak, aby uniknąć nagłych zmian i zapewnić płynne przejście dla mieszkańców i personelu. Należy rozważyć wprowadzenie pilotażowych programów środowiskowych, aby ocenić ich skuteczność i wprowadzić niezbędne modyfikacje przed pełnym wdrożeniem;
* **szkolenie i wsparcie personelu:** należy zapewnić szkolenia dla personelu, aby przygotować kadry do pracy w nowym modelu opieki. Na równi z przygotowaniem do wykonywania konkretnych czynności, potrzebne jest tu wsparcie psychologiczne i doradztwo, aby pomóc pracownikom dostosować się do zmian;
* **zapewnienie alternatywnych form opieki:** należy rozwijać i promować alternatywne formy opieki, takie jak opieka środowiskowa, mieszkania wspomagane, czy grupy wsparcia. W tym celu zapewnione powinny być odpowiednie zasoby i wsparcie dla tych alternatywnych form opieki;
* **komunikacja i współpraca:** należy prowadzić otwartą i transparentną komunikację z wszystkimi zainteresowanymi stronami. Istotna jest koordynacja i współpraca z lokalnymi władzami, organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami, aby zapewnić ciągłość opieki i wsparcia;
* indywidualne podejście: należy skupić się na indywidualnych potrzebach i preferencjach mieszkańców. Każda osoba powinna mieć indywidualny plan przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do środowiskowego, który powinien rozpoczynać się od indywidualnej diagnozy możliwości i ewentualnych barier przejścia. Należy zapewnić wsparcie w procesie adaptacji do nowego środowiska i stylu życia;
* **monitorowanie i ocena:** niezbędne jest regularne monitorowanie i ocena procesu, tak, aby identyfikować i rozwiązywać problemy na bieżąco. Należy pozyskiwać informacje zwrotne od mieszkańców i kadr, aby ciągle poprawiać jakość świadczonych usług;
* **zabezpieczenie finansowe:** proces transformacji powinien mieć zapewnione odpowiednie finansowanie, w tym finansowanie dla nowych form opieki. Należy poszukiwać możliwości finansowania z różnych źródeł, w tym z funduszy publicznych, w tym unijnych, jak też z funduszy prywatnych i trzeciego sektora.

W sensie systemowym, alternatywnym rozwiązaniem dla stopniowej deinstytucjonalizacji istniejących struktur wsparcia mogłoby stać się stworzenie nowego, zdeinstytucjonalizowanego podsystemu, który obejmowałby swoim działaniem nowych klientów, dopiero pojawiających się na jego wejściu. W skrócie, w starannie zaplanowanym i długofalowym procesie wraz z wchodzeniem do nowego systemu nowych klientów, wygaszana byłaby część lub pewien zakres usług świadczonych w dotychczasowej formie, wraz z wychodzeniem z niej dotychczasowych klientów. Bez względu jednak na wybrane kierunki, zakres i tempo działań, ważne jest, aby cały proces był prowadzony z szacunkiem dla godności i praw osób korzystających z opieki, a także z uwzględnieniem najlepszych praktyk w dziedzinie pomocy społecznej i zdrowotnej.

**P.2.4 Jaka jest opinia personelu pracującego w instytucjach opieki w formie zamkniętych zakładów na temat procesu deinstytucjonalizacji (szanse, zagrożenia w zakresie zmiany systemu pracy)?**

Oceniając uwarunkowania i szanse rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz wybranych usług zdrowotnych w województwie pomorskim, trudno pominąć stosunek pracowników funkcjonujących w tym obszarze do nowych idei. Kluczowe w tym aspekcie wydają się trzy obszary: percepcja idei deinstytucjonalizacji i wiedza na temat tego procesu, gotowość do podjęcia pracy o charakterze środowiskowym, a także opinie pracowników róznych placówek na temat centrów usług społecznych, których zadaniem jest budowanie wsparcia na poziomie lokalnym.

Idea deinstytucjonalizacji jest różnie odbierana przez pracowników instytucji oferujących wsparcie. Większość z nich rozumie wartość pozostawania osób potrzebujących wsparcia w ich środowisku lokalnym, o ile jest to możliwe ze względu na indywidualne sytuacje tych osób i popiera stosowanie instrumentów mających wyeliminować/oddalić konieczność umieszczenia podopiecznego w całodobowej placówce.

Jednocześnie jednak podkreślana jest (szczególnie w przypadku kadry takich instytucji jak DPS, hospicja, ZOL/ZPO, czy schroniska dla osób w kryzysie bezdomności) kluczowa rola funkcjonujących podmiotów pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Zdaniem badanych obecne placówki są niezbędne ze względu na specjalistyczną opiekę i wsparcie, które mogą być trudne do zapewnienia w lokalnych społecznościach.

Argumenty za utrzymaniem obecnych form wsparcia obejmują dostęp do odpowiedniej opieki medycznej, możliwość aktywizacji oraz integracji społecznej i terapii poprzez kontakt z osobami o podobnych doświadczeniach, jak też obawy związane z kosztami i jakością wsparcia oferowanego w domach osób potrzebujących opieki. Taka forma działania wymaga bowiem nie tylko zaangażowania pracowników usług społecznych i zdrowotnych, ale także adaptacji domu do określonych standardów, które zapewnią osobie opiekowanej najwyższy poziom opieki i wsparcia.

Daje się zauważyć, że pracownicy systemu wsparcia nie mają wystarczających informacji dotyczących szczegółów procesu, co prowadzi do niepewności i braku zaufania do planów deinstytucjonalizacji rozumianej często jedynie jako likwidacja instytucji, bądź traktowanej jako działanie niejasne czy sztuczne.

W kwestii gotowości do opieki środowiskowej, paradoksalnie, wyższe wykształcenie pracowników badanych instytucji, często wiąże się z gorszą oceną ich gotowości do tej formy pracy. Z drugiej strony, bez względu na wykształcenie, dominują pozytywne lub neutralne nastawienia do samego procesu deinstytucjonalizacji, przy czym opinie są podzielone i często niepewne, z większym sceptycyzmem u osób z dłuższym stażem pracy. Nie ma natomiast wyraźnego konsensusu co do deinstytucjonalizacji jako pożądanego kierunku zmian. Największe obawy w tym zakresie dotyczą (spodziewanej) redukcji personelu, braku posiadania odpowiednich kompetencji do zmiany formy pracy na środowiskową, zwiększenia obowiązków i większych wymagań pracowniczych. Wnioski z analizy danych wskazują na potrzebę zwiększenia wiedzy i edukacji wśród pracowników instytucji wsparcia, szczególnie w kontekście oceny skuteczności różnych form opieki i możliwości przeniesienia opieki do środowiska lokalnego.

Z kolei z perspektywy więzi instytucjonalnych w kontekście deinstytucjonalizacji, badanie wskazuje na szczególną rolę centrów usług społecznych (CUS). Centra te mogą odgrywać kluczową rolę w aktywizacji mieszkańców, motywując ich do uczestnictwa w różnorodnych aktywnościach i programach społecznościowych. Dla przykładu CUS-y mają za zadanie wspierać seniorów, pomagając im pozostać aktywnymi i integrować się z lokalnym społeczeństwem. Respondenci, którzy spotkali się z działaniami CUS-ów lub posiadają na ich temat bardziej precyzyjną wiedzę, podkreślają, że CUS-y powinny oferować wszechstronne wsparcie, obejmujące asystę w różnych aspektach życia. Wśród tych usług znajdują się doradztwo prawne, pomoc w załatwianiu formalności, a także dostęp do esencjonalnych usług opiekuńczych, takich jak asysta w zachowaniu higieny osobistej, pomoc w przygotowywaniu posiłków czy zakupach. Podkreślona została również konieczność współpracy między CUS-ami a innymi instytucjami, aby zapewnić mieszkańcom dostęp do różnorodnych usług środowiskowych oraz zachęcić ich do udziału w różnych aktywnościach i programach. Ta współpraca ma na celu zwiększenie efektywności wsparcia oferowanego różnym grupom społecznym, umożliwiając im lepszą integrację i aktywność w społeczności lokalnej.

Reasumując, wiedza o deinstytucjonalizacji jest ogólnie niska wśród pracowników instytucji wsparcia (z wyjątkiem pracowników schronisk dla osób w kryzysie bezdomności oraz DPS-ów). Ich opinie na ten temat są niepewne, zwłaszcza w grupach deklarujacych mniejszą znajomość przedmotowego procesu, z dominacją neutralnych ocen, co sugeruje brak wyraźnych poglądów w tym zakresie. Paradoksalnie, wyższe wykształcenie często wiąże się też z niższą samooceną gotowości do pracy środowiskowej. Wysoki poziom niepewności co do pracy środowiskowej wskazuje na potrzebę większej edukacji i informacji w tej dziedzinie. Pracownicy z dłuższym stażem pracy, szczególnie w DPS, wyrażają większy sceptycyzm wobec deinstytucjonalizacji, jakkolwiek pracownicy (np. DDP), którzy mają większą wiedzę o procesie, pozytywnie oceniają deinstytucjonalizację i jej wpływ na warunki pracy. Towarzyszy temu niewielki odsetek pracowników, którzy są zdecydowani co do większej skuteczności opieki instytucjonalnej nad środowiskową, pomimo wyzwań strukturalnych – niedobór personelu i ograniczone zasoby finansowe stanowią przeszkody w realizacji deinstytucjonalizacji. Jednocześnie jednak, osoby rozumiejące rolę CUS-ów w strukturze wsparcia, wskazują na ich zdolność do aktywizacji mieszkańców poprzez motywowanie ich do uczestnictwa w różnorodnych aktywnościach i programach społecznościowych, co wpisuje się w pozytywne paradygmaty deinstytucjonalizacji.

**P.2.5 Jakie są wyzwania kadrowe w placówkach świadczących usługi społeczne lub wybrane usługi zdrowotne?**

W wielu instytucjach, szczególnie w domach pomocy społecznej, hospicjach oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, obserwuje się znaczące deficyty kadrowe. Niedobory te są mniej odczuwalne w placówkach wsparcia dziennego czy środowiskowych domach samopomocy. W domach pomocy społecznej szczególnie deficytowymi stanowiskami są pielęgniarze oraz opiekunowie medyczni, zaś w przypadku hospicjów i ZOL/ZPO pielęgniarze oraz lekarze. Istnieje wyraźny problem z rekrutacją nowego personelu, szczególnie pracowników medycznych i opiekuńczych zdolnych do prowadzenia opieki środowiskowej. W kontekście procesu deinstytucjonalizacji może to oznaczać brak lekarzy zdolnych do wsparcia pacjentów pozostających w domach lub niedobór personelu w placówkach stacjonarnych w konsekwencji odpływu kadr. Kompetencje obecnie zatrudnionego personelu są przeważnie oceniane wysoko, istnieją natomiast obawy co do potencjalnie niskich kwalifikacji pracowników opieki środowiskowej.

Deficyty kadrowe wynikają z różnych przyczyn, wśród których wymienić należy przede wszystkim elementy związane z niską atrakcyjnością zawodów w badanych sektorach: niesatysfakcjonujące warunki pracy, niskie wynagrodzenia, mały prestiż oraz wymagający charakter pracy, która wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym, a czasem również fizycznym. W przypadku terenów wiejskich problem ten jest dodatkowo potęgowany przez kwestie geograficzne i logistyczne, takie jak lokalizacja placówek w miejscowościach z ograniczonym dostępem do komunikacji publicznej, co oznacza nierzadko konieczność posiadania prawa jazdy i dysponowania własnym środkiem lokomocji. W przypadku placówek zlokalizowanych w dużych aglomeracjach lub w ich pobliżu (a także w miejscowościach związanych z turystyką) istotną barierą jest konieczność konkurowania o pracowników z innymi sektorami.

W perspektywie długookresowej, w związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz słabym napływem młodych pracowników w obszarach usług społecznych i zdrowotnych, można oczekiwać nasilenia się problemów związanych z niedoborem kadry.

Innym aspektem tej kwestii jest gotowość realizatorów wsparcia do pracy środowiskowej w kontekście deinstytucjonalizacji. Można w jego ramach zauważyć złożony obraz sytuacji. Z jednej strony, istnieje znacząca luka w formalnym przygotowaniu do pracy środowiskowej wśród pracowników instytucji wsparcia. Większość badanych, szczególnie w DPS, ŚDS, ZOL/ZPO i schroniskach, nie uczestniczyła w szkoleniach lub kursach związanych z pomocą środowiskową, co wskazuje na niski poziom kwalifikacji i kompetencji w tym obszarze. Wyjątkiem są pracownicy hospicjów, w ktorych aż 90% z nich posiada odpowiednie przygotowanie, co może wpływać na ich wyższą gotowość do pracy środowiskowej.

Pomimo tej luki w formalnym przygotowaniu, istnieje znaczący potencjał w postaci samokształcenia. Duży odsetek pracowników różnych instytucji deklaruje rozwijanie kompetencji na własną rękę, co wskazuje na istnienie wewnętrznej motywacji i gotowości do zdobywania wiedzy i umiejętności niezbędnych w pracy środowiskowej. To samo dotyczy zainteresowania uczestnictwem w kursach lub szkoleniach z zakresu pracy środowiskowej, gdzie większość pracowników wyraża chęć podjęcia wysiłku edukacyjnego w tym kierunku.

Jednakże, samoocena gotowości do pracy środowiskowej różni się w zależności od rodzaju instytucji. Pracownicy hospicjów, ŚDS, ZOL/ZPO wykazują wyższą samoocenę, co może być związane z ich lepszym przygotowaniem formalnym. Z drugiej strony, znaczna część respondentów nie potrafi jednoznacznie ocenić swojej gotowości, co może wskazywać na niepewność i potrzebę dalszego wsparcia w tym zakresie.

Podsumowując, wyniki analiz wskazują na potrzebę inwestycji w edukację i szkolenia pracowników instytucji wsparcia, aby zwiększyć ich kwalifikacje i kompetencje w zakresie pracy środowiskowej. Chociaż istnieje znaczne zainteresowanie i gotowość do samokształcenia, formalne szkolenia i kursy mogą zapewnić bardziej kompleksowe i systematyczne przygotowanie. Ponadto, podkreślona jest ważność wsparcia i motywacji pracowników w procesie adaptacji do nowych form pracy, co jest kluczowe dla skutecznej realizacji deinstytucjonalizacji.

**P.2.6 Jaki jest stan infrastrukturalny oraz jakie są najpoważniejsze wyzwania, potrzeby w tym zakresie w placówkach świadczących usługi społeczne lub wybrane usługi zdrowotne (remonty, dostosowywanie do obowiązujących standardów lub budowy nowych obiektów itp.)?**

Infrastrukturę systemu wsparcia można analizować z dwóch perspektyw: pod kątem stanu, dostępności architektonicznej i wyposażenia placówek oraz pod kątem ich rozmieszczenia. W przypadku pierwszej perspektywy ocena sytuacji w województwie pomorskim jest raczej pozytywna. Budynki są z reguły w dobrym stanie, a placówki spełniają standardy określone w rozporządzeniach dotyczących ich funkcjonowania. W części placówek (głównie DPS) dają się zauważyć różne deficyty wynikające z faktu, że umieszczono je w dawnych budynkach (np. pałacach), które zostały wtórnie dostosowane do obecnej funkcji, w obiektach tych prowadzone są prace modernizacyjne. Warto jednak podkreślić, że niemal wszystkie objęte badaniem instytucje deklarują, że są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Jednocześnie wypowiedzi uczestników badania wskazują na dobrą sytuację w zakresie wyposażenia budynków, choć pomiędzy poszczególnymi kategoriami placówek zauważyć można różnice – w najlepszej sytuacji wydają się tutaj być placówki wspierające dzieci.

Gorszy obraz rysuje się wówczas, gdy ocenimy infrastrukturę z perspektywy przestrzennego rozlokowania elementów systemu wsparcia. W wywiadach oraz wypowiedziach uczestników grup fokusowych wielokrotnie pojawiają się słowa o oddaleniu placówki, bądź barierach komunikacyjnych. Podobne wnioski wynikają z analizy danych zastanych, przy czym nierównomierne rozlokowanie podmiotów szczególnie zauważalne było w przypadku wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym, ale występowało także w innych obszarach. Problem nierówmiernego rozlokowania placówek nakłada się na deficyty w zakresie sieci komunikacji publicznej, a władze lokalne często nie dysponują środkami, aby zorganizować połączenia[[97]](#footnote-98). W województwie pomorskim, problem braku dostępu do transportu publicznego dotyczy blisko jednej czwartej (22%) wsi, przy czym średnia odległość do najbliższego przystanku wynosi około 2 km, co oznacza konieczność 30-minutowego spaceru. Deficyty w tym zakresie oznaczają, że chcąc skorzystać z pomocy (szczególnie w przypadku ograniczonej mobilności) należy samemu zapewnić sobie środki transportu, co zwiększa ryzyko, że osoby żyjące na obszarach bardziej oddalonych od większych miast nie zostaną objęte wystarczającą opieką. Jak już wspomniano, w analogicznej sytuacji znajdują się pracownicy socjalni oraz inni realizatorzy wsparcia, którzy na terenach defaworyzowanych często potrzebują własnych pojazdów, co generuje dodatkowe wymagania w zakresie kwalifikacji oraz podnosi koszty usług opiekuńczych (refundacja kosztów paliwa, ewentualne zapewnienie środka lokomocji) i może wpływać na ich decyzję o podjęciu tego typu pracy. Przestrzenne oddalenie placówek, powiązane z problemami transportowymi, może zatem stać się istotną barierą deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w województwie pomorskim.

**P.2.7 Jaki potencjał stanowić mogą centra usług społecznych w rozwoju usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym?**

Aby środowiskowy modelu wsparcia działał efektywnie, konieczna jest dobra koordynacja usług na poziomie lokalnym. To zadanie realizować mogą centra usług społecznych[[98]](#footnote-99). Ponieważ jednak stanowią one opcję fakultatywną, działają tylko w części gmin i nie są jeszcze rozwinięte w powszechny system wsparcia. Według informacji prezentowanych w bazie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w Polsce działają obecnie 42 i tworzone są kolejne 3 CUS-y, finansowane w ramach projektów ze środków EFS, oraz 14 CUS-ów finansowanych ze środków budżetowych[[99]](#footnote-100). Na terenie województwa pomorskiego funkcjonują obecnie jedynie dwa CUS-y: w Czersku (powiat) oraz w Słupsku.

Większość badanych realizatorów wsparcia dostrzega potencjalne korzyści z rozbudowy sieci CUS-ów, takie jak możliwość bardziej kompleksowej analizy sytuacji klienta i lepsze dopasowanie pomocy do indywidualnych potrzeb. Niemniej jednak, wyrażane są również liczne obawy i wątpliwości.

W pierwszej kolejności istnieje pewna niejasność dotycząca roli i funkcji CUS. Niektórzy respondenci uważają, że zadania CUS są już realizowane przez inne, istniejące instytucje, co prowadzi do obaw związanych z mnożeniem instytucji i powielaniem ich funkcji. Obawy te dotyczą również potencjalnej „konkurencji” ze strony CUS i wpływu na kontynuację funkcjonowania obecnych placówek, a także na liczbę beneficjentów i przyznawane subwencje. Przy tym niektóre grupy badanych, takie jak pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych, wydają się mniej zainteresowane CUS, ponieważ oferty CUS mogą nie być dostosowane do potrzeb ich beneficjentów.

Wyrażane są również obawy dotyczące dostępności odpowiednich zasobów ludzkich, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach, które dysponują ograniczoną liczbą pracowników. Towarzyszą temu wątpliwości dotyczące możliwości implementacji CUS w systemie, obawy związane z kosztami, komplikacjami administracyjnymi i potencjalnym rozproszeniem istniejących, zintegrowanych struktur. W związku ze wspomnianymi powyżej zastrzeżeniami wielu pracowników instytucji wsparcia uważa, że sensowniejsze byłoby pracowanie nad poprawą działania istniejących placówek niż wprowadzanie do systemu nowych.

Przedstawione powyżej obawy i wątpliwości mogą stanowić bariery w procesie implementacji CUS. Nieufność i negatywne nastawienie wydają się jednak w dużej mierze wynikać z braku wystarczających informacji na temat funkcjonowania nowych placówek (często respondenci nie wiedzieli, czy CUS ma być oddzielną jednostką, czy powstawiać na bazie istniejących obecnie ośrodków pomocy społecznej). Można bowiem zauważyć, że osoby, które miały możliwość współpracy z CUS, wyrażały bardziej pozytywne opinie, podkreślając zalety CUS, takie jak możliwość załatwienia wszystkiego w jednym miejscu i większe zaangażowanie pracowników w wykonywane zadania. Z obserwacji tych wynika, że kluczowe znaczenie ma budowanie pozytywnego nastawienia do nowych rozwiązań poprzez dostęp do informacji oraz kontakt z osobami mającymi doświadczenia z CUS.

**P.2.8 Jaki jest realny potencjał i możliwości wolontariatu w procesie deinstytucjonalizacji oraz co stanowi jego główne bariery i ograniczenia w kontekście rozwoju usług społecznych i wybranych usług medycznych?**

Realny potencjał i możliwości wolontariatu w procesie deinstytucjonalizacji, a także jego główne bariery i ograniczenia w kontekście rozwoju usług społecznych i wybranych usług medycznych, stanowią złożony i wielowymiarowy problem.

Poczynając od ogólnych spostrzeżeń, należy stwierdzić, że wolontariat stanowi ważny potencjał w zakresie zapewnienia wsparcia indywidualnego osobom w procesie deinstytucjonalizacji, zwłaszcza w obszarze pomocy w adaptacji do życia w społeczności lokalnej. Jednak opierając się na analizie uzyskanych w badaniu informacji należy podkreślić, że nie może być on traktowany jako ekwiwalent w sensie skuteczności, efektywności i samej jakości usług. Z analizy danych wynika, że zadaniem wolontariatu powinna być bardziej możliwość wspierania procesu integracji społecznej osób wyłączonych z powodu choroby, niepełnosprawności czy wieku, głównie poprzez działania służące organizowaniu wspólnych aktywności i budowaniu więzi społecznych, niż pomoc w realizacji konkretnych zadań o charakterze zawodowym. Wolontariusze, z pewnymi zastrzeżeniami, o których mowa dalej, mogą również wypełniać lukę w formalnych usługach opiekuńczych i zdrowotnych, oferując dodatkowe wsparcie, takie jak towarzyszenie w wizytach lekarskich czy pomoc w codziennych, powtarzalnych i nieskomplikowanych czynnościach. Potencjalnie, w razie uruchomienia programów skierowanych do osób w kryzysie bezdomności, mogą także zacząć odgrywać istotną rolę w kontekście zakładanej rozbudowy infrastruktury mieszkań chronionych, jak też – w kontekście opieki nad dziećmi i wsparcia rodziny – szkolenia i wsparcia rodzin zastępczych, a także wsparcia specjalistycznego dla dzieci i rodzin zastępczych. Wolontariusze mogliby potencjalnie wspierać rodziny naturalne w przezwyciężaniu kryzysów i pomagać wychowankom pieczy zastępczej w adaptacji do samodzielnego życia – ponownie jednak przy założeniu, że wolontariat jest uzupełnieniem, a nie substytutem profesjonalnych usług.

Biorąc pod uwagę planowane działania w zakresie deinstytucjonalizacji na szczeblu województwa, można wskazać grupę wolontariuszy, którzy, po odpowiednim przygotowaniu, mogliby również odgrywać kluczową rolę w edukowaniu społeczeństwa na temat potrzeb osób w procesie deinstytucjonalizacji oraz promowaniu postaw otwartości i akceptacji. Przy czym w ich przypadku bliskość do potrzebujących pozwala na wniesienie nowych pomysłów i rozwiązań do systemu usług społecznych i zdrowotnych. Jak pokazują zebrane w trakcie badań, wskazane przez pracowników badanych instytucji, przykłady dobrych praktyk, siła wolontariatu tkwi też w możliwości aktywizacji osób w kryzysie psychicznym poprzez zaangażowanie w wolontariat. Przy czym podobny mechanizm powiązania pomocy z samopomocą można sobie też wyobrazić w przypadku innych grup. Można zatem stwierdzić, że z odpowiednim nadzorem, dobrym przygotowaniem i uważną selekcją uczestników, wolontariat może stać się skutecznym narzędziem wsparcia samej grupy docelowej realizowanego wsparcia.

Jednakże, wolontariat napotyka na szereg barier i ograniczeń. Brak odpowiednich szkoleń i przygotowania wolontariuszy może zmniejszać ich efektywność i wpływać na jakość świadczonych usług. Jak bowiem udowodniła analiza materiału badawczego, ze względu na specyfikę realizowanego wsparcia, bardzo często powiązanego z aspektami o charakterze medycznym, działalność wolontarystyczna powinna być oparta na formalnej wiedzy i gruntownym, kompleksowym przygotowaniu. Nieco uogólniając tę kwestię na inne aspekty, można stwierdzić, że bez względu na zakres i obszar działalności systemów wsparcia, podejmowane zadania nie powinny być realizowane przez osoby do tego nieprzygotowane w sensie formalnym, ale też pod względem psychologicznym czy emocjonalnym, nie wspominając o konieczności profesjonalizacji, czy wręcz tzw. owskaźnikowania, czyli pomiaru wymiernych, policzalnych w zakresie technicznym i namacalnych efektów pomocy. Być może zatem jedną z grup, do których powinny zostać skierowane inicjatywy (finansowane np. ze środków FEP) zwiększające ich kwalifikacje lub kompetencje w zakresie udzielania pomocy grupom docelowym systemu wsparcia, w celu rozwoju procesu deinstytucjonalizacji, są właśnie wolontariusze.

Ta ostatnia kwestia staje się dodatkowo ważna, przy spostrzeżeniu, że wolontariat, opierając się na pracy nieodpłatnej, może borykać się z ograniczeniami w dostępności i ciągłości wsparcia – które to aspekty są kluczowe w przypadku osób wymagających wsparcia stałego lub sporadycznego, ale realizowanego w miarę regularnie albo w ściśle określonym zakresie czasowym lub geograficznym. Istotnym problemem jest również brak wystarczającej współpracy lub jej nierównomierny terytorialnie rozkład, między wolontariuszami a profesjonalistami sektora usług społecznych i zdrowotnych, co może prowadzić do nieefektywnego wykorzystania zasobów i braku spójności (jakości i dostępu) we wsparciu. Właściwie zrealizowane projekty, skierowane do samych wolontariuszy jak i do organizacji trzeciego sektora, mogłyby rozwinąć i wzmocnić sieć wolontariacką – sieć, która właściwie ukierunkowana na profesjonalizację, mogłaby stanowić uzupełnienie nowego systemu, a dodatkowo która mogłaby stanowić przynajmniej częściową odpowiedź na sygnalizowany w niniejszym opracowaniu istniejący i prognozowany niedobór kadr systemu wsparcia.

Reasumując, aby wolontariat mógł efektywnie przyczyniać się do procesu deinstytucjonalizacji, kluczowe jest stworzenie (pod)systemu wsparcia, w którym jest on uzupełnieniem, chociaż nie substytutem profesjonalnych usług. Inwestycja – wydająca się być możliwa w kontekście np. programu FEP – w szkolenia, wspieranie rozwoju i koordynację wolontariatu, może znacząco zwiększyć jego efektywność i wpływ na ostateczne efekty działań. Jakkolwiek w żadnym przypadku celem nie może stać się zastąpienie za pomocą tego rodzaju aktywności podstawowego systemu wsparcia, a jedynie jego wzmocnienie i uzupełnienie. Wolontariat ma bowiem znaczący potencjał w procesie deinstytucjonalizacji, ale jego skuteczność zależy od odpowiedniego przygotowania, równomiernego pod względem jakości i dostępności rozwinięcia oraz integracji z profesjonalnymi usługami społecznymi i zdrowotnymi. W kontekście deinstytucjonalizacji wielokrotnie zresztą podkreślano – także w stosunku do profesjonalnych kadr wsparcia – znaczenie wspierania, koordynacji i motywacji w procesie adaptacji do nowych form pracy czy pomocy, co jest kluczowe dla skutecznej realizacji poszczególnych zadań. Przy tym, obok ukierunkowania wolontariatu na profesjonalizację, najlepiej w ramach w właśnie profesjonalnych programów treningowych i szkoleniowych (notabene które same w sobie mogą stanowić ekwiwalent wynagrodzenia takiej pół-profesjonalnej kadry), kierunkiem godnym rozważenia jest również, dostrzeżona w przypadku osób w kryzysie psychicznym, aktywizacja potencjału osób z grup priorytetowych poprzez tworzenie (wolontarystycznej, ale opartej na profesjonalnych zasadach) sieci wzajemnego wsparcia, co może przynieść korzyści zarówno dla osób potrzebujących wsparcia, jak i dla samych wolontariuszy. Istniejące w tym zakresie dobre praktyki, zidentyfikowane także w ramach niniejszego badania, przy podtrzymaniu już działających i rozwijaniu na ich bazie dalszych tego rodzaju inicjatyw, mogą stanowić dodatkowe wsparcie istniejącego systemu, a jednocześnie ważne działania służące procesowi deinstytucjonalizacji.

**P.3.1 Jaka jest efektywność ekonomiczna (finansowa) alternatywnych systemów opieki?**

Ocena efektywności ekonomicznej (finansowej) alternatywnych systemów opieki jest zadaniem bardzo złożonym. Jak wynika z przeprowadzonych badań wśród przedstawicieli kadry zarządzającej wybranych instytucji, punktem wyjścia do oceny tej efektywności jest poziom wiedzy na temat samego procesu deinstytucjonalizacji. Brak elementarnej wiedzy w tym zakresie będzie bowiem utrudniał szacowanie kosztów funkcjonowania alternatywnych systemów opieki, a w efekcie także ocenę ich efektywności ekonomicznej. Konieczne jest w związku z tym opracowanie informacji zarówno na temat podstaw samego procesu deinstytucjonalizacji, jak również możliwości jego realizacji przez instytucje zajmujące się świadczeniem usług wsparcia w formie stacjonarnej.

Rosnące koszty utrzymania obecnego systemu opieki instytucjonalnej, głównie ze względu na wzrost inflacji, mogą być dobrym przyczynkiem do wdrażania alternatywnych form opieki. Na potrzebę rozwijania tej formy opieki wpływ będzie miał również szacowany wzrost populacji osób wymagających wsparcia w kolejnych latach.

Do głównych ryzyk ograniczających skuteczność realizacji procesu deinstytucjonalizacji, a tym samym efektywność tego procesu, przedstawiciele kadry zarządzającej badanymi instytucjami zaliczyli:

1. brak zaplecza kadrowego pozwalającego na rozwijanie alternatywnych form opieki na podobnym poziomie jakości, jak w przypadku opieki instytucjonalnej,
2. związany z nim brak opiekunów (np. członków rodzin) uprawnionych do codziennej opieki nad osobami potrzebującymi pomocy,
3. wykluczenie komunikacyjne, ograniczające zarówno dostęp osób potrzebujących wsparcia do miejsc świadczenia usług opiekuńczych, jak również opiekunów do osób potrzebujących takiego wsparcia, ze względu na konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów (finansowych i czasowych) związanych z dotarciem do miejsca ich zamieszkania,
4. ryzyko wystąpienia regresu w rehabilitacji i terapii jako efekt braku wystarczającej opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia przebywającymi w środowisku lokalnym,
5. bariery finansowe,
6. brak zainteresowania ofertą usług dostępną w placówkach wsparcia dziennego.

Kompleksowe szacowanie efektywności ekonomicznej alternatywnych systemów opieki wymaga bardzo zindywidualizowanego podejścia do tego zagadnienia i przyjrzenia się sytuacji każdej analizowanej instytucji odrębnie. Efektywność ekonomiczna alternatywnych systemów opieki będzie wypadkową różnego rodzaju decyzji podejmowanych na poziomie poszczególnych instytucji. Należy jednak przyjąć, że ze względu na konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów związanych np. z koniecznością zatrudnienia pracowników socjalnych, opracowania systemu badania jakości świadczonej przez nich pracy, czy nawet kosztów opracowania indywidualnych strategii postepowania dostosowanych do potrzeb pojedynczych osób potrzebujących wsparcia – koszty tego rodzaju działań będą wysokie.

**P.3.2 Jakie będą społeczne i ekonomiczne koszty zaniechania procesu deinstytucjonalizacji w regionie w perspektywie 10 lat?**

Koszty ekonomiczne i społeczne zaniechania procesu deinstytucjonalizacji są ze sobą silnie powiązane. Trudno jest w związku z tym rozgraniczać te kategorie kosztów.

Opracowana na podstawie opinii kadry zarządzającej badanymi instytucjami świadczącymi usługi społeczne i wybrane usługi zdrowotne lista obejmuje wiele różnych kategorii kosztów, począwszy od spodziewanego wzrostu kosztów utrzymania na podobnym poziomie, jak obecnie, usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w przypadku obserwowanych trendów demograficznych, poprzez koszty związane z pogłębianiem się deficytu tzw. miękkich usług społecznych, także ze względu na deficyt pracowników społecznych mogących świadczyć tego rodzaju usługi w środowisku lokalnym, aż po pogłębianie się wykluczenia społecznego np. w przypadku osób, które pozostając w środowisku lokalnym mogą być narażone na brak opieki w odpowiedniej ilości i jakości.

Temat został szeroko przeanalizowany w rozdziale 12.4

**P.3.3 Jaka jest wiedza i ocena dostępności do usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały z tego typu wsparcia?**

Z przeprowadzonych badań wynika, że wiedza na temat dostępnych w regionie usług społecznych i wybranych zdrowotnych wśród osób, które do tej pory nie korzystały z tego rodzaju wsparcia jest znacznie zróżnicowana. Do najbardziej znanych instytucji należą: ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej tzw. DPS-y, hospicja stacjonarne, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności, zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz dzienne domy pomocy. Badanym znane są także usługi opiekuńcze świadczone w domu oraz warsztaty terapii zajęciowej. Większość badanych nie słyszała natomiast o takich usługach jak: opieka wytchnieniowa oraz mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe.

Nieco inaczej przedstawiają się natomiast odpowiedzi mieszkańców regionu dotyczące oceny dostępności do usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych świadczonych przez te instytucje. Według badanych stosunkowo łatwo jest skorzystać z usług takich instytucji, jak: ośrodki pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy oraz schroniska dla osób w kryzysie bezdomności.

Temat ten został szeroko przeanalizowany w rozdziale 12.5

## Rekomendacje

Sformułowane w poprzednim podrozdziale wnioski, które mają formę odpowiedzi na pytania badawcze pozwalają określić główne obszary deficytów oraz zagrożenia procesu deinstytucjonalizacji, jak też bariery, które mogą hamować jego przebieg. Wiedza na temat tych czynników wyznacza kierunki zalecanych działań i pozwala na sformułowanie szeregu rekomendacji. Rekomendacje te przedstawione zostały w dwóch podrozdziałach: pierwszy zawiera listę zalecanych instrumentów i działań, w drugim odniesiono omówione wcześniej rekomendacje do grup priorytetowych.

Ze względu na złożony charakter wielu zagadnień, celowe stało się przedstawienie rekomendacji w formie opisowej, pozwalającej na lepsze wyjaśnienie kierunku pożądanych zmian, jednak dodatkowo na końcu raportu zamieszczono zestawienie w formie tabeli zawierającej rekomendowane cele i instrumenty, a także informacje na temat adresatów i realizatorów oraz optymalnych terminów wdrożenia.

Powiązanie między wnioskami a rekomendacjami jest w większości przypadków wielopoziomowe, bo przyjęcie założenia, że z jednego wniosku wynika jedna rekomendacja byłoby dużym uproszczeniem, obszar zjawisk społecznych jest bowiem dużo bardziej złożony. W rzeczywistości mamy więc często z sytuacją, że jedna rekomendacja wynika z odpowiedzi na kilka pytań badawczych i odwrotnie – wnioski, jakie zawiera odpowiedź na jedno pytanie badawcze, skłaniają do sformułowania kilku rekomendacji. Przykładowo rekomendacja dotycząca celowości wprowadzenia do systemu wsparcia specjalistów do spraw zarządzania rehabilitacją w pierwszym rzędzie jest konsekwencją wniosków zawartych w odpowiedziach na pytania badawcze dotyczące zapotrzebowania na potrzeby różnych grup oraz prognoz dotyczących tego zapotrzebowania w przyszłości. Ale wynika także z analizy sytuacji osób korzystających z różnego typu wsparcia, wątku dotyczącego CUS-ów oraz odpowiedzi na pytania badawcze dotyczące kosztów zaniechania. Wzajemne powiązania poszczególnych elementów zostały pokazane poniżej listy z rekomendacjami.

### Rekomendacje odnoszące się do konkretnych deficytów oraz instrumentów

**R1. Poprawa usług środowiskowych**

Kluczowym warunkiem skutecznej deinstytucjonalizacji jest przede wszystkim zwiększenie zakresu i dostępności usług środowiskowych dla osób przebywających aktualnie w środowisku lokalnym, tak, by mogły w nim jak najdłużej pozostać. Dodatkowym adresatem tego typu wsparcia mogą być jednak również ci beneficjenci zakładów zamkniętych, którzy ze względu na wyższy poziom samodzielności oraz dobrą sytuację rodzinną i materialną byliby w stanie przy odpowiednim wsparciu powrócić do domu. Planując ten proces warto jednak pamiętać, że poza podażą usług znaczenie ma też ich jakość, co oznacza nie tylko zrekrutowanie dodatkowego personelu, ale także konieczność odpowiedniego przygotowania nowych pracowników i monitorowania poziomu świadczonych usług. Rekomendowanym działaniem są też szkolenia dla rodzin (np. osób z niepełnosprawnościami) i zapewnienie im możliwości regularnych konsultacji.

Godna rozważenia w kontekście rozbudowy usług środowiskowych jest wyartykułowana przez pracowników ośrodków całodobowych propozycja udostępnienia zasobów (w tym personelu opiekuńczego i medycznego) do wsparcia osób starszych i/lub z niepełnosprawnościami objętym opieką w środowisku domowym oraz ich rodzin. Zwiększałoby to szansę na otrzymanie wsparcia w środowisku zamieszkania i zapewniałoby wymagany poziom usług, a zarazem ułatwiało ich organizację. Dobrym wzorem działań opartych na łączeniu opieki stacjonarnej z opieką domową mogą być hospicja oferujące zależnie od sytuacji różne typy wsparcia w oparciu o to samo zaplecze kadrowe i ten sam sprzęt.

**R2. Zmiany w funkcjonowaniu obecnych placówek opiekuńczych** – wskazanym kierunkiem jest dążenie do tworzenia jak najbardziej kameralnych ośrodków, co oznacza postulat zastąpienia dużych zdehumanizowanych placówek mniejszymi, w których oferta wsparcia byłaby bardziej elastyczna, a opieka mogłaby mieć bardziej zindywidualizowany charakter zależnie od potrzeb poszczególnych osób. Postulowanym (i artykułowanym przez pracowników) kierunkiem może być też ściślejsza współpraca różnego typu placówek, a przede wszystkim wspieranie w terapii instytucji całodobowych przez placówki dziennego pobytu (np. mieszkańcy DPS mają mozliwość uczestniczyć w zajęciach organizowanych przez ŚDS). Działania takie oznaczałyby konieczność rozbudowania oferty dziennych form wsparcia.

**R3. Rozwój CUS-ów** – centra usług społecznych jako źródło informacji oraz integrator usług społecznych organizowanych i świadczonych na poziomie lokalnym wydają się być obiecującym narzędziem w procesie deinstytucjonalizacji. Pamiętać jednak należy, że indywidualne plany usług społecznych, aby dobrze odpowiadać na faktyczne potrzeby, wymagają starannej analizy lokalnych uwarunkowań, a także odpowiedniego zaangażowania ze strony personelu oraz innych placówek i organizacji działających w tym obszarze. Współpraca między instytucjami jest kluczowym warunkiem efektywnego działania CUS-ów i wysokiej jakości świadczonych przez nie usług, jest to szczególnie ważne z racji nieufnego stosunku pracowników obecnego systemu do nowych placówek. Rekomendując rozwój CUS-ów trzeba zaznaczyć, że kadry tych placówek powinny być regularnie szkolone i edukowane, aby mieć dobre rozeznanie i aktualną wiedzę na temat najlepszych praktyk i nowych metod wsparcia. Tworzenie CUS jest wspierane finansowo ze środków EFS+[[100]](#footnote-101). Kluczową barierą w rozwoju CUS-ów jest niepewność co do ich roli oraz obawy, o których świadczą wypowiedzi pracowników innych placówek. Dlatego najważniejszym działaniem na rzecz ich rozwoju musi być promocja, informacja i edukacja (więcej na ten temat R16) Przykładem w tym zakresie może być filmowy materiał informacyjny przygotowany przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, w którym przedstawiono możliwości tworzenia CUS oraz dobre praktyki[[101]](#footnote-102). W tym aspekcie, ale także w odniesieniu do organizacji współpracy między różnymi podmiotami i CUS, warto byłoby wykorzystać doświadczenia CUS w Czersku, bo tę placówkę wspominali realizatorzy wsparcia jako przykład skutecznego działania. Wartym rozważenia pomysłem wydaje się też zatrudnienie w CUS-ach specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (patrz R9), którzy z racji swego wykształcenia posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do koordynacji różnego typu działań w celu optymalnego wsparcia beneficjentów.

**R4. Tworzenie Centrów Zdrowia 75+** – nowo planowane placówki opieki geriatrycznej, w których mają funkcjonować trzy działy: poradnia konsultacyjna, zespól opieki dziennej i zespół opieki domowej, przy czym w przypadku każdego pacjenta koordynator usług wsparcia stworzy plan postępowania terapeutycznego. Powstanie Centrów Zdrowia 75+ to ogromna szansa dla rozwijania opieki geriatrycznej wpisującej się w ideę deinstytucjonalizacji. Od 2024 r. w ciągu 5 lat planowane jest utworzenie około 300 Centrów Zdrowia 75+, które powstawać mają na podstawie zatwierdzonych przez ministerstwo planów wojewódzkich, przewidziane jest dofinansowanie z Funduszu Medycznego.

**R5. Rozwój różnych form mieszkalnictwa sprzyjających koncepcji niezależnego życia**.Szeroka grupa adresatów wsparcia: osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby w kryzysie zdrowia psychicznego, w kryzysie bezdomności, a także wychowankowie opuszczający pieczę. Kluczowym kierunkiem jest tutaj poszerzanie dostępności mieszkań treningowych i wspomaganych, ale cenne może być wprowadzanie rozwiązań alternatywnych jak wspólnoty domowe czy Wspomagane Społeczności Mieszkaniowe[[102]](#footnote-103), przy czym ważnym uzupełnieniem takiego systemu wsparcia są interwencyjne miejsca pobytu i wsparcia krótkoterminowego. Wartą stymulowania opcją są dofinansowywane z Funduszu Solidarnościowego Centra Opiekuńczo-Mieszkalne (z dostępem do usług opiekuńczych dostosowane do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością).

**R6. Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej** – zatrudnienie Asystentów OzN dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym oraz dzieci wymagających opieki w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji może być dofinansowywane z Funduszu Solidarnościowego do 100% kosztów. Instrument ten jest stosowany w województwie pomorskim, ale wskazane jest zachęcanie do ubiegania się o te środki tych (72) jednostek samorządu terytorialnego (zarówno gminy, jak i powiaty), które nie brały udziału w dotychczasowych edycjach.

**R7.Wykorzystanie środków europejskich z programu regionalnego –** Na podstawie analizy celów i priorytetów programu Fundusze Europejskie dla Pomorza (FEP) 2021-2027, szczególnie w kontekście jego Priorytetów 5 i 6 oraz celów (k) i (iii), rekomenduje się, w pierwszej kolejności, skoncentrowanie działań na osobach z niepełnosprawnościami, seniorach, osobach sprawujących opiekę nad dziećmi i osobami zależnymi, a także na osobach dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi, w tym zwłaszcza w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Istotne jest przy tym skupienie się na osobach z niskimi dochodami i znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społecznej, w tym długotrwale bezrobotnych, o niskich kwalifikacjach zawodowych oraz osobach w wieku 55 lat i starszych. Elementy wszelkiego wsparcia dla tych grup powinny zawierać programy aktywizacji zawodowej i społecznej – podkreślić w tym kontekście należy konieczność inwestycji w edukację na każdym szczeblu, w tym zwłaszcza w kształcenie ustawiczne i uczenie się przez całe życie. Z kolei w zakresie wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności należy rozwijać inicjatywy wspierające dostęp do mieszkań, zgodnie z zasadami włączenia społecznego i modelem *Housing First*.

Działania te w pierwszej kolejności powinny być skierowane do obszarów o niezadowalającej dostępności usług, tak aby w pierwszej kolejności poprawić dostępność do specjalistycznych usług zdrowotnych i społecznych.

Równolegle należy zapewnić wsparcie dla kadry realizującej działania w obszarze wsparcia, w tym w szczególności w ramach rozwoju nowych kompetencji, wymaganych w ramach wprowadzania procesu deinstytucjonalizacji. Wraz ze wspieraniem przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej, szczególnie na obszarach z mniejszym lub ograniczonym dostępem do tego rodzaju usług, należy zapewnić bieżące monitoring i ocenę skuteczności działań, w celu ich optymalizacji i dostosowania do zmieniających się potrzeb społeczności lokalnych.

**R8. Dalsze niwelowanie barier** **architektonicznych, transportowych, komunikacyjnych** – Przy czym biorąc pod uwagę relatywnie dobre oceny poziomu przystosowania placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami niwelowanie barier architektonicznych w mniejszym stopniu powinno dotyczyć placówek oferujących wsparcie, w większym zaś przestrzeni publicznej. Szczególnie istotna jest tu dostępność infrastruktury komunikacyjnej, bo nierównomiernie rozwinięta sieć placówek wsparcia generować może konieczność dojazdów. W tym kontekście duże znaczenie ma też aktualna i łatwa do sprawdzenia informacja na temat dostępności, dlatego pierwszym krokiem powinno być stworzenie internetowej mapy barier, (przykład dobrej praktyki: poznańska mapa barier)[[103]](#footnote-104). Mapy barier z jednej strony są pomocą dla mniej mobilnych osób planujących dotarcie w określone miejsce (np. starszych lub z niepełnosprawnościami), z drugiej służą jako baza do sukcesywnego wprowadzania ulepszeń pokazując, gdzie najbardziej pilnie potrzebne są interwencje Aby realizować ten drugi cel należałoby podjąć z poziomu regionu działania ukierunkowane na zachęcanie jednostek samorządowych do składania wniosków i wspieranie ich w tym procesie (działania z zakresu likwidacji barier można realizować m.in. w ramach programu „Dostępność+”). Wspomniane problemy z nierównomiernym przestrzennym dostępem do placówek oraz sygnalizowane w trakcie badań jakościowych problemy transportowe sugerują też konieczność podjęcia działań na rzecz uruchamiania nowych linii lub zwiększania liczby połączeń. Do stworzenia dokładniejszych rekomendacji w tym zakresie konieczne jednak są badania potrzeb przewozowych w publicznym transporcie zbiorowym. Innym rozwiązaniem w tym zakresie byłoby uruchomienie usług transportowych dedykowanych tylko dla osób wymagających wsparcia.

**R9. Wykorzystanie potencjału Specjalistów ds. Zarządzania Rehabilitacją** – W ramach realizowanego w latach 2014-2020 projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce[[104]](#footnote-105)” wykształcono fachowców w zakresie koordynacji medyczno-społeczno-psychologiczno-zawodowej rehabilitacji (opartej na indywidualnej diagnozie i dopasowanej do potrzeb). W województwie pomorskim SdsZR byli kształceni przez GUM, jest więc w regionie kadra, która mogłaby realizować zadania, w ramach zatrudnienia – przez placówki medyczne typu ZOL czy ZPO, ale też w innych placówkach wspierających osoby z niepełnosprawnościami, np. DPS czy CUS. Szczególnie ta ostatnia instytucja wydaje się dobrym miejscem do zatrudnienia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, gdyż zadaniem CUS-ów jest koordynacja wsparcia, co pokrywa się z zadaniami SdzZR. Koncepcja SdsZR idealnie wpisuje się w proces deinstytucjonalizacji i jest efektywna ekonomicznie (szacunki dotyczące niemieckiego modelu *rehamanegerów*, na którym oparto koncepcję SdsZR, prowadzone przez Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung wskazują na duże oszczędności wynikające z usamodzielnienia się osób objętych programem). W Polsce niektóre elementy niemieckiego modelu realizowane były w ramach pilotażowego projektu koordynowanego przez PFRON[[105]](#footnote-106), w ramach którego powstały 4 ośrodki kompleksowej rehabilitacji. Rola SdsZR została jednak zmarginalizowana w porównaniu do rozwiązań niemieckich czy kanadyjskich, gdzie *rehamanager* pełni funkcję osoby koordynującej cały proces rehabilitacji w oparciu o indywidualny program, będąc organizacyjno-logistycznym pośrednikiem między osobą z niepełnosprawnościami a instytucjami, które mogą oferować wsparcie, a czasem także rodziną, nauczycielem, pracodawcą i innymi osobami z otoczenia beneficjenta.

**R10. Zwiększanie dostępności Opieki Wytchnieniowej**, której celem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów od codziennych obowiązków poprzez zapewnienie czasowego zastępstwa w opiece nad osobą z niepełnosprawnością (Fundusz Solidarnościowy). Zauważalny jest wzrost w realizacji tej formy wsparcia, jednak nadal w wielu gminach jest ona niedostępna, dlatego wskazane jest stymulowanie jednostek samorządu terytorialnego (zarówno gminy, jak i powiaty), które nie brały udziału w dotychczasowych edycjach do ubiegania się o te środki (74 jednostki). Docelowo usługa ta powinna zostać wprowadzona systemowo jako podstawowy element wsparcia rodzin osób wymagających opieki, przy czym wskazane jest, aby obejmowała zarówno pomoc wielodniową (np. urlop opiekuna), jak i doraźne wsparcie (np. możliwość pozostawienia osoby w placówce na kilka godzin, aby umożliwić opiekunom chwilę odpoczynku, załatwienie spraw urzędowych, wizytę u lekarza itp.).

**R11. Zwiększenie dostępności** **medycznych placówek w obszarze zdrowia psychicznego**. Rekomendacja ta dotyczy całego województwa, zarówno w obszarze pomocy dla dorosłych jak i dzieci, ale kluczowe znaczenie ma jednak wyrównywanie dostępności przestrzennej w przypadku tych powiatów, gdzie zauważyć można najbardziej dotkliwe braki. W zakresie systemu wsparcia dla osób dorosłych wskazane jest uruchomienie dodatkowych poradni zdrowia psychicznego lub Centrów Zdrowia Psychicznego. Kluczowe w zakresie systemu wsparcia dzieci i młodzieży wydaje się przede wszystkim rozbudowanie systemu wsparcia na niższych poziomach referencyjności – czyli utworzenie dodatkowych zespołów leczenia środowiskowego (a także poszerzenie dostępności do psychologów szkolnych). istotne znaczenie ma w tym aspekcie zmotywowanie dyrektorów placówek oświatowych do zwiększenia liczby etatów ponad wymagane minimum (Dz.U. z 2023 r., poz. 1798) oraz przynajmniej częściowe dofinansowanie takich działań. Godnym rozważenia działaniem jest też stworzenie „aliansu przeciw depresji”, w ramach którego budowane mogą być lokalne sieci wsparcia dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego. Sieci takie powstają na poziomie województw (np. zachodniopomorskie, miast np. Warszawa, aglomeracji – np. aglomeracja śląska, lub gmin – przykład dobrych praktyk na tym ostatnim poziomie może być powiat piaseczyński[[106]](#footnote-107)).

**R12. Zwiększenie dostępności asystentów rodziny** współpracujących z rodziną zastępczą oraz pomagających rodzinom dysfunkcyjnym w pokonywania trudności (wsparcie w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i wychowawczych, ale też np. edukacja w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego). Silniejsza obecność asystentów rodziny obniża prawdopodobieństwo jej rozpadu i ryzyko umieszczczenia dziecka w pieczy zastępczej. Prowadzi zatem do poprawy jakości życia rodzin, a przede wszystkim dzieci oraz do odciążenia systemu pieczy. Postulowanym działaniem jest tutaj zatrudnienie dodatkowych asystentów, co oznacza wzrost bieżących kosztów finansowania wsparcia dla rodzin, ale w perspektywie długookresowej spowoduje spadek kosztów związanych z trudną sytuacją bądź rozpadem rodzin pozbawionych wsparcia.

**R13. Prewencja bezdomności** –poprzez trening umiejętności społecznych oraz szersze wdrożenie metody „Housing First – Najpierw Mieszkanie”, zakładającej wykorzystanie takich instrumentów jak: mieszkania wspomagane, obligacje społeczne, najem społeczny, mechanizmy zamiany mieszkań, a także możliwość odpracowania zaległości czynszowych. Przykłady dobrych praktyk w tym zakresie znaleźć można w województwie pomorskim, wskazać tu należy Sopocki Program Wychodzenia z Bezdomności, a przede wszystkim Gdański Program Rozwiązywania Problemu Bezdomności na lata 2018-2023. Szczególnie drugi z nich (ze względu na kompleksowy charakter oraz nacisk na prewencję bezdomności) wart jest nie tylko kontynuacji, ale też implementacji w innych miastach regionu.

**R14. Rozwijanie wolontariatu** – przedstawiciele badanych instytucji wyrażają bardzo pozytywne opinie na temat wolontariatu, a w niektórych obszarach (np. dzieci objęte pieczą) zaangażowanie wolontariuszy jest możliwe w szerszym zakresie. Należy zatem dążyć do jego wzrostu, zwracając w promocji uwagę na korzyści, jakie może odnieść z zaangażowania oraz poszerzenie spektrum poszukiwanych chętnych.Kierunkiem godnym rozważenia może być też tutaj np. aktywizacja potencjału osób z grup priorytetowych poprzez tworzenie sieci wzajemnego wsparcia (np. w oparciu o tandemy pomocowe – osoba w kryzysie bezdomności pomaga w hospicjum, osoba z niepełnosprawnością intelektualną wspiera w codziennych obowiązkach osobę starszą itd.). Przykładem dobrych praktyk w tym zakresie może być realizowany w Łodzi projekt aktywizacji osób w kryzysie psychicznym poprzez wolontariat[[107]](#footnote-108).

Natomiast na podstawie przedstawionych wniosków dotyczących potencjału wolontariatu w województwie pomorskim, można sformułować katalog kluczowych działań, które w dalszej kolejności mogą zostać rozbudowane o plan działań i program służący wdrożeniu profesjonalnej sieci wolontariatu. Pierwszym ich elementem powinna być profesjonalizacja i szkolenie wolontariuszy, zwłaszcza w obszarach opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego, z naciskiem na aspekty praktyczne i psychologiczne. Równolegle powinien następować rozwój infrastruktury i wsparcia dla wolontariatu, w tym finansowanie projektów szkoleniowych i koordynacja działań w ramach sieci wolontariackich we współpracy z już korzystającymi z ich pomocy instytucjami. Konieczne jest tu wsparcie motywacyjne i szeroka, regionalna, koordynacja pracy wolontariuszy, aby mogli efektywnie adaptować się do nowych form pracy. Prowadzić to powinno do integracji sieci wolontariatu z profesjonalnymi usługami. Jednocześnie, należy promować aktywizację i popierać inicjatywy wzajemnego wsparcia, rozwijając programy, które angażują osoby z grup priorytetowych w wolontariat. Przy czym konieczna jest promocja wolontariatu jako uzupełnienia, a nie substytutu profesjonalnych usług, ale przy jednoczesnym podkreślaniu jego istotnej roli w całym systemie, czemu powinny również służyć szeroko zakrojone działania edukacyjne i promocja postaw otwartości, zwiększające świadomość społeczną na temat wolontariatu i potrzeb osób w procesie deinstytucjonalizacji. Konieczny jest przy tym również regularny monitoring i ocena skuteczności programów wolontariackich, aby zapewnić ich efektywność i realizację celów.

**R15. Działania na rzecz kondycji psychofizycznej dzieci i młodzieży** –Dobrym kierunkiem działań wzmacniających kondycję psychofizyczną dzieci i młodzieży wydaje się wspieranie i stymulowanie powstawania placówek wsparcia dziennego, we wszystkich trzech wskazanych przez ustawę formach. Przykładem dobrych praktyk w tym zakresie może być Kompleksowy Zespół Placówek Specjalistycznych w Gdyni, który oferuje różnego typu formy wsparcia realizowane z ramach sieci 16 placówek[[108]](#footnote-109). Ta działająca na Pomorzu instytucja wydaje się przykładem godnym szerszej implementacji ze względu na swoją kompleksowość, duże znaczenie mają jednak też bardziej kameralne inicjatywy, w tym działania animacyjne i socjoterapeutyczne realizowane w module pracy podwórkowej. Rekomendowanym obszarem działań jest też popularyzowanie i wspieranie projektów mających na celu aktywizację dzieci i młodzieży. Wskazanym kierunkiem może być inicjowanie aktywności fizycznej jako ważnego elementu terapii depresji. Tutaj przykładem dobrych jest Lublin prowadzący wiele programów aktywizacji poprzez sport. Godne uwagi są np. realizowane z budżetu obywatelskiego projekty „Aktywny Lublin” i „Aktywne Pokolenie” z ofertą bezpłatnych zajęć sportowych dla mieszkańców (organizatorzy szczególnie zachęcają do udziału młodzież oraz seniorów)[[109]](#footnote-110). Szczególnie efektywny wydaje się pomysł z programu „Sportowa szkoła”, w ramach którego szkoły prowadzone przez gminę Lublin bezpłatne udostępniają sale gimnastyczne organizacjom pozarządowym wspierając w ten sposób np. działalność miejskich klubów sportowych dla dzieci i młodzieży[[110]](#footnote-111).

**R16. Działania informacyjno-edukacyjne kierowane do kadry instytucji wsparcia** – zwiększanie wiedzy pracowników działających obecnie placówek na temat procesu deinstytucjonalizacji poprzez działania informacyjno-edukacyjne kierowane do realizatorów wsparcia, aby lepiej rozumieli zarówno ideę deinstytucjonalizacji oraz wprowadzane zmiany i nie postrzegali ich w perspektywie likwidacji placówek. Istotnym elementem tego typu działań powinno być też dostarczenie pracownikom wiedzy na temat prognozowanego, rosnącego zapotrzebowania na wsparcie (opartego o analizę np. kosztów zaniechania). Działania te są niezbędne, aby zredukować obawy dotyczące negatywnego wpływu deinstytucjonalizacji na sektor wsparcia, w tym obawy o miejsce pracy. Przykładem dobrych praktyk w tym zakresie może być świętokrzyski projekt „Liderzy kooperacji” w ramach którego zorganizowano spotkania informacyjne dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego oraz placówek w regionie. Przedstawiono na nich najważniejsze informacje o CUS-ach, deinstytucjonalizacji oraz możliwościach rozwoju usług społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego. Przygotowano także katalog dobrych praktyk, oddzielnie dla różnego typu gmin, który jest dostępny w Internecie[[111]](#footnote-112).

**R17. Działania informacyjno-edukacyjne kierowane do mieszkańców regionu dotyczące oferty wsparcia i deinstytucjonalizacji** – budowanie świadomości procesu deinstytucjonalizacji poprzez kampanie informacyjno-edukacyjne prowadzone wśród mieszkańców Pomorza, aby lepiej rozumieli ideę deinstytucjonalizacji oraz wprowadzane zmiany i ich sens. Przy czym równoległym działaniem powinno być poszerzanie wiedzy mieszkańców województwa pomorskiego na temat mniej znanych form wsparcia poprzez ich promocję oraz działania informacyjno-edukacyjne w zakresie możliwości skorzystania z danych usług. Dodatkowym kierunkiem mogą być działania promocyjne, których celem jest przekonanie/zrekrutowanie adresatów do pewnych rozwiązań (np. hospicjum domowe zamiast stacjonarnego, rodzina zastępcza, wolontariat). Przekaz ten musi być czytelny (wyłącznie kluczowe informacje, unikanie żargonu i niezrozumiałych dla każdego adresata określeń prawnych) dostosowany do poziomu wiedzy, kompetencji komunikacyjnych i doświadczenia różnych grup odbiorców.

**Powiązanie wniosków (odpowiedzi na pytania badawcze) z rekomendacjami**

* R1. Poprawa usług środowiskowych 1.1 + 1.2 + 1.5 + 2.1 + 2.2 + 2.3 + 3.1 + 3.2
* R2. Zmiany w funkcjonowaniu obecnych placówek opiekuńczych – 1.1 + 1.2 + 1.5 + 2.1 + 2.2. + 2.3 + 3.1 + 3.2
* R3. Rozwój CUS-ów – 1.1 + 2.7 + 1.2 + 1.5 + 1.3 + 1.6 + 3.1 + 3.2
* R4. Tworzenie Centrów Zdrowia 75+ – 1.1 + 1.3 + 1.6 + 3.1 + 3.2
* R5. Rozwój różnych form mieszkalnictwa sprzyjających koncepcji niezależnego życia. 1.1 + 1.3 + 1.6 + 3.1 + 3.2
* R6. Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej – 1.1 + 1.3 + 1.6 + 2.1 + 3.1 + 3.2
* R7.Wykorzystanie środków europejskich z programu regionalnego – 1.2 + 1.3+ 1.4+ 1.5 + 1.6 + 3.1 + 3.2
* R8. Dalsze niwelowanie barier architektonicznych, transportowych, komunikacyjnych – 1.3 + 1.4 + 1.6 + 2.6
* R9. Wykorzystanie potencjału Specjalistów ds. Zarządzania Rehabilitacją 1.1 + 1.2 + 1.5 + 1.3 + 1.6 + 2.7 + 3.1 + 3.2
* R10. Zwiększanie dostępności Opieki Wytchnieniowej, 1.1 + 1.3 + 1.6, 2.1 + 3.1 + 3.2
* R11. Zwiększenie dostępności medycznych placówek w obszarze zdrowia psychicznego. 1.3 + 1.6
* R12. Zwiększenie dostępności asystentów rodziny 1.1 + 1.3 + 1.6 + 3.1 + 3.2
* R13. Prewencja bezdomności – 1.1 + 1.3 + 1.6, 2.2+ 2.1 + 3.1 + 3.2
* R14. Rozwijanie wolontariatu – 1.1 + 1.3 + 1.6 + 2.8
* R15. Działania na rzecz kondycji psychofizycznej dzieci i młodzieży – 1.3+1.4 +1.6 + 3.1 + 3.2
* R16. Działania informacyjno-edukacyjne kierowane do kadry – 2.3. 2.4+ 2.5 + 2.8 + 3.1 + 3.2
* R17. Działania informacyjno-edukacyjne kierowane do mieszkańców – 1.1 + 2.2 + 2.3 + 3.3 + 3.1 + 3.2

### Rekomendowane kierunki wsparcia grup priorytetowych

**Rekomendowane kierunki wsparcia osób starszych**

Ze względu na niekorzystną sytuację demograficzną i prognozowane nasilanie trendu starzenia się populacji, konieczne jest przygotowanie systemu do wzrostu zapotrzebowania na interwencje społeczne. W ramach procesu deinstytucjonalizacji należy przede wszystkim podjąć działania zapobiegające umieszczeniu w DPS osób, które przy odpowiednim wsparciu mogłyby funkcjonować samodzielnie. Kluczowe znaczenie ma tu dostęp do odpowiedniej jakości usług środowiskowych (R1, R5, R6, R10) oraz różnych form opieki dziennej – w sensie rozwijania obecnie funkcjonujących placówek, ale także tworzenia nowych typów – przykładowo od 2024 r. będą mogły powstawać Centra Zdrowia 75+ (dostęp na podstawie skierowania z NFZ) oferujące opiekę w formie dziennej lub usług domowych oraz rehabilitację pacjentów o umiarkowanym ograniczeniu mobilności, tworzy to szansę, z której warto skorzystać również w województwie pomorskim (R4).

Ponieważ pozostanie osoby wymagającej pomocy poza instytucją całodobową nie zawsze okazuje się możliwe, wskazane jest również takie przekształcenie owych placówek, żeby oferowana w nich pomoc miała jak najbardziej zindywidualizowany charakter, co oznacza przede wszystkim tworzenie domów bardziej kameralnych (R2). Tego typu zmiany oznaczają jednak wzrost kosztów, wynikających z konieczności przystosowania do użytkowania nowych obiektów oraz zatrudnienia w nich nowego personelu (w tym medycznego), realizacja tej rekomendacji jest więc trudna, należy ją zatem traktować jako opcję optymalną i orientację długoterminową.

W perspektywie krótkoterminowej warto rozważyć sugerowane przez pracowników niektórych instytucji rozwiązania polegające na wzajemnym wspieraniu się pracowników różnych placówek (R1, R2).

**Rekomendowane kierunki wsparcia osób z** **niepełnosprawnościami**

Ponieważ osoby z niepełnosprawnościami (prawnie i biologicznie) stanowią blisko 15% populacji województwa pomorskiego, grupa ta musi być uwzględniona w systemie pomocy społecznej oraz sieci rozmaitych usług na rzecz ludności. Osób z niepełnosprawnościami dotyczy większość rekomendacji sformułowanych odnośnie osób starszych (np. R1, R2, R3, R10), ponieważ w wielu przypadkach korzystają z tych samych placówek.

Ponadto, zalecanym kierunkiem działań adresowanych bezpośrednio do osób z niepełnosprawnościami jest poszerzanie oferty indywidualnych form wsparcia (jak asystent osobisty czy opieka wytchnieniowa – patrz rekomendacja R6, R10), a także dalsze niwelowanie barier wspomnianych w programie „Dostępność+ (R8), w tym barier architektonicznych zarówno w placówkach oferujących pomoc jak i w przestrzeni publicznej (dobrą praktyką jest tworzenie internetowych map zawierających informację na temat dostępności przejść i obiektów). Warto jednocześnie pamiętać, że osoby z niepełnosprawnościami mogą również stanowić społeczny i ekonomiczny potencjał lokalnej społeczności, dlatego rekomendowanym działaniem jest wspieranie i rozwój wszelkich form aktywizacji (R14).

Nie mniej ważnym kierunkiem jest ograniczanie liczby osób wymagających wsparcia dzięki szybkiej i skutecznej rehabilitacji. Godnym polecenia działaniem w tym zakresie może być utworzenie własnego Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji, a przede wszystkim wprowadzenie do systemu wsparcia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (R9)[[112]](#footnote-113).

**Rekomendowane kierunki wsparcia osób w kryzysie zdrowia psychicznego**

W przypadku kryzysu zdrowia psychicznego interwencji wymaga w pierwszym rzędzie kwestia nierównomiernego dostępu do podstawowego wsparcia. Biorąc pod uwagę niezadowalającą liczbę placówek wsparcia oraz niepokojące wskaźniki kondycji psychicznej mieszkańców Pomorza, za priorytet trzeba uznać działania mające na celu zwiększenie dostępności pomocy w regionach defaworyzowanych (R11). Optymalnym rozwiązaniem byłoby uruchomienie kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego oraz dodatkowych placówek dla dorosłych (poradni zdrowia psychicznego oraz zespołów leczenia środowiskowego) i dla dzieci (poradni zdrowia psychicznego oraz zespołów leczenia środowiskowego). Minimalnym rozwiązaniem jest uruchomienie przynajmniej dodatkowych placówek adresowanych do dzieci i organizacja transportu w przypadku dorosłych. Należy też rozbudować możliwości wsparcia ze strony psychologów szkolnych oraz zwiększyć dostęp do pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. W świetle rosnącego wskaźnika prób samobójczych w regionie działania te mają priorytetowe znaczenie.

W przypadku dzieci i młodzieży rekomendacje dotyczą też konieczności podjęcia działań prewencyjnych obejmujących dostęp do różnych form aktywności pozaszkolnych, które mogą pomóc w radzeniu sobie z depresją i myślami samobójczymi, przy czym chodzi tu o poszerzanie oferty kierowanej do całej grupy, a nie tylko dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. Uzupełniającą, choć znaczącą rolę (nie tylko w kontekście młodzieży, ale też w przypadku dorosłych osób w kryzysie), jest rozbudowa pozamedycznych instytucji wsparcia środowiskowego, również ze strony asystentów rodziny (R12) oraz różnych formy aktywizacji zawodowej i społecznej, w tym mieszkalnictwa wspomaganego (R5). Kluczowe znaczenie ma tutaj kompleksowość wsparcia, które obejmuje zarówno pomoc psychiatryczną /psychologiczną jak i rehabilitację społeczną oraz zawodową osób w kryzysie psychicznym oraz osób z zaburzeniami psychicznymi.

**Rekomendowane kierunki wsparcia osób w kryzysie bezdomności**

Pomorski system wsparcia doraźnego dla osób w kryzysie bezdomności działa lepiej niż w większości innych regionów, choć oczywiście wszelkie działania mające cena celu poprawę sytuacji tych osób są wskazane i pożądane.

Kluczowym kierunkiem zalecanych zmian w obszarze wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności wydają się przede wszystkim dwa obszary: prewencja bezdomności poprzez wprowadzanie różnych form pomocy dla zagrożonych eksmisją lokatorów oraz działania na rzecz aktywizacji i usamodzielniania osób w kryzysie bezdomności (R5, R13).

Przy czym w obu zakresach istnieją już w województwie przykłady dobrych praktyk w postaci kompleksowego, Gdańskiego Programu Rozwiązywania Problemu Bezdomności na lata 2018-2023 oraz Sopockiego Programu Wychodzenia z Bezdomności. Strategie te wskazujemy jako wzory, które – przy odpowiednim uwzględnieniu lokalnej specyfiki – mogą być implementowane do innych miast i powiatów.

**Rekomendowane kierunki wsparcia dzieci i rodzin objętych pieczą zastępczą**

Województwo pomorskie w obszarze pieczy zastępczej dobrze realizuje zasady deinstytucjonalizacji, również i tutaj wskazać można kierunki działań, które mogłyby ten proces optymalizować. W odniesieniu do podaży wskazane jest zwiększenie liczby rodzin zawodowych. Istotne znaczenie ma też rozszerzanie oferty rodzinnych form pieczy na te regiony, gdzie jej brakuje. W tym celu należy promować ideę rodzin zastępczych w sposób bardziej celowy, w tych powiatach, gdzie zauważalne są deficyty (R16).

Duże znaczenie ma też objęcie zarówno rodzin dysfunkcyjnych zagrożonych rozpadem, jak i rodzin zastępczych odpowiednim wsparciem, co można osiągnąć poprzez zatrudnienie większej liczby asystentów rodziny (R12). Tutaj jeszcze raz podkreślamy znaczenie działań prewencyjnych, zapobiegających konieczności objęcia dziecka pieczą. Warto przy tym pamiętać, że działania te powinny być profilowane i dostosowane zarówno do specyfiki sytuacji rodzinnej jak i do specyfiki lokalnych społeczności, co można osiągnąć przez badanie wartości i potrzeb.

Niezmiernie ważny jest również aspekt mieszkaniowy, rekomendowanym kierunkiem jest tutaj poszerzanie oferty wsparcia dla usamodzielnianych wychowanków pieczy, przy czym istotne znaczenie ma tu pomoc w znalezieniu mieszkania (R5).

\*\*\*

Realizacja przedstawionych powyżej rekomendacji wiąże się z dodatkowymi nakładami, głównie w obszarze rozbudowy kadr. Jednocześnie – jak zauważono na podstawie analizy materiału i podkreślono we wnioskach badawczych – budżety placówek wsparcia są już obecnie mocno obciążone kosztami personalnymi, przy czym w perspektywie najbliższych lat można się spodziewać wzrostu wydatków w związku z inflacją i kryzysem gospodarczym. W przypadku niektórych proponowanych instrumentów możliwe jest uzyskanie zewnętrznego dofinansowania, np. w ramach środków unijnych (tu głównie FEP), jednak i tutaj z reguły konieczne jest wniesienie wkładu własnego przez korzystające dofinansowania samorządy.

Bez pełnej i szczegółowej analizy sytuacji finansowej województwa pomorskiego, ocena możliwości realizacji proponowanych zmian jest oczywiście ograniczona. Jednakże, bazując na wynikach zrealizowanych prac badawczych, w tym infrastruktury oraz znacznego potencjału kadr wspierających mieszkańców województwa, z optymizmem należy oczekiwać na planowane działania związane z procesem deinstytucjonalizacji i wprowadzenia towarzyszących jej innowacji. Zwłaszcza że analiza uwzględnionych w badaniu źródeł zastanych i wywołanych wynika, że ich implementacja wydaje się wskazana. Należy zatem powyższą listę traktować jako drogowskaz i swoisty katalog rekomendacji, których realizacja przyczyniłaby się do bardziej efektywnego procesu deinstytucjonalizacji oraz poprawy jakości życia mieszkańców województwa pomorskiego, przede wszystkim w przypadku osób należących do wskazanych w Strategii Rozwoju Usług Społecznych grup priorytetowych.

Tabela 87. Wnioski i rekomendacje w formie tabelarycznej (na niebiesko wyróżniono działania priorytetowe)

| **Obszar** | **Wniosek** | **Rekomendacja**  **(kierunek działania)** | **Sposób wdrożenia**  **(rekomendacje dotyczące konkretnych instrumentów)** | **Adresat wsparcia** | **Adresat**  **rekomendacji** | **Termin wdrożenia** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wsparcie osób starszych | Zapotrzebowanie na wsparcie placówek całodobowych już obecnie jest wyższe niż możliwości systemu, a w związku ze starzeniem się populacji popyt na opiekę będzie rósł. | Wskazanym kierunkiem działania jest takie przekształcenie stacjonarnych placówek, aby oferowana w nich pomoc miała jak najbardziej zindywidualizowany charakter | Można to realizować poprzez:   * zastąpienie dużych placówek mniejszymi, z bardziej elestyczną ofertą wsparcia opartą na solidnej diagnozie potrzeb oraz indywidualnych planach opieki. * ściślejszą współpracę różnego typu placówek (w tym wspieranie w terapii instytucji całodobowych przez placówki dziennego pobytu) R2 | Osoby starsze i ich rodziny | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO, podmioty komercyjne, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne | IV kwartał 2028 |
| Przygotowanie systemu do wzrostu zapotrzebowania na interwencje społeczne w ramach procesu deinstytucjonalizacji  Zapobieganie umieszczeniu osób starszych w DPS (o ile nie jest to konieczne) poprzez wspieranie bardziej mobilnych seniorów w ramach wsparcia środowiskowego. | Można to realizować poprzez:   * wykorzystanie istniejącej bazy instytucji do poszerzenia oferty usług opiekuńczych oraz usług medycznych świadczonych w środowisku lokalnym opartych na Indywidualnych planach opieki, (R1). * Wspieranie rozwoju CUS-ów oraz ich współpracy z innymi podmiotami (R3) * zaangażowanie wolontariuszy, w tym włączenie w pomoc osób z innych grup priorytetowych (R14) * rozwój alternatywnych form mieszkalnictwa - w szczególności Centra Opiekuńczo-Mieszkalne (R5) * zwiększenie dostępu do opieki wytchnieniowej w przypadku rodzin seniorów z niepełnosprawnością, poprzez szersze wykorzystanie placówek całodobowych (R10) | Osoby starsze i ich rodziny | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO, podmioty komercyjne, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne | IV kwartał 2025 |
| Zapobieganie umieszczeniu osób starszych w DPS (o ile nie jest to konieczne) poprzez wspieranie bardziej mobilnych seniorów w ramach wsparcia dziennego | Można to realizować poprzez:   * poszerzanie oferty różnych form wsparcia dziennego – czyli rozwijania obecnie funkcjonujących placówek, * tworzenie nowych typów placówek, szczególnie dużą szansą w tym zakresie wydają się Centra Zdrowia 75+ (R4) | Osoby starsze i ich rodziny | Jednostki samorządu terytorialnego | IV kwartał 2024 |
| Wsparcie osób z niepełnosprawnościami | Udział osób z niepełnosprawnościami w populacji jest wysoki i będzie nadal wzrastał, a opieka nad nimi stanowi istotne wyzwanie dla rodzin. W niektórych przypadkach możliwe byłoby objęcie podopiecznych zakładów zamkniętych opieką środowiskową. | Poszerzanie oferty indywidualnych form wsparcia zwiększających samodzielność osób potrzebujących wsparcia oraz wsparcie dla rodzin opiekujących się osobą z niepełnosprawnościami | Można to realizować poprzez   * dwukrotne zwiększenie liczby - asystentów osobistych OzN (R6) * wprowadzenie do systemu wsparcia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (R9) * stymulowanie mniej aktywnych jednostek samorządu terytorialnego (74) do ubiegania się o środki z Funduszu Solidarnościowego, co umożliwiłoby zwiększanie dostępu rodzin osób z niepełnosprawnościami do opieki wytchnieniowej(R10). | Osoby z niepełnosprawnościami i ich  rodziny | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO, podmioty komercyjne, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne | IV kwartał 2024 |
| Dalsze niwelowanie barier blokujących aktywność osób z niepełnosprawnościami | Można to realizować poprzez:   * zewidencjonowanie największych utrudnień w postaci mapy barier (przykład dobrych praktyk wskazano w opisie), * a następnie stopniowe niwelowanie barier architektonicznych w zidentyfikowanych punktach**,** * stymulowanie i wspieranie jednostek terytorialnych (informacyjne) w celuskładania wniosków **i** szerszegowykorzystania programu „Dostępność+. * Innym ważnym kierunkiem są działania na rzecz niwelowania barier transportowych (R8) | Osoby z niepełnosprawnościami | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO | Mapa barier II kwartał 2024; niwelacja barier - proces ciągły |
| wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego | Kondycja psychiczna mieszkańców jest niepokojąca, szczególnie w przypadku dzieci i młodzieży. Jednocześnie nierównomiernie rozwinięta jest sieć placówek wsparcia. | zwiększenie dostępności pomocy dla dorosłych w regionach defaworyzowanych | Można to realizować poprzez:   * uruchomienie kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego * uruchomienie dodatkowych poradni zdrowia psychicznego i dodatkowych zespołów leczenia środowiskowego (na zachodzie i południu regionu) (R11) | Osoby dorosłe w kryzysie zdrowia psychicznego | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, podmioty komercyjne | IV kwartał 2027 |
| Można to realizować poprzez   * rozbudowa pozamedycznych instytucji wsparcia środowiskowego, również ze strony asystentów rodziny (R12) * oferta różnych formy aktywizacji zawodowej i społecznej, w tym mieszkalnictwa wspomaganego (R5). | Osoby dorosłe w kryzysie zdrowia psychicznego | Jednostki samorządu terytorialnego, instytucje rynku pracy, ROPS, NGO, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, podmioty komercyjne. | IV kwartał 2028 |
| Zwiększenie dostępności pomocy dla dzieci i młodzieży w regionach defaworyzowanych | Można to realizować poprzez   * utworzenie dodatkowych zespołów leczenia środowiskowego lub poradni zdrowia psychicznego. * poszerzenie dostępności do psychologów szkolnych (tutaj konieczna jest kampania informacyjna ukierunkowana na dyrektorów szkół, postulująca zwiększenie liczby etatów ponad wymagane minimum (Dz.U. z 2023 r., poz. 1798). * Tworzenie aliansu (na poziomie województwa) lub lokalnych aliansów przeciw depresji (przykład dobrych praktyk w opisie). * Działania prewencyjne obejmujące dostęp do różnych form aktywności pozaszkolnych, które mogą pomóc w radzeniu sobie z depresją i myślami samobójczym. W tym rozwijanie różnych form wsparcia dziennego (np. w formie pracy podwórkowej) oraz wspieranie inicjatyw stymulujących aktywność fizyczną czy budujących relacje w grupie (przykłady dobrych praktyk w opisie R15, | Dzieci i młodzież w kryzysie zdrowia psychicznego | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, podmioty komercyjne. | IV kwartał 2025 |
| Wsparcie osób w kryzysie bezdomności | Pomorski system wsparcia doraźnego dla osób w kryzysie bezdomności działa lepiej niż w większości innych regionów. Jednocześnie jednak sądząc po dużej liczbie osób doświadczających tego typu problemów mogą istnieć deficyty w obszarze zapobiegania bezdomności. Relatywnie niski jest też odsetek osób objętych indywidualnymi programami wychodzenia z bezdomności. Ale w niektórych miastach działają bardzo efektywne programy w zakresie usamodzielniania i prewencji. | Prewencja bezdomności  Działania na rzecz aktywizacji i usamodzielniana osób w kryzysie bezdomności | Można to realizować poprzez:   * wprowadzanie różnych form pomocy dla zagrożonych eksmisją lokatorów, * objęcie większej grupy osób w bezdomności indywidualnymi programami wychodzenia z bezdomności oraz treningiem umiejętności społecznych * szersze wdrożenie metody „Housing First” * szersza implementacja dobrych praktyk z projektów w Sopocie i Gdańsku (R13, R5) | Osoby w kryzysie bezdomności | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO, podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, podmioty komercyjne. | IV kwartał 2024 |
| wsparcie dzieci i rodzin objętych pieczą zastępczą | W przypadku pieczy zastępczej nastąpiły pozytywne zmiany strukturze pieczy (wzrost form rodzinnych). Zauważyć jednak można różnice w dostępności do tej formy wsparcia. Ponadto występują deficyty w obszarze usamodzielniania wychowanków. A wzrost liczby dzieci obejmowanych pieczą może być wskaźnikiem wzrostu liczby rodzin dysfunkcyjnych. | Intensyfikacja działań prewencyjnych, zapobiegających konieczności objęcia dziecka pieczą zastępczą. | Można to realizować poprzez:   * zatrudnienie większej liczby asystentów rodziny (R12) * rozwijanie różnych form wsparcia dziennego (np. w formie świetlic, klubów, pracy podwórkowej (R15). | Dzieci  Rodziny naturalne  Rodziny zastępcze | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO. | IV kwartał 2024 |
| Rozszerzanie oferty rodzinnych form pieczy na te regiony, gdzie jest ona mało dostępna. | Można to realizować poprzez:   * promocja idei rodzin zastępczych w sposób bardziej celowy, w tych powiatach, gdzie zauważalne są deficyty (R17), * rozwój rodzin pomocowych i pogotowia rodzinnego. | Mieszkańcy wskazanych powiatów | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO. | IV kwartał 2026 |
| Zwiększenie wsparcia kierowanego do dla usamodzielnianych wychowanków pieczy | Można to realizować poprzez:   * pomoc w znalezieniu mieszkania, w tym poszerzanie dostępności różnych form mieszkalnictwa chronionego (R5). | Dzieci opuszczające pieczę zastępczą | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO. | IV kwartał 2026 |
| Postawy realizatorów  wsparcia |  | Konieczność podniesienia poziomu zrozumienia i akceptacji procesu deinstytucjonalizacji w grupie realizatorów wsparcia. | Można to realizować poprzez:   * działania informacyjno-edukacyjne kadry instytucji wsparcia, w tymdostarczenie pracownikom wiedzy na temat prognozowanego rosnącego zapotrzebowania na wsparcie (opartego np. kosztów zaniechania). aby zredukować obawy dotyczące negatywnego wpływu deinstytucjonalizacji na sektor, w tym na liczbę miejsc pracy. (R16) | Realizatorzy wsparcia | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO. | I kwartał 2024 |
| Postawy i wiedza mieszkańców |  | Budowanie świadomości procesu deinstytucjonalizacji wśród mieszkańców Pomorza, zwiększanie ich wiedzy na temat różnych instrumentów, zmiana nastawienia. | Można to realizować poprzez:   * kampanie informacyjno-edukacyjne prowadzone wśród mieszkańców Pomorza, aby lepiej rozumieli ideę deinstytucjonalizacji oraz wprowadzane zmiany i ich sens. * poszerzanie wiedzy mieszkańców województwa pomorskiego na temat mniej znanych form wsparcia poprzez ich promocję oraz działania informacyjno-edukacyjne w zakresie możliwości skorzystania z danych usług. * działania promocyjne, których celem jest przekonanie adresatów do pewnych rozwiązań (np. hospicjum domowe zamiast stacjonarnego). | Mieszkańcy województwa | Jednostki samorządu terytorialnego, ROPS, NGO. | I kwartał 2024 |

**Źródło: opracowanie własne.**

## Spis tabel

[Tabela 1. Charakterystyka próby ilościowej 30](#_Toc159316230)

[Tabela 2. Charakterystyka próby jakościowej 30](#_Toc159316231)

[Tabela 3. Liczba i udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji oraz wskaźnik obciążenia demograficznego w powiatach województwa pomorskiego 40](#_Toc159316232)

[Tabela 4. Liczba domów pomocy społecznej, miejsc i mieszkańców w latach 2019-2022 45](#_Toc159316233)

[Tabela 5. Domy pomocy społecznej w województwie pomorskim, dane wg stanu na 31 grudnia 2022 r. 45](#_Toc159316234)

[Tabela 6. Liczba rodzinnych domów opieki, miejsc i mieszkańców, 2019-2022 46](#_Toc159316235)

[Tabela 7. Liczba placówek całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności statutowej i gospodarczej, liczba miejsc i mieszkańców 2019-2022 47](#_Toc159316236)

[Tabela 8. Ośrodki wsparcia oferujące opiekę dla osób starszych, 2019-2022 48](#_Toc159316237)

[Tabela 9. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, 2019-2022 49](#_Toc159316238)

[Tabela 10. Liczba pacjentów zakładów stacjonarnych opieki długoterminowej w województwie pomorskim, 2019-2021 50](#_Toc159316239)

[Tabela 11. Liczba pacjentów otrzymujących usługi pielęgniarskiej opieki domowej oraz zespołu wentylacji mechanicznej, 2019-2021 53](#_Toc159316240)

[Tabela 12. Warsztaty terapii zajęciowej na Pomorzu w latach 2020-2022 60](#_Toc159316241)

[Tabela 13. Osoby z niepełnosprawnościami uczestniczące w pracach zakładów aktywności zawodowej na Pomorzu w latach 2020-2022 z podziałem na stopnie niepełnosprawności 61](#_Toc159316242)

[Tabela 14. Program „Aktywny Samorząd” na Pomorzu w latach 2019-2022 62](#_Toc159316243)

[Tabela 15. Poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych, psychiatryczne oddziały szpitalne i oddziały dzienne oraz zespoły leczenia środowiskowego na terenie województwa pomorskiego w 2021 roku 67](#_Toc159316244)

[Tabela 16. Kluby samopomocy na Pomorzu w latach 2019-2022 69](#_Toc159316245)

[Tabela 17. Kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim w latach 2019-2022 69](#_Toc159316246)

[Tabela 18. Środowiskowe domy samopomocy na Pomorzu w latach 2019-2022 70](#_Toc159316247)

[Tabela 19. Specjalistyczne usług opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim w latach 2019-2022 70](#_Toc159316248)

[Tabela 20. Szacowana liczba osób w kryzysie bezdomności w województwach 76](#_Toc159316249)

[Tabela 21. Zasoby mieszkaniowe i eksmisje w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r. 77](#_Toc159316250)

[Tabela 22. Placówki dla osób w kryzysie bezdomności w województwie pomorskim 2019-2022 79](#_Toc159316251)

[Tabela 23. Wykorzystanie miejsc w schroniskach w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r. – liczba osób korzystających w relacji do liczby miejsc w % 80](#_Toc159316252)

[Tabela 24. Liczba placówek, osób w placówkach i oferowanych miejsc według typu podmiotu prowadzącego – województwo pomorskie, 2022 82](#_Toc159316253)

[Tabela 25. Zakres i skuteczność instytucjonalnego wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności w województwach w 2022 r. (%) 83](#_Toc159316254)

[Tabela 26. Czas przebywania dzieci w pieczy zastępczej w województwie pomorskim w 2022 r. 88](#_Toc159316255)

[Tabela 27. Asystentura rodzin i rodziny wspierające w województwie pomorskim w latach 2019-2022 89](#_Toc159316256)

[Tabela 28. Rodziny i placówki pieczy zastępczej w powiatach województwa pomorskiego w roku 2022 92](#_Toc159316257)

[Tabela 29. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną? 101](#_Toc159316258)

[Tabela 30. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną? 101](#_Toc159316259)

[Tabela 31. Realizatorzy wsparcia w DPS uczestniczący w badaniu – ocena poziomu zainteresowania usługami DPS w podziale na powiaty (liczebność) 103](#_Toc159316260)

[Tabela 32. Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie poza warunkami hospicjum? 104](#_Toc159316261)

[Tabela 33. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną? 107](#_Toc159316262)

[Tabela 34. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną? 108](#_Toc159316263)

[Tabela 35. Czy byłby Pan/Pani zainteresowany przeniesieniem się do hospicjum domowego? 108](#_Toc159316264)

[Tabela 36. Przyczyny bezdomności wśród badanych osób 111](#_Toc159316265)

[Tabela 37. Czy posiada Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie? 111](#_Toc159316266)

[Tabela 38. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną? 114](#_Toc159316267)

[Tabela 39. Czas przebywania w WTZ w podziale na płeć 130](#_Toc159316268)

[Tabela 40. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną? 132](#_Toc159316269)

[Tabela 41. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną? 132](#_Toc159316270)

[Tabela 42. Indeks samodzielności w oparciu o samoocenę badanych 135](#_Toc159316271)

[Tabela 43. Osoby deklarujące zdolność samodzielnego funkcjonowania we wszystkich wskazanych typach czynności (3) oraz osoby bez ocen negatywnych (3 + 2) 136](#_Toc159316272)

[Tabela 44. Ocena kluczowych elementów funkcjonowania DPS przez ich pensjonariuszy 140](#_Toc159316273)

[Tabela 45. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Pobyt w hospicjum daje mi poczucie bezpieczeństwa” 143](#_Toc159316274)

[Tabela 46. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „ W hospicjum cenię sobie kontakt z innymi osobami” 143](#_Toc159316275)

[Tabela 47. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku samodzielności” 144](#_Toc159316276)

[Tabela 48. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku prywatności” 144](#_Toc159316277)

[Tabela 49. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem” 145](#_Toc159316278)

[Tabela 50. Poziom zgodności ze stwierdzeniami opisującymi schronisko 148](#_Toc159316279)

[Tabela 51. Mieszkańcy schronisk dla osób w kryzysie bezdomności – odpowiedzi, czy schronisko pomaga w szukaniu pracy 150](#_Toc159316280)

[Tabela 52. Zgodność z twierdzeniami w przypadku osób korzystających ze wsparcia ZOL/ZPO 151](#_Toc159316281)

[Tabela 53. Ocena różnych aspektów funkcjonowania ZOL/ZPO 154](#_Toc159316282)

[Tabela 54. Zdania opisujące DDP – opinie osób korzystających 156](#_Toc159316283)

[Tabela 55. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na powiaty 173](#_Toc159316284)

[Tabela 56. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na aktualną sytuację materialną 175](#_Toc159316285)

[Tabela 57. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na wielkość miejscowości 176](#_Toc159316286)

[Tabela 58. Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie? (z podziałem na wiek) 178](#_Toc159316287)

[Tabela 59. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na źródła dochodów 179](#_Toc159316288)

[Tabela 60. Odpowiedzi na pytania dotyczącej subiektywnej łatwości uzyskania wsparcia w sytuacji pomocy w podziale na wielkość miejsca zamieszkania 199](#_Toc159316289)

[Tabela 61. Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia w podziale na powiaty (Czy aktualnie jest Pan/Pani w potrzebie uzyskania wsparcia?) 201](#_Toc159316290)

[Tabela 62. Realizatorzy wsparcia w DPS uczestniczący w badaniu - poziom gotowości do działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie 211](#_Toc159316291)

[Tabela 63. Realizatorzy wsparcia w ZOL/ZPO uczestniczący w badaniu - poziom gotowości do działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie 212](#_Toc159316292)

[Tabela 64. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie 213](#_Toc159316293)

[Tabela 65. Realizatorzy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie 214](#_Toc159316294)

[Tabela 66. Realizatorzy wsparcia w hospicjach uczestniczący w badaniu – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia w podziale na wykształcenie 214](#_Toc159316295)

[Tabela 67. Realizatorzy wsparcia w DPS uczestniczący w badaniu – jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia? 218](#_Toc159316296)

[Tabela 68.Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu w podziale na poziom wykształcenia – gotowość do prowadzenia działań w środowisku lokalnym odbiorcy wsparcia 226](#_Toc159316297)

[Tabela 69. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – ocena, czy deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem 227](#_Toc159316298)

[Tabela 70. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – wpływ deinstytucjonalizacji na warunki pracy 228](#_Toc159316299)

[Tabela 71. Przyporządkowanie narzędzi badawczych i pytań kwestionariuszowych do pytań badawczych 241](#_Toc159316300)

[Tabela 72. Wybrane charakterystyki opisowe próby badawczej – osoby, które do tej pory nie korzystały z usług społecznych i wybranych zdrowotnych 254](#_Toc159316301)

[Tabela 73. Znajomość instytucji oferujących usługi społeczne i wybrane zdrowotne wśród osób niekorzystających z tego rodzaju pomocy 257](#_Toc159316302)

[Tabela 74. Ocena łatwości korzystania z usług instytucji wskazanych jako znane badanym 260](#_Toc159316303)

[Tabela 75. Kształtowanie się liczby ludności według wybranych grup wieku w województwie pomorskim w latach 2022-2033 268](#_Toc159316304)

[Tabela 76. Przyjęte założenia dotyczące liczby gospodarstw jednorodzinnych z osobami starszymi 273](#_Toc159316305)

[Tabela 77. Kształtowanie się liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim w latach 2021-2033 276](#_Toc159316306)

[Tabela 78. Zmiany liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie pomorskim w latach 2011, 2021-2022 oraz 2033 278](#_Toc159316307)

[Tabela 79. Luka opiekuńcza dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży w kryzysie zdrowia psychicznego w województwie pomorskim i jego powiatach w latach: 2022 i 2033 282](#_Toc159316308)

[Tabela 80. Szacowana liczba osób w kryzysie bezdomności w województwie pomorskim na tle innych województw w wybranych latach 285](#_Toc159316309)

[Tabela 81. Szacowana liczba rodzin i osób w kryzysie bezdomności w powiatach województwa pomorskiego w latach 2019-2022 286](#_Toc159316310)

[Tabela 82. Szacowana, na podstawie dynamiki zmian, liczba rodzin i osób w kryzysie bezdomności, które mogą być zainteresowane korzystaniem ze wsparcia w powiatach województwa pomorskiego w latach 2022 i 2033 288](#_Toc159316311)

[Tabela 83. Dzieci przebywające w pieczy zastępczej w woj. pomorskim w latach 2019-2022 (ogółem) 289](#_Toc159316312)

[Tabela 84. Rodzinna piecza zastępcza w woj. pomorskim w latach 2019-2022 290](#_Toc159316313)

[Tabela 85. Etapy szacowania kosztów zaniechania procesu deinstytucjonalizacji 291](#_Toc159316314)

[Tabela 86. Kształtowanie się liczebności analizowanych grup potrzebujących wsparcia w 2022 r. i w 2033 r. 293](#_Toc159316315)

[Tabela 87. Wnioski i rekomendacje w formie tabelarycznej (na niebiesko wyróżniono działania priorytetowe) 338](#_Toc159316316)

## Spis wykresów

[Wykres 1. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji w 2022 r. oraz współczynnik obciążenia demograficznego – powiaty województwa pomorskiego 38](#_Toc159316317)

[Wykres 2. Udział osób w wieku 80 lat i więcej w populacji w 2022 r. oraz współczynnik obciążenia demograficznego (prawa oś) – powiaty województwa pomorskiego 38](#_Toc159316318)

[Wykres 3. Udział osób w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w populacji województwa pomorskiego – prognoza do 2060 r 41](#_Toc159316319)

[Wykres 4. Piramida populacji wg grup wieku – województwo pomorskie w 2022 r. 42](#_Toc159316320)

[Wykres 5. Piramida populacji wg grup wieku – województwo pomorskie w 2035 r. 43](#_Toc159316321)

[Wykres 6. Piramida populacji wg grup wieku – województwo pomorskie w 2060 r. 44](#_Toc159316322)

[Wykres 7. Udział osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej z powodu bezdomności w ogólnej liczbie osób i rodzin korzystających ze wsparcia w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r. 77](#_Toc159316323)

[Wykres 8. Dzieci umieszczone w pieczy zastępczej wg przyczyn – woj. pomorskie, 2022 r. 88](#_Toc159316324)

[Wykres 9. Dzieci w województwie pomorskim wg form pieczy zastępczej w 2022 r. 92](#_Toc159316325)

[Wykres 10. Udział dzieci w pieczy rodzinnej do ogółu dzieci w pieczy zastępczej (w %) w powiatach województwa pomorskiego w 2022 r. 93](#_Toc159316326)

[Wykres 11. Wiek badanych mieszkańców DPS 98](#_Toc159316327)

[Wykres 12. Wskazane przez respondentów powody pobytu w domu pomocy społecznej 99](#_Toc159316328)

[Wykres 13. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? 100](#_Toc159316329)

[Wykres 14. Jakich usług potrzebował(a/by) Pan/i, by wrócić do domu? 102](#_Toc159316330)

[Wykres 15. Czy uważa Pan/Pani, że w państwa DPS znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania? (realizatorzy wsparcia) 103](#_Toc159316331)

[Wykres 16. Odbiorcy wsparcia w hospicjum uczestniczący w badaniu - ocena stopnia samodzielności w wykonywaniu wymienionych czynności 105](#_Toc159316332)

[Wykres 17. Czy odczuwa Pan/Pani przewlekłe dolegliwości bólowe? 106](#_Toc159316333)

[Wykres 18. Odczuwanie przewlekłych dolegliwości bólowych przez osoby korzystające ze wsparcia hospicjum – w podziale na grupy wiekowe 107](#_Toc159316334)

[Wykres 19. Czy uważa Pan/Pani, że w państwa hospicjum znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania? 109](#_Toc159316335)

[Wykres 20. Wiek badanych mieszkańców schronisk 110](#_Toc159316336)

[Wykres 21. Jak długo pozostaje Pan/ Pani w sytuacji braku dostępu do mieszkania? 110](#_Toc159316337)

[Wykres 22. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? (w %) 113](#_Toc159316338)

[Wykres 23. Jakiego wsparcia potrzebował(a/by) Pan/i, by wyjść z kryzysu bezdomności? 115](#_Toc159316339)

[Wykres 24. Mieszkańcy schronisk dla osób w kryzysie bezdomności – znajomość miejsc lub instytucji oferujących miejsce mieszkaniowe 115](#_Toc159316340)

[Wykres 25. Czy skorzystałby Pan/Pani z tej formy mieszkalnictwa, gdy Pan/Pani mógł? 116](#_Toc159316341)

[Wykres 26. Wiek badanych pacjentów ZOL/ZPO 117](#_Toc159316342)

[Wykres 27. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? 118](#_Toc159316343)

[Wykres 28. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuacje rodzinną? 119](#_Toc159316344)

[Wykres 29. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną? 120](#_Toc159316345)

[Wykres 30. Jakiej pomocy by Pan/Pani potrzebował(a/by), aby wrócić do domu? 121](#_Toc159316346)

[Wykres 31 Czy uważa Pan/Pani, że państwa ZOL/ZPO posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki pacjentom na odpowiednim poziomie? 122](#_Toc159316347)

[Wykres 32. Wiek respondentów (DDP) w procentach. 122](#_Toc159316348)

[Wykres 33. Jakie są Pana/Pani powody korzystania z usług dziennego domu pomocy? 123](#_Toc159316349)

[Wykres 34. Stopień samodzielności beneficjentów DDP 124](#_Toc159316350)

[Wykres 35. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną? 125](#_Toc159316351)

[Wykres 36. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną? 125](#_Toc159316352)

[Wykres 37. Wiek badanych beneficjentów ŚDS 126](#_Toc159316353)

[Wykres 38. Odbiorcy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – ocena stopnia samodzielności w wykonywaniu wymienionych czynności 127](#_Toc159316354)

[Wykres 39. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną? 128](#_Toc159316355)

[Wykres 40. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną? 128](#_Toc159316356)

[Wykres 41. Czy uważa Pan/Pani, że w państwa ŚDS znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania? 129](#_Toc159316357)

[Wykres 42. Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie? 130](#_Toc159316358)

[Wykres 43. Deklaracja dotycząca stopnia samodzielność wykonywania wybranych czynności dnia codziennego przez respondentów 131](#_Toc159316359)

[Wykres 44. Czy uważa Pan/Pani, że prowadzone przez państwa warsztaty posiadają wystarczającą liczbę miejsc w stosunku do zapotrzebowania? 133](#_Toc159316360)

[Wykres 45. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat? 133](#_Toc159316361)

[Wykres 46. Mam poczucie braku samodzielności (pensjonariusze DPS) 139](#_Toc159316362)

[Wykres 47. Mam poczucie braku prywatności (pensjonariusze DPS) 139](#_Toc159316363)

[Wykres 48. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w domu pomocy społecznej? 141](#_Toc159316364)

[Wykres 49. Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których dom pomocy społecznej nie realizuje? 142](#_Toc159316365)

[Wykres 50. Ocena aspektów funkcjonowania hospicjum, przez osoby korzystające ze wsparcia 145](#_Toc159316366)

[Wykres 51. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w hospicjum? 146](#_Toc159316367)

[Wykres 52. Jak pobyt w schronisku wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne? 147](#_Toc159316368)

[Wykres 53. Jak ocenia Pan(i) poniższe aspekty funkcjonowania schroniska w której Pan/Pani teraz przybywa? 149](#_Toc159316369)

[Wykres 54. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym? 151](#_Toc159316370)

[Wykres 55. Jak pobyt w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wpłynął na Pana/Pani jakość życia? 153](#_Toc159316371)

[Wykres 56. Jak pobyt w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne? 153](#_Toc159316372)

[Wykres 57. Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których zakład opiekuńczo-leczniczy/pielęgnacyjno-opiekuńczy nie realizuje? 155](#_Toc159316373)

[Wykres 58. Jakość życia w DDP 157](#_Toc159316374)

[Wykres 59. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w dziennym domu pomocy? 157](#_Toc159316375)

[Wykres 60. Potrzeby pomocowe, których dzienny dom pomocy nie realizuje 158](#_Toc159316376)

[Wykres 61. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Mam poczucie braku samodzielności” 159](#_Toc159316377)

[Wykres 62. Poziom zgodności ze stwierdzeniem „Czuję się zaniedbany/a” 160](#_Toc159316378)

[Wykres 63. Ocena aspektów funkcjonowania ŚDS przez osoby korzystające ze wsparcia 160](#_Toc159316379)

[Wykres 64. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje Pan/Pani w środowiskowym domu samopomocy? 161](#_Toc159316380)

[Wykres 65. Niezaspokojone potrzeby w zakresie usług pomocowych 162](#_Toc159316381)

[Wykres 66. Opinie respondentów na temat warsztatów terapii zajęciowej 163](#_Toc159316382)

[Wykres 67. Wpływ warsztatów terapii zajęciowej na jakość życia w podziale na czas korzystania 164](#_Toc159316383)

[Wykres 68. Czy Pana/Pani zdaniem udział w terapii zajęciowej pomógł Panu/Pani zwiększyć swoją samodzielność? 164](#_Toc159316384)

[Wykres 69. Odpowiedzi na pytanie czy udział w warsztatach terapii zajęciowej daje umiejętności pomocne w podjęciu pracy 165](#_Toc159316385)

[Wykres 70. Potrzeby niezrealizowane w ramach WTZ 166](#_Toc159316386)

[Wykres 71. Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z wsparcia innych instytucji lub usług? (Jaka to była instytucja/ usługa?) 167](#_Toc159316387)

[Wykres 72. Rozkład płci respondentów 169](#_Toc159316388)

[Wykres 73. Rozkład wieku badanej próby mieszkańców 169](#_Toc159316389)

[Wykres 74. Odsetek badanych mieszkańców ze względu na wielkość miejscowości zamieszkania 171](#_Toc159316390)

[Wykres 75. Deklarowana przez respondentów ocena własnego poziomu życia 171](#_Toc159316391)

[Wykres 76. Główne źródło utrzymania respondentów 172](#_Toc159316392)

[Wykres 77. Rozkład odpowiedzi na pytanie: czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie? 173](#_Toc159316393)

[Wykres 78. Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie? (z podziałem na wiek) 178](#_Toc159316394)

[Wykres 79. Zapotrzebowania na opiekę wśród mieszkańców województwa 181](#_Toc159316395)

[Wykres 80. Wsparcie jakiego potrzebują członkowie rodzin respondentów 182](#_Toc159316396)

[Wykres 81. Deklaracja chęci korzystania z formy prywatnej lub publicznej w zakresie usług zdrowotnych – w podziale na płeć) 183](#_Toc159316397)

[Wykres 82. Chęć korzystania z usług prywatnych/publicznych – w podziale na wiek 184](#_Toc159316398)

[Wykres 83. Deklarowana chęć korzystania z usług prywatnych/publicznych – w podziale na status materialny 185](#_Toc159316399)

[Wykres 84. Powody wyboru usług publicznych (możliwe wiele odpowiedzi) 186](#_Toc159316400)

[Wykres 85. Powody wyboru usług prywatnych (możliwe wiele odpowiedzi) 186](#_Toc159316401)

[Wykres 86. Przeciętny miesięczny koszt poniesiony na zapewnienie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub stałą opieką medyczną dotyczącą respondenta (w ostatnich 3 miesiącach, w podziale na płeć) 187](#_Toc159316402)

[Wykres 87. Sprawowanie opieki nad bliskimi w podziale na płeć 188](#_Toc159316403)

[Wykres 88. Sprawowanie opieki nad członkami rodziny w podziale na kategorie wiekowe 189](#_Toc159316404)

[Wykres 89. Średni miesięczny (w ciągu ostatnich 3 miesięcy) deklarowany i szacowany koszt opieki nad członkiem rodziny 191](#_Toc159316405)

[Wykres 90. Wpływ sprawowania opieki nad członkami rodziny na możliwość pracy zarobkowej – w podziale na miejsce zamieszkania 193](#_Toc159316406)

[Wykres 91. Korzystanie z pomocy instytucji w opiece nad członkami rodziny 195](#_Toc159316407)

[Wykres 92. Korzystanie z instytucji wsparcia w poszczególnych grupach wiekowych 196](#_Toc159316408)

[Wykres 93. Ocena łatwości dostępu do poszczególnych instytucji wsparcia 198](#_Toc159316409)

[Wykres 94. 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?) 203](#_Toc159316410)

[Wykres 95. Opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji (pracownicy DPS) 208](#_Toc159316411)

[Wykres 96. Opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji (pracownicy schronisk) 209](#_Toc159316412)

[Wykres 97. Opinia na temat procesu deinstytucjonalizacji (pracownicy ZOL/ZPO) 210](#_Toc159316413)

[Wykres 98. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – przyczyny (deklarowanego) negatywnego wpływu deinstytucjonalizacji na warunki pracy 229](#_Toc159316414)

[Wykres 99. Realizatorzy wsparcia w schronisku uczestniczący w badaniu – ocena stwierdzeń dotyczących deinstytucjonalizacji 230](#_Toc159316415)

[Wykres 100. Realizatorzy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – ocena skuteczności dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej 231](#_Toc159316416)

[Wykres 101. Realizatorzy wsparcia w ŚDS uczestniczący w badaniu – ocena czy deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem 231](#_Toc159316417)

[Wykres 102. Realizatorzy wsparcia w badanych instytucjach – uczestnictwo w szkoleniu, kursie w aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej 233](#_Toc159316418)

[Wykres 103. Warianty zmian w systemie usług społecznych i wybranych usług zdrowotnych w latach 2023-2033 250](#_Toc159316419)

[Wykres 104. Różne warianty kosztów wsparcia oraz opieki instytucjonalnej i środowiskowej w zależności od realizacji procesu deinstytucjonalizacji 251](#_Toc159316420)

[Wykres 105. Instytucje oferujące wsparcie oraz usługi według stopnia rozpoznawalności. 258](#_Toc159316421)

[Wykres 106. Porównanie wyników w zakresie samooceny poziomu wiedzy na temat miejsca, do którego można zwrócić się o pomoc w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia oraz łatwości uzyskania tego rodzaju pomocy 262](#_Toc159316422)

[Wykres 107. Porównanie wyników w zakresie wyboru usług prywatnych lub publicznych; odpowiedzi na pytanie: W sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia w pierwszej kolejności skorzystał/a/by Pan/Pani z usług prywatnych czy publicznych? 263](#_Toc159316423)

[Wykres 108. Posiadanie wiedzy o procesie deinstytucjonalizacji 265](#_Toc159316424)

[Wykres 109. Ocena deinstytucjonalizacji jako pozytywnego kierunku zmian 266](#_Toc159316425)

[Wykres 110. Struktura ludności według wieku na koniec 2022 r. oraz prognozy dla lat: 2023-2025 oraz 2033 dla województwa pomorskiego 269](#_Toc159316426)

[Wykres 111. Wskaźnik obciążenia demograficznego na koniec 2022 r. oraz prognozy w latach 2023-2033 – województwo pomorskie i wybrane powiaty 270](#_Toc159316427)

[Wykres 112. Stosunek liczby opiekunów do podopiecznych na koniec 2022 r. oraz prognozy w latach 2023-2033 – województwo pomorskie i wybrane powiaty 271](#_Toc159316428)

[Wykres 113. Liczba gospodarstw domowych w latach 2021-2033 według prognozy z 2016 r. oraz dane skorygowane według danych rzeczywistych z 2021 r. 272](#_Toc159316429)

[Wykres 114. Odsetek gospodarstw domowych w powiatach województwa pomorskiego w 2021 r. 273](#_Toc159316430)

[Wykres 115. Oszacowania liczby jednorodzinnych gospodarstw domowych osób starszych w województwie pomorskim w latach: 2022, 2026, 2030 oraz 2033 274](#_Toc159316431)

[Wykres 116. Województwo pomorskie na tle kraju oraz innych regionów pod względem dynamiki zmian liczby osób z niepełnosprawnościami w 2021 r. w porównaniu do 2011 r. 275](#_Toc159316432)

[Wykres 117. Odsetek osób z niepełnosprawnościami w powiatach województwa pomorskiego w 2021 r. 277](#_Toc159316433)

[Wykres 118. Przyrost względny osób z niepełnosprawnościami w 2021 r. w porównaniu do 2011 r. w powiatach województwa pomorskiego 278](#_Toc159316434)

[Wykres 119. Przyrost względny osób w kryzysie zdrowia psychicznego w 2033 r. w porównaniu do 2022 r. w powiatach województwa pomorskiego 281](#_Toc159316435)

## Spis rysunków

[Rysunek 1. Współczynnik obciążenia pielęgnacyjnego, województwo pomorskie w 2021 r. 39](#_Toc159316495)

[Rysunek 2. Liczba pacjentów zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych w województwie pomorskim, 2021 r. 51](#_Toc159316496)

[Rysunek 3. Liczba pacjentów zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych w województwie pomorskim, 2021 r. 52](#_Toc159316497)

[Rysunek 4. Pacjenci pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w województwie pomorskim, 2021 r. 53](#_Toc159316498)

[Rysunek 5. Szacowana liczba osób w kryzysie bezdomności w województwach w 2022 r. 75](#_Toc159316499)

[Rysunek 6. Liczba dzieci w pieczy zastępczej w powiatach woj. pomorskiego w 2022 r. 86](#_Toc159316500)

[Rysunek 7. Rozkład próby badawczej w podziale na powiaty 170](#_Toc159316501)

[Rysunek 8. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie – w podziale na powiaty 174](#_Toc159316502)

[Rysunek 9. Mieszkańcy województwa, którzy posiadają długotrwałe problemy zdrowotne utrudniające codzienne funkcjonowanie w stopniu znacznym – w podziale na powiaty 177](#_Toc159316503)

[Rysunek 10. Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia w podziale na powiaty (Czy aktualnie jest Pan/Pani w potrzebie uzyskania wsparcia?) 200](#_Toc159316504)

[Rysunek 11. Deklaracja potrzeby uzyskania wsparcia dla członka rodziny w podziale na powiaty (Czy któryś z członków Pana/Pani rodziny, którym się Pan/Pani obecnie nie zajmuje, jest w potrzebie uzyskania takiego wsparcia?) 204](#_Toc159316505)

Aneks: narzędzia użyte w ramach badania ilościowego

## Kwestionariusz CATI z mieszkańcami województwa pomorskiego

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.Proszę podać swoją płeć  [] Męska  [] Żeńska  [] Inna ***nie czytać w przypadku, gdy respondent\_ka wybierze tę odpowiedź zapytać o preferowane zaimki*** |
| 2.Czy Pan/Pani obecnie mieszka na terenie województwa pomorskiego?  [] Tak **kontynuuj wypełnianie kwestionariusza**  [] Nie ***przerwij wypełnianie kwestionariusza, przeczytaj*:** *„Bardzo Panu/ Pani dziękuję za poświęcony czas, badanie obejmuje tylko mieszkańców województwa pomorskiego, na tym etapie zakończę wywiad”* |
| 3.W którym roku się Pan/Pani urodził\_a?  []  ***w przypadku, gdy respondent odpowie 1978 lub wcześniejszy kontynuuj wypełnianie kwestionariusza w przeciwnym wypadku przerwij I powiedz*.** *„Bardzo Panu/ Pani dziękuje za poświęcony czas, badanie obejmuje tylko osoby, które ukończyły 45 rok życia z tego powodu jestem zmuszon(y/a) na zakończenie wywiadu”* |
| 4.Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?  [] Tak w znacznym stopniu ***przejdź do pytania 4.1.***  [] Tak w niewielkim stopniu ***przejdź do pytania 4.1.***  [] Nie ***Przejdź do pytania 5.***  [] Trudno powiedzieć ***Przejdź do pytania 5***. |
| 4.1.Czy Pana/Pani stan zdrowia ogranicza możliwość podjęcia pracy zarobkowej?  [] Tak, uniemożliwia mi to pracę  [] Tak, pracuję w mniejszym wymiarze godzin niż bym preferował\_a  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 4.2.Czy ponosi Pan/Pani jakieś koszty związane z pomocą w codziennym funkcjonowaniu lub stałą opieką medyczną dotyczącą Pani/Pana osoby?  [] Tak ***przejdź do pytania 4.2.1.***  [] Nie ***Przejdź do pytania 5.*** |
| 4.2.1Czy jest Pan/Pani w stanie oszacować średni miesięczny koszt takiej pomocy w ciągu 3 ostatnich miesięcy? ***W przypadku gdy respondent\_ka będą posiadać trudność z odpowiedzią wskazać przedziały***:  [] 0-500 zł  [] 501-1000 zł  [] 1001 -1500 zł  [] 1501-2000 zł  [] 2000 zł +  [] Odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 5.W sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia w pierwszej kolejności skorzystał/a/by Pan/Pani z usług prywatnych czy publicznych?  [] Prywatnych przejdź do pytania 5.1  [] Publicznych przejdź do pytania 5.2 |
| 5.1 Dlaczego Pan/Pani wybrał/a/by usługi prywatne?  ***Ankieter zaznacza spontaniczną odpowiedź respondenta nie czyta kafeterii.***  [] Usługi prywatne posiadają lepszą jakość  [] Mam większe zaufanie do usług prywatnych niż do usług publicznych  [] Mam złe doświadczenia z usługami publicznymi  [] Formalności związane z usługami publicznymi są zbyt skomplikowane  [] Nie trzeba tyle czekać na usługi prywatne, ile na usługi publiczne  [] Nie kwalifikuję się do pomocy publicznej  [] inne jakie?  ***Przejdź do pytania 6.***  5.2 Dlaczego Pan/Pani wybrał/a/by usługi publiczne?  ***Ankieter zaznacza spontaniczną odpowiedź respondenta nie czyta kafeterii.***  [] Usługi publiczne posiadają lepszą jakość  [] Mam większe zaufanie do usług publicznych niż do usług prywatnych  [] Usługi prywatne są dla mnie zbyt drogie  [] Mam złe doświadczenia z usługami prywatnymi  [] inne jakie?  ***Przejdź do pytania 6.*** |
| 6. Przeczytam listę stwierdzeń odnoszących się do sytuacji życiowej. Prosiłbym o odpowiedź które z tych stwierdzeń najbardziej odpowiada Panu/Pani doświadczeniu  [] Potrzebuję ciągłej opieki ze strony innych  [] Potrzebuję pomocy w wykonywaniu części codziennych obowiązków  [] Niektóre czynności wymagają pomocy ze strony innych nie potrzebuję jednak codziennej pomocy  [] Nie potrzebuję otrzymywać żadnej formy wsparcia |
| 7.Przeczytam Panu/Pani listę instytucji oferujących wsparcie oraz usług: proszę o odpowiedzi czy Pan/Pani o nich słyszał\_a:  [] Domy Pomocy Społecznej, DPS-y. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze, lub pielęgnacyjno-opiekuńcze. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Hospicja stacjonarne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Dzienne domy pomocy [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Środowiskowe domy samopomocy [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Warsztaty terapii zajęciowej [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Organizacja pozarządowa, NGO [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Ośrodki pomocy społecznej [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Opieka wytchnieniowa ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić: Opieka*** *wytchnieniowa to forma wsparcia dla opiekunów. Jej istotą jest zapewnienie opieki osobie niesamodzielnej, dzięki czemu jej opiekun może odpocząć od codziennych obowiązków, załatwić swoje sprawy czy skorzystać z poradniczego wsparcia lub nauki w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji.*  [] Mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe |
| 7.1 Czy Pana/Pani zdaniem w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia łatwo skorzystać z usług […]?  ***Ankieter czyta wszystkie instytucje wskazane przez respondenta w poprzednim pytaniu powtórzyć pytanie dla każdego zaznaczonego itemu***  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8.Czy aktualnie opiekuje się Pan/Pani członkiem rodziny, który wymaga stałej opieki?  [] Tak ***przejdź do pytania 8.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 9*** |
| 8.1.Czy opieka nad członkiem rodziny ogranicza możliwość podjęcia przez Panią/Pana pracy zarobkowej?  [] Tak, uniemożliwia mi to pracę  [] Tak, pracuje w mniejszym wymiarze godzin niż bym preferował\_a  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8.2.Czy ponosi Pan/Pani jakieś koszty związane z opieką nad członkiem rodziny?  [] Tak ***przejdź do pytania 8.2.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 8.3.*** |
| 8.2.1. Czy jest Pan/Pani w stanie oszacować średni miesięczny koszt takiej pomocy w ciągu 3 ostatnich miesięcy? ***w przypadku, gdy respondent\_ka będą posiadać trudność z odpowiedzią wskazać przedziały***:  [] 0-500 zł miesięcznie  [] 501-1000 zł  [] 1001 -1500 zł  [] 1501-2000 zł  [] 2000 zł +  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8.3.Przeczytam Panu/Pani listę instytucji oferujących pomoc oraz usług. Prosiłbym, aby odpowiedziała, Pan/Pani czy korzystał\_a z nich w zakresie pomocy nad członkiem rodziny:  ***ankieter czyta po kolei itemy kafeterii, po każdym itemie czeka na odpowiedź respondenta dopiero po niej czyta kolejną instytucję***  [] Domy Pomocy Społecznej, DPS-y. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze, lub pielęgnacyjno-opiekuńcze. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Hospicja stacjonarne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Dzienne domy pomocy [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Środowiskowe domy samopomocy [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Warsztaty terapii zajęciowej [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Organizacja pozarządowa, NGO [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Ośrodki pomocy społecznej [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Opieka wytchnieniowa ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić: Opieka*** *wytchnieniowa to forma wsparcia dla opiekunów. Jej istotą jest zapewnienie opieki osobie niesamodzielnej, dzięki czemu jej opiekun może odpocząć od codziennych obowiązków, załatwić swoje sprawy czy skorzystać z poradniczego wsparcia lub nauki w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji.*  [] Mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe  [] Inne usługi specjalistyczne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  ***jeżeli respondent wskazał przynajmniej jedną instytucję przejdź do pytania 8.3.1 w przeciwnym wypadku przejdź do pytania 9*** |
| 8.3.1Jakiego rodzaju było to wsparcie?  ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu***  [] |
| 8.3.2Czy aktualnie dalej korzysta Pan/Pani z tego wsparcia?  [] Tak  [] Nie |
| 8.3.3.Jak ocenia Pan/Pani łatwość w skorzystaniu z wsparcia tej instytucji oraz usług?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 9.Czy uważa Pan/Pani, że w sytuacji potrzeby łatwo uzyskać pomoc od instytucji?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 10.Czy ma Pan/Pani poczucie, że w sytuacji potrzeby uzyskania wsparcia wiedziałby Pan/Pani gdzie zwrócić się o pomoc?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11.Przeczytam Panu/Pani listę instytucji oferujących pomoc oraz usług. Prosiłbym, aby odpowiedział\_a, Pan/Pani czy korzystał\_a z ich usług ***nie czytać odpowiedzi trudno powiedzieć***:  [] Domy Pomocy Społecznej, DPS-y. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze, lub pielęgnacyjno-opiekuńcze. [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Hospicja stacjonarne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Dzienne domy pomocy [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Środowiskowe domy samopomocy [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Warsztaty terapii zajęciowej [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Organizacja pozarządowa, NGO [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Ośrodki pomocy społecznej [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Opieka wytchnieniowa ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić: Opieka*** *wytchnieniowa to forma wsparcia dla opiekunów. Jej istotą jest zapewnienie opieki osobie niesamodzielnej, dzięki czemu jej opiekun może odpocząć od codziennych obowiązków, załatwić swoje sprawy czy skorzystać z poradniczego wsparcia lub nauki w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji.*  [] Mieszkalnictwo wspomagane, chronione lub treningowe  [] Inne usługi specjalistyczne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  ***jeżeli respondent wskazał przynajmniej jedną instytucje przejdź do pytania 11.1. w przeciwnym wypadku przejdź do pytania 12.*** |
| 11.1Jakiego rodzaju było to wsparcie?  ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu***  [] |
| 11.2Czy aktualnie dalej korzysta Pan/Pani z tego wsparcia?  ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu***  [] Tak  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11.3.Jak ocenia Pan/Pani łatwość w skorzystaniu z wsparcia tej instytucji oraz usług?  ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu***  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle |
| 12.Czy aktualnie jest Pan/Pani w potrzebie uzyskania wsparcia?  [] Zdecydowanie tak ***przejdź do pytania 12.1.***  [] Raczej tak ***przejdź do pytania 12.1.***  [] Trudno powiedzieć ***przejdź do pytania 13.***  [] Raczej nie ***przejdź do pytania 13***.  [] Zdecydowanie nie ***przejdź do pytania 13.***  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać przejdź do pytania 13.***  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać przejdź do pytania 13.*** |
| 12.1Jakim rodzajem wsparcia byłby Pan/Pani zainteresowan\_y/a? Proszę o odpowiedź tak lub nie. ***Nie czytać odpowiedzi trudno powiedzieć***  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomoc w przyjmowaniu [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 12.2Gdzie Pana/Pani zdaniem powinna odbywać się taka pomoc?  ***pytanie powtórzyć dla każdego wybranego itemu***  [] W miejscu mojego zamieszkania  [] W pobliżu mojego miejsca zamieszkania w specjalnie do tego przystosowanej placówce (w formie dziennej, a nie całodobowej)  [] W instytucjach całodobowych  [] Nie ma to znaczenia |
| 13.Czy któryś z członków Pana/Pani rodziny, którym się Pan/Pani obecnie nie zajmuje, jest w potrzebie uzyskania takiego wsparcia?  [] Zdecydowanie tak ***przejdź do pytania 13.1.***  [] Raczej tak ***przejdź do pytania 13.1.***  [] Trudno powiedzieć ***Przejdź do pytania 14***  [] Raczej nie ***Przejdź do pytania 14***  [] Zdecydowanie nie ***Przejdź do pytania 14*** |
| 13.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie? ***Nie czytać odpowiedzi trudno powiedzieć***  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka wytchnieniowa ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić:*** *Opieka wytchnieniowa to forma wsparcia dla opiekunów osób niepełnosprawnych. Jej istotą jest zapewnienie opieki osobie niesamodzielnej, dzięki czemu jej opiekun może odpocząć od codziennych obowiązków, załatwić swoje sprawy czy skorzystać z poradniczego wsparcia lub nauki w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji.*  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie |
| 13.2Gdzie Pana/Pani zdaniem powinna odbywać się taka pomoc?  **pytanie powtórzyć dla każdego wybranego itemu**  [] W miejscu jego zamieszkania  [] w pobliżu jego miejsca zamieszkania w specjalnie do tego przystosowanej placówce (w formie dziennej, a nie całodobowej)  [] W instytucjach całodobowych  [] Nie ma to znaczenia |
| 14.Czy słyszał\_a Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj***; *Deinstytucjonalizacja usług społecznych oznacza proces w wyniku, którego część usług społecznych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcia. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacja nie oznacza zamykania istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 15. Czy ocenia Pan/Pani deinstytucjonalizację jako pozytywny kierunek zmian:  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 16. Jaka jest wielkość miejscowości, w której Pan/Pani mieszka?  [] Wieś  [] Miasto do 20 tysięcy mieszkańców  [] Miasto powyżej 20 do 100 tysięcy mieszkańców  [] Miasto powyżej 100 do 200 tysięcy mieszkańców  [] Miasto powyżej 200 tysięcy mieszkańców |
| 17. W jakim powiecie znajduje się miejscowość, w której Pan/Pani mieszka?  ***Ankieter czeka na spontaniczną odpowiedź respondenta I zaznacza w liście. W przypadku, gdy respondent nie zna nazwy swojego powiatu, proszony jest o kod pocztowy, który ankieter przyporządkowuje do określonego powiatu po wywiadzie***. |
| 18. Jaki jest Pana/Pani główne źródło utrzymania?  [] Prowadzę działalność gospodarczą  Praca etatowa  [] Praca dorywcza  [] Świadczenia z pomocy społecznej  [] Emerytura lub renta  Inne świadczenia pieniężne (np. z ZUS) |
| 19. Przeczytam Panu/Pani listę stwierdzeń odnoszących się do pańskiej sytuacji materialnej, proszę o odpowiedź, która z odpowiedzi najbardziej odpowiada sytuacji pańskiej rodziny  [] Żyjemy bardzo dobrze - mogę (możemy) pozwolić sobie na pewien luksus  [] Żyjemy dobrze – starcza nam na wiele bez specjalnego oszczędzania  [] Żyjemy średnio - starcza nam na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważniejsze zakupy  [] Żyjemy skromnie - musimy na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować  [] Żyjemy bardzo biednie - nie starcza mi (nam) nawet na podstawowe potrzeby |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.2 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z mieszkańcami DPS

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.W którym roku zamieszkał\_a Pan/Pani w domu pomocy społecznej?  [] |
| 2.Proszę wybrać, które z twierdzeń najlepiej opisuje powód Pana/Pani pobytu w domu pomocy społecznej:  [] Jestem osobą przewlekle chorą  [] Jestem osobą z niepełnosprawnością  [] Ze względu na mój stan psychiczny  [] Ze względu na podeszły wiek  [] Nie mam innej możliwości zamieszkania  [] Nie mam innej możliwości otrzymania wsparcia np. od rodziny lub bliskich  [] Brak możliwości dalszego pobytu w innej placówce  [] Inne jakie? |
| 3.Jak ocenia Pan/Pani jakość usług w domu pomocy społecznej? ***Pytanie do zadania tylko do mieszkańców zdolnych samodzielnie wypełnić ankietę.***  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] Nie dotyczy |
| 4.Przeczytam Panu/ Pani szereg zdań opisujących dom pomocy społecznej, proszę powiedzieć czy się Pan/Pani z nimi zdecydowanie zgadza, raczej zgadza, ani się zgadza ani nie zgadza, raczej nie zgadza czy zdecydowanie nie zgadza. ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] W placówce czuję się swobodnie  [] Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez placówkę zaspokajane  [] Mam poczucie braku samodzielności  [] Czuje się zaniedban(y/a)  [] Pobyt w placówce daje mi poczucie bezpieczeństwa  [] W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami  [] Mam poczucie braku prywatności  [] Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem  [] Nie dotyczy |
| 5.Jak Pan/ Pani ocenia poniższe aspekty funkcjonowania domu pomocy społecznej w której Pan/Pani teraz przybywa? Na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 bardzo dobrze. ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Komfort  [] Opiekę medyczną  [] Kontakt z personelem  [] Jakość opieki  [] Możliwość kontaktu z rodziną  [] Aktywność społeczna/obywatelska  [] Religia, możliwość praktykowania obrzędów religijnych np. udział w Mszy Św.  [] Wyżywienie  [] Możliwość kontaktu z ludźmi  [] Możliwość spędzania czasu wolnego/rozrywka  [] Dostęp do mediów np. TV, Radio, Internet  [] Nie dotyczy |
| 6.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 7.Jak pobyt w domu pomocy społecznej wpłynął na Pana/Pani jakość życia ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] Nie dotyczy |
| 8.Jak pobyt w domu pomocy społecznej wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne? ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] Nie dotyczy |
| 9.Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?  [] Tak, w znacznym stopniu  [] Tak, w niewielkim stopniu  [] Nie  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 10. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? Na skali od 1 do 3 gdzie 1 oznacza nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie i schodzenie po schodach  [] Ubieranie i rozbieranie się |
| 11.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny i znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 11.1.***  [] Nie  11.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką[tak] [nie]  [] Otrzymuje od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie]  [] Opiekują się mną [tak] [nie]  [] Zajmują się obowiązkami, których nie mogę wykonać ze względu na pobyt w DPS [tak] [nie]  [] Inne jakie |
| 12.Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w domu pomocy społecznej?  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić. Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.***[tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 13.Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których dom pomocy społecznej nie realizuje?  ***lista itemów powtarza się z poprzedniego pytania z wyłączeniem tych form wsparcia, które badan(y/a) zaznaczyli***  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie |
| 14.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany skorzystaniem ze wsparcia w mieszkaniu lub w innym miejscu niebędącym placówką całodobową w tym domem pomocy społecznej **Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę?**  [] Tak ***przejdź do pytania 15.***  [] Nie ***przejdź do pytania 16.***  [] Nie wiem trudno powiedzieć ***przejdź do pytania 17***  [] Nie dotyczy ***przejdź do pytania 17*** |
| 15. Jakich usług potrzebował(a/by) Pan/i, by wrócić do domu?  ***ankieter czyta listę***  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka paliatywna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Edukacja zdrowotna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka nad urazami [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Porady telemedyczne [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Usługi opiekuńcze [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc sąsiedzka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka wytchnieniowa [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne  ***przejdź do pytania 17*** |
| 16.Jakie są tego powody?  [] Nie posiadam stałego miejsca zamieszkania  [] Jestem zadowolony z opieki oferowanej w placówce  [] Wymagam stałej opieki  [] Inne jakie |
| 17.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z pobytu w domu pomocy społecznej, innych podobnych instytucji lub usług?  [] Tak, z domu pomocy społecznej ***przejdź do pytania 18***  [] Tak z innej placówki lub usługi ***przejdź do pytania 17.1***  [] Tak, z domu pomocy społecznej i innej placówki lub usługi ***przejdź do pytania 17.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 18***  17.1Jaka to była instytucja lub usługa?  [] Schronisko dla osób w kryzysie bezdomności  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione treningowe i wspomagane  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Warsztaty terapii zajęciowej  [] Organizacje pozarządowe, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie  17.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę? ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć nie czytać  [] Nie dotyczy  17.3 Jaka była przyczyna rezygnacja z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Wymagam opieki całodobowej  [] Brak możliwości dalszego pobytu w placówce  [] Inne jakie? |
| 18. Ile ma Pan/Pani lat?  [] |
| 19. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 20. Kto pokrywa koszty Pan/Pani pobytu?  [] Tylko ja  [] Głównie ja część pieniędzy uzyskuje od rodziny  [] Głównie moja rodziny pokrywam koszty w niewielkim stopniu  [] Tylko i wyłącznie moja rodzina  [] Gmina |
| 21. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.3 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w DPS

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie usługami domu pomocy społecznej, w której Pan/Pani aktualnie pracuje?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znaczenie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa DPS znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Miejsc jest zdecydowanie za mało  [] Miejsc jest raczej za mało  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 4.Czy uważa Pan/Pani, że państwa DPS posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki mieszkańcom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 5.Jak Pan/Pani oceniłaby jakość usług oferowanych w państwa DPS?  [] Bardzo dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Raczej dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Ani dobrze ani nie dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Raczej źle ***przejdź do pytania 5.1.***  [] Bardzo źle ***przejdź do pytania 5.1****.*  5.1.Jakie są powody niskiej oceny?  ***osoba ankietująca czeka na spontaniczną odpowiedź respondenta***  [] Przeciążenie personelu  [] Zła jakość infrastruktury  [] Braki kadrowe  [] Niewystarczające kompetencje pracowników  [] Wysokie koszty bieżącego utrzymania  [] Ograniczony dostęp do usług medycznych  [] Inne jakie? |
| 6. Pana/ Pani zdaniem kto najczęściej decyduje o umieszczeniu w DPS?  [] Jest to decyzja osoby, korzystającej ze wsparcia  [] Jest to decyzja rodziny  [] Jest to wspólna decyzja rodziny oraz osoby korzystającej ze wsparcia  [] Jest to decyzja sądu |
| 7.Czy słyszał\_a Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji w kontekście usług społecznych?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj****: Deinstytucjonalizacja usług społecznych oznacza proces w wyniku, którego część usług społecznych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcie. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacja nie oznacza zamykania istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 8.Jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle*.* |
| 9. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu, lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem. Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 10. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11.Czy byłby Pan/Pani zainteresowan\_a/y uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Nie wiem/trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 12.Przeczytam Panu/Pani listę usług społecznych proszę odpowiedzieć czy państwa DPS oferuje te usługi w pełnym zakresie, realizuje je częściowo czy też wcale:  [] Codzienne opieka [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Opieka pielęgniarska [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Pomoc psychologiczna [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Opieka lekarska [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Rehabilitacja [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Fizjoterapia [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomoc w przyjmowaniu* [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Inne jakie? |
| 13.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej?  [] Opieka środowiskowa jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka środowiskowa jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 14.Czy Pana/Pani zdaniem możliwe jest przeniesienie części działań opiekuńczych z państwa DPS do środowiska lokalnego odbiorców wsparcia?  [] Tak ***przejdź do pytania 14.1.***  [] Nie ***przejdź do pytania 15***  14.1Przeczytam Panu/Pani listę różnych odbiorców wsparcia proszę o wskazanie czy Pani/Pana zdaniem te grupy skorzystałoby na wsparciu i opiece środowiskowej  [] Osoby w podeszłym wieku  [] Osoby przewlekle chore  [] Osoby przewlekle chore psychicznie  [] Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną  [] Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną  [] Osoby z niepełnosprawnością fizyczną  [] Osoby uzależnione od alkoholu |
| 15.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 16.W jaki sposób proces deinstytucjonalizacji zmieni Pana/Pani warunki pracy?  [] Zdecydowanie je polepszy ***przejdź do pytania 17***  [] Raczej je polepszy ***przejdź do pytania 17***  [] Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy ***przejdź do pytania 17***  [] Raczej je pogorszy ***przejdź do pytania 16.1***  [] Zdecydowanie je pogorszy ***przejdź do pytania 16.1***  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** ***przejdź do pytania 17***  16.1 Jakie są tego powody? Proszę o wybranie wszystkich, z którymi się Pan/Pani zgadza.  [] Redukcja personelu  [] Nie posiadam odpowiednich kompetencji do pracy środowiskowej  [] Zwiększenie ilości obowiązków  [] Praca środowiskowa jest w mojej opinii bardziej wymagająca  [] Inne jakie? |
| 17.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza, gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. Deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 18.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracą?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  19 Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy w domu pomocy społecznej? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z podopiecznymi |
| 20. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca, gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 21. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 22. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę, jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] trudni powiedzieć/odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 23. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 24. Ile lat pracuje Pan/Pani w tym domu pomocy społecznej  [] |
| 25. Czy Pracowała Pan/Pani w innym domu pomocy społecznej  [] tak ***przejdź do pytania 25.1***  [] nie ***przejdź do pytania 26*** |
| 25.1 Ile lat pracuje Pan/Pani łącznie w domach pomocy społecznej?  [] |
| 26. Jaka jest Pana/Pani narodowość?  [] Polska  [] Ukraińska  [] Białoruska  [] inna jaka? |
| 27. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe, gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne pomaturalne  [] Wyższe |
| 28. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

## 2.4 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z mieszkańcami schronisk dla osób w kryzysie bezdomności

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.Jak długo mieszka Pan/Pani w schronisku?  [] Do 3 miesięcy  [] Od 4 do 6 miesięcy  [] Od 7 do 9 miesięcy  [] Od 10 do 12 miesięcy  [] Powyżej roku |
| 2.Jak długo pozostaje Pan/ Pani w sytuacji braku dostępu do mieszkania?  [] Do 3 lat  [] Od 4 do 7 lat  [] Od 8 do 10 lat  [] Powyżej 10 lat |
| 3.Jakie były u Pana/Pani przyczyny bezdomności?  ***Ankieter nie czyta kafeterii, zaznacza on wszystkie odpowiedzi respondenta w liście itemów.***  [] Konflikt rodzinny  [] Przemoc domowa  [] Zadłużenie  [] Niepowodzenie w szukaniu pracy poza miejscem zamieszkania  [] Eksmisja, wymeldowanie z mieszkania  [] Migracja/ wyjazd na stałe do innego kraju  [] Opuszczenie placówki opiekuńczo-wychowawczej  [] Zadłużenie  [] Odejście/śmierć rodzica/opiekuna w dzieciństwie  [] Rozpad związku  [] Bezrobocie, brak pracy  [] Zły stan zdrowia, niepełnosprawność  [] Uzależnienie  [] Choroba/zaburzenie psychiczne (inne niż uzależnienie)  [] Opuszczenie zakładu karnego  [] Inne jakie? |
| 4.Czy posiada Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne, które utrudniają Panu/Pani codzienne funkcjonowanie?  [] Tak w znacznym stopniu  [] Tak w niewielkim stopniu  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 5. Czy posiada Pan/Pani problemy z kontrolą użycia następujących substancji?:  [] Alkoholu [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Leków [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Narkotyków [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Innych  [] Odmowa udzielenia odpowiedzi |
| 6.Jak ocenia Pan/Pani pobyt w schronisku?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 7.Przeczytam Panu/ Pani szereg zdań opisujących Pana/Pani pobyt w schronisku, proszę powiedzieć czy się Pan/Pani się z nimi zdecydowanie zgadza, raczej zgadza, ani się zgadza ani się nie zgadza raczej nie zgadza czy zdecydowanie nie zgadza.  [] W schronisku czuję się swobodnie  [] Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez schronisko zaspokajane  [] Mam poczucie braku samodzielności  [] Czuje się zaniedban(y/a)  [] Pobyt w schronisku daje mi poczucie bezpieczeństwa  [] W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami  [] Mam poczucie braku prywatności |
| 8.Jak Pan/ Pani ocenia poniższe aspekty funkcjonowania schroniska w której Pan/Pani teraz przybywa? Na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 bardzo dobrze:  [] Standardy mieszkania  [] Komfort  [] Wyżywienie  [] Opiekę medyczną  [] Kontakt z personelem  [] Oferowane wsparcie  [] Możliwość kontaktu z rodziną  [] Możliwość kontaktu z ludźmi  [] Poczucie bezpieczeństwa |
| 9. Czy schronisko, z którego usług Pan/Pani teraz korzysta oferuje wsparcie w szukaniu pracy?  [] Tak  [] Częściowo tak  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 10.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 11.Jak pobyt w schronisku wpłynął na Pana/Pani jakość życia  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 12.Jak pobyt w schronisku wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 13. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? Na skali od 1 do 3 gdzie 1 nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. Sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie i schodzenie po schodach  [] Ubieranie i rozbieranie się |
| 14.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny lub znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 14.1.***  [] Nie ***przejdź do pytania 15.***  14.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką [tak] [nie]  [] Otrzymuje od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie]  [] Opiekują się mną [tak] [nie]  [] Inne jakie? |
| 15. Czy posiada Pan/Pani jakieś niezaspokojone potrzeby wsparcia, których nie realizuje schronisko?  [] Tak ***przejdź do pytania 16***  [] Nie ***przejdź do pytania 17***  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać przejdź do pytania 17*** |
| 16.Przeczytam Panu/Pani listę usług pomocowych, proszę powiedzieć czy wymaga Pan/Pani wsparcia w tym zakresie? proszę odpowiedzieć tak, lub nie.  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 17. Jakiego wsparcia potrzebował(a/by) Pan/i, by wyjść z kryzysu bezdomności?  ***ankieter czyta listę***  [] Wsparcie finansowe  [] Pomoc w szukaniu miejsca zamieszkania  [] Opieka medyczna  [] Rehabilitacja  [] Fizjoterapia  [] Pomoc psychologiczna  [] Pomoc w znalezieniu pracy  [] Wsparcie w leczeniu uzależnień  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu*  [] Usługi opiekuńcze  [] Pomoc sąsiedzka  [] Wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności  [] Inne jakie? |
| 18. Jakie zna Pan/Pani miejsca lub instytucje, które mogłyby Panu/Pani zaoferować miejsce mieszkaniowe?  ***Ankieter czeka na spontaniczną odpowiedź respondenta***  [] Noclegownia  [] Ogrzewalnia  [] Domy stałego pobytu  [] Dom pomocy społecznej  [] Mieszkanie socjalne  [] Mieszkanie chronione  [] Zakład opiekuńczo-leczniczy  [] Ośrodek interwencji kryzysowej  [] Inne jakie? |
| 19. Czy skorzystałby Pan/Pani z tej formy mieszkalnictwa, gdyby Pan/Pani mógł?  ***Pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu***  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 20.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z wsparcia innych instytucji oraz usług?  [] Tak ***Przejdź do pytania 20.1***  [] Nie ***Przejdź do pytania 21***  20.1Jaka to była instytucja/usługa?  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Warsztaty terapii zajęciowej  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie?  20.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  20.3 Jaka była przyczyna rezygnacji z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Brak możliwości dalszego pobytu w placówce  [] Zbyt wysokie koszty  [] Inne jakie? |
| 21. Czy aktualnie Pan/Pani posiada jakieś źródło dochodu, w tym wsparcie przez rodzinę lub znajomych?  [] Nie ***Przejdź do pytania 22***  [] Tak ***Przejdź do pytania 21.1***  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** ***Przejdź do pytania 22***  [] Odnowa odpowiedzi ***nie czytać*** ***Przejdź do pytania 22*** |
| 21.1 Proszę o wskazanie wszystkich źródeł dochodu jakie przeczytam Panu/Pani z poniższej listy:  [] Praca lub inna działalność zarobkowa [tak] [nie]  [] Datki od innych osób [tak] [nie]  [] Wsparcie od rodziny, lub znajomych [tak] [nie]  [] Renta [tak] [nie]  [] Emerytura [tak] [nie] |
| 22. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 23. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.5 Kwestionariusz CAPI/PAPI z osobami przebywającymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub opiekuńczo-pielęgnacyjnych

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.W którym roku przyjęto Pana/Panią w zakładzie opiekuńczo leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym?  [] |
| 2.Jak ocenia Pan/Pani jakość usług świadczonych w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Przeczytam Panu/ Pani szereg zdań opisujących zakład opiekuńczo-leczniczy/pielęgnacyjno-opiekuńczy, proszę powiedzieć czy się Pan/Pani z nimi zdecydowanie zgadza, raczej zgadza, ani się zgadza ani się nie zgadza raczej się nie zgadza czy zdecydowanie się nie zgadza.  [] W ZOL/ZPO czuję się swobodnie  [] Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez ZOL/ZPO zaspokajane  [] Mam poczucie braku samodzielności  [] Czuje się zaniedban(y/a)  [] Pobyt w ZOL/ZPO daje mi poczucie bezpieczeństwa  [] W ZOL/ZPO cenię sobie kontakt z innymi osobami  [] Mam poczucie braku prywatności  [] Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem |
| 4.Jak Pan/ Pani ocenia poniższe aspekty działania zakładu opiekuńczo-leczniczego/pielęgnacyjno-opiekuńczego na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 bardzo dobrze.  [] Komfort  [] Opiekę medyczną  [] Kontakt z personelem  [] Jakość opieki  [] Możliwość kontaktu z rodziną i znajomymi  [] Aktywność społeczna/obywatelska  [] Religia, możliwość praktykowania obrzędów religijnych np. udział w Mszy Św.  [] Wyżywienie  [] Możliwość kontaktu z ludźmi  [] Możliwość spędzania czasu wolnego/rozrywka  [] Dostęp do mediów np. TV, Radio, Internet |
| 5.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 6.Jak pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wpłynął na Pana/Pani jakość życia?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 7.Jak pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? Na skali od 1 do 3 gdzie 1 oznacza nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu:  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie i schodzenie po schodach  [] Ubieranie i rozbieranie się |
| 9.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny i znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 9.1.***  [] Nie ***przejdź do pytania 10***  9.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Otrzymuję od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opiekują się mną [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Zajmują się obowiązkami, których nie mogę wykonać ze względu na pobyt w ośrodku [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 10.Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym?  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.*  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania ***lekami w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 11.Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których zakład opiekuńczo-leczniczy/pielęgnacyjno-opiekuńczy nie realizuje? Przeczytam Panu/Pani listę potencjalnych obszarów wsparcia proszę odpowiedzieć tak, lub nie.  ***lista itemów powtarza się z poprzedniego pytania z wyłączeniem tych form wsparcia, które badan(y/a) zaznaczyli*** [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 12.Czy byłby Pan/Pani zainteresowan(a/y) powrotem do swojego miejsca zamieszkania?  [] Tak ***przejdź do pytania 13.***  [] Nie ***przejdź do pytania 14.***  [] Nie wiem trudno powiedzieć ***przejdź do pytania 15*** |
| 13. Jakiej pomocy by Pan/Pani potrzebował(a/by) by wrócić do domu?  ***ankieter czyta listę***  [] Opieka pielęgniarska  [] Opieka lekarska  [] Rehabilitacja  [] Fizjoterapia  [] Pomoc psychologiczna  [] Opieka paliatywna  [] Edukacja zdrowotna  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu*  [] Opieka nad urazami  [] Porady telemedyczne  [] Usługi opiekuńcze  [] Pomoc sąsiedzka  [] Opieka wytchnieniowa  [] Wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności  [] Inne  ***przejdź do pytania 15*** |
| 14.Jakie są tego powody? Proszę z wymienionych wybrać odpowiedzi, które są najbliższe Pana/Pani sytuacji:  [] Nie posiadam stałego miejsca zamieszkania  [] Jestem zadowolony z opieki oferowanej w placówce  [] Wymagam stałej opieki  [] Inne jakie? |
| 15.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z innych instytucji świadczących wsparcie lub usług?  [] tak ***przejdź do pytania 15.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 16.***  15.1. Jaka to była instytucja lub usługa?  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Warsztaty terapii zajęciowej  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie?  15.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę? *pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego*  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  15.3 Jaka była przyczyna rezygnacji z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Wymagam opieki całodobowej  [] Brak możliwości dalszego pobytu w placówce  [] Inne jakie? |
| 16. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 17. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuacje rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 18. Kto pokrywa koszty Pan/Pani pobytu?  [] Tylko ja  [] Głównie ja część pieniędzy uzyskuje od rodziny  [] Głównie moja rodzina, ja pokrywam koszty w niewielkim stopniu  [] Wyłącznie moja rodzina |
| 19. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.6 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.Jak długo Pan/Pani uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej?  [] |
| 2.Jak ocenia Pan/Pani warsztaty terapii zajęciowej, w której Pan/Pani uczestniczył\_a?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Przeczytam Panu/Pani szereg twierdzeń odnoszących się do warsztatów terapii zajęciowej, proszę ocenić czy Pan/Pani się z nimi zgadza, ani nie zgadza ani zgadza lub nie zgadza  [] Oferta zajęć jest szeroka  [] Zajęcia są interesujące  [] Mam poczucie że moje kompetencje się poszerzają  [] Posiadam dobre relacje z innymi uczestnikami  [] Zajęcia zaspokajają moje potrzeby  [] Zajęcia są dostosowane trudnością do moich potrzeb |
| 4.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 5. Jak udział w terapii zajęciowej wpłynął na Pana/Pani jakość życia?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 6. Jak udział w terapii zajęciowej wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 7. Czy Pana/Pani zdaniem udział w terapii zajęciowej pomógł Panu/Pani zdobyć umiejętności pomocne w codziennym życiu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8. Czy Pana/Pani zdaniem udział w terapii zajęciowej pomógł Panu/Pani zwiększyć swoją samodzielność?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 9. Czy uważa Pan/Pani że udział w terapii zajęciowej dał Panu/Pani umiejętność pomocne w podjęciu pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 10.Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?  [] Tak, w znacznym stopniu  [] Tak, w niewielkim stopniu  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? Na skali od 1 do 3 gdzie 1 nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z Toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. Sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie I przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie I schodzenie po schodach  [] Ubieranie I rozbieranie się |
| 12.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny i znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 12.1.***  [] Nie ***przejdź do pytania 13***  12.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką[tak] [nie]  [] Otrzymuję od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie]  [] Codzienna opieka [tak] [nie]  [] Inne jakie? |
| 13.Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których WTZ nie realizuje?  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć] [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne |
| 14.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z wsparcia innych instytucji lub usług?  [] Tak ***Przejdź do pytania 14.1***  [] Nie ***Przejdź do pytania 15***  14.1Jaka to była instytucja/ usługa?  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie?  14.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  14.3 Jaka była przyczyna rezygnacji z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Brak możliwości dalszego pobytu w placówce  [] Zbyt wysokie koszty  [] Inne jakie? |
| 15. Czy aktualnie czeka Pan/Pani na przyjęcie w innej instytucji, lub usługi?  [] Tak, aktualnie czekam na przyjęcie ***przejdź do pytania 15.1***  [] Tak, jestem w trakcie składania prośby o przyjęcie ***przejdź do pytania 15.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 16*** |
| 15.1Jaka to instytucja/ usługa?  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie? |
| 16. Czy byłby Pan/Pani zainteresowan\_y/a skorzystystaniem z wsparcie innej instytucji/usługii?  [] Zdecydowanie tak ***przejdź do pytania 16.1***  [] Raczej tak ***przejdź do pytania 16.1***  [] Ani tak ani nie ***przejdź do pytania 17***  [] Raczej nie ***przejdź do pytania 17***  [] Zdecydowanie nie ***przejdź do pytania 17*** |
| 16.1Jaka to instytucja/ usługa? Proszę o wymienienie wszystkich:  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Schroniska dla osób w kryzysie bezdomności  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie? |
| 17. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi *nie czytać* |
| 18. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.7 Kwestionariusz CAPI/PAPI z uczestnikami środowiskowych domów samopomocy

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.Od kiedy Pan/Pani korzysta z wsparcia środowiskowego domu samopomocy?  [] |
| 2.Jak ocenia Pan/Pani jakość usług w środowiskowym domu samopomocy?  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 3.Przeczytam Panu/ Pani szereg zdań opisujących środowiskowy dom samopomocy , proszę powiedzieć czy się Pan/Pani z nimi zdecydowanie zgadza, raczej zgadza, ani się zgadza ani nie zgadza raczej nie zgadza czy zdecydowanie nie zgadza.  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] W ŚDS czuję się swobodnie  [] Uważam, że ŚDS spełnia wszystkie moje wymagania  [] Mam poczucie braku samodzielności  [] Czuje się zaniedban(y/a)  [] Pobyt w ŚDS daje mi poczucie bezpieczeństwa  [] W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 4.Jak Pan/ Pani ocenia poniższe aspekty funkcjonowania środowiskowego domu samopomocy w którym Pan/Pani teraz przebywa? Na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 bardzo dobrze.  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Komfort  [] Ofertę zajęć  [] Kontakt z personelem  [] Kontakty z innymi uczestnikami  [] Jakość opieki  [] Jakość posiłków  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 5.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 6.Jak pobyt w środowiskowym domu samopomocy wpłynął na Pana/Pani jakość życia.  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 7.Jak pobyt w środowiskowym domu samopomocy wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 8. Czy Pana/Pani zdaniem udział w zajęciach organizowanych przez środowiskowy dom samopomocy nauczył Pana/Pani umiejętności pomocnych w codziennym życiu?  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 9. Czy Pana/Pani zdaniem udział w zajęciach organizowanych przez środowiskowy dom samopomocy zwiększyły Pana/Pani samodzielność?  ***Pytanie do zadania tylko osobom, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę*** [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 10.Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?  [] Tak, w znacznym stopniu  [] Tak, w niewielkim stopniu  [] Nie |
| 11. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? Na skali od 1 do 3 gdzie 1 oznacza nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie i schodzenie po schodach  [] Ubieranie i rozbieranie się |
| 12.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny i znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 12.1****.*  [] Nie ***przejdź do pytania 13***  12.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką[tak] [nie]  [] Otrzymuję od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie]  [] Opiekują się mną [tak] [nie]  [] inne jakie? |
| 13.Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w środowiskowym domu samopomocy?  [] Trening funkcjonowania w życiu codziennym [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Trening umiejętności interpersonalnych [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Trening umiejętności spędzania wolnego czasu [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Poradnictwo psychologiczne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Niezbędna opieka [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Terapia ruchowa [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Posiłek [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Trening umiejętności komunikacyjnych  [] Inne jakie? |
| 14. Przeczytam Panu/Pani listę usług pomocowych, proszę powiedzieć, czy wymaga Pan/Pani wsparcia w tym zakresie?  ***Nie czytać opcji trudno powiedzieć przy żadnym z itemów***  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja[tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 15.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z wsparcia innych instytucji lub usług?  [] Tak, ***przejdź do pytania 15.1***  [] Nie, ***przejdź do pytania 16***  15.1Jaka to była instytucja/ usługa?  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Warsztaty terapii zajęciowej  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie?  15.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę? ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu Pytanie do zadania tylko osobą, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać***  15.3 Jaka była przyczyna rezygnacji z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Wymagam opieki całodobowej  [] Brak możliwości dalszego pobytu w placówce  [] Inne jakie? |
| 16. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 17. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 18. Kto pokrywa koszty Pan/Pani pobytu?  ***Pytanie do zadania tylko osobą, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Tylko ja  [] Głównie ja część pieniędzy uzyskuje od rodziny  [] Głównie moja rodziny pokrywam koszty w niewielkim stopniu  [] Wyłącznie moja rodzina  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| 19. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  ***Pytanie do zadania tylko osobą, które są w stanie samodzielnie wypełnić ankietę***  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać***  [] nie dotyczy ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.8 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z osobami przebywającymi w hospicjach stacjonarnych

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.Od kiedy przebywa Pan/Pani w hospicjum?  [] |
| 2.Jak ocenia Pan/Pani jakość usług w hospicjum?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Przeczytam Panu/ Pani szereg zdań opisujących Pana/Pani pobyt w hospicjum, proszę powiedzieć czy się Pan/Pani z nimi zdecydowanie się zgadza, raczej się zgadza, ani się nie zgadza ani się nie zgadza, raczej się nie zgadza czy zdecydowanie się nie zgadza.  [] W hospicjum czuję się swobodnie  [] Uważam, że wszystkie moje potrzeby są przez hospicjum zaspokajane  [] Mam poczucie braku samodzielności  [] Czuje się zaniedban(y/a)  [] Pobyt w hospicjum daje mi poczucie bezpieczeństwa.  [] W hospicjum cenię sobie kontakt z innymi osobami.  [] Mam poczucie braku prywatności.  [] Tęsknię za swoim dawnym otoczeniem. |
| 4.Proszę ocenić poniższe aspekty Pana/Pani pobytu w hospicjum na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 bardzo dobrze  [] Komfort  [] Opiekę medyczną  [] Kontakt z personelem  [] Jakość opieki  [] Możliwość kontaktu z rodziną  [] Aktywność społeczna/obywatelska  [] Religia, możliwość praktykowania obrzędów religijnych np. udział w Mszy Św.  [] Wyżywienie  [] Możliwość kontaktu z ludźmi  [] Możliwość spędzania czasu wolnego/rozrywka  [] Dostęp do mediów np. TV, Radio, Internet |
| 5.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 6.Jak pobyt w hospicjum wpłynął na Pana/Pani jakość życia?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 7.Jak pobyt w hospicjum wpłynął na Pana/Pani dobrostan psychiczny?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8. Czy odczuwa Pan/Pani przewlekłe dolegliwości bólowe?  [] Tak ***Przejdź do pytania 8.1.***  [] Nie ***Przejdź do pytania 9***  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać Przejdź do pytania 9***  8.1 Jak intensywny jest ten ból przeciętnie?  [] Łagodny  [] Umiarkowany  [] Silny  [] Bardzo silny  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 9.Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie poza warunkami hospicjum?  [] Tak, w znacznym stopniu  [] Tak, w niewielkim stopniu  [] Nie |
| 10. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności w skali od 1 do 3 gdzie 1 oznacza nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. Sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie i schodzenie po schodach  [] Ubieranie i rozbieranie się |
| 11.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny i znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 11.1.***  [] Nie ***Przejdź do pytania 12.***  11.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką[tak] [nie]  [] Otrzymuję od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie]  [] Opiekują się mną  [] Zajmują się obowiązkami, których nie mogę wykonać ze względu na pobyt w hospicjum  [] Inne jakie? |
| 12.Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w hospicjum?  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] pomoc w załatwianiu spraw osobistych  [] Rehabilitacja  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 13. Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których hospicjum nie realizuje? Przeczytam Panu/Pani listę potencjalnych obszarów wsparcia proszę odpowiedzieć tak, lub nie.  *lista itemów powtarza się z poprzedniego pytania z wyłączeniem tych form wsparcia, które badan(y/a) zaznaczyli*  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja[tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 14.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany przeniesieniem się do hospicjum domowego?  [] Tak ***przejdź do 15.***  [] Nie ***przejdź do 16.***  [] Nie wiem trudno powiedzieć ***przejdź do pytania 17*** |
| 15. Jakich usług potrzebował(a/by) Pan/i by to nastąpiło? ankieter czyta listę  [] Opieka pielęgniarska:  [] Opieka lekarska  [] Rehabilitacja  [] Fizjoterapia  [] Pomoc psychologiczna  [] Edukacja zdrowotna  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu*  [] Opieka nad urazami  [] Porady telemedyczne  [] Usługi opiekuńcze  [] Pomoc sąsiedzka  [] Opieka wytchnieniowa  [] Wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności  [] inne jakie?  ***przejdź do pytania 17*** |
| 16.Jakie są tego powody?  [] Nie posiadam stałego miejsca zamieszkania  [] Jestem zadowolon(y/a) z opieki oferowanej w placówce  [] Wymagam stałej opieki  [] Inne |
| 17.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z innych instytucji lub usług?  [] Tak ***przejdź do pytania 17.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 18***  17.1Jaka to była instytucja lub usługa?  [] Schronisko dla osób w kryzysie bezdomności  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Dom pomocy społecznej  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Warsztaty terapii zajęciowej  [] Inne jakie?  17.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę? *pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu*  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  17.3 Jaka była przyczyna rezygnacji z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Wymagam opieki całodobowej  [] Brak możliwości dalszego pobytu w placówce  [] Inne jakie? |
| 18. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 19. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 20. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.9 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z uczestnikami wsparcia w dziennych domach pomocy

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1.W którym roku rozpoczął/rozpoczęła Pan/Pani korzystanie z usług dziennego domu pomocy?  [] |
| 2. Jakie są Pana/Pani powody korzystania z usług dziennego domu pomocy?  ***Ankieter czeka na spontaniczną odpowiedź i zaznacza ją. Jeżeli respondent będzie miał problem z odpowiedzią przeczytać kafeteria***  [] Potrzebuję pomocy w codziennych obowiązkach  [] Odpowiada mi oferta zajęć oferowanych przez dzienny dom pomocy  [] Jest to dla mnie forma spędzania wolnego czasu  [] Jest to dla mnie forma spędzenia czasu z ludźmi  [] Inne jakie? |
| 3.Jak ocenia Pan/Pani jakość usług w dziennym domu pomocy?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 4.Przeczytam Panu/ Pani szereg zdań opisujących dzienny dom pomocy z którego usług Pan/Pani korzysta, proszę powiedzieć czy się Pan/Pani z nimi zdecydowanie zgadza, raczej zgadza, ani się zgadza ani nie zgadza, raczej nie zgadza czy zdecydowanie nie zgadza.  [] W dziennym domu pomocy czuję się swobodnie  [] Uważam, że dzienny dom pomocy zaspokaja wszystkie moje wymagania  [] Mam poczucie braku samodzielności  [] Czuje się zaniedban(y/a)  [] Pobyt w dziennym domu pomocy daje mi poczucie bezpieczeństwa.  [] W placówce cenię sobie kontakt z innymi osobami  [] Zajęcia odbywające się w dziennym domu pomocy są interesujące |
| 5.Jak Pan/ Pani ocenia poniższe aspekty funkcjonowania dziennego domu pomocy z którego usług Pan/Pani teraz korzysta? Na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 bardzo dobrze.  [] Wyposażenie DDP  [] Wsparcie oferowane przez pracowników  [] Kontakt z personelem  [] Kontakt z innymi uczestnikami  [] Różnorodność zajęć  [] Jakość posiłków |
| 6.Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość życia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 7.Jak wsparcie oferowane przez dzienny dom pomocy wpływa na Pana/Pani jakość życia  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8.Jak pobyt w dziennym domu pomocy wpłynął na Pana/Pani samopoczucie psychiczne?  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 9.Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?  [] Tak, w znacznym stopniu  [] Tak, w niewielkim stopniu  [] Nie  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 10. Jak ocenia Pan/Pani swój stopień samodzielności w wykonywaniu poniższych czynności? Na skali od 1 do 3 gdzie 1 oznacza nie jestem w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności 2 oznacza jestem w stanie wykonywać je z niewielką pomocą a 3 oznacza pełną samodzielność w ich wykonywaniu  [] Spożywanie posiłków  [] Korzystanie z telefonu  [] Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie  [] Utrzymanie higieny osobistej w tym mycie twarzy, czesanie, mycie zębów, golenie  [] Korzystanie z toalety  [] Wykonywanie samodzielnie prac domowych w tym np. sprzątania  [] Samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków  [] Mycie, kąpiel całego ciała  [] Poruszanie się po powierzchniach płaskich  [] Wchodzenie i schodzenie po schodach  [] Ubieranie i rozbieranie się |
| 11.Czy otrzymuje Pan/Pani jakieś wsparcie od swojej rodziny i znajomych?  [] Tak ***przejdź do pytania 11.1.***  [] Nie ***przejdź do pytania 12***  11.1Jakiego rodzaju jest to wsparcie?  [] Finansowe [tak] [nie]  [] Pomoc w sprawach administracyjnych związanych z opieką [tak] [nie]  [] Otrzymuje od nich wsparcie psychiczne [tak] [nie]  [] Opiekują się mną  [] Inne jakie? |
| 12.Jakiego rodzaju wsparcie otrzymuje dzisiaj Pan/Pani w dziennym domu pomocy?  [] Wsparcie w codziennych obowiązkach [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja[tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Zajęcia ruchowe [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Zajęcia rekreacyjne [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 13.Czy posiada Pan/Pani potrzeby pomocowe, których dzienny dom pomocy nie realizuje, a których Pan/ Pani nie jest w stanie zapewnić sobie sam\_a?  ***lista itemów powtarza się z poprzedniego pytania z wyłączeniem tych form wsparcia, które badan(y/a) zaznaczyli***  [] Codzienna opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić****. Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.*  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 14.Czy korzystała Pan/Pani wcześniej z wsparcia innych instytucji lub usług?  [] Tak, ***przejdź do pytania 14.1***  [] Nie ***przejdź do pytania 15***  14.1Jaka to była instytucja lub usługa?  [] Dom pomocy społecznej  [] Zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze  [] Hospicja stacjonarne  [] Dzienne domy pomocy  [] Mieszkanie chronione  [] Środowiskowy dom samopomocy  [] Warsztaty terapii zajęciowej  [] Organizacja pozarządowa, NGO  [] Ośrodki pomocy społecznej  [] Usługi opiekuńcze świadczone w domu  [] Inne usługi specjalistyczne  [] Inne jakie?  14.2Jak ocenia Pan/Pani pobyt w tamtej instytucji lub usługę? ***pytanie powtórzyć dla każdego zaznaczonego itemu***  [] Bardzo pozytywnie  [] Raczej pozytywnie  [] Ani pozytywnie, ani negatywnie  [] Raczej negatywnie  [] Bardzo negatywnie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  14.3 Jaka była przyczyna rezygnacji z wsparcia w tamtej instytucji lub usługi?  [] Zmieniły się moje potrzeby co do form pomocy  [] Brak możliwości dalszego korzystania z wsparcia  [] Inne jakie? |
| 15.W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 16. Jak ocenia Pani/ Pani swoją sytuację rodzinną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 17. Kto pokrywa koszty uczestnictwa w zajęciach dziennego domu pomocy?  [] Tylko ja  [] Głównie ja część pieniędzy uzyskuje od rodziny  [] Głównie moja rodziny pokrywam koszty w niewielkim stopniu  [] Tylko i wyłącznie moja rodzina  [] Całość jest refundowana |
| 18. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] Odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Nazwa placówki  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Dodatkowe uwagi:  [] |

## 2.10 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie skorzystaniem z wsparcia oferowanego przez schronisko dla osób w kryzysie bezdomności?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak w Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwo usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znaczenie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa schronisku znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Jest zdecydowanie za mało miejsc  [] Raczej jest za mało miejsc  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć |
| 4. Jak często w ostatnim tygodniu zdarzyły się sytuacje, że są państwo zmuszeni odmówić wsparcia ze względu na to, że dana osoba znajdowała się pod wpływem alkoholu, lub narkotyków?  [] Wielokrotnie  [] Parokrotnie  [] Były to pojedyncze przypadki  [] Nie zdarzył się żaden taki przypadek |
| 5.Czy uważa Pan/Pani, że państwa schronisko posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki mieszkańcom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 6.Jak Pan/Pani oceniłaby jakość usług oferowanych w państwa schronisku?  [] Bardzo dobrze **przejdź do pytania 7**  [] Raczej dobrze **przejdź do pytania 7**  [] Ani dobrze ani źle **przejdź do pytania 7**  [] Raczej źle ***przejdź do pytania 6.1.***  [] Bardzo źle ***przejdź do pytania 6.1.***  6.1.Jakie są Pana/Pani zdaniem powody niskiej oceny?  [] Przeciążenie personelu  [] Zła jakość infrastruktury  [] Braki kadrowe  [] Niewystarczające kompetencje pracowników  [] Wysokie koszty bieżącego utrzymania  [] Ograniczony dostęp do usług medycznych  [] Inne jakie? |
| 7. Czy prowadzą państwo działania mające na celu wsparcie w wyjściu z kryzysu bezdomności?  [] Tak **przejdź do pytania 8**  [] Nie **przejdź do pytania 9**  [] Trudno powiedzieć *nie czytać przejdź do pytania 9* |
| 8. Jak ocenia Pan/Pani skuteczność tych działań?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani nie dobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 9.Czy słyszał Pan/Pan o pojęciu deinstytucjonalizacji w kontekście usług społecznych?  [] Tak  [] Nie ***przeczyta****j:* *Deinstytucjonalizacja usług społecznych oznacza proces w wyniku, którego część usług społecznych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcia. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacja nie oznacza zamykania istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 10.Jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań w środowisku odbiorcy wsparcia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle |
| 11. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu, lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 12. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem/Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 13.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 14.Przeczytam Panu/Pani listę usług proszę odpowiedzieć czy państwa schronisku oferuje te usługi w pełnym zakresie, realizuje je częściowo czy też wcale:  [] Codzienne opieka [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Usługi aktywizacyjne ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Działania* *ukierunkowane na wzmacnianie aktywności społecznej, poprzez nawiązywanie kontaktu z rodziną, wypełnianie dokumentów urzędowych, wspólne spotkania i organizację świąt, nauki pomocy osoby sprawniejszej dla mniej sprawnych, organizację koncertów w Schronisku* [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Zapewnienie dezynfekcji i dezynsekcji odzieży; [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Pomoc w uzyskaniu opieki lekarzy specjalistów [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Opieka pielęgniarska [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Pomoc psychologiczna [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Opieka lekarska [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Rehabilitacja [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Fizjoterapia [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwości respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [w pełnym zakresie] [częściowo] [wcale]  [] Inne jakie? |
| 15.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej?  [] Opieka środowiskowa jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka środowiskowa jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 16.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 17.W jaki sposób proces deinstytucjonalizacji zmieni Pana/Pani warunki pracy?  [] Zdecydowanie je polepszy ***przejdź do pytania 18***  [] Raczej je polepszy ***przejdź do pytania 18***  [] Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy ***przejdź do pytania 18***  [] Raczej je pogorszy ***przejdź do pytania 17.1***  [] Zdecydowanie je pogorszy ***przejdź do pytania 17.1***  [] Trudno powiedzieć nie czytać ***przejdź do pytania 18***  17.1. Jakie są tego powody? Proszę o wybranie wszystkich opcji, z którymi się Pan/Pani zgadza.  [] Redukcja personelu  [] Nie posiadam odpowiednich kompetencji do pracy środowiskowej  [] Zwiększenie ilości obowiązków  [] Praca środowiskowa jest w mojej opinii bardziej wymagająca |
| 18.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. Deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 19.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracą?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać***  20 Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy w schronisku dla osób w kryzysie bezdomności? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z podopiecznymi |
| 21. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca, gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 22. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 23. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę, jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 24. Jaka jest Pana/Pani narodowość?  [] Polska  [] Ukraińska  [] Białoruska  [] Inna jaka? |
| 25. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe, gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne, pomaturalne  [] Wyższe  Wypełnia ankieter: |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Czy w schronisku prowadzone są usługi opiekuńcze?  [] Tak  [] Nie |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

## 2.11 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w ZOL/ZPO

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie usługami oferowanymi w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym w którym Pan/Pani aktualnie pracuje?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znacznie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa ZOL/ZPO znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Jest zdecydowanie za mało miejsc  [] Raczej jest za mało miejsc  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć |
| 4.Czy uważa Pan/Pani, że państwa ZOL/ZPO posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki pacjentom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 5.Jak Pan/Pani oceniłaby jakość usług oferowanych w państwa zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym?  [] Bardzo dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Raczej dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Ani dobrze ani nie dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Raczej źle ***przejdź do pytania 5.1.***  [] Bardzo źle ***przejdź do pytania 5.1.***  5.1.Jakie są Pana/Pani zdaniem powody niskiej oceny?  [] Przeciążenie personelu  [] Zła jakość infrastruktury  [] Braki kadrowe  [] Niewystarczające kompetencje pracowników  [] Wysokie koszty bieżącego utrzymania  [] Niska jakość usług medycznych  [] Inne jakie? |
| 6. Kto Pana/ Pani zdaniem najczęściej decyduje o umieszczeniu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym?  [] Jest to decyzja osoby, korzystającej ze wsparcia  [] Jest to decyzja rodziny  [] Jest to wspólna decyzja rodziny oraz osoby korzystającej ze wsparcia  [] Jest to decyzja sądu |
| 7.Czy słyszał Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji w kontekście usług?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj****:* *Deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych oznacza proces w wyniku, którego część usług zdrowotnych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcia. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacji nie oznacza zamykanie istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 8.Jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle |
| 9. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu, lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć |
| 10. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Trudno powiedzieć |
| 11.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 12.Przeczytam Panu/Pani listę usług społecznych proszę odpowiedzieć czy państwa zakład opiekuńczo-leczniczy/pielęgnacyjno-opiekuńczy oferuje te usługi w pełnym zakresie, realizuje je częściowo czy też wcale:  ] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 13.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej?  [] Opieka środowiskowa jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka środowiskowa jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 14.Czy Pana/Pani zdaniem możliwe jest przeniesienie części działań opiekuńczych z instytucji do środowiska lokalnego odbiorców wsparcia?  [] Tak ***przejdź do pytania 14.1.***  [] Nie ***przejdź do pytania 15***  14.1Przeczytam Panu/Pani listę różnych odbiorców wsparcia proszę o wskazanie czy Pani/Pana zdaniem te grupy skorzystałoby na wsparciu i opiece środowiskowej?  [] Osoby w podeszłym wieku  [] Osoby przewlekle chore  [] Osoby przewlekle chore psychicznie  [] Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną  [] Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną  [] Osoby z niepełnosprawnością fizyczną  [] Osoby uzależnione od alkoholu |
| 15.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 16.W jaki sposób proces deinstytucjonalizacja zmieni Pana/Pani warunki pracy?  [] Zdecydowanie je polepszy ***przejdź do pytania 17***  [] Raczej je polepszy ***przejdź do pytania 17***  [] Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy ***przejdź do pytania 17***  [] Raczej je pogorszy ***przejdź do pytania 16.1***  [] Zdecydowanie je pogorszy ***przejdź do pytania 16.1***  [] Trudno powiedzieć nie czytać ***przejdź do pytania 17***  16.1 Jakie są tego powody? Proszę o wybranie wszystkich, z którymi się Pan/Pani zgadza.  [] Redukcja personelu  [] Nie posiadam odpowiednich kompetencji do pracy środowiskowej  [] Zwiększenie ilości obowiązków  [] Praca środowiskowa jest z mojej opinii bardziej wymagająca |
| 17.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 18.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracę?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  19. Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy w ZOL/ZPO? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z pacjentami |
| 20. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 21. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 22. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] trudni powiedzieć/odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| 23. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe, gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne, pomaturalne  [] Wyższe |
| 24. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] trudni powiedzieć/odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

2.12 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w Hospicjach stacjonarnych

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie usługami oferowanymi w hospicjum w którym Pan/Pani aktualnie pracuje?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znacznie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie usługami hospicjów domowych zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znacznie zmaleje |
| 4.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa hospicjum znajduję się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Jest zdecydowanie za mało miejsc  [] Raczej jest za mało miejsc  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć |
| 5. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie hospicjami domowymi w stosunku do hospicjów stacjonarnych?  [] Zainteresowanie hospicjami stacjonarnymi jest zdecyodwanie większe  [] Zainteresowanie hospicjami stacjonarnymi jest raczej większe  [] Zainteresowanie jest podobne  []Zainteresowanie hospicjami domowymi jest raczej większe  []Zainteresowanie hospicjami domowymi jest zdecydowanie większe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 6.Czy uważa Pan/Pani, że państwa hospicjum posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki pacjentom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 7.Jak Pan/Pani oceniłaby jakość usług oferowanych w państwa hospicjum?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani nie dobrze  [] Raczej źle ***przejdź do pytania 7.1.***  [] Bardzo źle ***przejdź do pytania 7.1.***  7.1.Jakie są Pana/Pani zdaniem powody niskiej oceny?  [] Przeciążenie personelu  [] Zła jakość infrastruktury  [] Braki kadrowe  [] Brak kompetencji pracowników  [] Wysokie koszty bieżącego utrzymania  [] Niska jakość usług medycznych  [] Inne jakie? |
| 8.Czy słyszał Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji w kontekście usług?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj****:* Deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych oznacza proces w wyniku, którego część usług zdrowotnych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcia. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacji nie oznacza zamykanie istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne. |
| 9.Jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań opiekuńczych w hospicjum domowym?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle |
| 10. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu, lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 12.Czy byłby Pan/Pani zainteresowan\_a/y uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 13.Przeczytam Panu/Pani listę usług społecznych proszę odpowiedzieć czy państwa hospicjum oferuje te usługi w pełnym zakresie, realizuje je częściowo czy też wcale:  [] Codzienne opieka [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka higieniczna ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Higiena osobista to utrzymanie w czystości skóry, włosów, paznokci, jamy ustnej, bielizny i ubrania.*  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Fizjoterapia [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] rehabilitacja [tak] [nie] [trudno powiedzieć] [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić.*** *Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 14.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki hospicjum domowego w stosunku do hospicjum stacjonarnego?  [] Opieka hospicjum domowego jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka hospicjum domowego jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka hospicjum stacjonarnego jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka hospicjum stacjonarnego jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 16.Przeczytam Panu/Pani listę różnych odbiorców wsparcia pomocy społecznej proszę o wskazanie czy Pani/Pana zdaniem te grupy skorzystałyby na wsparciu i opiece środowiskowej?  [] Osoby w podeszłym wieku  [] Osoby przewlekle chore  [] Osoby przewlekle chore psychicznie  [] Osoby dorosłe z niepełnosprawnością  intelektualną  [] Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną  [] Osoby z niepełnosprawnością fizyczną  [] Osoby uzależnione od alkoholu |
| 17.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacji jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 18.W jaki sposób proces deinstytucjonalizacja zmieni Pana/Pani warunki pracy?  [] Zdecydowanie je polepszy ***przejdź do pytania 19***  [] Raczej je polepszy ***przejdź do pytania 19***  [] Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy ***przejdź do pytania 19***  [] Raczej je pogorszy ***przejdź do pytania 18.1***  [] Zdecydowanie je pogorszy ***przejdź do pytania 18.1***  [] Trudno powiedzieć nie czytać ***przejdź do pytania 19***  18.1 Jakie są tego powody? Proszę o wybranie wszystkich, z którymi się Pan/Pani zgadza.  [] Redukcja personelu  [] Nie posiadam odpowiednich kompetencji do pracy środowiskowej  [] Zwiększenie ilości obowiązków  [] Praca środowiskowa jest z mojej opinii bardziej wymagająca |
| 19.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 20.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracę?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  21. Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy w ZOL/ZPO? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z pacjentami |
| 22. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca, gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 23. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 24. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę, jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 25. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe, gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne, pomaturalne  [] Wyższe |
| 24. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] trudni powiedzieć/odmowa odpowiedzi ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

## 2.13 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w dziennych domach pomocy

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie usługami dziennego domu pomocy w której Pan/Pani aktualnie pracuje?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znaczenie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa DDP znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Miejsc jest zdecydowanie za mało  [] Miejsc jest raczej za mało  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 4.Czy uważa Pan/Pani, że państwa DDP posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki mieszkańcom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 5.Jak Pan/Pani oceniłaby jakość usług oferowanych w państwa DDP?  [] Bardzo dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Raczej dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Ani dobrze ani nie dobrze ***przejdź do pytania 6.***  [] Raczej źle ***przejdź do pytania 5.1.***  [] Bardzo źle ***przejdź do pytania 5.1****.*  5.1.Jakie są powody niskiej oceny?  ***osoba ankietująca czeka na spontaniczną odpowiedź respondenta***  [] Przeciążenie personelu  [] Zła jakość infrastruktury  [] Braki kadrowe  [] Brak kompetencji pracowników  [] Wysokie koszty bieżącego utrzymania  [] Ograniczony dostęp do usług medycznych  [] Mało zróżnicowana oferta zajęć  [] Inne jakie? |
| 6.Czy słyszał Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji w kontekście usług społecznych?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj****: Deinstytucjonalizacja usług społecznych oznacza proces w wyniku, którego część usług społecznych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcie. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacja nie oznacza zamykania istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 7. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem. Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 8. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 9.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Nie wiem/trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 10.Przeczytam Panu/Pani listę usług społecznych proszę odpowiedzieć czy państwa DDP oferuje te usługi w pełnym zakresie, realizuje je częściowo czy też wcale:  [] Wsparcie w codziennych obowiązkach [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka pielęgniarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Pomoc psychologiczna [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Rehabilitacja[tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Opieka lekarska [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] pomoc w załatwianiu spraw osobistych [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Zajęcia ruchowe [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Zajęcia rekreacyjne [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Wsparcie w zakresie zarządzania lekami ***w razie wątpliwość respondenta wyjaśnić****. Dostarczanie leków, informacje na temat dawkowania oraz interakcji leków, jak również pomóc w przyjmowaniu* [tak] [nie] [trudno powiedzieć]  [] Inne jakie? |
| 11.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej?  [] Opieka środowiskowa jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka środowiskowa jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 12.Przeczytam Panu/Pani listę różnych odbiorców wsparcia proszę o wskazanie czy Pani/Pana zdaniem te grupy skorzystałoby na wsparciu i opiece środowiskowej  [] Osoby w podeszłym wieku  [] Osoby przewlekle chore  [] Osoby przewlekle chore psychicznie  [] Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną  [] Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną  [] Osoby z niepełnosprawnością fizyczną  [] Osoby uzależnione od alkoholu |
| 13.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 14.W jaki sposób proces deinstytucjonalizacji zmieni Pana/Pani warunki pracy?  [] Zdecydowanie je polepszy ***przejdź do pytania 15***  [] Raczej je polepszy ***przejdź do pytania 15***  [] Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy ***przejdź do pytania 15***  [] Raczej je pogorszy ***przejdź do pytania 14.1***  [] Zdecydowanie je pogorszy ***przejdź do pytania 14.1***  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** ***przejdź do pytania 15***  14.1 Jakie są tego powody? Proszę o wybranie wszystkich, z którymi się Pan/Pani zgadza.  [] Redukcja personelu  [] Nie posiadam odpowiednich kompetencji do pracy środowiskowej  [] Zwiększenie ilości obowiązków  [] Praca środowiskowa jest w mojej opinii bardziej wymagająca  [] Inne jakie? |
| 15.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza, gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. Deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 16.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracą?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  17 Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy w dziennym domu pomocy ? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z podopiecznymi |
| 18. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca, gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 19. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 20. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę, jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 21. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 22. Ile lat pracuje Pan/Pani w tym DDP  [] |
| 23. Jaka jest Pana/Pani narodowość?  [] Polska  [] Ukraińska  [] Białoruska  [] inna jaka? |
| 24. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe, gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne, pomaturalne  [] Wyższe |
| 25. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuacje ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

2.14 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w środowiskowych domach samopomocy

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie usługami środowiskowego domu samopomocy, w którym Pan/Pani aktualnie pracuje?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znaczenie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa ŚDS znajduje się wystarczająca liczba miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Miejsc jest zdecydowanie za mało  [] Miejsc jest raczej za mało  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 4. Jak ocenia Pan/Pani ofertę zajęć oferowanych w ŚDS?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 5. Jak ocenia Pan/Pani jakość zajęć oferowanych w ŚDS?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 6.Czy uważa Pan/Pani, że państwa ŚDS posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki mieszkańcom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 7.Jak Pan/Pani ocenił/a/by jakość usług oferowanych w państwa ŚDS?  [] Bardzo dobrze ***przejdź do pytania 8.***  [] Raczej dobrze ***przejdź do pytania 8.***  [] Ani dobrze ani nie dobrze ***przejdź do pytania 8.***  [] Raczej źle ***przejdź do pytania 7.1.***  [] Bardzo źle ***przejdź do pytania 7.1****.*  [] Nie wiem. Trudno powiedzieć ***nie czytać przejdź do pytania 8.***  7.1.Jakie są powody niskiej oceny?  ***osoba ankietująca czeka na spontaniczną odpowiedź respondenta***  [] Przeciążenie personelu  [] Zła jakość infrastruktury  [] Braki kadrowe  [] Brak kompetencji pracowników  [] Wysokie koszty bieżącego utrzymania  [] Ograniczone oferta zajęć  [] Inne jakie? |
| 8.Czy słyszał Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji w kontekście usług społecznych?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj****: Deinstytucjonalizacja usług społecznych oznacza proces w wyniku, którego część usług społecznych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcie. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacja nie oznacza zamykania istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 9.Jak ocenia Pan/Pani swoją gotowość do prowadzenia działań opiekuńczych w środowisku odbiorcy wsparcia?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze, ani niedobrze  [] Raczej źle  [] Bardzo źle*.* |
| 10. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu, lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem. Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 12.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Nie wiem/trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 13.Przeczytam Panu/Pani listę usług społecznych proszę odpowiedzieć czy państwa ŚDS oferuje te usługi w pełnym zakresie, realizuje je częściowo czy też wcale:  [] Trening funkcjonowania w życiu codziennym [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Trening umiejętności interpersonalnych [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Trening umiejętności spędzania wolnego czasu [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Poradnictwo psychologiczne [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Niezbędna opieka [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Terapia ruchowa [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Posiłek [tak] [nie] [nie wiem/trudno powiedzieć]  [] Trening umiejętności komunikacyjnych  [] Inne jakie? |
| 14.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej?  [] Opieka środowiskowa jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka środowiskowa jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 15.Przeczytam Panu/Pani listę różnych odbiorców wsparcia proszę o wskazanie czy Pani/Pana zdaniem te grupy skorzystałoby na wsparciu i opiece środowiskowej  [] Osoby w podeszłym wieku  [] Osoby przewlekle chore  [] Osoby przewlekle chore psychicznie  [] Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną  [] Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną  [] Osoby z niepełnosprawnością fizyczną  [] Osoby uzależnione od alkoholu |
| 16.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Nie wiem/trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 17.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza, gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. Deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 18.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracą?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  19 Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy środowiskowym domu samopomocy? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z podopiecznymi |
| 20. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca, gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 21. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 22. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę, jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 23. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 24. Ile lat pracuje Pan/Pani w tym Środowiskowym domu samopomocy?  [] |
| 25. Jaka jest Pana/Pani narodowość?  [] Polska  [] Ukraińska  [] Białoruska  [] inna jaka? |
| 26. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne pomaturalne  [] Wyższe |
| 27. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuacje ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| Wypełnia ankieter |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

## 2.15 Kwestionariusz CAPI/ PAPI z realizatorami usług w WTZ

|  |
| --- |
| Pytanie kwestionariuszowe |
|  |
| 1. Jak ocenia Pan/Pani zainteresowanie usługami warsztatów terapii zajęciowej w której Pan/Pani aktualnie pracuje?  [] Zainteresowanie jest bardzo duże  [] Zainteresowanie jest raczej duże  [] Zainteresowanie nie jest ani duże, ani małe  [] Zainteresowanie jest raczej małe  [] Zainteresowanie jest bardzo małe  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 2. Jak według Pana/Pani opinii zainteresowanie świadczonymi przez państwa usługami zmieni się w przeciągu najbliższych trzech lat?  [] Znacznie wzrośnie  [] Niewiele wzrośnie  [] Pozostanie na takim samym poziomie  [] Niewiele zmaleje  [] Znaczenie zmaleje  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 3.Czy uważa Pan/Pani, że prowadzone przez państwa zajęcia posiadają wystarczającą liczbę miejsc w stosunku do zapotrzebowania?  [] Miejsc jest zdecydowanie za mało  [] Miejsc jest raczej za mało  [] Liczba miejsc jest wystarczająca  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 4.Czy uważa Pan/Pani, że w państwa ośrodek posiada wystarczającą liczbę personelu do zapewnienia opieki mieszkańcom na odpowiednim poziomie?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Trudno powiedzieć  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 5. Jak ocenia Pan/Pani ofertę zajęć oferowanych w ramach WTZ?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 6. Jak ocenia Pan/Pani jakość zajęć oferowanych w ramach WTZ?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
|  |
| 7.Czy słyszał Pan/Pani pojęcie deinstytucjonalizacji w kontekście usług społecznych?  [] Tak  [] Nie ***przeczytaj****: Deinstytucjonalizacja usług społecznych oznacza proces w wyniku, którego część usług społecznych z zamkniętych instytucji przenosi się do środowiska lokalnego osoby otrzymującej wsparcie. Jest to przełożenie nacisku z form wsparcia instytucjonalnego na środowiskowe. Deinstytucjonalizacja nie oznacza zamykania istniejących placówek, ale rozszerzenie ich działania na środowisko lokalne.* |
| 8. Czy uczestniczył Pan/Pani w szkoleniu, lub kursie organizowanym w pańskiej aktualnej pracy dotyczącym pomocy środowiskowej?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem. Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 9. Czy w jakiś sposób rozwija Pan/Pani te kompetencje na własną rękę poza pracą?  [] Tak  [] Nie  [] Nie wiem, Trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 10.Czy byłby Pan/Pani zainteresowany uczestnictwem w kursie lub szkoleniu z tego zakresu? [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] Nie wiem/trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 11.Jak ocenia Pan/Pani skuteczność dostarczanej opieki w środowisku lokalnym w stosunku do opieki instytucjonalnej?  [] Opieka środowiskowa jest zdecydowania skuteczniejsza  [] Opieka środowiskowa jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest raczej bardziej skuteczna  [] Opieka instytucjonalna jest zdecydowanie skuteczniejsza  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać odpowiedzi*** |
| 12.Przeczytam Panu/Pani listę różnych odbiorców wsparcia proszę o wskazanie czy Pani/Pana zdaniem te grupy skorzystałoby na wsparciu i opiece środowiskowej  [] Osoby w podeszłym wieku  [] Osoby przewlekle chore  [] Osoby przewlekle chore psychicznie  [] Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną  [] Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną  [] Osoby z niepełnosprawnością fizyczną  [] Osoby uzależnione od alkoholu |
| 13.Czy Pana/Pani zdaniem deinstytucjonalizacja jest pożądanym kierunkiem?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 14.W jaki sposób proces deinstytucjonalizacji zmieni Pana/Pani warunki pracy?  [] Zdecydowanie je polepszy ***przejdź do pytania 15***  [] Raczej je polepszy ***przejdź do pytania 15***  [] Ani ich nie polepszy ani ich nie pogorszy ***przejdź do pytania 15***  [] Raczej je pogorszy ***przejdź do pytania 14.1***  [] Zdecydowanie je pogorszy ***przejdź do pytania 14.1***  [] Trudno powiedzieć ***nie czytać*** ***przejdź do pytania 15***  14.1 Jakie są tego powody? Proszę o wybranie wszystkich, z którymi się Pan/Pani zgadza.  [] Redukcja personelu  [] Nie posiadam odpowiednich kompetencji do pracy środowiskowej  [] Zwiększenie ilości obowiązków  [] Praca środowiskowa jest w mojej opinii bardziej wymagająca  [] Inne jakie? |
| 15.Przeczytam Panu/Pani szereg stwierdzeń dotyczących procesu deinstytucjonalizacji usług, proszę powiedzieć na skali od 1 do 5 na ile Pan/Pani się z nimi zgadza, gdzie 1 to w ogóle się nie zgadzam a 5 oznacza całkowicie się zgadzam. Deinstytucjonalizacja:  [] Prowadzi do zwiększenia podmiotowości osób pozostających pod opieką  [] Przeciwdziała ona wykluczeniu społecznemu  [] Może prowadzić do izolacji i marginalizacji  [] Pozwala na zapewnianie lepszych warunków osobom pozostającym pod opieką  [] Prowadzi do braku kontroli nad systemem opieki  [] Jest to proces czasochłonny i kosztowny  [] Oznacza zamykanie placówek  [] Prowadzi do pogorszenia jakości usług  [] Zwiększy dostępność usług społecznych |
| 16.Jak ocenia Pan/Pani swoją pracą?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Bardzo źle  17 Jak ocenia Pan/Pani następujące aspekty pracy w dziennym domu pomocy ? Proszę odpowiedzieć na skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza bardzo źle a 5 oznacza bardzo dobrze  [] Płace  [] Zakres obowiązków  [] Zabezpieczenie socjalne  [] Możliwości rozwoju  [] Relacje z innymi pracownikami  [] Relacje z przełożonymi  [] Relacje z podopiecznymi |
| 18. Proszę ocenić na skali od 1 do 5 jak bardzo Pani/Pana praca jest stresująca, gdzie 1 oznacza w ogóle nie jest stresująca a 5 oznacza jest bardzo stresująca  [] |
| 19. Czy czerpie Pan/Pani satysfakcję z wykonywanej pracy?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie |
| 20. Czy byłby/Byłaby Pan/Pani skłonna zmienić pracę, jeżeli posiadałby Pan/Pani taką możliwość?  [] Zdecydowanie tak  [] Raczej tak  [] Ani tak ani nie  [] Raczej nie  [] Zdecydowanie nie  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| 21. W którym roku się Pan/Pani urodziła?  [] |
| 22. Ile lat pracuje Pan/Pani w tym WTZ  [] |
| 23. Jaka jest Pana/Pani narodowość?  [] Polska  [] Ukraińska  [] Białoruska  [] inna jaka? |
| 24. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie?  [] Podstawowe gimnazjalne  [] Zasadnicze zawodowe  [] Średnie zawodowe  [] Średnie ogólnokształcące  [] Policealne pomaturalne  [] Wyższe |
| 25. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuacje ekonomiczną?  [] Bardzo dobrze  [] Raczej dobrze  [] Ani dobrze ani źle  [] Raczej źle  [] Zdecydowanie źle  [] odmowa odpowiedzi/ trudno powiedzieć ***nie czytać*** |
| Płeć respondenta:  [] Kobieta  [] Mężczyzna |
| Miejscowość, w której mieści się ośrodek:  [] |
| Data przeprowadzenia wywiadu:  [] |
| Stanowisko osoby, z którą został przeprowadzony wywiad:  [] |
| Dodatkowe uwagi |

1. Por. <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-opracowanie-i-pilotazowe-wdrozenie-mechanizmow-i-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spolecznych>, <https://www.metropoliagdansk.pl/zit-21-27/projekty-spoleczne-deinstytucjonalizacja/>. [↑](#footnote-ref-2)
2. Tamże. [↑](#footnote-ref-3)
3. Tamże. [↑](#footnote-ref-4)
4. Eurofound (2023), *Social services in Europe: Adapting to a new reality*, Publication office of the European Union, Luxembourg. [↑](#footnote-ref-5)
5. Uchwała Nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), (M.P. 2022 poz. 767), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20220000767/O/M20220767.pdf>. [↑](#footnote-ref-6)
6. Uchwała Nr 758/271/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 29 lipca 2021 r. w sprawie przyjęcia Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej, <https://bip.pomorskie.eu/a,65795,w-sprawie-przyjecia-regionalnego-programu-strategicznego-w-zakresie-bezpieczenstwa-zdrowotnego-i-wra.html>. [↑](#footnote-ref-7)
7. Uchwała Nr 978/473/23 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 17 sierpnia 2023 r. w sprawie przyjęcia Regionalnego Planu Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025, <https://rops.pomorskie.eu/2023/08/23/regionalny-plan-rozwoju-i-deinstytucjonalizacji-uslug-spolecznych-i-zdrowotnych-przyjety/>. [↑](#footnote-ref-8)
8. <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/ogolnoeuropejskie-wytyczne-dotyczace-przejscia-od-opieki-instytucjonalnej-do-opieki-swiadczonej-na-poziomie-lokalnych-spolecznosci/>. [↑](#footnote-ref-9)
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 901). [↑](#footnote-ref-10)
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 100). [↑](#footnote-ref-11)
11. Uchwała nr 212 Rady Ministrów z dnia 26 października 2022 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu pod nazwą "Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej" (M. P. z 2022 r. poz. 1171). [↑](#footnote-ref-12)
12. Uchwała nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) (M. P. z 2017 r. poz. 260). [↑](#footnote-ref-13)
13. Uchwała nr 136 Rady Ministrów z dnia 14 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia Krajowej Polityki Miejskiej 2030 (M. P. z 2022 r. poz. 746). [↑](#footnote-ref-14)
14. Uchwała Nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, s. 105-118. [↑](#footnote-ref-15)
15. <https://www.gov.pl/web/rodzina/pokonac-bezdomnosc-program-pomocy-osobom-bezdomnym-edycja-2023>. [↑](#footnote-ref-16)
16. Urząd Statystycznych w Gdańsku (2023), *Województwo pomorskie w liczbach 2023*, Gdańsk. [↑](#footnote-ref-17)
17. Obserwowany w latach 2000-2022 wzrost liczby ludności z 2 172,3 tys. do 2 358,3 tys., wynikał z pozytywnych trendów migracyjnych. [↑](#footnote-ref-18)
18. Wskaźnik obciążenia demograficznego to relacja osób w wieku od 0 do 14 lat i w wieku 65 lat i więcej w stosunku do populacji w wieku 15-64 lata. Im wyższa jest jego wartość, tym wyższe potencjalne obciążenie obowiązkami opiekuńczymi zarówno wobec dzieci, jak i wobec osób starszych oraz wyższe zapotrzebowanie na usługi społeczne skierowane do obu tych grup. [↑](#footnote-ref-19)
19. A także w powiecie kartuskim (54), tu jednak przyczyną jest wysoka liczba dzieci poniżej 14 roku życia, z punktu widzenia analizowanego zagadnienia sytuacja jest zatem korzystna. [↑](#footnote-ref-20)
20. Współczynnik pielęgnacyjny oblicza się poprzez podzielenie liczby kobiet w wieku 50-64 lat (czyli potencjalnych opiekunów) przez liczbę populacji w wieku 80 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób. Współczynnik pielęgnacyjny o wartości poniżej 100 oznacza, że będzie więcej osób powyżej 80 roku życia niż potencjalnych opiekunów. [↑](#footnote-ref-21)
21. Najczęstszą przyczyną była śmierć podopiecznego DPS (460 osób), 36 osób wróciło do rodziny, a 30 trafiło do innych placówek. [↑](#footnote-ref-22)
22. A także osób z niepełnosprawnościami lub problemami zdrowotnymi. [↑](#footnote-ref-23)
23. Prawdopodobnie trend wzrostowy wyhamował w związku z pandemią COVID-19, gdyż w latach 2020 -2021 liczba placówek spadła (o 2 podmioty). [↑](#footnote-ref-24)
24. Również w tym przypadku można przypuszczać, że na ograniczenie usług wpłynął negatywnie okres pandemii COVID-19. [↑](#footnote-ref-25)
25. Te świadczenia adresowane są również do osób po gwałtownym pogorszeniu stanu zdrowia, z ograniczoną mobilnością i wielochorobowością. [↑](#footnote-ref-26)
26. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> [↑](#footnote-ref-27)
27. <https://www.caritas.gda.pl/placowki-cag/ddom-dzienny-dom-opieki-medycznej/> [↑](#footnote-ref-28)
28. Osoby niepełnosprawne biologiczne to takie osoby z niepełnosprawnością, które nie posiadały odpowiedniego orzeczenia, ale ich sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych. [↑](#footnote-ref-29)
29. Główny Urząd Statystyczny, *Stan i struktura demograficzno-społeczna ludności w województwie pomorskim – wyniki wstępne NSP 2021. Informacje sygnalne*, 6.12.2022r. [↑](#footnote-ref-30)
30. Wojewódzki Program Wyrównywania Szans Osób z Niepełnosprawnościami i Przeciwdziałania ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Realizacji Zadań na rzecz Zatrudniania Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021–2030 . Załącznik do Uchwały Nr 846/280/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 31 sierpnia 2021r. [↑](#footnote-ref-31)
31. Ocena Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Pomorskiego za rok 2022. Załącznik do Uchwały Nr 664/458/23 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 13 czerwca 2023 r. [↑](#footnote-ref-32)
32. Wspomniane placówki zostały wskazane np. w zestawieniu „Katalogu usług społecznych – perspektywa aktywizacyjna”, Mirosław Grewiński, *Usługi społeczne i socjalne jako wspólny obszar polityki i ekonomii społecznej*, Ekonomia Społeczna nr3/2013, s. 35. [↑](#footnote-ref-33)
33. Dotyczy części programów. [↑](#footnote-ref-34)
34. Kwota obejmuje koszty obsługi. [↑](#footnote-ref-35)
35. W skali kraju rekomendowano 517 samorządów z kwotą dofinansowania 1 401 436 056 zł. [↑](#footnote-ref-36)
36. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej 2023 - Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku https://www.gdansk.uw.gov.pl/6313-asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej-2023#:~:text=Wojewoda Pomorski Dariusz Drelich podpisał dziś umowę na,Pomorzu otrzymały w sumie 51 248 082 zł [↑](#footnote-ref-37)
37. Tamże. [↑](#footnote-ref-38)
38. Najwyższa Izba Kontroli, *Zapewnienie opiekunom osób niesamodzielnych wsparcia wytchnieniowego*, Warszawa 2022. <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/21/062/> [↑](#footnote-ref-39)
39. *Opieka wytchnieniowa 2023. Wojewoda podpisał umowę* - Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku <https://www.gdansk.uw.gov.pl/6418-opieka-wytchnieniowa-2023-wojewoda-podpisal-umowe> [↑](#footnote-ref-40)
40. Załącznik nr 1 do uchwały nr 758/271/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 29 lipca 2021 r. [↑](#footnote-ref-41)
41. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>. [↑](#footnote-ref-42)
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dziennik Ustaw. Poz.1288). [↑](#footnote-ref-43)
43. I poziom referencyjny obejmuje Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. Świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21 roku życia, kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia (z zastrzeżeniem, że osoby poniżej 18 roku życia muszą posiadać zgodę opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń). W zespole lub ośrodku możliwe jest skorzystanie z następujących świadczeń: porada psychologiczna diagnostyczna; porada psychologiczna; sesja psychoterapii indywidualnej; sesja psychoterapii rodzinnej; sesja psychoterapii grupowej; sesja wsparcia psychospołecznego; wizyta, porada domowa lub środowiskowa; wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową. Świadczenia w tego typu ośrodkach realizowane są przez zespół specjalistów: psychologa, psychoterapeutę oraz terapeutę środowiskowego. W założeniach wsparcie to oparta jest przede wszystkim na realizacji świadczeń w środowisku, a do świadczeń realizowanych w zakresie I poziomu referencyjnego nie jest wymagane skierowanie. [↑](#footnote-ref-44)
44. Przewidziane są dwa rodzaje II Poziomu Referencyjnego: a) Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – w którym w ramach poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, realizowane są świadczenia ambulatoryjne przez lekarzy psychiatrów, psychologów oraz psychoterapeutów; b) Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**–-** w którym w ramach poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i na Oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci, realizowane są odpowiednio świadczenia ambulatoryjne i dzienne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych. [↑](#footnote-ref-45)
45. III Poziom referencyjny to Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej. W ramach tego typu placówek są świadczenia stacjonarne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych. Do świadczeń realizowanych w zakresie III poziomu referencyjnego wymagane jest skierowanie. [↑](#footnote-ref-46)
46. Sprawozdanie DPS-IV-304-KS/2023; „Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2022” i wcześniejsze dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-osob-bezdomnych-w-wojewodztwach>. [↑](#footnote-ref-47)
47. Trzeba jednak wspomnieć, że występują różnice w metodologiach zbierania danych, które mogą wpływać na statystyki, np. dane za 2022 r. nie były zbierane jednolitą metodą w określonym czasie, co mogło zwiększyć ryzyko dublowania rekordów. [↑](#footnote-ref-48)
48. Załącznik do Uchwały Nr 664/458/23 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 13 czerwca 2023 r., s. 21-22. [↑](#footnote-ref-49)
49. Przez zdiagnozowane osoby w kryzysie bezdomności rozumieć należy osoby, które zostały zidentyfikowane jako żyjące w kryzysie bezdomności podczas „Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych” lub innych badań służących oszacowaniu skali zjawiska. Rzeczywista liczba osób w kryzysie bezdomności jest wyższa, bo podczas spisu nie udaje się dotrzeć do wszystkich: <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019>. [↑](#footnote-ref-50)
50. J. Abramowicz, R. Antczak, I. Grabowska i Z. Polańska: Raport końcowy z badania „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim”, Warszawa 2019. [↑](#footnote-ref-51)
51. Sprawozdanie DPS-IV-304-KS/2023; *Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2022* i wcześniejsze dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-osob-bezdomnych-w-wojewodztwach>. [↑](#footnote-ref-52)
52. Uchwała Rady Ministrów nr 165 z dnia 12 sierpnia 2014 r. w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji” (M. P. z 2014 r. poz. 787), s. 54 i kolejne. [↑](#footnote-ref-53)
53. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1426 z późn. Zm.). [↑](#footnote-ref-54)
54. Poza sytuacjami, kiedy dziecko kieruje sąd. [↑](#footnote-ref-55)
55. Ocena Zasobów Pomocy Społecznej na rok 2022. Załącznik do Uchwały Nr 664/458/23 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 13 czerwca 2023 r. oraz Ocena Zasobów Pomocy Społecznej na rok 2021.Załącznik do Uchwały Nr 613/361/22 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 14 czerwca 2022 r. [↑](#footnote-ref-56)
56. Przy czym placówki wsparcia dziennego mogą być prowadzona w połączonych formach – tj. łącznie opiekuńczych, specjalistycznych i pracy podwórkowej. Por. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1426 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-57)
57. Uchwała Rady Ministrów nr 165 z dnia 12 sierpnia 2014 r. w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji” (M. P. z 2014 r. poz. 787), s. 54 i kolejne [↑](#footnote-ref-58)
58. Wojewódzki Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2021-2030. Załącznik do Uchwały Nr 437/XXXVI/21 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 27 września 2021 r. [↑](#footnote-ref-59)
59. Pytanie „Czy Pana/Pani stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie?”. Respondenci mieli tutaj do wyboru trzy opcje: „1 - tak, w znacznym stopniu”, „2 - tak, w niewielkim stopniu” oraz „3 - nie”. [↑](#footnote-ref-60)
60. Por. Sacharczuk, K. (2021). *Stan zdrowia osób w podeszłym wieku w kontekście starzejącego się społeczeństwa*. „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, 63(3), 33–52. <https://doi.org/10.31743/znkul.12786> [↑](#footnote-ref-61)
61. Kowalska M., Szemik S., *Zdrowie i jakość życia a aktywność zawodowa*, „Medycyna Pracy” 2016;67(5):663–671, <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.00420> [↑](#footnote-ref-62)
62. Większość respondentów ze wsi oraz miast powyżej 20 tysięcy mieszkańców preferuje, aby codzienna opieka odbywała się w miejscu ich zamieszkania (64,4% dla wsi i 60,9% dla miast 20-100 tys. mieszkańców). W miastach do 20 tysięcy mieszkańców preferencje są bardziej podzielone, z lekkim przechyleniem w stronę opieki w pobliżu miejsca zamieszkania w specjalnie do tego przystosowanej placówce (36,4%). W miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców, choć większość preferuje opiekę w miejscu zamieszkania (53,8%), istotny procent nie ma preferencji co do miejsca opieki (23,1%). [↑](#footnote-ref-63)
63. Analizując dane w tym zakresie należy uwzględnić, że pytanie dotyczące gotowości do opieki środowiskowej nie było zadawane w DDP oraz w WTZ, ponieważ te jednostki realizują już pracę środowiskową. [↑](#footnote-ref-64)
64. Tę część opracowała dr hab. Katarzyna Cheba, prof. ZUT. [↑](#footnote-ref-65)
65. W rozdziale wykorzystano informacje przygotowane przez Zespół Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych w składzie: Rafał Bakalarczyk, Paweł Poławski, Agnieszka Sowa-Kofta w ramach opracowania pn. „Raport z analizy danych zastanych na potrzeby przygotowania planu deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych w województwie pomorskim”, wyniki badań jakościowych przedstawione w „Raporcie z badań jakościowych” oraz wyniki badań ilościowych zrealizowanych w ramach zamówienia. [↑](#footnote-ref-66)
66. Guzik, R., Kołoś, A., Fiedeń, Ł., Kocaj, A., & Wiedermann, K. (2020). *Dostępność komunikacyjna i relacje przestrzenne w województwie pomorskim*; Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ. Kraków; s. 89. [↑](#footnote-ref-67)
67. Fundacja Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej; (2023) *Monitoring Rozwoju Obszarów Wiejskich. Etap IV. Dekada przemian gospodarczo-społecznych*; Warszawa s. 38 [↑](#footnote-ref-68)
68. Odpowiedzi tej grupy respondentów, ze względu na małą liczebność, przedstawiano jedynie uzupełniająco w przypadku pytań, w których było to uzasadnione np. innym niż w poprzedniej próbie rozkładem odpowiedzi. [↑](#footnote-ref-69)
69. Opieka wytchnieniowa to forma wsparcia dla opiekunów. Jej istotą jest zapewnienie opieki osobie niesamodzielnej, dzięki czemu jej opiekun może odpocząć od codziennych obowiązków, załatwić swoje sprawy czy skorzystać z poradniczego wsparcia lub nauki w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji. [↑](#footnote-ref-70)
70. W przypadku braku znajomości tego zagadnienia uczestnikom badania przedstawiana była przyjęta definicja tego procesu. [↑](#footnote-ref-71)
71. Strategia Rozwoju Usług Społecznych – polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Załącznik do uchwały nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. (M.P. poz. 767). [↑](#footnote-ref-72)
72. Szczegółowe informacje w tym zakresie zawiera Załącznik 1. Raport z analizy danych zastanych na potrzeby przygotowania planu deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych w województwie pomorskim opracowany w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych. Natomiast wykorzystane w raporcie dane statystyczne przedstawione zostały w Załączniku 2. [↑](#footnote-ref-73)
73. <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> (dostęp z: 10.09.2023 r.). [↑](#footnote-ref-74)
74. Ostatnie dostępne dane dotyczą roku 2021. [↑](#footnote-ref-75)
75. Ostatnie dostępne prognozy dla woj. pomorskiego. [↑](#footnote-ref-76)
76. Pełne dane dla całego okresu prognozowanego z podziałem na powiaty województwa pomorskiego zawiera plik Excel. [↑](#footnote-ref-77)
77. Osoby niepełnosprawne biologiczne to takie, które nie posiadały odpowiedniego orzeczenia, ale ich sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych. [↑](#footnote-ref-78)
78. Dane dostępne na Mapie potrzeb zdrowotnych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/> (data dostępu: 20.11.2023 r.). [↑](#footnote-ref-79)
79. I. Wrzos, S. Wójcik, *Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji* (2021) <https://www.wrzos.org.pl/wp-content/uploads/2021/07/ekspertyza-deinstytucjonalizacja-szacunek-skali-potrzeb.pdf> (dostęp z: 28.03.2023 r.). [↑](#footnote-ref-80)
80. <https://zdrowie.pap.pl/psyche/w-polsce-26-proc-populacji-zagrozona-jest-zaburzeniami-psychicznymi> (data dostępu: 10.09.2023 r.) [↑](#footnote-ref-81)
81. Sprawozdanie DPS-IV-304-KS/2023; *Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2022* i wcześniejsze dostępne na stronie <https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-osob-bezdomnych-w-wojewodztwach>. [↑](#footnote-ref-82)
82. <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019> (data dostępu: 20.11.2023 r.). [↑](#footnote-ref-83)
83. Hryniewicka, A. (2013). Badanie skuteczności, efektywności, trwałości, trafności, użyteczności, w: Różne wymiary skuteczności w pomocy społecznej, red. *A. Hryniewicka, J. Staręga-Piasek, CRZL, Warszawa*. [↑](#footnote-ref-84)
84. Timoszuk, S., & Majdzińska, K. (2016). *Wprowadzenie do kalkulacji kosztów zaniechania w pomocy społecznej—na przykładzie trudności w integracji uchodźców*. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, (32 (1)), 47-64. [↑](#footnote-ref-85)
85. Grabowska I., Wójcik S. (2021). *Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji.* [↑](#footnote-ref-86)
86. Zgodnie z zapisami "Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035)” do 2035 r. zaplanowane zostało odejście od konieczności funkcjonowania instytucjonalnej pieczy zastępczej i zapewnienie podaży odpowiedniej do potrzeb, liczby rodzinnych form pieczy zastępczej. [↑](#footnote-ref-87)
87. W badaniach prowadzonych w latach 90. sygnalizowano co prawda przypadki osób, które mieszkały w schronisku, wynajmując własne mieszkanie, sytuacje te stanowiły jednak margines, a ponadto również związane były z bardzo złą sytuacją materialną. [↑](#footnote-ref-88)
88. Patrz np. Andrzej Guzowski, Krystyna Krajewska-Kułak i In., Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, Medycyna paliatywna 4/2013 vol.5. [↑](#footnote-ref-89)
89. <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> (dostęp z: 10.09.2023 r.). [↑](#footnote-ref-90)
90. Dzieci: 0-14 lat, osoby starsze: 65 lat i więcej. [↑](#footnote-ref-91)
91. Opiekunowie: osoby w wieku 45-59/64, podopieczni: 75 lat i więcej. [↑](#footnote-ref-92)
92. Dane dostępne na Mapie potrzeb zdrowotnych. [↑](#footnote-ref-93)
93. I. Wrzos, S. Wójcik, *Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji*, 2021, <https://www.wrzos.org.pl/wp-content/uploads/2021/07/ekspertyza-deinstytucjonalizacja-szacunek-skali-potrzeb.pdf> (dostęp z: 28.03.2023 r.). [↑](#footnote-ref-94)
94. Sprawozdanie DPS-IV-304-KS/2023; „Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2022” i wcześniejsze dostępne na stronie <https://www.gov.pl/web/rodzina/sprawozdania-z-realizacji-dzialan-na-rzecz-osob-bezdomnych-w-wojewodztwach>. [↑](#footnote-ref-95)
95. Do pozostałych grup wymienianych w tym priorytecie należą: pracownicy instytucji rynku pracy, kobiety pracownicy i pracodawcy, osoby uczestniczące aktywnie w procesie edukacji (tj. dzieci biorące udział w edukacji przedszkolnej, uczniowie szkół i placówek podstawowych i ponadpodstawowych, osoby dorosłe nabywające dodatkowe kwalifikacje, nauczyciele, instruktorzy praktycznej nauki zawodu, psychologowie i pedagodzy wspierający uczniów, dyrektorzy szkół i placówek oświatowych, pracownicy organów prowadzących szkoły i placówki, rodzice i opiekunowie prawni, dorośli, którzy chcą podnieść lub zmienić swoje kwalifikacje zawodowe, osoby dotknięte lub zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ich rodziny, obywatele państw trzecich (w tym osoby z doświadczeniem migracji) dotknięci lub zagrożeni ubóstwem i wykluczeniem społecznym i ich rodziny oraz pracownicy instytucji publicznych, pracownicy i wolontariusze organizacji pozarządowych, pracodawcy oraz organizacje pracodawców i instytucje otoczenia biznesu, jak też pracownicy organizacji społeczeństwa obywatelskiego. [↑](#footnote-ref-96)
96. Dzieci i uczniowie, dorośli nabywający dodatkowe kwalifikacje, nauczyciele, instruktorzy praktycznej nauki zawodu, psychologowie i pedagodzy wspierający uczniów, rodzice/opiekunowie prawni, pracodawcy, ale też nawet inne osoby korzystające z oferty dziedzictwa kulturowego województwa. [↑](#footnote-ref-97)
97. Zgodnie z raportem „Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap IV”, blisko 26% sołectw w Polsce nie ma dostępu do bezpośredniego transportu publicznego komunikującego się z centralnymi miejscowościami gminnymi bez konieczności przesiadki <https://efrwp.pl/raporty-i-analizy/montoring-rozwoju-obszarow-wiejskich/etap-iv-2023/> [↑](#footnote-ref-98)
98. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizacji usług społecznych przez centra usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-99)
99. Liczbę CUS-ów finansowanych z budżetu samorządu ustalono według mapy [https://efs.mrips.gov.pl/dowiedz-sie-wiecej/centra-uslug-spolecznych#Mapa%20CUS-%C3%B3w%20w%20Polsce](https://efs.mrips.gov.pl/dowiedz-sie-wiecej/centra-uslug-spolecznych#Mapa%20CUS-%C3%B3w%20w%20Polsce ) , bo w bazie nie ma niektórych z tych placówek <https://cusy.pl/baza-cus/> [↑](#footnote-ref-100)
100. Pierwotnie CUS-y powoływano w ramach środków pochodzących z budżetu państwa oraz Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER), a obecnie, w ramach środków unijnych, z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS). [↑](#footnote-ref-101)
101. <https://mcps.com.pl/tworzenie-cus-film-z-napisami/projekty-ue/> [↑](#footnote-ref-102)
102. Zespoły składające się z indywidualnych mieszkań, które poza zakwaterowaniem oferują dostęp do całodobowych usług wspomagających mieszkańców potrzebujących stałego wsparcia – finansowane przez PFRON w ramach Programu „Samodzielność - Aktywność – Mobilność”. [↑](#footnote-ref-103)
103. <https://akngp.home.amu.edu.pl/projekty/aktualne/poznanska-mapa-barier/>). [↑](#footnote-ref-104)
104. <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/projekty/projekty-ue/program-operacyjny-wiedza-edukacja-rozwoj/wdrozenie-nowego-modelu-ksztalcenia-specjalistow-ds-zarzadzania-rehabilitacja-jako-element-systemu-kompleksowej-rehabilitacji-w-polsce/> [↑](#footnote-ref-105)
105. Więcej na temat projektu: <https://rehabilitacjakompleksowa.pfron.org.pl/> [↑](#footnote-ref-106)
106. <https://piaseczno.pl/alians-przeciw-depresji-powiat-piaseczynski/> [↑](#footnote-ref-107)
107. <https://pomost-lodz.org/aktywizacja-chorujacych/> [↑](#footnote-ref-108)
108. <https://zpsgdynia.pl/o-nas/> [↑](#footnote-ref-109)
109. <https://aktywnylublin.eu/aktywne-pokolenie/> [↑](#footnote-ref-110)
110. <https://lublin.eu/sport/sport-w-szkole/program-sportowa-szkola/> [↑](#footnote-ref-111)
111. Jest on dostępny pod adresem: <https://www.swietokrzyskie.pro/spotkania-dotyczace-uruchamiania-i-funkcjonowania-cus-oraz-procesu-deinstytucjonalizacji-di/?pdf=332280> [↑](#footnote-ref-112)
112. W pilotażu projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy” Polska podzielona została na 4 strefy, w związku z czym powstały cztery ośrodki. Województwo pomorskie może kierować pacjentów do ośrodka w Wągrowcu w Wielkopolsce. [↑](#footnote-ref-113)