

RAPORT KOŃCOWY

**BADANIE POTENCJAŁU JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO Z WOJ.
MAŁOPOLSKIEGO W ZAKRESIE ROZWOJU
USŁUG SPOŁECZNYCH W ŚRODOWISKACH
LOKALNYCH W OBSZARACH ZWIĄZANYCH Z
NIEZALEŻNYM ŻYCIEM OSÓB DOROSŁYCH**

OBSZAR 2. Uwarunkowania procesu powrotu do środowiska mieszkańców domów pomocy społecznej ze szczególnym uwzględnieniem dotychczasowych doświadczeń oraz potrzeb i potencjału mieszkańców oraz zasobów i możliwości po stronie jednostki samorządu terytorialne

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

Kraków 2023

1 SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	4
1 Metodyka badania	6
1.1 CAWI.....	6
1.2 IDI.....	8
1.3 FGI.....	10
2 Wyniki badania	11
2.1 Charakterystyka badanych placówek.....	11
2.1.1 Typ i wielkość DPS	11
2.1.2 Mieszkańcy DPS	17
2.1.3 Poziom samodzielności osób kierowanych do / umieszczanych w DPS	21
2.1.4 Sytuacja rodzinna osób kierowanych do/umieszczanych w DPS .	24
2.2 Problemy w codziennej działalności DPS	28
2.3 Uwarunkowania powrotu do środowiska pochodzenia – usługi społeczne w miejscu zamieszkania.....	35
2.3.1 Ocena wybranych usług społecznych.....	35
2.3.2 Usługi deficytowe w środowisku pochodzenia mieszkańców DPS	41
2.4 Działania zmierzające do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska	45
2.4.1 MIESZKAŃCY DPS OBJĘCI PROCESEM POWROTU DO ŚRODOWISKA w latach 2017-2021	59
2.4.2 Proces powrotu do środowiska 2022	63
2.5 Uwarunkowania powrotu do środowiska pochodzenia – czynniki osobowe	65

2.5.1	Potencjał mieszkańców DPS do powrotu do środowiska w warunkach wspieranych	65
2.5.2	Czynniki warunkujące możliwość powrotu mieszkańców do środowiska	67
2.5.3	Czynniki uniemożliwiające powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych	71
2.6	Rozwój DPS w kierunku świadczenia usług środowiskowych	80
2.6.1	Rozwój DPS w kierunku Centrów Usług Opiekuńczych	82
2.6.2	Rozwój systemu pomocy, w którym osoby niesamodzielne mieszkają w domach	88
2.6.3	Ocena zasobów potrzebnych do realizacji usług środowiskowych	90
2.7	Współpraca DPS z OPS	107
2.8	Inne współprace DPS	113
3	Podsumowanie i najważniejsze wnioski z badania	115
	Analiza procesu kwalifikowania do DPS	115
	Analiza procesu powrotu mieszkańców DPS do środowiska.	117
	Analiza perspektyw rozwoju usług środowiskowych przy udziale DPS.	120
	Analiza potencjału mieszkańców DPS do powrotu do środowiska oraz Identyfikacja i analiza czynników ułatwiających i utrudniających proces powrótU mieszkańców DPS do środowiska (instytucjonalnych oraz indywidualnych mieszkańca).	123
4	Rekomendacje	125
4.1	Rekomendacja 1: RACJONALIZACJA oczekiwań względem efektywności działań mających na celu przywrócenie osoby niesamodzielnej środowisku	125

4.2	Rekomendacja 2: Wypracowanie standartów oceny potencjału do powrotu do środowiska przez osobę niesamodzielną	127
4.3	Rekomendacja 3: Wypracowanie standartów działań mających na celu przywrócenie osoby niesamodzielnej środowisku	128
4.4	Rekomendacja 4: Zwiększenie zakresu i intensywności współpracy OPS/CUS i DPS w procesie powrotu osoby niesamodzielnej do środowiska 129	
4.5	Rekomendacja 5: Popularyzacja wiedzy na temat nowych możliwości i potencjalnych korzyści wynikających z przekształcenia DPS i CUO oraz Określenie i upowszechnienie wiedzy na temat miejsca instytucji opieki całodobowej w zdeinstytucjonalizowanym systemie świadczeń społecznych	130
4.6	Rekomendacja 6: Analiza możliwych dróg uzupełnienia deficytów kadrowych	131
5	Spis tabel i wykresów	133
5.1	Spis tabel:	133
5.2	Spis wykresów:	134



WPROWADZENIE

Celem głównym badania realizowanego w 2022 roku pn. „Badanie potencjału jednostek samorządu terytorialnego z woj. małopolskiego w zakresie rozwoju usług społecznych w środowiskach lokalnych w obszarach związanych z niezależnym życiem osób dorosłych” była identyfikacja barier procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych na poziomie lokalnym oraz potencjału jednostek samorządu terytorialnego z obszaru województwa małopolskiego w zakresie możliwości przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej, w tym rozwoju usług społecznych w środowisku lokalnym.

Badanie zakładało uchwycenie aktualnego stanu zaawansowania rozwoju usług społecznych w województwie małopolskim oraz identyfikację kluczowych barier tego procesu, występujących na poszczególnych etapach organizowania i świadczenia usług, tj. identyfikacji potrzeb mieszkańców, kwalifikowania ich do form pomocy, ścieżek (schematów) oferowanego wsparcia z perspektywy głównych interesariuszy, w tym w szczególności odbiorców usług, organizatorów usług oraz kadr realizujących usługi wspierające na ich rzecz.

Celem badania była: Identyfikacja dominujących praktyk funkcjonowania DPS w zakresie powrotu mieszkańców do środowiska oraz określenie kluczowych czynników warunkujących funkcjonowanie w środowisku mieszkańców DPS o różnym stopniu niesamodzielności.

Realizacja badania dostarczyła odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Analiza procesu kwalifikowania do DPS.
 - 1.1. Ile osób zostało umieszczonych w DPS w latach 2014-2020?
 - 1.2. Jakie były główne przyczyny umieszczenia tych osób w DPS i jak zmieniały się w czasie w ostatnich kilku latach?



- 1.3. Które przyczyny były możliwe do wyeliminowania w celu pozostawienia osoby w środowisku? Jaką ofertą usług środowiskowych musiałyby dysponować JST/DPS, aby osoba nie trafiła do instytucji?
2. Analiza procesu powrotu mieszkańców DPS do środowiska.
 - 2.1. Ilu mieszkańców DPS było objętych procesem powrotu do środowiska w latach 2014-2020? Ilu z nich wróciło do środowiska? Ilu z nich wróciło do DPS? Jakie były tego przyczyny?
 - 2.2. Jakie cechy/właściwości/zasoby posiadają mieszkańcy, którzy powrócili do środowiska w latach 2014-2020?
 - 2.3. Jakie czynniki warunkowały możliwość powrotu mieszkańców do środowiska? Jakie były czynniki sukcesu?
 - 2.4. Jakie czynniki sukcesu są replikowalne i pod jakimi warunkami?
3. Analiza potencjału instytucjonalnego JST do realizacji procesu powrotu mieszkańców DPS do środowiska – perspektywa DPS.
 - 3.1. Jaka jest infrastruktura DPS związana z prowadzeniem usług środowiskowych/możliwa do wykorzystania w realizacji usług środowiskowych? Czy DPS współpracuje w procesie powrotu mieszkańca do środowiska z OPS, z których kierowani są mieszkańcy gminy? Jeśli tak w jakiej formie?/jaka jest jego rola w tym procesie?
 - 3.2. Jakie działania w ramach procesu powrotu mieszkańca do środowiska prowadzi DPS? Jakich działań brakuje (lub są niewystarczające) i dlaczego?
 - 3.3. Jakie usługi środowiskowe niezbędne dla powrotu mieszkańców do środowiska są dostępne? Jakich usług brakuje?
4. Analiza potencjału mieszkańców DPS do powrotu do środowiska.
 - 4.1. Ilu mieszkańców DPS ma potencjał do powrotu do środowiska w warunkach wspieranych według rodzaju DPS-ów?
 - 4.2. Jakie cechy/zasoby (społeczne, kompetencyjne, finansowe i in.) posiadają mieszkańcy rokujący na powrót do środowiska?

- 4.3. Jakie warunki muszą być spełnione, aby mieszkańcy rokujący na powrót do środowiska mogli mieszkać poza instytucją? Jakiego wsparcia (usług) środowiskowego by wymagały?
- 4.4. Jakie cechy/czynniki całkowicie uniemożliwiają/wykluczają powrót mieszkańców DPS do środowiska?
5. Identyfikacja i analiza czynników ułatwiających i utrudniających proces powrót mieszkańców DPS do środowiska (instytucjonalnych oraz indywidualnych mieszkańca).
 - 5.1. Jakie czynniki ułatwiają proces powrotu mieszkańców DPS do środowiska i jak maksymalizować ich oddziaływanie?
 - 5.2. Jakie czynniki utrudniają proces powrotu mieszkańców DPS do środowiska i jak minimalizować ich oddziaływanie?
 - 5.3. Jaki powinien być optymalny katalog wsparcia umożliwiający osobom niesamodzielnym pozostawanie w ich środowisku według różnych stopni niesamodzielnności?
 - 5.4. Jakie cechy/czynniki całkowicie uniemożliwiają/wykluczają powrót mieszkańców DPS do środowiska?
 - 5.5. Czy na przestrzeni ostatnich lat miały miejsce skuteczne powroty mieszkańców DPS do środowiska? Opisz ten przykład jako dobrą praktykę.

1 METODYKA BADANIA

1.1 CAWI

Ankiety internetowe, które pozwoliły na zebranie danych ilościowych w zakresie badanych obszarów wraz z diagnozą potrzeb interesariuszy i możliwości ich zaspokajania, a także zidentyfikowanie jednostek wśród których zostaną przeprowadzone pogłębione badania jakościowe. W przypadku drugiego obszaru (DPS) badanie ilościowe przeprowadzono na próbie 72 podmiotów z 92 wskazanych przez Zamawiającego co pozwoliło osiągnąć response rate na poziomie 78%.

Tabela 1. Wykaz podregionów

podregion	odsetek ankiet
Krakowski Obszar Metropolitalny (miasto Kraków oraz powiaty: bocheński, krakowski, miechowski, myślenicki, proszowicki, wielicki)	40,3%
Małopolska Zachodnia (powiaty: chrzanowski, olkuski, oświęcimski, wadowicki)	11,1%
Subregion podhalański (powiaty: nowotarski, suski, tatrzański)	6,9%
Subregion sądecki (miasto Nowy Sącz oraz powiaty: gorlicki, limanowski, nowosądecki)	20,8%
Subregion tarnowski (miasto Tarnów oraz powiaty: brzeski, dąbrowski, tarnowski)	20,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72..

Tabela 2. Typy badanych DPS wraz z odsetkiem ankiet

typ DPS	odsetek ankiet
Dla osób w podeszłym wieku	20,8%
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	37,5%
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	31,9%
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	19,4%
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6,9%
Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	2,8%
Dla osób uzależnionych od alkoholu	1,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

1.2 IDI

Wywiady IDI, realizowane zdalnie, pozwoliły na pogłębienie wiedzy w badanych obszarach, pomogły zidentyfikować przyczyny stanu rzeczy oraz wypracować rekomendacje w zakresie koniecznych i możliwych do wdrożenia zmian.

Badanie ilościowe zostało przeprowadzone na próbie 87 podmiotów z 92 wskazanych przez zamawiającego.

Indywidualne wywiady zostały przeprowadzone z 17 rozmówcami tj. dyrektorami DPS oraz osobami wskazanymi przez kierownictwo placówki. Wywiady miały charakter badań zdalnych.

Tabela 3. Wykaz profili badanych DPS - realizacja badania

	Próba zrealizowana
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	4
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	4
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, w tym jedno również dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3
Dla osób w podeszłym wieku, w tym jedno również osób przewlekle somatycznie chorych	3
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1
Dla osób uzależnionych od alkoholu	1
Dla dorosłych niepełnosprawnych fizycznie	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ilościowych.

Tabela 4. Podmiot prowadzący badany DPS

	Próba zrealizowana
miasta na prawach powiatu	2
miasta na prawa powiatu – zlecenie	2
powiat	5
powiat – zlecenie	4
gmina	2
gmina – zlecenie	1
prywatny	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ilościowych.

Tabela 5. Liczba miejsc w DPS objętych badaniem

	Próba zrealizowana
do 50	4
50-100	9
101-150	2
151-200	1
powyżej 201	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ilościowych.

Tabela 6. Wykaz podregionów

	Próba zrealizowana
krakowski	4
Kraków	3
tarnowski	1
Tarnów	1

	Próba zrealizowana
nowosądecki	2
Nowy Sącz	1
nowotarski	1
oświęcimski	2
brzeski	1
wielicki	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ilościowych.

1.3 FGI

Badanie FGI zostało realizowane bezpośrednio, posłużyło omówieniu dobrych praktyk i czynników sukcesu, warunków ich replikowalności oraz czynników ułatwiających i utrudniających rozwój usług środowiskowych.

FGI zostały przeprowadzone z 7 przedstawicielami DPS - pracownikami socjalnymi i kierownikami zespołów. Wywiad został przeprowadzony stacjonarnie na terenie Krakowa.

2 WYNIKI BADANIA

2.1 CHARAKTERYSTYKA BADANYCH PLACÓWEK

2.1.1 TYP I WIELKOŚĆ DPS

W badaniu CAWI wzięty udział 72 DPS z terenu województwa małopolskiego. Biorąc pod uwagę charakterystykę grup podopiecznych, najwięcej z nich posiadała w swojej ofercie miejsca dla osób przewlekle chorych: somatycznie (27 placówek) oraz psychicznie (23 placówki), 15 placówek oferuje miejsca dla osób w podeszłym wieku. Kolejne 19 placówek oferuje miejsca dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, w tym 14 dla osób dorosłych, a 5 dla dzieci w młodości, 13 spośród biorących udział w badaniu DPS do tzw. placówki łączone, oferujące miejsca dla więcej niż jednej grupy podopiecznych. Najmniej liczną grupą DPS biorących udział w badaniu na terenie województwa małopolskiego są placówki z miejscami dla osób z niepełnosprawnością fizyczną (2) oraz uzależnionych od alkoholu (1).

Wykres 1. Liczba badanych DPS oferujących miejsca dla poszczególnych grup podopiecznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

Liczba placówek nie sumuje się do 72 ponieważ część z nich oferowała miejsca dla więcej niż jednej grupy podopiecznych.

Biorąc zatem pod uwagę charakterystykę pojedynczej placówki, wśród badanych DPS były placówki oferujące miejsca dla:

- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – 3 placówki;
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 11 placówek;
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – 2 placówki;
- osób przewlekle psychicznie chorych – 22 placówki;
- osób przewlekle somatycznie chorych – 17 placówek;
- osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 1 placówka;
- osób uzależnionych od alkoholu – 1 placówka;
- osób w podeszłym wieku – 5 placówek;
- osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie – 1 placówka;
- osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych – 8 placówek;
- osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie – 1 placówka.

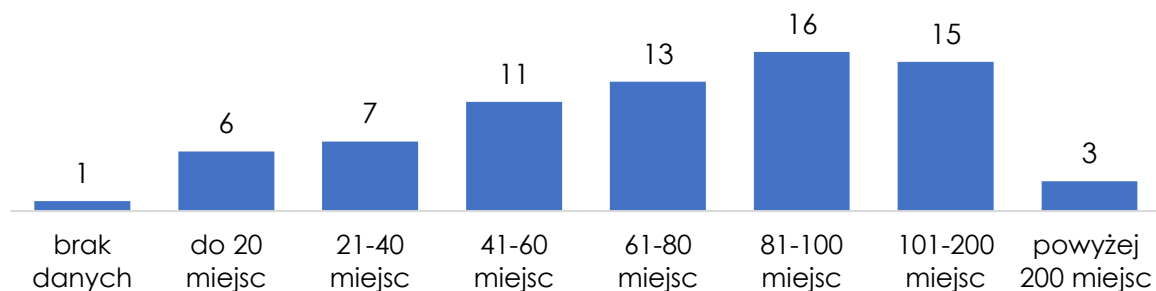
Najwięcej spośród badanych DPS to placówki duże, oferujące miejsca dla od 81 do 100 osób (16 placówek) oraz od 101 do 200 miejsc (15 placówek) lub nieznacznie mniejsze od 61 do 80 miejsc (13 placówek) oraz 41 do 60 miejsc (11 placówek). Wśród DPS mniejszych (do 40 miejsc) znalazło się 13 kolejnych, a większych (powyżej 200 miejsc¹) 3 podmioty. Przedstawiciel jednego z DPS

¹ Warto zwrócić uwagę na duże zróżnicowanie wielkości placówek w dwóch ostatnich grupach. Najmniejszy w tych grupach DPS oferował miejsca dla 101 osób, podczas gdy największa w województwie małopolskim placówka dysponowała miejscami dla niespełna 400 osób.



nie podał w ankiecie CAWI informacji na temat liczby miejsc oferowanych w reprezentowanym przez niego DPS.

Wykres 2. Liczba miejsc w DPS objętych badaniem



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

Jednocześnie w 71 DPS na terenie województwa małopolskiego w chwili realizacji badania dostępnych było łącznie 6405 miejsc, największa placówka przeznaczona była dla 387 osób, podczas gdy najmniejsza z nich jedynie 12. DPS różnią się od siebie wielkością również w zależności od typu placówki.

Tabela 7. Ogólna liczba miejsc w DPS objętych badaniem wg typu i wielkość placówki

	Maksimum	Minimum	Średnia	Suma	Liczba placówek
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	83	16	49,7	149	3
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	190	12	57,7	635	11
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	165	70	117,5	235	2
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	378	48	120,9	2540	20
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	387	24	97,2	1652	17
Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób przewlekle psychicznie chorych + Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	140	140	140,0	140	1
Dla osób uzależnionych od alkoholu	55	55	55,0	55	1

	Maksimum	Minimum	Średnia	Suma	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	87	25	59,0	295	5
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	100	100	100,0	100	1
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych	97	30	59,9	479	8
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	125	125	125,0	125	1
OGÓŁEM	387	12	90,2	6405	70

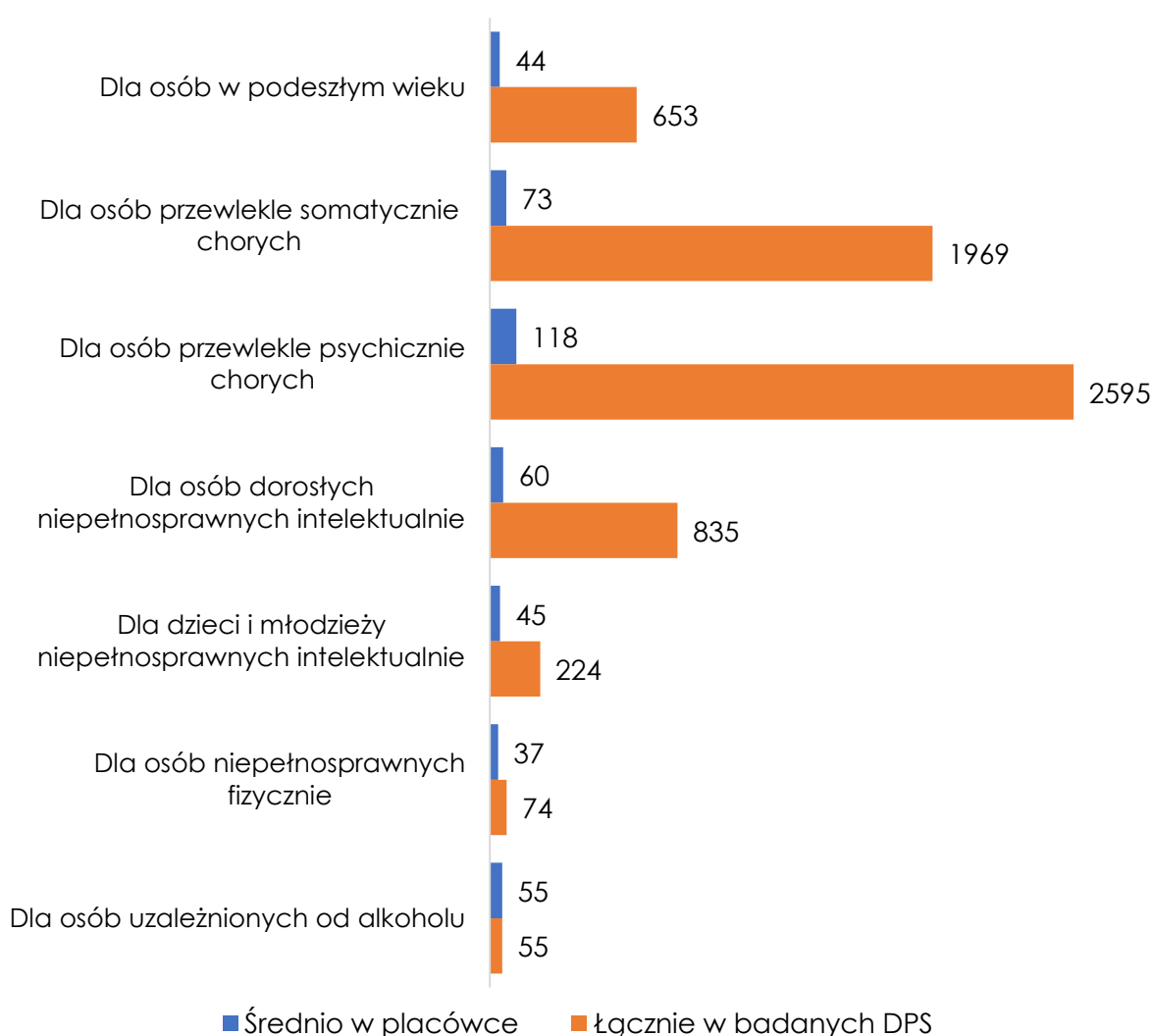
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

*Jedna z placówek nie udostępniła w ankiecie CAWI informacji na temat liczny miejsc w placówce.



W badanych placówkach, najwięcej miejsc dostępnych było dla osób przewlekle psychicznie chorych (łącznie ponad 2,5 tysiąca miejsc, największa placówka wśród badanych oferowała jednocześnie niespełna 400 miejsc dla przedstawicieli tej grupy) oraz przewlekle somatycznie chorych (blisko 2 tysiące miejsc). Najmniej natomiast dla osób uzależnionych od alkoholu 55 miejsc w 1 placówce oraz osób niepełnosprawnych fizycznie (74 miejsca w 2 placówkach).

Wykres 3. Liczba miejsc w badanych DPS dla poszczególnych grup osób



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

2.1.2 MIESZKAŃCY DPS

Bezpośrednio związana z liczbą miejsc oferowanych przez badane DPS, jest liczba osób które w nich przebywają. Jak widać na poniższym wykresie wartości te nieznacznie różnią się od deklarowanego przez respondentów ankiety CAWI stanu miejsc, którymi dysponują poszczególne placówki.

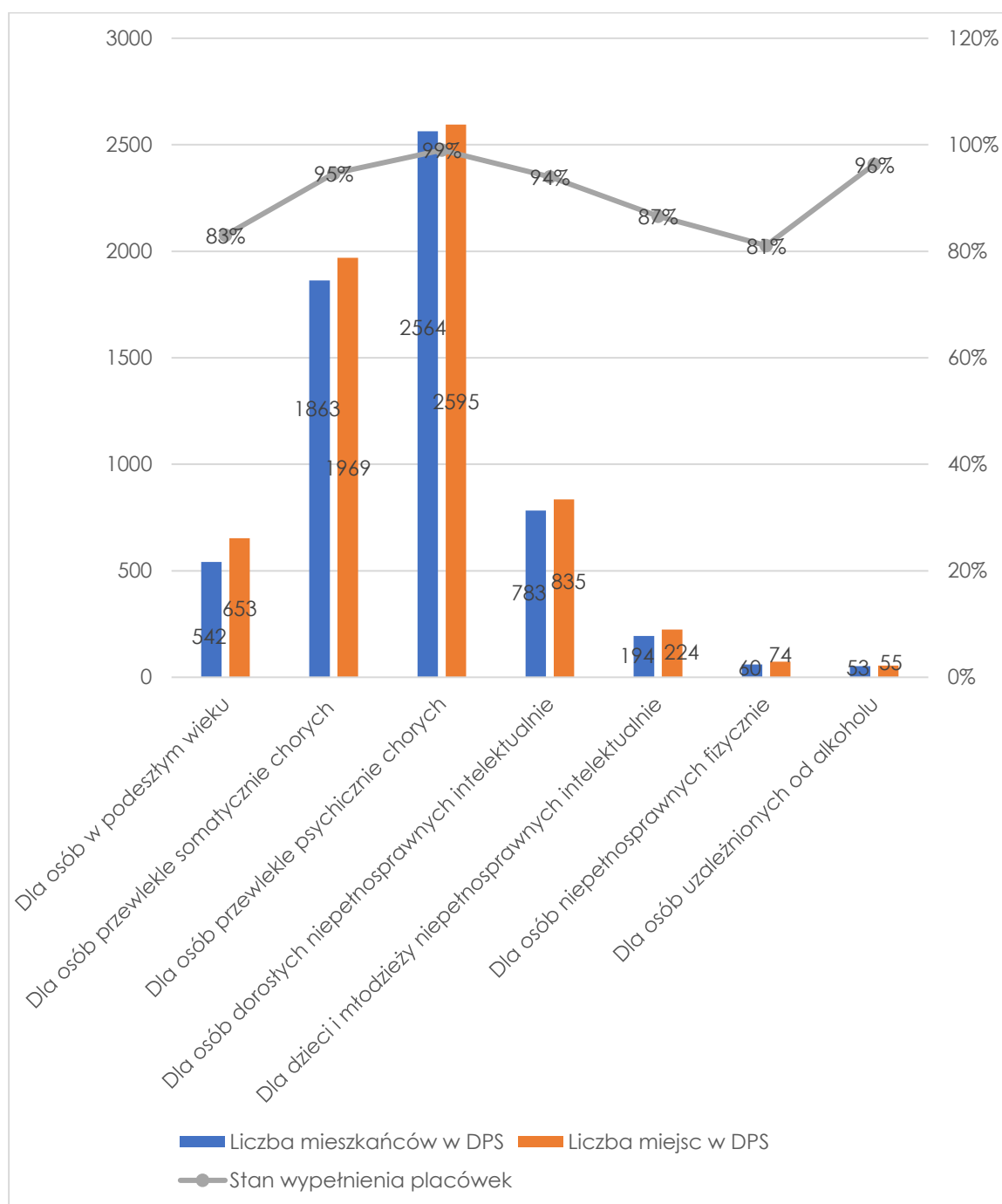
Jednocześnie, jak wynika z deklaracji rozmówców w wywiadach pogłębionych (IDI) często ich podopieczni charakteryzują się cechami więcej niż jednej grupy, a sam proces przyjmowania podopiecznych do DPS ulega pewnym przekształceniom, co może wpływać na ostateczny kształt statystyk.

W chwili realizacji badania w biorących w nim udział placówkach z terenu województwa małopolskiego przebywało łącznie 6059 osób, wśród których najliczniej reprezentowane były osoby przewlekle chore psychicznie (2564) oraz przewlekle chore somatycznie (1863). W dalszej kolejności były to także osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną (783) oraz osoby w podeszłym wieku (542). Wśród pozostałych podopiecznych małopolskich DPS znajdowali się: dzieci i młodzież niepełnosprawni intelektualnie (194), osoby niepełnosprawne fizycznie (60) oraz osoby uzależnione od alkoholu (53).

Porównując liczbę mieszkańców badanych placówek z liczbą dostępnych w nich miejsc można wskazać, że średnio w badanych DPS zapełnionych jest 95% miejsc. W największym stopniu wykorzystane są miejsca w DPS dla osób psychicznie chorych (99%), osób uzależnionych od alkoholu (96%), osób przewlekle somatycznie chorych (95%) oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (94%). Najniższy poziom zapełnienia miejsc dotyczy DPS dla osób niepełnosprawnych fizycznie (81%), osób w podeszłym wieku (83%) oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (87%). W kontekście procesów deinstytucjonalizacji warto rozważyć, czy niewykorzystane miejsca mogłyby zostać przeznaczone na uruchomienie usług wytnieniowych krótkoterminowego pobytu.



Wykres 4. Stan wypełnienia miejsc w badanych DPS wg typu placówki.

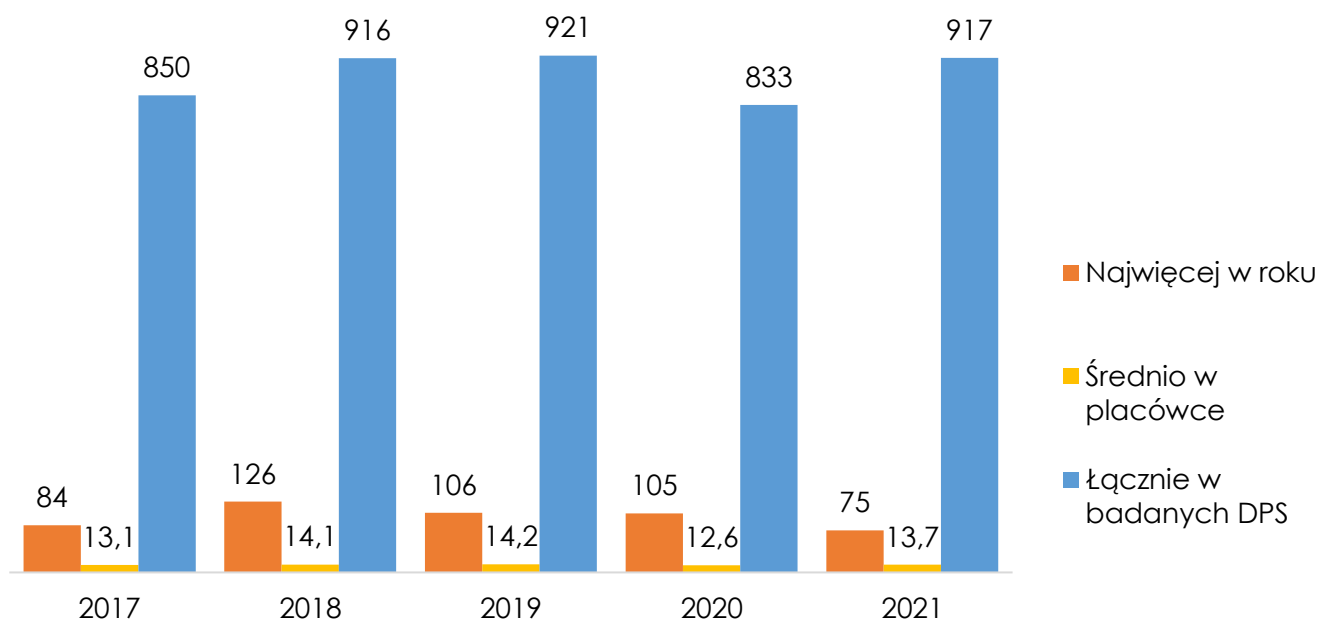


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=71.

Liczba nowych mieszkańców badanych DPS w latach 2017-2021 była względnie stała i wahała się od 833 osób w roku 2020 do 921 osób w roku

2019. Największe placówki przyjmowały w tym okresie około 100 nowych podopiecznych rocznie, średnio około 13 osób rocznie w placówce.

Wykres 5. Liczba nowych mieszkańców w DPS objętych badaniem w latach 2017-2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

Możliwość przyjmowania przez DPS nowych podopiecznych jest zależna od wielu czynników, przede wszystkim jednak od posiadanej liczby wolnych miejsc, która jest zależna zarówno od wielkości podmiotu (do większych placówek w sposób naturalny przyjmuje się większą liczbę podopiecznych) oraz grup podopiecznych, których obejmuje opieką. Najmniejsza rotacja mieszkańców dotyczy osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi, w szczególności dzieci i młodzieży oraz przewlekle psychicznie chorych (np. młode osoby niesamodzielne ze względu na nierokujący poprawy stan zdrowia mają niewielką szansę na powrót do środowiska, a ich pobyt w DPS jest dłuższy niż osób starszych lub osób w lepszej kondycji).

Tabela 8. Rotacja mieszkańców badanych DPS.

typ DPS	liczba przyjętych 2017-2021	liczba miejsc w 2022	liczba nowych osób na miejsce w latach 2017-2021
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie	26	235	0,11
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie	20	149	0,13
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	160	635	0,25
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	1089	2540	0,43
Dla osób w podeszłym wieku Dla osób przewlekle somatycznie chorych	285	479	0,59
Dla osób przewlekle somatycznie chorych Dla osób przewlekle psychicznie chorych Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	90	140	0,64
Dla osób w podeszłym wieku Dla osób przewlekle somatycznie chorych Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	99	125	0,79
Dla osób w podeszłym wiek	319	295	1,08
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	1967	1652	1,19
Dla osób w podeszłym wieku Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	168	100	1,68
Dla osób uzależnionych od alkoholu	187	55	3,40
	4410*	6405	0,69

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=71.

*Łączna liczba nowych osób umieszczonych w DPS w latach 2017-2021 różni się od łącznej liczby osób wskazanej na wykresie ze względu na wyeliminowanie z analizy rotacji mieszkańców DPS, które nie wskazały liczby miejsc.

Wolne miejsca w DPS pojawiają się najczęściej w 2 okolicznościach: w większej skali, w przypadku remontów lub rozbudowy placówki oraz pojedynczo przy okazji odejścia z DPS jednego z dotychczasowych podopiecznych. Jest to proces trudny do wcześniejszego przewidzenia, a długość pobytu w DPS zależy często od przyczyn umieszczenia w nim konkretnej osoby.

Jak pokazały wywiady IDI z dyrektorami DPS, mieszkańcy kierowanych przez nich placówek (również tych przeznaczonych dla jednej, nie kilku grup podopiecznych, potrafią stanowić bardzo różnorodną grupę osób pod względem wieku, kondycji zdrowotnej, potrzeb oraz możliwości powrotu do środowiska, a także tego, co środowisko może im po ewentualnym powrocie zaoferować.

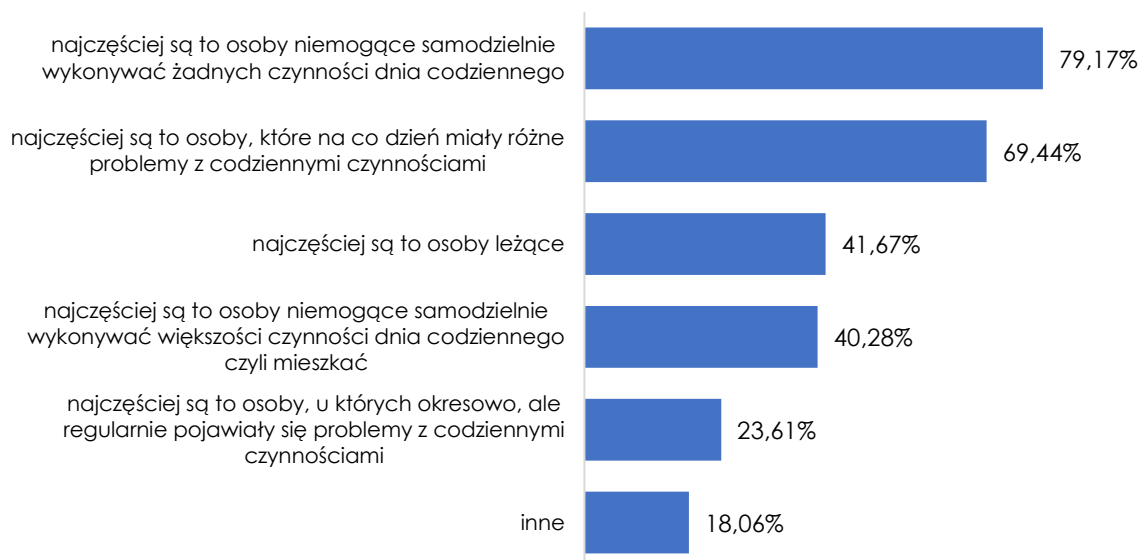
Podstawowym warunkiem umieszczenia podopiecznego w DPS jest jednak każdorazowo ocena jego ogólnej życiowej i zdrowotnej sytuacji oraz fakt, że w istniejących warunkach środowiskowych nie jest on w stanie funkcjonować samodzielnie poza placówką.

2.1.3 POZIOM SAMODZIELNOŚCI OSÓB KIEROWANYCH DO / UMIESZCZANYCH W DPS

Co do zasady, w DPS umieszczane są osoby, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania i wymagają całodobowej opieki. Badani zostali poproszeni o ocenę samodzielności osób kierowanych do DPS. Na 72 placówki biorące udział w badaniu, mogąc wskazać 3 określenia najtrafniej opisujące stan i poziom samodzielności osób do nich trafiających, przedstawiciele 57 z nich (79,17%) wskazali, że są to

osoby niemogące samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego, a 50 (69,44%), że są to osoby, które na co dzień miały różne problemy z codziennymi czynnościami.

Wykres 6. Poziom samodzielności osób kierowanych do / umieszczanych w DPS objętych badaniem [odsetek DPS}



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

Wśród wymienionej przez przedstawicieli 13 placówek (18,6%) odpowiedzi „inne”, znalazły się następujące odpowiedzi:

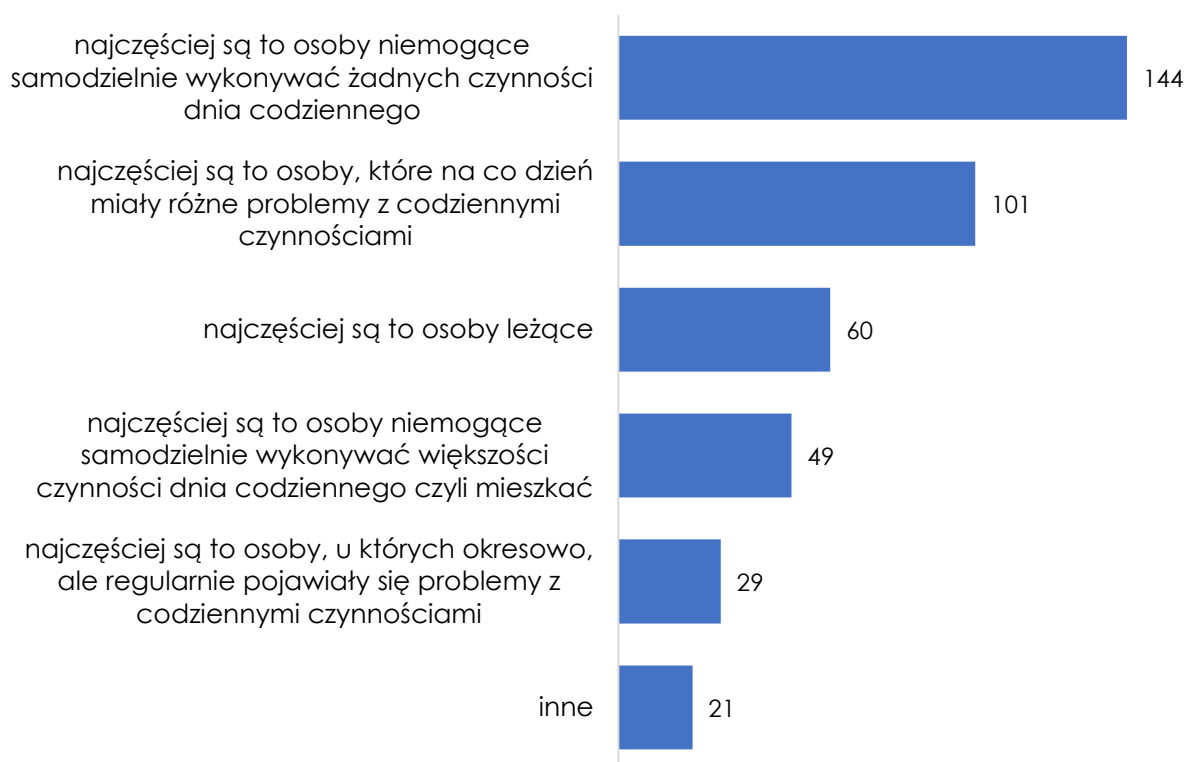
- *Bezdomność.*
- *Brak umiejętności obiektywnej oceny swojej sytuacji ze względu na postępujące schorzenia.*
- *Dotyczy to osób, które nie uświadamiają sobie potrzeby systematycznego leczenia, nie akceptują choroby psychicznej.*
- *Najczęściej są to osoby z wielochorobowością o znacznym stopniu zaawansowania, uniemożliwiająca samodzielne wykonywanie większości czynności dnia codziennego lub skutkującą zagrożeniem dla siebie lub osób z najbliższego otoczenia.*
- *Niepętnosprawność fizyczna.*

- *Osoby do intensywnej rehabilitacji po przebytych udarach, osoby po amputacji kończyn.*
- *Osoby niepełnosprawne intelektualne, które zostały sierotami zupełnymi w wyniku śmierci opiekunów / rodziców.*
- *Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, wymagające pomocy osób drugich w czynnościach dnia codziennego.*
- *Osoby umieszczone z postanowieniem sądu (bez zgody mieszkańca).*
- *Osoby zamieszkujące nasz DPS to osoby dorosłe z autyzmem, niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym oraz zaburzeniami zachowania. Wymagają znacznego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.*
- *Osoby, które na co dzień miały różne problemy z codziennymi czynnościami, w tym: utrzymaniem domu, zakupem opału, rozpaleniem w piecu i utrzymaniem odpowiedniej temperatury, przygotowaniem jakichkolwiek posiłków i regularnym ich spożywaniem, wykupem i przyjmowaniem leków, brakiem możliwości korzystania z opieki medycznej (brak możliwości dotarcia do przychodni z uwagi na odległość i górzysty teren).*
- *Osoby, które nie mają poczucia swojej choroby psychicznej i w środowisku domowym nie zażywają leków, co wiąże się z zagrożeniem dla siebie i otoczenia.*
- *Osoby, których opiekunowie w środowisku (rodzice) zmarli lub sami już wymagają pomocy.*
- *Problemy z zadłużeniami finansowymi, z alkoholem.*
- *Zaburzenia zachowania, agresja i autoagresja.*

Inaczej wygląda ocena poziomu samodzielności przy uwzględnieniu pozycji odpowiedzi w rankingu – ocena poziomu istotności kategorii. W tym ujęciu zdecydowanie najczęściej kierownicy DPS mają do czynienia z osobami niemogącymi samodzielnie wykonywać żadnych czynności dnia codziennego, a w dalszej kolejności także z osobami, które na co dzień mają

różne trudności z wykonywaniem codziennych czynności oraz osobami leżącymi.

Wykres 7. Poziom samodzielności osób kierowanych do/umieszczanych w DPS objętych badaniem [ocena poziomu istotności – liczba punktów 1-3]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

2.1.4 SYTUACJA RODZINNA OSÓB KIEROWANYCH DO/UMIESZCZANYCH W DPS

Sytuacja rodzinna osób kierowanych do/umieszczanych w DPS zazwyczaj jest jednym z ważnych kryteriów branych pod uwagę podczas identyfikowania najbardziej korzystnej formy opieki nad osobą niesamodzielną. Do najczęstszych, z punktu widzenia respondentów ankiety CAWI, sytuacji należał brak rodziny, która mogłaby zapewnić opiekę osobie kierowanej do placówki. W przypadku kiedy podopieczny ma rodzinę, ale nie może ona zapewnić mu opieki, wśród najczęstszych przyczyn wskazywane były: stan zdrowia i praca zawodowa, a jako trzeci powód także brak poczucia

odpowiedzialności za osobę niesamodzielną i kompetencji potrzebnych do zapewnienia jej opieki.

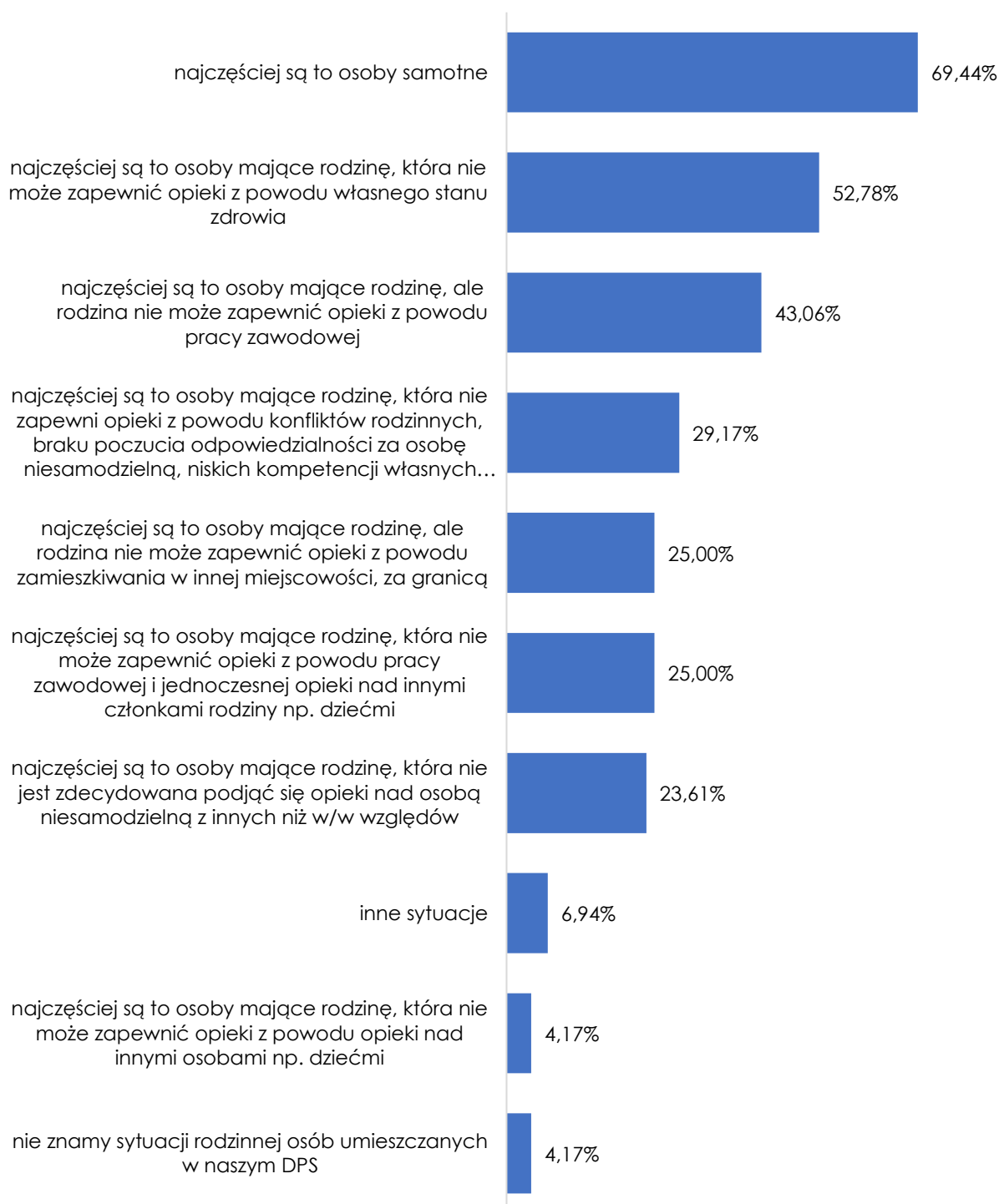
Wśród sytuacji rodzinnych określonych jako „inne” znalazły się następujące:

- *Są to osoby mające rodzinę, jednak z uwagi na charakter niepełnosprawności osoby te wymagają dużego wsparcia 1:1 24h/dobę, któremu to nie jest w stanie poddać rodzina.*
- *Najczęściej są to osoby mające rodzinę, która nie jest w stanie zapewnić właściwej opieki ze względu na to, iż chory psychicznie członek rodziny wymaga specjalistycznej opieki całodobowej.*
- *Problemy związane z chorobami psychicznymi np. agresja mieszkańca.*
- *DPS nie prowadzi statystyki pozwalającej na jednoznaczne określenie częstotliwości sytuacji rodzinnych mieszkańców Domu. Wszystkie wymienione w ankiecie przypadki mają miejsce, a częstotliwość poszczególnych występowania zmienia się w czasie wraz z odpływem mieszkańców lub zmianą sytuacji rodzinnej.*
- *Opieka nad osobą chorującą psychicznie jest niemożliwa bez wsparcia instytucjonalnego, w tym wykwalifikowanej kadry.*

W przypadku sytuacji rodzinnej, rankingi wg liczby wskazań i liczby punktów różnią się od siebie w bardzo niewielkim zakresie.



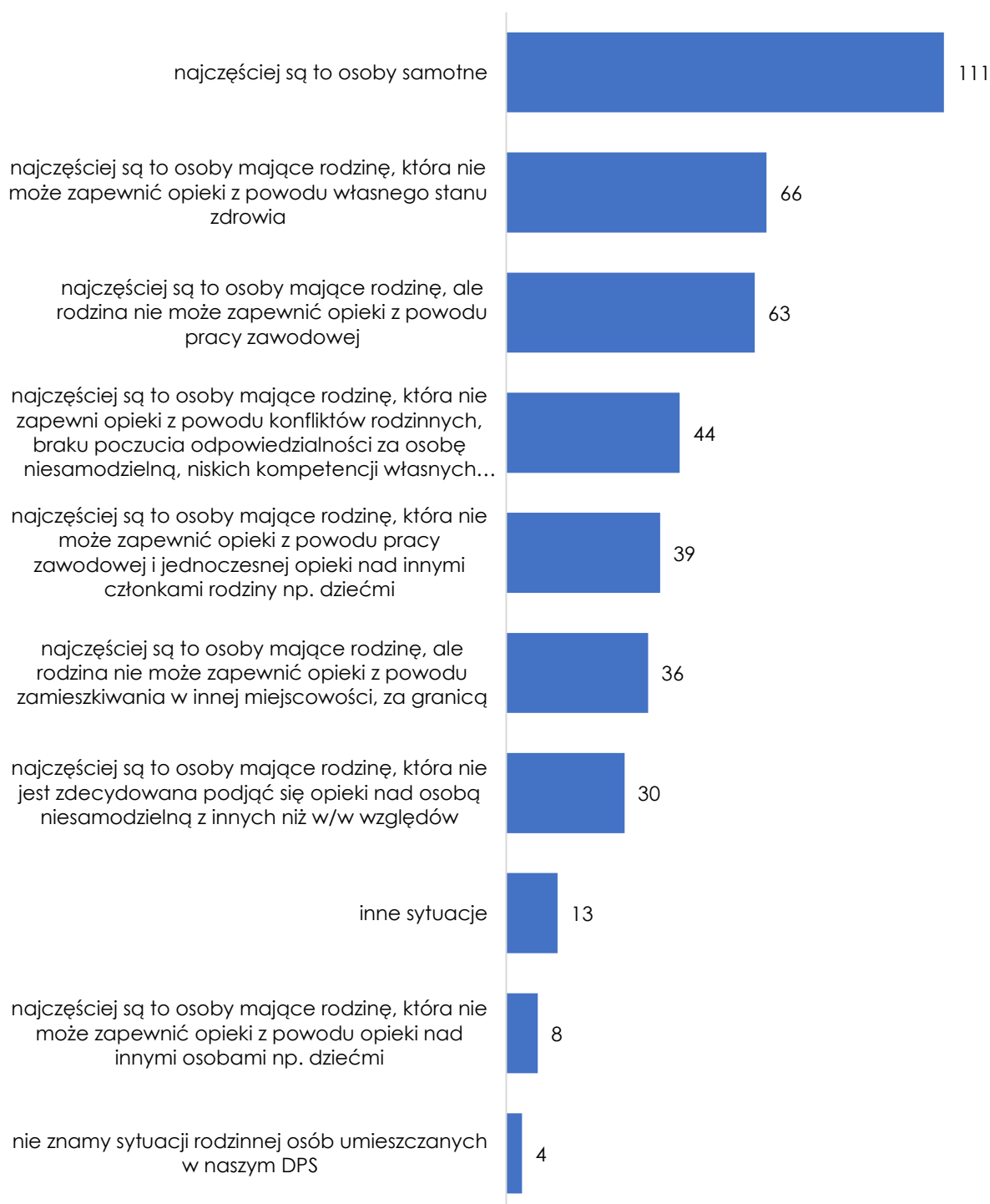
Wykres 8. Sytuacja rodzinna osób kierowanych do/umieszczanych w DPS objętych badaniem [odsetek DPS]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.



Wykres 9. Sytuacja rodzinna osób kierowanych do/umieszczanych w DPS objętych badaniem [ocena istotności – liczba punktów 1-3]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

2.2 PROBLEMY W CODZIENNEJ DZIAŁALNOŚCI DPS

Istotnym elementem badania była identyfikacja trudności, problemów i najważniejszych bolączek związanych z codziennym funkcjonowaniem DPS. Respondentów poproszono o wybranie z listy 5 najważniejszych problemów, które towarzyszą im w codziennej działalności oraz ułożenie ich w kolejności pod względem istotności/dotkliwości dla działania DPS. W ocenie poszczególnych trudności wykorzystano zarówno liczbę wskazań poszczególnych odpowiedzi jak i syntetyczny wskaźnik istotności stworzony przez sumowanie punktów dla każdej pozycji w rankingu.

Do największych trudności z perspektywy osób odpowiedzialnych za zarządzanie placówką należy przede wszystkim brak personelu – wskazany łącznie przez przedstawicieli 36,11% placówek (26 wskazań) jako jeden z czołowych problemów (115 punktów – zdecydowanie więcej niż jakakolwiek inna kategoria odpowiedzi). W dalszej kolejności wymieniane były także:

- powroty mieszkańców ze szpitali w pogorszonej kondycji fizycznej – 34,72% DPS (25 wskazań i 85 punktów);
- mamy trudności z realizacją opieki zdrowotnej dla mieszkańców – 33,33% DPS (24 wskazania i 82 punkty);
- mamy wiele osób z demencją – 33,33% DPS (24 wskazania i 76 punktów);
- mamy wiele osób agresywnych wobec personelu i współmieszkańców – 31,94% DPS (23 wskazania i 84 punkty);
- zakłócanie spokoju przez mieszkańców nadużywających alkoholu – 31,94% DPS (23 wskazania i 79 punktów);
- brak specjalistów – 26,39% DPS (19 wskazań i 75 punktów)
- roszczeniowość rodzin – 26,39% DPS (19 wskazań i 49 punktów).

Do trudności najmniej dotkliwych zaliczyć można natomiast:

- brak szkoleń dla personelu – 4,17 % DPS (3 wskazania i 5 punktów);

- brak szybkiego łącza internetowego – 4,17 % DPS (3 wskazania i 7 punktów);
- problemy z utrzymaniem terenów zielonych wokół DPS – 4,17 % DPS (3 wskazania i 6 punktów);
- braki w wyposażeniu komputerowym (komputery stacjonarne, drukarki, monitory, laptopy) – 2,78% DPS (2 wskazania i 5 punktów);
- braki w wyposażeniu pomieszczeń rehabilitacyjnych – 2,78% DPS (2 wskazania i 8 punktów);
- braki w wyposażeniu pomieszczeń terapii zajęciowej – 1,39% DPS (1 wskazania i 4 punkty).

Jednocześnie wśród odpowiedzi „inne”, które mogli samodzielnie uzupełnić respondenci wskazywano przede wszystkim na trudności finansowe, szczególnie w zakresie środków potrzebnych na wykonanie remontów oraz bieżącej konserwacji (często wiekowych i kosztochłonnej) budynków. Powiązaną z nimi trudnością są wolne miejsca w placówkach przy braku nowych skierowań do DPS oraz zbyt długiego pozostawiania osób niesamodzielnych w niewydolnym opiekuńczo środowisku, co pogłębia ich dotychczasowe trudności zdrowotne.

Jeden z badanych wskazał ponadto:

- Trudności w opiece nad osobami o złożonych trudnościach zdrowotnych: *„wśród osób somatycznie chorych są też osoby z chorobami psychicznymi, demencją, chorobą Alzheimera itp. Osoby te (...) nie mogą zostać umieszczone w DPS dla osób psychicznie chorych, a DPS dla osób somatycznie chorych nie ma niezbędnych narzędzi żeby zapewnić im odpowiednie bezpieczeństwo”*.
- Niewłaściwe kierowanie osób do DPS, w tym: (1) *„osób, które nie są ubezwłasnowolnione i nie mają opiekuna prawnego, ale z uwagi na stan świadomości nie mogą samodzielnie wyrażać swojej woli”* przy (2) *„braku jednolitych standardów przyjmowania do ZOL oraz braku*



Rzeczpospolita
Polska

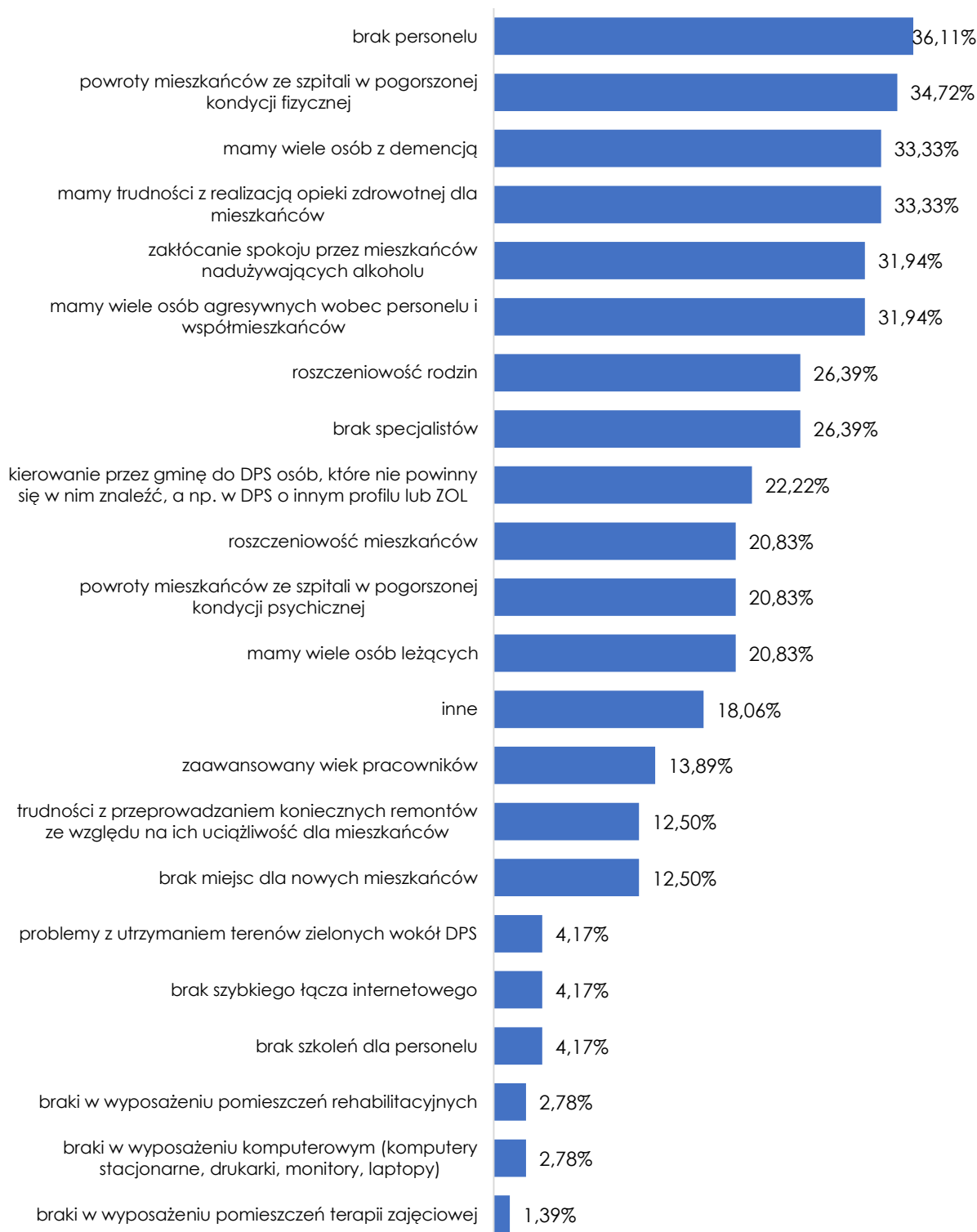
Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



jakiegokolwiek bezpośredniej formy pozwalającej na kierowanie przez OPS do ZOL, skutkuje tym, że umieszczanie w DPS jest o wiele łatwiejsze niż w ZOL”.



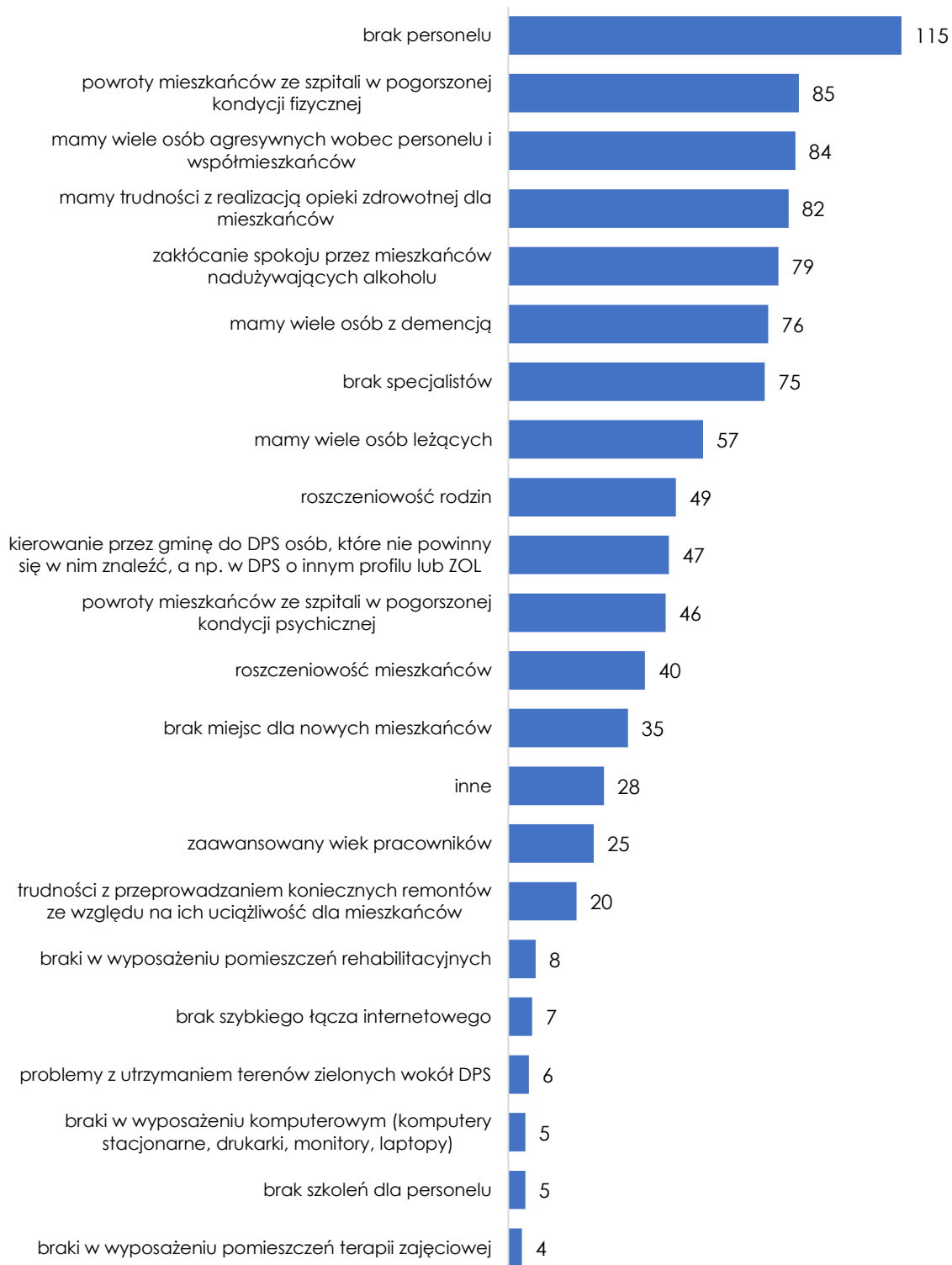
Wykres 10. Problemy w codziennej działalności DPS objętych badaniem [odsetek DPS]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.



Wykres 11. Problemy w codziennej działalności DPS objętych badaniem [ocena istotności – liczba punktów]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=72.

W rozwinięciu do pytania o największe trudności i problemy w codziennym działaniu DPS, badanych poproszono o kilka informacji uszczegóławiających poszczególne odpowiedzi. W efekcie analizy uzyskanych informacji udało się ustalić, że:

- Najbardziej brakujący personel to: pielęgniarki, pokojowe, personel bezpośredniego wsparcia, personel opiekuńczy, ratownicy medyczni, opiekuni medyczni, rehabilitanci, ale także kucharki oraz pracownicy socjalni. Przedstawiciele DPS skarżyli się ponadto na bardzo niewielkie zainteresowanie nowych pracowników podjęciem zatrudnienia w DPS (trudności rekrutacyjne po przejściu dotychczasowych pracowników na emeryturę) oraz bardzo dużymi trudnościami w pozyskaniu młodego i wykwalifikowanego personelu. Powodem tego stanu, są w ich opinii niskie zarobki oraz przeciążenie obowiązkami, zniechęcające potencjalnych kandydatów.
- Do najbardziej brakujących specjalistów należą: po raz kolejny pielęgniarki i rehabilitanci oraz opiekunowie / opiekunowie medyczni, ale także psychologowie, specjaliści do spraw autyzmu, oligofrenopedagodzy, terapeuci zajęciowi, logopedzi.
- Szkolenia dla personelu (wskazane jako brakujące jedynie przez 1 respondenta) powinny natomiast obejmować wiedzę, na temat tego w jaki sposób radzić sobie z coraz bardziej roszczeniowymi podopiecznymi.
- O ile respondenci nie zidentyfikują w codziennej działalności problemów z bezpieczeństwem mieszkańców, to problemy dotyczące bezpieczeństwa personelu (symptomatyczna wypowiedź 1 respondenta) obejmują zagrożenie wynikające z „chorobowych objawów wytwórczych mieszkańców - urojenia, agresja czynna i słowna, niedostateczna adaptacja mieszkańców do warunków życia w DPS, np. ustalony rozkład zajęć, czy przestrzeganie zasad pobytu w

domu, roszczeniowość mieszkańców dotycząca m.in. spożywania alkoholu” (DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych).

- Trudności w utrzymaniu terenów zielonych wokół DPS są związane przede wszystkim z ich dużą kosztownością wynikającą z rozległości terenów oraz nadzoru konserwatora zabytków/konserwatora przyrody.

Ponadto codzienne trudności i największe potrzeby poszczególnych placówek DPS wyrażone w wywiadach IDI wydają się zaskakująco przyziemne i stosunkowo łatwe do zaspokojenia. Dotyczą między innymi:

- usprawnień kwestii logistycznych w dostępie do usług medycznych spoza placówki,
- dostęp do usług medycznych na terenie DPS/możliwość realizowania niektórych usług w DPS,
- większe zasoby finansowe na zwiększenie kardy i rozbudowanie oferty kulturalno-rekreacyjnej,
- środki finansowe na niezbędne remonty i bieżącą konserwację oraz zakup niezbędnego sprzętu,
- usprawnień formalnych w nagłych przypadkach zdrowotnych (zastępowanie opiekuna prawnego podopiecznego).

2.3 UWARUNKOWANIA POWROTU DO ŚRODOWISKA POCHODZENIA – USŁUGI SPOŁECZNE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Jednym z istotnych celów systemu pomocy społecznej jest wsparcie w samodzielnym funkcjonowaniu, w tym wypadku mieszkańca DPS do możliwie szybkiego, długotrwałego i komfortowego powrotu do środowiska pochodzenia. Świadomość zadań i wyzwań w tym zakresie posiadają także biorący udział w badaniu przedstawiciele poszczególnych placówek.

Wie pani, ustawa o pomocy społecznej zakłada z góry, że Pomoc Społeczna nie jest pomocą do końca życia, praca? Że z systemu Pomocy Społecznej należy podejmować takie działania, aby mieszkańcy, pensjonariusza tego systemu Pomocy Społecznej wyszli. I my takie działania podejmujemy, poprzez właśnie tą terapię, poprzez treningi, poprzez trening ekonomiczny, radzenia sobie z finansami.

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

Jednocześnie wielu z nich uważa, że w chwili obecnej proces usamodzielniania mieszkańców oraz ich powrotu do środowiska pochodzenia jest trudny, a często także niemożliwy do efektywnej realizacji, tak ze względu na specyfikę trudności zdrowotnych i społecznych samych mieszkańców DPS, jak i niedostatki całego systemu wsparcia osób niesamodzielnym w miejscu zamieszkania.

2.3.1 OCENA WYBRANYCH USŁUG SPOŁECZNYCH

Respondenci reprezentujący badane DPS zostali poproszeni w ankiecie CAWI o ocenę wybranych usług społecznych pod kątem tego w jaki sposób powinny one zostać wsparte (rozwinęte lub uruchomione), aby osoby niesamodzielne dłużej niż obecnie pozostały w swoim środowisku

zamieszkania. Badani mogli określić, czy dana usługa jest usługą: którą należy uruchomić; którą należy objąć większą liczbę mieszkańców; której zakres dla poszczególnych osób powinien zostać rozszerzony lub wskazać odpowiedź „nie wiem”.

Do usług, które należy, w opinii respondentów, uruchomić zaliczają się głównie dzienny dom opieki medycznej (34,3% wskazań), centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych (30%) oraz mieszkania chronione (25,7%).

Usługi, którymi należy objąć większą liczbę mieszkańców, to natomiast przede wszystkim pielęgniarska opieka długoterminowa (51,4% wskazań), dzienny dom pomocy / klub samopomocy dla osób starszych (30%), a w dalszej kolejności także: środowiskowy dom samopomocy oraz centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych (po 28,6%) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi² (27,1%).

W przypadku usług, których zakres należy rozszerzyć znajdowały się natomiast: gminne usługi opiekuńcze (34,3%), gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze (31,4%), a także specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (24,3%) oraz pielęgniarska domowa opieka długoterminowa (24,30%).

Najbardziej niejednoznaczne są oceny usług teleopiekuńczych, w przypadku których blisko 60% badanych zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”. Warto jednak mieć na uwadze fakt, że (zgodnie z deklaracjami respondentów ankiety CAWI i wywiadów IDI) podopiecznymi DPS zostają przede wszystkim osoby, których stan zdrowia całkowicie uniemożliwia pozostanie w środowisku, a co za tym idzie także korzystanie z usług teleopiekuńczych. W

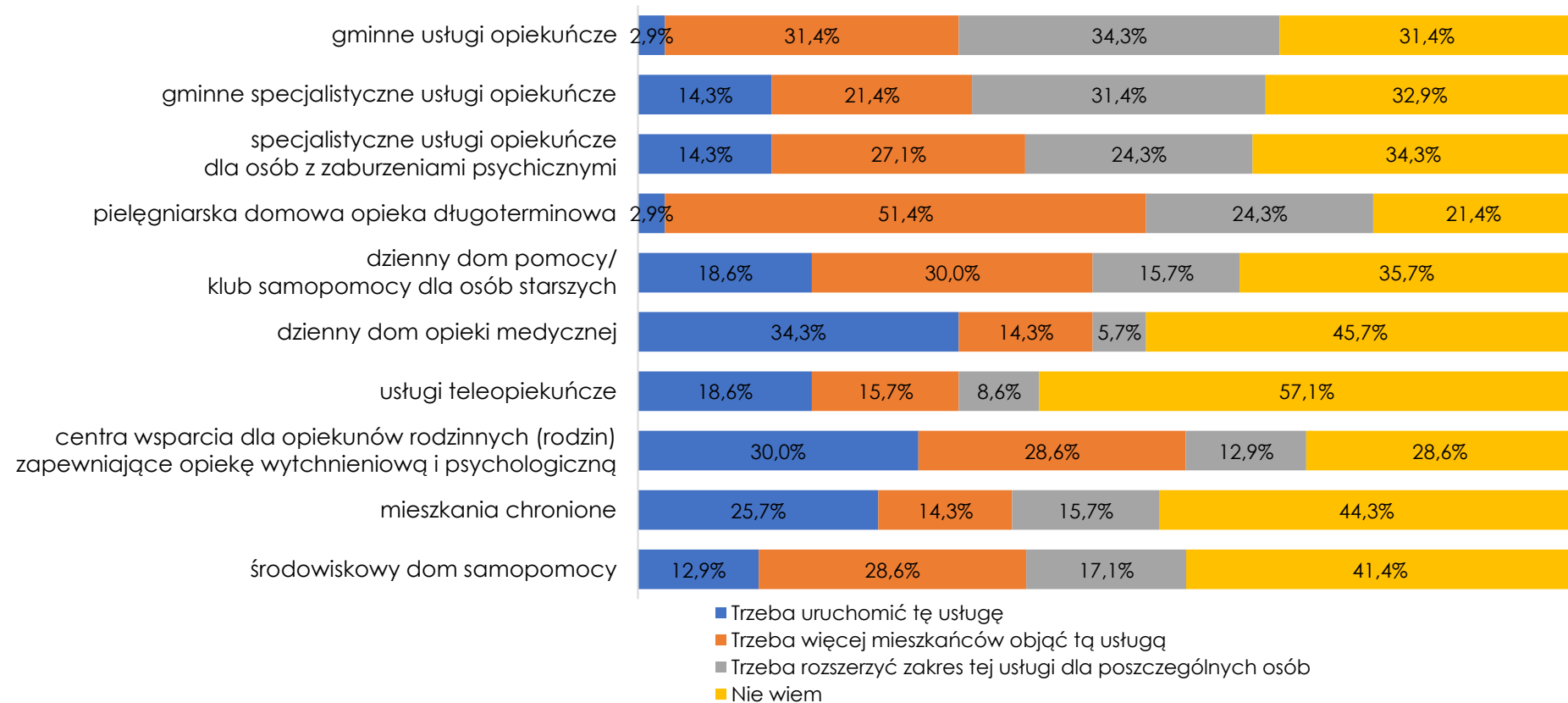
² W tym miejscu warto wziąć pod uwagę duży udział w próbie respondentów reprezentujących DPS dla osób przewlekle chorych psychicznie, dla których (ze względu na doświadczenia zawodowe w pracy z tą konkretną grupą) istotność tej usługi może być wyższa niż w przypadku pozostałych badanych,

efekcie kontakt respondentów z teleopieką jako formą usług społecznych dla ich podopiecznych, może być mocno ograniczony. W związku z powyższym, teleopieką może pozostawać poza zasięgiem bezpośredniego zainteresowania respondentów, w efekcie czego nie posiadają oni w tym zakresie ugruntowanej opinii, którą mogliby podzielić się w ankiecie.

Poniżej w tabelach zamieszczone zostały także zestawienia ocen poszczególnych usług społecznych z uwzględnieniem typu i wielkości placówki, reprezentowanej przez respondenta.



Wykres 12. Ocena wybranych usług społecznych (odsetek DPS)



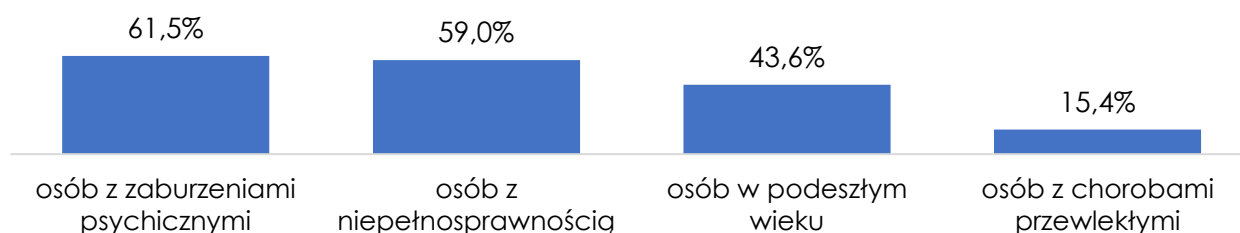
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.



Respondentów, którzy wskazali mieszkania chronione zapytano o to, dla kogo powinny być to mieszkania. Po blisko 2/3 tej grupy badanych zadeklarowało, że dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób z niepełnosprawnością, ponad 43% że dla osób w podeszłym wieku, a co szósty badany (15%) że dla osób z chorobami przewlekłymi.

Po raz kolejny, warto pamiętać, że struktura odpowiedzi w dużej mierze odpowiada z jednej strony strukturze samych podopiecznych badanych, z drugiej zaś także profilowi (typowi) DPS reprezentowanemu przez respondentów, tj. mieszkania wspomagane w opinii badanych powinny być przeznaczone przede wszystkim dla tych podopiecznych, których jest po prostu najwięcej.

Wykres 13. Przeznaczenie mieszkań wspomaganych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=39.

Jak wynika z ustaleń wywiadu grupowego (FGI) wynika, że mieszkania służące usamodzielnianiu się podopiecznych placówek opieki całodobowej w różnej formie (mieszkań chronionych oraz mieszkań treningowych, zlokalizowanych w bezpośredniej okolicy DPS lub w większym oddaleniu od placówki) funkcjonują z powodzeniem w chwili obecnej na terenie województwa małopolskiego w ramach niektórych DPS.

- *Z doświadczenia wiadomo, że najlepiej jakby takie mieszkanie było na terenie albo jak najbliżej. Dlaczego? Dla mieszkańca, który chce się usamodzielnić, jeżeli odległość jest bardzo duża to jest niewygodne dla opiekunów.*



- Są mieszkania wspierane i treningowe, treningowe to trafiają osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, które muszą mieć co najmniej 3 godziny dziennie opiekuna, który wspiera ich w myciu, w ubieraniu, w zachowaniu higieny, itd., treningowe są po to, żeby jak najszybciej, w okresie roku osoba wyszła do środowiska, usamodzielniała się i nie korzystała z żadnego wsparcia przez instytucje.
- (...)
- Tak. Znaczący logistycznie dla DPSu bliżej to zawsze lepiej, bo nie trzeba dojeżdżać, czasu tracić na dojazdy, my akurat na poziomie Krakowa o tym myślimy, jeżeli przejazd z jednego końca Krakowa, bo tam jest DPS do mieszkania chronionego na drugim końcu Krakowa to są czasami 2 godziny w jedną stronę.
- (...)
- Jak ktoś chce się usamodzielniać to raczej, żeby nie miał za blisko.
- (...)
- Mamy prowadzenie mieszkań chronionych, wiele DPSów ma swoje mieszkania chronione, czy zarządza mieszkaniami chronionymi.
- Nie jestem za tym, żeby to było w DPSie, ale blisko w innym budynku.
- Bo to musi być oddzielnie.
- Ale nie może być tak, żeby np. z jednego korytarza przeszedł, bo to się wyklucza.
- Mieliśmy mieszkanie chronione, to był domek, który widzieliśmy przez okno, była szosa i ten domek. Można było w każdym momencie wyskoczyć.
- Moderator: Widzicie potrzebę rozwijania tej infrastruktury form mieszkań wspomaganych w ramach centrum usług opiekuńczych?
- Tak.
- To by było niezłe.

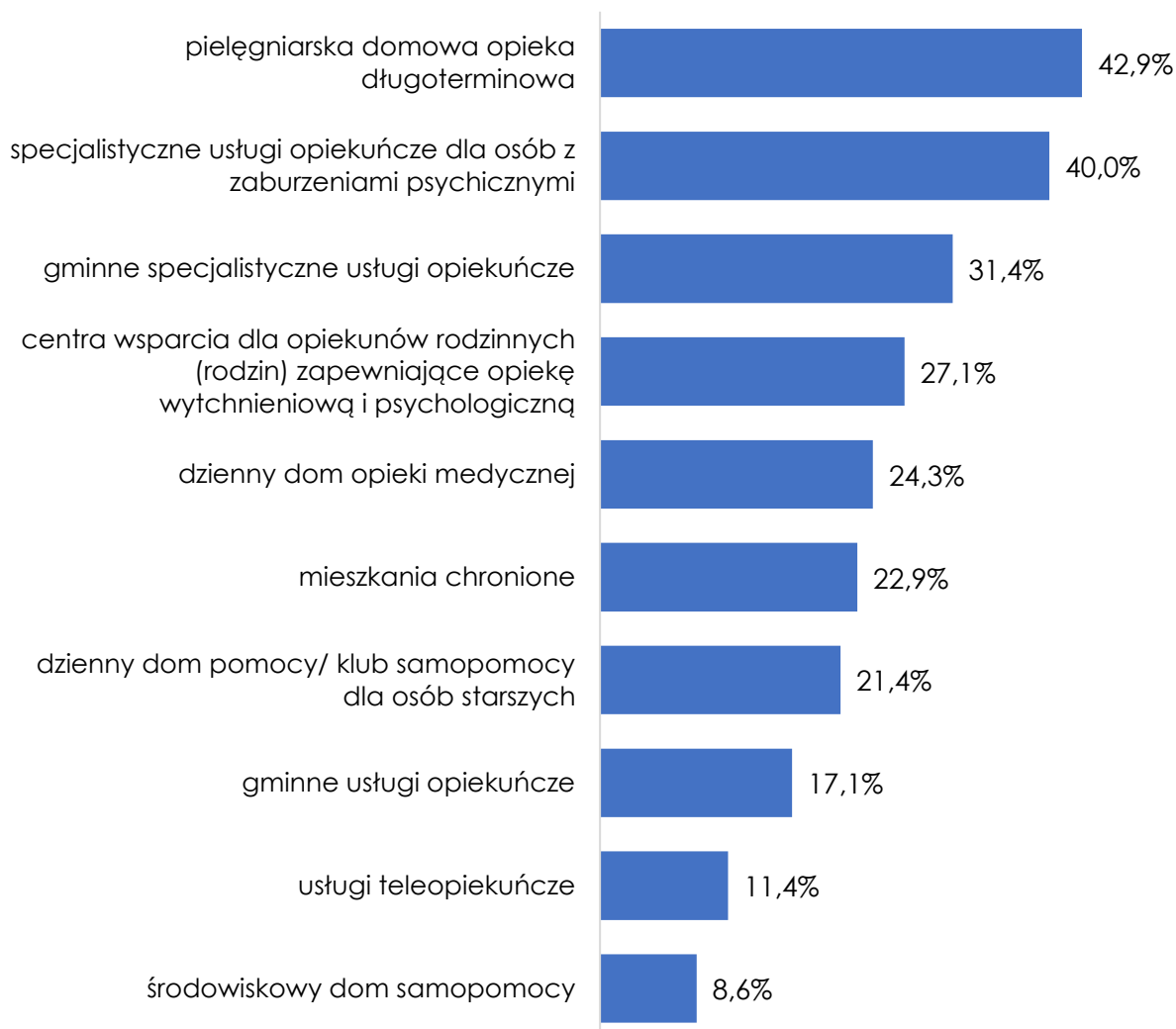
2.3.2 USŁUGI DEFICYTOWE W ŚRODOWISKU POCHODZENIA MIESZKAŃCÓW DPS

Za najbardziej deficytowe usługi w miejscu pochodzenia mieszkańców DPS, respondenci uważają przede wszystkim pielęgniarzką domową opiekę długoterminową (40% badanych) oraz specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (40%). W dalszej kolejności jako niedostatecznie dostępne ocenione zostały także: gminne specjalistyczne usługi opiekuńcze (31,4%) centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych (27,1%) oraz dzienny dom opieki medycznej (24,3%).

Warto zauważyć, że zdecydowana większość usług, o ocenę których proszono została uznana za deficytowe przynajmniej przez jednego na pięciu respondentów, co w przypadku analizowanej problematyki odpowiada istotnemu odsetkowi badanych placówek. Istotne jest, że wskazane przez respondentów usługi deficytowe częściowo odpowiadają usługom, które powinny być w ich opinii rozbudowane (określone wcześniej jako te, które powinny zostać: uruchomione, rozszerzone lub dostępne dla większej liczby osób).



Wykres 14. Usługi deficytowe w środowisku pochodzenia mieszkańców badanych DPS



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

W dodatkowych uwagach do pytania niektórzy przedstawiciele DPS (2 osoby) zwrócili uwagę na fakt, że reprezentując placówki oferujące opiekę całodobową mają ograniczoną wiedzę na temat dostępności usług środowiskowych w miejscu pochodzenia swoich podopiecznych. Wynikać ma to przede wszystkim z faktu, że osoby te, w chwili zamieszkania w DPS wymagały opieki całodobowej poza dotychczasowym miejscem

zamieszkania i żaden zakres usług społecznych w nim dostępnych nie byłby wystarczający do zastąpienia tej formy wsparcia.

Głosy te wskazywać mogą także na pewien deficyt w świadomości przedstawicieli DPS w obszarze wyobrażenia o kompleksowej i holistycznej opiece nad osobami niesamodzielnymi w domach, która powinna być docelową formą opieki w możliwie szerokim zakresie i długiej perspektywie czasowej. Uwrażliwienie respondentów w tym obszarze mogłoby pozwolić na znaczne u efektywnienie współpracy DPS z np. OPS w celu koordynacji opieki nad poszczególnymi osobami w bardziej przyjaznych środowiskach domowych.

Zakres usług społecznych uznawanych za deficytowe zależy od specyfiki reprezentowanego przez badanego DPS. Jednocześnie jednak, jak pokazują pogłębione informacje pochodzące z wywiadów IDI, system opieki w środowisku, mimo licznych niedostatków i niewątpliwych potrzeb rozwoju, działa w ostatnich latach coraz bardziej efektywnie, co jest widoczne także z perspektywy przedstawicieli DPS w postaci poziomu wcześniejszego zaopiekowania środowiskowego pacjentów oraz faktu, że pod opiekę placówek całodobowych trafiają, w ich opinii, wyłącznie te osoby, dla których organizacja efektywnej opieki w miejscu zamieszkania nie byłaby możliwa.

„Wie pani co? Od kilku lat nie trafiają do Domów Pomocy Społecznej osoby, które mogłyby funkcjonować w środowisku. Robi się w środowisku wszystko, żeby te osoby zatrzymać jak najdłużej. Są zasiłki dla opiekunów, są usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, są Dni Dobrej Opieki Społecznej, więc proszę mi wierzyć, że

osoby, które trafiają do Domu Pomocy Społecznej, są to osoby, które już absolutnie nie są w stanie funkcjonować w środowisku. Nie trafiły do nas w ostatnich latach osoby, którym można by było w jakikolwiek sposób stworzyć warunki, które by im pozwoliły na dłuższe pozostanie w środowisku.”

IDI 1 DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych

Wszystkie osoby, które są w DPSie to one już przeszły przez takie sito, że one naprawdę tego DPSu potrzebują, nie ma możliwości, żeby ich wystać i że mają sobie poradzić. Natomiast te osoby, które jeszcze są w środowisku i jeszcze mają możliwości sobie do pewnego stopnia radzić i przy jakiejś pomocy, dużej na pewno, bo na pewno dużej, jak ktoś będzie przychodził, będzie robił zakupy, będzie pilnował tego co dla nich jest potrzebne, to oni na pewno dłużej będą w środowisku.

FGI DPS

„Ale gdybym z takich naszych obserwacji, to są, głównie do domu pomocy społecznej trafiają osoby, które nie mogą być zaopiekowane w środowisku. Ośrodek Pomocy Społecznej wyczerpał cały wachlarz możliwości, jaki mógł zaproponować, a stan zdrowia nie pozwala na to, żeby w tym środowisku nadal pozostawał. I to z różnych przyczyn.”

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

Wśród deficytowych obecnie usług w środowisku, których rozwój mógłby zwiększyć komfort i poprawić zdrowie osób niesamodzielnych

przebywających poza placówkami oraz przedłużyć ich czas w miejscu zamieszkania badani wymieniali:

- rozbudowany system teleopieki wraz z możliwością szybkiej reakcji/interwencji w sytuacjach wymagających osobistej konsultacji z lekarzem,
- usługi i wsparcie sąsiedzkie,
- łatwo dostępne usługi opieki dziennej,
- intensyfikacja usług opiekuńczych i zwiększenie nadzoru nad procesem leczenia w warunkach domowych,
- zwiększenie zakresu (czasu i formy) usług opiekuńczych,
- usprawnienie współpracy OPS z innymi podmiotami, popularyzacja działalności NGO i wolontariatu we współpracy i porozumieniu z instytucjami publicznymi,
- zmiana mentalności osób korzystających z usług i wsparcia pomocy społecznej w zakresie popularyzacji wśród odbiorców pozafinansowych form wsparcia oraz zwiększenie poziomu zaufania do przedstawicieli instytucji publicznych,
- zmiana sposobu postrzegania pomocy społecznej, nie tylko przez podopiecznych, ale również przez podmioty publiczne.

2.4 DZIAŁANIA ZMIERZAJĄCE DO POWROTU NIEKTÓRYCH MIESZKAŃCÓW DO ŚRODOWISKA

Podjęcie działań zmierzających do usamodzielnienia się mieszkańców DPS oraz ich powrotu do środowiska jest jednym z trudniejszych zadań realizowanych w placówkach opieki całodobowej. Skala oraz efektywność działań usamodzielniających zależy w dużej mierze od okoliczności, w jakich są podejmowane. Nie zawsze też podejmowanie działań usamodzielniających jest w ogóle możliwe.

„To jest też różnie, bo na 63 panów mamy 22 ubezwłasnowolnionych, sami nie mogą decydować, czy mogą wyjść, czy nie mogą wyjść. Dużo jest też Panów, którzy są umieszczeni decyzją sądu, więc nie jest też tak prosta sprawa, żeby to wszystko teraz odwrócić. Z czystym sumieniem, jeżeli miałabym powiedzieć na 63 panów, żeby ktoś wrócił do środowiska, nie.”

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

W blisko 2/3 objętych badaniem placówkach podejmowane są działania, których celem jest poprawa kondycji podopiecznych oraz wspierania ich usamodzielnienia w stopniu umożliwiającym im powrót do środowiska zamieszkania.

Ponownie to, czy działania są w DPS podejmowane jest zależne od tego, do jakich grup podopiecznych skierowana jest jego oferta:

- Najczęściej działania zmierzające do przywrócenia niektórych mieszkańców do środowiska podejmowane są w placówce dla osób uzależnionych od alkoholu, co bezpośrednio wynika z jej specyfiki jako miejsca leczenia i pobytu czasowego oraz w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych. Mieszkańcy ww. wykazują się na tle pozostałych typów DPS relatywnie wysokim potencjałem usamodzielnienia, a działania do niego zmierzające są istotnym elementem funkcjonowania placówek.
- Najbardziej natomiast przywrócenie niektórych mieszkańców do środowiska jest celem działań podejmowanych w placówkach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (jest to grupa o szczególnie trudnym położeniu, ponieważ możliwość powrotu tych podopiecznych do środowiska jest zależna nie tylko od nich i ich stanu

zdrowia, ale również od ich opiekunów) oraz w placówkach dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych.

W placówkach objętych badaniem, w chwili jego realizacji, procesem powrotu do środowiska objęte były łącznie 63 osoby, które stanowiły 1% wszystkich mieszkańców DPS. Najlepiej wygląda sytuacja DPS dla osób uzależnionych od alkoholu, w których działaniami zmierzającymi do usamodzielnienia objęty był niemal co szósty podopieczny (13,2%).

Specyfika działań, których celem jest powrót mieszkańca do środowiska jest różnorodna i zależna od potrzeb i możliwości mieszkańców, różni się zatem w zależności od tego, jakie grupy podopiecznych objęte są opieką konkretnego DPS. Najważniejsze (najczęściej podejmowane, obejmujące najliczniejsze grupy osób) podejmowane działania to:

- działania ukierunkowane na poprawie stanu zdrowia i kondycji fizycznej;
- działania ukierunkowane na poprawę kondycji psychicznej: wsparcie psychiatryczne i psychologiczne, psychoterapia;
- trening umiejętności samoobsługowych, wykonywania codziennych czynności w domu (p.. sprzątnięcia, przygotowywania posiłków, robienia zakupów);
- motywowanie mieszkańca do podjęcia próby ponownego usamodzielnienia się;
- aktywizacja i integracja społeczna, doskonalenie umiejętności społecznych;
- kontakt z członkami rodziny oraz przedstawicielami środowiska pochodzenia;
- aktywizacja zawodowa;
- wsparcie w załatwieniu różnych spraw formalnych (np. wniosek o mieszkanie socjalne, uzyskiwanie świadczeń emerytalno-rentowych);
- korzystanie z mieszkań chronionych.

Tabela 9. Rodzaje działań zmierzających do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska liczba miejsc w DPS wg typu i wielkość placówki

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>szukanie pieczy zastępczej</i>
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>aktywizacja zawodowa, aktywizacja społeczna, integracja społeczna</i> • <i>Proces polega na nauce lub doskonaleniu umiejętności samoobsługowych, zaradności w miejscu zamieszkania na umiejętności przygotowywania posiłków, sprzątania we własnym otoczeniu, robieniu zakupów odzieżowych i spożywczych, trening finansowy</i> • <i>Przeważnie mieszkańcy są najpierw kierowani do Mieszkania Chronionego.</i>

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
	<ul style="list-style-type: none">• <i>przygotowanie do usamodzielnienia poprzez udział w WTZ, a w kolejnym kroku do podjęcie próby zatrudnienia w warunkach pracy chronionej.</i>• <i>rehabilitacja społeczna</i>• <i>Współpraca z OPS, Współpraca z Rodziną, Treningi nabywania umiejętności społecznych, gospodarowania budżetem i dbania o własny stan zdrowia.</i>
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	<ul style="list-style-type: none">• <i>praca w WTZ, wykonywanie pracy ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych ,kontakt ze środowiskiem rodzinnym, osobami znaczącymi</i>

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	<ul style="list-style-type: none">• <i>*psychoterapia*praca socjalna*podjęcie pracy w warunkach chronionych*uczestnictwo w WTZ</i>• <i>działamy zgodnie z rozporządzeniem ministra pracy i polityki społecznej w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi</i>• <i>działania nastawione na wytworzenie u mieszkańca DPS właściwych zachowań i umiejętności potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania.</i>• <i>leczenie psychiatryczne, usprawnienie psychofizyczne w celu samodzielnego funkcjonowania w środowisku (terapia, rehabilitacja, wsparcie psychologiczne)</i>• <i>nawiązywanie kontaktów z rodzinami i bliskimi naszych mieszkańców, prowadzenie działań terapeutycznych i zajęć psychoterapeutycznych, organizowanie staży zawodowych, wspieranie w znalezieniu zatrudnienia, rehabilitacja</i>

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
	<ul style="list-style-type: none">• Pomagamy Mieszkańcowi złożyć wniosek o lokal socjalny lub uzyskać miejsce w mieszkaniu chronionym. Aktywizujemy zawodowo Mieszkańców poprzez udział w różnych stażach, projektach, warsztatach terapii zajęciowej np. tp.• Poprzez zajęcia rehabilitacji społecznej• Praca w warunkach chronionych, treningi ekonomiczne.• Praca z rodziną, z mieszkańcem - terapia psychologiczna• Proces ten przebiega w dłuższym okresie czasu, mieszkaniowiec jest przepustkowany do środowiska rodzinnego i tam wzajemnie cała rodzina pracuje wraz z mieszkańcem nad jego adaptacją i powrotem do domu. Mieszkaniowiec uczy się nowych ról, które będzie spełniał po opuszczeniu placówki.• Prowadzone są zajęcia terapeutyczne, które dążą do usamodzielnienia się podopiecznych. Pracownicy socjalni mają stały kontakt z rodzinami.

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
	<ul style="list-style-type: none">• <i>Rozeznanie możliwości środowiskowych, rodzinnych, Udział w warsztatach terapii zajęciowej dziennych. Rozeznanie rynku pracy</i>• <i>Szkolenie do samodzielności w środowisku.</i>• <i>treningi funkcjonowania, trening ekonomiczny itp.</i>• <i>udział w projektach aktywizujących, próby podjęcia pracy , treningi samodzielności</i>• <i>Udział w treningach, nauka samodzielności</i>• <i>Wniosek o mieszkanie socjalne</i>• <i>Zgodnie z indywidualnym programem usamodzielniania np. przygotowanie zawodowe, samodzielne przyjmowanie leków, załatwianie spraw urzędowych, treningi życia codziennego</i>

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	<ul style="list-style-type: none">• <i>Intensywna opieka medyczna, intensywna rehabilitacja</i>• <i>mieszkanie chronione</i>• <i>Mieszkaniec złożył wniosek o mieszkanie chronione z braku możliwości powrotu do rodziny, gdyż rodzina nie deklaruje pomocy.</i>• <i>Motywowanie, rozmowy z psychologiem, współpraca z Zarządem Budynków Komunalnych i Wydziałem Mieszkalnictwa, działania mające na celu poprawę sytuacji–dochodowej - uzyskiwanie świadczeń emerytalno-rentowych, nauka wykonywania czynności życia codziennego, wspieranie w zakresie terapii uzależnień.</i>• <i>Poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, pomoc w uzyskaniu świadczenia pieniężnego na codzienną egzystencję oraz zakup niezbędnych leków, nawiązanie kontaktu z rodziną.</i>

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Praca terapeutyczna</i> • <i>rehabilitacja ruchowa, opieka medyczna, specjalistyczne usługi medyczne, kontakt z rodziną</i> • <i>rehabilitacja, rozmowy z psychologiem, treningi higieniczne, budżetowe oraz trening kompetencji społecznych.</i>
Dla osób uzależnionych od alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>pomoc i wsparcie w podejmowaniu ról i zadań społecznych, pracy, nauki, leczenia i terapii uzależnień</i>
Dla osób w podeszłym wieku	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Poprawa sprawności fizycznej</i> • <i>Udzielanie pomocy w zorganizowaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym wynajem mieszkania, udzielanie pomocy w uzyskaniu przysługujących</i>

PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
	<i>świadczeń finansowych, pomoc w zorganizowaniu odpowiedniej opieki medycznej.</i>
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stworzenie Indywidualnego Planu Wsparcia w celu wzmocnienia kompetencji, osiągnięcia rozwoju i maksymalnego usamodzielnienia bazując na potencjale podopiecznego.</i>
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych	<ul style="list-style-type: none"> • <i>procesy rehabilitacji/fizjoterapia- możliwość wyjazdu do swojego środowiska- rozmowy z psychologiem</i> • <i>Edukacja, pomoc w ustabilizowaniu chorób przewlekłych, poprawa relacji rodzinnych, uregulowanie spraw formalnych i finansowych, itp.</i>



PYTANIE: <i>Na czym polega proces przygotowania mieszkańca Waszego DPS do powrotu do środowiska?</i>	Odpowiedzi
	<ul style="list-style-type: none"><i>Spotkania z psychologiem, rehabilitacja mająca na celu usprawnienie mieszkańca, motywowanie mieszkańca do podjęcia próby ponownego usamodzielnienia się, zapoznanie z opiekunem środowiskowym</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=42.

Warto zauważyć, że działania zmierzające do przywrócenia niektórych mieszkańców do środowiska pochodzenia podejmują także placówki, w których nie jest formalnie prowadzony program usamodzielniania.

„Nie prowadzimy u siebie czegoś takiego jak program usamodzielniania. Natomiast ze względu na to, że jesteśmy małym domem, i widzimy potencjał wśród mieszkańców, to staramy się w jakiś sposób ich angażować do tego, aby ich możliwości poprawiać. Aby w jakiś sposób ich usamodzielniać. Z myślą o tym, że kiedyś faktycznie mogą odejść, z różnych powodów. Bo to różne mogą być sytuacje. Może to być, przyjąć taki dzień, że mieszkaniec powie, że się wyprowadza i nie możemy mu zabronić. Po prostu może wyjść, bo nie jest osobą ubezwłasnowolnioną i decyduje sam o sobie. I takie sytuacje też były. Dlatego chcemy naszych mieszkańców angażować w pracę na rzecz domu, żeby ich nauczyć takich podstawowych czynności, które się w gospodarstwie domowym wykonuje. I staramy się to robić z każdym, w zależności od tego jakie ma własne możliwości. To różnie też jest.”

IDI DPS dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

Jak zwracali uwagę niektórzy rozmówcy, na zmniejszenie atrakcyjności procesu usamodzielniania w oczach mieszkańców oraz, niejako w konsekwencji, także jego mniejszą efektywność, wpływają trudne warunki zewnętrzne, z którymi musieliby zmierzyć się podopieczni DPS po opuszczeniu placówki i których wymaganiom (choćby finansowym) nie są oni często w stanie sprostać niezależnie od aktualnej kondycji zdrowotnej i psychicznej.

Na tą chwilę nie ma u mnie takiej osoby, którą bym widział, aby powróciła do środowiska. (...) Tylko widzi pani, w

przypadku Domu Pomocy Społecznej to jest tak, że nawet, jeżeli ktoś chciałby podjąć pracę, to 70% dochodu z jego wynagrodzenia pójdzie na dom pomocy. Jeżeli będzie to praca ze wskazaniem terapeutyczno-rehabilitacyjnej, to 50% dochodu pójdzie na Dom Pomocy Społecznej. Jeżeli dziecko opuszcza placówkę opiekuńczo-wychowawczą, czyli dom dziecka, to dostaje pieniądze na tak zwane usamodzielnienie się. Z tego, co pamiętam, jak odchodziłem z Powiatowego Centrum, to było chyba wtedy 3500 zł, to było w 2010 roku. Nie wiem, jakie to są teraz pieniądze. W przypadku Domu Pomocy Społecznej nikt czegoś takiego nie oferuje. Więc z czym ten, nazwijmy go klientem, bo to jest klient pomocy społecznej, ma opuścić ten dom pomocy? Z tym depozytem 30% z tej rencyny 1200 zł? Zostaje mu tam nie wiem, 300 do 400 zł miesięcznie. I w zasadzie większość tych pieniędzy przeznacza na papierosy i na kawę, bo takie są realia. On nie jest w stanie – zaoszczędzić.

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

Ważnym aspektem wpływającym negatywnie na skalę działań usamodzielniających niektórych mieszkańców, jakie są podejmowane w badanych DPS-ach jest właśnie niewielkie zainteresowanie powrotem do środowiska samych podopiecznych.

Może zacznę od tego, że mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej jeżeli nie jest osobą skierowaną do domu bez jego zgody, może opuścić dom pomocy społecznej w każdej chwili, do mnie może dzisiaj przyjść 81 mieszkańców i poprosić o to, że oni wychodzą o 12:00 na przykład do domu. I ja nie mam prawa ich zatrzymać, nie mam prawa.

Nikt tego nie robi. Dlaczego? Widocznie nie czują się na tyle bezpiecznie i, nie mają na tyle środków finansowych, nie mają gdzie pójść, skoro tak się dzieje.

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

2.4.1 MIESZKAŃCY DPS OBJĘCI PROCESEM POWROTU DO ŚRODOWISKA W LATACH 2017-2021

Analiza informacji na temat liczby mieszkańców objętych procesem powrotu do środowiska, liczby osób, które wróciły do środowiska oraz liczby osób, które po powrocie do środowiska zostały ponownie skierowane do DPS pokazuje, że zarówno skala, jak i efektywność działań usamodzielniających podejmowanych w DPS pozostają na względnie stałym poziomie.

Konstrukcja pytania (rozbudowana skala, w której wartości poniżej 5% stanowią najmniejszą możliwą do wskazania odpowiedź) oraz zestawienie odpowiedzi na nie z innymi danymi uzyskanymi w badaniu (aktualna liczba osób objętych działaniami usamodzielniającymi, efektywność działań usamodzielniających opisywana w np. wywiadach IDI, itd.) pozwalają przypuszczać, że poniższe informacje mogły zostać przeszacowane przez respondentów, w takim sensie, że rozpatrywane przez nich retrospektywnie przypadki działań usamodzielniających i ich efekty były przez nich oceniane jako większe i o szerszym zakresie niż miało to miejsce w rzeczywistości.

Jednocześnie wg deklaracji respondentów działania zmierzające do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska w latach 2017-2021 prowadzone były nielicznie i obejmowały niewielką grupę mieszkańców (najczęściej mniej niż 5%), a ich efektywność mogła być mierzona jedynie w pojedynczych przypadkach skutecznych powrotów.

Tabela 10. Działania zmierzające do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska w latach 2017-2021

		poniżej 5%		od 5% do 10%		powyżej 10% do 20%		powyżej 20%		nikt pomimo prowadzonych działań		nikt, nie prowadziliśmy takich działań		nie wiem	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
PYTANIE <i>Proszę spróbować oszacować jaki odsetek mieszkańców Państwa DPS był objęty procesem powrotu do środowiska w latach 2017-2021 – proszę podać przybliżone średnie w kolejnych latach?</i>	2021	32	45,7%	5	7,1%	2	2,9%	-	-	-	-	23	32,9%	8	11,4%
	2020	26	37,1%	6	8,6%	2	2,9%	1	1,4%	-	-	25	35,7%	10	14,3%
	2019	25	35,7%	6	8,6%	2	2,9%	-	-	-	-	25	35,7%	12	17,1%
	2018	24	34,3%	5	7,1%	2	2,9%	-	-	-	-	26	37,1%	13	18,6%
	2017														
		24	34,3%	2	2,9%	2	2,9%	1	1,4%	-	-	28	40%	13	18,6%

		poniżej 5%		od 5% do 10%		powyżej 10% do 20%		powyżej 20%		nikt pomimo prowadzonych działań		nikt, nie prowadziliśmy takich działań		nie wiem	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
PYTANIE <i>Proszę spróbować oszacować, jaki odsetek mieszkańców Państwa domu z objętych procesem usamodzielnienia w latach 2017- 2021 powrócił do środowiska – proszę podać przybliżoną średnią?</i>	2021	27	38,6%	1	1,4%	-	-			13	18,6%	27	38,6%	2	2,9%
	2020	26	37,1%	1	1,4%	-	-	1	1,4%	11	15,7%	27	38,6%	4	5,7%
	2019	23	32,9%	2	2,9%	-	-	-	-	11	15,7%	28	40%	6	8,6%
	2018	21	30%	2	2,9%	-	-	-	-	10	14,3%	29	41,4%	8	11,4%
	2017	21	30%	-	-	-	-	1	1,4%	10	14,3%	31	44,3%	7	10%
PYTANIE	2021	10	14,3%	-	-	-	-			7	10%	34	48,6%	19	27,1%

	poniżej 5%		od 5% do 10%		powyżej 10% do 20%		powyżej 20%		nikt pomimo prowadzonych działań		nikt, nie prowadziliśmy takich działań		nie wiem		
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	
<i>Proszę spróbować oszacować, jaki odsetek mieszkańców Państwa domu, którzy wrócili do środowiska ponownie wróciło do DPS w latach 2017-2021?</i>	2020	5	7,1%	-	-	-	-	1	1,4%	9	12,9%	34	48,6%	21	30%
	2019	5	7,1%	-	-	-	-	-	-	6	8,6%	36	51,4%	23	32,9%
	2018	6	8,6%	-	-	-	-	-	-	5	7,1%	36	51,4%	23	32,9%
	2017	4	5,7%	-	-	-	-	-	-	6	8,6%	37	52,9%	23	32,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

2.4.2 PROCES POWROTU DO ŚRODOWISKA 2022

W 2022 roku działania zmierzające do przywrócenia niektórych mieszkańców do środowiska pochodzenia prowadziło 26 badanych DPS. W tych placówkach procesem powrotu do środowiska objęte były łącznie 63 osoby (najwięcej 11, najmniej 1). Proces był efektywny w połowie przypadków i łącznie 26 osób wróciło do środowiska pochodzenia. Byli to mieszkańcy 15 z badanych DPS. Należy zwrócić uwagę, że 2 osoby, po jednej z dwóch różnych DPS wróciły ponownie do systemu opieki całodobowej.

Najbardziej efektywnym pod względem liczby mieszkańców objętych procesem usamodzielniania był DPS dla osób uzależnionych od alkoholu – 10 osób (ze względu na specyfikę podopiecznych i czasowość pobytu) oraz DPS dla osób przewlekle chorych psychicznie – 30 osób (ze względu na największą ogólną liczbę podopiecznych w tego typu placówkach na terenie województwa małopolskiego). Największa liczba podopiecznych, którzy wrócili do środowiska odnotowana została w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu (10 osób).

Ponadto, 2 osoby wróciły do DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych (1 osoba) oraz dla osób w podeszłym wieku (1 osoba). Jako przyczyny ponownego umieszczenia w DPS mieszkańca, który wrócił do środowiska podano:

- pogorszenie sprawności osoby, uniemożliwiające dalsze samodzielne funkcjonowanie w środowisku (w obu przypadkach);;
- brak zaangażowania rodziny (w obu przypadkach);
- stopniowa utrata umiejętności potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania wypracowanych we wcześniejszym procesie usamodzielniania zrealizowanym w DPS (DPS dla osób w podeszłym wieku);

- brak lub niedostatek form pomocy w postaci usług opiekuńczych oferowanych w ramach systemu ochrony zdrowia (DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych).

2.5 UWARUNKOWANIA POWROTU DO ŚRODOWISKA POCHODZENIA – CZYNNIKI OSOBOWE

2.5.1 POTENCJAŁ MIESZKAŃCÓW DPS DO POWROTU DO ŚRODOWISKA W WARUNKACH WSPIERANYCH

Nie bez znaczenia w procesie przywracania osób niesamodzielnych do ich środowiska jest także sam wyjściowy potencjał przedstawicieli tej grupy do usamodzielnienia. Ogólnie rzecz biorąc, zdaniem badanych przedstawicieli DPS w reprezentowanych przez nich placówkach mieszka w chwili obecnej łącznie 281 spośród 6059 osób, co stanowi 4,64% mieszkańców badanych DPS (najwięcej 25, najmniej 0 w placówce), które wykazują potencjał do usamodzielnienia w stopniu umożliwiającym im w przyszłości powrót do środowiska.

Wydaje się to odsetkiem bardzo znikomym w ogólnej skali osób korzystających z usług opieki całodobowej. Najistotniejszy wydaje się jednak fakt, że potencjał do powrotu do środowiska w warunkach wspieranych był różnie oceniany przez przedstawicieli różnego typu DPS. W efekcie wśród osób dobrze rokujących znajduje się mniej niż 1% mieszkańców DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (choć należy pamiętać, że w przypadku tej grupy, w sposób wyjątkowy istotne są nie tylko możliwości samych podopiecznych, ale także ich opiekunów w miejscu zamieszkania) oraz 20% mieszkańców DPS dla osób uzależnionych od alkoholu.

Niewielki odsetek osób, których kondycja i determinacja, a także posiadane różnorodne zasoby pozwalają liczyć na ich powrót do środowiska, potwierdzają także rozmowy (wywiady) z przedstawicielami DPS.

Tabela 11. Ogólna liczba mieszkańców mających potencjał do powrotu do środowiska w badanych DPS wg typu i wielkość placówki

PYTANIE	Max	Min	Suma	% wszystkich mieszkańców badanych DPS danego typu
<i>Ilu mieszkańców w Państwa DPS ma potencjał do powrotu do środowiska w warunkach wspieranych?</i>				
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	1	0,67%
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	10	0	25	4,29%
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	4	1	5	2,13%
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	13	0	93	3,81%
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	25	0	92	5,58%
Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób przewlekle psychicznie chorych + Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	0,00%
Dla osób uzależnionych od alkoholu	11	11	11	20,00%
Dla osób w podeszłym wieku	10	0	22	7,46%

PYTANIE	Max	Min	Suma	% wszystkich mieszkańców badanych DPS danego typu
<i>Ilu mieszkańców w Państwa DPS ma potencjał do powrotu do środowiska w warunkach wspieranych?</i>				
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	12	12	12	12,00%
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych	7	0	14	2,91%
Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	6	6	6	4,80%
OGÓŁEM	25	0	281	4,49%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

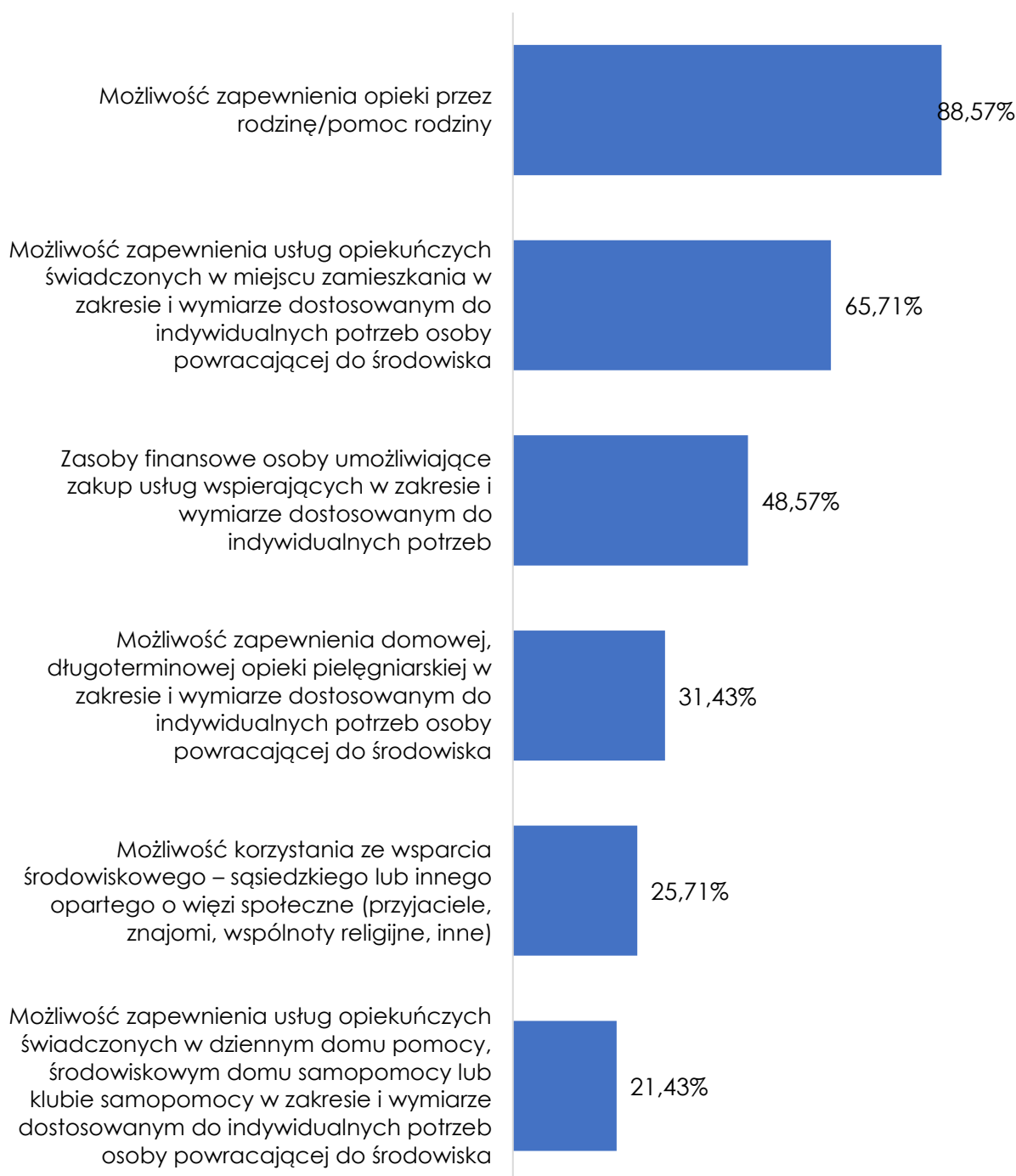
2.5.2 CZYNNIKI WARUNKUJĄCE MOŻLIWOŚĆ POWROTU MIESZKAŃCÓW DO ŚRODOWISKA

Jak pokazują wyniki ankiety, najważniejszym czynnikiem zapewniającym możliwość powrotu mieszkańca do środowiska jest bez wątpienia możliwość zapewnienia mu opieki przez rodzinę i pomoc rodziny w codziennym funkcjonowaniu poza placówką całodobowej opieki (62 wskazania, 167 punktów), dopiero w dalszej kolejności wskazywane były przez respondentów takie czynniki jak usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, (46 wskazań, 92 punkty) czy zasoby finansowe pozwalające na zakup dodatkowych usług wspierających (34 wskazania, 51 punktów).

Relatywnie nisko oceniane jest wsparcie świadczone przez punkty opieki dziennej, co, jak można przypuszczać, wynika z ich ograniczonej dostępności w ciągu dnia (jedynie kilka godzin) oraz tygodnia (tylko incydentalnie funkcjonują placówki dostępne dłużej niż 5 dni w tygodniu). Należy zwrócić uwagę, że ankietowani we wcześniejszych pytaniach wskazywali, że dzienne formy wsparcia powinny być uruchamiane, a ich oferta rozszerzana, aby więcej osób mogło z nich skorzystać. Zastanowienia zatem wymaga, czy mają one w ich ocenie pełnić wyłącznie funkcję profilaktyczną dla jak najpóźniejszego umieszczenia w DPS, bo ich potencjał w zakresie wsparcia mieszkańców w środowisku jest ich zdaniem ograniczony.



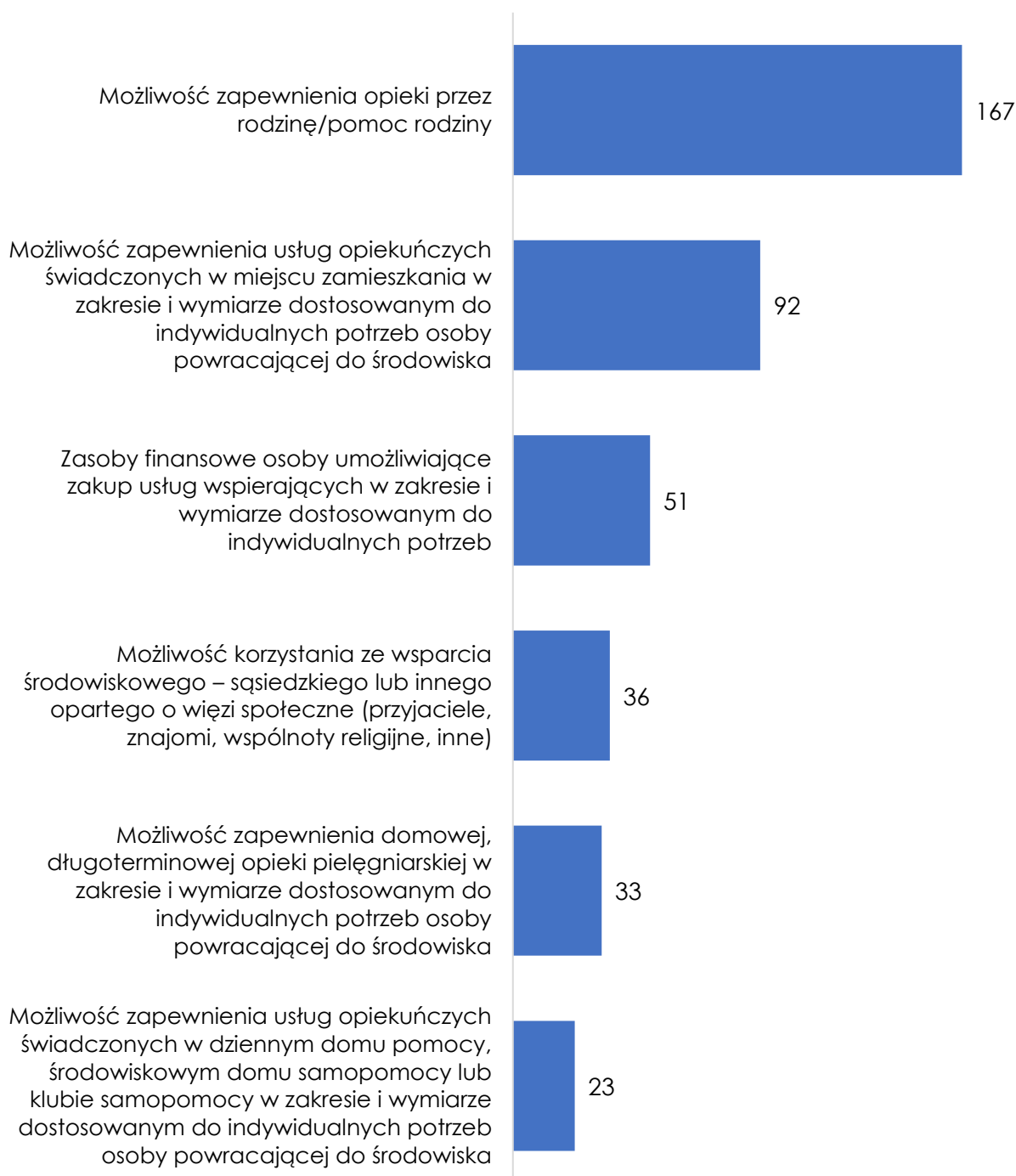
Wykres 15. Czynniki warunkujące możliwość powrotu mieszkańca do środowiska – liczba wskazań



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.



Wykres 16. Czynniki warunkujące możliwość powrotu mieszkańca do środowiska – liczba punktów



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Odpowiadając na pytanie otwarte o to, jakie 3 kluczowe zasoby mieszkańca umożliwiają mu skuteczny powrót do środowiska, badani wskazywali natomiast najczęściej:

- stan zdrowia, który musi być wystarczająco dobry do samodzielnego funkcjonowania poza placówką,
- finanse, umożliwiające samodzielne utrzymanie się/opłacenie dodatkowych usług,
- mieszkanie, dostosowane do potrzeb i pozbawione barier architektonicznych,
- dobra kondycja psychiczna,
- odpowiedni charakter, zaradność, poczucie własnej wartości, determinacja, silna wola,
- świadomość choroby i wynikającej z niej potrzeby leczenia, a także umiejętności i samodzielność w tym zakresie,
- wsparcie rodziny i najbliższego środowiska,
- samodzielność i samoobsługa w codziennych czynnościach,
- dostęp do profesjonalnego wsparcia (lekarze/terapeuci/pielęgniarki).

2.5.3 CZYNNIKI UNIEMOŻLIWIAJĄCE POWRÓT MIESZKAŃCA DPS DO ŚRODOWISKA I ZAMIESZKIWANIE W NIM W WARUNKACH WSPIERANYCH

W przypadku czynników całkowicie uniemożliwiających powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych badani zaliczyli:

- brak wsparcia ze strony osób bliskich, rodziny oraz najbliższego środowiska,
- niektóre rodzaje deficytów, które zdecydowały o pobycie w DPS (nierokujący poprawy stan zdrowia, niektóre niepełnosprawności – trudności wymagające całodobowej opieki i wsparcia),

- brak miejsca do zamieszkania (deficyt mieszkań chronionych i lokali socjalnych) lub dostęp wyłącznie do lokalu niedostosowanego do potrzeb,
- brak świadomości choroby i konieczności leczenia, brak umiejętności potrzebnych do kontynuowania leczenia poza placówką,
- czynniki psychologiczne, w tym lęk przed zamieszkaniem poza DPS.

Wydaje się, że istotność i częstotliwość przywoływania poszczególnych czynników zależały w pewnym stopniu od typu DPS, który reprezentował respondent, a zatem od grup podopiecznych, z którymi miał okazję pracować w swojej codziennej aktywności zawodowej, i których trudności były mu najbliższe.

Tabela 12. Czynniki uniemożliwiające powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych wg typu placówki

<p>PYTANIE:</p> <p><i>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</i></p>	<p>Odpowiedzi</p>
<p>Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak wsparcia ze strony osób bliskich, rodziny, trudna sytuacja rodzinna,</i> • <i>niepełnosprawność intelektualna, która w pewien sposób ogranicza możliwości tej osoby do samodzielnego funkcjonowania w środowisku lub prowadzi do całkowitej niesamodzielności osoby,</i> • <i>stan zdrowia,</i>
<p>Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak członków rodziny, którzy mogliby świadczyć całodobową opiekę nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, brak wsparcia ze strony najbliższych,</i> • <i>brak mieszkania,</i> • <i>brak mieszkań chronionych i zbyt mały dostęp do lokali socjalnych,</i>

<p>PYTANIE:</p> <p>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</p>	<p>Odpowiedzi</p>
	<ul style="list-style-type: none">• <i>brak przekonania, że wsparcie będzie charakteryzowało się ciągłością (nagle program się skończy, zabraknie pieniędzy w systemie pomocy lub osób potrafiących dawać takie wsparcie) i adekwatnością (odpowiednio do zmieniających się potrzeb człowieka,)</i>• <i>brak CAŁODOBOWEJ opieki i wsparcia,</i>• <i>finanse,</i>• <i>niski stopień samodzielności,</i>• <i>stan zdrowia mieszkańca,,</i>
<p>Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>głęboka niepełnosprawność intelektualna, sprzężenia,</i>• <i>brak wsparcia rodziny, środowiska lokalnego</i>• <i>lęk przed powrotem do środowiska,</i>• <i>brak wsparcia,</i>• <i>samotność</i>

<p>PYTANIE:</p> <p>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</p>	<p>Odpowiedzi</p>
<p>Dla osób przewlekle psychicznie chorych</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>brak kompleksowej opieki w zakresie dopilnowania systematycznego przyjmowania leków psychotropowych,</i>• <i>brak mieszkania,</i>• <i>niski dochód, brak środków finansowych,</i>• <i>postępująca choroba psychiczna,</i>• <i>lęki i niechęć samego podopiecznego,</i>• <i>brak możliwości zapewnienia opieki przez rodzinę, brak wsparcia w środowisku osób bliskich,</i>• <i>brak możliwości powrotu do swojego mieszkania, brak warunków lokalowych,</i>• <i>brak poczucia choroby i kontynuowania dalszego leczenia tj. zażywanie leków, utrzymywanie stałego kontaktu z lekarzem, nie stosowanie się do zaleceń lekarza.</i>

<p>PYTANIE:</p> <p><i>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</i></p>	<p>Odpowiedzi</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak różnorodnego wsparcia w środowisku,</i> • <i>brak stałej, codziennej kontroli/nadzoru,</i> • <i>niewydolność w sytuacjach życia codziennego np. lęk przed wyjściem z pokoju na jadalnię na posiłek, lęk przed opuszczeniem budynku nawet w asyście opiekuna np. na konsultacje lekarskie.</i> • <i>system opieki zdrowotnej nie jest skonstruowany na wspieranie osób chorych psychicznie.</i> • <i>umieszczenie w DPS na mocy postanowienia sądu,</i> • <i>niepełnosprawność,</i> • <i>Stan zdrowia i brak całodobowej opieki osób drugich,</i>
<p>Dla osób przewlekle somatycznie chorych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak całodobowej opieki,</i> • <i>brak osób wspierających,</i> • <i>stan zdrowia, demencja,</i>

<p>PYTANIE:</p> <p><i>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</i></p>	<p>Odpowiedzi</p>
	<ul style="list-style-type: none">• <i>Zależność od osób trzecich, brak samodzielności.</i>• <i>przewlekłe schorzenia wymagające leczenia, niepełnosprawność i ograniczenia spowodowane sędziwym wiekiem,</i>• <i>stan psychofizyczny mieszkańca,</i>• <i>pogłębiające się starzenie,</i>• <i>brak motywacji mieszkańca, negatywne nastawienie psychiczne do samodzielnego funkcjonowania w środowisku</i>• <i>warunki mieszkaniowe i finansowe oraz stan zdrowia.</i>
<p>Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób przewlekle psychicznie chorych</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>stan zdrowia,</i>• <i>sytuacja finansowa.</i>

<p>PYTANIE:</p> <p><i>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</i></p>	<p>Odpowiedzi</p>
<p>+ Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie</p>	
<p>Dla osób uzależnionych od alkoholu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>uzależnienie od alkoholu w fazie nawrotu choroby</i>
<p>Dla osób w podeszłym wieku</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak mieszkania,</i> • <i>brak współpracy samego mieszkańca,</i> • <i>brak zdolności do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego lub samodzielnego życia,</i> • <i>zły stan zdrowia, choroby ty-u: demencja, Alzheimer,</i> • <i>konieczność opieki całodobowej</i>
<p>Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>stan zdrowia,</i> • <i>niepełnosprawność fizyczna,</i> • <i>pełna zależność od osób drugih</i>

<p>PYTANIE:</p> <p><i>Co zupełnie uniemożliwia powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych?</i></p>	<p>Odpowiedzi</p>
<p>Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak mieszkań,</i> • <i>brak ośrodków wsparcia i kadry, brak opieki środowiskowej,</i> • <i>brak możliwości samodzielnego funkcjonowania,</i> • <i>niezdolność do samodzielnej egzystencji,</i> • <i>stan zdrowia - choroby, wiek, konieczność opieki całodobowej, uzależnienia,</i> • <i>brak środków finansowych.</i>
<p>Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>stan zdrowia,</i> • <i>sprawność fizyczna,</i> • <i>brak wystarczających warunków mieszkaniowych,</i> • <i>niski dochód (często jest to świadczenie z pomocy społecznej)</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Przedstawiciele DPS zapytano także w trakcie wywiadów jakościowych o osoby, które z różnych powodów nie mogą opuścić placówki. Jako grupy osób, które ze względu na swój stan nie mogą przejść w tryb opieki środowiskowej wskazywano głównie osoby o poważnych problemach zdrowotnych, wymagające intensywnej całodobowej opieki, której nie mogliby zapewnić im w miejscu zamieszkania ani członkowie rodziny ani przedstawiciele zinstytucjonalizowanej pomocy społecznej.

2.6 ROZWÓJ DPS W KIERUNKU ŚWIADCZENIA USŁUG ŚRODOWISKOWYCH

Krajowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych zakłada możliwości rozwoju DPSów w kierunku Centrów Usług Opiekuńczych, których oferta mogłaby zostać rozszerzona w porównaniu do obecnego zakresu i obejmować także teleopiekę, usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, dzienny pobyt, mieszkania wspomagane, miejsca stacjonarnego krótkoterminowego pobytu całodobowego oraz miejsca stacjonarnego długookresowego pobytu całodobowego. Przewiduje się także zwiększenie zakresu usług realizowanych w środowisku, a nawet miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych na korzyść ogólnej deinstytucjonalizacji systemu usług społecznych.

Sama zmiana systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi i jego deinstytucjonalizacja oraz zwiększenie liczby i zakresu świadczeń możliwych do realizacji w domach – miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych jest oceniana przez przedstawicieli DPS bardzo pozytywnie. Ogólnie rzecz biorąc, są oni zdania, że placówki opieki całodobowej powinny być zarezerwowane wyłącznie dla osób, nad którymi opieka w warunkach domowych nie jest możliwa, a wszyscy pozostali powinni otrzymać niezbędne wsparcie, w odpowiednim zakresie, we własnym środowisku.

„Myślę, że krok w stronę deinstytucjonalizacji i opieki środowiskowej jest bardzo dobry. Natomiast wydaje mi się,

że on musi być rozbudowany. Tak jak te centra, o których pani mówiła, które są w strategii to jest krok w dobrą stronę, ponieważ zapewnia pełne spektrum opieki nad osobami, bo wydaje mi się, że nie jest możliwe wyeliminowanie całkowicie placówek stacjonarnych, chyba, że się mylę, może mam zbyt wąskie horyzonty i czegoś nie dostrzegam, ale patrząc na naszych mieszkańców, którzy już się znaleźli w DPSie i się do niego przyzwyczaili, bo rozumiem, że to są plany na przyszłość w stosunku do osób, które są w środowisku, żeby one nie trafiły do DPSów albo trafiły do nich jak najpóźniej, to myślę, że tak długo jak będą mieli szansę samodzielnie żyć ze wsparciem nie wybiorą DPSu, nie ma osoby, która jeśli ma do wyboru pozostanie w domu, a mieszkanie w DPSie, która wybierze DPS, przynajmniej u nas takiego mieszkańca nie ma, nie licząc tych, którzy tak jak mówiłem, znaleźli tutaj swój nowy dom, ale myślę, że gdyby oni zanim poznali życie w DPSie otrzymali wybór wsparcia w miejscu zamieszkania, różnorakiego wsparcia, albo zamieszkania w DPSie, to nikt z nich nie wybrałby pobytu w Domu Pomocy Społecznej. To jest chyba główny potencjał, na którym trzeba budować."

IDI DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych

Proces deinstytucjonalizacji oraz przeniesienia opieki nad osobami niesamodzielnymi do ich środowiska ma też, w opinii niektórych przedstawicieli DPS, inny, pragmatyczny i finansowy wymiar, a opieka w miejscu zamieszkania jest nie tylko z psychologicznego i społecznego, ale również ekonomicznego punktu widzenia, opieką bardziej korzystną.

My jesteśmy tym szczeblem ostatnim pomocy społecznej w kontekście pomocy, bo pierwsze mamy oferty w środowisku i to te osoby otrzymują informacje na temat potrzeb osób z danego środowiska. Po rozeznaniu tych potrzeb decydują - pomoc w środowisku, która jest najtańsza dla OPSów, co tutaj ukrywać, DPS zawsze jest najdroższy i to jest ostateczność absolutna dlatego, że brakuje funduszy, bo pomoc społeczna bardzo jest w tej chwili droga. Rodziny mało kiedy partycypują w kosztach. (...) Rodziny się wycofują jeżeli usłyszą takie informacje o dopłatach do pobytu, bo nikogo dzisiaj nie stać na dopłatę 1000-2000 przy naszych zarobkach, jeżeli jest rodzina to ona naprawdę szuka różnych innych rozwiązań, byle nie DPS.

FGI DPS

2.6.1 FROZWÓJ DPS W KIERUNKU CENTRÓW USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Jednocześnie jednak uczestnicy wywiadów IDI odnoszą się do samego pomysłu restrukturyzacji DPS oraz zwiększenia zakresu świadczonych przez placówki usług, raczej sceptycznie ze względu na brak odpowiedniego zaplecza kadrowego i infrastrukturalnego potrzebnego do rozwoju DPS w tym kierunku.

Nie, bo muszę trzymać standardy (...)to wszystko jest w ramach obowiązujących standardów, ja nie mogę nic dołożyć, pomniejszyć, wszystko zachowując jednocześnie standardy. Więc nie, bo nie mamy na tyle tego budynku, (...) więc w tej chwili to nie, trzeba byłoby po prostu coś zbudować. (...) Myślę, że to jest możliwe tylko u mnie

byłoby wszystko od podstaw, to by musiał być i budynek, i personel, i trzeba by się wgryźć w przepisy.

DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

Potrzeba potężnych nakładów kadrowych, profesjonalistów, ale i zasobów, bo to jest kwestia, o czym my mówimy? (...) Ja w swojej instytucji nie mam nadwyżki miejsc, powierzchni mieszkalnych, czy żadnych innych. Więc jakby patrząc przez swój pryzmat, to jakaś opieka taka punktowa, czy teleopieka, ale za tym musiałyby pójść większe kadry profesjonalne, o czym mówiłem, że z tym są problemy.

DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

Nie bez znaczenia pozostaje także kwestia organizacji formalnej, która przy obecnej formie DPS ogranicza zdaniem badanych możliwość podejmowania niektórych działań, a w konsekwencji także rozwoju placówek.

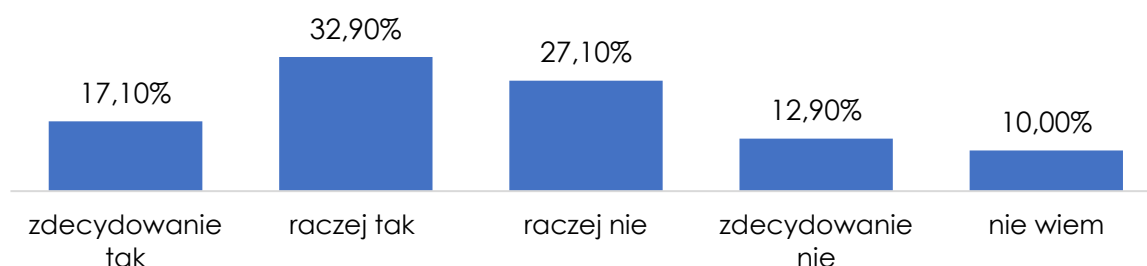
Najlepiej jakby fundacja jakaś to prowadziła, bo my nie mamy wpisu do KRSu, to wtedy pozyskiwanie środków jest dużo łatwiejsze.

DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

Także respondenci ankiety CAWI dość ostrożnie oceniają możliwość rozwoju reprezentowanych przez nich DPS w kierunku kompleksowych centrów usług opiekuńczych – jedynie połowa z nich widzi taką możliwość, 40% jej nie widzi, a jeden na dziesięciu badanych nie ma w tej kwestii zdania.



Wykres 17. Możliwość rozwoju DPS w kierunku centów usług opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Jednocześnie, niezależnie od przytaczanych w opracowaniu wątpliwości, przedstawiciele DPS zgodnie potwierdzali w wywiadach pogłębionych, że oferta kompleksowych usług w środowisku jest ofertą w chwili obecnej niedostatecznie rozbudowaną i bardzo potrzebną, zarówno w zakresie opieki wytchnieniowej, jak i pobytu dziennego.

„Wiem, że umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej jest bardzo trudną decyzją. Po pierwsze z powodów emocjonalnych, po drugie ze względów finansowych dla rodziny, bo to bardzo często wiąże się też z poważnymi kosztami. Jeżeli chodzi o taką opiekę wytchnieniową, gdzie opiekunowie tych osób chorych, niepełnosprawnych, bardzo często jej potrzebują. Bardzo dużo o niej mówią. Tak nie bardzo wiedzą, jak mogliby to zrealizować. Więc jeżeli przy takich DPS-ach mogłyby istnieć takie właśnie opieka, nie wiem, jako hotele. Nie wiem nawet jak to nazwać, to się tak ładnie opieką wytchnieniową nazywa, tylko że to funkcjonuje od kilku lat, a tak naprawdę ja tutaj w swoim środowisku lokalnym nigdy się z tym nie spotkałam. Nikt nie wie jak z tej formy skorzystać, więc jeżeli byłaby możliwość nawet po to, żeby ci opiekunowie mogli wyjechać na jakieś wakacje, czy nawet w domu zrobić

remont, czy chwilę pobyc z soba, odpoczac, jak najbardziej. Mysle, ze taki rodzaj wsparcia tego krótkoterminowego, mozliwosci krótkoterminowego umieszczenia, zostawienia w odpowiednim miejscu z odpowiednia opieką swoich najblizszych naprawde bardzo go brakuje. Jezeli chodzi o dzienne, dzienna pomoc, tez uwazam, ze byloby to do zrealizowania. Jest swietlica, jest jadalnia. (...) Ale to tez uwazam, ze jest do zorganizowania."

IDI DPS dla osob przewlekle somatycznie chorych

„Sa bardzo duze [potrzeby] i my mamy potencjal. Mamy baze lokalowa swietna i naprawde nasza dzialalnosc mozna podzielic w ten wlasnie wskazywany sposob, ale brakiem, ktory sie pojawia, jest system wynagrodzenia w Domach Pomocy Spolecznej. (...) My potrafimy to zrobic. Mamy mozliwosci, chenci i potencjal, ale ci ludzie musza zaczac byc wynagradzani w adekwatny sposob do swiadczonej pracy."

IDI DPS dla osob w podeszlym wieku i niepetnosprawnych fizycznie

Przedstawiciele duzej czesci DPS dosc dobrze oceniaja potencjal swoich placowek do swiadczenia uslug rowniez na zewnatrz, przy zalozeniu zwiakszenia liczby pracownikow i reorganizacji ich dotychczasowej pracy.

Uwazam, ze dobre. Np. jezeli bysmy mieli pelne oblozenie, pelny stan mieszkancow, bo zapelnia sie, znowu jest rotacja w druga strone i to sie kręci cały czas od dwuch lat, generalnie mamy ok. 10 miejsc wolnych i z personelu po prostu siedza, jest niewykorzystany w pelni, no i trzeba sie z tym zgodzic, bo jezeli jest np. 15 opiekunow, a

mieszkańców jest o 10, czy 12 mniej to wniosek jest prosty: Kim się opiekują ci opiekunowie, jeżeli oni też się potrafią opiekować pełnym stanem? O to mi chodzi, w tym momencie trzeba te usługi świadczyć na zewnątrz, musimy zbierać informacje, żeby ofertę zrobić, kto jest potrzebujący w środowisku, który jeszcze nie musi iść do DPSu, ale trzeba mu pomóc w środowisku w sensie zrobić zakupy, pomóc w czynnościach pielęgnacyjnych, coś ugotować, możemy kuchnię uruchomić w sensie, że gotujemy więcej posiłków. Kiedyś jak myśmy gotowali posiłki i sprzedawaliśmy w środowisku. Jest pralnia, mamy park maszynowy, który mógłby być wykorzystany, nie mówię, że przy tym zatrudnieniu, bo mamy 3 panie w pralni, one nie dadzą rady opruć więcej ludzi, ale jeżeli zatrudnimy, bo taka potrzeba w środowisku będzie, że np. będzie babcia, dziadziu, którzy świetnie sobie radzą w środowisku, natomiast mają problemy z czynnościami jak pranie, gotowanie, im trzeba pomóc i to my powinniśmy te usługi skierować na zewnątrz.

FGI DPS

Jednocześnie, zarówno baza lokalowa, zasoby sprzętowe, jak i kadra DPS musiałby przejść przez proces modernizacji pod kątem nowych zadań stojących przed centrami usług opiekuńczych.

Brakuje pomieszczeń takich na odpoczynek, bo te osoby starsze potrzebują miejsca, gdzie mogłyby się położyć, wypocząć. One nie są w stanie przez cały dzień funkcjonować na siedząco lub coś działając, więc na pewno no tutaj, jeżeli chodzi o taką bazę lokalową byłby większy problem.

IDI 1 DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych

Najtrudniejsze w tej materii wydają się w chwili obecnej kwestie logistycznego zorganizowania świadczeń realizowanych w miejscu zamieszkania podopiecznych przy jednoczesnych, identyfikowanych obecnie, niedostatkach kadrowych oraz przy zachowaniu niezmięniętej jakości usług świadczonych stacjonarnie wśród pensjonariuszy DPS.

„Automatycznie musiałby wzrosnąć wskaźnik zatrudnienia, bo ta opiekunka musiałaby... nawet czas dojazdu do tego mieszkańca też by musiał być wzięty pod uwagę.(...) Nie mówię nie, to jest kwestia na pewno organizacyjna i kwestia spraw finansowych, wie pani jak to jest, jeżeli jest pensja odpowiednia to skusi pracownika do zmian, na pewno podwyższenie też ilości pracowników, to też by musiało być.”

IDI DPS dla osób w podeszłym wieku

„Ja do opieki środowiskowej, bo tam też był taki punkt, w naszym terenie obawiam się, że bardzo trudne by to było do zrealizowania, bo tam, gdzie taka opieka, powinna być opieka, nawet trudno nazwać opieką, ale wsparcie w formie pomocy w zakupach, w zorganizowaniu wizyty lekarskiej, w posprzątnięciu, to jest dla osób, które są w miarę samodzielne i którym wystarczy taka okazjonalna pomoc w formie usług opiekuńczych, które są realizowane raz czy tam dwa razy w tygodniu po kilka godzin. Natomiast w przypadku konieczności takiego całodobowego wsparcia, no to nie ma możliwości z uwagi na ukształtowanie terenu.”

IDI DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych

Wraz z kwestią braków kadrowych i nowych wyzwań stojących przed pracownikami DPS w związku z potencjalnym podjęciem się przez placówki realizacji nowych zadań, podnoszona była także kwestia wynagrodzeń dla pracowników DPS, których niedostateczna wysokość zniechęca potencjalnych pracowników, utrudnia rekrutację personelu, a w konsekwencji szkodzi zarówno bieżącej działalności placówek, jak i możliwości ich przekształcenia w przyszłości.

„(...) jeśli to zostanie na tym poziomie, na którym jest aktualnie, to nie należy spodziewać się, że będzie kim pracować. Ponieważ te zmiany, które były w lipcu w stosunku nawet do opiekunów medycznych w placówkach medycznych, a pominięcie opiekunów medycznych o tym samym wykształceniu w Domu Pomocy Społecznej to jest coś, co bije w oczy wszystkich. Mój personel czuje się pominięty, poszkodowany w tym zakresie, bo wykonują dokładnie tą samą pracę, którą wykonują opiekunowie w szpitalach. Więc jeśli system wynagrodzenia się nie zmieni, ogólnie system pomocy społecznej jeśli się nie zmieni, to my nie będziemy mieli kim tej wizji realizować, bo wizja sama w sobie jest w porządku i my jesteśmy w stanie to zrobić.”

IDI DPS dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie

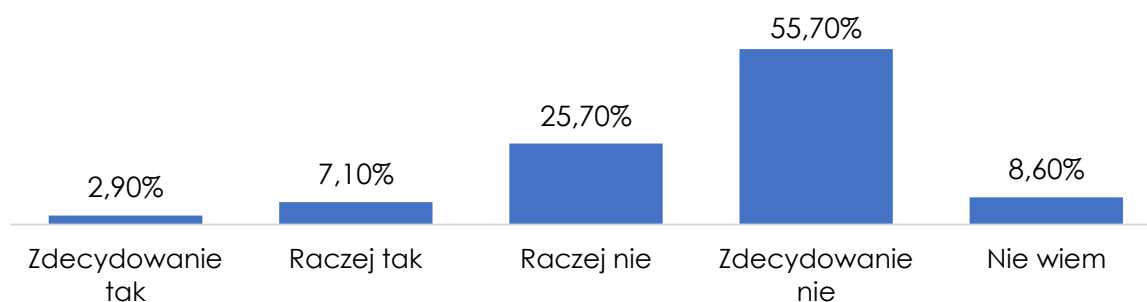
2.6.2 ROZWÓJ SYSTEMU POMOCY, W KTÓRYM OSOBY NIESAMODZIELNE MIESZKAJĄ W DOMACH

Respondenci ankiety CAWI byli zdecydowanie bardziej sceptyczni w kwestii oceny możliwości zaistnienia systemu pomocy, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami świadczącymi usługi całodobowej opieki. Koresponduje to z informacjami przekazywanymi



zarówno przez respondentów ankiety CAWI w innych pytaniach, jak i rozmówcami w wywiadach IDI oraz uczestnikami wywiadu FGI, w myśl których zdarzają się sytuacje, w których DPS jest jednym korzystnym dla podopiecznego rozwiązaniem, który z jednej strony wymaga całodobowej opieki, której zagwarantowanie z miejsca zamieszkania nie jest możliwe, z drugiej zaś jego stan zdrowia i kondycja psychiczna nie tylko nie wymagają stałej hospitalizacji, ale sprawiają, że byłaby ona niekorzystna.

Wykres 18. Istnienie systemu, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami całodobowymi



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Opieka nad osobami niesamodzielnymi, wymagającymi całodobowego wsparcia wyłącznie w środowisku domowym, wydaje się respondentom czymś nierealizowalnym.

„Nie, nie wyobrażam sobie. Bo to jest rozbudowane, to jest za bardzo... Przypuszczam, że to jest tak jak z tymi pielęgniarkami, niektóre osoby potrzebują 24 godziny na dobę, jeśli ktoś jest pracownikiem, pracuje 8 godzin dziennie, 2 dni w tygodniu wolne, więc tutaj do jednej osoby potrzebne by były 3 osoby, wiadomo, że to byłyby dużo większe koszty. Każdy chciałby dobrze dla tych osób niepełnosprawnych, ale zawsze później się to rozbija o jakąś finansową barierę, jakiś problem i trzeba po prostu

znaleźć takich ludzi, którzy by się nadawali do takiej pracy, bo uważam, że nie każdy kto chce tak pracować się nadaje, bo mam już troszeczkę lat i uważam, że nie każdy się nadaje."

IDI DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie

2.6.3 OCENA ZASOBÓW POTRZEBNYCH DO REALIZACJI USŁUG ŚRODOWISKOWYCH

2.6.3.1 POSIADANE ZASOBY, KTÓRE MOŻNA WYKORZYSTAĆ DO BUDOWANIA SYSTEMU I REALIZACJI USŁUG ŚRODOWISKOWYCH

Jednym z ważnych elementów badania była identyfikacja zasobów będących w obecnym posiadaniu DPS, które mogłyby zostać wykorzystane w budowaniu systemu i do realizacji usług środowiskowych w przyszłości. Wśród analizowanych zasobów znalazły się: zasoby kadrowe, infrastrukturalne oraz sprzętowe.

Analizując uzyskane informacje warto mieć jednak na uwadze potencjalną nieścisłość udzielanych przez respondentów odpowiedzi. Ponieważ treść pytania brzmiała każdorazowo „*Jakie zasoby (...) będące w dyspozycji Państwa DPS mogłyby zostać wykorzystane w przyszłości do budowania systemu/realizacji usług środowiskowych np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?*” odpowiadając na nie, reprezentanci placówek mogli robić to poprzez pryzmat co najmniej dwóch nie do końca tożsamyh perspektyw. Z jednej strony mogli oni mieć na myśli to, jakie zasoby DPS będą najbardziej przydatne w budowaniu systemu usług społecznych, z drugiej zaś także to, jakie zasoby własnej placówki mogliby w przyszłości niejako oddelegować do tworzenia tego systemu i świadczenia usług społecznych.

O ile w pierwszym przypadku mamy do czynienia wyłącznie z oceną praktycznego zastosowania poszczególnych zasobów posiadanych przez placówki w świadczeniu usług, o tyle w drugim ocena ta dokonywana jest poprzez pryzmat potencjalnych strat (przede wszystkim dla obecnych podopiecznych DPS oraz jakości oferowanych im usług), związanych z przesunięciem zasobów z dotychczasowych funkcji, do wykorzystania podczas świadczenia nowych usług społecznych. Ważny w tym kontekście jest fakt, potwierdzony zarówno w badaniach jakościowych, jak i ilościowych, że placówki DPS nie dysponują w przeważającej większości nadwyżkami zasobów w żadnym z aspektów.

2.6.3.1.1 ZASOBY KADROWE

Analiza danych na temat posiadanych zasobów kadrowych pokazuje w pierwszej kolejności, że blisko połowa DPS (45,7%) w ogóle nie posiada w swoim odczuciu zasobów, które mogłyby zostać wykorzystane w przyszłości do budowania systemu/realizacji usług środowiskowych np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki oraz innych. Wśród zasobów posiadanych przez DPS i przydatnych w budowaniu systemu usług społecznych najczęściej wymieniani byli: opiekunowie i opiekunki (50%), a w dalszej kolejności także pracownicy socjalni (38,6%) i terapeuci (34,3%) oraz pielęgniarze i pielęgniarki, psycholodzy i rehabilitanci. Za zasoby kadrowe najmniej przydatne w budowaniu systemu usług społecznych albo najbardziej deficytowe w odczuciu DPS (tj. takie, których nie mogliby wykorzystać w usługach innych niż dotychczas świadczone, bo albo nie są przez placówki posiadane albo nie mogą zostać przesunięte do realizacji innych zadań) są lekarze. Warto zauważyć, że kwestia deficytowości lekarzy, jako personelu DPS była poruszana także przez respondentów wywiadów jakościowych, chociażby przy okazji omawiania trudności związanych z realizacją wizyt lekarskich dla podopiecznych poza placówką, bo realizacja ich w DPS leży wyłącznie w gestii lekarza.

Dwóch respondentów wskazało także odpowiedź „inne”, a w jej ramach: zaplecze gastronomiczne (kucharki) oraz pedagoga.

Wykres 19. Zasoby kadrowe – posiadane przez badane DPS



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

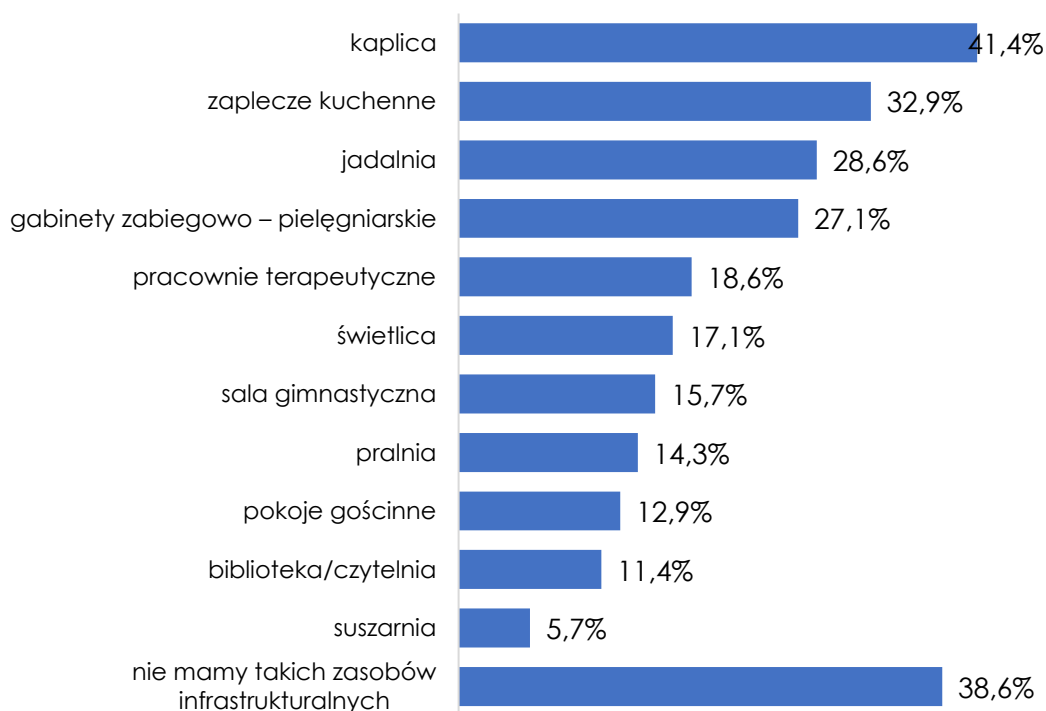
2.6.3.1.2 ZASOBY INFRASTRUKTURALNE

Wśród zasobów infrastrukturalnych, posiadanych przez DPS i możliwych do wykorzystania/przydatnych podczas budowania systemu usług społecznych wymieniano kaplicę (41,45%), zaplecze kuchenne (32,9%), a także jadalnię (28,6%) oraz gabinety zabiegowo-pielęgniarskie (27,1%). Ponownie jednak bardzo duża grupa przedstawicieli DPS (38,6%) zadeklarowała, że reprezentowane przez nich placówki nie mają w swoich placówkach takich zasobów.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że wymieniane najczęściej przez badanych zasoby należą do zasobów stosunkowo trwałych, których eksploatacja nie

generuje szybkiego zużycia. Jak wskazywali niektórzy przedstawiciele DPS biorący udział w wywiadach jakościowych, te części z zasobów infrastrukturalnych posiadanych przez placówki (które w większości były modernizowane kilka lat temu w związku z koniecznością spełniania przez nie nowych standardów), z których codziennie w sposób intensywny korzystają mieszkańcy (np. pokoje, sanitariaty) w chwili obecnej wymaga już kolejnych remontów ze względu na intensywną eksploatację. W takiej sytuacji nie może zatem służyć jako atrakcyjny zasób do budowania nowej oferty.

Wykres 20. Zasoby infrastrukturalne – posiadane przez badane DPS



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Ciekawych informacji dostarcza dodatkowo analiza odpowiedzi wskazanych jako „inne” przez respondentów. Okazuje się, że istotnym, a pominiętym w pytaniu zasobem DPS, który mógłby zostać wykorzystany w przyszłości są tereny zielone, parki i ogrody wokół DPS, z których część położona jest w atrakcyjnych wizualnie i rekreacyjnie terenach. Choć wkład ogrodów w

świadczenie opieki w miejscu zamieszkania pacjentów może wydawać się wątpliwy, znajdują one niewątpliwie zastosowanie w różnych formach opieki dziennej, np. w ramach terapii zajęciowej.

Ponadto część DPS posiada w swoich zasobach niezagospodarowane dotychczas budynki (niekiedy o istotnych walorach architektonicznych), które mogłyby także zostać z powodzeniem zaadaptowane na dodatkowe pokoje gościnne albo centra usług dziennego pobytu z terapią zajęciową czy też usług wytchnieniowych, choć w chwili obecnej nie pozwalają na to fundusze placówek.

Biorące udział w badaniu placówki posiadają różnorodne pracownie terapeutyczne, których tematyka i zakres usług dostosowane są do możliwości i potrzeb mieszkańców poszczególnych typów DPS. Są wśród nich pracownie: ogrodnicze, ogólnoedukacyjne i kulturalno-oświatowe, komputerowo-biurowe, rehabilitacji ruchowej, rękodzieła, artystyczne i plastyczne, kulinarne, ogólne terapii zajęciowej, socjoterapii, ergoterapii, sala doświadczeń świata (snoezelen), grota solna, a nawet pracownia stolarska.

Wydaje się, że im większa placówka, im więcej ma mieszkańców, tym bogatsza jest jej oferta pracowni terapeutycznych. Należy mieć jednak na uwadze, że na pytanie o rodzaje pracowni odpowiedzieli jedynie ci respondenci, którzy określili je wcześniej, jako zasoby infrastrukturalne będące w dyspozycji DPS, które mogłyby zostać wykorzystane w przyszłości do budowania systemu/realizacji usług środowiskowych, czyli łącznie tylko 13 z 72 biorących udział w ankiecie osób.

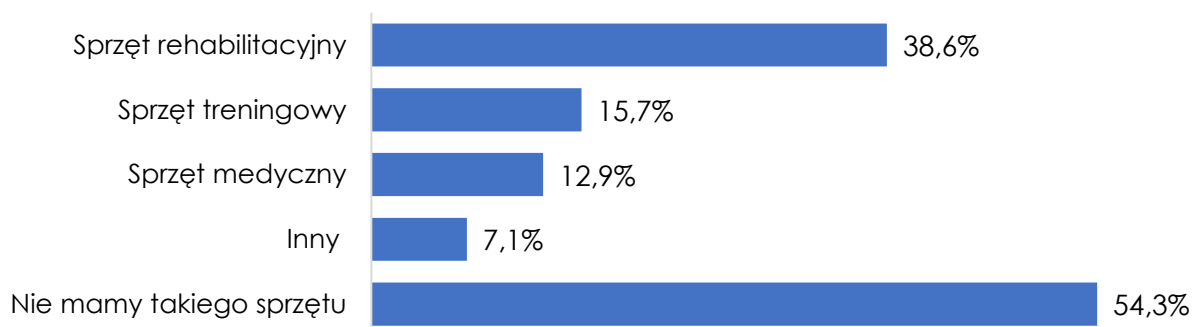
2.6.3.1.3 ZASOBY SPRZĘTOWE

W przypadku zasobów sprzętowych, najliczniejsza była grupa badanych, deklarująca, że reprezentowana przez nich placówka nie posiada sprzętu, który mógłby zostać wykorzystany przy budowaniu systemu usług społecznych (54,3%). Wśród pozostałych 38,6% wskazało jako posiadany i



możliwy do wykorzystania sprzęt rehabilitacyjny, 15,5% sprzęt treningowy, 12,9% sprzęt medyczny, a 7,1% inne rodzaje sprzętów.

Wykres 21. Zasoby sprzętowe – posiadane przez badane DPS



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Ci respondenci, którzy deklarowali, że nie mają dodatkowego sprzętu argumentowali, że ten, który mają jest w pełni wykorzystywany dla mieszkańców, i jako taki nie może zostać wykorzystany w innych celach, ponieważ odbywałoby się to ze szkodą dla obecnych podopiecznych DPS.

Wśród sprzętów wymienianych przez respondentów znalazły się:

- a) Sprzęt rehabilitacyjny: wanna do masażu wirowego kończyn dolnych i górnych, bieżnia, rowery stacjonarne, rotory, siłownia zewnętrzna, drobny sprzęt rehabilitacyjny, łózko rehabilitacyjne, sprzęt do fizykoterapii, kabina do ćwiczeń ugiętych, lampy sollux i bioptron, aparat do magnetoterapii, laser, ultradźwięki, urządzenie do krioterapii, urządzenie do terapii prądami, wibroterapia, sprzęt do ćwiczeń manualnych, wózki inwalidzkie, aparaty do elektroterapii, aparaty do światłolecznictwa, fotel do masażu, poręcz do nauki chodzenia, sprzęt do terapii w odciążeniu/ z oporem/ ćw. samowspomaganych, balkoniki, chodziki, podnośniki.
- b) Sprzęt treningowy: piłki, drobny sprzęt, bieżnia, rowery stacjonarne, atlas, orbitreki, sprzęt sportowy, stepper, kijki do nordic walking, zestawy

do gier ogrodowych typu bule, minigolf, kręgle, drabinki, tor chodu, hantle, gumy.

- c) Sprzęt medyczny: wózki, pulsoksymetry, aparat do ekg, AED, lampy antydepresyjne, koncentratory tlenu, wózki inwalidzkie, chodziki, materace odleżynowe, łóżka rehabilitacyjne, podnośniki wannowe, lampy solux, bioptron, inhalatory, wyposażenie pokoju zabiegowego,

Jako inne zasoby sprzętowe zostały wymienione także: samochód, sala snoezelen, neuroforma, podnośniki kąpielowe, wanna.

Natomiast wśród innych zasobów, które badani wskazali znajdowały się:

- atrakcyjnie zagospodarowane tereny wokół DPS (zewnątrzna siłownia, boiska),
- doświadczenie zawodowe i kompetencje kadry,
- zasoby i możliwości organizacyjne (w tym także doświadczenie i umiejętności),
- dodatkowe budynki i pomieszczenia (po wcześniejszej adaptacji),
- korzystanie z zasobów w formie świadczenia usług np. pralniczych, cateringowych, czy teleporad,
- sala konferencyjna,
- samochody, w tym dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- laptopy,
- gry i sprzęty rekreacyjne.

Ponownie wydaje się, że przedstawiciele placówek większych, zapewniających opiekę dla większej liczby mieszkańców, deklarowali w ankiecie (w sposób naturalny związaną z koniecznością zapewnienia sprzętu dla większej ilości osób) większą różnorodność i większą ilość posiadanego wyposażenia.

Jednocześnie, co może mieć związek z posiadanymi przez nich doświadczeniami w zarządzaniu wsparciem dla większych i bardziej

różnorodnych grup beneficjentów, wydają się oni także bardziej otwarci w kwestii rozwijania DPS w kierunku centów opieki dziennej / środowiskowej oraz świadczeniem usług także dla innych grup podopiecznych nich dotychczas.

2.6.3.2 BRAKUJĄCE ZASOBY, POTRZEBNE ABY W DPS W PRZYSZŁOŚCI MOŻLIWE BYŁO ŚWIADCZENIE USŁUG W ŚRODOWISKU

W dalszej kolejności, w ankiecie zapytano respondentów o to, jakich zasobów w chwili obecnej brakuje w reprezentowanych przez nich DPS, aby w przyszłości możliwe było świadczenie przez placówkę usług w środowisku.

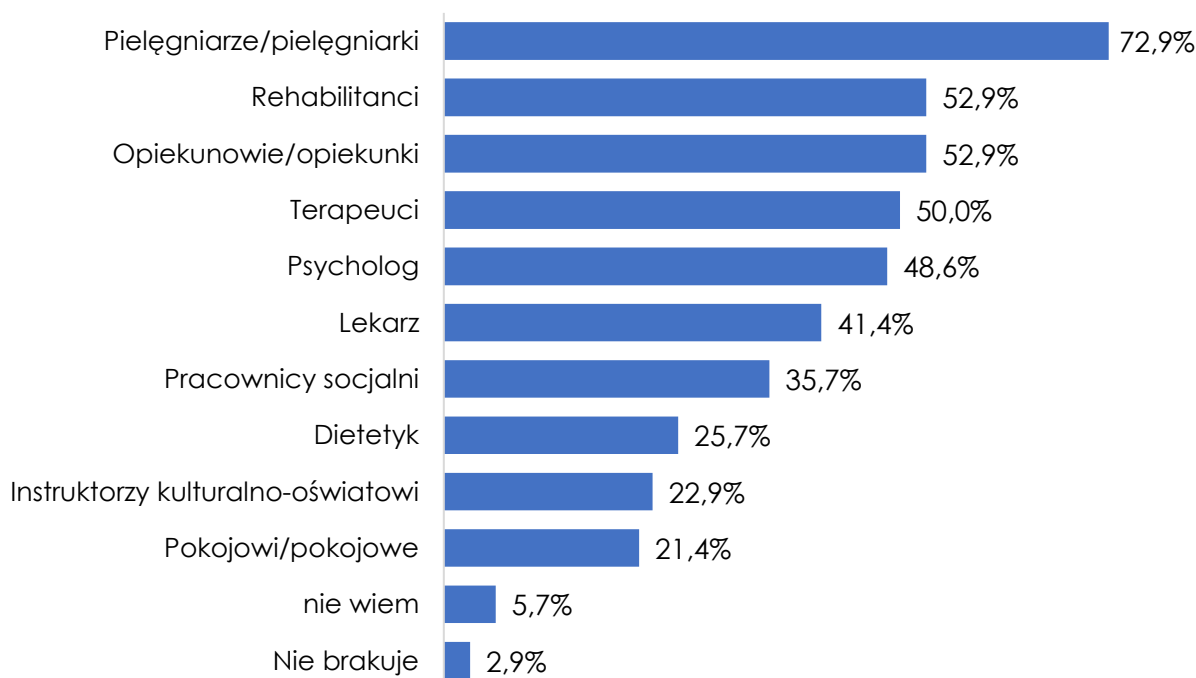
2.6.3.2.1 ZASOBY KADROWE

Za najbardziej deficytowe zasoby kadrowe, respondenci uznali pielęgniarzy oraz pielęgniarki (72,9%) co znalazło swoje potwierdzenie również w informacjach przekazanych w wywiadach jakościowych. W mniej więcej połowie placówek brakuje także rehabilitantów, opiekunów i opiekunek, terapeutów i psychologów, a niewiele rzadziej (41,4%) także lekarzy. Co istotne, za deficytową, w przynajmniej 1 na 5 biorących udział w badaniu placówek, można uznać każdą z wymienionych w ankiecie grup zawodowych, a jedynie 2 respondentów wskazało, że nie brakuje w ich DPS żadnych zasobów, aby w przyszłości możliwe było świadczenie usług w środowisku.

Co ciekawe odpowiedzi te w dużej mierze pokrywają się z odpowiedziami wskazywanymi przy okazji pytań o zasoby posiadane. Można w tej sytuacji ostrożnie wnioskować, że DPS, jako placówki, byłyby zarówno odpowiednio przygotowane, jak i gotowe do świadczenia usług w środowisku, gdyby nie różnego rodzaju deficyty w zasobach kadrowych, które identyfikują ich przedstawiciele, a także obawa przed tym, że świadczenie usług w środowisku będzie wymagało przesunięcia zasobów posiadanych i w pełni wykorzystywanych do pracy na rzecz mieszkańców.



Wykres 22. Zasoby kadrowe – deficytowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Inne brakujące zasoby kadrowe to natomiast: lekarz psychiatra całodobowo, kadra dostosowana do usługi np. teleopieka, kucharze, pracownicy obsługi, terapeuci uzależnień.

Ogólnie rzecz biorąc, wydaje się, że braki kadrowe silnie odczuwane są w placówkach większych niż niewielkich, ale w większości przypadków braki konkretnego typu personelu nie mają związku z profilem lub wielkością placówki, a są charakterystyczne w ogóle dla sektora usług społecznych, który charakteryzuje się pracą trudną i wymagającą psychicznie oraz fizycznie, a przy tym relatywnie niskopłatną.



2.6.3.2.2 ZASOBY INFRASTRUKTURALNE

W przypadku zasobów infrastrukturalnych najbardziej brakujące są zdaniem badanych: sala gimnastyczna (45,7%) i pokoje gościnne (40%) a także świetlica (32,9%) oraz pracownie terapeutyczne (31,4%). Najmniej natomiast kaplica (1,4%) oraz zaplecze kuchenne (10%).

Inne braki infrastrukturalne: łazienki i WC, pomieszczenia i pokoje dla uczestników, mała kubatura budynku, brak wolnej przestrzeni do wykorzystania, winda, szatnie, nowa nawierzchnia w ogrodzie sensorycznym, sala doświadczania świata.

Na marginesie prowadzonej analizy warto zauważyć, że jeden z deficytowych zasobów (sala doświadczania światła) był zasobem wymienianym przez inny podmiot, jako posiadany i możliwy do dalszej eksploatacji w ramach usług społecznych. Być może zwiększenie wzajemnej współpracy pomiędzy placówkami oraz usprawnienia logistyczne pozwoliłyby także na wykorzystanie Sali przez podopiecznych innych DPS?

Wykres 23. Zasoby infrastrukturalne – deficytowe



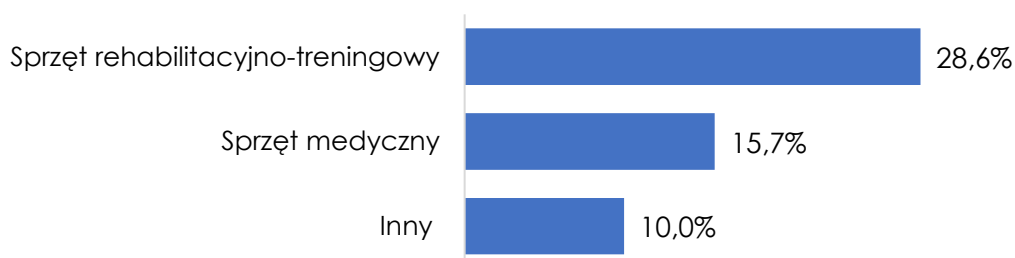


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

2.6.3.2.3 ZASOBY SPRZĘTOWE

Wydaje się, że mniej dotkliwie odczuwane były braki w zakresie sprzętu. Jeden na trzech badanych respondentów deklarował, że w jego placówce brakuje sprzętu rehabilitacyjno-treningowego, a jeden na sześciu, że sprzętu medycznego. Jeden na dziesięciu badanych wskazał na deficyty w zakresie innego rodzaju sprzętu potrzebnego do świadczenia usług w środowisku.

Wykres 24. Zasoby sprzętowe – deficytowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=70.

Brakujące zasoby rehabilitacyjno-sprzętowe to:

- siłownia,
- masażery rehabilitacyjne, wanny do hydroterapii,
- drobny sprzęt rehabilitacyjny,
- rowerek stacjonarny i inne sprzęty treningowe,
- krioterapia, sprzęt do ćwiczeń z kinezyterapii, wirówki hydroterapeutyczne kończyn dolnych i górnych,
- kabina UGUL z osprzętem, rotory do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych, rowerki rehabilitacyjne,
- rowery treningowe, ergometry, maszyny eliptyczne, sprzęt do ćwiczeń siłowych,
- sprzęt do krioterapii,

- siłownia na świeżym powietrzu,,
- materace, maty do ćwiczeń, obciążniki, atlas,
- mini siłownia wewnętrzna
- urządzenie do nauki chodzenia, rower treningowy, UGUL z osprzętem, urządzenia do fizykoterapii.

Jeden z respondentów wskazał ponadto, że jego placówka w ogóle nie posiada sali rehabilitacyjno-treningowej, więc jak można zatem przypuszczać, brakuje w niej całości wyposażenia o tym przeznaczeniu.

Wymieniany brakujący sprzęt medyczny to: ciśnieniomierze, aparaty ciśnieniowe oraz waga. Jak słusznie zauważył jednak jeden z ankietowanych, typ sprzętu medycznego powinien być dostosowany do potrzeb zidentyfikowanych w środowisku oraz zakresu oferowanych usług. Jego określenie wymaga zatem wcześniejszej diagnozy.

Natomiast braki innego rodzaju wskazywane przez badanych to:

- brak pomieszczeń z wyposażeniem dla uczestników,
- sprzęt do poszczególnych pracowni terapeutycznych,
- lokalowy brak możliwości świadczenia usług dziennego pobytu czy usług odciążeniowych,
- narzędzi warsztatowych do prowadzenia różnych form terapii,
- łóżka ortopedyczne,
- sprzęt do terapii - stolarski, do rękodziela artystycznego.

2.6.3.2.4 OGÓLNE DEFICYTY I INNE BRAKUJĄCE ZASOBY

Jako najważniejsze ogólne deficyty utrudniające świadczenie przez DPS w przyszłości usług w środowisku, respondenci wymieniali przede wszystkim:

- braki kadrowe,

- niedostatki lokalowe (brak dodatkowych pomieszczeń, zły stan techniczny pomieszczeń posiadanych),
- brak dodatkowych zasobów i wyposażenia : boisko, siłownia, ale także dostateczna ilość łazienek i toalet.

Tabela 13. Deficyty wg typu i wielkość placówki

PYTANIE	Odpowiedzi
<p><i>Czego brakuje w Państwa DPS, aby w przyszłości mop.iwe było świadczenie usług w środowisku np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?</i></p>	
<p>Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • W naszym DPS brakuje przede wszystkim dodatkowego personelu, który w przyszłości mógłby świadczyć usługi w środowisku.
<p>Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mamy duże braki lokalowe • możliwości wydzielenia części budynku przeznaczonego tylko do realizacji usług w środowisku • pomieszczeń przeznaczonych dla większej grupy oraz pomieszczeń, które można przeznaczyć na różnorodne formy terapii • szczególnie brakuje warunków lokalowych • w obecnej sytuacji przy pełnym obciążeniu miejsc statutowych nie

PYTANIE <i>Czego brakuje w Państwa DPS, aby w przyszłości mop.iwe było świadczenie usług w środowisku np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?</i>	Odpowiedzi
	<p><i>mamy wystarczająco zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i sprzętowych, które można przeznaczyć do świadczenia usług środowiskowych. Posiadamy natomiast niezagospodarowane budynki, które można by było przeznaczyć na rozszerzenie działalności o usługi środowiskowe jednakże budynki te wymagają bardzo dużych nakładów finansowych</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Większe pomieszczenia</i>
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>PERSONELU, ZAPLECZA</i> • <i>powierzchni użytkowej w obiekcie i terenów zielonych wokół obiektu</i>
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	<ul style="list-style-type: none"> • <i>brak boiska i zewnętrznej siłowni</i>

PYTANIE	Odpowiedzi
<p>Czego brakuje w Państwa DPS, aby w przyszłości mop.iwe było świadczenie usług w środowisku np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?</p>	<ul style="list-style-type: none">• <i>brak powierzchni użytkowej i socjalnej, braki wykwalifikowanego personelu</i>• <i>Brakuje nam dodatkowych pomieszczeń wraz z wyposażeniem dla uczestników oraz łazienek z WC</i>• <i>Brakuje personelu</i>• <i>Ciężko określić hipotetyczne braki. Z pewnością nie ma wystarczającej kadry do realizacji dodatkowych zadań.</i>• <i>nie wiem</i>• <i>nie znamy zapotrzebowania na sprzęt w środowisku, ten który posiadamy wystarcza wyłącznie na bieżące potrzeby DPS</i>• <i>pomieszczeń.</i>• <i>remont i wyposażenie pomieszczeń nieużytkowych tj. strychy</i>• <i>W momencie zdecydowania się na usługi będziemy mogli określić braki.</i>• <i>warunki lokalowe</i>

PYTANIE	Odpowiedzi
<p>Czego brakuje w Państwa DPS, aby w przyszłości mop.iwe było świadczenie usług w środowisku np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?</p>	<ul style="list-style-type: none">• wyremontowanych pomieszczeń lub nowych budynków
<p>Dla osób przewlekle somatycznie chorych</p>	<ul style="list-style-type: none">• Brak kadry oraz pomieszczeń i sprzętu na rozszerzenie działalności• Brak wystarczającej liczby pracowników, których można oddelegować do pracy w terenie• Na dzień dzisiejszy pomoc osobom zewnętrznym jest niemożliwa z uwagi na małą liczbę personelu i sprzętu.• pomieszczeń• Pomieszczeń, kadry specjalistów i sprzętu.• sala doświadczania świata• usług dziennego pobytu• Wielkość pomieszczeń ogólnego użytku w DPS jest dopasowana do ilości mieszkańców, stąd brak możliwości ich wykorzystania do innych działań. Jedynie w pomieszczenia, w których praca jest wykonywana zmianowo lub

PYTANIE Czego brakuje w Państwa DPS, aby w przyszłości mop.iwe było świadczenie usług w środowisku np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?	Odpowiedzi
	<p>okresowo, istnieje możliwość dodatkowych świadczeń</p> <ul style="list-style-type: none"> • wolnych pomieszczeń
Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób przewlekle psychicznie chorych + Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	<ul style="list-style-type: none"> • Standaryzowanej przestrzeni (pokoje mieszkalne, pracownie terapeutyczne, sanitariaty).
Dla osób uzależnionych od alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> • kadry zasobów finansowych
Dla osób w podeszłym wieku	<ul style="list-style-type: none"> • Braki lokalowe • Jeśli taka działalność miałaby być prowadzona równolegle z dotychczasową, bez redukcji miejsc opieki całodobowej - brak odpowiedniej infrastruktury, pomieszczeń i ich wyposażenia. • łóżka przystosowane do opieki osób starszych i niepełnosprawnych które

PYTANIE	Odpowiedzi
<p>Czego brakuje w Państwa DPS, aby w przyszłości mop.iwe było świadczenie usług w środowisku np. usług dziennego pobytu, usług odciążeniowych, teleopieki, innych?</p>	<p><i>przy ciągłej eksploatacji ulegają zniszczeniu.</i></p>
<p>Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak zasięgu gsm • finansów • windy w szczególności,
<p>Dla osób w podeszłym wieku + Dla osób przewlekle somatycznie chorych + Dla osób niepełnosprawnych fizycznie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • transport i kierowca (w przypadku konieczności realizacji usług w środowisku)

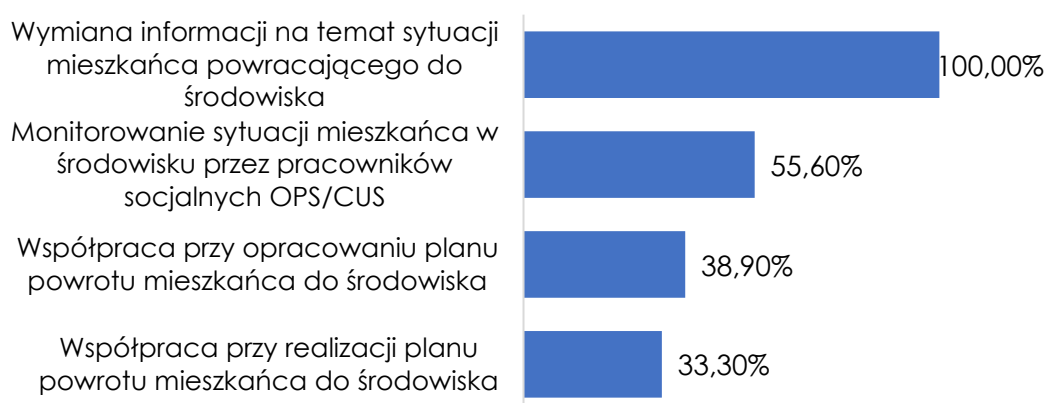
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, na pytanie odpowiadali tylko ci respondenci, którzy zadeklarowali wcześniej jego posiadanie.

2.7 WSPÓŁPRACA DPS Z OPS

Ponad połowa z badanych placówek podejmuje w swojej codziennej aktywności współpracę z OPS w celu ewentualnego powrotu mieszkańca do środowiska. Wydaje się, że nawiązywanie tego rodzaju współpracy oraz zakres współpracy nie ma związku z wielkością i typem placówki, a wynika głównie z przebywania w konkretnym podmiocie osoby pozytywnie rokującej w obszarze możliwości opuszczenia DPS. Współpraca taka we wszystkich przypadkach obejmuje wymianę informacji na temat sytuacji mieszkańca

powracającego do środowiska, ale już tylko w połowie z nich dalsze monitorowanie losów podopiecznego, a jeden na trzy przypadki obejmuje współpracę podmiotów przy realizacji planu powrotu podopiecznego do środowiska. W mniej niż połowie przypadków powrót mieszkańca do środowiska jest poprzedzony współpracą OPS i DPS obejmującą opracowanie planu tego powrotu.

Wykres 25. Zakres współpracy DPS z OPS w celu przywrócenia mieszkańca do środowiska



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=36.

Ograniczony zakres współpracy OPS/CUS i DPS w przypadku podopiecznych powracających do środowiska potwierdzają także wypowiedzi rozmówców w wywiadach IDI.

Jeżeli takie osoby wychodzą, podejrzewam, że oczywiście my nie śledzimy jakby dalszych losów tych działań, podejrzewam, że i sam miejski ośrodek pomocy społecznej, czy taki GOPS na pewno jakby ma nad nimi jakąś taką pieczę, przynajmniej w sensie kontroli, co się z nimi dzieje.

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych .

Doświadczenia pracowników DPS ze współpracy z przedstawicielami OPS są raczej pozytywne, a współpraca jest określana jako dobra i efektywna.

„Znaczy, powiem tak, no generalnie współpraca polega na tym, że wykonuje się do nas telefon, czy mamy wolne miejsce. Jeśli jest informacja zwrotna, że tak posiadamy wolne miejsca, no to jest opowieść krótkiej historii o tej osobie, która miałyby być umieszczona no i czy ona by ewentualnie się w naszym domu odnalazła. Po tym jeśli przychodzą dokumenty, no to my się zapoznajemy z tymi dokumentami. No i akurat nasz ośrodek pomocy społecznej robi tak, że przedstawia nam dokumenty do wglądu te, które są no i my po zapoznaniu się uznajemy, czy jesteśmy w stanie taką osobę przyjąć. Generalnie nie zgłaszamy uwag chyba że, no jakieś jest stan taki naprawdę wymagający lekarskiej wręcz opieki, no to wtedy odmawiamy tak, żeby w zgodzie z własnym sumieniem jeszcze móc pracować.(...) Natomiast zgodnie z procedurą dokumenty tak czy inaczej być muszą. Natomiast jeśli chodzi o inne ośrodki, no bo my jednak mamy zasięg to gminny i z różnych stron kraju są do nas kierowane osoby, no to jednak jest ten kontakt tylko taki formalny, chyba że są to ośrodki, z którymi współpracujemy już, ponieważ są jacyś podopieczni i pracownicy socjalni już na tyle często ze sobą się kontaktują, no to oczywiście ten dystans jest skracany i raczej tak nieformalnie są w stanie porozmawiać przez telefon. Natomiast no tak jak mówię, no jednak procedura dokumentów musi zostać zachowana.”

IDI 6 DPS dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie

O bliskości i atmosferze współpracy decyduje często lokalizacja i związana z nią częstotliwość kontaktów obu instytucji – w przypadku relacji częstszych mogą one przybierać mniej formalny charakter, niż w przypadku oficjalnych kontaktów sporadycznych:

„Wie pani co, jeżeli chodzi o ościenne ośrodki pomocy społecznej, to tak, jak najbardziej. To współpracujemy, znamy się od lat, ja mam tam akurat dwóch pracowników socjalnych, jednego kierownika działu opiekuńczego, który się też zajmuje administracją, dziewczyny się znają i jeżeli mają kogoś do skierowania, to dzwonią, pytają, jaki jest czas oczekiwania, czy mamy miejsce, czy nie mamy miejsca? Współpraca z lokalnymi gminami w powiecie (...) super. Natomiast jeżeli chodzi o inne już takie dalsze powiaty, czy inne województwo, to ja tej współpracy nie widzę w ogóle. To jest bardzo często tak, że my dostajemy informację z PCPRu, że są dokumenty, że jest decyzja wydana o skierowaniu, że mamy jechać na zaopiniowanie mieszkańca.”

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że (jak wskazał jeden z respondentów) pewna doza formalności i oschłości w relacjach OPS/CUS – DPS wynika niejako z prawnych ram i formalnego zakresu tych kontaktów.

„Ale nie możemy zaopiniować negatywnie, a PCPR nie może wydać innej decyzji, mieć decyzji o umieszczeniu. No więc tak to wygląda w praktyce. Polski system prawny nie przewiduje dyskusji. Jeżeli Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, a głównie pracownik socjalny, postanowi, że to ma być DPS o takim i takim profilu, postaraj się o

zaświadczenie lekarskie i lekarz to potwierdzi, to tutaj już nie ma jakby odwrotu.”

IDI DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych

Na ewentualną poprawę jakości współpracy mogłoby mieć wpływ ograniczenie formalności oraz skrócenie postępowania administracyjnego, które odbywałoby się również z korzyścią dla podopiecznych, których czas oczekiwania na zamieszkanie w DPS byłby krótszy.

„Przede wszystkim skrócenia postępowania administracyjnego. To co dzieje się aktualnie w waszym systemie, to jest skandal. Padł ostatnio pomysł tego, aby osoby, które deklarują odpłatność za pobyt w Domu Pomocy Społecznej, żeby po przedstawieniu zaświadczenia tylko lekarskiego, żeby pomijane były wszystkie wywiady i inne rzeczy, cała procedura i całe postępowanie tylko wobec takich osób po prostu, żeby była wydawana decyzja. Nie ukrywam, ogromnie czekam na tą zmianę, ponieważ jeśli chodzi o publiczne Domy Pomocy Społecznej, odbywa się to w taki sposób, że niestety rodziny i osoby, które chcą być umieszczone w Domu Pomocy Społecznej, są zniechęcone do tego i niestety mówię to z pełną świadomością i z pełną odpowiedzialnością, bo odbieram masę telefonów. I osoby, które trafiają do Ośrodka Pomocy Społecznej, gdzie tam dostają informację, że to wszystko będzie tyle trwało i trzeba to i tamto, a najlepiej to idźcie do prywatnego, bo tam to idziecie, podpiszecie umowę i nie ma problemu, a tutaj to będzie strasznie długo i tak dalej i tak dalej. Zniechęcają. Informują, że tu trzeba płacić. Idźcie do ZOL-u, bo tam będziecie mieć w ramach NFZ-u. Wie Pani,

dzwonią do mnie ludzie, bo oni dzwonią do Ośrodka Pomocy Społecznej i czasami zadzwonią do DPS-u, żeby zweryfikować. Ja mówię: nie, to tak nie jest. Ja mówię: Państwo musicie złożyć wniosek i cała procedura jest po stronie OPS-u, wy przedłożycie dokumenty, te, które są potrzebne. Natomiast nie może być tak, że... Ja wiem, z czego to wynika. To wynika z tego, że gminy no niestety szukają oszczędności. Dla każdej gminy umieszczenie w Domu Pomocy Społecznej to jest stały koszt, który będzie ponoszony przez okres długości życia tego podopiecznego tak. Więc to już musi zostać zaplanowane w budżecie. Natomiast wracając do pytania, które Pani zadała, maksymalne skrócenie procedury umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej, ten pomysł padł. Miał być procedowany i nie ukrywam, że ja mocno czekam na możliwość właśnie umieszczenia bez tego kompletu dokumentów.(...) A drugie o czym myślę to, żeby nam w końcu zezwolono na świadczenie działalności komercyjnej, bo odbieram masę telefonów, gdzie ludzie chcą po prostu przyjść i zapłacić za swoje usługi, a my nie mamy jako Dom Pomocy Społecznej takiej możliwości, a w momencie kiedy odsyłamy, że to musi jednak być decyzja administracyjna, ludzie rezygnują, bo ludziom nie chce się chodzić, spowiadać do Ośrodka Pomocy Społecznej, jak tam prowadzą gospodarstwo domowe, ile w nich jest i tak dalej i tak dalej.”

IDI DPS dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie

2.8 INNE WSPÓŁPRACE DPS

Na koniec warto zwrócić uwagę także na rozbudowywane przez niektóre z badanych placówek sieci współpracy z innymi podmiotami, których celem jest przede wszystkim usprawnienie funkcjonowania podmiotu oraz zwiększenie zakresu opieki nad podopiecznymi. Współprace takie obejmują w szczególności:

- szkoły i przedszkola:

„Ale jeśli chodzi o instytucje publiczne, no to my tutaj w zasadzie z kim chcemy, z tym współpracujemy. Nie mamy jakiegoś takiego podziału. Do tej pory ta współpraca przebiega bezproblemowo. Bardzo fajnie nam się współpracuje z jednostkami oświatowymi pod tytułem przedszkole, szkoła. Tutaj odwiedzają nas w ramach wolontariatu dzieciaki. Więc fajnie to przebiega. Jeśli chodzi o wszystkie w zasadzie jednostki nasze tutaj gminne, bo my jesteśmy gminnym domem, no to ta współpraca przebiega bez żadnego zarzutu. Jest wszystko w porządku, więc tutaj naprawdę złego słowa nie mogę na ten temat powiedzieć.”

IDI DPS dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie

- przychodnie lekarskie:

„To znaczy, my akurat współpracujemy z przychodnią lekarską. Ta współpraca też przebiega dość dobrze. Już współpracujemy ze sobą chyba trzeci rok. Więc tutaj mamy stałe terminy wizyt lekarskich. Raczej nie mamy problemu. Jeśli jest jakiś temat do załatwienia, to ze strony przychodni wykazują się chęcią współpracy. My jak

najbardziej, bo oczywiście nam zależy na świadczeniu tych usług. Więc mówię, no raczej otoczyłam się takim zespołem ludzi, którzy chcą i potrafią, a przede wszystkim wychodzi im to bardzo umiejętnie, a jak nie drzwiami to oknem więc no tak staramy się współpracować pozytywnie po prostu. No też chcemy jakąś dobrą wizytówkę. Chcemy się dobrze zaprezentować. Jeśli ktoś od nas czegoś potrzebuje, to jak najbardziej też współpracujemy. Więc generalnie jesteśmy otwarci na każdego rodzaju współpracę."

IDI DPS dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie

- NGO:

„Tak, są też stowarzyszenia i fundacje. Wolontariat no to tutaj dzieciaki w ramach wolontariatu nas odwiedzają z Zespołu Szkolno-Przedszkolnego. Jeśli chodzi o fundację, to tutaj współpracujemy z fundacją, która dla osób, które nie mają właśnie środków finansowych, doposażają w różnego rodzaju asortyment rehabilitacyjny takie osoby. Więc to też jak tylko ktoś zwraca się do nas bądź nam droga pomocy się zamyka, to też szukamy, czy ktoś może tej drogi nie ma bardziej szerszej niż my."

IDI DPS dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie

3 PODSUMOWANIE I NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI Z BADANIA

Analiza procesu kwalifikowania do DPS

W chwili realizacji badania w biorących w nim udział placówkach DPS z terenu województwa małopolskiego przebywało łącznie 6059 osób, wśród których najliczniej reprezentowane były osoby przewlekle chore psychicznie (2564) oraz przewlekle chore somatycznie (1863). W dalszej kolejności były to także osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie (783) oraz osoby w podeszłym wieku (542). Wśród pozostałych podopiecznych małopolskich DPS znajdowali się: dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną (194), osoby z niepełnosprawnością fizyczną (60) oraz osoby uzależnione od alkoholu (53). Same badane DPS były bardzo różnorodne zarówno pod względem wielkości, jak i grup, do których kierowały swoje usługi. Najmniejsza z badanych placówek oferowała miejsca dla 12 osób, podczas gdy w tym samym czasie największa z nich dla niepełna 400.

Według deklaracji respondentów, badane podmioty w latach 2017-2022 przyjęły łącznie 4969 nowych pensjonariuszy. Co ciekawe, liczba nowych mieszkańców przyjmowanych łącznie przez badane DPS w latach 2017-2021 była względnie stała i wahała się od 833 osób w roku 2020 do 921 osób w roku 2019. Największe placówki przyjmowały w tym okresie około 100 nowych podopiecznych rocznie, średnio około 13 osób w placówce. Zmiana tendencji nastąpiła w roku 2022, w którym znacząco zmniejszyły się wszystkie analizowane wartości (łącznie 532 nowych podopiecznych, średnio 8 nowych mieszkańców w DPS, najwięcej 31 w jednej placówce).

Jednocześnie jednak, reprezentanci większości badanych podmiotów deklarują, że ich placówki posiadają wolne miejsca, a ich niepełne zagospodarowanie wynika z braku nowych skierowań z gminy.

Szczegółowe przyczyny skierowania nowego podopiecznego do DPS są w dużej mierze zależne od specyfiki placówki (inne w przypadku DPS dla dzieci i młodzieży, inne w przypadku domu dla seniorów), najważniejszą z nich jest jednak każdorazowo całkowita niesamodzielność podopiecznego oraz brak możliwości zapewnienia mu odpowiedniej do potrzeb opieki w miejscu zamieszkania oraz środowisku pochodzenia, którym często towarzyszy (choć nie jest to zmienna tak istotna jak powyższe) brak rodziny lub brak zainteresowania lub możliwości opiekuńczych po jej stronie.

Sam proces kwalifikowania podopiecznego do DPS jest przez respondentów określany jako najczęściej długotrwały i mocno sformalizowany, ale w większości odbywa się poza samym DPS i bez jego udziału. Przedstawiciele placówki są do niego angażowani na etapie deklarowania, czy placówka posiada wolne miejsca dla podopiecznego o określonym profilu oraz finalnie do opiniowania podopiecznego, które jest aktem wyrażenia formalnej zgody na jego przyjęcie do placówki (ma on jednak z punktu widzenia DPS czysto formalny wymiar, a przedstawiciele placówek deklarują, że w praktyce nie mogą się nie zgodzić).

O ile wydaje się, że same przyczyny umieszczania osób w DPS na przestrzeni ostatnich kilku lat nie uległy znaczącym zmianom, to zmienił się moment kierowania osoby niesamodzielnej do placówki całodobowej opieki. W opinii badanych chwila skierowania podopiecznego do DPS jest obecnie jak najbardziej odraczana (nie zawsze z korzyścią dla jego ogólnego stanu zdrowia i kondycji psychicznej), a gminy podejmują różnorodne działania w celu zapewnienia osobom niesamodzielnym opieki w ich środowisku.

Osoby kierowane obecnie do DPS to w zdecydowanej większości osoby niemogące wykonywać samodzielnie żadnych czynności dnia codziennego, a często także osoby leżące.

Ogólnie rzecz biorąc, z punktu widzenia przedstawicieli DPS, choć identyfikują oni różne braki i niedostatki w zakresie usług środowiskowych, nie ma w chwili obecnej możliwości takiego rozbudowanie systemu opieki w miejscu zamieszkania, żeby osoby kierowane do DPS mogły dłużej pozostawać w środowisku, ponieważ kierowane do placówek całodobowej opieki są wyłącznie osoby, w przypadku których nie jest możliwe zagwarantowanie opieki w jakiegokolwiek innej formie.

Jednocześnie jednak najważniejszymi deficytami usług środowiskowych, których zapewnienie mogłoby wpłynąć pozytywnie na komfort i stan zdrowia osób niesamodzielnych pozostających w miejscu zamieszkania są:

- uruchomienie i zwiększenie dostępu do dziennych domów pomocy, centów wsparcia dla opiekunów rodzinnych oraz mieszkań chronionych,
- upowszechnienie opieki wytchnieniowej (która, choć deklaratywnie istnieje, jest zdaniem badanych, bardzo mało dostępna),
- rozszerzenie listy osób oraz zintensyfikowanie pielęgniarstwa długoterminowego w miejscu zamieszkania oraz gminnych usług opiekuńczych i specjalistycznych gminnych usług opiekuńczych,
- upowszechnienie teleopieki.

ANALIZA PROCESU POWROTU MIESZKAŃCÓW DPS DO ŚRODOWISKA.

W blisko 2/3 objętych badaniem placówek (43 DPS) podejmowane są działania, których celem jest poprawa kondycji podopiecznych oraz wspierania ich usamodzielnienia w stopniu umożliwiającym im powrót do środowiska zamieszkania.

Ponownie to, czy działania były w DPS podejmowane jest zależne od tego, do jakich grup podopiecznych skierowana jest jego oferta. Najczęściej działania zmierzające do przywrócenia niektórych mieszkańców do środowiska podejmowane są w placówce dla osób uzależnionych od

alkoholu. Choć w badaniu brał udział przedstawiciel tylko jednego podmiotu o tej specyfice, całość pozyskanych w badaniu informacji (w pozostałych pytaniach ankiety oraz badaniach jakościowych) pokazuje, że jest to placówka, której podopieczni wykazują się na tle pozostałych DPS relatywnie wysokim potencjałem usamodzielnienia, a działania do niego zmierzające są istotnym elementem funkcjonowania podmiotu. Najbardziej natomiast przywrócenie niektórych mieszkańców do środowiska jest celem działań podejmowanych w placówkach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (jest to grupa o szczególnie trudnym położeniu, ponieważ możliwość powrotu tych podopiecznych do środowiska jest zależna nie tylko od nich i ich stanu zdrowia, ale również od ich opiekunów) oraz w placówkach dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych (można przypuszczać, że połączenie tych dwóch trudności, czyli z podopiecznych tych DPS, grupę o ogólnie rzecz biorąc niewielkim potencjale do usamodzielnienia).

Specyfika działań, których celem jest powrót mieszkańca do środowiska jest różnorodna i zależna od potrzeb i możliwości mieszkańców, różni się zatem w zależności od tego, jakie grupy podopiecznych objęte są opieką konkretnego DPS. Najważniejsze (najczęściej podejmowane, obejmujące najliczniejsze grupy osób) z nich to: poprawa stanu zdrowia i kondycji fizycznej; poprawa kondycji psychicznej; trening umiejętności samoobsługowych, wykonywania codziennych czynności w domu (np. sprzątnięcia, przygotowywania posiłków, robienia zakupów) oraz motywowanie mieszkańca do podjęcia próby ponownego usamodzielnienia się, a także kontakt z członkami rodziny oraz przedstawicielami środowiska pochodzenia. Nie bez znaczenia pozostaje także udzielane podopiecznym wsparcie w załatwieniu różnych spraw formalnych (np. wniosek o mieszkanie socjalne, uzyskiwanie świadczeń emerytalno-rentowych).

Działania zmierzające do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska w latach 2017-2021 prowadzone były nielicznie i obejmowały niewielką grupę mieszkańców (najczęściej mniej niż 5%), a ich efektywność mogła być mierzona jedynie w pojedynczych przypadkach skutecznych powrotów.

Natomiast w 2022 roku działania zmierzające do przywrócenia niektórych mieszkańców do środowiska pochodzenia prowadziło 26 z badanych DPS. W tych placówkach procesem powrotu do środowiska objęte były łącznie 63 osoby (najwięcej 11, najmniej 1, średnio 2,4 osoby w placówce, biorąc pod uwagę również te placówki, w których nie prowadzono procesu powrotu do środowiska niektórych mieszkańców). Proces był efektywny w połowie przypadków i łącznie 26 osób wróciło do środowiska pochodzenia. Byli to mieszkańcy 15 z badanych DPS. 2 osoby, po jednej z dwóch różnych DPS wróciły ponownie do systemu opieki całodobowej.

Najbardziej efektywne pod względem liczby mieszkańców objętych procesem usamodzielniania były: DPS dla osób uzależnionych od alkoholu – 10 osób (ze względu na specyfikę podopiecznych) oraz DPS dla osób przewlekle chorych psychicznie – 30 osób (ze względu na największą ogólną liczbę podopiecznych w tego typu placówkach na terenie województwa małopolskiego). Największa liczba podopiecznych, którzy wrócili do środowiska odnotowana została w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu (10 osób).

W 2022 roku 2 osoby wróciły do DPS. Jako przyczyny ponownego umieszczenia w DPS mieszkańca, który wrócił do środowiska podano pogorszenie sprawności osoby, uniemożliwiające dalsze samodzielne funkcjonowanie w środowisku (w obu przypadkach); brak zaangażowania rodziny (w obu przypadkach) oraz stopniowa utrata umiejętności potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania wypracowanych we wcześniejszym procesie usamodzielniania zrealizowanym w DPS (DPS dla osób w podeszłym wieku) i brak lub niedostatek form pomocy w postaci

usług opiekuńczych oferowanych w ramach systemu ochrony zdrowia (DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych).

Jednocześnie w chwili realizacji badania (początek 2023 roku), procesem powrotu do środowiska objęte były łącznie 63 osoby, które stanowiły 1% wszystkich mieszkańców DPS. Najlepiej wygląda sytuacja DPS dla osób uzależnionych od alkoholu, w których działaniami zmierzającymi do usamodzielnienia objęty był niemal co szósty podopieczny (13,2%).

ANALIZA PERSPEKTYW ROZWOJU USŁUG ŚRODOWISKOWYCH PRZY UDZIALE DPS.

Krajowa Strategia Rozwoju Usług Społecznych zakłada możliwości rozwoju DPSów w kierunku Centrów Usług Opiekuńczych, których oferta mogłaby zostać rozszerzona w porównaniu do obecnego zakresu i obejmować także teleopiekę, usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, dzienny pobyt, mieszkania wspomagane, miejsca stacjonarnego krótkoterminowego pobytu całodobowego oraz miejsca stacjonarnego długookresowego pobytu całodobowego. Przewiduje się także zwiększenie zakresu usług realizowanych w środowisku, a nawet miejscu zamieszkania osób niesamodzielnymi, na korzyść ogólnej deinstytucjonalizacji systemu usług społecznych.

Sama zmiana systemu opieki nad osobami samodzielnymi i jego deinstytucjonalizacja oraz zwiększenie liczby i zakresu świadczeń możliwych do realizacji w domach osób niesamodzielnymi jest oceniana przez przedstawicieli DPS bardzo pozytywnie. Ogólnie rzecz biorąc, są oni zdania, że placówki opieki całodobowej powinny być zarezerwowane wyłącznie dla osób, nad którymi opieka w warunkach domowych nie jest możliwa, a wszyscy pozostali powinni otrzymać niezbędne wsparcie, w odpowiednim zakresie, we własnym środowisku.

Jednocześnie jednak, uczestnicy wywiadów IDI odnoszą się do samego pomysłu restrukturyzacji DPS oraz zwiększenia zakresu świadczonych przez placówki usług, raczej sceptycznie ze względu na brak odpowiedniego zaplecza kadrowego i infrastrukturalnego potrzebnego do rozwoju DPS w tym kierunku. Mimo to przedstawiciele dużej części DPS dość dobrze oceniają potencjał swoich placówek do świadczenia usług również na zewnątrz, przy założeniu zwiększenia liczby pracowników i reorganizacji ich dotychczasowej pracy. W tym celu także baza lokalowa, zasoby sprzętowe, jak i kadra DPS musiałby przejść przez proces modernizacji pod kątem nowych zadań stojących przed centrami usług opiekuńczych.

Z punktu widzenia DPS najtrudniejsze w tej materii wydają się w chwili obecnej kwestie logistycznego zorganizowania świadczeń realizowanych w miejscu zamieszkania podopiecznych przy jednoczesnych, identyfikowanych obecnie, niedostatkach kadrowych oraz konieczności zachowania nie pogorszonej jakości usług świadczonych stacjonarnie wśród pensjonariuszy DPS.

Badani byli natomiast sceptyczni w kwestii oceny możliwości zaistnienia systemu pomocy, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami świadczącymi usługi całodobowej opieki. W praktyce zawodowej przedstawiciele DPS często zdarzają się sytuacje, w których placówka opieki całodobowej jest jedynym korzystnym dla podopiecznego rozwiązaniem, który z jednej strony wymaga całodobowej opieki, której zagwarantowanie w miejscu zamieszkania nie jest możliwe, z drugiej zaś jego stan zdrowia i kondycja psychiczna nie tylko nie wymagają stałej hospitalizacji, ale sprawiają, że byłaby ona niekorzystna.

Natomiast w kwestii oceny zasobów posiadanych przez placówki DPS i ich potencjalnego wkładu w system usług środowiskowych możemy mówić o tym, że placówki te funkcjonują obecnie w warunkach istotnych niedostatków kadrowych oraz innych zasobów, więc perspektywa

wyasygnowania i oddelegowania części z nich do świadczenia usług dodatkowych i zewnętrznych wydaje im się niemożliwa. Jednocześnie jednak:

- Wśród zasobów kadrowych posiadanych przez DPS i przydatnych w budowaniu systemu usług społecznych najczęściej wymieniani byli: opiekunowie i opiekunki, a w dalszej kolejności także pracownicy socjalni i terapeuci oraz pielęgniarze i pielęgniarki, psychologzy i rehabilitanci. Za zasoby kadrowe najmniej przydatne w budowaniu systemu usług społecznych albo najbardziej deficytowe w odczuciu DPS (tj. takie, których nie mogliby wykorzystać w usługach innych niż dotychczas świadczone, bo albo nie są przez placówki posiadane albo nie mogą zostać przesunięte do realizacji innych zadań) są lekarze.
- Jedynie nieliczne DS. dysponują zasobami infrastrukturalnymi w postaci budynków lub pomieszczeń, które mogłyby zostać wykorzystane na inne niż dotychczasowe cele. Wymagają one jednak w większości rozbudowanych remontów. Okazuje się, że istotnym, a pominiętym w pytaniu zasobem DPS, który mógłby zostać wykorzystany w przyszłości są tereny zielone, parki i ogrody wokół DPS, z których część położona jest w atrakcyjnych wizualnie i rekreacyjnie terenach. Choć wkład ogrodów w świadczenie opieki w miejscu zamieszkania pacjentów może wydawać się wątpliwy, znajdują one niewątpliwie zastosowanie w różnych formach wsparcia dziennego, np. terapii zajęciowej.
- Dodatkowych zasobów sprzętowych nie posiada także ponad połowa badanych DPS, a te które posiadają są przez nich w całości wykorzystywane na potrzeby mieszkańców.

Podsumowując wszystkie powyższe ustalenia warto zauważyć, że (jak pokazują chociażby powyższe odpowiedzi) przedstawiciele DPS odbierają rozwój w kierunku centrów usług opiekuńczych jako rodzaj zagrożenia dla dotychczasowego funkcjonowania ich placówek oraz dobrostanu podopiecznych.

ANALIZA POTENCJAŁU MIESZKAŃCÓW DPS DO POWROTU DO ŚRODOWISKA ORAZ IDENTYFIKACJA I ANALIZA CZYNNIKÓW UŁATWIAJĄCYCH I UTRUDNIAJĄCYCH PROCES POWROTU MIESZKAŃCÓW DPS DO ŚRODOWISKA (INSTYTUCJONALNYCH ORAZ INDYWIDUALNYCH MIESZKAŃCA).

Ogólnie rzecz biorąc, zdaniem badanych przedstawicieli DPS w reprezentowanych przez nich placówkach mieszka w chwili obecnej łącznie 281 osób (najwięcej 25, najmniej 0 w placówce, średnio niespełna 4,5 osoby w każdej placówce), które wykazują potencjał do usamodzielnienia w stopniu umożliwiającym im w przyszłości powrót do środowiska.

Wydaje się to odsetkiem bardzo znikomym w ogólnej skali osób korzystających z usług opieki całodobowej. Najistotniejszy wydaje się jednak fakt, że potencjał do powrotu do środowiska w warunkach wspieranych był różnie oceniany przez przedstawicieli różnego typu DPS. W efekcie wśród osób dobrze rokujących znajduje się mniej niż 1% mieszkańców DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (choć należy pamiętać, że w przypadku tej grupy, w sposób wyjątkowy istotne są nie tylko możliwości samych podopiecznych, ale także ich opiekunów w miejscu zamieszkania) oraz 20% mieszkańców DPS dla osób uzależnionych od alkoholu.

Za najważniejsze czynniki, które warunkują podopiecznemu możliwość skutecznego powrotu do środowiska uznać należy:

- wsparcie i zaangażowanie w opiekę rodziny oraz przedstawicieli środowiska pochodzenia,
- możliwość objęcia podopiecznego skuteczną siecią profesjonalnych usług opiekuńczych,
- dostęp do niskokosztowego, dostosowanego do potrzeb miejsca zamieszkania,

- dysponowanie funduszami umożliwiającymi finansowanie usług dodatkowych.

Najważniejszymi cechami samego mieszkańca, koniecznymi w drodze do ponownego usamodzielnienia są determinacja oraz odpowiednio dobry stan zdrowia, umożliwiający samodzielną egzystencję poza placówką opieki całodobowej.

Bardzo ważnym elementem wsparcia umożliwiającego osobom niesamodzielnym skuteczny powrót w ich środowiska wydaje się być zagwarantowanie stopniowego procesu wchodzenia w samodzielność, w którym nabywając lub odnawiając określone kompetencje mógłby on stopniowo uczyć się samodzielności, początkowo pod większym i zmniejszającym się z czasem nadzorem opieki profesjonalistów.

Wśród czynników, które całkowicie uniemożliwiają opuszczenie DPS, znajduje się przede wszystkim zły stan zdrowia i kondycja psychiczna, które nie rokują poprawy, tj. niektóre rodzaje deficytów, które zdecydowały o pobycie w DPS (nierokujący poprawy stan zdrowia, niektóre niepełnosprawności – trudności wymagające całodobowej opieki i wsparcia). Wszystkie pozostałe elementy mają charakter czynników warunkowych. W przypadku tych czynników uniemożliwiających powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych mówimy między innymi o:

- brak wsparcia ze strony osób bliskich, rodziny oraz najbliższego środowiska,,
- brak miejsca do zamieszkania (deficyt mieszkań chronionych i lokali socjalnych) lub dostęp wyłącznie do lokalu niedostosowanego do potrzeb,
- brak świadomości choroby i konieczności leczenia, brak umiejętności potrzebnych do kontynuowania leczenia poza placówką,
- czynniki psychologiczne, w tym lęk przed zamieszkaniem poza DPS.

Sytuacje skutecznego powrotu mieszkańców DPS do środowiska były na przestrzeni ostatnich lat nieliczne, i co najważniejsze dalsze losy tych osób wydają się być poza zainteresowaniem przedstawicieli DPS.

4 REKOMENDACJE

4.1 REKOMENDACJA 1:

RACJONALIZACJA OCZEKIWAŃ WZGLĘDEM EFEKTYWNOŚCI DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU PRZYWRÓCENIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ ŚRODOWISKU

Jak zakładają podstawy funkcjonowania systemu usług społecznych w obszarze wsparcia osób niesamodzielnych, jednym z istotnych postulatów jest umożliwienie jak najdłuższego przebywania osoby niesamodzielnej w środowisku zamieszkania lub, na tyle, na ile to możliwe, przywracanie osób objętych opieką instytucjonalną do środowiska ich pochodzenia poprzez poprawę ich stanu zdrowia, kondycji psychicznej oraz rozwój umiejętności umożliwiających samodzielną egzystencję. Jak pokazały jednak wyniki przedmiotowego badania, proces ten jest w dominującej większości wypadków nie tylko trudny i mało efektywny, ale często w ogóle niemożliwy do korzystnego dla osoby niesamodzielnej przeprowadzenia.

Funkcjonujące wśród przedstawicieli DPS przekonanie o tym, że skierowane pod opiekę ich placówek osoby, znalazły się w instytucji opieki całodobowej z istotnych (zarówno zdrowotnych, jak i środowiskowych przyczyn) przekonanie jest poparte wieloletnimi doświadczeniami. W połączeniu z troską o stworzenie w warunkach instytucjonalnych możliwie przyjaznej i domowej atmosfery oraz objęcie podopiecznych kompleksowym wsparciem, skutkuje uzasadnioną obawą przed ich dalszymi losami poza placówką oraz potencjalnym pogorszeniem się stanu ich zdrowia bez stałego dostępu do świadczeń społecznych. Należy bowiem pamiętać, że wiele z usług świadczonych w DPS jest usługami deficytowymi lub w ogóle niemożliwymi do świadczenia w środowisku / miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

Całość natomiast prowadzi do, niewyrażanej wprost, a często także nieuświadomianej, niechęci do podejmowania działań usamodzielniających oraz przywracających do środowiska, niejako w trosce o przyszłe dobro podopiecznych. Dotyczy to szczególnie osób w podeszłym wieku, o znaczących i nie rokujących poprawy trudnościach zdrowotnych.

Co więcej odbywa się to w cieniu świadomości poniekąd ustawowej konieczności podejmowania, w odczuciu przedstawicieli placówek często z góry skazanych na porażkę, a czasem nawet fikcyjnych, działań usamodzielniających. Których rzeczywista znikoma skuteczność wzmacnia tylko przekonanie o korzyściach płynących z pozostawienia osoby niesamodzielnej pod opieką placówki. Szczególnie w świetle obserwowanych przez badanych w ostatnich latach działaniach gmin zmierzających do maksymalnego wydłużenia czasu przebywania osób niesamodzielnych w miejscu zamieszkania oraz kierowania ich do DPS wyłącznie w przypadku braku alternatyw.

W tej sytuacji konieczne wydaje się z jednej strony zrewidowanie oczekiwań stawianych przed placówkami DPS w zakresie przywracania podopiecznych do środowiska i formalne ograniczenie ich do konkretnych, pozytywnie rokujących przypadków / grup podopiecznych, na których skoncentrowane zostaną instytucjonalne wysiłki usamodzielniające. Z drugiej zaś, wspierane powinno być w przedstawicielach DPS poczucie sprawczości i odpowiedzialności w tym zakresie – choć nie mogą, a nawet nie powinni przywracać do środowiska wszystkich podopiecznych (przynajmniej do czasu zapewnienia luk i deficytów w usługach społecznych świadczonych w miejscach zamieszkania), to mogą mieć realny wpływ na wydłużenie sprawności i powrót do społeczeństwa konkretnych jednostek.

Całość tych działań musi jednak opierać się o wypracowane i dostosowane do obecnej (z uwzględnieniem planowanych modyfikacji) sytuacji standardy zarówno oceny potencjału osób niesamodzielnych do powrotu do miejsca

zamieszkania, jak i realizacji procesu usamodzielniania w przypadku poszczególnych grup podopiecznych.

4.2 REKOMENDACJA 2:

WYPRACOWANIE STANDARDÓW OCENY POTENCJAŁU DO POWROTU DO ŚRODOWISKA PRZEZ OSOBĘ NIESAMODZIELNĄ

Wprost z powyższym wiąże się bezpośrednio kwestia konieczności wypracowania zindywidualizowanych standardów oceny potencjału do powrotu do środowiska przez osobę niesamodzielną, które powinny być co najmniej zdywersyfikowane do przedstawicieli poszczególnych grup podopiecznych placówek opieki całodobowej. Duża część pacjentów zdaniem badanych nie kwalifikuje się do usamodzielnienia co jest podyktowane stanem chorobowym lub zaawansowanym wiekiem podopiecznych. Każdy przypadek powinien być analizowany indywidualnie i na tej podstawie powinny zostać opracowane indywidualne warunki powrotu do środowiska.

Dobrym pomysłem byłoby także wypracowanie i upowszechnianie wystandardyzowanych narzędzi oraz rozwiązań służących zindywidualizowanej ocenie potencjału osobowego, sytuacji rodzinno-mieszkaniowej oraz stanu zdrowia osoby niesamodzielnej, z których korzystać mogłyby poszczególne placówki. Należy także fachowo i na bieżąco wspierać placówki w procesie indywidualnej oceny sytuacji osoby będącej pod opieką DPS, która będzie stanowić fundament podjęcia decyzji o usamodzielnieniu konkretnej osoby, np. poprzez wsparcie kompetencyjne, konsultacje psychologiczne, zapewnienie możliwości dodatkowej opinii eksperckiej na temat stanu i możliwości podopiecznego.

Niezwykle istotne jest jednak położenie szczególnego nacisku na:

- zindywidualizowany charakter oceny potencjału, który każdorazowo powinien dotyczyć oceny kompleksowej sytuacji konkretnej osoby,

- kompleksowy charakter oceny, która powinna obejmować możliwie szeroki zakres zmiennych i czynników warunkujących skuteczność i efektywność usamodzielnienia: od osobowości, poziomu motywacji, przez warunki rodzinne i mieszkaniowe w środowisku, stan zdrowia, a także bieżący poziom dostępności potrzebnych usług środowiskowych w danej lokalizacji,
- konieczność bieżącego monitorowania zmian w ww. aspektach – ocena potencjału do powrotu nie powinna być działaniem jednorazowym, ale rodzajem stałego nadzoru nad zmianą sytuacji osoby niesamodzielnej wzmocnianej pozytywnie w placówce w dążeniach do samodzielności.

4.3 REKOMENDACJA 3:

WYPRACOWANIE STANDARTÓW DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU PRZYWRÓCENIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ ŚRODOWISKU

Wydaje się, że w chwili obecnej przywracanie osób niesamodzielnych do środowiska jest procesem przebiegającym w warunkach wieloaspektowych niedostatków. Przedstawiciele DPS wskazywali licznie na braki profesjonalnej kadry, ogólne niedostatki personelu, brak dostępu do mieszkań chronionych, deficyt usług społecznych świadczonych w środowisku, które wpływają zdecydowanie negatywnie na możliwość realizowania procesu usamodzielnienia nawet w sytuacjach, w których posiada on wysoki potencjał do efektywnego powrotu.

Tymczasem, przywracanie podopiecznych do środowiska, powinno się odbywać w sposób etapowy, bazujący na indywidualnej analizie sytuacji. Konieczne jest wypracowanie i upowszechnienie ramowego schematu / schematów działań usamodzielniających obejmujących co najmniej:

- zakres i standardy działań podejmowanych w placówce w celu poprawy stanu zdrowia i kondycji psychicznej podopiecznego,

- minimalny zestaw cech i umiejętności, którymi powinien charakteryzować się podopieczny obejmowany procesem usamodzielnienia (z uwzględnieniem zróżnicowania grup podopiecznych) wraz ze wskazaniem dróg osiągnięcia tych warunków brzegowych w przypadku konkretnych osób,
- charakterystykę kolejnych etapów (i kamienie milowe) procesu usamodzielniania: od osoby wymagającej całodobowej opieki, przez mieszkańca mieszkania chronionego, po osobę powracającą do środowiska w warunkach wspomaganych.
- standardy jakie powinno spełniać miejsce zamieszkania do którego wracają osoby niesamodzielne, wraz z możliwością dopasowania tych mieszkań do potrzeb poszczególnych osób, które mają być usamodzielniane (konieczne wydaje się usystematyzowanie także źródeł finansowania takich rozwiązań),
- zestaw usług społecznych w środowisku, którymi powinny być objęte osoby powracające do miejsca zamieszkania wraz z mechanizmami ich realizacji oraz podmiotami za nie odpowiedzialnymi.

Co szczególnie istotne, pracownicy DPS jako przedstawiciele podmiotów bezpośrednio zaangażowanych oraz niewątpliwi eksperci powinni być zaangażowani w każdy etap wypracowywania omawianych tu rozwiązań.

4.4 REKOMENDACJA 4:

ZWIĘKSZENIE ZAKRESU I INTENSYWNOŚCI WSPÓŁPRACY OPS/CUS I DPS W PROCESIE POWROTU OSOBY NIESAMODZIELNEJ DO ŚRODOWISKA

Ze względu na wieloaspektowy charakter oceny potencjału, który obejmować powinien także warunki środowiskowe, do których może wrócić osoba niesamodzielna, pakiet świadczeń, które powinna i może otrzymać w miejscu zamieszkania i środowisku, a także informacje o jej poprzednim funkcjonowaniu poza placówką, wydaje się, że zacieśnienie współpracy

OPS/CUS z DPS przy okazji realizacji całego procesu usamodzielniania (od oceny potencjału, przez poprawę kondycji i rozwój umiejętności samoopieki, po przygotowaniu odpowiednich warunków do powrotu oraz późniejszego monitorowania kondycji i funkcjonowania w środowisku) jest konieczne.

Należy wypracować standardy tej współpracy, oraz poprzez propagowanie dobrych praktyk w tym zakresie, upowszechniać ponadinstytucjonalne rozwiązania. Dobrym pomysłem wydaje się tworzenie zespołów roboczych, których zadaniem byłoby koordynowanie procesu usamodzielniania konkretnych osób. Ich funkcjonowanie powinno być nie tylko dobrą praktyką, ale standardem instytucjonalnym usług społecznych.

Powinno to docelowo pozwolić na zmianę w sytuacji, w której najważniejszym, a często jedynym gwarantem sukcesu w usamodzielnianiu osób niesamodzielnnych i wymagających całodobowej opieki jest wyłącznie motywacja i determinacja samych podopiecznych oraz jej niejako oddolne inicjatywy.

4.5 REKOMENDACJA 5:

POPULARYZACJA WIEDZY NA TEMAT NOWYCH MOŻLIWOŚCI I POTENCJALNYCH KORZYŚCI WYNIKAJĄCYCH Z PRZEKSZTAŁCENIA DPS I CUO ORAZ OKREŚLENIE I UPOWSZECHNIENIE WIEDZY NA TEMAT MIEJSCA INSTYTUCJI OPIEKI CAŁODOBOWEJ W ZDEINSTYTUCJONALIZOWANYM SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ SPOŁOECZNYCH

Do ważnych wniosków z badania należy konstatacja, że przedstawiciele DPS, w dużej części, posiadają niewielką wiedzę i raczej niesprecyzowane wyobrażenie o kształcie i przyszłym funkcjonowaniu centów usług opiekuńczych. Kojarzą im się one w dużej mierze z ich przyszłym niejasnym statusem oraz szerokim zakresem dodatkowych zadań, których musieliby się podjąć, podczas gdy realizowanie dotychczasowych (w sytuacji licznych

niedoborów) przychodzi placówkom z trudem. Całość deficytów informacyjnych obejmuje także przyszłe miejsce placówek opieki całodobowej w zdeinstytucjonalizowanym systemie usług społecznych, świadczonych w znaczącej mierze poza tymi placówkami.

Oczywiste niedobory informacyjne budzą opór i niechęć do, często korzystnych tak dla płynności funkcjonowania podmiotów, jak i dla ich podopiecznych, zmian i modernizacji. Ze względu na zidentyfikowane już w badaniu obawy, działania informacyjne powinny jednak koncentrować się nie tylko na formalnych aspektach zmian, ale także na związanych z nimi trudnościach i możliwościach ich przewyciężenia.

4.6 REKOMENDACJA 6:

ANALIZA MOŻLIWYCH DRÓR UZUPEŁNIENIA DEFICYTÓW KADROWYCH

Jak pokazują wyniki badania, system opieki funkcjonuje w warunkach licznych niedostatków oraz posiada znaczące braki w wielu aspektach. Większość z powyższych rekomendacji wiąże się natomiast z koniecznością podejmowania przez działające w nim jednostki dodatkowych zadań i obowiązków oraz angażowania (często nieposiadanych) zasobów.

Szczególnie dotkliwe wydają się w sytuacji DPS braki kadrowe, które stanowią duży problem w kontekście świadczenia wysokojakościowej opieki, a nawet płynnego bieżącego funkcjonowania placówek. Braki kadrowe obserwowane są zarówno po stronie DPS-ów jak i w zakresie wsparcia środowiskowego, a także w innych obszarach sektora.

W tej sytuacji konieczna wydaje się pogłębiona analiza sytuacja pracowników odpowiedzialnych za świadczenie usług społecznych, której celem będzie identyfikacja obszarów, w których możliwe jest uatrakcyjnienie pracy w tych zawodach. Mogą być wśród nich między innymi takie działa jak:

- podniesienie wynagrodzeń,
- wprowadzenie dodatkowych benefitów zawodowych,
- umożliwienie dostępu do jasnej drogi rozwoju i awansu zawodowego,
- zwiększenie prestiżu społecznego wykonywanej pracy,
- zmniejszenie wymiaru czasu pracy,
- zwiększenie liczby dni wolnych od pracy w roku.

Ponieważ znaczna części ww. zmian leży poza jurysdykcją DPS, OPS oraz ROPS, warto rozważyć także inne drogi zmniejszania deficytów kadrowych. Być może w wypadku braku pracowników o określonym profilu można rozważyć wsparcie poszczególnych placówek w rekrutacji (na szczeblu centralnym) lub wyszkoleniu potencjalnego przyszłego personelu.

5 SPIS TABEL I WYKRESÓW

5.1 SPIS TABEL:

Tabela 1. Wykaz podregionów	7
Tabela 2. Typy badanych DPS wraz z odsetkiem ankiet	7
Tabela 3. Wykaz profili badanych DPS - realizacja badania.....	8
Tabela 4. Podmiot prowadzący badany DPS	9
Tabela 5. Liczba miejsc w DPS objętych badaniem	9
Tabela 6. Wykaz podregionów	9
Tabela 7. Ogólna liczba miejsc w DPS objętych badaniem wg typu i wielkość placówki.....	14
Tabela 8. Rotacja mieszkańców badanych DPS.....	20
Tabela 9. Rodzaje działań zmierzających do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska liczba miejsc w DPS wg typu i wielkość placówki	48
Tabela 10. Działania zmierzające do powrotu niektórych mieszkańców do środowiska w latach 2017-2021	60
Tabela 11. Ogólna liczba mieszkańców mających potencjał do powrotu do środowiska w badanych DPS wg typu i wielkość placówki.....	66
Tabela 12. Czynniki uniemożliwiające powrót mieszkańca DPS do środowiska i zamieszkiwanie w nim w warunkach wspieranych wg typu placówki.....	73
Tabela 13. Deficyty wg typu i wielkość placówki	102

5.2 SPIS WYKRESÓW:

Wykres 1. Liczba badanych DPS oferujących miejsca dla poszczególnych grup podopiecznych	11
Wykres 2. Liczba miejsc w DPS objętych badaniem	13
Wykres 3. Liczba miejsc w badanych DPS dla poszczególnych grup osób	16
Wykres 4. Stan wypełnienia miejsc w badanych DPS wg typu placówki.	18
Wykres 5. Liczba nowych mieszkańców w DPS objętych badaniem w latach 2017-2021	19
Wykres 6. Poziom samodzielności osób kierowanych do / umieszczanych w DPS objętych badaniem [odsetek DPS]	22
Wykres 7. Poziom samodzielności osób kierowanych do/umieszczanych w DPS objętych badaniem [ocena poziomu istotności – liczba punktów 1-3]	24
Wykres 8. Sytuacja rodzinna osób kierowanych do/umieszczanych w DPS objętych badaniem [odsetek DPS]	26
Wykres 9. Sytuacja rodzinna osób kierowanych do/umieszczanych w DPS objętych badaniem [ocena istotności – liczba punktów 1-3]	27
Wykres 10. Problemy w codziennej działalności DPS objętych badaniem [odsetek DPS]	31
Wykres 11. Problemy w codziennej działalności DPS objętych badaniem [ocena istotności – liczba punktów]	32
Wykres 12. Ocena wybranych usług społecznych	38
Wykres 13. Przeznaczenie mieszkań wspomaganych	39
Wykres 14. Usługi deficytowe w środowisku pochodzenia mieszkańców badanych DPS	42
Wykres 15. Czynniki warunkujące możliwość powrotu mieszkańca do środowiska – liczba wskazań	69

Wykres 16. Czynniki warunkujące możliwość powrotu mieszkańca do środowiska – liczba punktów.....	70
Wykres 17. Możliwość rozwoju DPS w kierunku centów usług opiekuńczych ..	84
Wykres 18. Istnienie systemu, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami całodobowymi.....	89
Wykres 19. Zasoby kadrowe – posiadane przez badane DPS.....	92
Wykres 20. Zasoby infrastrukturalne – posiadane przez badane DPS	93
Wykres 21. Zasoby sprzętowe – posiadane przez badane DPS.....	95
Wykres 22. Zasoby kadrowe – deficytowe.....	98
Wykres 23. Zasoby infrastrukturalne – deficytowe.....	99
Wykres 24. Zasoby sprzętowe – deficytowe	100
Wykres 25. Zakres współpracy DPS z OPS w celu przywrócenia mieszkańca do środowiska.....	108