

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 3: Placówki zapewniające dzienną opiekę i aktywizację jako kluczowe ogniwo świadczenia usług w formie zdeinstytucjonalizowanej – jakość, zakres i dostęp do usług ze szczególnym uwzględnieniem źródeł finansowania jako czynnika determinującego funkcjonowanie placówek

**Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie**

**Kraków 2023**

## 1 SPIS TREŚCI

1	Wprowadzenie .....	4
2	Metodyka badania i charakterystyka badanych populacji.....	7
2.1	Badanie CAWI/CATI .....	7
2.2	Badanie IDI.....	7
2.3	Badanie FGI .....	7
3	Wyniki badania .....	8
3.1	Charakterystyka badanych placówek .....	8
3.1.1	Typ i rodzaj placówki .....	9
3.1.2	Zasięg działania placówki.....	11
3.1.3	Dni i godziny otwarcia placówki.....	11
3.1.4	Liczba miejsc w placówce.....	13
3.1.5	Personel .....	14
3.2	Analiza finansowania DDP i Klubów Seniora.....	15
3.2.1	Warunki/okoliczności powstania placówki .....	15
3.2.2	Główne źródło finansowania placówki .....	16
3.2.3	Korzystanie z programów dofinansowujących.....	18
3.2.4	kosztY utrzymania placówki .....	19
3.2.5	Zarządzanie finansowaniem w placówkach .....	26
3.3	Oferta badanych podmiotów .....	28
3.3.1	Aktualna oferta placówek.....	28
3.3.2	Zinteresowanie ofertą (usługami) placówki.....	37
3.3.3	Monitoring satysfakcji w placówce.....	39
3.3.4	Promocja oferty .....	39
3.3.5	Podopieczni o ofercie .....	41

3.4	Podopieczni badanych podmiotów .....	43
3.4.1	Osoby korzystające z oferty placówki .....	45
3.4.2	Oczekiwanie na wolne miejsce w placówce.....	53
3.4.3	Okres korzystania ze wsparcia w placówce .....	54
3.5	Rozwój opieki dziennej .....	57
3.5.1	Deinstytucjonalizacja form opieki całodobowej.....	57
3.5.2	Specjalizacja pracy z określonymi grupami odbiorców.....	67
3.6	Współpraca z OPS/CUS .....	71
4	Podsumowanie i najważniejsze wnioski z badania .....	76
4.1	Analiza finansowania DDP i Klubów Seniora .....	76
4.2	Oferta badanych podmiotów .....	80
4.3	Podopieczni DDP i Klubów seniora.....	82
4.4	Rozwój usług opieki dziennej .....	84
4.5	Współprac z OPS/CUS .....	87
5	Rekomendacje .....	88
	Rekomendacja 1: DYWERSYFIKACJA ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA PLACÓWEK, W TYM UWZGLĘDNIENIE PARTYCYPACJI UCZESTNIKÓW WSPARCIA W KOSZTACH USŁUG .....	88
	Rekomendacja 2: Stworzenie modelowego / podstawowego zestawu usług	89
	Rekomendacja 3: Koordynacja i centralizacja zarządzania ofertą placówek	90
	Rekomendacja 4: Stworzenie instytucjonalnych ram oraz mechanizmów i narzędzi do efektywnego włączenia teleopieki do oferty placówek.....	90

## 1 WPROWADZENIE

Badanie realizowane w 2022 roku miało na celu identyfikację barier dla rozwoju 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

**CEL:** Ocena zdolności placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację seniorów do świadczenia usług (zaspokajania potrzeb) w zależności od sposobu finansowania i modelu funkcjonowania placówki.

### **PYTANIA BADAWCZE:**

1. Ocena wpływu źródeł finansowania zadania – finansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego, Senior +, środki własne JST, inne źródła (jakie?) – na ofertę DDP (jakość i zakres realizowanych usług) i jej zmienność w czasie.
  - 1.1. Jaki był w 2021 r. roczny koszt utrzymania placówki, w podziale na koszty stałe i zmienne/koszty administracyjne i koszty merytoryczne?
  - 1.2. Jaki był w 2021 r. średniomiesięczny i średnioroczny koszt utrzymania miejsca w placówce?
  - 1.3. Jaki był w 2021 r. średniomiesięczny i średnioroczny koszt pobytu osoby w placówce? Co jest źródłem finansowania DDP (Europejski Fundusz Społeczny, Budżet Państwa, JST, środki prywatne)?
  - 1.4. Jak ww koszty zmieniają się w czasie? Czy koszty były stałe, czy następował wzrost czy spadek i jakie były tego przyczyny?
  - 1.5. Jaka oferta wsparcia była dostępna w placówce i w jakim wymiarze godzinowym w 2021 r.?
  - 1.6. Ile miejsc było oferowanych w DDP w 2021 r.?

- 1.7. Ile osób korzystało ze wsparcia w 2021 r. w ujęciu średniomiesięcznym?
- 1.8. Ilu pracowników merytorycznych świadczyło usługi w DDP w 2021 r. i w jakim wymiarze?
- 1.9. Które elementy oferty cieszyły się największym zainteresowaniem odbiorców wsparcia?
- 1.10. Jaki był koszt poszczególnych usług? Które elementy oferty w największym stopniu wpływają na koszt miejsca w DDP (elementy najbardziej kosztochłonne)?
- 1.11. Jaki jest dostęp do poszczególnych usług?
- 1.12. Jakie było zainteresowanie potencjalnych odbiorców ofertą DDP w latach 2014-2021? Ile osób ubiegało się o przyjęcie w relacji do liczby miejsc? Czy są kolejki osób oczekujących na przyjęcie do DDP? Czy funkcjonują listy rezerwowe osób ubiegających się o wsparcie?
- 1.13. Jaka jest jakość realizowanych usług?
- 1.14. Jakie jest zadowolenie odbiorców usług?
- 1.15. Jaki jest średni czas korzystania osoby ze wsparcia? Jakie są przyczyny zakończenia przez osobę korzystania ze wsparcia? Czy DDP monitoruje sytuację osób które zakończyły udział we wsparciu? W jakim celu prowadzi ten proces i co z niego wynika?
- 1.16. Czy i jeśli tak to w jaki sposób zakończenie finansowania zadania ze źródeł zewnętrznych wpływa na ofertę, wysokość ponoszonych nakładów, dostęp do usług i liczbę osób korzystających?
- 1.17. Czy DDP dostrzega możliwości rozwoju usług? W jakich obszarach? Czy dostrzega szansę w rozwoju usług teleopiekuńczych? Czy dostrzega możliwości w zakresie specjalizacji w pracy z poszczególnymi grupami odbiorców (np. demencja)? Czy podejmuje działania, a jeśli tak, to jakie w

zakresie specjalizacji w pracy z poszczególnymi grupami odbiorców? Czy dostrzega potrzebę specjalizacji wsparcia pod kątem potrzeb poszczególnych grup uczestników?

- 1.18. Czy DDP współpracuje z OPS? Na czym polega ta współpraca? Jaka jest rola DDP, a jaka OPS w ramach realizowanej współpracy?
2. Identyfikacja najkorzystniejszych rozwiązań i warunków ich rozwoju i replikowalności w zakresie: kosztów świadczonych usług, jakości świadczonych usług, dostępu do usług oraz zmienności w czasie ww elementów.

## 2 METODYKA BADANIA I CHARAKTERYSTYKA BADANYCH POPULACJI

### 2.1 BADANIE CAWI/CATI

Ankiety internetowe pozwoliły na zebranie danych ilościowych w zakresie badanych obszarów dotyczących placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację seniorów, a także pomogły zidentyfikować jednostki, wśród których zostały przeprowadzone pogłębione badania jakościowe. Badanie ankietowe zrealizowano na próbie N=101 badanych

### 2.2 BADANIE IDI

Wywiady IDI były realizowane zdalnie, które pozwoliły na pogłębienie wiedzy w badanych obszarach, pomogły zidentyfikować przyczyny stanu rzeczy oraz wypracować rekomendacje w zakresie koniecznych i możliwych do wdrożenia zmian. W tym zakresie zrealizowano 26 wywiadów IDI z dyrektorami/kierownikami placówek oraz 7 wywiadów IDI z odbiorcami wsparcia

### 2.3 BADANIE FGI

Zostało zrealizowane bezpośrednio i posłużyło omówieniu dobrych praktyk i czynników sukcesu, warunków ich replikowalności oraz czynników ułatwiających i utrudniających rozwój usług środowiskowych. W tym zakresie zrealizowano dwa wywiady FGI, w tym jeden wywiad z 8 uczestnikami oraz jeden z 5 uczestnikami.



### 3 WYNIKI BADANIA

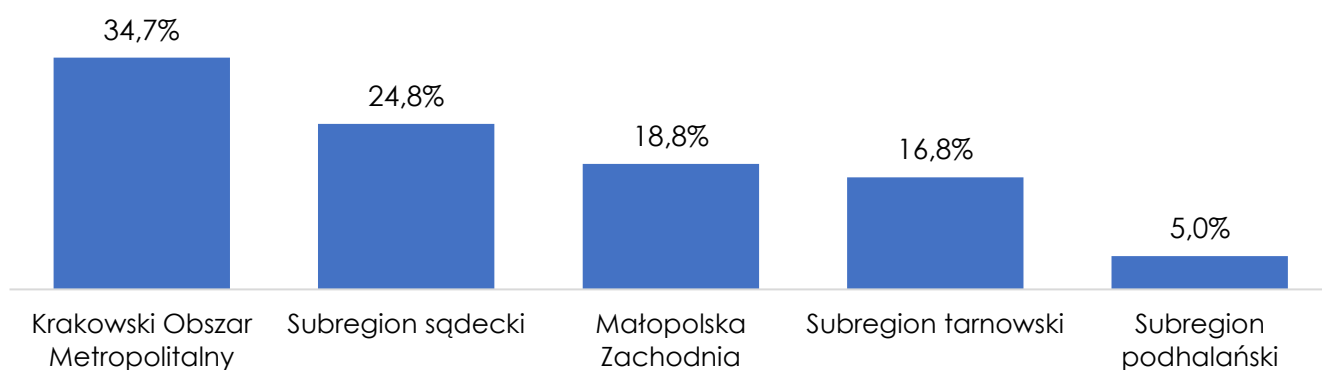
#### 3.1 CHARAKTERYSTYKA BADANYCH PLACÓWEK

W badaniu CAWI wzięło udział 101 placówek oferujących dzienną opiekę nad seniorami i osobami niesamodzielnymi w formie dziennych domów pomocy oraz klubów seniora działających na mocy ustawy o pomocy społecznej oraz inne podmioty świadczące analogiczne usługi, funkcjonujące jednak poza ustawą.

Wśród biorących udział w badaniu CAWI podmiotów znalazły się placówki działające na terenie następujących obszarów:

- Krakowski Obszar Metropolitalny – 35 podmiotów, czyli 34,7% próby,
- Małopolska Zachodnia (powiaty: chrzanowski, olkuski, oświęcimski, wadowicki) – 19 podmiotów, czyli 18,8% próby,
- Subregion podhalański (powiaty: nowotarski, suski, tatrzański) – 5 podmiotów, czyli 5,0% próby,
- Subregion sądecki (miasto Nowy Sącz oraz powiaty: gorlicki, limanowski, nowosądecki) – 25 podmiotów, czyli 24,8% próby,
- Subregion tarnowski (miasto Tarnów oraz powiaty: brzeski, dąbrowski, tarnowski) – 17 podmiotów, czyli 16,8% próby.

**Wykres 1. Subregion działania badanych podmiotów**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

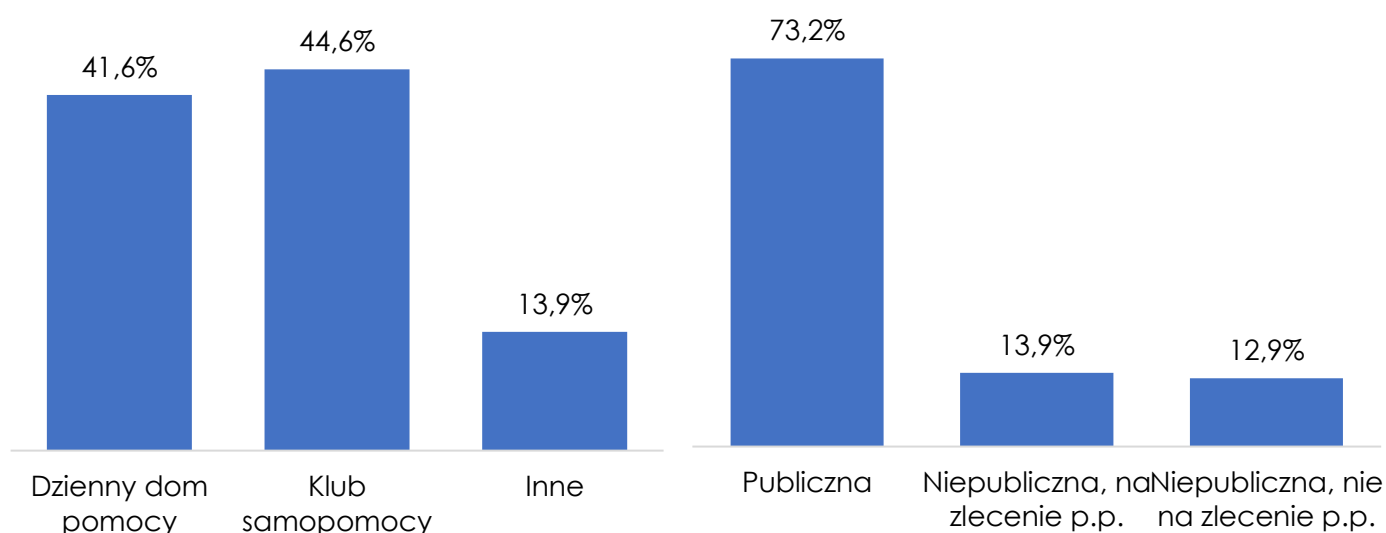




### 3.1.1 TYP I RODZAJ PLACÓWKI

Wśród badanych podmiotów przeważały placówki działające z mocy ustawy o pomocy społecznej, wśród których niemal po równo było dziennych domów pomocy (41,6%), jak i klubów samopomocy (44,6%). Pozostałe typy placówek, świadczące usługi dziennego wsparcia, stanowiły w badaniu mniejszość (13,9%)<sup>1</sup>. Większość podmiotów miała charakter placówek publicznych (74,2%) a wśród pozostałych połowę (ogółem 13,9%) stanowiły placówki niepubliczne działające na zlecenie podmiotów publicznych, a połowę (12,9%) placówki niepubliczne nie działające na zlecenie podmiotów publicznych.

#### Wykres 2. Typ i rodzaj badanych podmiotów



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Struktura typu i rodzaju placówek nieznacznie różniła się w poszczególnych obszarach działania. Udział dziennych domów pomocy był najwyższy w

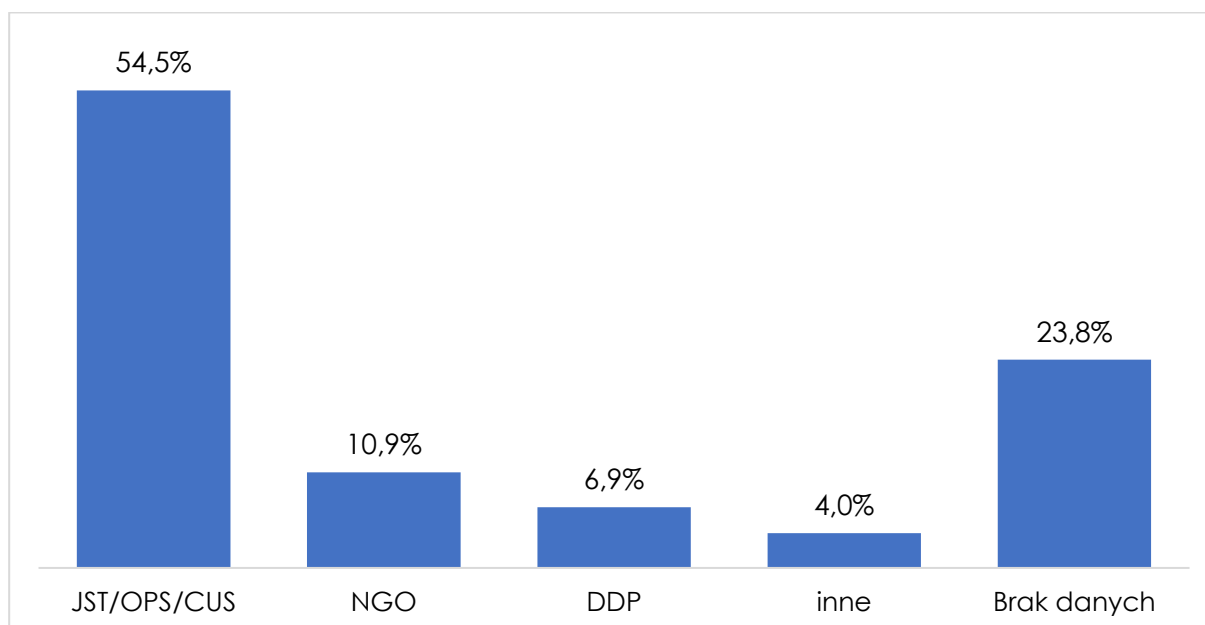
<sup>1</sup> Istotne wydaje się w tym miejscu, że nie wszyscy respondenci odpowiedzieli na pytanie o typ reprezentowanego podmiotu zgodnie ze stanem faktycznym. Częściej niż miało to miejsce w rzeczywistości lokowali swoją placówkę poza ustawą o pomocy społecznej. Zestaw danych zebranych w badaniu pozwolił jednak na identyfikację poszczególnych respondentów oraz wtórne przyporządkowanie placówkom właściwych odpowiedzi.



Małopolsce Zachodniej oraz Subregionie podhalańskim, podczas gdy w pozostałych obszarach dominowały nad nimi kluby samopomocy. W Małopolsce zachodniej najwyższy jest także udział w badanej próbie podmiotów niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotu publicznego, tj. należących w całości do sektora prywatnego.

Wśród podmiotów najczęściej odpowiedzialnych za prowadzenie placówek biorących udział w badaniu zdecydowanie dominowały JST/OPS/CUS, które odpowiadały za prowadzenie lub współprowadzenie ponad 50% placówek. W dalszej kolejności były to NGO (10,9%) a w przypadku podmiotów podległych, także DDP (6,9%), które prowadziły kluby samopomocy. Co czwarty respondent nie wskazał jednak podmiotu prowadzącego reprezentowaną przez niego placówkę. Dodatkowo przedstawiciele 15 badanych placówek podali informację na zlecenie jakiego podmiotu placówka jest prowadzona. W 13 przypadkach były to JST, a w 2 NGO.

### Wykres 3. Podmiot prowadzący badane placówki

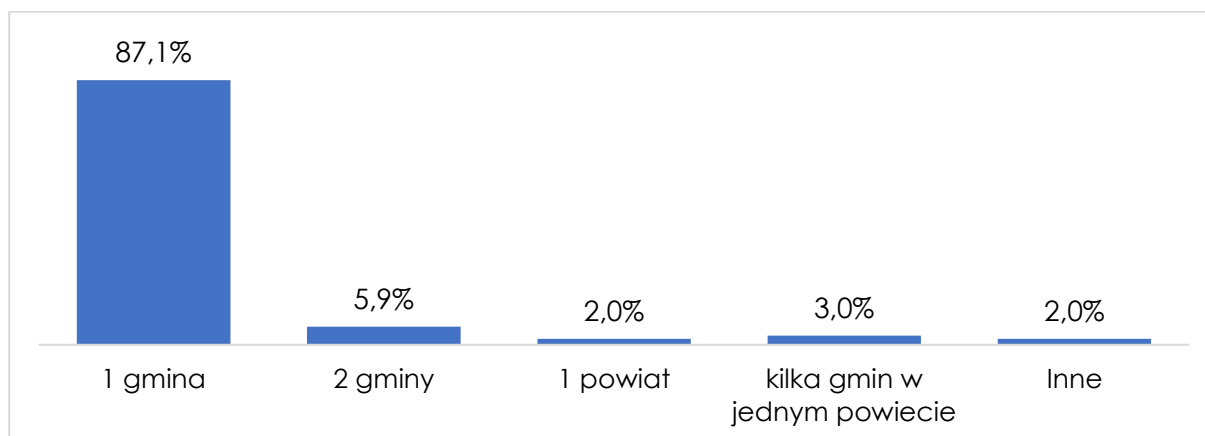


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

### 3.1.2 ZASIĘG DZIAŁANIA PLACÓWKI

Zdecydowana większość (87,1%) biorących udział w badaniu placówek, to podmioty działające na terenie 1 gminy, 11 placówek obejmuje swoim działaniem większy obszar, a 2 placówki deklarują jako obszar działania całą Polskę (należy jednakże przyjąć, że najprawdopodobniej wskazany obszar działania dotyczy podmiotu/organizacji prowadzącej placówkę, niż badanej placówki).

#### Wykres 4. Zasięg działania badanych placówek



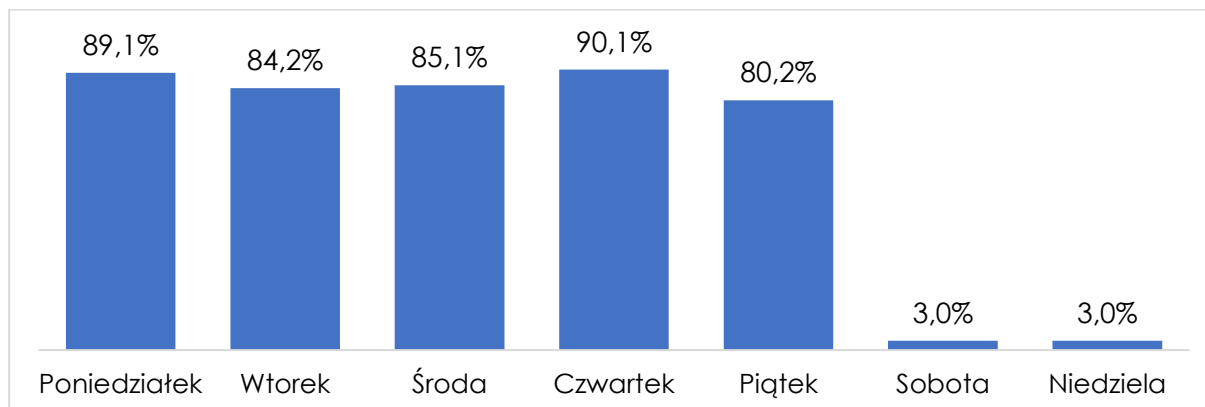
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

### 3.1.3 DNI I GODZINY OTWARCIA PLACÓWKI

Badane placówki świadczące usługi dziennego wsparcia są w zdecydowanej większości otwarte w ciągu roboczego tygodnia (w wybrane dni od poniedziałku do piątku), a nieczynne w weekendy.



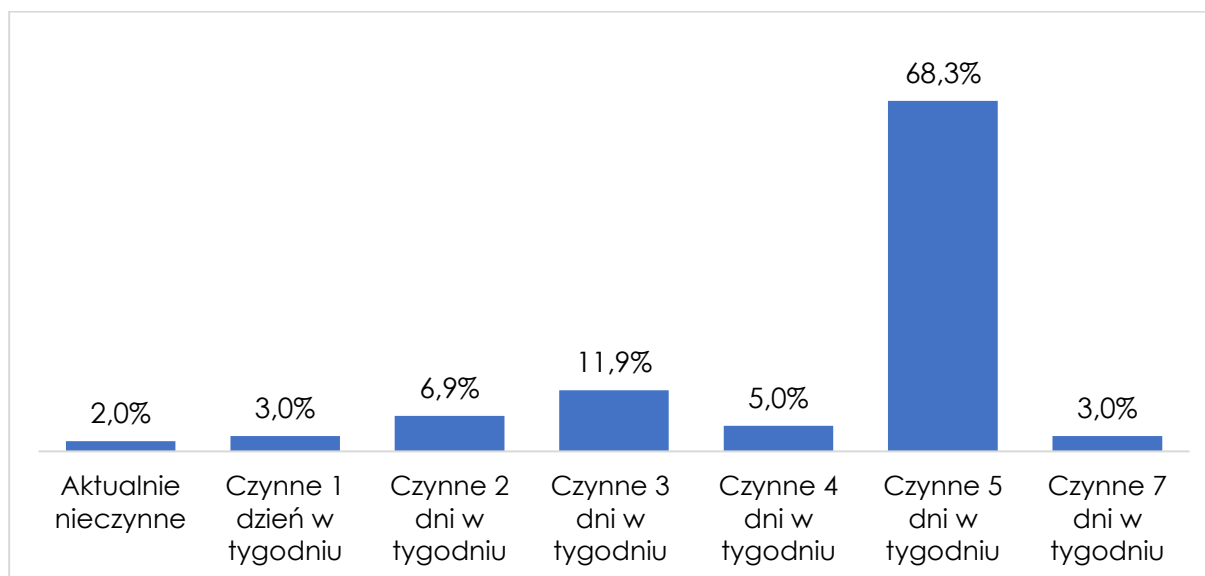
**Wykres 5. Dni tygodnia otwarcia badanych placówek**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Najwięcej z nich (68,3%) działa przez 5 dni w tygodniu w różnym wymiarze godzin, a co czwarta placówka jest czynna rzadziej, 2 placówki nie funkcjonowały w ogóle w chwili realizacji badania, a 3 działały 7 dni w tygodniu (z czego 2 całodobowo).

**Wykres 6. Liczba dni w tygodniu otwarcia badanych placówek**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

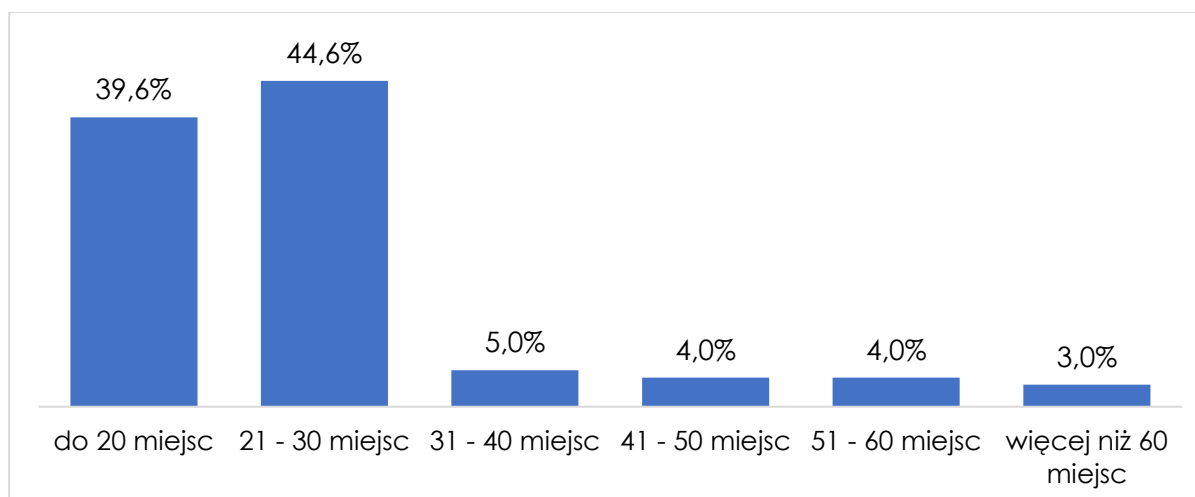


Organizacja pracy badanych placówek pod względem godzin działania jest bardzo różnorodna. Godziny otwarcia – poza placówkami całodobowymi – wahają się od godziny 6 do 21. Najczęściej spotykane wśród badanych podmiotów są 8-godzinne dni pracy, w okolicach przedziału od 8:00 do 16:00 (u około jednej czwartej jednostek). Jednocześnie wydaje się, że ogólnie rzecz biorąc kluby samopomocy są aktywne krócej (przez mniejszą liczbę godzin w ciągu dnia lub mniejszą liczbę dni w tygodniu) niż dzienne domy pomocy. Częściej także funkcjonują popołudniami,

### 3.1.4 LICZBA MIEJSC W PLACÓWCE

Zdecydowana większość biorących udział w badaniu placówek oferuje miejsca dla grupy do 30 osób (39,6% - do 20 osób; 44,6% - 21-30 osób). Skala działania biorących udział w badaniu podmiotów jest bardzo różnorodna. Największa z badanych placówek oferuje miejsca dla 100 osób, podczas gdy najmniejsza dla 8. Średnio każdy podmiot na analizowanym obszarze dysponuje niespełna 28 miejscami.

#### Wykres 7. Liczba miejsc w badanych placówkach



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Dodatkowo warto zauważyć, że największe spośród badanych placówek działające w województwie małopolskim są obecnie finansowane ze środków własnych gmin.

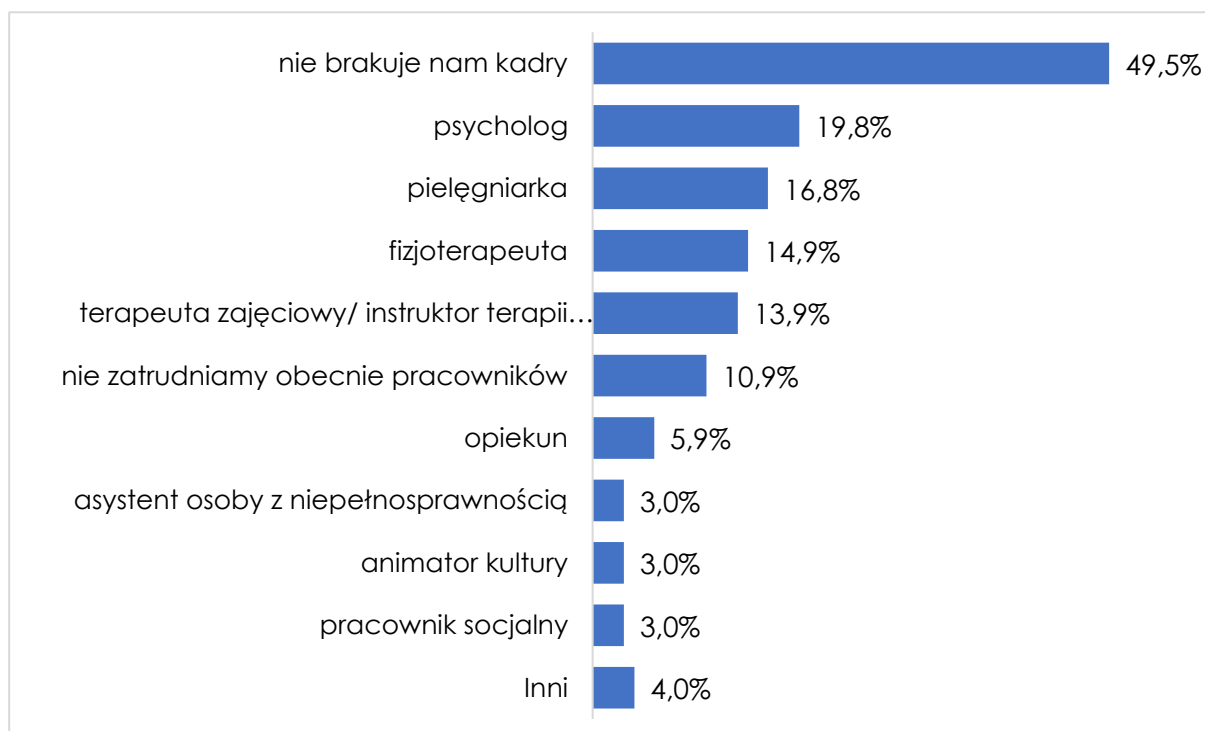
### 3.1.5 PERSONEL

Przedstawiciele blisko połowy (49,5%) badanych placówek, zadeklarowali w ankiecie, że w chwili realizacji badania, w reprezentowanych przez nich placówkach nie brakowało pracowników. Jednocześnie za najbardziej deficytowy personel uznani zostali:

- psycholog (19,8%),
- pielęgniarka (16,8%),
- fizjoterapeuta (14,9%),
- terapeuta zajęciowy (13,9%).

Co dziesiąta placówka nie zatrudnia obecnie pracowników.

#### Wykres 8. Deficytowi pracownicy placówek



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Ogólnie rzecz biorąc, deficyt personelu odczuwany jest znacznie silniej w dziennych domach pomocy, niż pozostałych typach placówek dziennej opieki, a także w placówkach publicznych bardziej niż pozostałych. Wydaje się, że ma to związek z przypuszczalnie większym zakresem i różnorodnością oferty tych podmiotów, a w konsekwencji z koniecznością zatrudnienia liczniejszej, wyspecjalizowanej kadry.

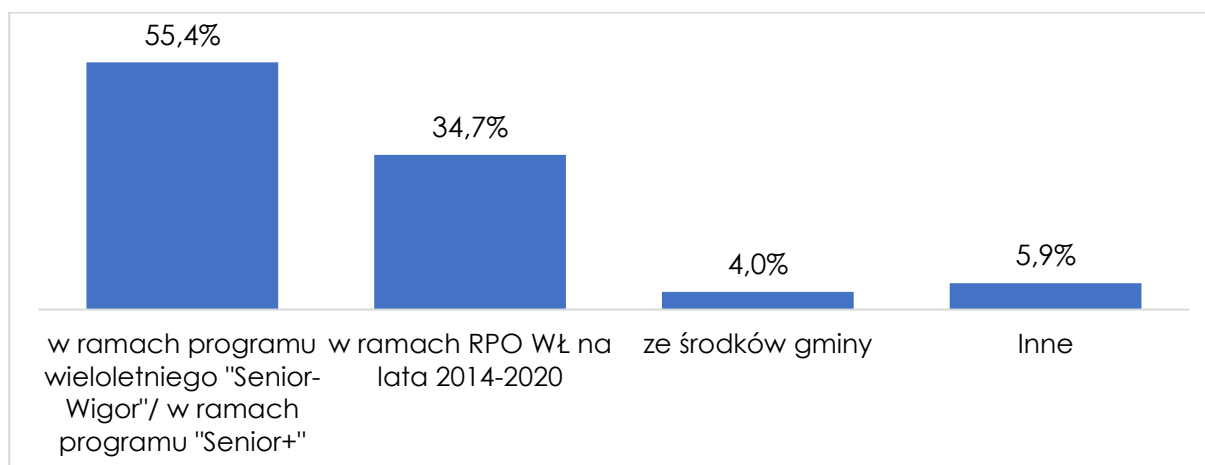
Trudności związane z deficytem różnego rodzaju pracowników, a także wysokością kosztów personelu i ich udziałem w strukturze utrzymania placówek są również częstymi problemami zgłaszanymi przez przedstawicieli placówek biorących udział w wywiadach pogłębionych.

## 3.2 ANALIZA FINANSOWANIA DDP I KLUBÓW SENIORA

### 3.2.1 WARUNKI/OKOLICZNOŚCI POWSTANIA PLACÓWKI

Ponad połowa (55,4%) badanych placówek powstała w ramach programu wieloletniego „Senior – Wigor” lub w ramach programu wieloletniego „Senior +”. Co trzecia z nich (34,7%) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 4 placówki zostały otworzone ze środków gminy, a żadna nie powstała ze środków powiatu, 6 placówek powstało w innych okolicznościach – 3 z nich zostały sfinansowane ze środków unijnych, a 3 ze środków prywatnych.

## Wykres 9. Warunki/okoliczności powstania placówki



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

O ile powstanie dziennych domów pomocy było zależne w podobnej liczbie przypadków od środków pochodzących z programów „Senior-Wigor”/”Senior+” oraz RPO WM 2014-2020, to w większość objętych badaniem klubów samopomocy powstała w ramach programów Senior – Wigor/Senior+. Pochodzenie kapitału potrzebnego do uruchomienia działania placówki ma też silny związek z aktualnie najważniejszym źródłem jej finansowania.

### 3.2.2 GŁÓWNE ŹRÓDŁO FINANSOWANIA PLACÓWKI

Niezależnie od okoliczności powstania, w chwili obecnej jedna na trzy (34,7%) badane placówki jest finansowana głównie ze środków własnych gminy. W dalszej kolejności są to także: program wieloletni „Senior – Wigor”/ program wieloletni „Senior +” (23,8%) oraz Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (16,8%).

Wśród odpowiedzi „inne” znalazły się przede wszystkim sytuacje, w których placówka posiada 2 równoprawne źródła finansowania, w tym:

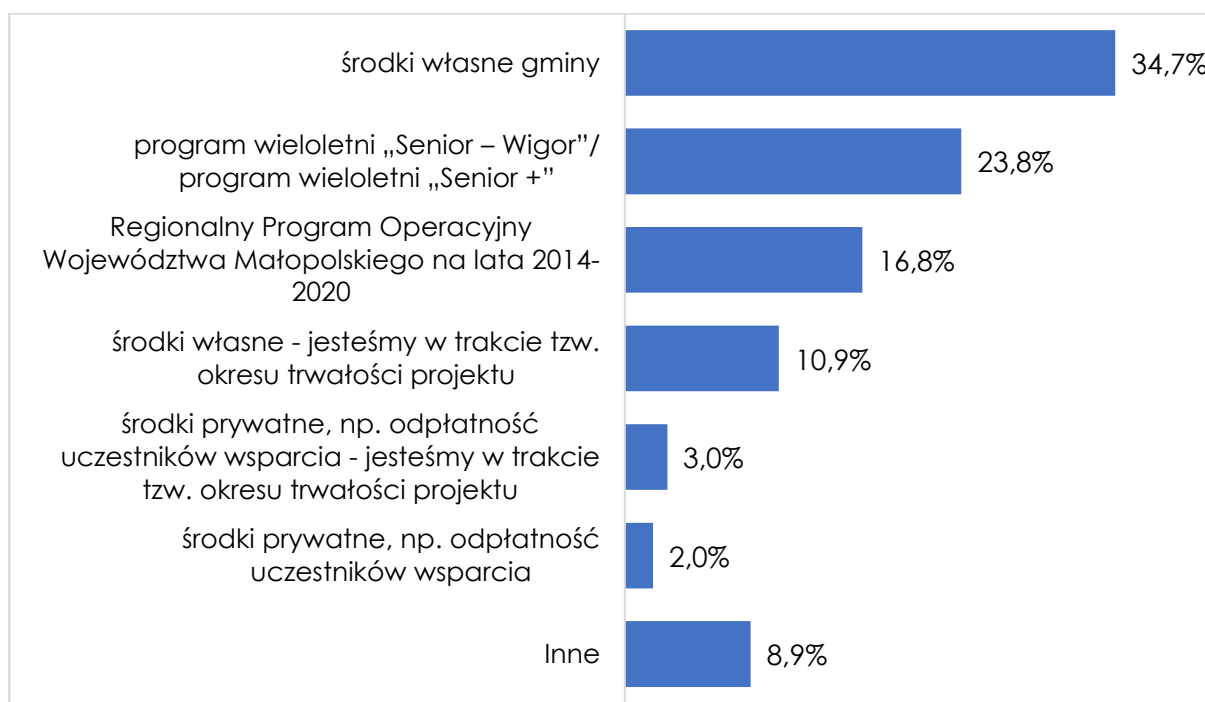
- środki własne gminy oraz Program Wieloletni „Senior+”,
- jesteśmy w trakcie okresu trwałości projektu oraz środki własne gminy,





- Program Wieloletni "Senior+" oraz RPO WM 2014-2020,
- środki własne Caritas,
- środki własne oraz Program Wieloletni "Senior+",
- środki własne oraz środki prywatne,
- środki przekazane przez wojewodę i środki własne gminy.

### Wykres 10. Główne źródło finansowania placówki

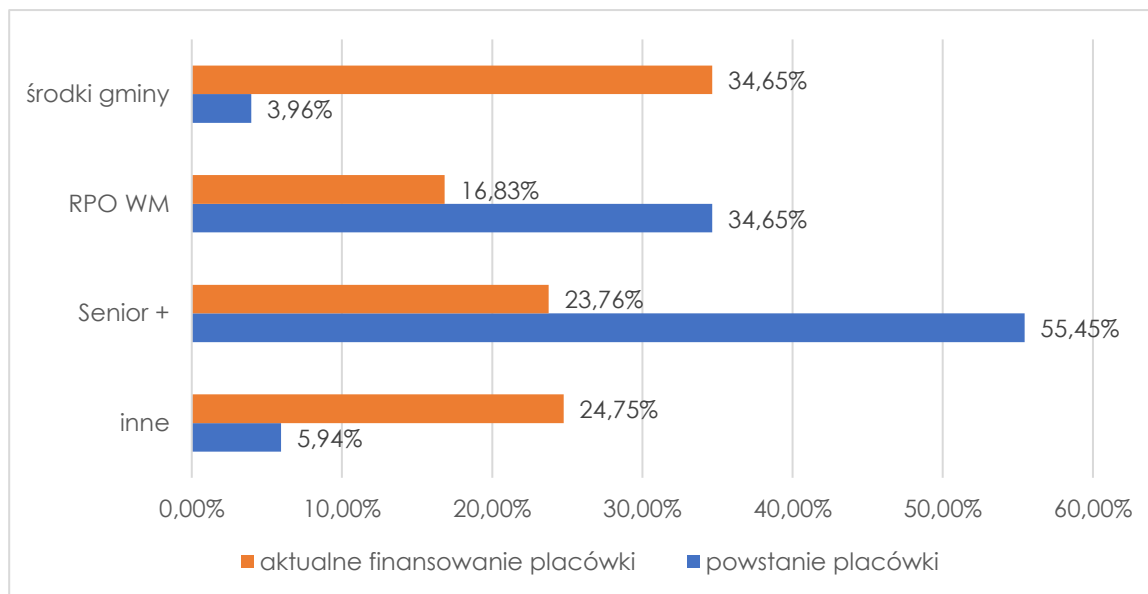


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Na podstawie rozkładu pochodzenia kapitału wykorzystanego do uruchomienia placówek oraz aktualnych źródeł ich finansowania można wnioskować, że wieloletni program wspierający JST w zakresie świadczenia form pomocy społecznej skierowanej do seniorów najczęściej inicjuje samo powstawanie nowych placówek zapewniających tego rodzaju dzienną opiekę i aktywizację, jednak ich dalsza bieżąca działalność najczęściej jest już finansowana ze wsparciem budżetu gminy (co może być związane z koniecznością zapewnienia trwałości projektu po jego zakończeniu).



**Wykres 11. Porównanie źródeł finansowania placówki w momencie powstania i kontynuacji działania placówki.**



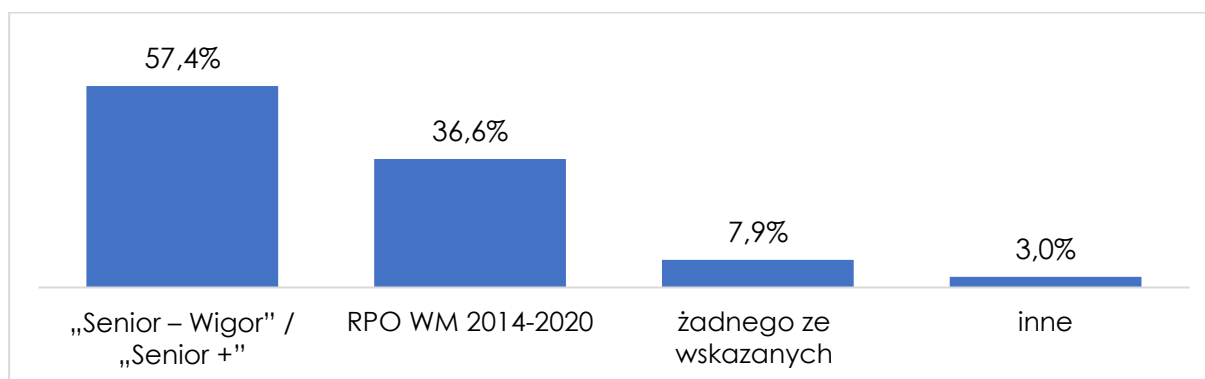
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Jak wynika z powyższego wykresu co druga badana placówka powstała w wyniku finansowania w ramach programu Senior-Wigor/Senior+ , a co trzecia w wyniku finansowania z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Natomiast najczęściej aktualnym źródłem finansowania działalności placówek są środki gminy – co trzecia badana placówki jest z nich finansowana oraz inne środki i środki Senior+ - co czwarta badana placówka wskazała na jedno z tych źródeł.

### 3.2.3 KORZYSTANIE Z PROGRAMÓW DOFINANSOWUJĄCYCH

Jedynie 8 ze 101 badanych placówek nigdy nie korzystało z żadnego ze wskazanych programów dofinansowujących. Ponad połowa (57,4%) z nich korzystała z programu wieloletniego „Senior – Wigor” / programu wieloletniego „Senior +”, a co trzecia (36,6%) z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

## Wykres 12. Korzystanie z programów dofinansujących przez placówki



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

3 placówki korzystające z innych źródeł dofinansowania otrzymały środki z następujących źródeł:

- aktywni+, nowe FIO,
- Rządowy Program na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2014-2020,
- środki własne powiatu.

Dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie według wybranych zmiennych różnicujących (typ i rodzaj placówki, subregion jej funkcjonowania oraz aktualnie najważniejsze źródło finansowania) znajduje się w poniższej tabeli.

### 3.2.4 KOSZTY UTRZYMANIA PLACÓWKI

Jednym z istotnych elementów analizy finansowej jest ustalenie ogólnych rocznych kosztów utrzymania badanych podmiotów. Było to w przedmiotowym badaniu zadanie znacznie utrudnione ze względu na znaczącą liczbę braków danych w ankiecie CAWI oraz odmów odpowiedzi i odpowiedzi wymijających w wywiadach.

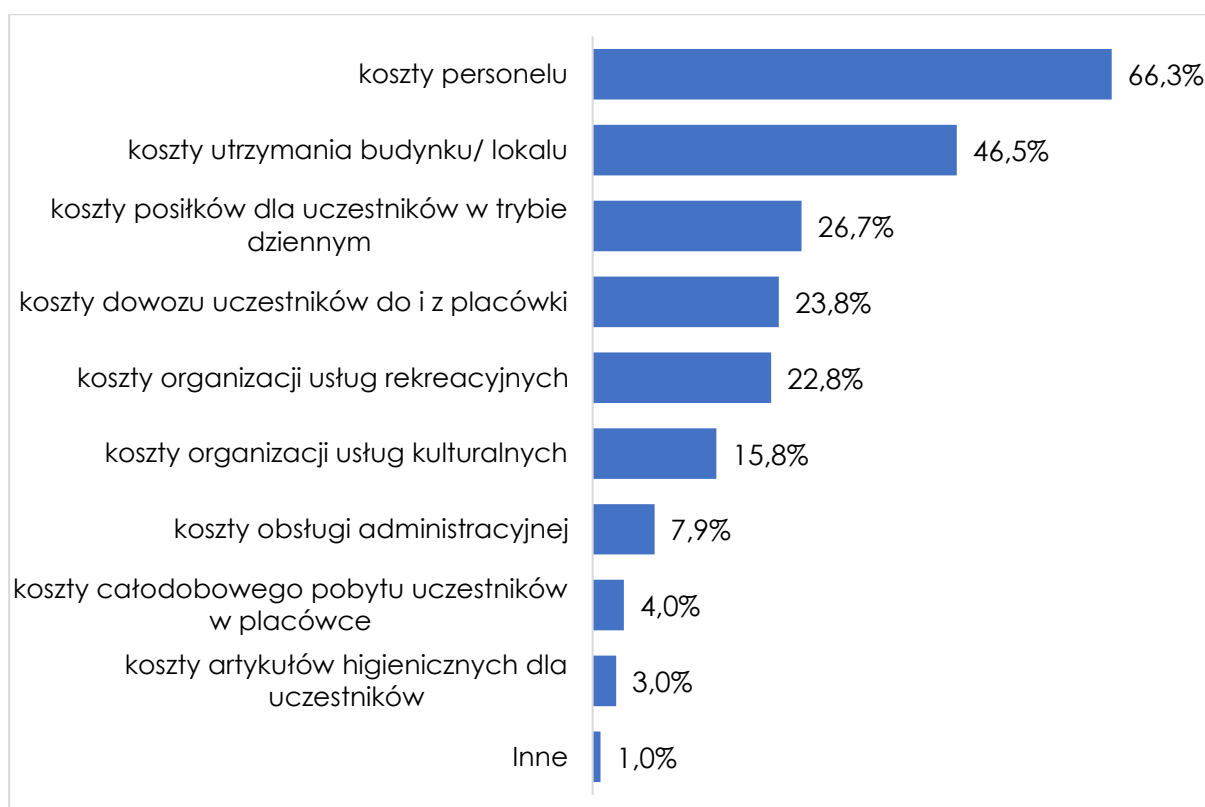
Informacjami na temat średnich rocznych kosztów funkcjonowania w 2021 roku w ankiecie podzieliło się jedynie 78 placówek, w 2020 – 64, a w 2019 – 51. Co



więcej brak informacji o czasie (ilości miesięcy) działania podmiotów w każdym z lat uniemożliwia obliczenie kosztu średniomiesięcznego.

Równie niepełne i trudne do pozyskania były szczegółowe informacje na temat kosztów utrzymania placówek, których przedstawiciele wzięli udział w wywiadach pogłębionych.

### Wykres 13. Elementy kosztochłonne wpływające na koszt miejsca w placówce



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Do elementów, które w największym stopniu wpływały / wpływają na koszt miejsca w placówce (elementy najbardziej kosztochłonne) badani zaliczyli koszty personelu (66,3%) oraz koszty utrzymania budynku/ lokalu (46,5%), a także, choć w dalszej kolejności: koszty posiłków dla uczestników przebywających w trybie dziennym (26,7%), koszty dowozu uczestników do i z placówki (23,8%) oraz koszty organizacji usług rekreacyjnych (22,8%).

Jednocześnie, struktura poszczególnych kosztów różni się znacząco w różnych typach placówek, co wynika najprawdopodobniej z ich odmiennych profili działania. I tak:

- koszt personelu, koszty posiłków oraz dowozu uczestników zostały zaliczone do 3 najbardziej kosztochłonnych elementów częściej w przypadku dziennych domów pomocy, niż klubów samopomocy;
- w przypadku klubów samopomocy częściej niż w DDP wymieniane natomiast były koszty usług rekreacyjnych i usług kulturalnych.

Koszty usług rekreacyjnych i usług kulturalnych nie zostały wymienione ani razu przez przedstawicieli niepublicznych placówek nie działających na zlecenie podmiotów publicznych, podczas gdy były wskazywane (od 16,2% do 35,7%) przez przedstawicieli placówek publicznych oraz placówek prowadzonych na zlecenie podmiotów publicznych. W podmiotach niepublicznych (nie na zlecenie p.p.) relatywnie wysoki jest także poziom istotności całodobowego pobytu uczestników, który był znacznie rzadszej wskazywany przez przedstawicieli pozostałych rodzajów placówek.

Koszty usług rekreacyjnych i usług kulturalnych są też istotniejszym niż w przypadku innych źródeł finansowania elementem kosztochłonnym w placówkach prowadzonych dzięki finansowaniu ze środków Senior-Wigor/Senior+ oraz środków własnych gminy.

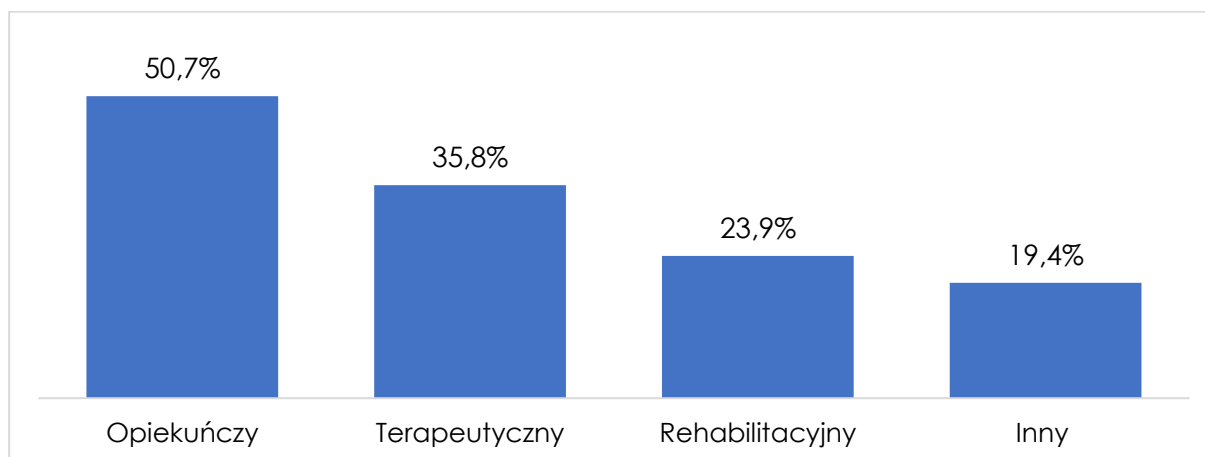
Podsumowując można powiedzieć, że w przypadku placówek finansowanych ze środków gminy i Programu Senior-wigor . Senior +, największy udział w budżecie mają koszty związane opłatami za personel, lokal, rekreację i kulturę, natomiast w przypadku placówek finansowanych RPO WM 2014-2020 są to wydatki przeznaczone na personel, posiłki, dowóz i lokal.

Przedstawicieli tych placówek, dla których koszt personelu jest jednym z najbardziej kosztochłonnych elementów kształtujących cenę pobytu w placówce, zapytano dodatkowo o to, który personel jest najbardziej



kosztochłonny. Ponad połowa respondentów za najbardziej kosztochłonny personel uznała personel opiekuńczy (50,7%).

**Wykres 14. Ocena kosztochłonności personelu w placówkach [% placówek]**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=67.

Jak deklarowali rozmówcy w wywiadach IDI, poza komplikacjami wynikającymi z bieżącej sytuacji gospodarczej i wysokiego poziomu inflacji, większość kosztów związanych z utrzymaniem placówek dziennej pomocy ma charakter kosztów stałych, łatwych do przewidzenia.

*Większość kosztów, chyba wszystkie koszty, które mamy są stałymi kosztami - koszty zatrudnienia pracowników, czy utrzymania budynku. Jeśli chodzi o zmienne koszty to koszty materiałów aktywizujących lub jakichś wyjść, wycieczek, tego nie jesteśmy w stanie przewidzieć ile miesięcznie wyjdzie, ale reszta to są stałe koszty, panie opiekunki są zatrudnione na etat, więc to jest stały koszt co miesiąc, większość osób, które są na zleceniu, czyli psycholog, czy terapeuta zajęciowy to też jest praktycznie stała liczba godzin w miesiącu, więc większość kosztów jest stałych.*

IDI\_DDP

Informacje na temat struktury kosztów przekazywane przez rozmówców wywiadów jakościowych są silnie zdywersyfikowane i zależne od typu i rodzaju placówki oraz zakresu jej oferty. Wśród najważniejszych elementów struktury ogółu kosztów utrzymania placówek konsekwentnie pojawiają się jednak często podobne pozycje. Wśród nich dominują koszty personelu, koszty stałe związane z utrzymaniem (czasem również wynajmem) budynku oraz koszt wyżywienia i dojazdu (w zależności od zakresu, w jakim są one oferowane w placówkach).

*Na pewno w naszym przypadku, no, bazujemy na ludziach, no więc, to koszty personelu to są około 85% całości budżetu. W pozostałym zakresie, no to na pewno mamy koszty stałe, czyli koszty utrzymania mienia. Czyli wszystko co się łączy z budynkiem, z samochodami, z środkami czystości, no, z utrzymaniem i z opłatami oczywiście za media. W naszym przypadku, no, na pewno kolejnym kosztem, to będzie koszt teraz bardzo znacząco rosnący, czyli zakupu żywności, żeby zapewnić posiłki. I tak naprawdę ten mały 2% jakiś, który tam nam zostaje, to jest coś co możemy przeznaczyć na dodatkowe usługi typu właśnie psycholog, muzyk, dogoterapia, tak, choreoterapia, czyli te zewnętrzne usługi, które mamy. I jakieś tam drobne zakupy, ostatnimi laty bardzo drobne, bo ten budżet już uszczuplony.*

IDI\_DDP

*Największym kosztem zawsze są pracownicy, etatowi pracownicy. (...) pracownicy to w granicach 50%, wśród wszystkich kosztów pensja dla pracowników to było najwięcej. Potem dojazd, potem wyżywienie, a potem dopiero koszty merytoryczne. Jakbyśmy zrezygnowali z*

*pracowników, z dojazdu i z wyżywienia to nam koszty tego typu projektu spadają do 30-25%.*

IDI\_DDP

*Przede wszystkim wynagrodzenia, bo żeby dobrze realizować zadanie trzeba mieć wysoko wyspecjalizowaną kadrę, (...) koszty wynagrodzeń są jednymi z najbardziej wysokich w przypadku jak gdyby prowadzenia jednostek. I u nas niestety z uwagi na to, że placówka funkcjonuje w lokalu wynajmowanym, koszty najmu też są dość duże. Ponieważ nie udało się akurat w tym rejonie znaleźć placówki, która byłaby w zasobach gminy i można by było dysponować nią na zasadzie czynszu regulowanego do spółdzielni."*

IDI\_KS

*No najbardziej kosztochłonne to są koszty związane z wyżywieniem i transportem. Wie Pani co, na przestrzeni tych kilku lat ceny na przykład paliwa z czterech złotych wzrosły do siedmiu. (...) Koszty wyżywienia wzrosły też straszliwie i szczerze mówiąc nie mam pojęcia, na ten rok cudem wyłoniłem już firmę cateringową, która w jakichś przyzwoitych stawkach jest w stanie nam przygotować posiłki dla seniorów. Nie mam pojęcia, jak będzie to wyglądało w przyszłym roku. Do tego dochodzą teraz jeszcze podwyżki cen prądu, gazu, a więc to jest jakiś kosmos w ogóle.*

IDI\_DDP



*Natomiast prąd, bo tam jest akurat ogrzewanie na prąd jest kosztem bardzo zmiennym, na tyle zmiennym, że jesteśmy tym przerażeni i to jest coś, co jest wyzwaniem w tej chwili tak naprawdę co do bezpieczeństwa prowadzenia tych placówek .*

IDI\_DDP

*„Znaczy tak, przede wszystkim wynagrodzenia, bo muszą być pracownicy, żeby placówka funkcjonowała. Oczywiście koszty najmu, koszty mediów, to są takie koszty stałe, które muszą też być zapewnione. I do tego tak naprawdę no musimy mieć też co robić z tymi ludźmi, czyli jakieś koszty materiałów do terapii, koszty ewentualnie usług takich na zewnątrz świadczonych, żeby coś państwu zaproponować. Natomiast wiadomo, że o ile te główne koszty, czyli koszty wynagrodzeń, koszty najmu, koszty zapewnienia posiłku jak najbardziej, to jest coś, co musimy utrzymać i możemy, to musimy mieć na jakimś poziomie określonym jak gdyby zgodnie z planem finansowym. W przypadku tych materiałów do terapii na chwilę obecną wiadomo, że jest to kwota ruchoma i zależna od tego, jaką pulą środków dysponujemy. Także czasami zdarza się tak, że rzeczywiście jak gdyby tutaj no trzeba troszkę manewrować w zależności od tego, jaka kwota środków do dyspozycji w stanie budżetu jest.”*

IDI\_KS

Rozmówcy boleśnie doświadczali w codziennym zarządzaniu finansami reprezentowanych placówek zmian gospodarczych zachodzących w Polsce i na świecie w ostatnim czasie. W swoich wypowiedziach często nawiązywali do

rosnących cen produktów i surowców oraz postępującej inflacji, w efekcie których można spodziewać się w najbliższym czasie trudnych do przewidzenia zmian zarówno w ogólnej wysokości, jak i w strukturze kosztów utrzymania placówek.

---

### 3.2.5 ZARZĄDZANIE FINANSOWANIEM W PLACÓWKACH

Jak pokazują rozmowy z przedstawicielami placówek oferujących wsparcie, codzienne posiadanie stałego źródła finansowania jest podstawowym czynnikiem gwarantującym trwałość i płynność funkcjonowania placówki. Ponadto, posiadanie zewnętrznego finansowania zapewnia placówkom również dodatkowe zaplecze i wsparcie instytucjonalne.

Wydaje się, że kwestia pozyskiwania finansowania zewnętrznego (poza finansowaniem projektowym) zapewniającego trwałość i stabilność funkcjonowania placówek w okresach pozadotacyjnych, jest jedną z większych trudności w prowadzeniu podmiotów oferujących codzienne formy wsparcia. W zdecydowanej większości rozmów pojawiał się problem trudności i niedostatków finansowych uniemożliwiających realizację oferty w docelowym zakresie i na docelowym poziomie (tj. najlepiej, jak to możliwe).

Dobrze obrazuje ten problem sytuacja placówek, w których, po zakończeniu okresu finansowania projektowego ze środków zewnętrznych, dochodzi do znacznego uszczuplenia oferty.

*Dom Seniora, który przejęliśmy od lipca, on funkcjonował na zasadzie projektu unijnego, to mogę się odwołać do tego domu, bo w tamtym domu było wszystko, począwszy od tego, że mieli śniadania, obiad dwuposiłkowy, podwieczorek, mieli gazety, mieli wycieczki, za które w ogóle nic nie płacili, no to tak można powiedzieć powinien funkcjonować dom. Teraz z racji tego, że przejęliśmy, przeszło to pod gminę no to musiało się to wszystko zmienić,*

*my jesteśmy na etapie uszczuplania tego co było, a dostosowywania do tego, co mają (inne placówki).. Mogę się do tego odnieść, że chciałabym, żeby mieli wszyscy wszystko, ale wiem, że się tak nie da.*

FGI\_DDP

Objęte badaniem placówki z różną determinacją, starannością i efektywnością starają się o pozyskanie zewnętrznych środków finansowych. Wykorzystują w tym celu źródła o różnorodnym charakterze, nie ograniczając się jedynie do źródeł i programów dotacyjnych, np. poprzez korzystanie ze stron internetowych przeznaczonych do zbiórki pieniędzy.

Pojedynczy rozmówcy deklarowali nawet, że źródeł dodatkowego dofinansowania dla placówek (w tym wypadku prowadzonych przez fundację) jest dużo, a ich pozyskanie nie stanowi istotnego problemu.

*Generalnie jest to ogromny plus, ja tak uważam, firmy nie mają możliwości, czy nawet samorzędy mają jakieś źródła finansowania, (...), my jako fundacja możemy, możemy pozyskać środki z różnych źródeł i tych źródeł jest dużo tylko trzeba po prostu się pochylić nad tym i pisać te projekty, też walczyć o to, żeby te projekty otrzymały dofinansowanie na funkcjonowanie takiego ośrodka.*

IDI\_DDP

W sytuacjach kryzysowych, pierwszym krokiem placówek jest najczęściej redukcja wybranych elementów oferty. Wydaje się, że w pierwszej kolejności zmniejszany jest wymiar i zakres dodatkowej terapii, materiałów plastycznych oraz zajęć rekreacyjnych i kulturalnych, w celu utrzymania jak najdłużej potrzebnej ilości np. rehabilitacji.

*Próby optymalizacji polegały na tym, co zrobić, żeby zmieścić się w budżecie. I polegały na cięciach. To jest efekt tych prób. (...) Cięliśmy usługi. Zakres. (...) Zrezygnowaliśmy z trzydziestu godzin (terapii zajęciowej) na rzecz dziesięciu. (...) Wszystko inne no nie da się zredukować, bo nie możemy zredukować kosztów wody. Oprócz tego, że prosimy, żeby każdy ją oszczędzał. Ale nie oszukujmy się, to są koszty, które no nie da się inaczej zoptymalizować. Nie da się nie kupić materiałów do zajęć. (...) Więc tutaj, tak jak mówię, jedynym sposobem oszczędzenia jest obcięcie.*

IDI\_DDP

Konieczność redukcji oferty bywa szczególnie istotna w sytuacjach, w których długofalowe racjonalizowanie wydatków w sposób pożądaný przez placówkę (np. poprzez wprowadzenie alternatywnych źródeł energii, zmianę budynku na mniej kosztowny, itd.) nie jest możliwe.

### 3.3 OFERTA BADANYCH PODMIOTÓW

#### 3.3.1 AKTUALNA OFERTA PLACÓWEK

Do najczęściej udostępnianych przez placówki elementów oferty należą:

- dostępne w zdecydowanej większości: zajęcia integracyjne (82,2%), usługi kulturalne (81,2%), usługi rekreacyjno-turystyczne (78,2%) oraz terapia zajęciowa (72,3%);
- dwie na trzy badane placówki oferują także (pomoc w załatwianiu różnego rodzaju spraw (69,3%) oraz posiłek (60,4%).

Do relatywnie dostępnych elementów oferty i usług należą także: usługi rehabilitacyjne (53,3%), opiekuńcze (47,5%), wsparcie psychologiczne (41,6%), dowóz uczestników (37,5%) oraz wsparcie dla ich rodzin (28,7%).

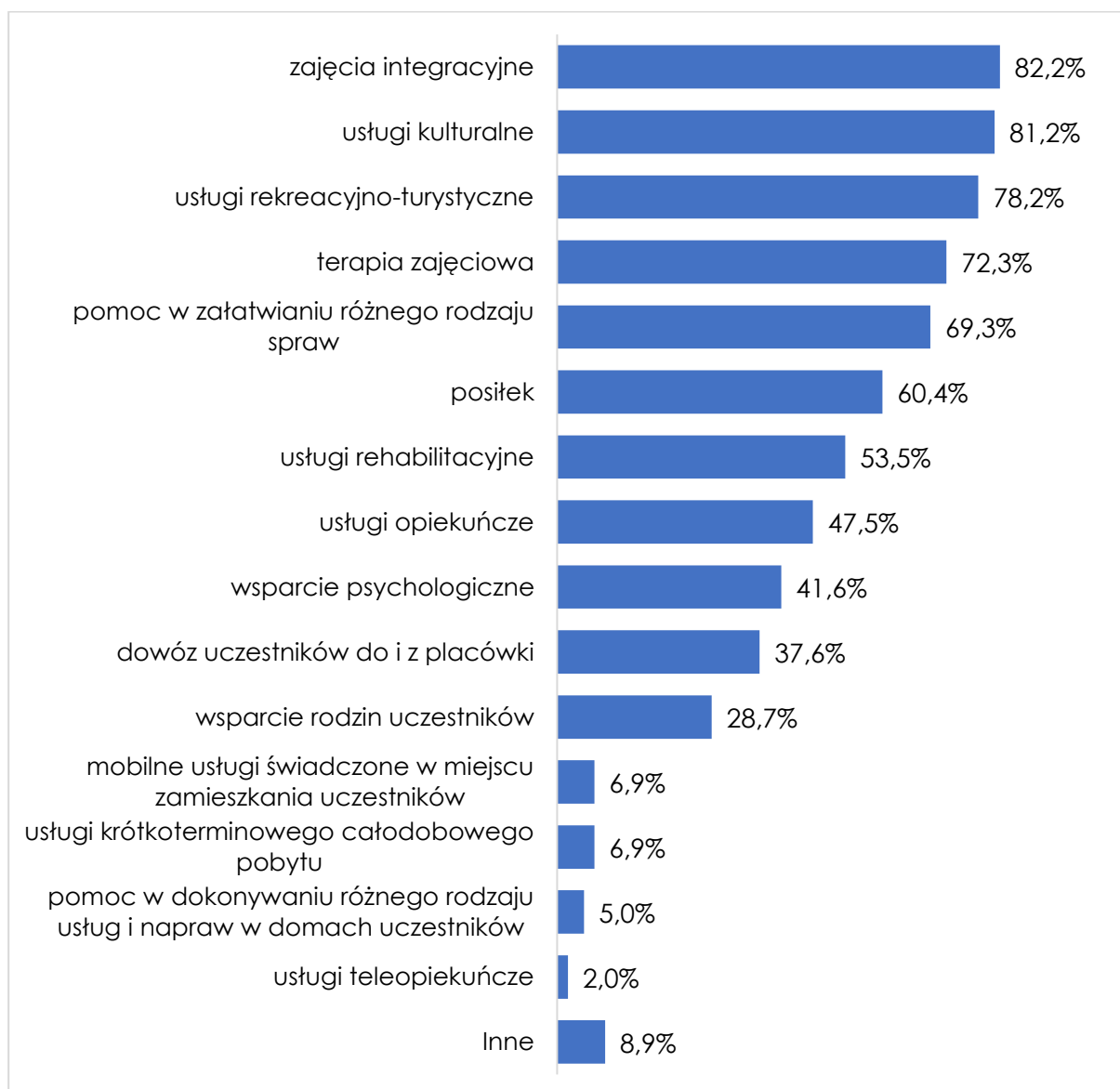
Charakter usług niszowych (mało dostępnych) mają natomiast: mobilne usługi świadczone w miejscu zamieszkania uczestników, usługi krótkoterminowego całodobowego pobytu, pomoc w dokonaniu różnego rodzaju usług oraz napraw w domach uczestników oraz usługi teleopiekuńcze.

Zakres usług oferowanych przez placówki różni się w poszczególnych typach i rodzajach jednostek:

- domy dziennego pobytu mają szerszą ofertę niż kluby samopomocy,
- usługa krótkoterminowego całodobowego pobytu wydaje się charakterystyczna dla placówek niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotów publicznych,
- placówki finansowane z programów „Senior – Wigor”/ „Senior +” oraz RPO WM na lata 2014-2020, a przede wszystkim te finansowane ze środków prywatnych, mają bogatszą ofertę niż pozostałe,
- placówki znajdujące się w okresie trwałości projektu mają uboższą ofertę niż pozostałe.



**Wykres 15. Elementy oferty wsparcia w placówkach [% placówek]**



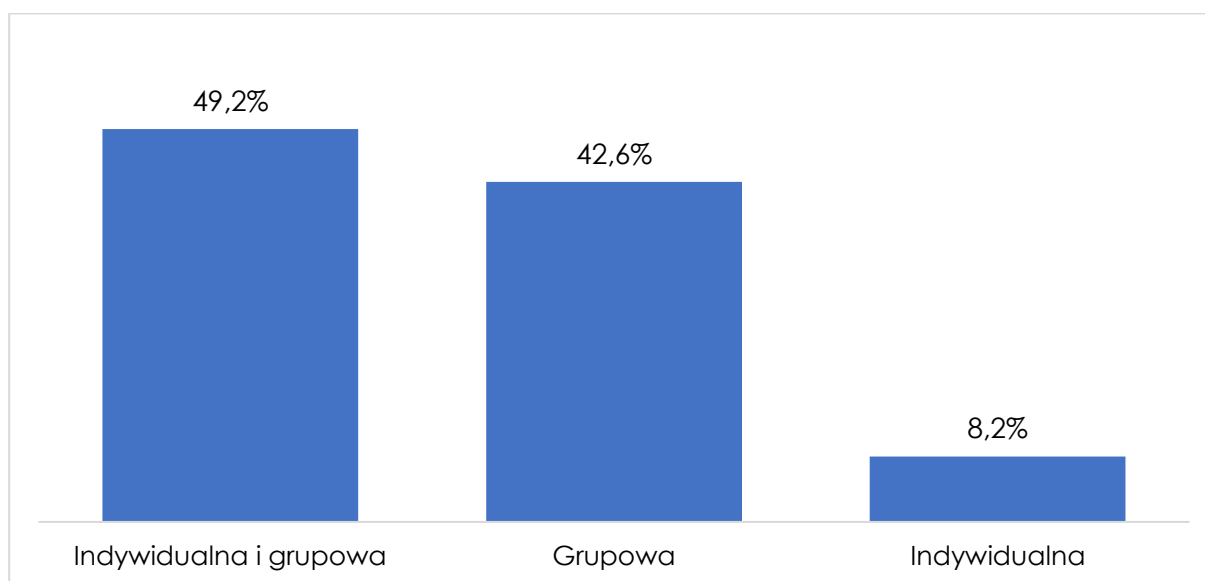
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

### 3.3.1.1 TERAPIA ZAJĘCIOWA

Zgodnie z deklaracjami badanych, terapię zajęciową oferują 73 placówki objęte badaniem CATI.

Niestety nie wszystkie jej opisy pozwoliły na pełną analizę. Tylko 61 osób wskazało, czy prowadzona w ich placówkach terapia jest indywidualna, czy grupowa. W blisko połowie z nich (49,2%) terapia ma zarówno indywidualny, jak i grupowy charakter, niemal równie często placówki oferują wyłącznie terapię grupową (42,6%). Najrzadziej (8,2%) występują placówki, które oferują wyłącznie terapię indywidualną – są to wyłącznie placówki publiczne.

**Wykres 16. Terapia zajęciowa w badanych placówkach**



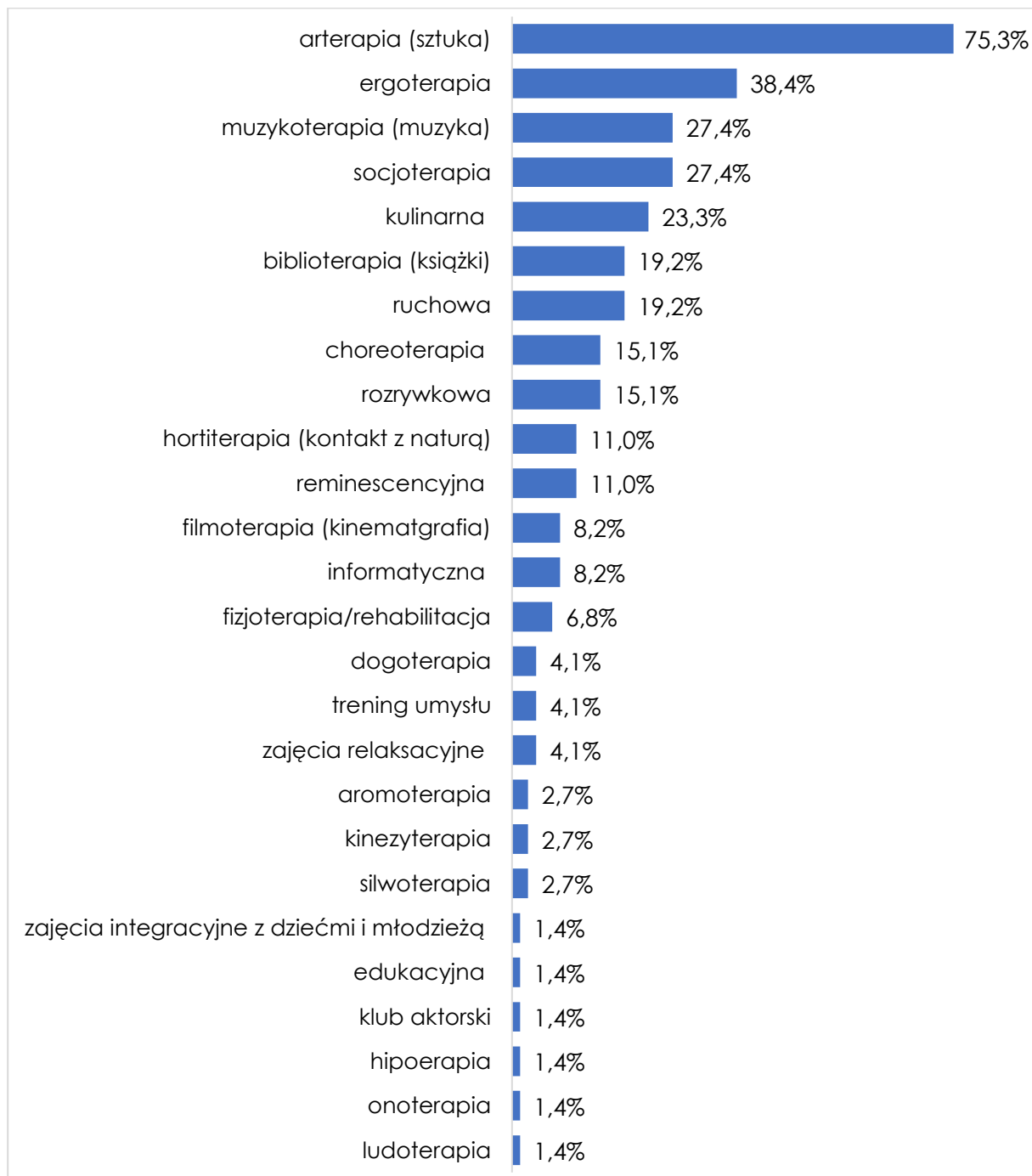
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=61.

Do najczęściej oferowanych form terapii (75,3%) należy bez wątpienia arteterapia. Poza nią relatywnie popularne są ergoterapia (38,4%), muzykoterapia i socjoterapia (po 27,4%) oraz terapia kulinarna (23,3%).

Zwrócić należy jednak uwagę przede wszystkim na olbrzymią różnorodność form i rodzajów terapii zajęciowej dostępnych w placówkach wsparcia dziennego na terenie województwa małopolskiego.



**Wykres 17. Formy i rodzaje terapii zajęciowej w placówkach [% placówek które prowadzą terapię zajęciową]**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=73.

Ogólnie rzecz biorąc wydaje się, że większy dostęp do różnorodnych form terapii mają uczestnicy dziennych domów pomocy niż klubów samopomocy.

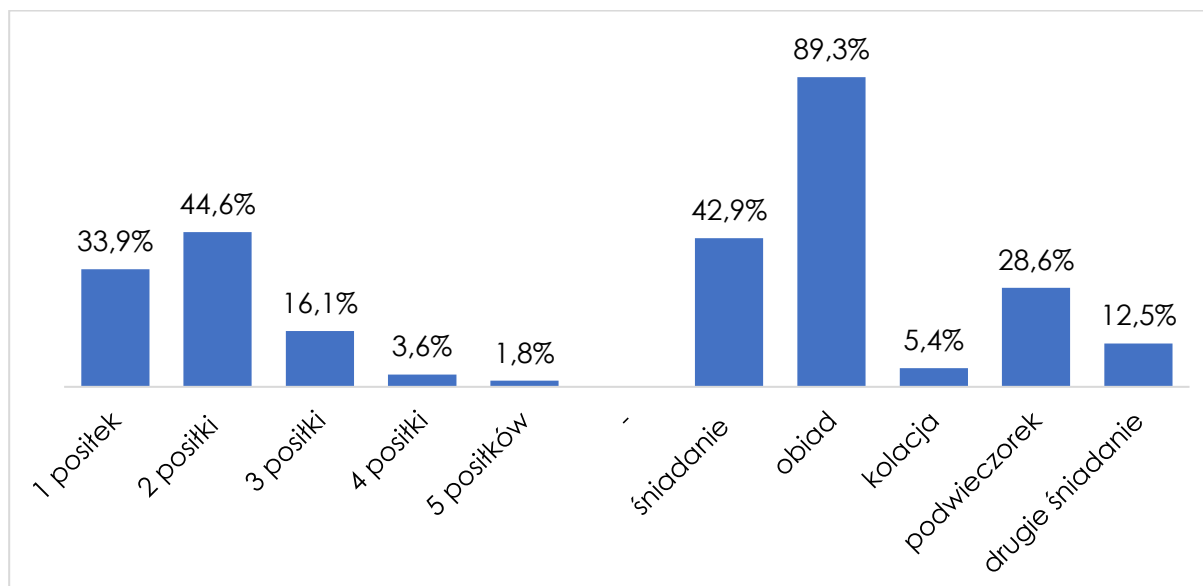


### 3.3.1.2 WYŻYWIENIE

Posiłki są dostępne w 61 placówkach, ale tylko 56 respondentów podzieliło się w ankiecie szczegółowymi informacjami na ich temat. W zdecydowanej większości z nich uczestnikom oferowany jest obiad (89,3%), a w następnej kolejności również śniadanie (42,9%). Prawie 80% placówek oferuje 2 (44,6%) albo 1 (33,9%) posiłek.

Ilość i rodzaj posiłków uzależnione są przede wszystkim od czasu (zakresu godzin) funkcjonowania placówki.

**Wykres 18. Wyżywienie w badanych placówkach**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=56.

Ponadto, w ofercie niektórych placówek znajdują się również usługi, które nie są obecnie realizowane. Były to usługi opiekuńcze (4 placówki), posiłki (2 placówki), oraz po jednej placówce: terapia zajęciowa, dowóz uczestników do i z placówki, mobilne usługi świadczone w miejscu zamieszkania uczestników, usługi rehabilitacyjne, wsparcie rodzin uczestników, pomoc w różnego rodzaju usługach i naprawach w domach uczestników oraz usługi rekreacyjno-turystyczne.

Jak pokazały rozmowy z przedstawicielami placówek, dokładają oni starań do tego, aby ich oferta była możliwie szeroka, atrakcyjna i rozwijająca dla podopiecznych.

*Jeszcze sprzęt, jaki mamy. No to seniorzy rzeczywiście mają zapewniony telewizor, mają rower stacjonarny, mają bieżnię, mają, no nie wiem, czy to już można nazwać sprzętem, ale wszelakiego rodzaju kijki do nordic walking, mają gumy do ćwiczeń, mają maty do ćwiczeń. (...) Wie pani co, jest jeden opiekun, który prowadzi zajęcia plastyczne, zajęcia edukacyjne, w kulinarne. Organizuje wszelkiego rodzaju wycieczki i mamy specjalistę z zakresu aktywności ruchowej, tak zwanego WF-istę,*

IDI\_KS

*W ostatnim projekcie mieliśmy fajnie warsztaty rozwinięte, ponieważ były zajęcia z komputerów, była pani, która przyjeżdżała ćwiczyć z seniorami zumbę, byli państwo, którzy gdzieś tam muzykoterapię prowadzili dodatkowo. Mieliśmy wsparcie psychologa, co prawda tylko dziesięć godzin, bodajże dziesięć godzin tygodniowo, więc to nie jest dużo. Rehabilitanta, który dwa razy w tygodniu również przyjeżdżał.*

IDI\_DDP

*Mamy dwóch pracowników tam na stałe codziennie, to są opiekunki, a oprócz tego mamy asystenta osób niepełnosprawnych, panią pielęgniarkę, panią terapeutkę zajęciową, panią fizjoterapeutkę i te osoby dojeżdżają 1 lub 2 razy w tygodniu, przyjeżdżają, tak samo pan psycholog jest*

*parę dni w miesiącu. A dwie osoby są na stałe codziennie 8:00-16:00.”*

IDI\_DDP

Po raz kolejny pojawia się przy tej okazji wątek finansowania placówek, które ma bezpośrednie przełożenie na ich ofertę. W okresie zewnętrznego finansowania dotacyjnego lub projektowego utrzymanie pożądanego zakresu i standardu usług jest relatywnie proste, a w okresie zachowania trwałości projektu – formalnie wymagane. Po tym czasie stanowi ono cel, do którego dążą wszyscy przedstawiciele placówek, nie zawsze jest to jednak możliwe.

*Na pewno w momencie kiedy mieliśmy środki europejskie, to było fajnie, bo mieliśmy pieniądze i to były też pieniądze na miękkie rzeczy, czyli mieliśmy pieniądze na terapie, czyli na coś co w budżecie zawsze się składa do tego 1 czy 2%, no bo trzeba wypłacić pensje, bo trzeba opłacić media i raptem to co zostało było możliwe na coś dodatkowego. Mieliśmy konsultacje lekarskie, specjalistów, pielęgniarkę, no, wszystkie czary mary, które kosztują i które też podnosiły jakość oferowanych usług, no więc, to było naprawdę bardzo fajne i mieliśmy pieniądze na materiały plastyczne, no więc, nie trzeba było cały czas na rolce papieru pracować i na plastikowej butelce, tylko można było kupić w sklepie dla plastyków fajne materiały i też raz za czas i obok tego papieru coś innego zrobić. I to był taki fajny czas i mieliśmy przede wszystkim naprawdę fajny przelicznik zatrudnienia przy projekcie, bo mogliśmy zatrudnić tych ludzi, których faktycznie potrzebowaliśmy z fajnym takim też wsparciem i znając i klienta i potrzeby.*

IDI\_DDP

*Powiem tak, w ramach projektu my mieliśmy trzy rodzaje usług. Usługi opiekuńcze, usługi aktywizacyjne i usługi wspomagające. Ten standard spółki, co z uwagi na efekt trwałości jest utrzymany i myślę, że nawet po zakończeniu efektu trwałości już w tą stronę będziemy się chcieli rozwijać. Jak gdyby taki standard też w pozostałych placówkach wprowadzić. (...) Na chwilę obecną w dalszym ciągu oczywiście realizujemy tego typu działania, natomiast z uwagi na to, że przeszliśmy już na finansowanie ze środków własnych gminy, jest to z troszkę mniejszym rozmachem.*

IDI\_KS

Dobłą praktyką w zakresie konstruowania oferty, wydaje się być podążanie za potrzebami artykułowanymi przez samych seniorów.

*Póki co, powiem pani szczerze, że staramy się dostosowywać po prostu do potrzeb naszych seniorów i nie trafiliśmy na jakiegokolwiek usługi, które w tym momencie chcieliby, aby były realizowane, a nie byłyby. Jesteśmy otwarci po prostu na jakieś sugestie naszych seniorów. Jeżeli chcą wyjechać do teatru, staram się to zorganizować. Jeżeli chcą jakąś wycieczkę do Warszawy, no to organizujemy. Staramy się organizować wszelakie po prostu usługi pod kątem, który oni po prostu chcą i którymi są zainteresowani. (...) seniorzy mają do dyspozycji salę. Jakby to nazwać ją salę? Salę taką do zajęć plastycznych, ogólnie taką salę spotkań ogólną. Mają też salę, w której odbywają się ćwiczenia fizyczne. Mają toaletę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Zapewniony jest podjazd dla osób niepełnosprawnych.*

IDI\_KS

Jak pokazują opisy działania niektórych placówek, dodatkowym elementem oferty może być też atrakcyjne otoczenie, z którego seniorzy chętnie korzystają.

---

### 3.3.2 ZINTERESOWANIE OFERTĄ (USŁUGAMI) PLACÓWKI

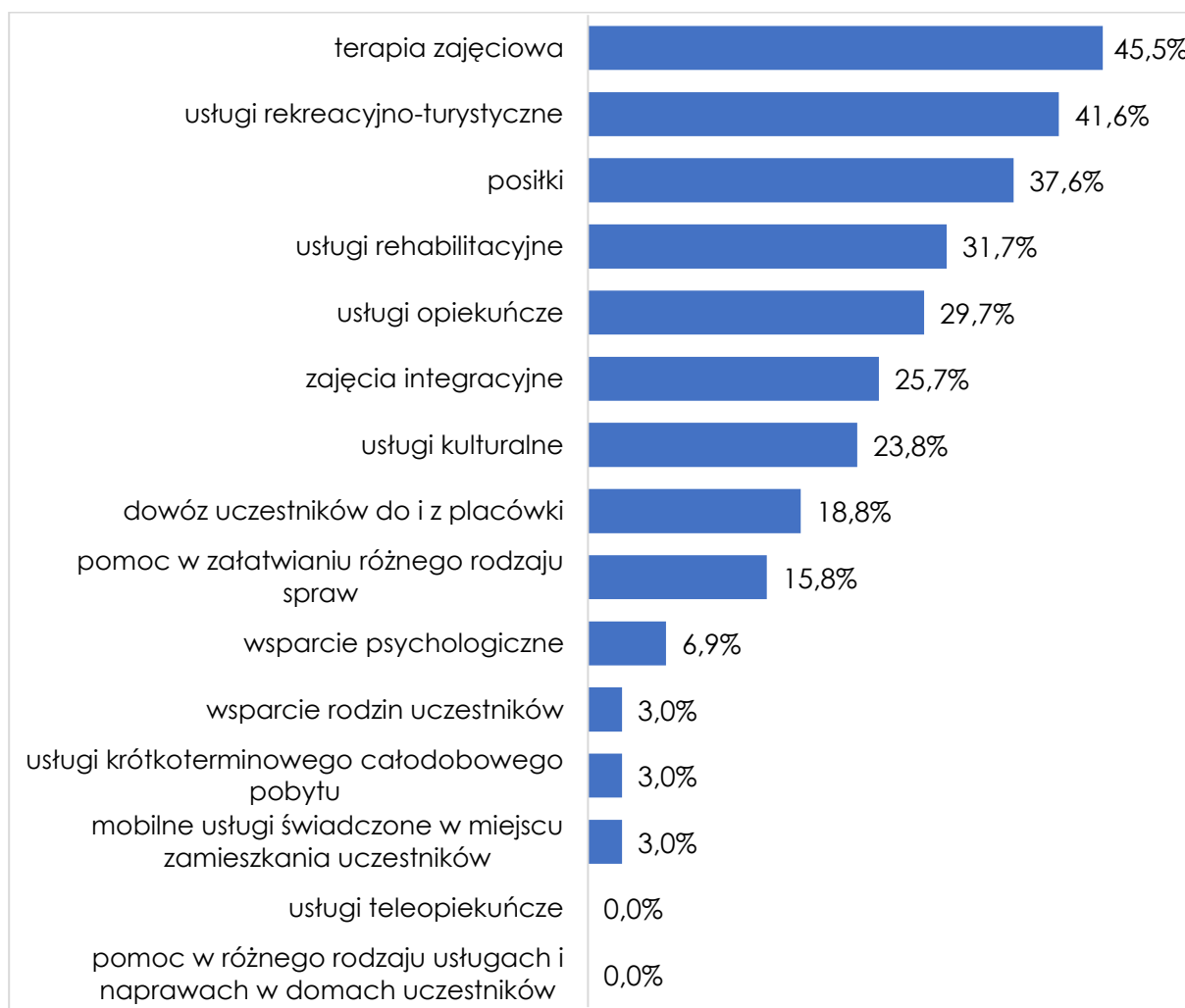
Szczególnym wyzwaniem dla placówek oferujących usługi, często dość licznym grupom osób jest dostosowanie oferty do różnorodnych potrzeb, oczekiwań i możliwości każdego z podopiecznych. Biorący udział w wywiadach przedstawiciele badanych podmiotów zdają się świadomi stojącego przed nimi na tym polu wyzwania.

Jednocześnie jednak znaczna część rozmówców, zgodnie twierdzi, że wszystkie oferowane przez nich aktywności ruchowe i terapeutyczne tj. muzykoterapia, choreoterapia, arteterapia, filmoterapia, dogoterapia, cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem. Seniorzy, którzy przekonali się do korzystania z oferty, chcą wykorzystać ją maksymalnie, być jak najdłużej aktywni i często chcą spędzać jak najwięcej czasu w swoich placówkach, korzystając w różnorodnych usług.

Respondenci ankiety CAWI zostali poproszeni o wybranie spośród podanej listy 3 elementów oferty dostępnej w ich placówce, które cieszą się obecnie największym zainteresowaniem odbiorców.

Warto zauważyć, że przy tak skonstruowanym pytaniu, na ocenę atrakcyjności poszczególnych elementów wpływa nie tylko popyt na nie, ale również podaż – badani mieli za zadanie wskazać elementy cieszące się największym zainteresowaniem spośród tych, które oferowała reprezentowana przez nich placówkach.

**Wykres 19. Najbardziej atrakcyjne elementy oferty placówek**



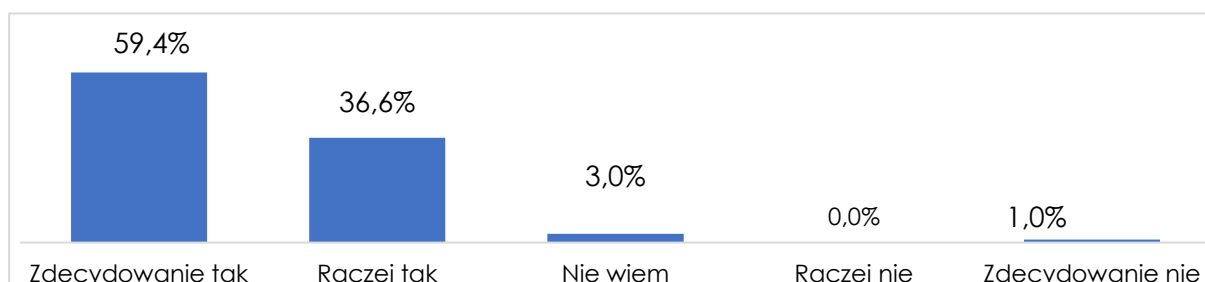
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

W efekcie najwięcej badanych, jako najatrakcyjniejsze wskazało: terapię zajęciową (45,5%) oraz usługi rekreacyjno-turystyczne (41,6%), a także posiłki (37,5%). Żaden badany nie wskazał, jako atrakcyjnych dla odbiorców, usług teleopiekuńczych oraz pomocy w różnego rodzaju usługach i naprawach w domach uczestników, należy jednak pamiętać, że są to elementy oferty właściwie nie oferowane przez badane placówki.

Zdaniem zdecydowanej większości badanych poziom zainteresowania uczestników poszczególnymi usługami wpływa/wpływał na kształtowanie

oferty usług dostępnych w reprezentowanej przez nich placówce (odpowiedzi zdecydowanie tak – 59,4% oraz raczej tak – 36,6%).

### Wykres 20. Wpływ zainteresowania usługami na kształtowanie się oferty placówek



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

#### 3.3.3 MONITORING SATYSFAKCJI W PLACÓWCE

W blisko 60% badanych placówek prowadzony jest monitoring satysfakcji/jakości usług (częściej w placówkach publicznych lub prowadzonych na zlecenie podmiotów publicznych). Wszyscy badani, którzy zdecydowali się ocenić wykorzystanie jego wyników, uważali, że wnioski z monitoringu są wykorzystywane do poprawy jakości usług oferowanych w placówce.

Istnienie systemów ewaluacji i monitoringu potwierdzili także niektórzy rozmówcy w wywiadach jakościowych. Obejmować ona może zarówno ocenę dotychczas realizowanych działań, jak i analizę popytu na usługi w przyszłości.

*„Na koniec roku robimy ewaluację w formie takiej ankiety, rozmowy, zależy kto jak chce i pytamy, czy te zajęcia, które były, kto jak chce i pytamy, czy te zajęcia, które były w danym roku podobały się czy nie, czy chcą, żeby było ich więcej, czy mniej, czy zwiększamy..”*

### 3.3.4 PROMOCJA OFERTY

Większość placówek podejmuje różne próby promocji swojej oferty i usług. Korzystają przy okazji z różnorodnych źródeł, w tym np.:

- aktywność w mediach społecznościowych,
- marketing szeptany i polecenia lokalnych liderów,
- wsparcie OPS i innych ośrodków,
- media lokalne,
- plakaty, ulotki,
- aktywność i rozpoznawalność w środowisku lokalnym.

*Promujemy poprzez Facebooka. Na pewno też poprzez ogłoszenia na przykład na stronach Starostwa Powiatowego. To, co też często wykorzystujemy to wysyłamy takie informacje do parafii tutaj bocheńskich. I na przykład wiem, że księża w ogłoszeniach parafialnych również o nas wspominają i mówią, że są na przykład jakieś wolne miejsca. No i w jakiejś tutaj lokalnej prasie też zdarzają się takie sytuacje, że nagłaśniamy jakieś nasze sukcesy.*

IDI\_DDP

*Mamy na Facebooku informacje, natomiast nie ukrywam, że chyba poczta pantoflowa u nas najlepiej zadziałała jeśli chodzi o realizację tych usług dlatego, że są one bardzo promowane przez to, że ludzie są zadowoleni. W ramach realizacji tego, w ramach RPO byliśmy zobowiązani do plakatów, to wszystko było realizowane, natomiast w większości pocztą pantoflową, jedni byli zadowoleni, wysłali drugich, w dużej części GOPSy, czy PCPRy,*

IDI\_DDP



*Wie, Pani, co no rzeczywiście w pierwszym momencie rzeczywiście ogłaszaliśmy, że otwieramy, jak otwierał się ten klub, że otwieramy taki klub. Przede wszystkim informacja była rozpowszechniania przez radnych, przez sołtysów, przez stronę Facebooka, tutaj bardzo zaangażowane są władze gminy przede wszystkim w to. Więc, przez stronę Facebooka. Natomiast w tym momencie, z roku na rok, bo jak gdyby, co roku tutaj na nowo tworzymy listę osób uczestniczących i tak dalej. Ten klub reklamuje się sam.*

IDI\_DDP

---

### 3.3.5 PODOPIECZNI O OFERCIE

Z perspektywy osób korzystających ze wsparcia, które uczestniczyły w wywiadach jakościowych, korzystanie z usług placówek dziennego wsparcia wiąże się z wieloma korzyściami. Do największych zalet oferty placówek dziennego wsparcia w oczach podopiecznych zaliczyć można: zaangażowanie personelu, różnorodność oferowanych usług i zajęć, możliwość podejmowania relacji towarzyskich.

*Włączają się, rozmawiają, czy podejść do stolika jak siedzimy, czy jakaś osoba smutna jest, jakiś gorszy dzień ma to też momentalnie jest zainteresowanie co się stało, czy trzeba coś pomóc, czy coś. Cały czas się nami interesują.*

(IDI, podopieczni)

*Respondent: To jest to, że mamy tu gimnastykę, mamy rozmowy takie zdrowotne, mamy psychologa, dużo z nami rozmawia, takie wspólne towarzystwo osób, które w tym wieku tu przebywają, jesteśmy takie równe, rodzinne takie, takie koleżanki rodzinne, nic tak nie ma, że jedna taka,*

*druga taka. Gimnastykę mamy codziennie, obiady, kawa, herbata, rozmowy, czytanie książek, prace robimy, to mnie wciąga, mi się to podoba (...) jak przyjdą nowe osoby to po prostu zaraz czują się zadowolone i do tej grupy się przysposabiają, się polubimy i jesteśmy taką, jak mówiłam, jedną rodziną. Naprawdę mamy korzyści z tego domu bardzo dużo i nie daj Boże, żeby tego brakło na naszą wieś. To jest pomocne dla nas, dla seniorów przeważnie samotnych.*

(IDI, podopieczni)

*Jestem bardzo zadowolona, np. jak żeśmy byli w Kazimierzu nad Wisłą, pięknie, jeździliśmy statkiem. Nie byliśmy nigdy na tych ciepłych wodach. Również z nami 50 plus idzie, to oni ciągle wyjeżdżają, na te ciepłe wody, ale u nas jest problem, że są wózki, są kule, to już nie jest to co one eleganckie panie, bo one są tylko po 50ce. A u nas wczoraj był autokar i ile było? 10 ludzi na wózkach. Ale pomaleńku żeśmy dali radę. Tak, że u nas nie da się tak, żeby myk, już urządzić i jedziemy tu i tam, bo trzeba się liczyć z wózkami, z kulami.*

(IDI, podopieczni)

Wśród podopiecznych pojawił się jednak głos wskazujący na niedostatki oferty, w postaci braku wystarczającej dostępności wykwalifikowanego personelu, które negatywnie wpływają na jakość i dostępność świadczonych usług.

*Rehabilitację mam świetną, nawet muszę się pochwalić, od pani prezydentowej mamy przepiękny materac w prezencie do masowania całego ciała, od głowy do dołu, sprzęt*

*mamy przewspaniały, cały pokój jest rehabilitacyjny, całą fizjoterapię, tu jest wszystko. Tylko to jest, że my w ciągu dnia same się rehabilitujemy, tu mi brakuje rehabilitantki stałej, a jest 1 dzień w tygodniu. [...] jeżeli chodzi o wyposażenie to mamy bardzo dobre tylko, że 1 dzień w tygodniu tylko może przyjść rehabilitantka na dwie godziny. Niech pani sobie wyobrazi. Dwie godziny - co ona może zrobić? Najwyżej zapiąć te najważniejsze, co nogi mają... jest bardzo dużo pań po złamaniu biodra i tu się połamaly, bo tu upadły, tak, że dla mnie to by było najwspanialsze, żeby tu był rehabilitant na stałe. Bo pani psycholog przychodzi, świetnie bardzo, ja naprawdę szanuję, wysłuchuję wszystko, lubię bardzo z nią dyskutować, ale ona jest też 1 dzień, pani pielęgniarka jest też 1 dzień. No to co może zrobić? Ciśnienie zmierzyć, cukier zmierzyć. Poza tym co może zrobić jak na dwie godziny? Tego mi brakuje tylko, tego mi brakuje, że to powinno być, bo to już jest szeroko otwarte, a brakuje mi pracowników.*

(IDI, podopieczni)

### 3.4 PODOPIECZNI BADANYCH PODMIOTÓW

Rozpoczęcie korzystania z oferty placówek dziennego wsparcia poprzedza proces kwalifikacyjny, który ma względnie uniwersalny charakter i obejmuje potwierdzenie spełnianie przez potencjalnego podopiecznego kryteriów kwalifikacyjnych.

*To jest jakby sama informacja o takiej osobie, że ona istnieje. Potem przychodzi ten proces weryfikacyjny, tam jest jakaś ankieta, te wszystkie kryteria sobie spełnić. Później jest badanie przez lekarza, przez psychologa, później przez*

psychiatrę. Jeżeli wszystkie te elementy, i ma zaświadczenie od lekarza, że może uczestniczyć w takim domu, wsparciu, to jak najbardziej wtedy zapraszamy.(...) Tam jest też kryterium, musi być klientem OPS-u, czyli musi być osobą już objętą wsparciem. Jeden z tych warunków musi być spełniony. Potem niepełnosprawność wchodzi w grę, czyli zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności lub o grupie inwalidzkiej. I jeszcze była kwestia związana z dochodami. Jeżeli nie osiąga minimum socjalnego, no to też kwalifikuje się. No generalnie osoba, która ma zamożną rodzinę, jest w dobrej sytuacji finansowej, nie jest osobą niepełnosprawną, no nie zatapałaby się wtedy na te kryteria.(...) Znaczący musi być jedno z tych kryteriów spełnione. Więc albo niepełnosprawność, albo klient OPS-u, albo nie osiąga minimum socjalnego.

Każdy kto ukończył 60 rok życia może być podopiecznym, to pierwsze kryterium, drugie w kolejności - osoba samotnie zamieszkująca i osoba wymagająca częściowego wsparcia w codziennych sprawach. To są pierwsze 3 kryteria. Nie mogą to być osoby z orzeczoną stopniem niepełnosprawności intelektualnej i całkowicie niesamodzielne - nie mamy takich uprawnień. Po drugie lekarz wypełnia taką ankietę kwalifikacyjną, która ocenia, czy dana osoba może uczęszczać do Domu Dziennego Pobytu naszego, więc przed przyjęciem takiej ankiety, takie karty zdrowia do nas trafiają. (...)Możemy mieć osoby, które się poruszają, które mają ograniczony ruch, czyli osoby z chodzikami, z kulami i na wózku, dlatego wszystkie łazienki mamy dostosowane dla osób z niepełnosprawnością ruchową, ten wymóg jest spełniony. Natomiast w praktyce

*są to osoby względnie aktywne i względnie samodzielne, natomiast z racji wieku, że są to osoby sędziwe no to są czasami poważne ubytki słuchu, problemy ze wzrokiem lekkie problemy zagubienia jak to w tym wieku potrafi być. Natomiast absolutnie można powiedzieć, że są to osoby aktywne lub chcące być aktywnymi i takie, które nie wymagają szczególnej specjalizacji w opiece medycznej lub psychiatrycznej."*

IDI\_DDP

---

### 3.4.1 OSOBY KORZYSTAJĄCE Z OFERTY PLACÓWKI

Respondentów poproszono także o scharakteryzowanie osób korzystających z reprezentowanej przez nich placówki, poprzez określenie w przybliżeniu jakiego odsetka uczestników (%) dotyczą wskazane w pytaniu problemy.

W pierwszej kolejności warto przyjrzeć się kwestii tego, jakie grupy odbiorców w ogóle korzystają z oferty badanych placówek. Charakteryzując swoich klientów, respondenci najczęściej korzystali z kryterium wieku, wskazując, że są to osoby powyżej 60, 70 lub 80 roku życia). Osoby młodsze ( do 59 roku życia) korzystały w oferty jedynie w jednej na osiem placówek.

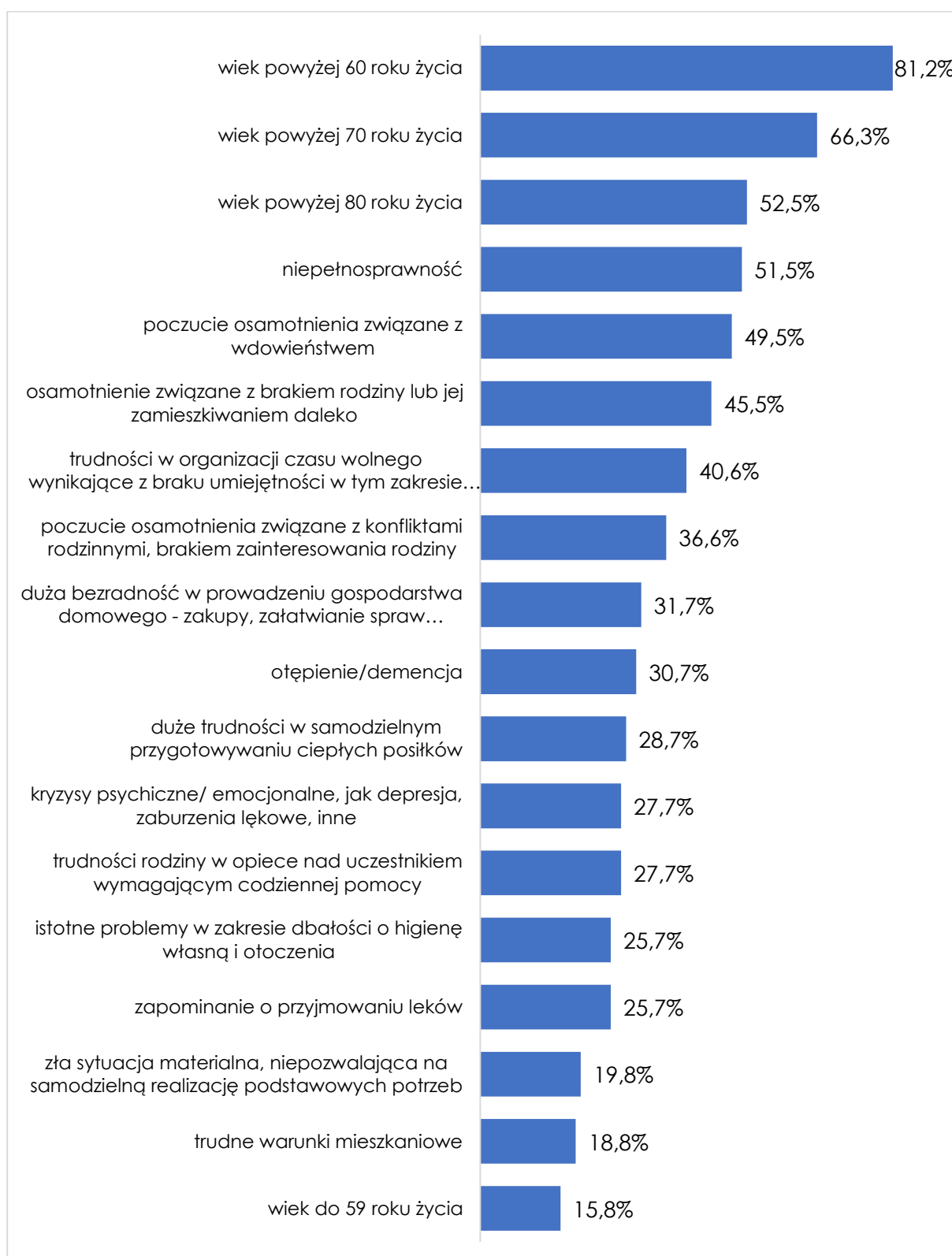
Wydaje się, że istotnym elementem charakteryzującym osoby korzystające z oferty badanych placówek jest poczucie osamotnienia. Z ponad połowy (51,5%) placówek korzystały osoby niepełnosprawne, z blisko połowy (49,5%) osoby osamotnione w związku z wdowieństwem lub (45,5%) w związku z brakiem rodziny, a z jednej na trzy (36,6%) osoby osamotnione w związku z konfliktami w rodzinie lub brakiem zainteresowania z jej strony.

Do innych istotnych grup użytkowników placówek dziennego wsparcia należą osoby mające trudności w organizacji czasu wolnego (40,6% placówek) oraz bezradne w prowadzeniu gospodarstwa domowego (31,7%), otępiate/ z

demencją (30,7%) lub mające trudności w samodzielnym przygotowaniu posiłków (28,7%). A także osoby w kryzysie psychicznym lub takie, których rodziny mają trudności w opiece nad nimi (po 27,7%) oraz osoby z problemami w zakresie dbałości o higienę lub zapominające o przyjmowaniu leków (po 25,7%).



**Wykres 21. Charakterystyka osób korzystających z placówek [% placówek]**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Inaczej wygląda charakterystyka podopiecznych badanych placówek poprzez pryzmat przeciętnej struktury populacji korzystających z ich oferty. Dwie na trzy osoby (średnio 65,7% osób korzystających z oferty placówek) są osobami powyżej 60 roku życia, ponad połowa to osoby z niepełnosprawnością (54,0%).

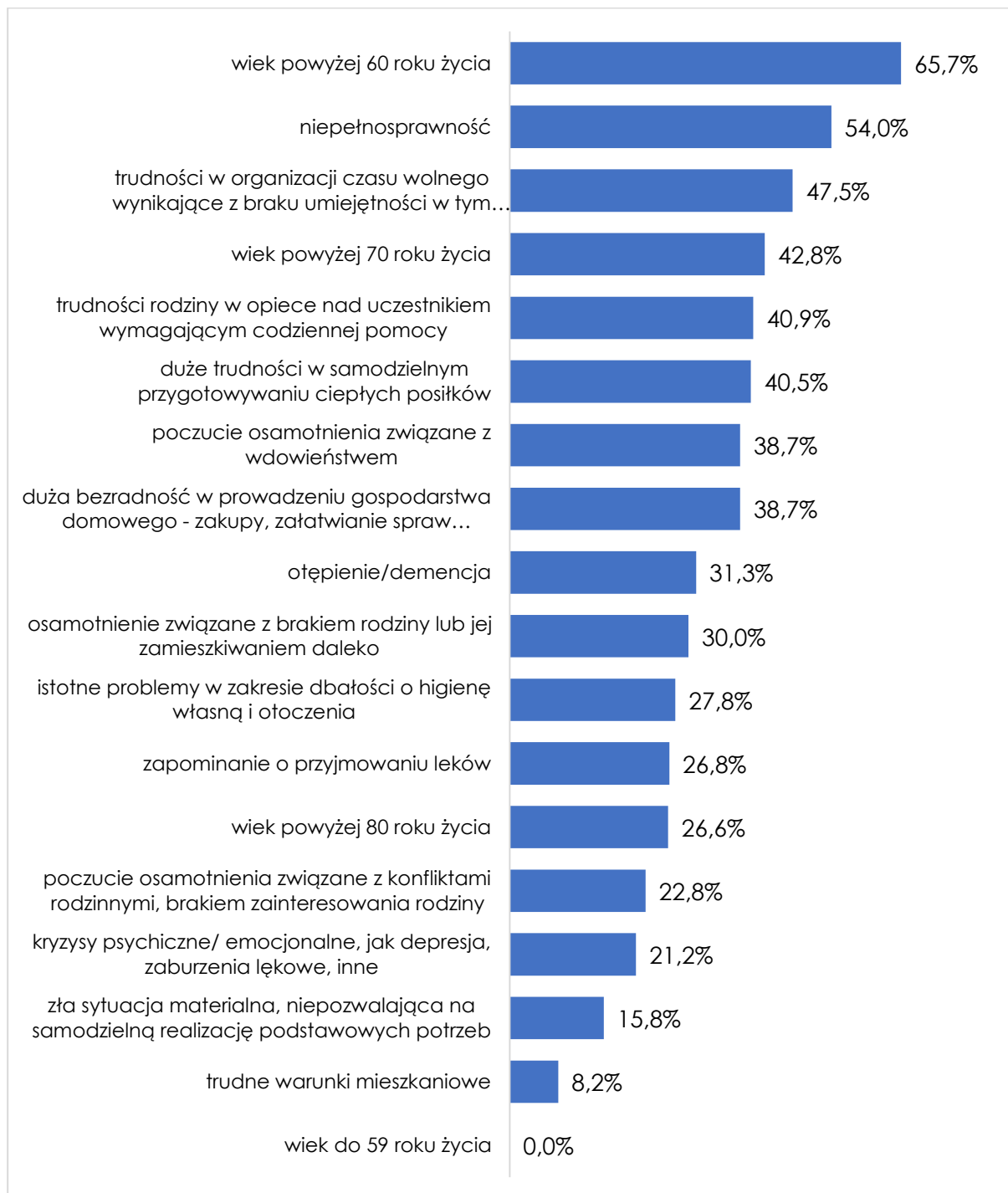
W tym ujęciu mniej rozpowszechniony (dotykający mniejszego odsetka uczestników, niż placówek) wydaje się problem samotności, natomiast identyfikowane u większej grupy osób są trudności w organizacji wolnego czasu oraz trudności w opiece ze strony rodziny.

W poszczególnych placówkach udział przedstawicieli każdej z grup wśród uczestników wsparcia waha się od zdecydowanej większości (od 75% do 100% - udział maksymalny) do 0% - udział minimalny. Jedynie dwie grupy uczestników charakteryzują się mniejszą zmiennością. Są to osoby do 59 roku życia, które są ogólnie nieliczne wśród uczestników wsparcia, oraz osoby charakteryzujące się trudnymi warunkami mieszkaniowymi, których jest maksymalnie 40%.





**Wykres 22. Średni udział poszczególnych grup wśród osób korzystających z placówek [% wszystkich korzystających]**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Uwaga: jedna osoba może spełniać więcej niż jedno kryterium z listy, więc % na wykresie się sumują do 100%.

Przedstawiciele placówek, z oferty których korzystają osoby z niepełnosprawnościami (52 placówki) poproszono dodatkowo o określenie w przybliżeniu, jakiego odsetka uczestników (%) dotyczą poszczególne charakterystyki. Według ich deklaracji:

- choroby neurologiczne (dotyczące układu nerwowego) dotyczą maksymalnie 90%, a średnio 26,2% osób korzystających z oferty i występują wśród klientów 33 placówek;
- niepełnosprawność ruchowa dotyczy maksymalnie 100%, a średnio 38,8% osób korzystających z oferty i występuje wśród klientów 42 placówek;
- niepełnosprawność intelektualna dotyczy maksymalnie 40%, a średnio 7,6% osób korzystających z oferty i występuje wśród klientów 18 placówek;
- lekki stopień niepełnosprawności dotyczy maksymalnie 80%, a średnio 20,5% osób korzystających z oferty i występuje wśród klientów 32 placówek;
- umiarkowany stopień niepełnosprawności dotyczy maksymalnie 80%, a średnio 30,3% osób korzystających z oferty i występuje wśród klientów 39 placówek;
- znaczny stopień niepełnosprawności dotyczy maksymalnie 80%, a średnio 27,4% osób korzystających z oferty i występuje wśród klientów 33 placówek.

W podobny sposób badani scharakteryzowali poziom samodzielności osób korzystających z reprezentowanej przez nich placówki (orientacyjny odsetek (%) uczestników wykonujących samodzielnie daną czynność).

Do czynności najpowszechniej wykonywanych samodzielnie (najwyższy odsetek wskazany jako minimalny) należy jedzenie – maksymalnie 100% osób

korzystających z oferty, minimalnie 50%, a średnio niespełna 90%, podczas gdy wśród czynności, w których potrzebne jest wsparcie znajdują się:

- kąpiel / mycie się wykonywane samodzielnie średnio przez 70% podopiecznych;
- ubieranie się – średnio 72%;
- poruszanie się – średnio 75,3%.

**Tabela 1 Poziom samodzielności osób korzystających z oferty placówek [% osób wykonujących samodzielnie daną czynność]**

<b>PYTANIE:</b> <i>Proszę w poniższej tabeli scharakteryzować poziom samodzielności osób korzystających z Państwa Placówki. Proszę w przybliżeniu określić jaki odsetek (%) uczestników wykonuje samodzielnie daną czynność</i>	<b>Maximum</b>	<b>Minimum</b>	<b>Średnia</b>
<b>samodzielna kąpiel/mycie się</b>	100%	10%	70,0%
<b>ubieranie się - czy osoba ubiera się samodzielnie, czy potrzebuje pomocy przy przygotowaniu ubrań, zakładaniu ich, zapinaniu guzików itp.</b>	100%	10%	72,0%
<b>toaleta - czy utrzymuje higienę samodzielnie, korzysta z toalety bez pomocy</b>	100%	10%	80,7%
<b>jedzenie - czy osoba samodzielnie korzysta ze sztućców, utrzymuje je w rękach</b>	100%	50%	89,7%
<b>poruszanie się - chodzenie po domu i poza nim, siadanie, kładzenie się czy wstawanie</b>	100%	20%	75,3%

<b>PYTANIE:</b>  <i>Proszę w poniższej tabeli scharakteryzować poziom samodzielności osób korzystających z Państwa Placówki. Proszę w przybliżeniu określić jaki odsetek (%) uczestników wykonuje samodzielnie daną czynność</i>	<b>Maximum</b>	<b>Minimum</b>	<b>Średnia</b>
<b>kontrola zwieraczy – czy osoba kontroluje zwieracze</b>	<b>100%</b>	20%	82,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Poziom samodzielności podopiecznych w dużym stopniu zależy od typu placówki – więcej wsparcia w codziennych czynnościach potrzebują przeciętnie osoby korzystające z opieki dziennego domu pomocy, podczas gdy osoby korzystające w oferty klubów samopomocy wykazują się większą samodzielnością.

Dokładny rozkład odpowiedzi na pytanie według wybranych zmiennych różnicujących (typ i rodzaj placówki, subregion jej funkcjonowania oraz aktualnie najważniejsze źródło finansowania) znajduje się w poniższej tabeli.

Aktualnie z oferty badanych placówek korzystało maksymalnie 130 osób, a minimalnie 4 osoby oraz w kilku placówkach w ogóle nie było uczestników - średnio 26,5 osób miesięcznie. Więcej podopiecznych średnio w miesiącu obejmowały wsparciem kluby samopomocy, mniej inne podmioty świadczące usługi dziennego wsparcia. Najliczniejsze grono podopiecznych deklarowali przedstawiciele placówek z subregionu sądeckiego, a mniej liczne subregionu podhalańskiego (różnica blisko 20 osób średnio na placówkę). Największe placówki, a jednocześnie także jedyne nie działające w chwili obecnej to te, których głównym źródłem finansowania są środki własne gminy.

### 3.4.2 OCZEKIWANIE NA WOLNE MIEJSCE W PLACÓWCE

W 37,6% badanych placówek w chwili realizacji badania funkcjonowały listy rezerwowe osób, oczekujących na wolne miejsce w placówce.

Najmniejsza lista rezerwowa obejmowała 2 osoby, natomiast na największej liście rezerwowej znajdowało się 50 osób oczekujących na wsparcie placówki. Jest to Klub Senior +, prowadzony przez jeden z ośrodków pomocy społecznej z terenu subregionu sądeckiego o zasięgu działania określonym przez respondenta jako 1 gmina. Placówka jest czynna od poniedziałku do piątku, każdego dnia przez 4 godziny.

W chwili realizacji badania na wolne miejsce w placówce opieki dziennej (na listach rezerwowych) oczekiwały łącznie 393 osoby, a tym:

- 191 na miejsce w klubie samopomocy, a 124 w dziennym domu opieki;
- 265 w placówkach publicznych;
- 161 w subregionie sądeckim, 115 w Małopolsce Zachodniej, a jedynie 7 w subregionie podhalańskim.

W przypadku jednej na trzy placówki (31,7%, 32 podmioty) objęte badaniem osoby zainteresowane skorzystaniem z oferty, muszą oczekiwać na wolne miejsce. Częściej dotyczy to klubów samopomocy, placówek niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotów publicznych, placówek zlokalizowanych w subregionie tarnowskim oraz Małopolsce Zachodniej, a także finansowanych ze środków prywatnych, oraz programów „Senior – Wigor”/ „Senior +” i środków własnych gminy.

Czas oczekiwania na miejsce w placówce wynosi najczęściej do kilku miesięcy.



Pomimo funkcjonowania list rezerwowych w części placówek oraz konieczności oczekiwania na miejsce w placówce, w badaniu jakościowym pojawiły się istotne wątki niedostatecznego wykorzystania potencjału wsparcia objętych badaniem podmiotów.

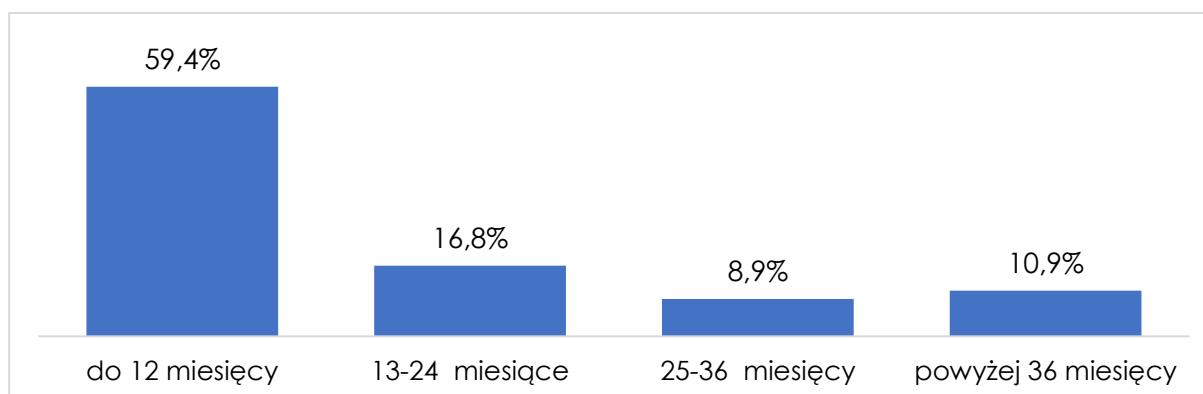
*Tam jest miejsce na 18 osób, czy 20. We wszystkich jest ok. 80. W tej chwili (...) chodzi 6-8 osób w zależności od potrzeb. Głównym wyzwaniem jest transport, to jest coś co powoduje, że my nie mamy miejsc wszystkich zajętych, bo są odległości takie, że dowóz to jest pół godziny jazdy, zwłaszcza zimą, a my nie zapewniamy transportu, bo wcześniej w projekcie był transport finansowany, później próbowaliśmy, ale nie jesteśmy w stanie zapewnić transportu, który w takich odległościach jest ponad nasze możliwości.*

IDI\_DDP

### 3.4.3 OKRES KORZYSTANIA ZE WSPARCIA W PLACÓWKACH

Zdaniem badanych przeciętny czas korzystania ze wsparcia w reprezentowanych przez nich placówkach w miesiącach najczęściej (wg 59,4% odpowiedzi) wynosi do 12 miesięcy.

#### Wykres 23. Przeciętny czas korzystania ze wsparcia w placówkach



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=97.

Najwięcej długookresowych podopiecznych odnotowują placówki finansowane głównie ze środków własnych gminy (w większości nie jest w nich także formalnie określony maksymalny czas, przez jaki można korzystać ze wsparcia).

Określony formalnie maksymalny czas, przez jaki uczestnik może korzystać ze wsparcia występuje jedynie w 15 z analizowanych placówek. Najczęściej jest okres roku lub pół roku, rzadziej dłużej (np. dwa lata lub do zakończenia realizacji projektu).

Respondenci wskazywali także jakie są/były najczęstsze przyczyny zakończenia przez osobę korzystania ze wsparcia oferowanego w reprezentowanej przez nich placówce. Każdy badany mógł wybrać maksymalnie 3 spośród wskazanych w pytaniu czynników.

Dwóch na trzech badanych (66,3%) wskazało, że wśród 3 czynników najczęściej decydujących o zakończeniu korzystania ze wsparcia znajduje się śmierć podopiecznego, co drugi (51,5%), że jest to jego dobrowolna rezygnacja ze wsparcia, a co trzeci respondent wskazał pandemię (30,7%) lub objęcie podopiecznego opieką przez placówkę sprawującą opiekę całodobową (29,7%).



**Wykres 24. Przyczyny zakończenia korzystania ze wsparcia w placówce**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Dożywotnio podopieczni korzystają częściej niż z innych typów placówek, z dziennych domów pomocy, placówek w regionie podhalańskim oraz placówek finansowanych ze środków prywatnych. W pozostałych przypadkach o rezygnacji z korzystania ze wsparcia przez uczestnika decydują różnorodne czynniki.

W ankiecie kilkakrotnie wskazano także inne czynniki determinujące rezygnację ze wsparcia. Były wśród nich:

- pogorszenie stanu zdrowia / choroba osoby korzystającej ze wsparcia;
- podjęcie zatrudnienia;



- zmiana miejsca zamieszkania.

Jedynie jedna na pięć (23,8%) badanych placówek prowadzi monitoring sytuacji osób, które zakończyły udział we wsparciu. Najczęściej robią to placówki działające w Małopolsce Zachodniej (blisko 90%), a najrzadziej w subregionie podhalańskim (60,%). Częściej finansowane w ramach RPO WM 2014-2010, a rzadziej finansowane w ramach programów wieloletnich „Senior – Wigor”/ „Senior +”.

## 3.5 ROZWÓJ OPIEKI DZIENNEJ

### 3.5.1 DEINSTYTUCJONALIZACJA FORM OPIEKI CAŁODOBOWEJ

Wśród uczestników wywiadów jakościowych znaleźli się zarówno zwolennicy, jak i sceptycy systemu pomocy, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami całodobowymi, bo w miejscu zamieszkania wspierane są pakietem różnorodnych usług społecznych, medycznych i innych, także świadczonych przez dzienne placówki opieki. Dla niektórych respondentów, w ich własnych deklaracjach, sytuacja ta byłaby spełnieniem zawodowych marzeń.

*To byłoby takim marzeniem, żeby były takie miejsca, które nie są placówką opiekuńczą całodobową tak jak to wygląda w tej chwili (...), tylko żeby były takie miejsca jakie widziałam w Kanadzie, w Niemczech, że to są takie miejsca wspólnego zamieszkiwania, gdzie jest albo mini mieszkanie, albo pokój, gdzie urządzi się swoimi rzeczami i się po prostu przeprowadzamy, ale co jest bardzo ważne w ramach swojej społeczności, czyli nadal parafia jest ta sama, nadal ta sama pani w warzywniaku, natomiast wtedy jest taka optymalizacja dostępnego serwisu, który jest serwisem dochodzącym, czyli np. odwiedza raz w tygodniu lekarz, odwiedza raz dziennie rehabilitantka, przychodzi czasem*

*pielęgniarka, która wspiera, czyli to są takie mieszkania wspomagające. Trudno to realizować w systemie całkowicie rozproszonym na terenach gminnych, bo same dojazdy, koszty, koordynacja tego wszystkiego jest bardzo trudna, a dwa nadal te osoby zostają samotne w tych swoich domach, bo taki pan jak mieszka w górach i on ma zejść do wsi 3 km i to jeszcze jest zima, to on się boi, że się połamie, do tego nie wie, czy ma siłę, do tego boi się, że zastabnie, do tego nietrzymanie moczu, po drodze nie ma toalet, jest zimna, więc też nie ma jak. To jest tyle problemów, o których my młodzi nie mamy świadomości i pojęcia, które zatrzymują taką osobę w domu. Jest takie powiedzenie, że w miastach jest więzień czwartego piętra, czyli bloki bez wind, a na wsiach to jest ten paradoks jednej mili, czyli jak dojechać, jak dotrzeć do ludzi. Dlatego też ja widziałam w Niemczech takie rozwiązania, gdzie wsie, z których młodzi wyjechali za pracą do miast lub za granicę, zaczęły się wyludniać, zaczęły powstawać takie pustostany albo ta kultura agrarna zanikała w ten sposób, że duże gospodarstwa się porobiły, a ludzie nawet tam mieszkający pracują w mieście i np. jakieś wolne stodoły, wolne obory się potworzyły jako zasób, i był taki program landowy wsparcia na przerabianie tych miejsc na centra aktywności społecznej w takiej wsi, to było kapitalnym rozwiązaniem dlatego, że po pierwsze było na miejscu w każdej, malutkiej nawet miejscowości, a po drugie przy dobrym zarządzaniu przez samych seniorów okazało się, że oni byli sami sobie w ogóle super gospodarzem tego miejsca i ze wsi, do której nikt nie przyjeżdżał, bo tam się nic nie działo zrobili centrum odwiedzin wycieczek szkolnych, bo porobiły panie takie*

*poletka, gdzie powtykały nazwy, opisy jak wygląda marchewka, koperek, takie ogródki edukacyjne spowodowały to, że zaczęły przyjeżdżać wycieczki, jak zaczęły przyjeżdżać wycieczki to panie zaczęły piec ciasta, dawać jakieś herbatki i biznes kwitł, mieli środki na rozwój swoich działań. Więc z takiego marazmu i wsi, która już wymierała i nic się nie działo, wszyscy siedzieli po domach okazało się, że z wykorzystaniem istniejących zasobów można było te osoby złączyć w jednym działaniu i tą pomoc dostarczyć. Teraz jeśli chodzi o takie osoby, które już wymagają wsparcia, no to opieka dochodząca jest dobra, ale pod tym warunkiem, o którym rozmawialiśmy wcześniej, że ta osoba będzie chciała wpuścić taką opiekunkę, jeżeli wpuści, że będzie czuła się z tym dobrze, że nie będzie czuła się ograbiona z prywatności, z godności, a to znowuż sprzyja włączenie społeczne wcześniejsze, że się akceptuje taką osobę, a finalnie najłatwiej dostarczać taką pomoc, jeżeli są wspólne zamieszkiwania. I znowuż patrząc na tereny wiejskie to nie musi być placówka, w której mieszka 200 osób tylko nawet jakiś zaadaptowany budynek, tak jak my np. nie mieliśmy problemu, żeby znaleźć 3 pustostany w trzech gminach, żeby je zaadoptować na Dom Dziennego Pobytu, jeden to była opuszczona parafia, dom parafialny przy kościele, w którym nikt nie mieszkał od lat, drugi to parter kościoła, z którego się wyprowadziło przedszkole i stał pusty do remontu, i trzeci w Łapszach to tam kiedyś była jakaś policja, poczta i to stało puste. Więc takie miejsca można podzielić na 3-4 pokoje ze wspólną kuchnią i z asystą tak zwaną, to wtedy powoduje, że raptem te osoby nie mieszkają u siebie, a koszt dostarczenia opieki i wsparcia*

*przez gminę są znowu zupełnie inne niż gdy musi się wysłać jedną opiekunkę do każdego z nich, jeśli mamy 4 osoby w jednym miejscu to jest jedna opiekunka, a nie 4 wysłane plus koszty dojazdu, czasami trzeba dowieźć jedzenie, sprzątnąć te wszystkie rzeczy. To jest bardzo, bardzo popularne wszędzie, bo ja zwiedziłam Kanadę, Niemcy w czterech landach zwiedzałam placówki różne tego typu, w Austrii, więc to tam funkcjonuje od bardzo, bardzo dawna.*

IDI\_DDP

Warto pamiętać jednak o pewnych ograniczeniach opieki nad seniorem w warunkach domowych. Deinstytucjonalizacja powinna opierać się w myśl tych postulatów na różnych formach opieki dziennej i dostosowanej do różnorodnych potrzeb seniorów.

*Uważam, że powinny być tworzone domy dziennej opieki, jak najwięcej tego. Nie będę popularny, ponieważ jestem w takiej radzie do spraw deinstytucjonalizacji, jest to jeden z tematów mojej pracy doktorskiej, którą pisałem, i nie jestem przekonany do realizacji tych usług w środowisku lokalnym w sensie, żeby przyjeżdżali specjaliści do domów i opiekowali się tymi osobami, a to trochę deinstytucjonalizacja ma na celu, bo cel jest, aby zatrzymać tych ludzi jak najdłużej, żeby oni trafiali jak najpóźniej do tych domów opieki w postaci DPSów. Chodzi mi tutaj tylko i wyłącznie o koszty realizacji takich działań w domu pacjenta, my realizowaliśmy taki projekt, w ramach skalowania tego procesu deinstytucjonalizacji realizowaliśmy usługi właśnie w domu pacjenta i koszty były tak wysokie, bo jednak ci specjaliści, którzy dojeżdżają, też rodziny wymagały, żeby oni przyjeżdżali codziennie, więc codziennie terapeuta*

*zajęciowy, codziennie ktoś kto będzie zajmował się wsparciem, czyli asystent osoby niepełnosprawnej, generowało to bardzo duże koszty, godzinowo ci asystenci sobie życzyli duże pieniądze. To ma rację bytu, ale w sytuacji, gdy mówimy o osobie obłożnie chorej somatycznie, która np. leży w łóżku w domu i potrzebna jest taka pomoc, bo np. jest seniorka, która ma 70 parę lat i córka, która ma 65 lat, one obydwie tak naprawdę, te kobiety potrzebują wsparcia, jeżeli nie otrzymają tego wsparcia to za chwilę ta sześćdziesięcioletnia też będzie niepełnosprawna, bo jej kręgosłup pójdzie przy tej matce, bo to ciągłe podnoszenie. Wydaje mi się, że ta pomoc asystencka w domu to jeżeli mówimy o sytuacji, jeżeli ktoś jest osobą leżącą, to na pewno, i wtedy można tę osobę długo przytrzymać w domu, bo dom jednak... pewnie to też zależy od domu, ale dom potrafi zdziałać cuda, to wiem na własnym przykładzie, kiedy zabiera się pacjenta do domu, on jednak czuje się bardzo komfortowo, ten ZOL, czy DPS to dla niego tułaczka. Natomiast jeżeli mówimy o osobach sprawnych fizycznie to uważam, że żeby te sprawnie fizyczne osoby z dużym potencjałem do tej niepełnosprawności, żeby nie trafiły do DPSu, to trzeba takie domy dzienne, takie trochę przedszkola geriatryczne.*

IDI\_DDP

Są także sytuacje, w których opieka nad seniorem w środowisku jest niewskazana lub po prostu nie jest możliwa, np. dysfunkcyjna rodzina.

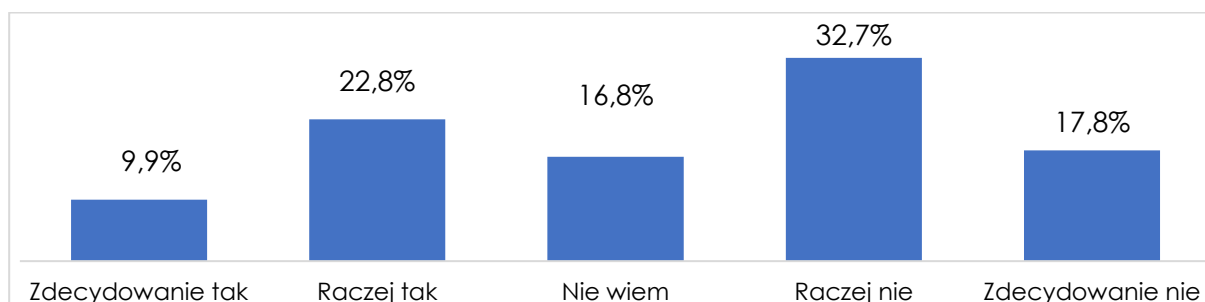
*Ale ja mówię jak to wygląda z perspektywy mojej praktyki. (...) Nie za bardzo rozumiem sens walki o pozostanie w środowisku osoby, która wymaga tej opieki całodobowej. I*

*tutaj powiem, to bardzo istotne. Która wymaga, nie która sprawia problem w gminie i chcemy się pozbyć problemu. Albo rodzina jest dysfunkcyjna i gdzieś tam jest konflikt. Najlepiej, żeby gdzieś tam osobę starszą sobie oddać, żeby tam nie było jakichś problemów między teściową a synową. Bo też takie przypadki się zdarzają. Ja mówię o osobach, które wymagają faktycznie tej opieki. Nie ma potrzeby walki za wszelką cenę, aby pozostały w środowisku tym dotychczasowym. Bo wcale to dla nich nie będzie dobre, ani ekonomicznie nie będzie uzasadnione. Bez potrzeby to jest. (...) Bardzo często jak przyjmujemy osoby ze środowiska, są w takim stanie, gdzie no naprawdę aż ciężko o tym po prostu nawet powiedzieć w jakim są stanie. I też są sąsiedzi, i też jest środowisko. I wszyscy są tak strasznie zaangażowani, a te osoby są po prostu urągające ludzkiej godności w stanie. Więc ja mam delikatny awers do tego jak się wszyscy deklarują, że się będą opiekować, ale ta opieka jest nieadekwatna i nie ma w ogóle pokrycia w tym, co te osoby potrzebują. I ja rozumiem, że środowisko naturalne. Że jak najbardziej, że fajnie by było. Ale pewnych sytuacji nie przeskoczymy.*

IDI\_DDP

Badani w ankiecie CAWI raczej sceptycznie podchodzą do wizji funkcjonowania w Polsce w przyszłości systemu, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami całodobowymi, bo w miejscu zamieszkania wspierane są pakietem różnorodnych usług społecznych, medycznych i innych. Połowa z nich nie wyobraża sobie takiego systemu, co szósty nie ma na ten temat zdania, a jedynie jeden na trzech badanych widzi szanse dla jego rozwoju.

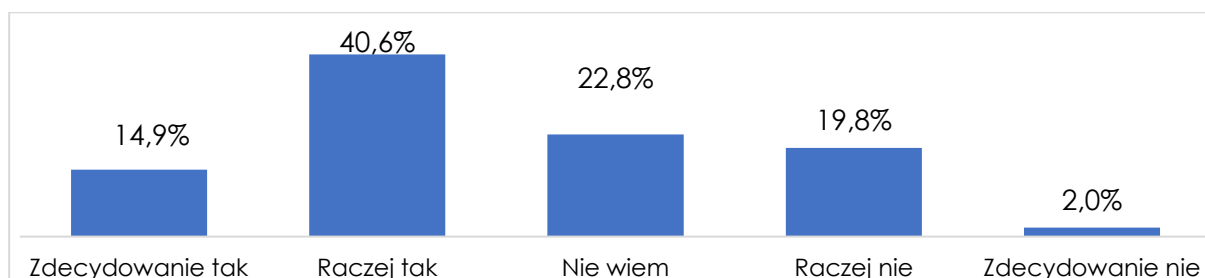
### Wykres 25. Ocena możliwości deinstytucjonalizacji form opieki całodobowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Bardziej pozytywne są opinie badanych CAWI na temat posiadania w ofercie reprezentowanej przez nich placówki usług, które mogłyby być elementem takiego zdeinstytucjonalizowanego systemu. Odpowiedzi ponad połowy (55,5%) badanych były twierdzące, a co piąty z nich albo nie miał na ten temat opinii (22,8%) albo twierdził, że takich usług nie ma (21,8%).

### Wykres 26. Posiadanie w ofercie DDP/KS usług wspierających deinstytucjonalizację opieki całodobowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Wyżej potencjał do rozwoju systemu zdeinstytucjonalizowanego oceniają placówki:

- działające poza ustawą o pomocy społecznej;
- niepubliczne, nie działające na zlecenie placówek publicznych;
- finansowane głównie w ramach RPO WM na lata 2014-2020;

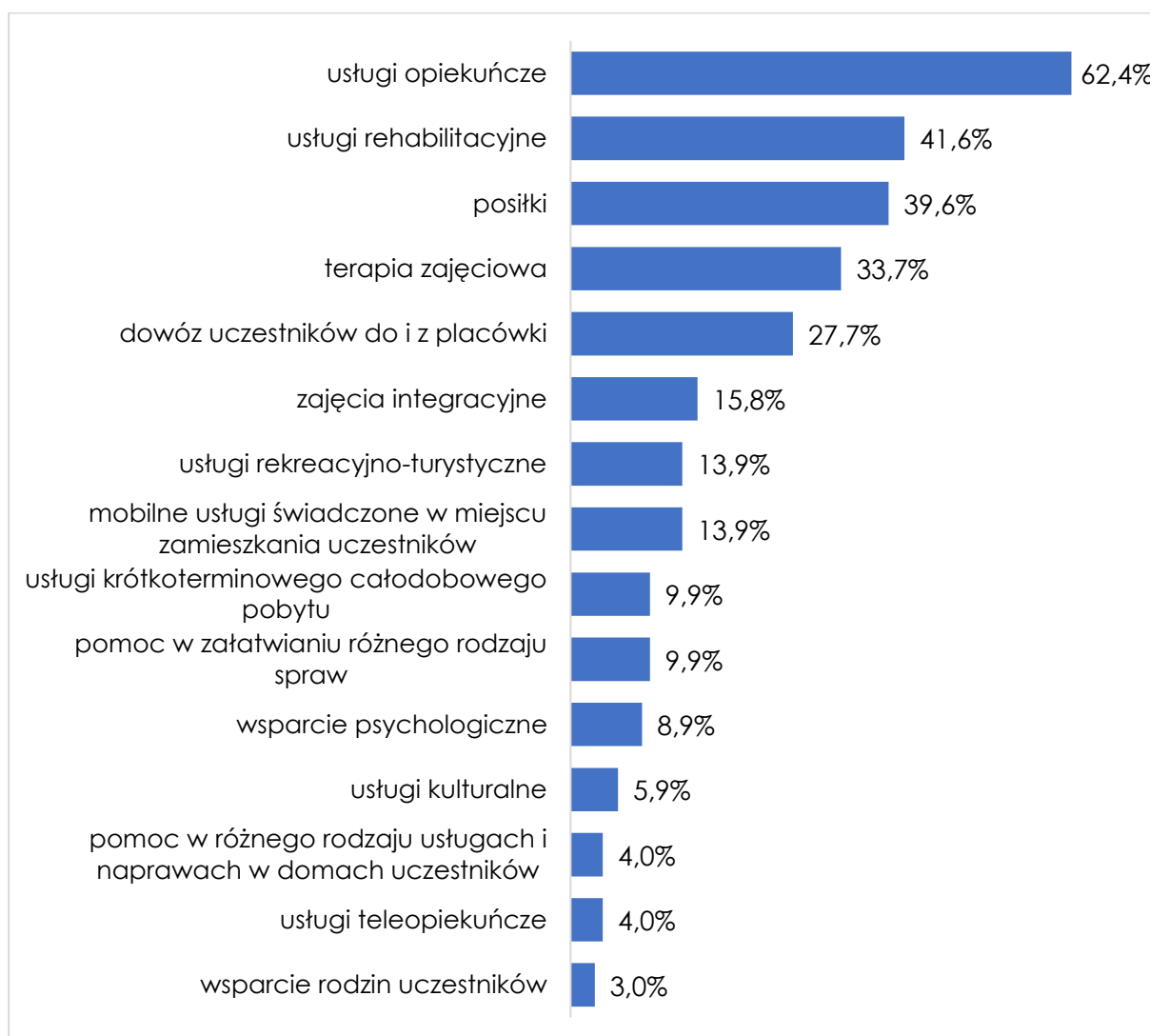


- zlokalizowane na terenie Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego oraz Małopolski Zachodniej, niż na terenie innych subregionów.

Z dużym prawdopodobieństwem ma to związek z odmienną specyfiką funkcjonowania i zakresem oferty poszczególnych podmiotów oraz różniącym się lokalnie otoczeniem społeczno-ekonomicznym.

Respondenci zostali także poproszeni o wskazanie usług, których rozwój w swojej placówce uważają za priorytetowy dla budowania zdeinstytucjonalizowanego systemu wsparcia seniorów.

### Wykres 27. Usługi kluczowe dla budowania zdeinstytucjonalizowanego systemu opieki [% wskazań]



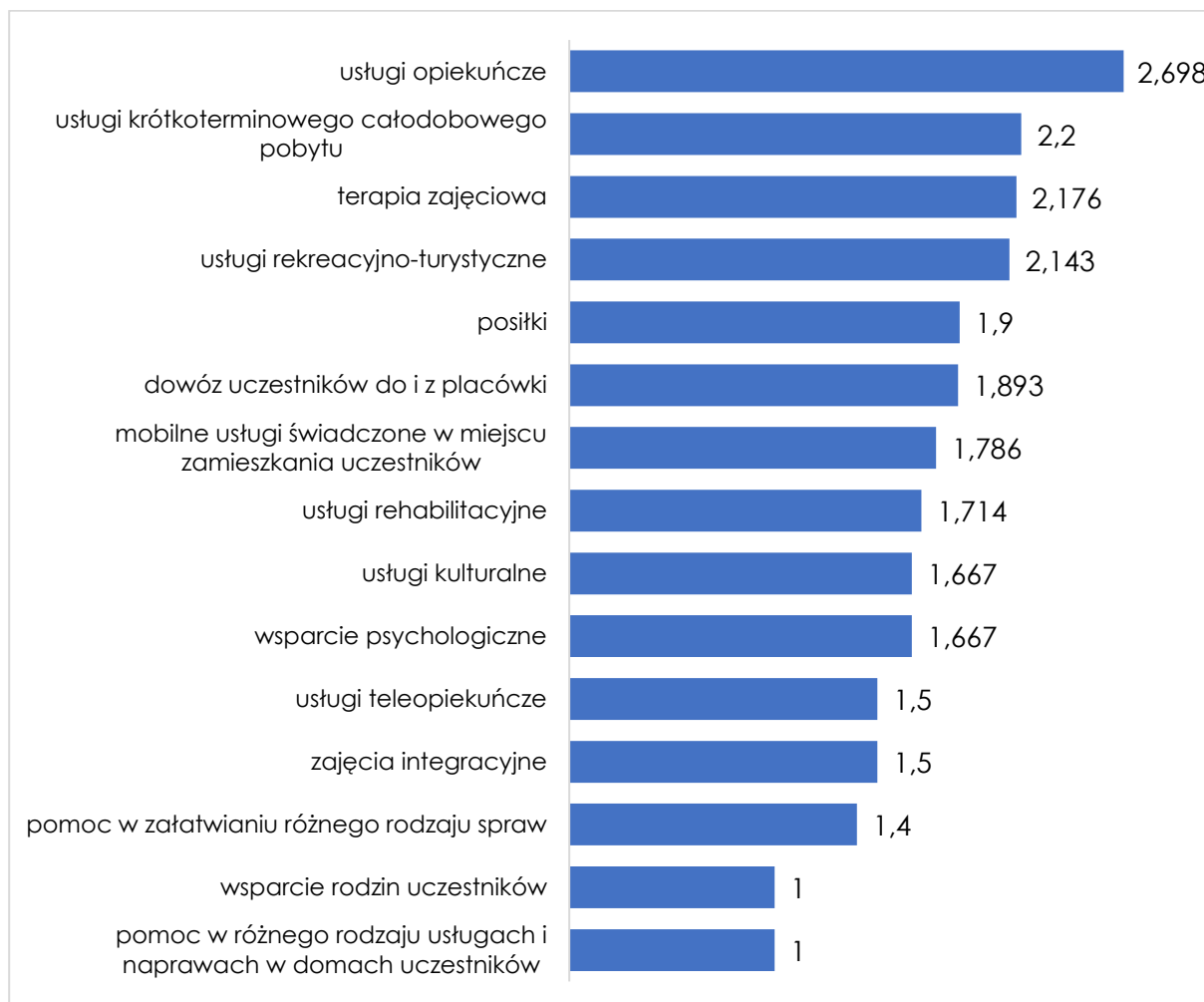


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, liczba podmiotów odpowiadających na pytanie – 101, liczba pojedynczych wskazań – 297 (nie każdy ranking składał się z 3 pozycji).

Przedstawiciele dwóch na trzy badane placówki (62,4%) wskazali jako podstawę przyszłego rozwoju zdeinstytucjonalizowanego systemu opieki rozwój usług opiekuńczych, a rzadziej także: usług rehabilitacyjnych (41,6%) posiłków (39,6%) oraz terapii zajęciowej (33,7%).

Analiza częstości wskazywania przez respondentów poszczególnych usług, jako kluczowych dla budowania nowego systemu opieki została uzupełniona o ocenę poziomu istotności / ważności poszczególnych kategorii.

## Wykres 28. Usługi kluczowe dla budowania zdeinstytucjonalizowanego systemu opieki [ocena poziomu istotności]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, liczba podmiotów odpowiadających na pytanie – 101, liczba pojedynczych wskazań – 297 (nie każdy ranking składał się z 3 pozycji).

W tej perspektywie po raz kolejny najważniejszy w opinii badanych okazał się rozwój usług opiekuńczych, ale także istotny był rozwój usług krótkoterminowego całodobowego pobytu, terapii zajęciowej oraz usług rekreacyjno-turystycznych.

Teleopieka, jako jeden z istotnych elementów deinstytucjonalizacji systemu opieki nad seniorami nie była w ankiecie CAWI oceniana bardzo wysoko.

Pamiętać należy jednak, że respondenci mieli za zadanie oceniać potencjał usług dostępnych w reprezentowanych przez nich placówkach, a teleopieka jest usługą relatywnie mało dostępną.

Wśród uczestników wywiadów jakościowych byli zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy takiej formy wsparcia. Wśród najważniejszych determinantów teleopieki, jako skutecznego narzędzia wspierającego opiekę nad seniorami w ich środowisku wymienić należy:

- potencjalne niedopasowanie teleopieki jako formy kontaktu zapośredniczonego i zdalnego, do przyzwyczajień i potrzeb seniorów

*Ja jestem na nie. Generalnie uważam, że ta teleopieka dla seniorów, moim zdaniem to się nie sprawdza. (...) Nie sprawdza się, bo senior potrzebuje kontaktu człowiek-człowiek, a nie jeszcze większej izolacji, i próby porady przez jakieś medium, czyli telefon.*

IDI\_DDP

- bariery mentalne i technologiczne w korzystaniu z nowoczesnych technologii przez seniorów

*„(...)oswojenie podopiecznych z tym, żeby oni w ogóle chcieli tego używać, bo w przeciwnym razie jak nie rozumieją to czują się stygmatyzowani, bo jednak te systemy, te zegarki, one są dosyć duże, jak powiedziała jedna z senierek, że się czuje jak taki więzień co ma na kostce opaskę, ona się tak z tym czuje i że jak idzie do kościoła to zawsze to zdejmuje.(...) Więc znowuż tele-opieka ma sens tylko wtedy, kiedy jest sensownie wdrożona we współpracy z podopiecznymi”*

IDI\_DDP

- konieczność przeszkolenia i oddelegowania do teleopieki osobnego personelu

*Tak, tylko i wyłącznie do tego jakby i jej miejsce pracy będzie na tym polegało, no nie. Że nie będzie między zajęciami, na przykład, grupowymi biegła na tele poradę, a potem będzie jeszcze robiła, nie wiem, fizjoterapię, albo psychoterapię.*

IDI\_DDP

Mimo trudności i potencjalnych ograniczeń trudno nie dostrzec potencjalnych korzyści z rozwoju teleopieki, jako usługi dodatkowej i wspierającej.

*Tak, oczywiście, oczywiście. Generalnie wszyscy, którzy mają tele-aniół, nawet jednej pani to uratowało życie ostatnio, pani Helenie, z tego co wiem. Nie ukrywam, że my jesteśmy zainteresowani wszystkim, ja widzę potencjał, bardzo mi się podoba jak ludzie wychodzą z inicjatywą i próbują coś zorganizować. Jeżeli taka tele-opieka się przyjmie u naszych seniorów to dlaczego nie?*

IDI\_DDP

---

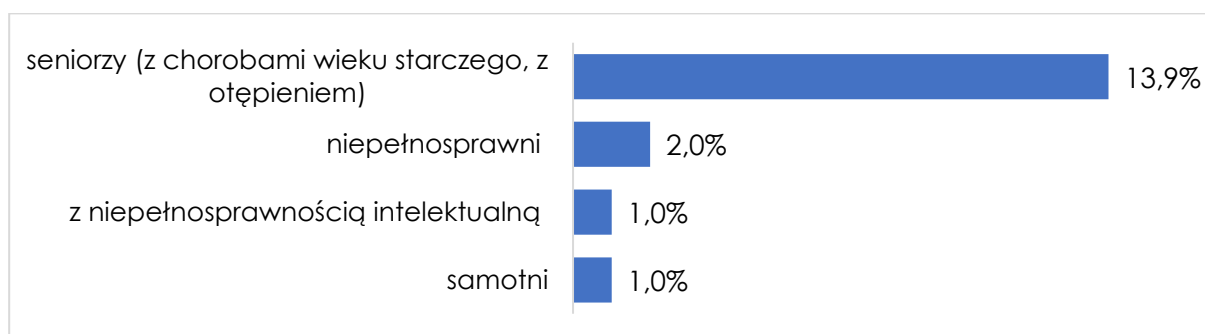
### 3.5.2 SPECJALIZACJA PRACY Z OKREŚLONYMI GRUPAMI ODBIORCÓW

Jedynie 19,8 % przedstawicieli badanych placówek dostrzega możliwości/potrzebę specjalizacji w pracy z wybranymi grupami odbiorców w swojej placówce. Częściej deklarowali to przedstawiciele:

- dziennych domów pomocy,
- placówek publicznych oraz niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotów publicznych,
- placówek zlokalizowanych w Krakowskim Obszarze Metropolitalnym.

Zdaniem przedstawicieli 13,9% placówek należy dążyć do specjalizacji placówek w pracy z seniorami (z chorobami wieku senioralnego), 2% - osobami niepełnosprawnymi oraz po 1% osobami z niepełnosprawnością intelektualną oraz osobami samotnymi.

### Wykres 29. Specjalizacja w pracy z wybranymi grupami odbiorców – grupy



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI.

Uwaga: Odpowiedzi poprzez wskazanie konkretnej grupy osób, udzieliło 20 podmiotów, jednak wykres przedstawia jaki jest udział % wskazań dla poszczególnych odpowiedzi w ogólnej liczbie wszystkich podmiotów ujętych w badaniu (101).

W jednej na trzy (30,7%) placówki podejmowane są już działania zmierzające do specjalizacji w pracy z poszczególnymi grupami odbiorców.

Wśród uczestników wywiadów jakościowych zidentyfikować można różnorodne podejścia do kwestii specjalizacji placówek w opiece nad konkretnymi grupami pacjentów, które można podsumować wskazując, że są miejsca i środowiska, w których takie rozwiązanie się sprawdzi i będzie efektywne (np. większe aglomeracje, w których istnieje kilka placówek, które mogą dostosować swoją ofertę do potrzeb konkretnych grup) oraz takie, w których nie znajdują one zastosowania (np. niewielkie placówki na słabo zaludnionych terenach, z których ze względów np. logistycznych korzystają osoby o bardzo zróżnicowanych charakterystykach i potrzebach).

*Nie mogę pani dać jasnej stu procentowej odpowiedzi dlatego, że ja bym jednak zwrócił uwagę na charakter tego naszego domu, mogę opowiadać o sobie. Jeżeli byśmy mówili o domach seniora, które zlokalizowane są w mieście, np. Kraków, gdzie tych ośrodków jest do wyboru. Oczywiście tam może byłaby fajna specjalizacja, czyli specjalizacja np. dla osób, które są chore psychicznie, bo takie ośrodki są, kolejny ośrodek będzie się specjalizował tylko i wyłącznie w chorobach neurotycznych, ogólnie jeśli mówimy o zakresie neurologicznym, kolejny ośrodek może się zajmować opieką nad seniorami, którzy mają problemy z komunikacją, z przemieszczaniem się, czyli wszystkie osoby po amputacjach, tam jeszcze idzie wsparcie psychologiczne dość duże. Natomiast nasz ośrodek i wydaje mi się, że większość ośrodków, które są zlokalizowane jako jedyne w danej społeczności lokalnej, nie możemy się wyspecjalizować, bo wykluczylibyśmy pewną grupę osób, które w mojej ocenie powinny znaleźć miejsce w jakimś ośrodku wsparcia, w którym byliby dobrze zaopiekowali, tutaj w ten sposób bym na to spojrzał. Na pewno u nas nie będzie specjalizacji.*

IDI\_DDP

*Ja jakoś nie chcę też, bo to jest też niewielka grupa. Bo to jest w tym 15 tym osób. Więc tak naprawdę nie widzę potrzeby, żeby jakoś specjalizować się w usługach dla poszczególnych grup.*

IDI\_KS

Wśród badanych podmiotów znalazły się jednak placówki z pozytywnymi doświadczeniami w specjalizacji usług, wspieranymi wieloletnimi i konsekwentnymi działaniami doszkalającymi personel.

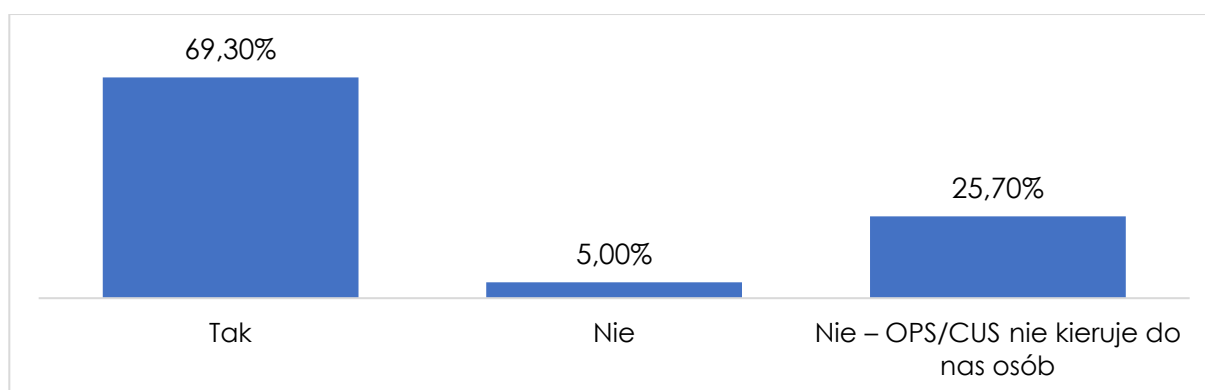
*Na pewno specjalizujemy się od tych paru już lat właśnie w pracy z osobami z demencją, tak. Troszkę teraz jest łatwiej, bo te, nie wiem, 6-7 lat temu, to praktycznie nie było dostępne nic, tak. Ani materiały edukacyjne, ani szkolenia. Ja pamiętam w 2014 roku jak napisałam projekt do FIO właśnie, że my się chcemy uczyć, tak. I chcemy się dowiedzieć o tej demencji jak najwięcej i jeździliśmy na różne w Warszawie i mieszkaliśmy gdzieś w Łodzi, w Krakowie i jakiś tam małych ośrodków, większych, żeby podpatrzeć cokolwiek gdzie tam były jakieś raczkujące już działania. I prosiliśmy różne osoby, żeby nam robiły też szkolenia z zakresu prawnego i z zakresu takiego w ogóle informacyjnego o demencji. To teraz tak, no, na pewno cały czas to jest takie szkolenie i samo szkolenie też, bo jednak, no, przez taką codzienność i bycie z tymi ludźmi, no, to cały czas gdzieś musi być ten zewnętrzny monitoring i taka superwizja tej pracy, która jest naprawdę bardzo trudna z tymi osobami z zaburzeniami. I w jakiś i dużo jest teraz konferencji online. To akurat jest fajne przy pandemii, no więc, faktycznie można uczestniczyć w różnych panelach i trochę tej wiedzy zbierać, aczkolwiek cały czas to jest taki obszar, gdzie nie jest do końca zbadany, gdzie nie mamy leczenia, no więc, cały czas tylko bazujemy na tym etapie w którym ktoś do nas trafia i możemy jedynie próbować opóźnić coś co i tak nastąpi, tak. Czyli pogorszenie stanu zdrowia.*



### 3.6 WSPÓŁPRACA Z OPS/CUS

Blisko 70% placówek prowadzi współpracę z pracownikami OPS/CUS, z których kierowani są do nich uczestnicy wsparcia. Są to jednocześnie niemal wszystkie placówki, do których OPS/CUS kieruje podopiecznych.

#### Wykres 30. Współpraca z OPS/CUS, z których kierowani są uczestnicy wsparcia



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101.

Częściej współpracę taką podejmują:

- dzienne domy pomocy,
- placówki publiczne i niepubliczne działające na zlecenie placówek publicznych,
- placówki w subregionach sądeckim i tarnowskim.

Rzadziej natomiast placówki finansowane ze środków prywatnych.

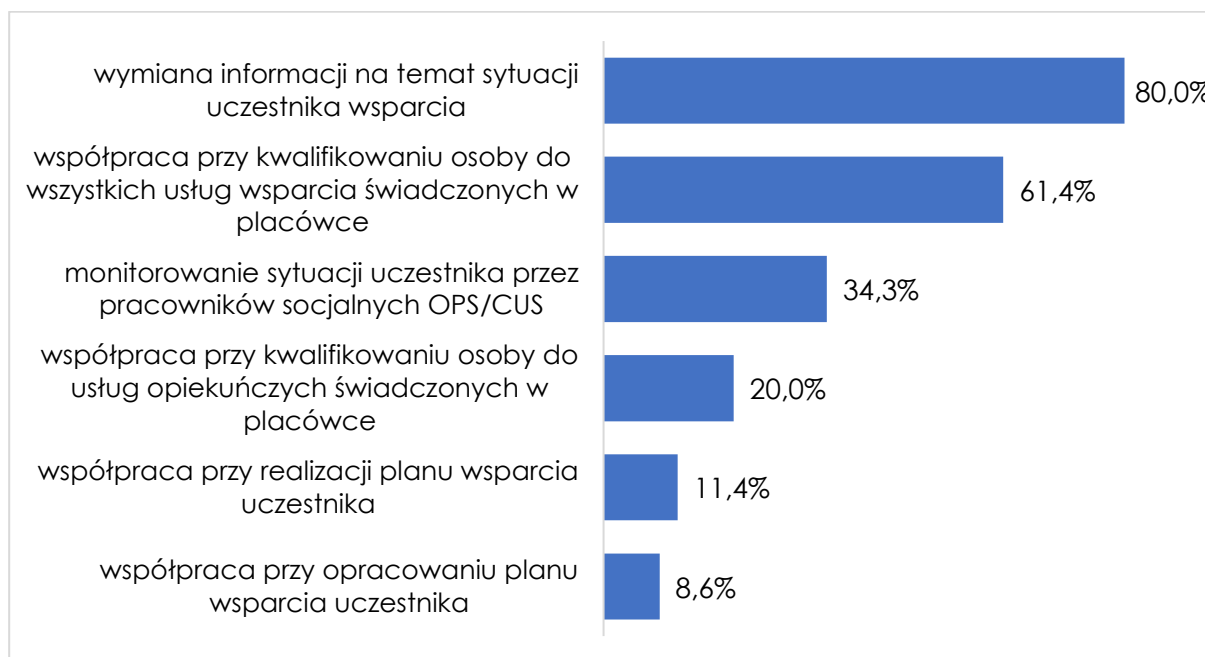
Współpraca placówek z OPS/CUS najczęściej obejmowała takie działania jak:

- wymiana informacji na temat sytuacji uczestnika wsparcia (wskazane przez 80% spośród przedstawicieli placówek, którzy deklarowali współpracę);
- współpraca przy kwalifikowaniu osoby do wszystkich usług wsparcia świadczonych w placówce (61,4%).



W jednej na trzy placówki (34,3%) było to także monitorowanie sytuacji uczestnika przez pracowników socjalnych OPS/CUS, a w jednej na pięć (20%) współpraca przy kwalifikowaniu osoby do usług opiekuńczych świadczonych w placówce.

### Wykres 31. Zakres współpracy placówki ze współpracownikami OPS/CUS



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

Temat współpracy pogłębiono też w badaniach jakościowych. Współpraca taka może być podejmowana przy kilku różnych okazjach, np. rekrutacja uczestników DDP czy monitorowanie sytuacji podopiecznych:

*No to tak, no to współpraca jest tutaj z pracownikami socjalnymi, a zwłaszcza właśnie tutaj przy procesie rekrutacji nowych uczestników, no, ale też jeśli chodzi o aktualizację sytuacji uczestników naszych, ponieważ zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, co pół roku musi być przeprowadzona aktualizacja i wywiad środowiskowy.*

*Albo właśnie tak, jak wspomniałam tutaj, że no my odciążamy ten MOPS w jakimś sensie. No i zdarza się tak, że po prostu w pewnym momencie tym pracownikom socjalnym z MOPS wydaje się, że my zrobimy już wszystko za nich. Oni sobie tak po prostu w jakimś sensie, że tak brzydko ujmę, wrzucają na luz. Skoro my jesteśmy na bieżąco, to oni nie muszą być na bieżąco. Albo wystarczy, że skoro my monitorujemy sytuację i przekazujemy tą informację do MOPS, to oni w jakimś sensie są zwolnieni z tej jakby wizyty, która powinna być raz na pół roku przeprowadzona. Albo po prostu zamiast jechać do domu i zobaczyć, co się dzieje w domu, to przyjeżdżają do ośrodka i odhaczają, że to jest to samo.*

IDI\_DDP

Ogólnie rzecz biorąc opinie o współpracy z OPS są raczej pozytywne, a wzajemne relacje pracowników placówek i OSP określane jako życzliwe i oparte na wzajemnej pomocy.

*(...)moje współpracownice są w bieżącym kontakcie, ja również z panią kierownik GOPSu, więc jeżeli mamy jakieś wątpliwości co do podopiecznego np. jakiegoś, czy potrzebujemy zbadać sytuację rodziny, albo zmotywować rodzinę, żeby jednak dowoziła danego seniora, bo czasami jest tak, że senior się do nas zgłasza, ale nie ma jak dojechać, wtedy próbujemy wspólnie ten temat jakoś rozwiązać, najczęściej bez skutku, ale próby podejmujemy. Więc jeśli chodzi o taki kontakt z GOPSem to jak najbardziej jest, jest życzliwość, zainteresowanie, jesteśmy ważni dla nich, potrzebni.*

IDI\_DDP

Współpraca i wzajemne relacje podmiotów wykraczają czasem poza formalne ramy. Przedstawiciele OPS angażują się również w okolicznościowe wydarzenia organizowane przez DDP.

W materiale jakościowym pojawia się także kwestia wspólnego działania służbowego o charakterze bardziej nieformalnym, jak np. pomoc przy wystosowywaniu odpowiednich dokumentów czy współpraca „po koleżeńsku” przy interwencjach. Z wypowiedzi badanych wynika jednak, że tego rodzaju kontakt pracowników placówek z pracownikami OPS/CUS stanowi bardzo ważną część nawiązywanej współpracy i realnie wpływa na jej efektywność.

*Czasami zwracamy się z jakimś tam pismem, z prośbą o jakieś tam udostępnienie jakiegoś zaświadczenia, związanego, że dana osoba właśnie jest tym klientem, prawda. Ale w większości przypadków to jest współpraca po prostu nieformalna, gdzie na zasadzie rozmowy. Umawiamy się właśnie na wizytę gdzieś tam u kogoś.*

IDI\_DDP

Z drugiej jednak strony, pojawiły się w badaniu opinie wskazujące na brak odpowiedniego zaangażowania pracowników OPS, nawet jeśli placówka wsparcia jest podmiotem publicznym, prowadzonym na podstawie ustawy o pomocy społecznej.

*Powiem Pani tak, że też wielokrotnie prosiłem o to, żeby pracownicy socjalni gdzieś rozglądali się wokół siebie, czy nie ma jakichś osób starszych, które zechciałyby skorzystać z pomocy dziennego domu. Na przestrzeni tych kilku lat naszej działalności proszę sobie wyobrazić, że MOPS nie skierował do nas nikogo.*

IDI\_DDP

*I tak i nie. Teraz to rozwinę. To jest tak, że są pewne zakresy działań, które chcielibyśmy skonsultować np. z OPSeM, bo przychodzi do nas np. rodzina, która mówi nam o tym, że chcieliby skorzystać, bo ich sytuacja materialna jest dramatyczna, oni nie mają na to, żeby zapłacić za DPS, itd., itd., natomiast przyjechali np. Porche Panamera. Są pewne przypadki, czasami przychodzi pacjent, który ma ewidentne oznaki, że się ktoś nad nim znęca, no to my wysyłamy pismo do GOPSu, czy do OPSu, bo nie chcemy zaraz na karku mieć Elżbiety Jaworowicz, że nic nie zrobiliście. Więc ta współpraca jest w tych obszarach, głównie jeśli chodzi o wsparcie takie... nie wiem jak je nazwać, czy prawne, można je nazwać prawnym. Chociaż ja wiem, że OPSy nie są zobowiązane, wręcz jest zakazane im informowanie nas o pewnych kwestiach, bo obowiązuje RODO, i to jest jedna z tych rzeczy, nad którą bardzo ubolewam, ponieważ my nie mamy możliwości bardzo często sprawdzić takich rzeczy, bo jest RODO, a przychodzą pacjenci, którzy mówią, że nie mają pieniędzy i chcieliby tutaj dziadka umieścić u nas, natomiast my widzimy, że oni po prostu mają kasę i mogliby zapewnić temu dziadkowi jakąś opiekę, a oni oprócz tego, że ma być dziadek, czy babcia u nas 8 godzin to jeszcze by chcieli, żebyśmy w domu pomagali.*

IDI\_DDP

## 4 PODSUMOWANIE I NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI Z BADANIA

### 4.1 ANALIZA FINANSOWANIA DDP I KLUBÓW SENIORA

Większość biorących udział w badaniu placówek powstała w ramach programu wieloletniego „Senior – Wigor”/„Senior +”. Mniej więcej co trzecia z

nich – w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Pojedyncze podmioty zostały utworzone ze środków gminy, sfinansowane ze środków unijnych lub ze środków prywatnych. O ile powstanie dziennych domów pomocy było zależne w podobnej liczbie przypadków od środków pochodzących z programów „Senior-Wigor”/”Senior+” oraz RPO WM 2014-2020, to w większość objętych badaniem klubów samopomocy powstała w ramach programów Senior – Wigor/Senior+. Niezależnie od okoliczności powstania, w chwili obecnej jedna na trzy badane placówki jest finansowana głównie ze środków własnych gminy. W dalszej kolejności są to także: program wieloletni „Senior – Wigor”/„Senior +” (jedna na cztery) oraz Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (jedna na sześć).

Na podstawie rozkładu pochodzenia kapitału wykorzystanego do uruchomienia placówek oraz aktualnych źródeł ich finansowania można wnioskować, że wieloletni program „Senior-Wigor”/”Senior+” najczęściej inicjuje samo powstawanie nowych placówek zapewniających tego rodzaju dzienną opiekę i aktywizację, jednak ich dalsza bieżąca działalność najczęściej jest już finansowana ze wsparciem budżetu gminy (co może być związane z koniecznością zapewnienia trwałości projektu po jego zakończeniu).

Podstawowym wnioskiem, jaki nasuwa analiza przekazanych przez placówki danych finansowych z ostatnich 3 lat<sup>2</sup>, jest to, że koszt utrzymania placówek świadczących usługi dziennego wsparcia jest bardzo zróżnicowany i może

---

<sup>2</sup> Informacjami na temat średnich rocznych kosztów funkcjonowania w 2021 roku w nkiecie podzieliło się jedynie 78 placówek, w 2020 – 64, a w 2019 – 51. Co więcej brak informacji o czasie (ilości miesięcy) działania podmiotów w każdym z lat uniemożliwia obliczenie kosztu średniomiesięcznego, a same koszty roczne należy traktować raczej poglądowo, niż jako miarodajne źródło zestawień finansowych.

sięgać nawet kilku milionów złotych w skali roku. Dokładny koszt działania z dużym prawdopodobieństwem ma największy związek z liczbą miejsc w placówce oraz zakresem oferowanego przez nią wsparcia – brak jednak w badaniu danych umożliwiających potwierdzenie lub falsyfikację tych tez. Równie niepełne i trudne do pozyskania były szczegółowe informacje na temat kosztów utrzymania placówek, których przedstawiciele wzięli udział w wywiadach jakościowych.

Do elementów, które w największym stopniu wpływały/wpływają na koszt miejsca w placówce (elementy najbardziej kosztochłonne) badani zaliczyli koszty personelu (66,3%) oraz koszty utrzymania budynku/ lokalu (46,5%), a także, choć w dalszej kolejności: koszty posiłków dla uczestników przebywających w trybie dziennym (26,7%), koszty dowozu uczestników do i z placówki (23,8%) oraz koszty organizacji usług rekreacyjnych (22,8%). Jednocześnie, struktura poszczególnych kosztów różni się znacząco w różnych typach placówek, co wynika najprawdopodobniej z ich odmiennych profili działania.

Koszt personelu, koszty posiłków oraz dowozu uczestników zostały zaliczone do 3 najbardziej kosztochłonnych elementów częściej w przypadku dziennych domów pomocy, niż klubów samopomocy, a w przypadku klubów samopomocy częściej niż w DDP wymieniane natomiast były koszty usług rekreacyjnych i usług kulturalnych.

Koszty usług rekreacyjnych i usług kulturalnych nie zostały wymienione ani razu przez przedstawicieli niepublicznych placówek nie działających na zlecenie podmiotów publicznych, podczas gdy były wskazywane (od 16,2% do 35,7%) przez przedstawicieli placówek publicznych oraz placówek prowadzonych na zlecenie podmiotów publicznych. W podmiotach niepublicznych (nie na zlecenie p.p.) relatywnie wysoki jest także poziom istotności całodobowego pobytu uczestników, który był znacznie rzadszej wskazywany przez przedstawicieli pozostałych rodzajów placówek.

W przypadku placówek finansowanych ze środków gminy i Programu Senior-wigor/Senior +, największy udział budżecie mają koszty związane opłatami za personel, lokal, rekreację i kulturę, natomiast w przypadku placówek finansowanych RPO WM 2014-2020 są to wydatki przeznaczone na personel, posiłki, dowóz i lokal.

W opinii badanych większość kosztów związanych z utrzymaniem placówek dziennej pomocy ma charakter kosztów stałych, łatwych do przewidzenia. Jednocześnie placówki opieki dziennej boleśnie doświadczali w codziennym zarządzaniu finansami reprezentowanych placówek zmian gospodarczych zachodzących w Polsce i na świecie w ostatnim czasie, w efekcie których można spodziewać się w najbliższym czasie trudnych do przewidzenia zmian zarówno w ogólnej wysokości, jak i w strukturze kosztów utrzymania placówek.

Posiadanie stałego źródła finansowania jest podstawowym czynnikiem gwarantującym trwałość i płynność funkcjonowania placówki. Wydaje się, że kwestia pozyskiwania finansowania zewnętrznego (poza finansowaniem projektowym) zapewniającego trwałość i stabilność funkcjonowania placówek w okresach pozadotacyjnych, jest jedną z większych trudności w prowadzeniu podmiotów oferujących dzienne formy wsparcia.

W wielu placówkach pojawia się problem trudności i niedostatków finansowych uniemożliwiających realizację oferty w docelowym zakresie i na docelowym poziomie (tj. najlepiej, jak to możliwe). Dobrze obrazuje ten problem sytuacja placówek, w których, po zakończeniu okresu finansowania projektowego ze środków zewnętrznych, dochodzi do znacznego uszczuplenia oferty. Wydaje się, że w pierwszej kolejności zmniejszany jest wymiar i zakres dodatkowej terapii, materiałów plastycznych oraz zajęć rekreacyjnych i kulturalnych, w celu utrzymania jak najdłużej potrzebnej ilości np. rehabilitacji.



## 4.2 OFERTA BADANYCH PODMIOTÓW

Zdecydowana większość biorących udział w badaniu CAWI placówek oferuje miejsca dla grupy do 30 osób. Skala działania biorących udział w badaniu podmiotów jest jednak bardzo różnorodna. Największa z badanych placówek oferuje miejsca dla 100 osób, podczas gdy najmniejsza dla 8. Średnio każdy podmiot na analizowanym obszarze dysponuje niespełna 28 miejscami, mogąc łącznie objąć wsparciem 2802 osoby. Niemal jedna trzecia wszystkich wyżej wskazanych miejsc znajduje się w placówkach zlokalizowanych na terenie Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego (900 miejsc). Niewiele mniej, bo 30% (831 miejsc) dotyczy placówek mieszczących się na obszarze subregionu sądeckiego. Najmniejszą liczbą miejsc, jeśli chodzi o podział przestrzenny w województwie małopolskim, dysponują placówki z subregionu podhalańskiego.

Badane placówki świadczące usługi dziennego wsparcia są w zdecydowanej większości otwarte w ciągu roboczego tygodnia (w wybrane dni od poniedziałku do piątku), a nieczynne w weekendy. Ponad dwie trzecie z nich działa przez 5 dni w tygodniu w różnym wymiarze godzin, a co czwarta placówka jest czynna rzadziej. Spośród badanych 2 placówki nie funkcjonowały w ogóle w chwili realizacji badania, a 3 działały 7 dni w tygodniu (z czego 2 całodobowo).

Organizacja pracy badanych placówek pod względem godzin działania jest bardzo różnorodna. Godziny otwarcia – poza placówkami całodobowymi – wahają się od godziny 6 do 21. Najczęściej spotykane wśród badanych podmiotów są 8-godzinne dni pracy, w okolicach przedziału od 8:00 do 16:00 (u około jednej czwartej jednostek). Jednocześnie wydaje się, że ogólnie rzecz biorąc kluby samopomocy są aktywne krócej (przez mniejszą liczbę godzin w ciągu dnia lub mniejszą liczbę dni w tygodniu) niż dzienne domy pomocy. Częściej także funkcjonują popołudniami.



Do najczęściej udostępnianych przez placówki elementów oferty należą, dostępne w zdecydowanej większości, zajęcia integracyjne (82,2%), usługi kulturalne (81,2%), usługi rekreacyjno-turystyczne (78,2%) oraz terapia zajęciowa (72,3%). Dwie na trzy badane placówki oferują także pomoc w załatwianiu różnego rodzaju spraw (69,3%) oraz posiłek (60,4%). Do relatywnie dostępnych elementów oferty i usług należą także: usługi rehabilitacyjne (53,3%), opiekuńcze (47,5%), wsparcie psychologiczne (41,6%), dowóz uczestników (37,5%) oraz wsparcie dla ich rodzin (28,7%). Charakter usług niszowych (mało dostępnych) mają natomiast: mobilne usługi świadczone w miejscu zamieszkania uczestników, usługi krótkoterminowego całodobowego pobytu, pomoc w dokonaniu różnego rodzaju usług oraz napraw w domach uczestników oraz usługi teleopiekuńcze.

Zakres usług oferowanych przez placówki różni się w poszczególnych typach i rodzajach jednostek:

- domy dziennego pobytu mają szerszą ofertę niż kluby samopomocy,
- usługa krótkoterminowego całodobowego pobytu wydaje się charakterystyczna dla placówek niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotów publicznych,
- placówki finansowane z programów „Senior – Wigor”/ „Senior +” oraz RPO WM na lata 2014-2020, a przede wszystkim te finansowane ze środków prywatnych, mają bogatszą ofertę niż pozostałe,
- placówki znajdujące się w okresie trwałości projektu mają uboższą ofertę niż pozostałe.

Trzy na cztery biorące udział w badaniu CAWI placówki posiadały w swojej ofercie terapię zajęciową. W większości przypadków ma ona grupowy lub indywidualny i grupowy charakter. Najrzadziej występują placówki, które oferują wyłącznie terapię indywidualną – są to wyłącznie placówki publiczne. Do najczęściej oferowanych form terapii (75,3%) należy bez wątpienia arteterapia. Poza nią relatywnie popularne są ergoterapia (38,4%),

muzykoterapia i socjoterapia (po 27,4%) oraz terapia kulinarna (23,3%). Zwrócić należy jednak uwagę przede wszystkim na olbrzymią różnorodność form i rodzajów terapii zajęciowej dostępnych w placówkach wsparcia dziennego na terenie województwa małopolskiego.

Posiłki są dostępne w 61 placówkach, ale tylko 56 respondentów podzieliło się w ankiecie szczegółowymi informacjami na ich temat. W zdecydowanej większości z nich uczestnikom oferowany jest obiad (89,3%), a w następnej kolejności również śniadanie (42,9%). Prawie 80% placówek oferuje 2 (44,6%) albo 1 (33,9%) posiłek. Ilość i rodzaj posiłków uzależnione są przede wszystkim od czasu (zakresu godzin) funkcjonowania placówki.

Poziom zainteresowania uczestników poszczególnymi usługami wpływa na kształtowanie oferty usług dostępnych w reprezentowanej przez nich placówce. Chociaż zdaniem badanych każdy rodzaj oferowanych usług jest dla ich podopiecznych atrakcyjny, to za najatrakcyjniejsze uznano: terapię zajęciową oraz usługi rekreacyjno-turystyczne, a także posiłki. Żaden badany nie wskazał, jako atrakcyjnych dla odbiorców, usług teleopiekuńczych oraz pomocy w różnego rodzaju usługach i naprawach w domach uczestników, należy jednak pamiętać, że są to elementy oferty właściwie nie oferowane przez badane placówki.

W blisko niespełna 3 na 5 badanych placówek prowadzony jest monitoring satysfakcji/jakości usług (częściej w placówkach publicznych lub prowadzonych na zlecenie podmiotów publicznych). Wszyscy badani, którzy zdecydowali się ocenić wykorzystanie jego wyników, uważali, że wnioski z monitoringu są wykorzystywane do poprawy jakości usług oferowanych w placówce .

#### 4.3 PODOPIECZNI DDP I KLUBÓW SENIORA

Rozpoczęcie korzystania z oferty placówek dziennego wsparcia poprzedza proces kwalifikacyjny, który ma względnie uniwersalny charakter i obejmuje

potwierdzenie spełnienia przez potencjalnego podopiecznego kryteriów kwalifikacyjnych. Do najważniejszych grup korzystających z oferty placówek dziennej pomocy zaliczyć można: osoby starsze, osoby samotne, osoby mające trudności w zorganizowaniu sobie czasu wolnego oraz mające trudności z niektórymi czynnościami dnia codziennego. Liczną grupę podopiecznych stanowią także osoby z niepełnosprawnościami (najczęściej jest to: niepełnosprawność ruchowa oraz choroby neurologiczne (dotyczące układu nerwowego). Pomimo posiadanych trudności, podopieczni placówek opieki dziennej są osobami relatywnie samodzielnymi.

Aktualnie z oferty badanych placówek korzystało maksymalnie 130 osób, a minimalnie 4 osoby oraz w kilku placówkach w ogóle nie było uczestników - średnio 26,5 osób miesięcznie. Więcej podopiecznych średnio w miesiącu obejmowały wsparciem kluby samopomocy, mniej inne podmioty świadczące usługi dziennego wsparcia. Najliczniejsze grono podopiecznych deklarowali przedstawiciele placówek z subregionu sądeckiego, a mniej liczne subregionu podhalańskiego (różnica blisko 20 osób średnio na placówkę). Największe placówki, a jednocześnie także jedyne nie działające w chwili obecnej placówki, to te, których głównym źródłem finansowania są środki własne gminy.

W przypadku jednej na trzy placówki objęte badaniem osoby zainteresowane skorzystaniem z oferty, muszą oczekiwać na wolne miejsce. Częściej dotyczy to klubów samopomocy, placówek niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotów publicznych, placówek zlokalizowanych w subregionie tarnowskim oraz Małopolsce Zachodniej, a także finansowanych ze środków prywatnych oraz programów „Senior – Wigor”/ „Senior +” i środków własnych gminy. Czas oczekiwania na miejsce w placówce wynosi najczęściej do kilku miesięcy.

W 38 z badanych placówek w chwili realizacji badania funkcjonowały listy osób rezerwowych, oczekujących na wolne miejsce w placówce – potrafią one liczyć nawet do 50 osób oczekujących. W chwili realizacji badania na

wolne miejsce w placówce opieki dziennej (na listach rezerwowych) oczekiwały łącznie 393 osoby.

Zdaniem badanych, przeciętny czas korzystania ze wsparcia w reprezentowanych przez nich placówkach w miesiącach najczęściej wynosi do 12 miesięcy. Najwięcej długookresowych podopiecznych odnotowują placówki finansowane głównie ze środków własnych gminy (w większości nie jest w nich także formalnie określony maksymalny czas, przez jaki można korzystać ze wsparcia).

Określony formalnie maksymalny czas, przez jaki uczestnik może korzystać ze wsparcia występuje jedynie w 15 z analizowanych placówek. Najczęściej jest okres roku lub pół roku, rzadziej dłużej (np. dwa lata lub do zakończenia realizacji projektu).

Najczęstszą przyczyną zakończenia przez osobę korzystania ze wsparcia oferowanego w reprezentowanej przez nich placówce jest śmierć podopiecznego, rzadziej jego dobrowolna rezygnacja ze wsparcia, a co trzeci respondent wskazał także pandemię lub objęcie podopiecznego opieką przez placówkę sprawującą opiekę całodobową.

Jedynie jedna na pięć badanych placówek prowadzi monitoring sytuacji osób, które zakończyły udział we wsparciu. Najczęściej robią to placówki działające w Małopolsce Zachodniej (blisko 90%), a najrzadziej w subregionie podhalańskim (60,%). Częściej finansowane w ramach RPO WM 2014-2010, a rzadziej finansowane w ramach programów wieloletnich „Senior – Wigor”/ „Senior +”.

#### 4.4 ROZWÓJ USŁUG OPIEKI DZIENNEJ

Wśród uczestników rozmów jakościowych znaleźli się zarówno zwolennicy, jak i sceptycy systemu pomocy, w którym wszystkie osoby niesamodzielne mieszkają poza placówkami całodobowymi, bo w miejscu zamieszkania wspierane są

pakiem różnorodnych usług społecznych, medycznych i innych, także świadczonych przez dzienne placówki opieki.

Uczestnicy wywiadów jakościowych obwarowywali możliwość powstania takiego systemu licznymi warunkami, a respondenci w ankiecie CAWI raczej sceptycznie podchodzą do wizji funkcjonowania w Polsce w przyszłości systemu. Połowa z nich nie wyobraża sobie takiego systemu, co szósty nie ma na ten temat zdania, a jedynie jeden na trzech badanych widzi szanse dla jego rozwoju. Bardziej pozytywne są opinie badanych CAWI na temat posiadania w ofercie reprezentowanej przez nich placówki usług, które mogłyby być elementem takiego zdeinstytucjonalizowanego systemu.

Wyżej potencjał do rozwoju systemu zdeinstytucjonalizowanego oceniają placówki: działające poza ustawą o pomocy społecznej; niepubliczne, nie działające na zlecenie placówek publicznych; finansowane głównie w ramach RPO WM na lata 2014-2020; zlokalizowane na terenie Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego oraz Małopolski Zachodniej, niż na terenie innych subregionów. Z dużym prawdopodobieństwem ma to związek z odmienną specyfiką funkcjonowania i zakresem oferty poszczególnych podmiotów oraz różniącym się regionalnie otoczeniem społeczno-ekonomicznym.

Przedstawiciele dwóch na trzy badane placówki (62,4%) wskazali jako podstawę przyszłego rozwoju zdeinstytucjonalizowanego systemu opieki rozwój usług opiekuńczych, a rzadziej także: usług rehabilitacyjnych (41,6%) posiłków (39,6%) oraz terapii zajęciowej (33,7%).

Teleopieka, jako jeden z istotnych elementów deinstytucjonalizacji systemu opieki nad seniorami nie była w ankiecie CAWI oceniana bardzo wysoko. Pamiętać należy jednak, że respondenci mieli za zadanie oceniać potencjał usług dostępnych w reprezentowanych przez nich placówkach, a teleopieka jest usługą relatywnie mało dostępną. Wśród uczestników wywiadów jakościowych byli zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy takiej formy wsparcia.

Wśród najważniejszych determinantów teleopieki, jako skutecznego narzędzia wspierającego opiekę nad seniorami w ich środowisku wymienić należy:

- potencjalne niedopasowanie teleopieki, jako formy kontaktu zapośredniczonego i zdalnego, do przyzwyczajeń i potrzeb seniorów
- bariery mentalne i technologiczne w korzystaniu z nowoczesnych technologii przez seniorów
- konieczność przeszkolenia i oddelegowania do teleopieki osobnego personelu

Jedynie 19,8 % przedstawicieli badanych placówek dostrzega możliwości/potrzebę specjalizacji w pracy z wybranymi grupami odbiorców w swojej placówce. Częściej deklarowali to przedstawiciele: dziennych domów pomocy, placówek publicznych oraz niepublicznych nie działających na zlecenie podmiotów publicznych, placówek zlokalizowanych w Krakowskim Obszarze Metropolitalnym. Zdaniem większości z nich należy dążyć do specjalizacji z seniorami (z chorobami wieku senioralnego), rzadziej osobami niepełnosprawnymi oraz osobami z niepełnosprawnością intelektualną i osobami samotnymi.

W jednej na trzy placówki podejmowane są już działania zmierzające do specjalizacji w pracy z poszczególnymi grupami odbiorców. Ogólnie rzecz biorąc, zdaniem badanych są miejsca i środowiska, w których specjalizacja sprawdzi się i będzie efektywna (np. większe aglomeracje, w których istnieje kilka placówek, które mogą dostosować swoją ofertę do potrzeb konkretnych grup) oraz takie, w których nie znajdują one zastosowania (np. niewielkie placówki na słabo zaludnionych terenach, z których ze względów np. logistycznych korzystają osoby o bardzo zróżnicowanych charakterystykach i potrzebach).

## 4.5 WSPÓŁPRAC Z OPS/CUS

Blisko 70% placówek prowadzi współpracę z pracownikami OPS/CUS, z których kierowani są do nich uczestnicy wsparcia. Są to jednocześnie niemal wszystkie placówki, do których OPS/CUS kieruje podopiecznych.

Częściej współpracę taką podejmują: dzienne domy pomocy, placówki publiczne i niepubliczne działające na zlecenie placówek publicznych, placówki w subregionach sądeckim i tarnowskim. Rzadziej natomiast placówki finansowane ze środków prywatnych.

Współpraca placówek z OPS/CUS najczęściej obejmowała takie działania jak: wymiana informacji na temat sytuacji uczestnika wsparcia (wskazane przez 80% spośród przedstawicieli placówek, którzy deklarowali współpracę); współpraca przy kwalifikowaniu osoby do wszystkich usług wsparcia świadczonych w placówce (61,4%). W jednej na trzy placówki (34,3%) było to także monitorowanie sytuacji uczestnika przez pracowników socjalnych OPS/CUS, a w jednej na pięć (20%) współpraca przy kwalifikowaniu osoby do usług opiekuńczych świadczonych w placówce.

Ogólnie rzecz biorąc opinie o współpracy z OPS są raczej pozytywne, a wzajemne relacje pracowników placówek i OPS określane jako życzliwe i oparte na wzajemnej pomocy, pojawiły się jednak incydentalnie także opinie wskazujące na brak odpowiedniego zaangażowania pracowników OPS, nawet jeśli placówka wsparcia jest podmiotem publicznym, prowadzonym na podstawie ustawy o pomocy społecznej.



## 5 REKOMENDACJE

### REKOMENDACJA 1:

#### DYWERSYFIKACJA ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA PLACÓWEK, W TYM UWZGLĘDNIENIE PARTYCYPACJI UCZESTNIKÓW WSPARCIA W KOSZTACH USŁUG

Większość badanych placówek powstała w wyniku finansowania za pośrednictwem programów wsparcia, oferujących dotacje na ten cel. Źródła te najczęściej jednak inicjują tylko samo powstawanie nowych placówek oraz ich początkową działalność - dofinansowania są ograniczone czasowo trwaniem realizacji projektu, a ich dalsza bieżąca działalność najczęściej jest już finansowana ze wsparciem budżetu gminy, co w wielu przypadkach wiąże się niestety z koniecznością ograniczania zakresu dostępnej w tym podmiocie oferty wsparcia. Powyższe może stanowić utrudnienie, jeśli chodzi o planowanie działalności tego rodzaju placówek wspierających i aktywizujących seniorów.

Stworzenie systemowego wsparcia z pewnością zapewniłoby większą stabilność i trwałość instytucjonalną jednostek. Jednocześnie jednak rozwiązania systemowe i dofinansowania do działalności wydają się być jedynie doraźnym rozwiązaniem kłopotów wynikających z deficytów finansowych. Wydaje się także zasadne i potrzebne wzmocnienie kompetencji w zakresie pozyskiwania funduszy, jako działania przynoszącego, wprawdzie odroczone w czasie, ale wymierne korzyści.

Zasadne wydaje się w tym zakresie:

- upowszechnianie wiedzy na temat źródeł finansowania, z których mogą korzystać instytucje opieki dziennej;
- wsparcie kompetencyjne w zakresie pozyskiwania tych funduszy (np. szkolenia z pisania wniosków);



- wzmacnianie poczucia podmiotowej odpowiedzialności za funkcjonowanie placówki i jakość oraz obszerność oferty, bez opierania się wyłącznie na finansowaniu instytucjonalnym.

## REKOMENDACJA 2:

### STWORZENIE MODELOWEGO / PODSTAWOWEGO ZESTAWU USŁUG

Olbrzymia różnorodność w zakresie sposobów funkcjonowania placówek opieki dziennej wskazuje raczej na pewną przypadkowość, niż dywersyfikację ich oferty, a co za tym idzie także brak ujednoczonych i przestrzeganych standardów. Co więcej, obserwowany w wielu podmiotach kryzys oferty usług następujący po zakończeniu okresu finansowania, pokazuje, że często nie jest to oferta dobrze przemyślana i dostosowana do realnych możliwości jednostki oraz potrzeb jej podopiecznych. Obie te prawidłowości, w obliczu ogólnych deficytów w systemie usług społecznych oraz zmieniających się niekorzystnie warunków rynkowych i ekonomicznych prowadzą do konstatacji, że konieczne jest wypracowanie pewnych standardów w zakresie oferowanych usług.

Wydaje się, że najbardziej zasadne byłoby opracowanie i upowszechnienie modelu podstawowego funkcjonowania placówki opieki dziennej o zbilansowanym budżecie, w którym większy udział kosztów stałych (personel, lokal, jedzenie) pozwoli na względnie harmonijne i stałe działanie placówki, której oferta może być uzupełniana w chwilach dysponowania większym kapitałem.

Zgodnie z ustaleniami badania oferta taka powinna być skupiona na 3 fundamentalnych rodzajach usług: rehabilitacji, terapii zajęciowej i dostępności posiłków dla podopiecznych, wspieranych jedynie dodatkowymi działaniami kulturalnymi i rekreacyjnymi, tj. pozwolić na objęcie maksymalnie licznej grupy podopiecznych zestawem niezbędnych i realnie wpływających na ich sytuację usług.

Stanowiąc to będzie dodatkowo element sprawnego zarządzania opieką dzienną w skali całego województwa umożliwiając standaryzację, specjalizację oraz efektywizację całego systemu opieki dziennej.

### REKOMENDACJA 3:

#### KOORDYNACJA I CENTRALIZACJA ZARZĄDZANIA OFERTĄ PLACÓWEK

Wydaje się, że w chwili obecnej katalog usług i rozbudowanie oferty poszczególnych placówek opieki dziennej ma charakter uznaniowy i cechuje się dużą dozą dowolności. Jest to sytuacja o tyle niekorzystna, że nie pozwala na racjonalne zarządzanie całością oferty w regionie oraz dostosowanie jej do ogólnych potrzeb wszystkich mieszkańców województwa, a działania samych podmiotów na rzecz dostosowania oferty mają, siłą rzeczy, ograniczony lokalnie charakter.

W sytuacji uczynienia opieki dziennej wraz z usługami środowiskowymi fundamentami systemu usług społecznych konieczne wydaje się nie tylko podjęcie dogłębnej i precyzyjnej diagnozy realnych potrzeb osób niesamodzielnych (z uwzględnieniem ich regionalnego zróżnicowania), ale także stworzenie warunków umożliwiających dostosowanie oferty placówek, do wyników tej diagnozy.

### REKOMENDACJA 4:

#### STWORZENIE INSTYTUCJONALNYCH RAM ORAZ MECHANIZMÓW I NARZĘDZI DO EFEKTYWNEGO WŁĄCZENIA TELEOPIEKI DO OFERTY PLACÓWEK

Istotnym elementem wspierającym tworzenie systemu usług społecznych realizowanych w środowiskach osób niesamodzielnych powinna być teleopieka – niskokosztowy i łatwo dostępny mechanizm zwiększenia zakresu i intensywności opieki nad podopiecznym. Wydaje się jednak, że rozwiązanie to budzi niechęć i obawy przedstawicieli placówek opieki dziennej, które

tłumaczą oni nieadekwatnością tego rozwiązania do potrzeb i możliwości swoich podopiecznych.

Wydaje się, że konieczne jest w tej sytuacji stworzenie podstaw i płaszczyzny do wdrażania teleopieki poprzez między innymi:

- stworzenie i upowszechnienie narzędzi ułatwiających teleopiekę, np. poprzez dostosowanie dostępnych rozwiązań teleinformatycznych do potrzeb osób niesamodzielnych i seniorów, i upowszechnienie ich wśród przedstawicieli instytucji dziennej opieki;
- wpływanie na zmiany w wiedzy i świadomości przedstawicieli instytucji dziennej opieki oraz samych osób niesamodzielnych i ich rodzin w zakresie zasadności i adekwatności (w określonych sytuacjach) do potrzeb wielu osób niesamodzielnych.



## 6 SPIS TABEL I WYKRESÓW

### 6.1 SPIS TABEL

Tabela 1 Poziom samodzielności osób korzystających z oferty placówek [% osób wykonujących samodzielnie daną czynność] .....	51
---	----

### 6.2 SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Subregion działania badanych podmiotów .....	8
Wykres 2. Typ i rodzaj badanych podmiotów .....	9
Wykres 3. Podmiot prowadzący badane placówki .....	10
Wykres 4. Zasięg działania badanych placówek .....	11
Wykres 5. Dni tygodnia otwarcia badanych placówek .....	12
Wykres 6. Liczba dni w tygodniu otwarcia badanych placówek.....	12
Wykres 7. Liczba miejsc w badanych placówkach.....	13
Wykres 8. Deficytowi pracownicy placówek .....	14
Wykres 9. Warunki/okoliczności powstania placówki.....	16
Wykres 10. Główne źródło finansowania placówki .....	17
Wykres 12. Korzystanie z programów dofinansowujących przez placówki .....	19
Wykres 13. Elementy kosztochłonne wpływające na koszt miejsca w placówce .....	20
Wykres 14. Ocena kosztochłonności personelu w placówkach [% placówek]	22
Wykres 15. Elementy oferty wsparcia w placówkach [% placówek].....	30
Wykres 16. Terapia zajęciowa w badanych placówkach.....	31
Wykres 17. Formy i rodzaje terapii zajęciowej w placówkach [% placówek które prowadzą terapię zajęciową] .....	32
Wykres 18. Wyżywienie w badanych placówkach .....	33
Wykres 19. Najbardziej atrakcyjne elementy oferty placówek .....	38

Wykres 20. Wpływ zainteresowania usługami na kształtowanie się oferty placówek .....	39
Wykres 21. Charakterystyka osób korzystających z placówek [% placówek] ...	47
Wykres 22. Średni udział poszczególnych grup wśród osób korzystających z placówek [% wszystkich korzystających] .....	49
Wykres 23. Przeciętny czas korzystania ze wsparcia w placówkach .....	54
Wykres 24. Przyczyny zakończenia korzystania ze wsparcia w placówce .....	56
Wykres 25. Ocena możliwości deinstytucjonalizacji form opieki całodobowej	63
Wykres 26. Posiadanie w ofercie DDP/KS usług wspierających deinstytucjonalizację opieki całodobowej .....	63
Wykres 27. Usługi kluczowe dla budowania zdeinstytucjonalizowanego systemu opieki [% wskazań] .....	64
Wykres 28. Usługi kluczowe dla budowania zdeinstytucjonalizowanego systemu opieki [ocena poziomu istotności] .....	66
Wykres 29. Specjalizacja w pracy z wybranymi grupami odbiorców – grupy ...	69
Wykres 30. Współpraca z OPS/CUS, z których kierowani są uczestnicy wsparcia .....	72
Wykres 31. Zakres współpracy placówki ze współpracownikami OPS/CUS .....	73