



## potencjał domów pomocy społecznej do świadczenia usług środowiskowych w województwie łódzkim

Publikacja została opracowana w ramach projektu pn.: „Działanie FELD.10.01 Pomoc Techniczna EFRR na rok 2024” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

Raport końcowy z realizacji umowy nr 4/FEŁ.DBA/2023 na świadczenie usługi wykonania prac naukowo-badawczych celem przeprowadzenia badania naukowego pn. „Potencjał domów pomocy społecznej do świadczenia usług środowiskowych w województwie łódzkim”.

Praca zbiorowa

**Zespół badawczy Wykonawcy badania oraz autorzy raportu:**

dr Andrzej Kacprzak (Uniwersytet Łódzki)

mgr Maciej Mroczek – koordynator badania

dr hab. Piotr Plichta prof. UWr (Uniwersytet Wrocławski)

dr Jagoda Przybysz

**Zespół badawczy po stronie Zamawiającego:**

Anna Bujwicka

Marta Beczkowska

Magdalena Błaszczyk

Kamila Brzezińska-Krakowiak

Joanna Czechowska

Joanna Dytrych

Maciej Tomczak

Edyta Żmurkow

**Opracowanie, korekta graficzna, skład:**

Edyta Wojciechowska-Jadczak E-BIT

ul. Kołowa 42

03-536 Warszawa

**Zdjęcie na okładce:**

[www.pixabay.com](http://www.pixabay.com)

ISBN e-book PDF 978-83-970325-6-9

ISBN e-book EPUB 978-83-970325-7-6

ISBN e-book MOBI 978-83-970325-8-3

Publikacja bezpłatna

**Wydawca:**



Regionalne Centrum Polityki Społecznej

w Łodzi

Jednostka Organizacyjna

Samorządu Województwa Łódzkiego

ul. Snycerska 8, 91-302 Łódź

tel. 42 203 48 00, 42 203 48 01,

fax 42 203 48 17

[www.rcpslodz.pl](http://www.rcpslodz.pl)

e-mail: [info@rcpslodz.pl](mailto:info@rcpslodz.pl)

© Copyright by Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi

Kopiowanie i rozpowszechnianie tylko z podaniem źródła.

Druk publikacji współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

---

**potencjał domów pomocy społecznej  
do świadczenia usług środowiskowych  
w województwie łódzkim**

---

# spis treści

<b>1. Wstęp</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Kontekst teoretyczny</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Wyniki badania</b> .....	<b>10</b>
3.1. Inwentaryzacja zasobów badanych DPS-ów – ocena potencjału do realizacji usług środowiskowych .....	10
3.1.1. Zasoby kadrowe badanych DPS-ów .....	16
3.1.2. Zasoby lokalowe i rzeczowe.....	34
3.1.3. Zasoby finansowe.....	39
3.2. Identyfikacja i opis potrzeb DPS-ów w zakresie świadczenia usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej.....	44
3.2.1. Usługi środowiskowe aktualnie realizowane.....	44
3.2.2. Potrzeby DPS-ów w zakresie wdrażania usług środowiskowych .....	46
3.2.3. Kategoryzacja potrzeb w zależności od typu i specyfiki DPS-u .....	58
3.3. Czynniki sprzyjające i ograniczające realizację usług środowiskowych przez DPS-y – oczekiwania DPS-ów wobec instytucji zarządzającej FEŁ 2027 i władz samorządowych.....	62
<b>4. Wnioski</b> .....	<b>68</b>
<b>5. Rekomendacje</b> .....	<b>71</b>
<b>6. Aneks – katalog usług</b> .....	<b>75</b>
<b>7. Cytowana literatura</b> .....	<b>106</b>

# 1. wstęp

Wobec nasilającego się procesu starzenia się populacji istnieje potrzeba rozwinięcia usług społecznych dla starszych grup ludności, osób z niepełnosprawnościami i tych w kryzysie zdrowia psychicznego. Jednocześnie proces deinstytucjonalizacji wymaga przekształcenia oferty usług i skoncentrowania się na charakterze podmiotowym i środowiskowym, co ogranicza rozwój całodobowej opieki instytucjonalnej. W ramach polityki regionalnej konieczne jest dokładne zrozumienie potrzeb instytucji jako potencjalnych źródeł sieci usług społecznych, co jest kontynuacją idei wywodzących się z dokumentów Unii Europejskiej i polskiego prawa. Istniejące domy pomocy społecznej (DPS) świadczące długoterminową opiekę całodobową stoją w sprzeczności z ideą deinstytucjonalizacji, jednak mogą ewoluować w kierunku podejścia podmiotowego, inkluzywnego. Niemniej wymaga to dogłębnej analizy potencjału i potrzeb DPS-ów, co stanowi motywację dla prowadzenia badań nad tymi placówkami w województwie łódzkim.

Badanie pn. *Potencjał domów pomocy społecznej do świadczenia usług środowiskowych w województwie łódzkim* wpisuje się w ramy stosowanego w naukach społecznych paradygmatu *action research*, który po stronie praktycznej powiązany jest z tzw. *evidence-based policy* (tj. polityki publicznej bazującej na dowodach). Zgodnie z tym podejściem, celem badania jest dostarczenie decydom informacji potrzebnych w kształtowaniu polityki społecznej i innych polityk publicznych.

Głównym celem badania było oszacowanie potencjału oraz diagnoza potrzeb domów pomocy społecznej działających na terenie województwa łódzkiego, w kontekście możliwego rozszerzenia ich oferty o świadczenie usług środowiskowych, zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji. Badaniem objęto 62 z 69 DPS-ów funkcjonujących na terenie województwa łódzkiego.

Analiza zebranego materiału empirycznego została wykonana w oparciu o wyznaczone przez zamawiającego cele szczegółowe i obejmuje:

- inwentaryzację zasobów DPS-ów;
- identyfikację i opis potrzeb DPS-ów w zakresie świadczenia usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej oraz identyfikację innych, potencjalnie ważnych obszarów potrzeb;

- identyfikację istniejących czynników rzeczywistych i potencjalnych sprzyjających i ograniczających realizację usług środowiskowych przez DPS-y;
- kategoryzację potrzeb w zależności od typu i specyfiki DPS-u;
- rekomendacje dla decydentów, kształtowania polityki społecznej.

Ponadto w ramach prac badawczych opracowano model zasobów niezbędnych do świadczenia wybranych usług środowiskowych.

Analizę danych poprzedza krótkie wprowadzenie teoretyczne na temat procesów deinstytucjonalizacji domów pomocy społecznej.

## 2. kontekst teoretyczny

Domy pomocy społecznej pozostają ważną formą świadczenia wsparcia osobom potrzebującym opieki, w szczególności osobom starszym i osobom z przewlekłymi chorobami lub niepełnosprawnościami. Odpowiadają na procesy zachodzące we współczesnych społeczeństwach, zwłaszcza zmiany strukturalne rodziny oraz zmiany krajobrazu opieki zdrowotnej (Iwanowska i Józwiak 2017: 7-12; Cherchowska 2017: 123-126). Celem ich działalności jest zapewnienie opieki nad osobami zależnymi wymagającymi całodobowej opieki medycznej i pomocy w codziennych czynnościach. Placówki te spełniają szereg funkcji, takich jak: zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa dla osób o złożonych potrzebach medycznych, a także odpoczynku dla opiekunów rodzinnych, zagwarantowanie bezpieczeństwa, pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, świadczenie opieki paliatywnej i u schyłku życia dla osób nieuleczalnie chorych, opieki geriatrycznej, zaspokajanie potrzeb medycznych, emocjonalnych i społecznych związanych ze złożonymi problemami zdrowotnymi i niepełnosprawnością, prowadzenie zajęć rekreacyjnych i towarzyskich w celu zapewnienia dobrostanu psychicznego i emocjonalnego mieszkańców (Niedbalski 2013; Stolińska-Pobrala 2014: 109; Piskozub 2020: 11-13).

Należy jednak zaznaczyć, że chociaż domy pomocy społecznej w Polsce wciąż odgrywają kluczową rolę w ciągłości i kompleksowości opieki, współcześnie coraz większy nacisk kładzie się na alternatywne modele, takie jak opieka domowa i usługi środowiskowe, promujące indywidualną autonomię i niezależność osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się zmianę paradygmatu świadczenia opieki nad osobami zależnymi w kierunku realizacji usług środowiskowych, czyli tzw. deinstytucjonalizacji (Reinharz i in. 2000; Stuart i Weinrich 2001; Kane 2010; Davis i in. 2012; Salime i in. 2022). Celem tego procesu jest rozwijanie domów pomocy społecznej w kierunku modelu skoncentrowanego na jednostce nie tylko w ramach rozwoju systemu opieki nad osobami zależnymi, opartego na działaniach prowadzonych w społecznościach lokalnych, ale również zmianę funkcjonowania instytucji, które powinny rozwijać model skoncentrowany na jednostce (Stuart i Weinrich 2001; Niedbalski 2013; Salime i in. 2022).

Koncepcja deinstytucjonalizacji jest zatem ukierunkowana na stwarzanie możliwości funkcjonowania w środowiskach promujących autonomię, godność i integrację ze społecznością. Obecnie w Polsce zdecydowano się na zachowanie DPS-ów jako instytucji

świadczących wsparcie w dotychczasowej formie, jednak przy założeniu, że będzie ono poszerzane o usługi świadczone w środowisku lokalnym, co pozwoli na promowanie autonomii osób wspieranych oraz ich integrację ze społecznością. Dominuje w tym kontekście przekonanie, że rozwijanie usług środowiskowych pozwala na bardziej spersonalizowane i elastyczne podejście do opieki, dostosowane do unikalnych potrzeb i preferencji świadczeniobiorców (Kane 2010; Jeleniewska i Baranowski 2021; Salime i in. 2022; por. Szluz 2010: 287-289; Szatur-Jaworska i Błędowski 2016).

*Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności* definiują deinstytucjonalizację jako „proces rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej” (*Ogólnoeuropejskie wytyczne* 2012: 10). Kluczowe w tym świetle aspekty procesu obejmują rozwój alternatyw opartych na społeczności, wzmocnienie roli usług wspierających oraz ewoluujący charakter opieki w zbliżonych do domowych warunkach, mających sprzyjać poprawie jakości życia mieszkańców.

Deinstytucjonalizacja domów pomocy społecznej jest coraz powszechniej postrzegana jako pozytywny trend, na co składa się kilka istotnych treści, jakie ze sobą niesie ów paradygmat. Są to m.in. (Stuart i Weinrich 2001; Kane 2010; Davis i in. 2012; Jeleniewska i Baranowski 2021; Salime i in. 2022):

- Promowanie indywidualnej autonomii – podkreśla znaczenie indywidualnej autonomii i niezależności. Pozwala świadczeniobiorcom zwiększyć kontrolę nad ich warunkami życia, codziennymi czynnościami i procesami decyzyjnymi. Jest też perspektywą promującą prawa człowieka, podkreślającą godność osób z niepełnosprawnościami, starszych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Ma na celu wyeliminowanie niepotrzebnej segregacji i promowanie integracji w szerszej społeczności.
- Integracja społeczna – przebywanie w środowisku domowym lub podobnym do domowego przyczynia się do lepszego samopoczucia emocjonalnego i poczucia przynależności. Usługobiorcy mogą uczestniczyć w lokalnych zajęciach, wchodzić w interakcje z sąsiadami i utrzymywać kontakty społeczne, co nieraz ma kluczowe znaczenie dla ich dobrostanu psychicznego.
- Opieka skoncentrowana na osobie – niesie ze sobą również zmianę z bardziej standaryzowanego modelu opieki w stronę opieki skoncentrowanej na indywidualnym przypadku. Podejście to uznaje i szanuje unikalne potrzeby, preferencje i wartości każdej osoby, pozwalając na adekwatne dostosowanie oferty pomocowej.
- Postęp w opiece zdrowotnej i technologii – promuje innowacyjne rozwiązania medyczne i tym samym napędza rozwój nowoczesnych rozwiązań technologicznych, takich jak telemedycyna, systemy wspomagające, robotyka itd.

- Opłacalność – podczas gdy początkowe koszty rozwijania usług środowiskowych przez DPS-y mogą wiązać się z inwestycjami, w dłuższej perspektywie świadczenie usług w lokalnej społeczności często uważane jest za bardziej opłacalne niż całodobowa długoterminowa opieka instytucjonalna. Zapobieganie niepotrzebnej instytucjonalizacji i hospitalizacji może, innymi słowy, prowadzić do oszczędności w wydatkach na opiekę zdrowotną.

W ostatnich latach Komisja Europejska oraz inne instytucje Unii Europejskiej wyraźnie wspierają kierunek deinstytucjonalizacji usług społecznych. Nowa Agenda unijna szczególnie podkreśla konieczność inwestowania w usługi społeczne oraz implementację rozwiązań deinstytucjonalizacyjnych. Środki finansowe z funduszy polityki spójności UE będą przeznaczone na ten cel. Doświadczenia związane z już realizowanymi procesami deinstytucjonalizacji, takimi jak np. piecza zastępcza czy tworzenie mieszkań chronionych i wspomaganych oraz rozwój środowiskowych usług opiekuńczych, wskazują na słuszność tego kierunku. Opracowany przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej dokument pt. *Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* określa główne kierunki rozwoju usług społecznych, jednocześnie podkreślając, że proces deinstytucjonalizacji usług społecznych jest długotrwały i stawia wiele wyzwań przed administracją centralną i samorządową.

Tworzenie oraz wprowadzanie w życie lokalnych i regionalnych planów deinstytucjonalizacji usług stanowi istotny aspekt wynikający z *Umowy Partnerstwa na rzecz realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce z dnia 30 czerwca 2022 roku*. Realizacja tych planów będzie wspierana za pomocą środków z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, aby zagwarantować ich jak najskuteczniejsze wdrożenie. Najważniejszym źródłem finansowania działań realizowanych w ramach planu regionalnego są środki z funduszy europejskich: w ramach programu regionalnego *Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 (FEŁ 2027)* oraz krajowego programu *Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027*.

Niniejszy raport ma na celu przedstawienie potencjału oraz zasobów domów pomocy społecznej zlokalizowanych na terenie województwa łódzkiego, aby naświetlić ich potrzeby w kontekście procesu rozwijania zasobu usług środowiskowych oraz dostarczyć praktycznych rekomendacji osobom projektującym politykę społeczną dla zapewnienia najwyższej jakości opieki klientom domów pomocy społecznej.

## 3. wyniki badania

### 3.1. inwentaryzacja zasobów badanych dps-ów - ocena potencjału do realizacji usług środowiskowych

Założeniem badania było przeprowadzenie ankiet z przedstawicielami wszystkich domów pomocy społecznej działających na terenie województwa łódzkiego (zgodnie z rejestrem prowadzonym przez Wojewodę Łódzkiego z dn. 31.08.2023 r.). Łącznie na terenie województwa działa 69 placówek, w tym 54 publiczne i 15 prywatnych. Ostatecznie badaniem objęto 61 domów pomocy społecznej DPS-ów: 9 prywatnych i 52 państwowe. Należy jednak dodać, iż w analizach statystycznych uwzględnione są 62 placówki, ponieważ osobno traktowana jest filia w Rożdżalach będąca oddziałem Domu Pomocy Społecznej w Sieradzu. Badane placówki są zlokalizowane na terenie następujących powiatów:

- powiat bełchatowski: 3 placówki
- powiat brzeziński: 2 placówki
- powiat kutnowski: 6 placówek
- powiat łaski: 1 placówka
- powiat łęczycki: 2 placówki
- powiat łowicki: 1 placówka
- powiat łódzki-wschodni: 2 placówki
- m. Łódź: 13 placówek
- powiat opoczyński: 2 placówki
- powiat pabianicki: 1 placówka
- powiat pajęczański: 1 placówka
- powiat piotrkowski: 3 placówki
- m. Piotrków Trybunalski: 1 placówka
- powiat poddębicki: 1 placówka
- powiat radomszczański: 4 placówki
- powiat sieradzki: 5 placówek (w tym filia)
- m. Skierniewice: 1 placówka

- powiat tomaszowski: 3 placówki
- powiat wieluński: 3 placówki
- powiat wieruszowski: 1 placówka
- powiat zduńskowolski: 2 placówki
- powiat zgierski: 4 placówki

W badaniu nie wzięło udziału 8 placówek, w tym 2 placówki publiczne i 6 prywatnych. Podmioty, które odmówiły udziału w badaniu, stanowiły 10% ogółu zakładanej próby, a najczęstszym powodem odmowy był brak czasu związany z okresem przedsięwzięcym, w którym realizowane było badanie.

Badanie pn. *Potencjał domów pomocy społecznej do świadczenia usług środowiskowych w województwie łódzkim* zostało przeprowadzone w grudniu 2023 r. za pomocą bezpośredniego indywidualnego wywiadu kwestionariuszowego (PAPI) z przedstawicielami ww. placówek. Dodatkowo, przed przystąpieniem do badania ankieterzy zostali poproszeni o wypełnienie karty oceny dotyczącej każdego z badanych DPS-ów. Ich zadaniem było sformułowanie ogólnych ocen na temat położenia DPS-ów objętych badaniem ze względu na ich odległość od centrum miasta, jak również na temat stanu ich infrastruktury oraz udogodnień komunikacyjnych bądź też ich braku. Oceny te wskazują, że 21 z objętych badaniem placówek mieści się w centrach miast, 15 leży na przedmieściach, 14 jest zlokalizowanych w zabudowanych terenach wiejskich, zaś 12 w terenach wiejskich niezabudowanych (Wykres 1).

### Wykres 1. Położenie budynku DPS – ocena ankietera

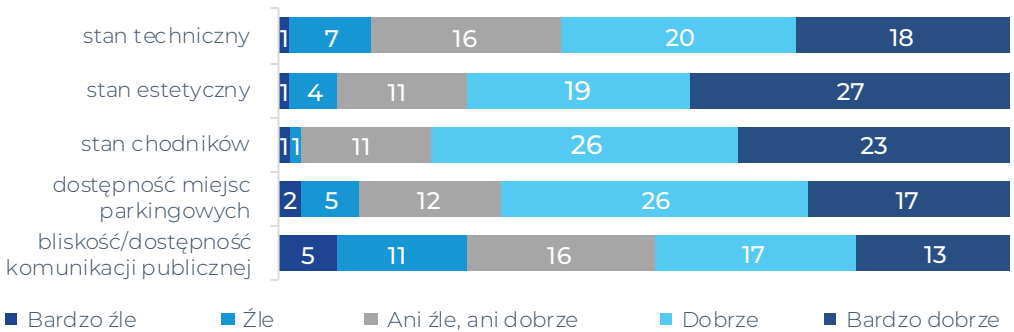


Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Stan techniczny budynków, w których mieszczą się badane DPS-y, był przez ankieterów oceniany na ogół pozytywnie lub neutralnie. Zła ocena dotyczy w tym kontekście 8 placówek. Również w odniesieniu do stanu estetycznego badanych instytucji oraz stanu chodników wokół nich dominują oceny pozytywne. Większość DPS-ów dysponuje

miejscami parkingowymi, choć należy zaznaczyć, że 7 placówek zostało pod tym względem ocenionych negatywnie.

## Wykres 2. Stan i położenie budynku DPS – ocena ankietera



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Niepokojąca może być zwłaszcza sytuacja, w której dostępność komunikacji miejskiej w okolicy DPS-u jest ograniczona. Zgodnie z ocenami ankieterów, jest to problemem 16 z badanych placówek, co dotyczy przede wszystkim tych spośród nich, które są zlokalizowane na niezabudowanych terenach wiejskich. Drugie tyle zostało ocenionych neutralnie („ani dobrze, ani źle skomunikowane”).

Odpowiedzi na pytania kwestionariuszowe były udzielane przez dobrze zorientowanych w działalności swoich placówek pracowników (najczęściej dyrekcję) DPS-ów działających na terenie województwa łódzkiego. Tabela 1 zawiera zbiorcze zestawienie danych pozyskanych podczas wywiadów kwestionariuszowych na temat liczby miejsc oraz liczby mieszkańców w domach pomocy społecznej w województwie łódzkim według typu placówki.

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (art. 56), ze względu na stan zdrowia, stopień niepełnosprawności oraz wiek klientów domy pomocy społecznej mogą być przeznaczone dla:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekle somatycznie chorych;
- osób przewlekle psychicznie chorych;
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie;
- osób uzależnionych od alkoholu.

Ponadto w jednym budynku może być prowadzony dom pomocy społecznej przeznaczony łącznie dla (art. 56a):

- osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych;
- osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;

- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Na terenie województwa łódzkiego blisko co trzeci dom pomocy społecznej przeznaczony jest dla osób przewlekle somatycznie chorych. Jest ich łącznie 18. Na 2123 miejsca, które zliczono sumarycznie na podstawie pozyskanych danych (średnio 118 na DPS), obecna liczba mieszkańców wynosi 1967 (średnio 109 osób), przy czym w największym DPS-ie tego typu w województwie obecny stan zakwaterowania to 524 osoby na 596 miejsc. Na zakwaterowanie w DPS-ach tego typu na terenie województwa oczekują łącznie 43 osoby.

Drugim najczęstszym przeznaczeniem DPS-ów jest pomoc dla osób przewlekle psychicznie chorych. W województwie łódzkim funkcjonuje 16 tego typu placówek, w których obecnie zakwaterowanych jest 1837 osób (tj. średnio 115) na 1858 miejsc (średnio 116). Na liście oczekujących było w momencie badania 41 osób. Największa tego typu placówka dysponuje 162 miejscami. W momencie realizacji badania wszystkie były zajmowane przez pensjonariuszy.

Trzecim najczęstszym typem DPS-ów w województwie łódzkim są placówki łączone, przeznaczone dla osób w podeszłym wieku oraz dla osób przewlekle somatycznie chorych. W momencie przeprowadzania badania funkcjonowało ich 13, ze średnią liczbą 86 mieszkańców na 85 miejsc.

Pośród 62 objętych badaniem domów pomocy społecznej 5 jest przeznaczonych *stricte* dla osób w wieku senioralnym. Dysponują one łącznie 302 miejscami (średnio 60,4), z których w momencie realizacji badania zajętych było 267 (średnio 53,4). Zgodnie ze wskazaniami pracowników tych placówek łącznie oczekujących na zakwaterowanie w nich było 18 osób, przy czym dotyczyło to tylko dwóch DPS-ów.

Na terenie województwa działa również 6 placówek przeznaczonych dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dysponujących łącznie 452 miejscami (średnio 75,3 miejsc w placówce), przy średnim kwaterunku 73 osób (łącznie 438). 16 osób oczekuje na zakwaterowanie.

Ponadto w badaniu wzięły udział 2 domy pomocy społecznej dla osób dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie o łącznej liczbie 213 miejsc i pełnym zakwaterowaniu, przy czym na przyjęcie do jednej z tych placówek oczekiwało 30 osób.

Pozostałe 2 domy pomocy społecznej są przeznaczone: dla osób przewlekle psychicznie chorych, osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (jedna placówka dysponująca 127 miejscami, z których 3 były w momencie badania wolne), oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (jedna placówka tego typu z 49 miejscami, wszystkimi zajętymi).

W województwie łódzkim nie funkcjonują natomiast domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób niepełnosprawnych fizycznie ani dla uzależnionych od alkoholu. Dlatego też w dalszej części nie będą one prezentowane w tabelach i na wykresach.

**Tabela 1. Ogólna liczba miejsc oraz mieszkańców w DPS-ach wg typu**

Typ placówki	Liczba placówek	Liczba miejsc	Maksimum	Minimum	Średnia	Liczba mieszkańców	Maksimum	Minimum	Średnia
Dla osób w podeszłym wieku	5	302	116	20	60	267	95	16	53
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	13	1106	200	21	85	1078	190	21	86
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	18	2123	596	31	118	1967	524	31	109
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	16	1858	162	37	116	1837	162	37	115
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	127	-	-	-	124	-	-	-
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	6	452	130	14	75	438	125	14	73
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	2	213	178	35	107	213	178	35	107
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	49	-	-	-	49	-	-	-
Dla osób niepełnosprawnych fizycznie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dla osób uzależnionych od alkoholu	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Kolejne zestawienie dotyczy liczby mieszkańców zaliczających się do trzech kategorii wiekowych: 0-9 lat, 10-17 lat i 18-24 lata. Zebrane na ten temat dane prezentuje Tabela 2.

**Tabela 2. Ogólna liczba mieszkańców w przedziale wiekowym 0-24 lata wg typu DPS-u**

Typ placówki	0-9 lat	10-17 lat	18-24 lata	Maksimum	Minimum	Liczba placówek
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	0	0	157	82	75	2
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	0	0	44	37	1	8
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	4	-	-	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	5	2	1	3
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6	4	15	1	9	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	2	3	8	-	-	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Dwie pierwsze grupy wiekowe są wśród mieszkańców badanych DPS-ów bardzo nieznaczne. Zgodnie z prawem dotyczącym wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej tak małe dzieci nie mogłyby zostać umieszczone w instytucjach (pieczy zastępczej) prowadzonych na podstawie ustawy z dn. 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Niestety, w przypadku DPS-u nie ma takich ograniczeń, co budzi obawy o możliwość wykorzystywania tej luki w przypadku braku miejsc w systemie pieczy zastępczej. W dwóch DPS-ach przeznaczonych dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie zakwaterowanych jest sześćcioro dzieci w wieku 9 lat lub młodszych oraz czworo w przedziale wiekowym 10-17 lat. W jednej placówce przeznaczonej wyłącznie dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie przebywa odpowiednio: dwoje i troje dzieci w tych przedziałach wiekowych.

W objętych badaniem DPS-ach przebywały łącznie 233 osoby w wieku od 18 do 24 roku życia, najwięcej z nich – w dwóch placówkach dla osób przewlekle somatycznie

chorych (157 mieszkańców). Z danych wynika, że drugim typem DPS-ów pod względem liczebności osób z tej grupy wiekowej są placówki przeznaczone dla osób przewlekłe psychicznie chorych. W ośmiu takich placówkach przebywały 44 osoby w tym wieku. Należy jednak zauważyć, że aż 37 z nich mieszkało w jednej placówce, co oznacza, że w pozostałych siedmiu przebywała jedna osoba z tej grupy wiekowej. Pozostałe placówki według liczebności mieszkańców w tym wieku (malejąco) przedstawiają się w sposób następujący: 15 osób mieszkało w dwóch placówkach dla osób dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie; 8 osób w jednej placówce przeznaczonej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie; 5 osób w trzech domach dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; 4 osoby w jednej placówce łączonej dla osób przewlekłe psychicznie chorych oraz osób dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

### 3.1.1. zasoby kadrowe badanych dps-ów

Zestawienia danych w niniejszej sekcji odnoszą się do zasobów kadrowych objętych badaniem DPS-ów. Ankietowani określili je w odniesieniu do następujących kategorii zawodowych:

- pielęgniarki,
- pracownicy socjalni,
- rehabilitanci,
- terapeuci (w tym fizjoterapeuci i psychoterapeuci),
- opiekunowie,
- pracownicy administracji,
- pracownicy gospodarczy i obsługi (w tym pracownicy kuchni i kierowcy).

Żaden DPS nie zatrudnia lekarza – są oni zatrudniani przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Mieszkańcy są dowożeni do ośrodków zdrowia lub przyjmowani w DPS-ach przez lekarzy podczas ich dyżurów (dyżur rozumiany jako czas poświęcony na przyjmowanie pacjentów na terenie DPS-u).

Zanim przejdziemy do szczegółowego omówienia zatrudnienia specjalistów w DPS-ach według ich profilu działalności, przyjrzyjmy się danym na temat ich zatrudnienia w placówkach państwowych (Tabela 3.1) i prywatnych (Tabela 3.2).

Ogółem, liczba zatrudnionych specjalistów kształtuje się korzystniej na rzecz 9 objętych badaniem DPS-ów niepublicznych, o czym świadczy wskaźnik liczby mieszkańców przypadających na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty. Jest on w większości przypadków mniejszy właśnie w placówkach prywatnych, co oznacza, że specjaliści ci mogą w większym stopniu odpowiadać na indywidualne potrzeby mieszkańców i tym samym zapewniać im wyższej jakości opiekę i wsparcie, dzięki mniejszemu obciążeniu pracą. Warto zaznaczyć, że dodatkowa liczba pełnoetatowych pracowników może umożliwiać domowi pomocy społecznej oferowanie zróżnicowanych usług i programów, które nie tylko odpowiadają na różnorodne potrzeby

i preferencje mieszkańców, a także poszerzać ofertę placówki, np. poprzez świadczenie usług środowiskowych. Szczególnie zauważalny dysonans zatrudnienia pełnoetatowego między placówkami publicznymi a prywatnymi dotyczy rehabilitantów. We wszystkich DPS-ach publicznych zatrudnionych jest na pełen etat jedynie 5 takich specjalistów (ponadto 1 na niepełnym etacie i 6 nieetatowo), co po uwzględnieniu łącznej liczby mieszkańców tych placówek oznacza, że na 1 rehabilitanta przypada aż 1051 pensjonariuszy. W placówkach prywatnych wskaźnik ten kształtuje się na poziomie 74. Korzystniejsze dla sektora prywatnego wskaźniki dotyczą również zatrudnienia pielęgniarek (16 mieszkańców na specjalistkę, zaś w publicznych – 24) i terapeutów (14 w prywatnych, 26 w publicznych), w tym zarówno fizjoterapeutów (odpowiednio: 57 i 96), jak i psychoterapeutów (106 i 233). W objętych badaniem 53 DPS-ach państwowych zatrudnionych jest natomiast więcej osób na stanowiskach pracownika socjalnego (46 pensjonariuszy na specjalistę na pełnym etacie), ale także kadry technicznej: pracowników administracji, pracowników gospodarczych i obsługi, pracowników kuchni oraz kierowców. Prawdopodobnie tę można tłumaczyć tym, że placówki publiczne są na ogół znacznie większe, zarówno pod względem powierzchni, jak i liczby mieszkańców. Utrzymanie budynku oraz konieczność zabezpieczenia podstawowych potrzeb mieszkańców wymagają w pierwszej kolejności zatrudnienia większej liczby pracowników technicznych. W obu typach placówek najliczniejszą część kadry stanowią opiekunowie. W przeliczeniu na pełne etaty na 1 takiego specjalistę przypada 4 pensjonariuszy.

**Tabela 3.1. Ogólna liczba osób zatrudnionych w państwowych DPS-ach**

Pracownicy	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nieetatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty
Pielęgniarki	189	98	44	5601	238	24
Pracownicy socjalni ogółem	116	13	2	5601	121	46
Rehabilitanci	5	1	6	5601	5	1051
Terapeuci	210	21	11	5601	217	26
Fizjoterapeuci	55	8	4	5601	58	96
Psychoterapeuci	21	7	4	5601	24	233
Opiekunowie	1391	66	10	5601	1419	4
Pracownicy administracji	385	35	2	5601	400	14
Pracownicy gospodarczy i obsługi	871	31	2	5601	879	6
Pracownicy kuchni	254	6	2	5601	256	22
Kierowcy	53	4	0	5601	55	102

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

**Tabela 3.2. Ogólna liczba zatrudnionych w prywatnych DPS-ach**

Pracownicy	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nieetatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty
Pielęgniarki	16	13	9	372	23	16
Pracownicy socjalni ogółem	5	3	1	372	7	56
Rehabilitanci	5	0	1	372	5	74
Terapeuci	25	9	12	372	27	14
Fizjoterapeuci	5	4	1	372	7	57
Psychoterapeuci	3	1	2	372	4	106
Opiekunowie	95	6	13	372	94	4
Pracownicy administracji	16	1	2	372	17	23
Pracownicy gospodarczy i obsługi	18	3	12	372	19	20
Pracownicy kuchni	11	0	0	372	11	34
Kierowcy	0	2	3	372	1	372

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Zestawienie danych w Tabeli 4 dotyczy liczby zatrudnionych **pielęgniarek** według typu placówki. Z pozyskanych danych wynika, że dominującą formą ich zatrudnienia jest etat w pełnym wymiarze. W placówkach dla osób przewlekle psychicznie chorych na 1 pielęgniarkę zatrudnioną na pełnym etacie przypada średnio 22 podopiecznych; w DPS-ach dla osób przewlekle somatycznie chorych – średnio 21; w 13 DPS-ach łączonych dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych – średnio 23; w 6 domach dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 30; w 2 placówkach dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – 33.

W porównaniu z powyższymi danymi gorzej wypada wymiar pracy pielęgniarek/pielęgniarzy w DPS-ach przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku. W 5 funkcjonujących na terenie województwa łódzkiego DPS-ach o tym profilu na pełny etat zatrudnionych jest jedynie 5 pielęgniarek lub pielęgniarzy na 267 mieszkańców, co oznacza, że na 1 pełnoetatowego specjalistę w tym zakresie przypada aż 40 podopiecznych. Statystyka ta jest niewiele lepsza przy uwzględnieniu pielęgniarek etatowych w niepełnym wymiarze oraz nieetatowych, ponieważ jest ich łącznie 4 we wszystkich DPS-ach tego typu na terenie województwa.

**Tabela 4. Ogólna liczba zatrudnionych pielęgniarek w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	5	3	1	267	6,75	40	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	35	22	17	1078	47,63	23	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	66	46	19	1967	94,75	21	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	68	36	11	1837	82	22	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3	1	2	124	4	35	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	13	3	3	438	15	30	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	8	1	0	213	7	33	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6	0	0	49	6	8	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Drugim typem specjalistów zatrudnianych w domach pomocy społecznej są **pracownicy socjalni** (zob. Tabela 5), przy czym zdecydowanie dominującą formą ich zatrudnienia jest etat w pełnym wymiarze. Jedynie domy przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych wyróżniają się pod tym względem, zatrudniając nieco większą liczbę (9) etatowych pracowników socjalnych w niepełnym wymiarze w porównaniu z innymi placówkami.

Liczba pracowników socjalnych zatrudnionych na pełny etat rośnie wraz ze wzrostem liczby mieszkańców domów pomocy społecznej danego typu, jednak nie zawsze wprost proporcjonalnie. W najliczniejszych i jednocześnie kwaterujących największą liczbę mieszkańców na terenie województwa DPS-ach dla osób przewlekle somatycznie chorych na 1967 pensjonariuszy przypada 46 pełnoetatowych pracowników socjalnych, co oznacza, że każdy z nich pracuje średnio z 41 podopiecznymi. Drugie pod względem liczebności i zakwaterowania placówki w województwie to DPS-y przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych. Na pełny etat zatrudnionych jest w nich 34 pracowników socjalnych, pracujących z 1837 osobami (tj. 49 podopiecznych na 1 pełnoetatowego specjalistę). W trzecich pod względem liczebności DPS-ach – łączonych dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych – liczba pełnoetatowych pracowników socjalnych wynosi 19, na każdego z nich przypada 54 mieszkańców. Nieco wyższe wskaźniki zatrudnienia charakteryzują natomiast DPS-y dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (49 mieszkańców na jednego pracownika socjalnego), przeznaczone wyłącznie dla osób w podeszłym wieku (42), oraz łączonych dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dla dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (41).

Najmniejszy wymiar zatrudnienia pracowników socjalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców charakteryzuje placówki dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. W 2 placówkach kwaterujących łącznie 213 mieszkańców pracuje tylko 3 pracowników socjalnych, zatem na każdego z nich przypada aż 85 pensjonariuszy.

Najmniejsza liczba mieszkańców będących klientami jednego zatrudnionego pracownika socjalnego (8) charakteryzuje placówkę przeznaczoną dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Jest to dom, w którym zatrudnionych na pełen etat jest aż 6 pracowników socjalnych, podczas gdy liczba mieszkańców wynosi 49.

**Tabela 5. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników socjalnych w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	6	1	0	267	6	42	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	19	2	0	1078	20	54	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	46	3	1	1967	48	41	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	34	9	1	1837	38	49	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3	0	0	124	3	41	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	9	0	1	438	9	49	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3	1	0	213	3	85	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6	0	0	49	6	8	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Tabela 6 prezentuje dane dotyczące liczebności **rehabilitantów** zatrudnionych w różnym wymiarze przez badane DPS-y według ich typu. Wynika z nich, że DPS-y zatrudniają niewielu rehabilitantów: po 3 takich specjalistów zatrudnionych jest na pełen etat w placówkach: dla osób w podeszłym wieku (89 pensjonariuszy na specjalistę), dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych (359), dla osób przewlekle somatycznie chorych (656). Należy przy tym zaznaczyć, że tylko 4 z 13 placówek przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych w ogóle zatrudniają rehabilitantów. Z kolei na 16 placówek dla przewlekle psychicznie chorych zatrudniony jest na pełen etat tylko 1 rehabilitant (1381 mieszkańców na 1 pełnoetatowego specjalistę). W jedynej placówce dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie pracuje natomiast 1 rehabilitant, pod którego opieką znajduje się – ze statystycznego punktu widzenia – 49 podopiecznych.

**Tabela 6. Ogólna liczba zatrudnionych rehabilitantów w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	3	0	1	267	3	89	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	3	0	1	1078	3	359	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	3	0	1	1967	3	656	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	1	1	2	1837	1	1381	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	124	0	0	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	2	438	0	0	6

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	213	0	0	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	49	1	49	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Kolejne zestawienie (Tabela 7.1) obejmuje dane na temat łącznej liczby **terapeutów** zatrudnionych w 62 domach pomocy społecznej na terenie województwa łódzkiego. Wskaźnik zatrudnienia tych specjalistów przez objęte badaniem placówki można ocenić raczej pozytywnie. Największe zatrudnienie (etatowe w pełnym wymiarze) wykazują DPS-y dla osób przewlekle somatycznie chorych. Na 1 terapeutę przypada w nich średnio 17 pensjonariuszy. Wysokim wskaźnikiem legitymują się również DPS-y łączone dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (20), DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (25) DPS-y łączone dla dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (25), DPS-y dla osób w podeszłym wieku (25) oraz DPS-y dla osób przewlekle psychicznie chorych (28).

Zdecydowanie najniższy wskaźnik pełnoetatowego zatrudnienia charakteryzuje pod tym względem placówki dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. W 6 tego typu placówkach zatrudnionych jest łącznie 12 terapeutów, z których tylko 5 na pełen etat, podczas gdy liczba ich mieszkańców wynosi 438, co daje wskaźnik na poziomie 70 osób na 1 pełnoetatowego terapeuty.

**Tabela 7.1. Ogólna liczba zatrudnionych terapeutów w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	10	2	0	267	11	25	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	25	7	5	1078	26	42	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	114	12	13	1967	118	17	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	63	4	0	1837	65	28	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6	1	0	124	6	20	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	5	2	5	438	6	70	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	10	2	0	213	9	25	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	2	0	0	49	2	25	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Uszczegółowienie analiz danych zawartych w Tabeli 7 stanowią dwie kolejne. Przedstawiono w nich dane na temat liczby **fizjoterapeutów** (Tabela 7.2) oraz **psychoterapeutów** (Tabela 7.3) zatrudnianych przez badane placówki, ze względu na profil ich działalności.

Najwyższy wskaźnik pełnoetatowego zatrudnienia **fizjoterapeutów** charakteryzuje DPS-y dla osób w podeszłym wieku (45 mieszkańców na 1 specjalistę), co jest uzasadnione specyfiką potrzeb tej kategorii pensjonariuszy, ponieważ zadaniem tych specjalistów jest zapewnianie specjalistycznej opieki poprawiającej mobilność, zapobiegającej osłabieniu fizycznemu, promującej ogólną niezależność funkcjonalną. Nieco niższe wskaźniki pełnoetatowego zatrudnienia fizjoterapeutów opisują domy dla osób przewlekle somatycznie chorych (78), placówki łączone dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych (80), a także domy łączone dla osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (85). Zatrudnienie fizjoterapeutów w pozostałych typach placówek jest znacznie mniej powszechne.

**Tabela 7.2. Ogólna liczba zatrudnionych fizjoterapeutów w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	6	0	1	267	6	45	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	12	4	1	1078	14	80	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	24	3	1	1967	25	78	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	14	2	0	1837	15	125	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	124	1	124	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	1	1	2	438	2	250	6

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	2	2	0	213	3	85	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	49	0	0	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Z danych wynika, że w województwie łódzkim zdecydowanie rzadszą praktyką jest zatrudnianie przez DPS-y **psychoterapeutów**. Na etapie badania we wszystkich placówkach łącznie było zatrudnionych tylko 38 tego typu specjalistów, z czego 24 na pełny etat. Najwyższy wskaźnik charakteryzuje jedyny w województwie DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – zatrudniony jest w nim (na etat w pełnym wymiarze) 1 psychoterapeuta, na którego przypada 49 pensjonariuszy. W pozostałych typach DPS-ów zatrudnienie tych specjalistów kształtuje się na znacznie niższym poziomie, przy czym – na co warto zwrócić szczególną uwagę – w placówkach dla osób przewlekle psychicznie chorych na 1 pełnoetatowego specjalistę przypada średnio aż 179 podopiecznych, zaś w placówkach dla osób w podeszłym wieku nie jest zatrudniony ani jeden psychoterapeuta.

**Tabela 7.3. Ogólna liczba zatrudnionych psychoterapeutów w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	0	0	0	267	0	0	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	2	2	3	1078	3	359	13

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	10	4	1	1967	12	167	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	10	1	0	1837	10	179	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	124	1	124	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	0	1	2	438	1	876	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	213	0	0	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	49	1	49	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Najliczniejszą grupą zawodową zatrudnianą przez domy pomocy społecznej w województwie łódzkim są **opiekunowie** (Tabela 8). Zdecydowana większość z nich jest zatrudniona etatowo w pełnym wymiarze. Niezależnie od typu DPS-u, zatrudnienie tych specjalistów jest bardzo powszechne: na jednego pełnoetatowego opiekuna przypada od 2 do maksymalnie 5 podopiecznych.

**Tabela 8. Ogólna liczba zatrudnionych opiekunów w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	61	2	1	267	62	4	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	295	9	7	1078	283	4	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	452	34	14	1967	481	4	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	405	12	1	1837	408	5	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	50	5	0	124	53	2	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	108	8	0	438	112	4	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	91	2	0	213	93	2	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	24	0	0	49	24	2	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Tabela 9 prezentuje dane na temat stanu zatrudnienia **pracowników administracyjnych** w badanych DPS-ach. Zdecydowana większość z nich to również pracownicy etatowi zatrudnieni w pełnym wymiarze. Liczba pensjonariuszy przypadających na 1 pełnoetatowego pracownika administracyjnego waha się w przedziale od 10 do 16 w większości analizowanych placówek według ich profilu działania. Nieco większe

obłożenie pracą administracyjną (29 pensjonariuszy na 1 pełnoetatowego pracownika) charakteryzuje dwie placówki świadczące wsparcie łącznie dla osób dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

**Tabela 9. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników administracyjnych w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	26	0	0	267	26	10	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	90	4	1	1078	92	12	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	118	18	1	1967	125	16	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	131	8	2	1837	134	14	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	124	1	124	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	26	5	0	438	29	15	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	7	1	0	213	7	29	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3	0	0	49	3	16	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Warto również zwrócić uwagę na dane dotyczące zatrudnienia w badanych DPS-ach **pracowników gospodarczych i obsługi placówek** (Tabele 10.1-10.3). Jest to druga po opiekunach najliczniejsza grupa pracowników w DPS-ach i większość z nich to osoby zatrudnione etatowo w pełnym wymiarze. Podobnie jak w przypadku danych na temat zatrudnienia kadry administracyjnej, pozytywnie można ocenić stosunek liczebności pracowników do liczby pensjonariuszy w DPS-ach: dla osób w podeszłym wieku; dla osób w podeszłym wieku i dla przewlekle somatycznie chorych; dla osób przewlekle somatycznie chorych; dla osób przewlekle psychicznie chorych; dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, gdzie wskaźnik ten kształtuje się na poziomie od 5 do 9 pensjonariuszy na 1 pracownika. Nieco większe obciążenie pracą odnotowano w dwóch placówkach przeznaczonych łącznie dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (15). W porównaniu z innymi DPS-ami niekorzystnie wypada placówka przeznaczona dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dla dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, w której zatrudnionych jest 6 pracowników gospodarczych i obsługi przy 124 pensjonariuszach (tj. 21 mieszkańców na pracownika). Również w tym przypadku istnieje ryzyko przeciążenia tych pracowników obowiązkami.

**Tabela 10.1. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników gospodarczych i obsługi w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	51	1	1	267	52	5	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	126	3	3	1078	121	9	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	317	12	8	1967	321	6	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	317	9	2	1837	322	6	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6	0	0	124	6	21	1

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	53	5	0	438	55	8	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	12	4	0	213	15	15	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	7	0	0	49	7	7	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

**Osoby zatrudnione w kuchni i kierowcy** są grupą pracowników, dzięki którym DPS-y mogłyby realizować takie usługi środowiskowe, jak zapewnianie na miejscu posiłków osobom spoza placówki, przygotowywanie i dostarczanie posiłków osobom, które ze względu na ograniczenia ruchowe nie są w stanie samodzielnie ich przygotować, czy zapewnienie osobom o ograniczonej mobilności transportu na wizyty lekarskie. Dane na temat liczby zatrudnianych pracowników kuchni i kierowców prezentują kolejno Tabela 10.2 i Tabela 10.3. Z zestawienia danych dla placówek według ich profilu działalności wynika, że największy potencjał dla realizacji wyżej wymienionych usług w środowisku lokalnym charakteryzuje placówki dla osób w podeszłym wieku, w których na 1 pełnoetatowego pracownika kuchni przypada 15 rezydentów, a na 1 pełnoetatowego kierowcę – 59 rezydentów. Szczególnie wysokie wskaźniki pełnoetatowego zatrudnienia personelu kuchennego charakteryzują także placówki łączone dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych (18 pensjonariuszy na 1 pracownika) oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych (19). Również w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych zatrudnionych jest relatywnie (tj. w porównaniu z pozostałymi) wielu kierowców (75 pensjonariuszy na 1 pełnoetatowego kierowcę). Najlepszy pod tym względem wskaźnik opisuje DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, gdzie na 1 pełnoetatowego kierowcę przypada 49 mieszkańców.

**Tabela 10.2. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników kuchni w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	18	0	0	267	18	15	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	60	1	1	1078	60	18	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	70	2	0	1967	71	28	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	96	3	1	1837	97	19	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	124	0	-	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	18	0	0	438	18	24	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3	0	0	213	3	71	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	0	0	0	49	0	-	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

**Tabela 10.3. Ogólna liczba zatrudnionych kierowców w DPS-ach wg typu placówki**

Typ placówki	Etatowi w pełnym wymiarze	Etatowi w niepełnym wymiarze	Nie-etatowi	Liczba mieszkańców	Pracownicy w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba mieszkańców na 1 pracownika w przeliczeniu na pełne etaty	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	4	1	1	267	5	59	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	8	1	2	1078	9	127	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	12	3	0	1967	13	148	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	24	1	0	1837	25	75	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	124	1	124	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	2	0	0	438	2	219	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	213	1	213	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	0	0	49	1	49	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

### 3.1.2. zasoby lokalowe i rzeczowe

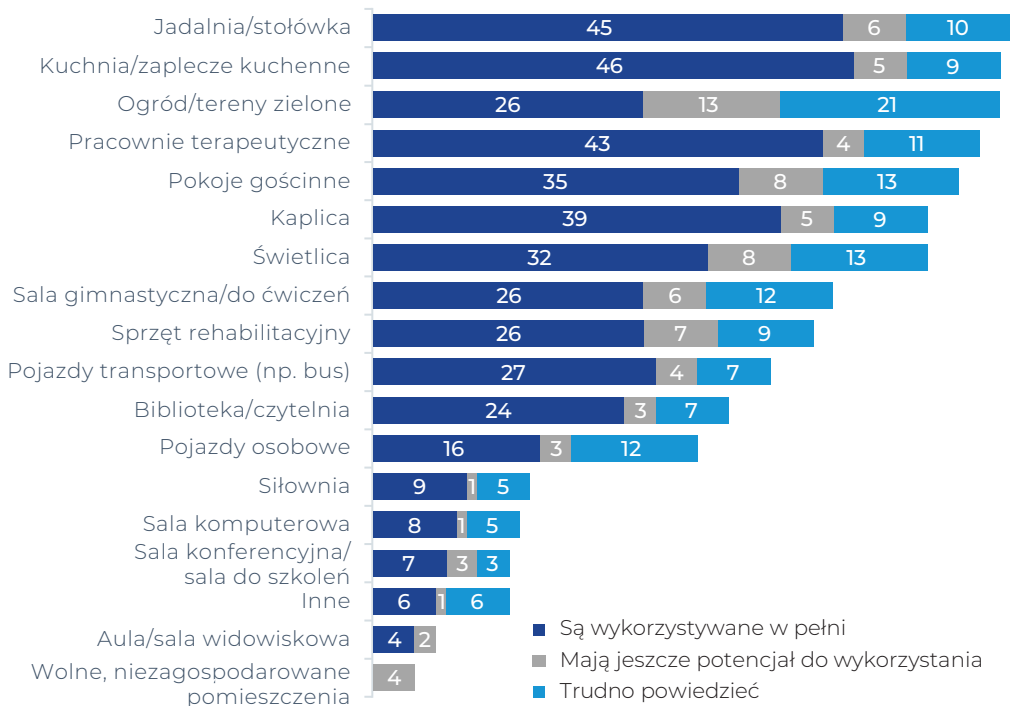
Jako instytucje oferujące szeroką gamę usług opiekuńczych i terapeutycznych domy pomocy społecznej muszą dysponować adekwatną infrastrukturą, **zasobami lokalowymi i rzeczowymi**. Dane na temat tych zasobów przedstawiono na Wykresie 3. Z kolei Wykres 4 prezentuje, na ile – w ocenie ankietowanych – zasoby te są aktualnie wykorzystywane i czy istnieje jeszcze potencjał, by wykorzystywać je w większym stopniu, np. w celu realizacji usług środowiskowych.

**Wykres 3. Wybrane zasoby lokalowe i rzeczowe badanych DPS-ów**



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

#### Wykres 4. Wykorzystanie zasobów przez badane DPS-y



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Z powyższych zestawień wynika, że zdecydowana większość badanych DPS-ów dysponuje pomieszczeniami o standardowym dla tych placówek zapleczu gastronomicznym: **jadalnia/stołówka** (61 placówek) oraz **kuchnia/zaplecze kuchenne** (60). Jest to istotne nie tylko z uwagi na konieczność zapewnienia wyżywienia ich mieszkańcom, ale również ze względu na możliwość rozwijania działalności na rzecz społeczności lokalnej poprzez zapewnienie posiłków dla osób potrzebujących spoza placówki. Potencjał do szerszego wykorzystania zaplecza gastronomicznego dostrzega co dziesiąta badana placówka, a w przypadku co szóstej nie ma co do tego jasności, ponieważ uzyskano odpowiedź „trudno powiedzieć”. Warto w tym kontekście zauważyć również, że połowa (tj. 31) z badanych DPS-ów dysponuje **pojazdami osobowymi**. Siedem z tych placówek to DPS-y prywatne. Dysponują one łącznie 12 samochodami osobowymi. Dyrekcja tylko jednej z nich widzi jeszcze potencjał do wykorzystania pojazdu osobowego. Pozostałe 24 placówki to DPS-y państwowe, posiadające łącznie 32 pojazdy osobowe. W świetle odpowiedzi respondentów, tylko 2 z tych placówek mają możliwość, by szerzej wykorzystać znajdujące się na ich stanie samochody osobowe. Dopuszczenie DPS-ów w pojazdy osobowe przy zatrudnieniu większej liczby kierowców pozwoliłoby prawdopodobnie części placówek na objęcie swoim wsparciem osób niebędących ich mieszkańcami, np. zapewnianie osobom o ograniczonej mobilności transportu na wizyty lekarskie czy

dostarczanie posiłków osobom, które ze względu na ograniczenia ruchowe nie są w stanie samodzielnie ich przygotować.

**Pracownie terapeutyczne** posiada w swojej dyspozycji 58 z 62 badanych domów pomocy społecznej: w dwóch z nich działa 7 pracowni, w jednej – 5, trzy DPS-y mają po 4 takie pomieszczenia, dziesięć placówek dysponuje 3 pracownikami terapeutycznymi, siedem ma po 2, zaś pozostałe po 1. Łącznie w DPS-ach na terenie województwa działa 110 pracowni terapeutycznych (średnio 1,9 na placówkę). Średni metraż tych pracowni wynosi 59,8 m<sup>2</sup>. Największa z nich zajmuje powierzchnię 206 m<sup>2</sup>, najmniejsza – 12 m<sup>2</sup>. Średnia w prywatnych DPS-ach to 63,8 m<sup>2</sup>, zaś w państwowych – 59 m<sup>2</sup>. Ankietowani z czterech DPS-ów wskazali, że ich pracownie terapeutyczne mają jeszcze potencjał do wykorzystania. Trzy z nich mają po jednym takim pomieszczeniu, zaś czwarty DPS dysponuje trzema takimi pomieszczeniami (o łącznej powierzchni 60 m<sup>2</sup>). Dysponowanie przez DPS pracownią terapeutyczną może być również istotne dla rozwijania usług skierowanych do społeczności lokalnej. Przykładowo, DPS może organizować sesje terapeutyczne dla osób spoza placówki w formie grupowej, obejmujące wsparcie emocjonalne czy rozwijanie umiejętności społecznych, warsztaty i zajęcia rehabilitacyjne, np. w ramach arteterapii, muzykoterapii, terapii zajęciowej, lub zapewniać poradnictwo i wsparcie psychospołeczne oferowane przez wykwalifikowanych pracowników pracowni terapeutycznej.

Z 62 badanych placówek 42 dysponują własnym **sprzętem rehabilitacyjnym**. 7 z nich dostrzega jeszcze potencjał do jego wykorzystania, podczas gdy 9 ankietowanych nie ma na ten temat jednoznacznego zdania („trudno powiedzieć”). Domy pomocy społecznej posiadające w swojej dyspozycji sprzęt rehabilitacyjny, o ile nie jest on w pełni wykorzystywany przez ich pensjonariuszy, mogą zaoferować swoje usługi osobom mieszkającym poza placówką. Przykładem takiego działania jest oferowanie rehabilitacji osobom niebędącym pensjonariuszami DPS-u lub prowadzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego. Niosłoby to dla nich szereg korzyści: dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego, co może ułatwić rehabilitację w warunkach domowych, rozwiązanie krótkoterminowych potrzeb osób, które wymaga tymczasowego wsparcia w powrocie do sprawności fizycznej po urazach, operacjach lub nagłych schorzeniach, profesjonalne doradztwo oferowane przez pracowników wypożyczalni (w zakresie wyboru odpowiedniego sprzętu, jego użytkowania i dostosowania do indywidualnych potrzeb) czy oszczędność kosztów, zwłaszcza jeśli specjalistyczny sprzęt jest potrzebny tylko na krótki okres. Co więcej, mając na uwadze, że 44 objęte badaniem DPS-y posiadają salę gimnastyczną, istnieje możliwość wykorzystania jej do prowadzenia programów rehabilitacyjnych dla osób spoza placówki, grupowych lub indywidualnych sesji terapii rehabilitacyjnej w celu poprawy zdolności funkcjonalnych, przywracania mobilności, zmniejszania bólu, prowadzenia indywidualnego poradnictwa na temat sprzętu rehabilitacyjnego, jego bezpiecznego używania oraz technik rehabilitacyjnych, które mogą być pomocne w codziennym funkcjonowaniu. Zwróćmy jednak raz jeszcze uwagę, że działające na terenie województwa łódzkiego DPS-y bardzo rzadko zatrudniają rehabilitantów (zob. Tabela 6). Przykładowo, tylko

4 z 13 placówek przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych w ogóle zatrudniają rehabilitantów. Trudno w tym kontekście mówić o potencjale dla rozwoju usług skierowanych do osób spoza placówki. Jest wysoce prawdopodobne, że liczba rehabilitantów zatrudnianych przez DPS-y nie odpowiada realnemu zapotrzebowaniu nawet ich mieszkańców. Wielu badanych sygnalizuje przy tym, że środki finansowe, którymi dysponują prowadzone przez nich placówki, nie są wystarczające dla zwiększenia zatrudnienia.

Zdecydowana większość (tj. 56) DPS-ów posiada w swojej dyspozycji również **pokoje gościnne**: jedna z placówek posiada 4 pokoje gościnne (o łącznej powierzchni 88 m<sup>2</sup>), kolejna dysponuje 3 takimi pomieszczeniami, 10 placówek ma po 2 pokoje, zaś 44 DPS-y – po 1. Średnia powierzchnia tych pomieszczeń w badanych placówkach wynosi 22 m<sup>2</sup>, przy czym większymi dysponują na ogół DPS-y prywatne: średni metraż pokoi gościnnych wynosi w tych placówkach 32,5 m<sup>2</sup>, podczas gdy w państwowych jest to 20 m<sup>2</sup>. Warto zaznaczyć, że przedstawiciele ośmiu z badanych placówek wskazali, że pokoje gościnne mają jeszcze potencjał do wykorzystania: sześć z nich ma po 1 takim pomieszczeniu, jedna ma 2 takie pomieszczenia, zaś ostatnia z nich – 3 pomieszczenia. Dysponowanie przez DPS-y pokojami gościnnymi może mieć duże znaczenie dla rozwoju usług środowiskowych. Mogą być one wykorzystane do tymczasowego zakwaterowania w ramach opieki wytchnieniowej.

Objęte badaniem placówki są natomiast dosyć zróżnicowane, zwłaszcza jeśli chodzi o lokale użytkowe spełniające ponadpodstawowe potrzeby mieszkańców i pracowników, jak sala komputerowa (14), siłownia (15), aula lub sala widowiskowa (6), sala szkoleniowa lub konferencyjna (13). Bez wątplenia są to pomieszczenia, dzięki którym można byłoby realizować ważne aktywności podnoszące dobrostan mieszkańców i mogłyby one stanowić o potencjale do świadczenia usług środowiskowych. Przykładowo, brak **sali komputerowej** może przyczynić się do wykluczenia cyfrowego pensjonariuszy, co z kolei poprzez ograniczenie możliwości korzystania z komunikacji internetowej może zwiększać poczucie izolacji i segregacji społecznej (Cotten i in. 2013; Hunsaker i Hargittai, 2018; Moore i Hancock 2020; Xie i in. 2020). Brak **siłowni** ogranicza możliwości poprawy kondycji fizycznej pensjonariuszy, ale też stanowi barierę dla rozwoju usług skierowanych do osób spoza placówki, takich jak organizacja zajęć z zakresu rehabilitacji fizycznej dla osób, które potrzebują wsparcia w powrocie do sprawności fizycznej, zajęć rehabilitacyjnych czy programów promujących aktywność fizyczną, np. wśród osób w podeszłym wieku. Z kolei brak własnej **sali konferencyjnej** jest to o tyle niekorzystny, że może ona spełniać szereg funkcji edukacyjnych i socjalnych. Może być miejscem organizacji otwartych dla społeczności albo odpłatnych szkoleń, warsztatów czy seminariów na tematy związane ze zdrowiem, rehabilitacją lub aktywnością społeczną, spotkań grup wsparcia (np. dla osób z chorobami przewlekłymi, osób starszych czy osób z niepełnosprawnościami), realizacji konferencji i sympozjów o charakterze praktycznym lub naukowym na tematy związane z pomocą społeczną, opieką zdrowotną i rehabilitacją. Salą konferencyjną dysponuje jednak, jak wskazaliśmy powyżej,

tylko 13 DPS-ów (w tym 2 prywatne i 11 państwowych). W każdym z nich znajduje się po jednej takiej sali. Średnia powierzchnia tych pomieszczeń wynosi 67,8 m<sup>2</sup>, ale między poszczególnymi placówkami ich metraż jest bardzo zróżnicowany. Wśród prywatnych DPS-ów jedna placówka dysponuje pomieszczeniem konferencyjnym o powierzchni 277,3 m<sup>2</sup> (ten podmiot ma jeszcze – zdaniem dyrekcji – potencjał wykorzystania), podczas gdy drugi ma salę o powierzchni 20 m<sup>2</sup>. Wśród państwowych DPS-ów najmniejsza sala ma 9 m<sup>2</sup>, a największa 121,2 m<sup>2</sup>. Zgodnie z deklaracjami ankietowanych, dwa pomieszczenia mają nadal potencjał do wykorzystania. W pozostałych przypadkach brak sali konferencyjnej ogranicza możliwość realizacji wyżej zasygnalizowanych przykładowych usług środowiskowych przez DPS.

Jedynie cztery placówki dysponują jeszcze wolnymi, **niezagospodarowanymi pomieszczeniami**. W jednej z nich jest to 5 pomieszczeń o łącznej powierzchni 150 m<sup>2</sup>, w drugiej są to 2 pomieszczenia o łącznej powierzchni 670 m<sup>2</sup>, trzecia dysponuje osobnym budynkiem (brak informacji nt. jego metrażu). Czwarta placówka nie uściśliła, niestety, jakiej wielkości są to pomieszczenia i jaka jest ich liczba. W zdecydowanej większości badanych DPS-ów dostępne są natomiast podstawowe – poza pokojami mieszkalnymi – pomieszczenia, jak jadalnia/stołówka, kuchnia/zaplecze kuchenne, ogród/tereny zielone czy pokoje gościnne. Większość DPS-ów jest również wyposażona w pracownie terapeutyczne, świetlicę, kaplicę, salę gimnastyczną, sprzęt rehabilitacyjny oraz bibliotekę lub/i czytelnię.

Na koniec warto zwrócić jeszcze uwagę, że połowa (tj. 31) badanych DPS-ów dysponuje **pojazdami transportowymi** (np. busami). Zgodnie z oświadczeniami, te instytucje posiadają łącznie 53 pojazdy, z czego 38 należy do państwowych DPS-ów, a 15 do prywatnych. Posiadanie przez dom pomocy społecznej własnego pojazdu transportowego stwarza szczególnie dużo możliwości w zakresie realizacji usług środowiskowych. Można do nich zaliczyć chociażby zapewnianie transportu dla osób spoza placówki, które potrzebują pomocy w dostaniu się na wizyty lekarskie, terapie, zajęcia, różnorodne wydarzenia społeczne, kulturalne czy rekreacyjne, zapewnianie uczestnictwa w programach wsparcia. Wszystkie te działania mogą się przyczyniać do aktywizacji i integracji społecznej osób spoza placówki, które ze względu na stan zdrowia nie mogą brać w nich udziału samodzielnie lub których opiekunowie nie mają odpowiednich zasobów, by im to umożliwić. Niestety, tylko 4 placówki państwowe dysponujące pojazdami transportowymi dostrzegają dodatkowy potencjał w wykorzystaniu swoich pojazdów transportowych. Żadna z dyrekcji prywatnych DPS-ów nie widzi takiego potencjału. Oznacza to, że w znakomitej większości przypadków rozwój usług środowiskowych za pośrednictwem organizacji grupowego transportu nie będzie możliwy bez doposażenia badanych DPS-ów. Dotyczy to, rzecz jasna, zwłaszcza tych DPS-ów, które na chwilę obecną w ogóle nie dysponują pojazdami transportowymi.

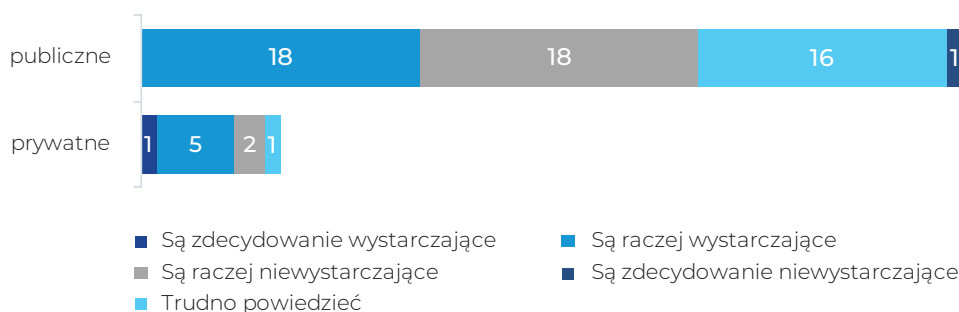
Jak wynika z deklaracji osób kierujących badanymi placówkami, większość z zasobów lokalowych i rzeczowych, o które pytano w ankiecie, jest w pełni wykorzystywana.

W niektórych przypadkach jednak istnieje jeszcze potencjał w tym zakresie. Dysponujemy, niestety, wyłącznie danymi ilościowymi, a te nie dostarczają nam informacji na temat przyczyn niewykorzystywania zasobów lokalowych znajdujących się w dyspozycji placówek. W związku z powyższym wskazane byłoby pogłębienie problematyki. Dane nie pozwalają nam również na dokładną weryfikację, czemu ankietowani relatywnie często udzielali na to pytanie odpowiedzi „trudno powiedzieć”. W rzeczywistości może ona oznaczać, że w wielu spośród objętych badaniem placówek pozostaje jeszcze niewykorzystany potencjał do zagospodarowania pomieszczeń.

### 3.1.3. zasoby finansowe

Opinie dotyczące wystarczalności/niewystarczalności **zasobów finansowych** niezbędnych do funkcjonowania domów pomocy społecznej są zróżnicowane, ale dominują te negatywne (Wykres 5). Wysokość finansowania DPS-ów pozytywnie oceniona została w 24 przypadkach, choć tylko w jednym z nich była to ocena zdecydowanie pozytywna. Pozostałych 23 respondentów wysokość finansowania oceniło jako „raczej” wystarczającą. 37 domów pomocy społecznej działających na terenie województwa łódzkiego – zgodnie z deklaracjami badanych – jest natomiast niedofinansowanych, przy czym w 17 przypadkach można mówić o zdecydowanie zbyt niskim finansowaniu. Dane świadczą o tym, że gorzej oceniane są zasoby finansowe przez dyrekcje publicznych domów pomocy społecznej niż prywatnych DPS-ów. Jedyna ocena zdecydowanie pozytywna lokuje się zresztą właśnie w sektorze prywatnym. W odniesieniu do stanu finansowego DPS-ów prywatnych dominują dobre oceny (6 z 9 placówek), podczas gdy wśród DPS-ów publicznych – negatywne (34 z 52 placówek).

**Wykres 5. Opinie dotyczące wysokości finansowania DPS-ów w podziale na publiczne i prywatne**

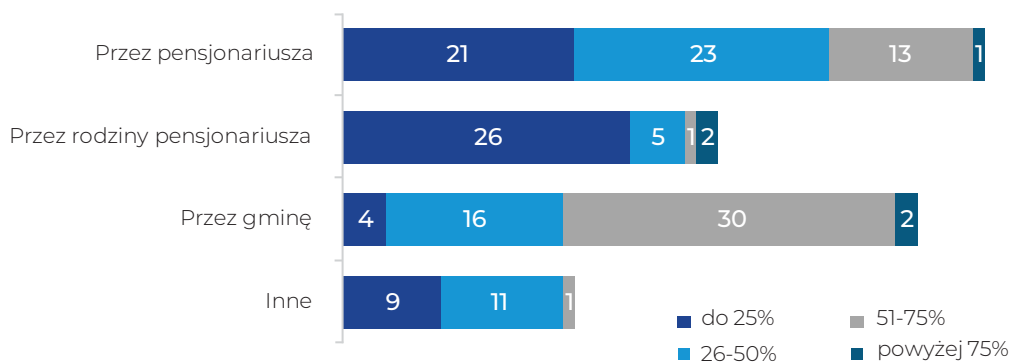


Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Zwróćmy zatem uwagę na źródła finansowania objętych badaniem domów pomocy społecznej (Wykres 6.1). Pytanie, jakie zadano ankietowanym, brzmiało: *Z jakich źródeł*

finansowana jest Państwa placówka? Prosimy oszacować, jaki procent całego rocznego budżetu stanowią środki pochodzące ze wskazanych źródeł. Najczęstszymi źródłami finansowania jednostek są środki pochodzące od gminy oraz od pensjonariuszy. W kategorii „inne” znalazły się takie odpowiedzi, jak: dotacje wojewody łódzkiego, dotacja celowa z budżetu państwa, darowizny pieniężne na rzecz mieszkańców domu, odsetki bankowe, refundacja poniesionych kosztów pogrzebu z ZUS, projekty, usługi świadczone na rzecz Środowiskowego Domu Samopomocy, refundacja z Powiatowego Urzędu Pracy, kapitalizacja odsetek bankowych, wynagrodzenie płatnika, starostwo powiatowe (mieszkańcy na „starych zasadach”), dotacje z budżetu państwa na osoby przyjęte przed 1.01.2004 r.<sup>1</sup>, Fundusze Przeciwdziałania COVID. Zestawienie źródeł finansowania ze względu na sektor działalności DPS-u prezentują Wykres 6.2 i Wykres 6.3. Pierwszy z nich odnosi się do placówek publicznych. Są one na ogół finansowane głównie przez gminę, o czym świadczy 27 wskazań, że pozyskiwane z tego źródła fundusze stanowią ponad połowę ich budżetu, a dla kolejnych 14 stanowią one od 26% do 50% budżetu. 13 DPS-ów publicznych opiera go zaś głównie (tj. 51% lub większa część budżetu) na opłatach pensjonariuszy, a dla kolejnych 21 placówek są one źródłem od 26% do 50% ich budżetu. Z danych wynika, że tylko w przypadku 2 DPS-ów publicznych od 25% do 50% ich budżetu stanowią opłaty uiszczane przez rodziny pensjonariuszy. Na tym tle zarysowuje się główna różnica między źródłami finansowania placówek publicznych i prywatnych, ponieważ w przypadku tej drugiej grupy opłaty wnoszone przez rodziny pensjonariuszy stanowią niekiedy ponad połowę lub nawet 75% ich przychodów. Podobnie jest natomiast, że również prywatne DPS-y najczęściej są głównie dofinansowywane przez władze gminy.

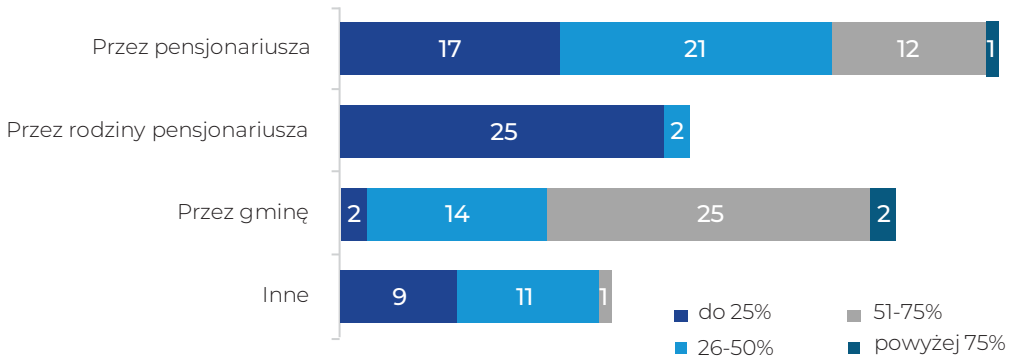
### Wykres 6.1. Źródło finansowania placówek



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

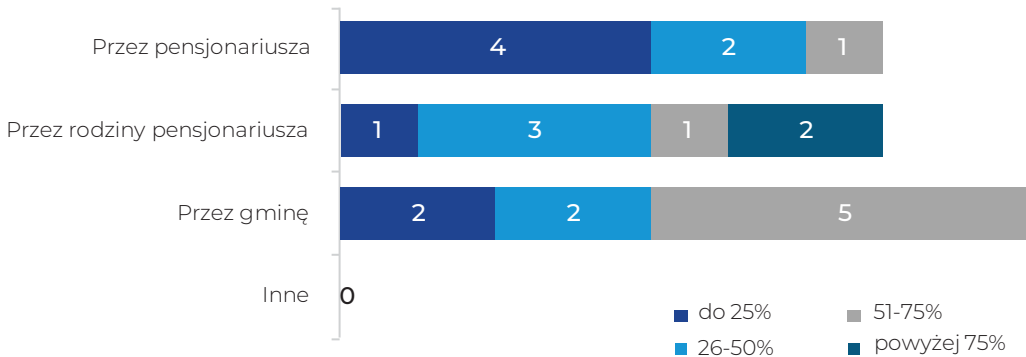
<sup>1</sup> Ustawa z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Dz.U.2024.356 t.j. Wersja od: 12 marca 2024 r. do: 31 grudnia 2024 r. Art. 87. - [Dotacje celowe na prowadzenie ponadgminnych domów pomocy społecznej] - Dochody jednostek samorządu terytorialnego.

## Wykres 6.2. Źródło finansowania placówek publicznych



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=53

## Wykres 6.3. Źródło finansowania placówek prywatnych



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=9

Zgodnie z informacjami udzielonymi przez respondentów, średni miesięczny koszt zakwaterowania jednego mieszkańca w placówce i świadczenie usług opiekuńczych to 5368 zł. Najniższy miesięczny koszt opieki instytucjonalnej dotyczy jednego z domów pomocy społecznej przeznaczonego dla osób przewlekle somatycznie chorych i wynosi 4000 zł, podczas gdy najwyższy kształtuje się na poziomie 7766 zł w jedynym działającym na terenie województwa DPS-ie dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (zob. Tabela 9.1). W placówkach prywatnych (n=9) średni koszt pobytu wynosi 4632 zł (najniższa kwota wynosi 4000 zł, a najwyższa 5000 zł), a w państwowych 5496 zł (najniższa kwota to 4300 zł, najwyższa zaś 7766 zł) (zob. Tabela 9.2 i Tabela 9.3).

**Tabela 4.1. Średni koszt utrzymania pensjonariusza w DPS-ie**

Typ placówki	Maksimum	Minimum	Średnia	Liczba mieszkańców	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	5954 zł	4400 zł	5241 zł	267	5
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	6341 zł	4300 zł	5128 zł	1078	13
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	6447 zł	4000 zł	5335 zł	1967	18
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	5967 zł	4900 zł	5315 zł	1837	16
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	5742 zł	-	-	124	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	6366 zł	4600 zł	5434 zł	438	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6813 zł	5929 zł	6371 zł	213	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	7766 zł	-	-	49	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

**Tabela 9.2. Średni koszt utrzymania pensjonariusza w publicznym DPS-ie**

Typ placówki	Maksimum	Minimum	Średnia	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	5954 zł	5351 zł	5735 zł	3
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	6341 zł	4300 zł	5218 zł	10
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	6447 zł	4715 zł	5515 zł	15
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	5967 zł	4981 zł	5345 zł	14
Dla osób przewlekle psychicznie chorych + dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	5742 zł	-	-	1
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	6366 zł	4600 zł	5434 zł	6
Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	6813 zł	5929 zł	6371 zł	2
Dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	7766 zł	-	-	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=52

**Tabela 9.3. Średni koszt utrzymania pensjonariusza w prywatnym DPS-ie**

Typ placówki	Maksimum	Minimum	Średnia	Liczba placówek
Dla osób w podeszłym wieku	4600 zł	4400 zł	4500 zł	2
Dla osób w podeszłym wieku + dla osób przewlekle somatycznie chorych	5000 zł	4500 zł	4830 zł	3
Dla osób przewlekle somatycznie chorych	4800 zł	4000 zł	4433 zł	3
Dla osób przewlekle psychicznie chorych	4900 zł	-	-	1

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=9

Wysokie koszty funkcjonowania domów pomocy społecznej są jednym z ważnych argumentów na rzecz wprowadzania usług środowiskowych. Wcześniej sygnalizowane niedobory w finansowaniu są z nimi ściśle powiązane. Potencjalna transformacja domów pomocy społecznej z modelu opieki zinstytucjonalizowanej na rzecz świadczenia usług środowiskowych również wiąże się z generowaniem kosztów. Są one związane przede wszystkim z koniecznością rozwinięcia dodatkowej infrastruktury, zakupem niezbędnego specjalistycznego sprzętu, szkoleniem kadry pracowniczey, a niekiedy też zatrudnieniem większej liczby specjalistów (Golinowska 2022: 230). Dodatkowe koszty wiązać się mogą również z wprowadzeniem systemów monitoringu, aby zapewnić odpowiednią jakość i efektywność świadczonych usług. Należy jednak zaznaczyć, że takie przekształcenie może przynieść długoterminowe korzyści finansowe (Knapp i in. 2010; Mansell i in. 2011; Winkler i in. 2018). Zmniejszenie liczby osób korzystających z opieki instytucjonalnej obniża koszty utrzymania dużych placówek i niezbędnej do ich prowadzenia infrastruktury. Dodatkowo, świadczenie usług w środowisku lokalnym może przyczynić się do szybszej rehabilitacji i poprawy zdrowia podopiecznych, co z kolei może prowadzić do obniżenia kosztów związanych z długoterminową opieką medyczną (Reinharz i in. 2000).

Podsumowując analizy przedstawione w podrozdziale 3.1, działające na terenie województwa łódzkiego domy pomocy społecznej dysponują pewnym, choć raczej ograniczonym potencjałem do wprowadzenia usług środowiskowych. Ze względu na posiadane zasoby kadrowe, lokalowe i rzeczowe formami usług środowiskowych, którymi DPS-y (zwłaszcza placówki publiczne) mogłyby wzbogacić swoją ofertę, w pierwszej kolejności są usługi gastronomiczne (jak wydawanie obiadów dla osób spoza placówki czy dowożenie posiłków dla osób niezdolnych do samodzielnego ich przygotowania) oraz transportowe (np. transport indywidualny *door to door*). Drugą formą zdeinstytucjonalizowanych usług, która wydaje się w zasięgu części placówek, jest prowadzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego lub zajęć rehabilitacyjnych dla osób spoza placówki. Dotyczy to kilku DPS-ów, których dyrekcja dostrzega, że posiadany przez nich sprzęt lub sala rehabilitacyjna nie są w pełni wykorzystywane. Trzecią możliwością, na którą wskazuje analiza zasobów, jest organizacja opieki wytchnieniowej – jest ona możliwa w przypadku DPS-ów, które dysponują rzadko używanymi pokojami gościnnymi

lub wolnymi, niezagospodarowanymi pomieszczeniami. Zgodnie z zebranymi deklaracjami badanych, możliwości szerszego wykorzystania takich zasobów dotyczą jednak tylko nielicznych placówek. Większość badanych wskazuje, że na chwilę obecną w pełni wykorzystuje znajdujące się w swojej dyspozycji zasoby rzeczowe i lokalowe.

Potencjał do organizacji przez DPS-y usług pomocowych poza samą placówką, takich jak mieszkania treningowe, mieszkania wspomagane z pakietem usług, domy samopomocy, dzienne domy pomocy, dzienne domy opieki medycznej czy miejsca krótkoterminowego całodobowego pobytu, możemy ocenić w pierwszej kolejności na podstawie zasobów kadrowych. Są one zróżnicowane ze względu na prywatny lub publiczny charakter DPS-ów. W sektorze prywatnym istnieje większy potencjał do realizacji usług środowiskowych wymagających pracy specjalistów. Zatrudniają one relatywnie dużo (w przeliczeniu na liczbę mieszkańców): rehabilitantów, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychoterapeutów, dzięki czemu mają lepsze warunki do indywidualizacji swoich usług na rzecz pensjonariuszy. Nie oznacza to jednak, że są to zasoby wystarczające do wdrażania nowych usług. Przy założeniu, że liczba podopiecznych przebywających w tych placówkach całodobowo nie uległaby zmianie, ewentualne uruchomienie nowych specjalistycznych usług środowiskowych mogłoby spowodować obniżenie jakości usług oferowanych pensjonariuszom placówki. Aby temu zapobiec, koniecznością może okazać się zatrudnienie dodatkowego personelu. Biorąc pod uwagę zasoby kadrowe, DPS-y publiczne mają zdecydowanie większy potencjał, by realizować raczej usługi transportowe i gastronomiczne niż specjalistyczne.

## 3.2. identyfikacja i opis potrzeb dps-ów w zakresie świadczenia usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej

Aby odpowiedzieć na pytanie o potrzeby badanych DPS-ów w zakresie świadczenia usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej, przyjrzyjmy się najpierw, ile z nich realizowało je i w jakiej formie na etapie przeprowadzania badania.

### 3.2.1. usługi środowiskowe aktualnie realizowane

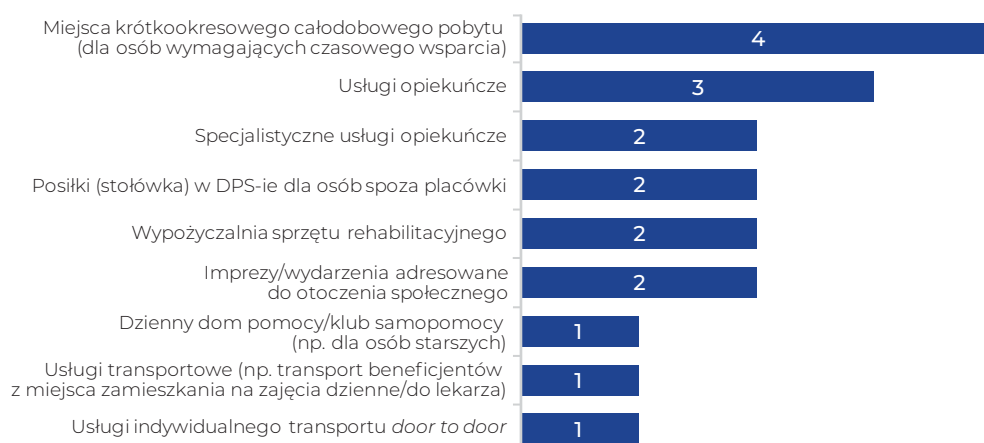
Na 62 objęte badaniem domy pomocy społecznej funkcjonujące na terenie województwa łódzkiego tylko 6 realizuje usługi w formie zdeinstytucjonalizowanej, przy czym – jak wynika z odpowiedzi respondentów – działania te są prowadzone okazjonalnie lub odnoszą się wyłącznie do opieki wytchnieniowej. Spośród ogółu badanych DPS-ów działania środowiskowe realizują:

- 2 placówki dla osób w podeszłym wieku,
- 3 placówki dla osób przewlekle somatycznie chorych, oraz
- 1 placówka dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.

Jednostki te zlokalizowane są na terenie powiatów: brzezińskiego, zgierskiego, tomaszowskiego (dwie placówki), opoczyńskiego i bełchatowskiego. Jedna z tych sześciu placówek to dom prowadzony przez prywatny podmiot, 5 pozostałych to DPS-y państwowe. 3 podmioty zlokalizowane są na terenie gminy wiejskiej, 2 na terenie gminy miejsko-wiejskiej i 1 na terenie gminy miejskiej. Ponadto 3 jednostki znajdują się na obszarach wiejskich oraz 3 na terenie miast, z czego 1 w miejscowości do 5 tys. mieszkańców, 1 w miejscowości do 15 tys. mieszkańców i ostatnia w miejscowości powyżej 50 tys. mieszkańców.

Na Wykresie 7 przedstawiono **zakres usług środowiskowych realizowanych** przez te placówki. Z informacji udzielonych przez osoby ankietowane wynika, że 4 z tych DPS-ów oferują możliwość krótkookresowego, całodobowego zakwaterowania dla osób wymagających czasowego wsparcia, 3 realizują usługi opiekuńcze, spośród wymienionych po 2 placówki realizują specjalistyczne usługi opiekuńcze, prowadzą wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego oraz organizują wydarzenia adresowane do lokalnej społeczności. Tylko 1 placówka prowadzi Dzienny Dom Pomocy/klub samopomocowy dla osób w podeszłym wieku.

**Wykres 7. Realizacja usług środowiskowych przez badane DPS-y**

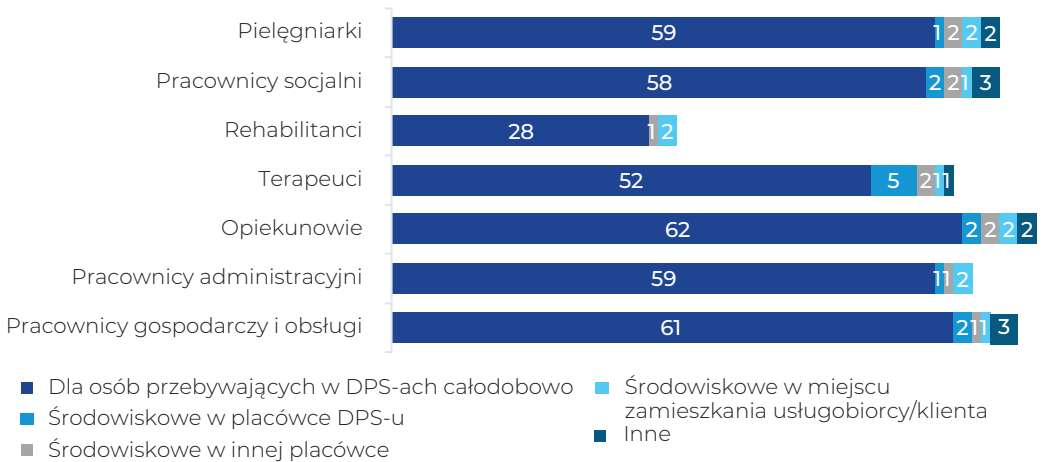


Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=6

Działania, takie jak usługi indywidualnego transportu typu *door to door*, usługi transportowe dla beneficjentów z miejsca zamieszkania, np. na zajęcia dzienne lub do lekarza, prowadzi również tylko 1 placówka. Warto przypomnieć, że połowa (tj. 31) badanych DPS-ów dysponuje pojazdami transportowymi (np. busami). Jednak dykcja tylko czterech z nich widzi możliwość wykorzystania swoich pojazdów transportowych na szerszą skalę. Są to wyłącznie placówki państwowe. Takiego potencjału nie widzi natomiast dykcja żadnego z prywatnych DPS-ów. Większość z badanych zasygnalizowała również brak odpowiedniego przeszkolenia kadry do realizacji usług transportowych (zob. Wykres 13). Zgodnie z deklaracjami ankietowanych, tylko co czwarta placówka ma

personel przygotowany do realizacji usług indywidualnego transportu *door to door*, a tylko co trzecia – do usług transportowych dla beneficjentów z miejsca zamieszkania. Z zebranych danych wynika, że zdecydowanie dominującym typem **usług świadczonych przez pracowników placówek**, niezależnie od reprezentowanej grupy zawodowej, są działania na rzecz osób przebywających w domach pomocy społecznej całodobowo. Tylko w nielicznych przypadkach pracownicy DPS-ów realizują usługi środowiskowe w ramach pracy w tej lub innej placówce bądź też w miejscu zamieszkania klienta (zob. Wykres 8).

**Wykres 8. Realizacja różnych typów usług przez pracowników DPS-ów**



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

### 3.2.2. potrzeby dps-ów w zakresie wdrażania usług środowiskowych

Przyjrzyjmy się następnie **opiniom** respondentów **na temat realizacji usług środowiskowych** przez domy pomocy społecznej. Zdania na temat realizacji usług środowiskowych przez DPS-y są wśród nich bardzo podzielone (zob. Wykres 9). Prawie połowa badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że placówki takie jak ich powinny rozwijać swoją działalność o usługi środowiskowe lub ich nowe formy, podczas gdy zdaniem ¼ nie jest to ich placówkom potrzebne. Oznacza to, że kierownictwo co czwartego objętego badaniem domu pomocy społecznej w ogóle nie jest zainteresowane realizacją usług poza placówką. Wdrażanie tej idei, zdaniem nawet większej grupy, bo niemal połowy ankieterowanych, zagraża dalszemu funkcjonowaniu ich placówek. Nie tylko samo zagrożenie dla przyszłości placówki jest jednak barierą dla wdrażania usług środowiskowych usług opiekuńczych, ponieważ tylko co dziesiąty badany raczej się zgadza lub zdecydowanie uważa, że opieka realizowana w miejscu zamieszkania jest bardziej efektywna niż w placówce całodobowej. Podczas gdy co piąty badany nie ma jednoznacznego

zdania na ten temat, wszyscy pozostali są odmiennego zdania, co wskazuje, że choć kadra zarządzająca domami pomocy społecznej na ogół dostrzega pewien potencjał w rozwijaniu usług środowiskowych, jak również pozytywny wpływ, jaki pozostawianie w miejscu zamieszkania może mieć na dobrostan klientów, to jest najczęściej niechętna samej idei deinstytucjonalizacji działalności DPS-ów, uznając pomoc świadczoną w zinstytucjonalizowanych warunkach za bardziej efektywną. Trend ten, co należy podkreślić, nie musi oznaczać braku otwartości na innowacyjne rozwiązania. Wydaje się raczej wskazywać na silną, umotywowaną wieloletnim doświadczeniem zawodowym wiarę w zinstytucjonalizowaną formułę świadczenia usług opiekuńczych jako zapewniającą dbałość o dobrostan i bezpieczeństwo mieszkańców.

### Wykres 9. Opinie dotyczące realizacji usług środowiskowych przez DPS-y



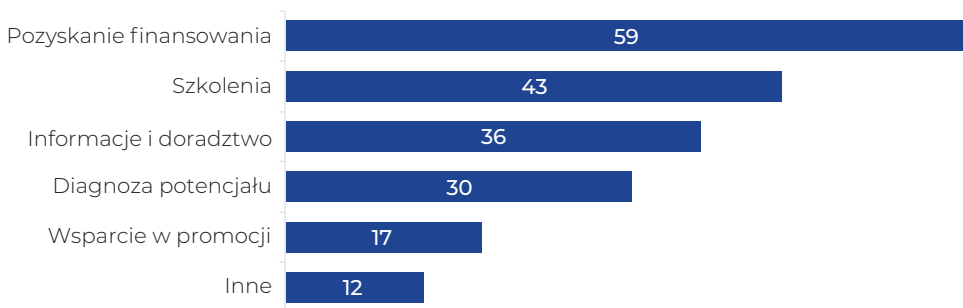
Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Podzielone są również opinie badanych na temat kosztu obu sposobów sprawowania opieki (całodobowa *versus* w miejscu zamieszkania), przy licznych głosach mówiących o braku zdania w tej kwestii, co z kolei wskazuje, że na tę chwilę podmioty promujące ideę deinstytucjonalizacji w województwie łódzkim nie wykorzystują w pełni dostępnych kanałów komunikacyjnych, za pośrednictwem których mogłyby podejmować akcje lub prowadzić kampanie informacyjne podnoszące świadomość dyrekcji i pracowników DPS-ów na temat korzyści finansowych, jakie na dłuższą metę niesie ze sobą deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych (zob. np. Salime i in. 2022: 4-5). Z drugiej strony, pewnym uzasadnieniem dla wcześniej omawianego stosunku do stwierdzenia dotyczącego dobrego wpływu na dobrostan psychiczny usługobiorców oraz ogólnej oceny efektywności usług świadczonych w środowisku zamiast całodobowo w ramach instytucji, jest zestawienie odpowiedzi na ostatnie stwierdzenie. Zdaniem blisko połowy (30) badanych, w placówkach całodobowych przebywa niewiele osób, które z powodzeniem

mogłyby funkcjonować w środowisku, gdyby otrzymały adekwatną pomoc w miejscu zamieszkania. Odmiennego zdania w tej kwestii jest 25 osób.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że niemal wszyscy respondenci obawiają się znacznych wydatków związanych z wprowadzaniem usług środowiskowych (Wykres 10). Mogą one wynikać przykładowo z konieczności rozwinięcia dodatkowej infrastruktury, pozyskania niezbędnego specjalistycznego sprzętu, szkolenia kadry, zatrudnienia większej liczby specjalistów czy monitoringu, który w warunkach pozainstytucjonalnych jest znacznie trudniejszy w realizacji niż w placówce całodobowego pobytu. Aż 59 badanych wskazało **pozyskanie finansowania** jako formę pomocy **niezbędną dla inicjacji lub zwiększenia zasięgu usług środowiskowych**. Szkolenia – jeśli nie miałyby być bezpośrednio finansowane ze środków DPS-ów – znalazły się pod tym względem na drugim miejscu, wskazane jako niezbędne dla rozwoju usług środowiskowych przez 43 placówki. Pozyskane dane wskazują również, że ponad połowa ankietowanych identyfikuje brak doradztwa i wsparcia informacyjnego jako jedną z głównych przeszkód w prowadzeniu tych działań. Co więcej, w połowie przypadków niezbędną formą pomocy byłoby przeprowadzenie diagnozy potencjału, tj. zasobów środowiska lokalnego. Część badanych zauważa również, że liczą na wsparcie gminy w promowaniu oferty usług środowiskowych.

#### **Wykres 10. Forma pomocy niezbędna do zwiększenia zakresu świadczonych usług środowiskowych lub rozpoczęcia ich świadczenia**

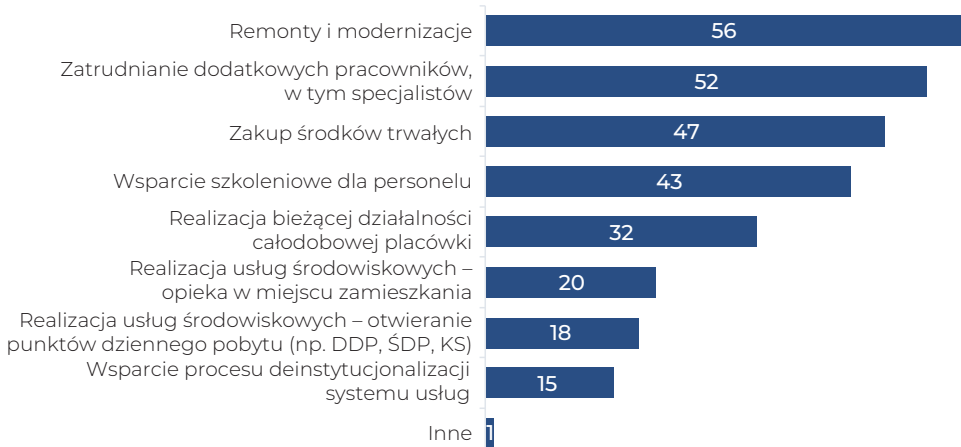


Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Warto w tym kontekście podkreślić, że politycy społeczni są dosyć zgodni, że alokowanie środków publicznych na opiekę instytucjonalną nie jest właściwym podejściem w polityce publicznej, ponieważ usługi finansowane ze środków publicznych często nie przynoszą satysfakcjonujących wyników dla użytkowników (*Ogólnoeuropejskie wytyczne 2012: 57*). Natomiast systemy środowiskowe, które są odpowiednio zaprojektowane i zarządzane, a także wspierane przez społeczność, przynoszą lepsze rezultaty w postaci poprawy jakości życia, zdrowia oraz integracji społecznej. Dlatego inwestowanie w tego rodzaju usługi jest bardziej efektywnym sposobem wykorzystania środków podatników. Niezależnie od tego, uruchamianie nowych usług wymaga znacznych nakładów finansowych, którymi – jak wyraźnie wynika z deklaracji badanych – zdecydowana większość DPS-ów na terenie województwa na tę chwilę nie dysponuje.

Dalsze zestawienie danych (Wykres 11) pozwala określić, jakie konkretne formy działań powinny być finansowane ze środków zewnętrznych w kontekście poszerzania oferty o usługi środowiskowe.

### Wykres 11. Formy działań, które w szczególności powinny być sfinansowane lub dofinansowane ze środków zewnętrznych



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

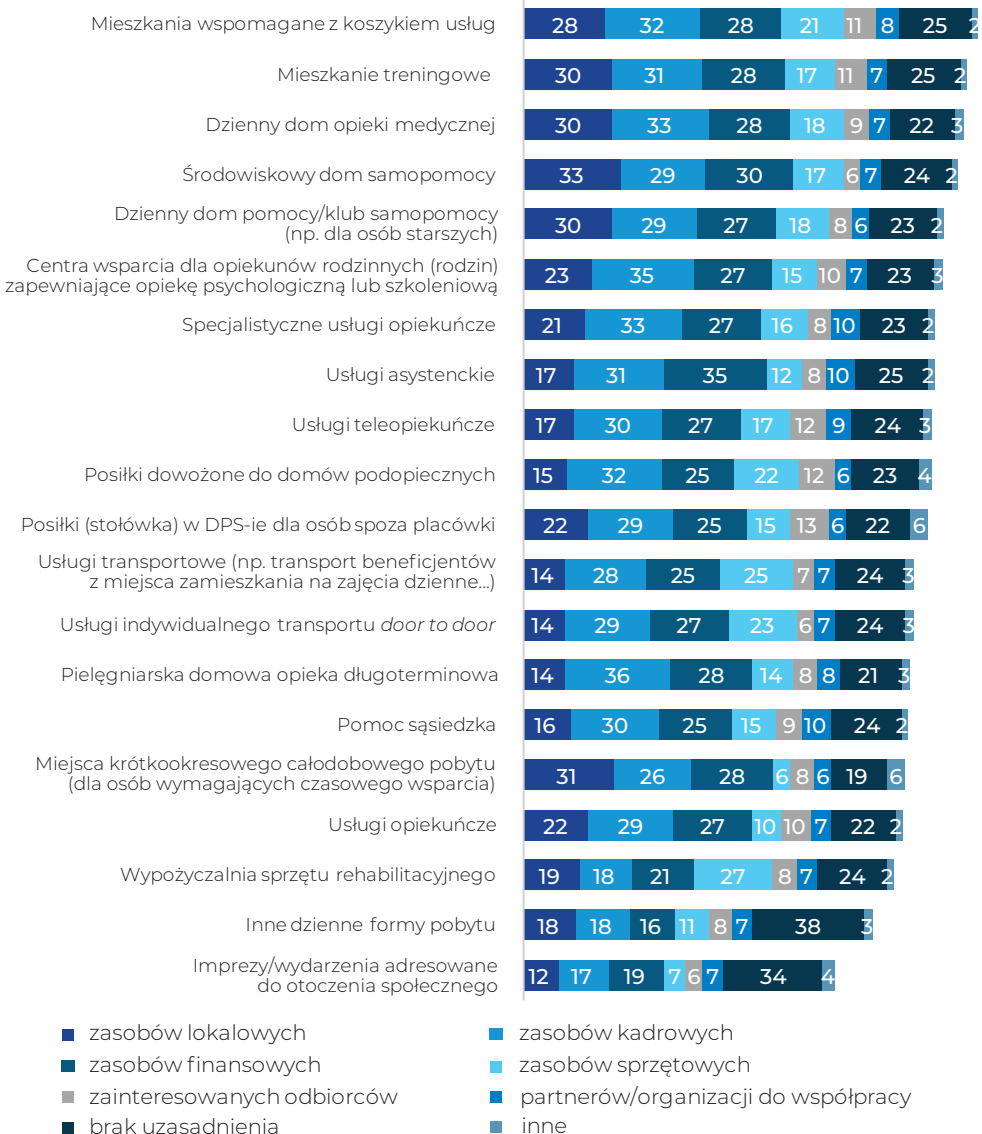
Co szczególnie ważne, ankietowani wskazywali: po pierwsze – na prace remontowe i modernizacyjne oraz zakup środków trwałych, po drugie – na uzupełnienie braków kadrowych poprzez rekrutację nowych pracowników oraz wsparcie szkoleniowe aktualnego personelu. Są to zatem odpowiedzi korespondujące z wcześniej sygnalizowanymi deficytami infrastrukturalnymi oraz kadrowymi. Połowa badanych wskazała również, że finansowanie lub dofinansowanie ze środków zewnętrznych powinno dotyczyć realizacji bieżącej całodobowej działalności placówki, co z kolei potwierdza wcześniejsze deklaracje braku dostatecznych środków finansowych nie tylko w rozwijaniu usług środowiskowych, ale nawet na działalność domów pomocy społecznej w ich obecnym kształcie.

W celu uzupełnienia informacji na temat nierealizowania usług środowiskowych przez pozostałe DPS-y, respondentów poproszono o określenie, jakich zasobów brakuje, by możliwe było ich prowadzenie (zob. Wykres 12). W odniesieniu do każdego typu usługi ankietowani mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi reprezentujących odpowiednio braki: zasobów lokalowych, finansowych, kadrowych, sprzętowych, środowiskowych (w rozumieniu potencjalnych partnerów do współpracy), a także braku grupy docelowej, czyli potencjalnych odbiorców usług.

W wielu przypadkach respondenci nie podawali, jakich zasobów brakuje do realizacji wymienionych usług środowiskowych. Dotyczy to od 19 do 34 odpowiedzi w odniesieniu do każdego z wymienionych typów usług. W kategorii „inne” znalazły się takie odpowiedzi, jak: brak czasu na realizację działań poza placówką, brak pielęgniarek (co dotyczyło możliwości uruchomienia dziennego domu opieki medycznej), brak regulacji prawnych (w odniesieniu do posiłków dowożonych do osób spoza placówki). W przypadku wyboru

kategorii „inne” w odniesieniu do miejsc krótkookresowego całodobowego pobytu (dla osób wymagających czasowego wsparcia) niektórzy ankietowani wskazali, że mają w planach uruchomienie tej usługi. Ogółem, choć z ankiety wynika, że respondenci nie precyzowali na ogół braków w swoich placówkach, jednak wydaje się, że przy odpowiednim wsparciu merytorycznym mogliby rozważyć podjęcie takich działań. Odpowiedzi te należy przede wszystkim interpretować jako wskazujące na potrzebę dostarczenia DPS-om informacji na temat możliwości rozwijania i realizacji usług środowiskowych.

## Wykres 12. Zasoby brakujące DPS-om, by mogły realizować wybrane usługi środowiskowe



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Prezentowane dane wskazują, że najczęstszymi przyczynami braku realizacji działań środowiskowych przez badane DPS-y są deficyty kadrowe, finansowe i lokalowe, nieco rzadziej sprzętowe, podczas gdy brak podmiotów, w partnerstwie z którymi możliwe byłoby ich wdrażanie, wskazywane są relatywnie rzadko. Szczególną uwagę wypada zwrócić na to, że niewielu ankietowanych wskazuje na brak potencjalnych adresatów tych usług. Oznacza to, że zdecydowana większość DPS-ów dostrzega zapotrzebowanie na realizację usług środowiskowych, jednak z powodu braku adekwatnych zasobów nie ma takiej możliwości.

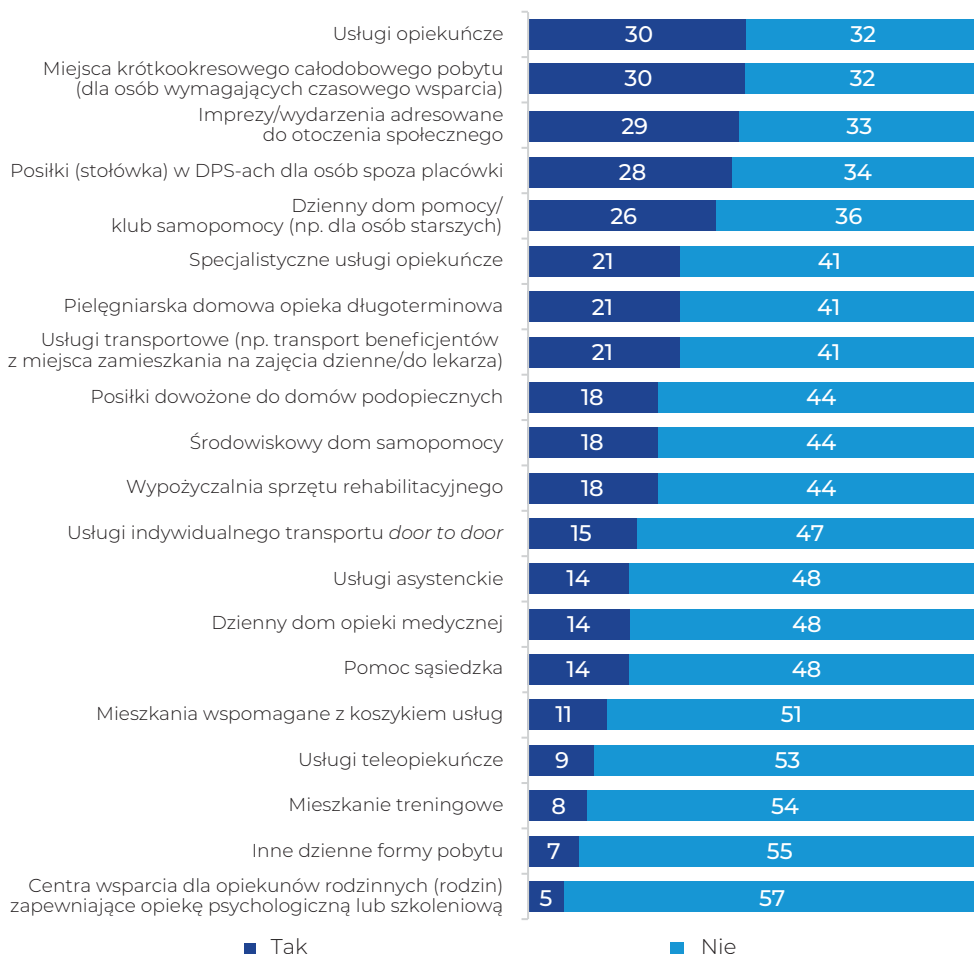
Jak wskazywaliśmy we wcześniejszych sekcjach, niewiele z badanych DPS-ów dysponuje **zasobami lokalowymi**, które mogłyby w chwili obecnej zostać wykorzystane do realizacji dodatkowych usług. Większość z posiadanych przez nie pomieszczeń jest – w świetle deklaracji respondentów – w pełni wykorzystywana. Deficyt zasobów lokalowych oznacza, że domy pomocy społecznej nie dysponują często odpowiednimi obiektami, by mogły realizować usługi adresowane do osób niebędących ich pensjonariuszami, zwłaszcza takie jak mieszkania treningowe, mieszkania wspomagane z kosztykiem usług, środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy, dzienne domy opieki medycznej czy miejsca krótkookresowego całonocnego pobytu. Są to formy usług, do których świadczenia potrzebne są często zasoby lokalowe poza samą placówką. Jednak, jak wynika ze wskazań respondentów, wiele DPS-ów nie dysponuje również na swoim terenie odpowiednimi zasobami lokalowymi, by realizować usługi skierowane do osób spoza placówki, jak dowożenie posiłków, usługi asystenckie, opiekuńcze, opieka wytchnieniowa czy pomoc sąsiedzka. Wolnymi, niezagospodarowanymi lokalami dysponują tylko 4 spośród 62 objętych badaniem domów pomocy społecznej. Brak takich zasobów uniemożliwia rozwijanie usług pomocowych poza instytucją.

Na przeszkodzie ku realizacji usług środowiskowych stoją również **niedobory kadrowe** – prawie połowa badanych wskazuje na nie w odniesieniu do niemal wszystkich wybranych usług środowiskowych. Niewystarczające zasoby ludzkie oznaczają niedobór wykształconego personelu i specjalistów, którzy mogliby zapewnić spersonalizowaną opiekę i wsparcie osobom spoza placówki. Realizacja usług środowiskowych wymaga wykwalifikowanej kadry do oceny i adekwatnego odpowiadania na indywidualne potrzeby mieszkańców. W placówkach prywatnych zatrudnionych jest relatywnie mało pracowników technicznych (kierowcy, pracownicy kuchni), a w publicznych zaś niedobory kadrowe dotyczą raczej specjalistów, którzy mogą być przeciążeni obowiązkami ze względu na dużą liczbę podopiecznych. Przypomnijmy, w 53 DPS-ach publicznych zatrudnionych jest zaledwie 12 rehabilitantów (w tym tylko 5 na pełny etat), co po uwzględnieniu łącznej liczby mieszkańców tych placówek oznacza, że na 1 rehabilitanta przypada aż 1051 pensjonariuszy. W placówkach prywatnych wskaźnik ten kształtuje się na poziomie 74. W prywatnych DPS-ach na 1 pełnoetatową pielęgniarkę przypada 16 mieszkańców, zaś w publicznych – 24. Na 1 pełnoetatowego fizjoterapeutę w prywatnych placówkach przypada 57 pensjonariuszy, podczas gdy w państwowych – 96. Analogiczny wskaźnik dotyczący zatrudnienia psychoterapeutów kształtuje się na poziomie: 106 w sektorze prywatnym i 233 w państwowym.

Wreszcie, znaczące są dane mówiące o braku adekwatnych **zasobów finansowych**. Należy je jednak rozumieć szerzej, ponieważ brak stosownych środków finansowych uniemożliwia również uzupełnienie wyżej wskazanych deficytów lokalowych i kadrowych. Brak środków finansowych oznacza, że domy pomocy społecznej będą mieć trudności z inwestowaniem w programy środowiskowe, usługi wspierające i zasoby niezbędne do realizacji usług środowiskowych, ponieważ istnieje konieczność lokowania owych środków w obszarach działalności wewnątrz samej instytucji, tzn. działania wewnętrzne są dla nich priorytetowe.

W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na **przygotowanie kadry** badanych DPS-ów – zarówno specjalistów, jak i pracowników technicznych – **do świadczenia usług środowiskowych**. Prezentowane na Wykresie 13 odpowiedzi („tak” lub „nie”) wskazują, że w odniesieniu do wyraźnej większości wymienionych usług kadra nie ma odpowiedniego przeszkolenia.

**Wykres 13. Przygotowanie kadry DPS-ów do świadczenia usług środowiskowych**



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Z odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych wynika, że **brak odpowiedniego przygotowania** do realizacji wskazanych w ankiecie usług środowiskowych (ukierunkowanych na otoczenie poza samą placówką) opisuje przynajmniej połowę badanych DPS-ów. O ile zatem – w ocenie osób biorących udział w badaniu – w warunkach instytucjonalnych specjaliści są wyposażeni w odpowiednie kwalifikacje, wiedzę, miękkie i twarde umiejętności, o tyle przygotowanie do prowadzenia działań w warunkach zdeinstytucjonalizowanych nie są na ogół deklarowane.

Deficyty w przygotowaniu kadry dotyczą w pierwszej kolejności umiejętności prowadzenia centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych, innych dziennych form pobytu, prowadzenia mieszkań treningowych, realizacji usług teleopiekuńczych, mieszkań wspomaganych z koszykiem usług, dziennych domów opieki medycznej, usług asystenckich, koordynacji pomocy sąsiedzkiej, usług indywidualnego transportu *door to door*, prowadzenia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, dowożenia posiłków do mieszkań podopiecznych oraz prowadzenia środowiskowych domów samopomocowych. W odniesieniu do każdego z wyżej wymienionych typów usług przygotowanie kadrowe zgłosiło mniej niż 20 badanych domów pomocy społecznej. Nie wszyscy respondenci potrafili konkretnie wskazać, jakiego rodzaju szkoleń potrzebowałiby pracownicy DPS-ów, by móc realizować usługi środowiskowe (Tabela 10), jednak z odpowiedzi, które udało się uzyskać w toku badania, wynika, że szczególnie często odczuwany jest **deficyt szkoleń** z zakresu podnoszenia umiejętności, technik i metodyki pracy, oraz sposobów i form współpracy z odbiorcami usług środowiskowych. Zwłaszcza w kontekście realizacji takich usług środowiskowych, jak **specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi asystenckie, teleopiekuńcze**, a także prowadzenie **mieszkań wspomaganych z koszykiem usług, mieszkań treningowych, dziennych domów opieki medycznej** oraz **centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych** (rodzin) zapewniających opiekę psychologiczną lub szkoleniową. Dane wskazują, że znacznie rzadziej – w opiniach respondentów – potrzebne kadry są szkolenia w zakresie obsługi sprzętu, kompetencji miękkich (np. radzenia sobie ze stresem) czy zwiększania wiedzy na temat uwarunkowań prawnych opieki środowiskowej. Potrzeby szkoleniowe zostaną w szerszym zakresie zaadresowane w sekcji 3.4.

**Tabela 10. Przygotowanie kadry DPS-ów do świadczenia usług środowiskowych – potrzeby szkoleniowe**

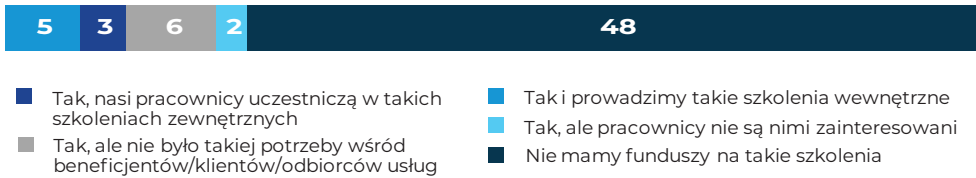
	<b>W zakresie umiejętności, technik lub metod pracy</b>	<b>W zakresie kompetencji miękkich (np. radzenia sobie ze stresem)</b>	<b>W zakresie sposobów i form współpracy z odbiorcami usług środowiskowych</b>	<b>Obsługi sprzętu</b>	<b>W zakresie warunkowań prawnych opieki środowiskowej</b>
Usługi opiekuńcze (n=12)	6	5	7	6	3
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (n=23)	15	5	11	8	3
Usługi asystenckie (n=24)	14	6	12	5	3
Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa (n=17)	7	3	9	6	3
Dzienny dom pomocy/ klub samopomocy (np. dla osób starszych) (n=13)	6	4	5	4	3
Dzienny dom opieki medycznej (n=20)	12	3	10	8	4
Miejsca krótkookresowego całodobowego pobytu (dla osób wymagających czasowego wsparcia) (n=12)	4	3	4	4	3
Inne dzienne formy pobytu (n=12)	4	2	4	4	3
Usługi teleopiekuńcze (n=25)	14	4	10	11	5
Centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych (rodzin) zapewniające opiekę psychologiczną lub szkoleniową (n=27)	17	10	16	5	7
Posiłki (stołówka) w DPS-ie dla osób spoza placówki (n=14)	3	2	4	5	4
Posiłki dowożone do domów podopiecznych (n=14)	3	2	5	4	3
Mieszkania wspomagane z koszykiem usług (n=21)	11	4	9	4	5
Mieszkanie treningowe (n=23)	13	4	11	4	5

	W zakresie umiejętności, technik lub metod pracy	W zakresie kompetencji miękkich (np. radzenia sobie ze stresem)	W zakresie sposobów i form współpracy z odbiorcami usług środowiskowych	Obsługi sprzętu	W zakresie uwarunkowań prawnych opieki środowiskowej
Pomoc sąsiedzka (n=8)	7	2	8	3	3
Środowiskowy dom samopomocy (n=14)	6	2	6	3	3
Usługi transportowe (np. transport beneficjentów z miejsca zamieszkania na zajęcia dzienne/do lekarza) (n=14)	3	2	5	3	3
Usługi indywidualnego transportu <i>door to door</i> (n=17)	4	3	6	3	3
Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego (n=18)	6	2	7	7	5
Imprezy/wydarzenia adresowane do otoczenia społecznego (n=13)	2	2	4	2	2

Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów

Z informacji udzielonych przez respondentów wynika dosyć jednoznacznie, że znakomita większość placówek nie dysponuje też **funduszami**, które można byłoby przeznaczyć na szkolenie personelu w zakresie wiedzy i kompetencji potrzebnych do realizacji usług środowiskowych (Wykres 14). Tylko 14 z 62 objętych badaniem DPS-ów zadeklarowało taką możliwość w kontekście posiadanych zasobów finansowych, przy czym: 5 placówek prowadzi takie szkolenia wewnętrznie, pracownicy 3 DPS-ów uczestniczą w zewnętrznych szkoleniach, zaś 8 placówek – choć posiada odpowiednie fundusze, nie przeznacza ich na szkolenie kadry w tym zakresie ze względu na brak zainteresowania udziałem w nich samych pracowników, bądź też – zgodnie z deklaracjami ankietowanych – brak potrzeby realizacji usług środowiskowych, czyli innymi słowy brak potrzeby wśród ich potencjalnych beneficjentów – dwie placówki zaznaczyły dwie odpowiedzi, stąd suma odpowiedzi wynosi n=64.

**Wykres 14. Dysponowanie funduszami, które można by przeznaczyć na szkolenie personelu w zakresie wiedzy i kompetencji potrzebnych do realizacji usług środowiskowych**



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Kolejne zestawienie (Wykres 15) obejmuje wskazania **elementów infrastruktury potrzebnych**, by uczestniczące w badaniu domy pomocy społecznej mogły rozwinąć zasób realizowanych usług środowiskowych lub – co dotyczy zdecydowanej większości przypadków – by mogły je wprowadzić w życie (pytanie wielokrotnego wyboru). Do zasobów lokalowych, które pozwoliłyby na to, należą przede wszystkim wolne, **niezagospodarowane pomieszczenia**, na co wskazali pracownicy 36 z 62 badanych DPS-ów. Takimi pomieszczeniami, jak wspominaliśmy już wcześniej (zob. Wykres 4), dysponują tylko 4 spośród 62 objętych badaniem placówek. Jeżeli zaś chodzi o pomieszczenia o konkretnym przeznaczeniu, w tym specjalistyczne, najczęściej wymienianymi jako potrzebne do rozwijania działań środowiskowych są pracownie terapeutyczne oraz sprzęt rehabilitacyjny jako element wyposażenia pracowni rehabilitacyjnych. Należy jednak pamiętać, że – jak również sygnalizowaliśmy wcześniej (zob. Tabela 6) – tylko część z uczestniczących w badaniu DPS-ów zatrudnia aktualnie **rehabilitantów**. Rzeczywiste zapotrzebowanie na sprzęt rehabilitacyjny może być zatem większe, jeśli wziąć również pod uwagę obecne niedobory kadrowe. Odpowiedzi respondentów wskazują, że kadra jest świadoma aktualnych deficytów infrastrukturalnych, czego przykładem może być deklarowanie przez liczne ich grono potrzeby uruchomienia sali komputerowej, sali gimnastycznej czy siłowni. Poruszaliśmy ten wątek również przy okazji omawiania zasobów lokalowych badanych DPS-ów (por. Wykres 3 i Wykres 4).

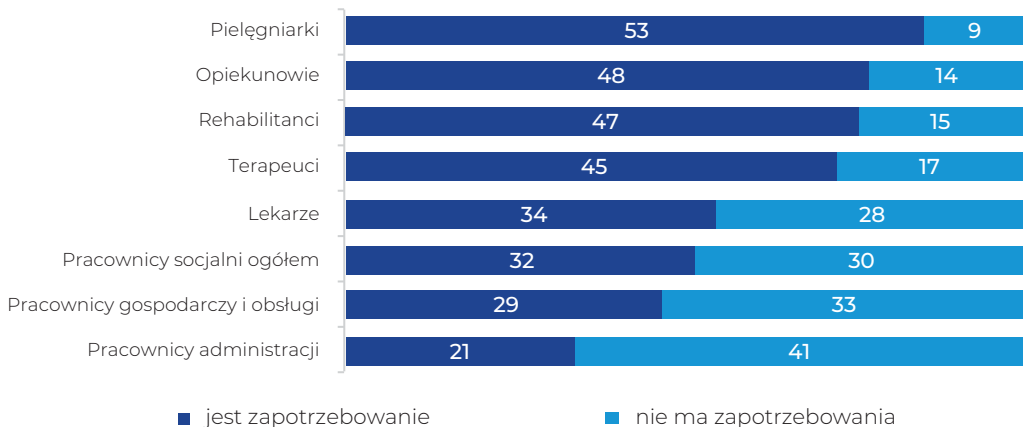
## Wykres 15. Elementy infrastruktury potrzebne, aby móc rozwinąć (zwiększyć wymiar lub wprowadzić nowe) usługi środowiskowe



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Respondenci zostali następnie poproszeni o ustosunkowanie się do pytania o **braki kadrowe**, których ewentualne uzupełnienie pozwoliłoby im placówkom na uruchomienie lub podniesienie jakości już realizowanych usług środowiskowych (Wykres 16).

## Wykres 16. Zasoby kadrowe potrzebne, aby móc rozwinąć (zwiększyć wymiar lub wprowadzić nowe) usługi środowiskowe



Źródło: opracowanie własne, PAPI wśród przedstawicieli DPS-ów, n=62

Zgodnie ze wskazaniami respondentów niedobory w tym kontekście odnoszą się zwłaszcza do kadry pielęgniarskiej (53 DPS-y), opiekunów (48), rehabilitantów (47) oraz terapeutów (45 wskazań). Oznacza to, że  $\frac{3}{4}$  domów pomocy społecznej nie może przy obecnych zasobach kadrowych prowadzić usług środowiskowych ze względu na brak specjalistów, którzy mieliby je *de facto* realizować. Deklaracje te są spójne z wcześniej sygnalizowanymi przez respondentów głównymi barierami dla świadczenia usług środowiskowych (zob. Wykres 9). Co więcej, znacząca część dyrekcji badanych DPS-ów uskarża się na brak dostatecznej liczby pracowników socjalnych, pracowników gospodarczych, administracyjnych oraz lekarzy. W tym ostatnim przypadku należy jednak przypomnieć, że obecnie domy pomocy społecznej nie mogą bezpośrednio zatrudniać kadry lekarskiej, ponieważ usługi lekarskie są w tych placówkach realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Część badanych zwróciła uwagę na to, że taka możliwość byłaby nie tyle przydatna, co jest wręcz nieodzowna ze względu na profil klienta kierowanej placówki – dotyczy to przede wszystkim domów dla osób w wieku senioralnym. Takie odpowiedzi pojawiły się na prośbę (w formule otwartej) o wskazanie ewentualnych innych braków kadrowych, które uniemożliwiają rozwinięcie usług środowiskowych. Lekarzy POZ wskazało w tym kontekście 6 badanych. Taka sama liczba wskazań dotyczyła lekarzy psychiatrów. Obok lekarzy, najczęściej wskazywanymi specjalistami potrzebnymi placówkom, by mogły rozszerzyć swoją działalność na społeczność poza placówką, byli opiekunowie medyczni (8 wskazań), terapeuci zajęciowi (7), fizjoterapeuci (5), pielęgniarki środowiskowe (5), kierowcy (4), a także psychologzy, geriatrzy, pokojowe i pracownicy kuchni (po 3 wskazania). Po 2 wskazania dotyczyły takich funkcji zawodowych, jak: lekarz chorób wewnętrznych, pielęgniarka, masażysta, księgowa i konserwator budynku; zaś po 1 wskazaniu: neurolog, urolog, pielęgniarka opieki długoterminowej, psychoterapeuta, asystent osoby niepełnosprawnej, dietetyk, magazynier oraz personelu administracyjnego: sekretarki, specjaliści w dziedzinie zamówień publicznych oraz kadrowej.

### 3.2.3. kategoryzacja potrzeb w zależności od typu i specyfiki dps-u

Potrzeby identyfikowane przez dyrekcję uczestniczących w badaniu DPS-ów są powtarzalne, mają charakter wręcz schematyczny i – poza nielicznymi wskazaniami – kształtują się niezależnie od profilu ich działalności. Wskazują na istotne deficyty, które w negatywny sposób wpływają na funkcjonowanie tych placówek, zarówno utrudniając im działanie w obecnej formie, jak i uniemożliwiając im rozwijanie działalności o usługi środowiskowe. Na pierwszy plan wysuwają się zwłaszcza znane już z wcześniejszych analiz zawartych w niniejszym raporcie: potrzeby remontowe (w tym modernizacyjne) dotyczące zarówno wewnątrz placówek, jak i terenów zewnętrznych, potrzeby kadrowe, zwłaszcza związane z brakiem dostatecznej liczby pracowników i ich niskim wynagrodzeniem, a także potrzeba zakupu różnorodnego wyposażenia, zarówno

specjalistycznego (najczęściej rehabilitacyjnego lub terapeutycznego), jak i podstawowych sprzętów codziennego użytku (doposażenie pokoi, wymiana mebli, doposażenie stanowisk pracy). Z odpowiedzi udzielonych przez respondentów wynika, że przynajmniej co czwarty DPS aspiruje do rozwijania działalności adresowanej do osób pozostających poza placówką. Co ciekawe, to na tym polu zarysowują się nieco wyraźniejsze różnice potrzeb ze względu na profil działalności.

Wśród odpowiedzi udzielonych przez respondentów z DPS-ów dla osób w podeszłym wieku pojawiły się pojedyncze wskazania na chęć organizowania wydarzeń integracyjnych i kulturalno-oświatowych, zaś wśród łączonych placówek dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych – otwarcie środowiskowego lub dziennego domu pomocy oraz zwiększenie dostępności lokali mieszkaniowych. Są to formy pomocy, które zwłaszcza w świetle starzenia się społeczeństwa będą przybierały na znaczeniu w nadchodzących latach.

Z kolei w odniesieniu do jednego z domów przeznaczonych dla przewlekle somatycznie chorych pojawiło się wskazanie na chęć rozwinięcia jego działalności o usługę wytchnieniową. Ten typ usług ma nieraz kluczowe znaczenie dla zapewnienia opiekunom faktycznym tymczasowej ulgi, zmniejszenia poziomu stresu i zapobiegania wypaleniu, przy jednoczesnym zapewnieniu skutecznej opieki, bez konieczności umieszczania osoby zależnej na stałe w placówce.

Warto mieć w tym kontekście na uwadze, że świadczenie usług środowiskowych ma potencjał, by minimalizować prawdopodobieństwo późniejszej instytucjonalizacji osób objętych tymi działaniami. Zwraca na to uwagę osoba kierująca jedną z placówek dla osób przewlekle psychicznie chorych, która wskazuje, że otwarcie dziennego domu pomocy lub klubu samopomocy przyczyniłoby się do utrzymania dobrej sprawności psychicznej seniorów z lokalnego środowiska, a tym samym pozwoliłoby zapobiec depresji, demencji i wyeliminowałoby późniejszą konieczność opieki i świadczenia pomocy. Również wśród reprezentantów tej kategorii DPS-ów pojawiła się informacja o chęci uruchomienia mieszkań wspomaganych z koszykiem usług. Wszystkie te formy działalności wychodzącej poza obszar samych placówek wymagają jednak najczęściej dodatkowych nakładów finansowych, uzupełnienia niedoborów kadrowych, rzeczowych i lokalowych, co zostanie zaadresowane w zamykającej niniejszy raport części poświęconej rekomendacjom.

Zestawienie wszystkich odpowiedzi na omawiane pytanie, skategoryzowane ze względu na profil działalności objętych badaniem DPS-ów, prezentujemy poniżej, w kolejności od najczęściej do rzadziej formułowanych postulatów.

### **1. DPS-y dla osób w podeszłym wieku (5 placówek)**

W ankiecie przeprowadzonej w 5 domach pomocy dla osób starszych najczęściej wskazywanymi potrzebami były prace remontowe, obejmujące termomodernizację, prace modernizacyjne i bieżące naprawy, oraz zatrudnienie dodatkowego personelu i wsparcie finansowe w tej kwestii (po 3 wskazania ze strony badanych). Dla dwóch placówek istotna jest potrzeba doposażenia pokoi oraz zakupu sprzętu

rehabilitacyjnego i otwarcia pracowni rehabilitacyjnej. Natomiast rzadziej zgłaszano potrzebę różnorodnych usług, takich jak aktywizacja mieszkańców czy organizacja spotkań integracyjnych, oraz konieczność remontu i przystosowania budynku pod inną formę działalności domu pomocy społecznej (po jednym wskazaniu).

## **2. DPS-y łączone dla osób w podeszłym wieku i dla osób przewlekle somatycznie chorych** (13 placówek)

Wśród placówek łączonych dla osób w podeszłym wieku i dla osób przewlekle somatycznie chorych najczęściej powtarzającą się potrzebą (6 wskazań) są prace remontowe: remont lub rozbudowa budynku, prace modernizacyjne, remont pomieszczeń (zwłaszcza łazienek i pokoi mieszkalnych) w celu poprawy warunków bytowych mieszkańców, instalacja fotowoltaiki, zakup pompy ciepła. 5 z badanych placówek zgłasza potrzebę doposażenia, w tym zakup specjalistycznego sprzętu, tj. sprzętu pomocniczego dla opiekunów (podnośniki, parapiony – urządzenia pionizujące, wózki elektryczne do poruszania się po parku), zakup sprzętu rehabilitacyjnego, doposażenie sal fizykoterapii, pracowni terapii zajęciowej, a także stanowisk pracy, zakup pojazdu transportowego (bus). Podobnie jak w innych badanych typach placówek, jedną z częściej (4 wskazania) podnoszonych kwestii są uwarunkowania kadrowe. Badani identyfikowali w tym kontekście potrzebę zatrudnienia dodatkowego personelu, zwłaszcza specjalistycznego (w jednej z odpowiedzi pojawia się uściślenie: „zatrudnienie pielęgniarek, ale pod warunkiem podniesienia ich płac”), godziwe wynagrodzenie dla pracowników – podniesienie płac oraz dodatki do wynagrodzeń dla pracowników DPS-ów, szkolenie kadry. Jedna z badanych placówek wskazała natomiast na chęć rozszerzenia swojej działalności i zwiększenie oferty usług, w tym środowiskowych: otwarcie środowiskowego lub dziennego domu pomocy, zwiększenie dostępności lokali mieszkaniowych i bardziej ogólnie – podniesienie standardów świadczonych usług. Dla innej placówki priorytetem było natomiast bieżące utrzymanie placówki.

## **3. DPS-y dla osób przewlekle somatycznie chorych** (18 placówek)

Najliczniejszym typem DPS-ów działających na terenie województwa łódzkiego są placówki przeznaczone dla osób przewlekle somatycznie chorych. Co trzecia z nich sygnalizuje potrzebę przeprowadzenia prac remontowych, w części z nich (jak sugeruje wymiar owych prac) pilnych: remont budynku (dach, poszerzenie drzwi), odnowa pomieszczeń mieszkalnych i poprawa warunków lokalowych, dostosowanie budynku do potrzeb osób z niepełnosprawnością, zagospodarowanie terenu zielonego i przystosowanie go do rekreacji, remont dziedzińca, wymiana ogrodzenia, założenie klimatyzacji, modernizacja infrastruktury budynków (termomodernizacja, panele fotowoltaiczne, wymiana stolarki okiennej). Również co trzecia placówka skarży się na braki w wyposażeniu, choć są one zróżnicowane. Dla trzech placówek konieczność doposażenia dotyczy dźwigu osobowego (w jednej z odpowiedzi – większa winda dopasowana do potrzeb osób leżących), dla dwóch priorytetem jest zakup lub wymiana wyposażenia pokoi (meble, łóżka), dla dwóch kolejnych jest nim zakup

sprzętu specjalistycznego (terapeutycznego i rehabilitacyjnego), dla jednej zakup samochodu (BUS-a), dla kolejnej zakup sprzętu audio-wideo. Podobnie jak w wielu innych placówkach, w co najmniej 4 DPS-ach dla osób przewlekle somatycznie chorych bieżące potrzeby wiążą się z kwestiami kadrowymi. Należą do nich: zwiększenie wynagrodzenia personelu (zwłaszcza specjalistów), zwiększenie zatrudnienia personelu i specjalistów (zwłaszcza pielęgniarek) oraz szkolenia pracowników. Jeden z badanych DPS-ów deklaruje gotowość do uruchomienia usługi środowiskowej – usługi wytchnieniowej dla opiekunów rodzinnych. Inna placówka chce wybudować nowy DPS (co koresponduje z sygnalizowanymi wyżej potrzebami remontowymi) i rozwijać w jego ramach usługi społeczne. Również dla jednej placówki priorytetem jest pozyskanie środków na pokrycie bieżących kosztów utrzymania, co wskazuje, że nie ma w tym przypadku, przynajmniej na tę chwilę, potencjału, by rozwijać swoją działalność o dodatkowe usługi, w tym środowiskowe.

#### **4. DPS-y dla osób przewlekle psychicznie chorych (16 placówek)**

Drugim najczęstszym w województwie łódzkim typem DPS-ów są placówki przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych. Dwie z 16 placówek tego typu wskazywały na potrzebę rozwijania nowych usług, wśród których część miałyby charakter środowiskowy: utworzenie dużej świetlicy dla mieszkańców, podwyższenie standardu usług realizowanych w placówce, utworzenie mieszkań wspomaganych z koszykiem usług, stworzenie dziennego domu pomocy lub klubu samopomocy. Jednak podobnie jak w przypadku domów pomocy społecznej pozostałych typów, wśród placówek dla osób przewlekle psychicznie chorych priorytetem pozostają prace remontowe, takie jak renowacja lokali mieszkalnych, generalny remont i modernizacja, rozbudowa placówki i powiększenie bazy lokalowej dla mieszkańców domu i pracowników administracji, likwidacja barier architektonicznych, tj. przystosowanie budynku do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, remont elewacji, budowa nowej kuchni z zapleczem (łącznie 5 wskazań), kwestie kadrowe – podwyżki zarobków kadry (również dla pracowników warsztatowych), dokadrowanie, sfinansowanie szkoleń dla specjalistów (4 wskazania) oraz doposażenie – zakup wyposażenia do sal terapeutycznych, doposażenie pokoi mieszkańców (nowe meble), zakup sprzętu rehabilitacyjnego (2 wskazania).

#### **5. DPS-y łączone dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (1 placówka)**

W badaniu brała udział jedna placówka łączona dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Jej priorytetami są zwiększenie zatrudnienia i podniesienie płac dla kadry oraz bieżące utrzymanie domu.

#### **6. DPS-y dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (6 placówek)**

W badaniu wzięło udział 6 placówek dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. Trzy z nich wskazały na kwestie kadrowe: potrzebę zwiększenia zatrudnienia, wynagrodzenia i pochodnych wynagrodzenia, szkolenie kadry, jedna

z placówek wskazała ponadto na potrzebę zatrudnienia lekarza na etacie. Drugim najważniejszym działaniem jest wśród placówek tego typu przeprowadzenie niezbędnych prac remontowych (2 wskazania), takich jak modernizacja i remont pomieszczeń, rozbudowa domu, aby pozyskać nowe pomieszczenia, zabudowanie parkingu. Te same dwie placówki identyfikują ponadto potrzebę doposażenia, tj. zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, nowego sprzętu AGD, zakupu samochodu transportowego (bus), zakup i wymiana wyposażenia pokoi mieszkalnych. Dla jednej z placówek dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie priorytetem jest natomiast finansowanie bieżącego funkcjonowania placówki.

#### **7. DPS-y dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (2 placówki)**

Dla obu placówek dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie + dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie priorytety wiążą się z kwestiami lokalowymi oraz kadrowymi. Jedna z nich wskazała na konieczność termomodernizacji i utworzenia jadalni, zaś druga na remont ogrodzenia i nawierzchni dróg wewnętrznych. W jednym z tych DPS-ów otrzymanie finansowania wiązałoby się ponadto z rozwojem usługi środowiskowej – możliwością utworzenia sali dziennego pobytu. W kwestiach kadrowych dla obu placówek priorytetem jest – tak jak w wielu innych przypadkach i niezależnie od profilu działalności DPS-ów – zwiększenie liczebności zatrudnianej kadry, podniesienie wynagrodzeń pracowników oraz ich szkolenie.

#### **8. DPS-y dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (1 placówka)**

W badaniu wzięła udział jedna placówka dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Wśród zgłoszonych przez nie potrzeb, których realizacja pozwoliłaby na lepsze funkcjonowanie placówki, znalazło się – podobnie jak w innych typach placówek – szkolenie pracowników. Reprezentant placówki zwrócił jednak również uwagę na konieczność doposażenia, tj. zakupu elektrycznych podnośników wannowych dla mieszkańców

### **3.3. czynniki sprzyjające i ograniczające realizację usług środowiskowych przez dps-y – oczekiwania dps-ów wobec instytucji zarządzającej fēt 2027 i władz samorządowych**

Rozwój działań poza samą placówką, takich jak usługi środowiskowe, stanowi istotny krok w procesie deinstytucjonalizacji pomocy społecznej. Jednakże istnieje szereg czynników, które mogą zarówno sprzyjać DPS-om w rozwijaniu domom pomocy społecznej w rozwijaniu tych działań lub utrudniać. Jednym z celów przeprowadzonego badania była identyfikacja potrzeb względem instytucji zarządzającej Funduszami Europejskimi dla Łódzkiego 2027. Do tych potrzeb należą: zwiększenie finansowania, rozwój kadry, zarówno w rozumieniu zatrudnienia dodatkowego personelu, jak i przeszkolenia

obecnego, możliwość wykorzystania lokali poza samą placówką, doposażenie oraz wsparcie informacyjne w zakresie prowadzenia usług środowiskowych.

Czynniki sprzyjające rozwojowi usług w środowisku lokalnym przez domy pomocy społecznej obejmują przede wszystkim dostęp do odpowiednich zasobów finansowych, kadrowych i lokalowych. Dysponowanie odpowiednimi zasobami finansowymi pozwala na rozwijanie usług środowiskowych poprzez inwestowanie w infrastrukturę, wynajem odpowiednich lokali oraz zatrudnienie wykwalifikowanego personelu. Z kolei posiadanie odpowiedniej infrastruktury oraz licznej i odpowiednio przeszkolonej kadry jest niezbędne dla realizacji profesjonalnych usług w placówce i poza nią, w formie bardziej zindywidualizowanej opieki, dostosowanej do potrzeb klientów, dającej im możliwość pełniejszego uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej. Tych zasobów jednak – jak wynika z przeprowadzonego badania – relatywnie często brakuje DPS-om działającym na terenie województwa łódzkiego.

**Brak adekwatnego finansowania DPS-ów** oznacza, że mogą mieć one trudności z inwestowaniem w programy środowiskowe, wsparcie dla usług i zasoby potrzebne do ich realizacji, ponieważ muszą priorytetowo alokować środki na działania wewnątrz instytucji. Należy przy tym pamiętać, że ewentualna tranzycja od opieki zinstytucjonalizowanej na rzecz świadczenia usług środowiskowych – choć na dłuższą metę może okazać się z ekonomicznego punktu widzenia opłacalna – generować będzie początkowo koszty związane z koniecznością rozwinięcia dodatkowej infrastruktury, niezbędnego specjalistycznego sprzętu, szkolenia kadry i zatrudnienia większej liczby specjalistów czy monitoringu. Przeprowadzone badanie dowodzi, że z tymi wydatkami wiążą się obawy niemal wszystkich respondentów. Z drugiej strony, opinie respondentów na temat kosztów obu form opieki w formie stacjonarnej i środowiskowej są podzielone, co sugeruje, że organizacje promujące deinstytucjonalizację w województwie łódzkim mogą nie w pełni wykorzystywać dostępne kanały komunikacyjne do informowania DPS-ów o długoterminowych korzyściach finansowych płynących z tego podejścia. Czynnikiem wspierającym w tym kontekście powinno być działanie lokalnych władz, w postaci grantów, ulg podatkowych lub pomocy administracyjnej. Nie są to formy działań, na które bezpośrednio wskazywali badani, jednak zaliczyć je można do kategorii wsparcia finansowego, które w sposób pośredni mogłoby ułatwić rozwój i utrzymanie usług środowiskowych przez DPS-y. Politycy społeczni są dosyć zgodni, że alokowanie środków publicznych na opiekę instytucjonalną nie jest właściwym podejściem w polityce publicznej, ponieważ usługi finansowane ze środków publicznych często nie przynoszą satysfakcjonujących wyników dla użytkowników, co zostało udowodnione (*Ogólnoeuropejskie wytyczne 2012: 57*). Natomiast systemy środowiskowe, które są odpowiednio zaprojektowane i zarządzane, a także wspierane przez społeczność, przynoszą lepsze rezultaty w postaci poprawy jakości życia, zdrowia oraz integracji społecznej. Dlatego inwestowanie w tego rodzaju usługi jest efektywnym sposobem wykorzystania środków podatników. Niezależnie od tego, uruchamianie nowych usług wymaga znacznych

nakładów finansowych, którymi – jak wyraźnie wynika z deklaracji badanych – zdecydowana większość DPS-ów na terenie województwa na tę chwilę nie dysponuje.

**Niedostatek zasobów lokalowych** oznacza, że DPS-y często nie posiadają odpowiednich obiektów do świadczenia usług dla osób spoza placówki, szczególnie takich jak mieszkania treningowe, mieszkania wspomagane z pakietem usług, domy samopomocy, dzienne domy pomocy, dzienne domy opieki medycznej czy miejsca krótkoterminowego całodobowego pobytu. Takie usługi często wymagają zasobów lokalowych poza samą instytucją. Jednak, jak wynika z danych respondentów, wiele DPS-ów również nie ma odpowiednich zasobów lokalowych do świadczenia usług dla osób spoza placówki, takich jak dostarczanie posiłków, usługi asystenckie, krótkoterminowa opieka wytchnieniowa czy pomoc sąsiedzka. Brak tych zasobów utrudnia rozwijanie usług wsparcia poza placówką.

**Niedostateczne zasoby kadrowe** oznaczają brak wykwalifikowanego personelu i specjalistów, którzy mogliby zapewnić spersonalizowaną opiekę i wsparcie dla osób spoza DPS-u. Wdrożenie usług środowiskowych wymaga odpowiednio przeszkolonego personelu do identyfikacji i zaspokajania indywidualnych potrzeb mieszkańców. Przynajmniej połowa objętych badaniem DPS-ów nie posiada tymczasem odpowiednio przeszkolonej kadry. Lista specjalistów potrzebnych do wdrażania usług środowiskowych – w świetle deklaracji badanych – jest bardzo długa. Zgodnie ze wskazaniami respondentów (zob. Wykres 16) niedobory w tym kontekście dotyczą zwłaszcza kadry pielęgniarskiej, opiekunów, rehabilitantów i terapeutów, ale też pracowników socjalnych, pracowników gospodarczych, administracyjnych oraz lekarzy (gdyby była możliwość ich zatrudnienia), lekarzy psychiatrów, opiekunów medycznych, terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, pielęgniarek środowiskowych, kierowców, psychologów, geriatrów, pokojowych czy pracowników kuchni.

Dyskutując kwestię niedoborów kadrowych, należy również zauważyć, że brak **odpowiedniego przygotowania** do realizacji wskazanych w ankiecie usług środowiskowych (ukierunkowanych na otoczenie poza samą placówką) opisuje przynajmniej połowę badanych DPS-ów. Niezbędne jest ze strony instytucji finansujących zaadresowanie tych deficytów i przekucie kwestii zasobów kadrowych w czynnik sprzyjający rozwojowi usług środowiskowych:

- Niedobory w przygotowaniu kadry dotyczą w pierwszej kolejności umiejętności prowadzenia **centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych** (zapewniających im wsparcie psychologiczne, informacyjne i instruktażowe). Podnoszenie kompetencji powinno być w tym kontekście ukierunkowane na szkolenia z zakresu komunikacji, która jest kluczowa w pracy z opiekunami rodzinnymi, szkolenia z zakresu psychologii, pracy socjalnej i superwizji (by lepiej rozumieć potrzeby opiekunów rodzinnych i identyfikować strategie wsparcia adekwatne do ich sytuacji), szkolenia podnoszące wiedzę na temat praw pacjenta i opiekuna, z zakresu poradnictwa, zarządzania stresem i samoopieki, szkolenia z zakresu planowania

i organizacji (w kontekście zapewniania opiekunom wsparcia logistycznego i koordynowania różnych usług), szkolenia podnoszące wiedzę na temat dostępnych zasobów i programów wsparcia, by móc udzielać opiekunom wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i kierować do odpowiednich instytucji.

- Ankietowani uskarżali się również na brak odpowiedniego przeszkolenia personelu w zakresie prowadzenia mieszkań treningowych i mieszkań wspieranych z koszykiem usług. Powinno ono obejmować zwłaszcza szkolenia z zakresu radzenia sobie z sytuacjami awaryjnymi, rozwiązywania konfliktów i komunikacji interpersonalnej, planowania i organizacji (tworzenia harmonogramów, zarządzania zasobami i organizacji codziennych obowiązków mieszkańców), prowadzenia dokumentacji dotyczącej mieszkańców, raportowania zdarzeń oraz zachowania poufności danych osobowych, zaś w przypadku mieszkań wspieranych – również szkolenia z zakresu opieki nad osobami dorosłymi (w tym umiejętności opieki higienicznej), pracy z niepełnosprawnościami, dbania o zdrowie i bezpieczeństwo mieszkańców.
- Kolejną formą działań środowiskowych, do których realizacji brakuje, zdaniem badanych, przeszkolonej kadry, są usługi teleopiekuńcze. Adekwatne szkolenia powinny być w tym kontekście ukierunkowane przede wszystkim na podnoszenie umiejętności z zakresu obsługi technologii (znajomości platform, aplikacji i urządzeń telekomunikacyjnych używanych do prowadzenia usług teleopiekuńczych, w tym także systemów monitoringu zdalnego), technik komunikacji zdalnej, pierwszej pomocy zdalnej (w tym rozpoznawania sytuacji kryzysowych i udzielania wsparcia na odległość w razie ich wystąpienia) czy zabezpieczania danych wrażliwych.
- Do najczęściej wskazywanych usług środowiskowych, w kontekście braku przeszkolenia personelu, należy również prowadzenie domów opieki medycznej. W tym przypadku należy rozważyć zwłaszcza szkolenia z zakresu obsługi urządzeń medycznych (np. aparaty do pomiaru ciśnienia krwi, glukometry, inhalatory itp.), opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi (w tym zagadnienia związane z opieką higieniczną, mobilizacją, podawaniem leków, radzeniem sobie z chorobami przewlekłymi), szkolenia z pierwszej pomocy i resuscytacji krążeniowo-oddechowej, kursy podnoszące wiedzę na temat aktualnych przepisów i standardów dotyczących opieki zdrowotnej, w tym procedur postępowania w przypadku nagłych sytuacji medycznych oraz wymogów dotyczących dokumentacji pacjentów.
- Jako usługi społeczne, do których realizacji brakuje ich kadry odpowiedniego przeszkolenia, respondenci wskazywali również specjalistyczne usługi opiekuńcze. Kluczowe w tym kontekście jest szkolenie kadry z zakresu opieki nad osobami starszymi, osobami z chorobami przewlekłymi i z niepełnosprawnościami, udzielania pierwszej pomocy w nagłych sytuacjach (udar, atak serca, wypadki domowe itp.), prowadzenia dokumentacji na temat stanu zdrowia klientów,

wykonywanych czynności opiekuńczych i interwencji medycznych, a także z komunikacji i budowania relacji z klientami i ich rodzinami.

- Wielu badanych wskazywało na usługi asystenckie jako formę usług środowiskowych wymagających przeszkolenia dla personelu. Do popularnych działań podnoszących umiejętności świadczenia tych usług należą zwłaszcza szkolenia z zakresu transferów i mobilizacji osób z niepełnosprawnościami, komunikacji alternatywnej i wspomagającej (metodyka komunikacji alternatywnej, jak język migowy czy aplikacje komunikacyjne), adaptacji środowiska (tj. identyfikowania barier w przestrzeni i dostosowywania otoczenia do specyficznych potrzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności), pielęgnacji i higieny osobistej dla osób z niepełnosprawnościami (umiejętność kąpieli, ubierania, zmiany pieluch, dbania o higienę jamy ustnej i ciała), a także z zakresu technik asystenckich i wspomagających (umiejętność pomagania w spożywaniu posiłków, przy zakupach czy organizacji czasu wolnego).

Jak sygnalizowaliśmy już wcześniej (zob. Wykres 9), blisko połowa badanych uważa, że placówki takie jak ich **powinny rozwijać swoją działalność** o usługi środowiskowe lub ich nowe formy. Jednak kierownictwo co czwartego objętego badaniem domu pomocy społecznej w ogóle nie jest zainteresowane realizacją usług poza placówką. Co więcej, zdaniem nawet większej grupy – prawie połowy ankietowanych – ich wdrożenie zagrozi dalszemu funkcjonowaniu ich placówki. Uzasadnieniem takiego stanowiska jest pogląd, zgodnie z którym opieka realizowana w warunkach środowiskowych jest mniej efektywna, niż gdy ma miejsce w placówce całodobowej. Takiego zdania jest niemal 90% badanych. Oznacza to, że choć kadra zarządzająca domami pomocy społecznej na ogół dostrzega pewien potencjał w rozwijaniu usług środowiskowych, jak również pozytywny wpływ, jaki pozostawanie w miejscu zamieszkania może mieć na dobrostan klientów, to jest najczęściej **niechętna samej idei deinstytucjonalizacji** działalności DPS-ów, uważając ją za mniej efektywną niż pomoc świadczona w zinstytucjonalizowanych warunkach. Raz jeszcze podkreślmy, nie musi to oznaczać braku gotowości do przyjęcia innowacyjnych rozwiązań. Raczej wydaje się sugerować przekonanie oparte na silnej, długoletniej praktyce zawodowej w instytucjonalnej formie świadczenia usług opiekuńczych jako gwarancji opieki i bezpieczeństwa dla mieszkańców. Jak zasygnalizowaliśmy już wcześniej, niezbędne są w tym kontekście **działania informacyjne** ze strony samorządu, skierowane do pracowników domów pomocy społecznej w województwie, w szczególności zaś do kadry zarządzającej. Kampania informująca DPS-y o korzyściach finansowych, społecznych i psychospołecznych płynących z rozwijania przez nie usług środowiskowych pozwoliłaby na podniesienie świadomości ich pracowników na temat zalet świadczenia usług w środowisku lokalnym i mogłoby przekonać DPS-y do inwestowania w rozwój takich usług, co z kolei może poprawić jakość opieki i zwiększyć satysfakcję mieszkańców. Ostatecznie, kampania taka może również wspierać proces deinstytucjonalizacji, umożliwiając mieszkańcom DPS-ów większą

autonomię i samodzielność w życiu codziennym. Tym samym, czynnikiem sprzyjającym powinna być informacja.

Istotnym (potencjalnym) czynnikiem wspierającym rozwój usług środowiskowych jest **współpraca z lokalnymi społecznościami**. Aktywne angażowanie się przez DPS-y w partnerstwo z lokalnymi społecznościami jest bardzo istotne dla domów pomocy społecznej, ponieważ umożliwia im dostęp do ważnych (a niekiedy, dla realizacji usług środowiskowych, kluczowych) zasobów lokalnych, takich jak: organizacje pozarządowe, przedsiębiorstwa czy wolontariusze, mogących wspomagać DPS-y w różnych aspektach, od zbierania funduszy po świadczenie usług wsparcia dla klientów/podopiecznych. Z kolei współpraca z lokalnymi ośrodkami zdrowia może ułatwić dostęp do specjalistycznej opieki medycznej dla klientów DPS-u. Partnerstwo z lokalnymi społecznościami może też przynieść wsparcie społeczne dla działań DPS-ów, np. dzięki promowaniu świadomości na temat potrzeb osób wymagających opieki i różnorodnych form wsparcia dostępnych w społeczności. Może też przyczynić się do tworzenia sieci wsparcia i wymiany doświadczeń między różnymi instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz osób o szczególnych potrzebach.

W tym kontekście, również **edukacja społeczności lokalnej** może być kluczowym czynnikiem wspierającym domy pomocy społecznej we wdrażaniu i realizacji usług środowiskowych. Poprzez zwiększenie świadomości społeczności na temat potrzeb i korzyści płynących z usług środowiskowych, społeczność może lepiej zrozumieć i zaakceptować działania DPS-ów w tym zakresie. Ponadto edukacja sprzyja nawiązywaniu partnerskich relacji między DPS-ami a **lokalnymi instytucjami i lokalnymi liderami**. Angażowanie tych podmiotów w działalność DPS-ów w społeczności lokalnej może przyczynić się do promowania dialogu i współpracy oraz mobilizacji zasobów lokalnych w celu rozwijania pomocy sąsiedzkiej czy wolontariatu na rzecz podopiecznych DPS-ów mieszkających poza placówką.

Rekapitulując, DPS-y, aby efektywnie spełniać swoją rolę poza samą placówką, wymagają wsparcia, zwłaszcza finansowego, ze strony władz samorządowych. Potrzeba ta odnosi się do możliwości wyposażenia – np. zakupu specjalistycznego sprzętu, pojazdów, dodatkowego wyposażenia zaplecza kuchennego etc. Dotyczy również zasobów kadrowych. Zwłaszcza inwestowanie w szkolenie obecnych pracowników domów pomocy społecznej jest niezmiernie ważne, ponieważ są to osoby ze szczególnie bogatym doświadczeniem w pracy z osobami potrzebującymi wsparcia. Wreszcie, jeśli dany DPS ma ambicje, by realizować takie usługi, jak chociażby prowadzenie mieszkań treningowych czy mieszkań wspieranych z koszykiem usług, niezbędne jest ułatwienie mu dostępu do adekwatnej, zmodernizowanej infrastruktury, dostosowanej do potrzeb potencjalnych klientów DPS-u. Inicjatywy lokalnych władz w tym zakresie mogą również przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług, dostępu do zasobów oraz stworzenia lepszych warunków życia dla mieszkańców domów pomocy społecznej.

## 4. wnioski

Przeprowadzone badanie pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- Wśród domów pomocy społecznej działających na terenie województwa łódzkiego istnieje aktualnie pewien potencjał, by mogły rozwijać przynajmniej niektóre usługi środowiskowe, jednak wśród badanych dominuje brak zainteresowania ich wprowadzeniem. Do mniejszości należą placówki deklarujące gotowość i chęć ich organizacji i realizowania. Dane sugerują, że najłatwiej dostępnymi (ze względu na posiadane zasoby lokalowe, rzeczowe i kadrowe) formami usług środowiskowych, które DPS-y mogłyby już teraz lub (przy adekwatnym wsparciu finansowym) w niedalekiej przyszłości wdrażać, są usługi transportowe i gastronomiczne (przygotowanie i dowóz posiłków, wydawanie posiłków w stołówce/jadalni na terenie DPS-u, przewóz osób pozostających w miejscu zamieszkania poza placówką na zajęcia, terapię, rehabilitację itd.).
- Głównymi przyczynami niechęci do realizacji działań środowiskowych przez badane domy pomocy społecznej są braki kadrowe, finansowe i lokalowe, a rzadziej problemem jest brak odpowiedniego sprzętu. Natomiast bardzo rzadko wskazywane są braki potencjalnych beneficjentów usług lub partnerów do współpracy przy ich wdrażaniu, co świadczy o tym, że w samym środowisku lokalnym drzemie na ogół potencjał dla rozwijania przez DPS-y działalności poza samą placówką.
- DPS-y prywatne mają większy potencjał realizacji usług środowiskowych wymagających pracy specjalistów – jest w nich zatrudnionych relatywnie (tj. w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) więcej pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychoterapeutów i rehabilitantów. Z drugiej strony, przynajmniej ze statystycznego punktu widzenia, DPS-y państwowe dysponują na ogół większą kadrą techniczną, w tym zatrudniają więcej personelu kuchennego, a także kierowców, co oznacza, że mają większy potencjał do realizacji usług transportowych i gastronomicznych (np. dowożenie posiłku osobom, które nie są w stanie samodzielnie ich przygotowywać, obiady dla osób spoza placówki, przewóz na zajęcia rehabilitacyjne, terapeutyczne, integracyjne).
- Na chwilę obecną tylko co dziesiąty DPS realizuje usługi środowiskowe, przy czym – jak wynika z odpowiedzi respondentów – działania te są prowadzone

okazjonalnie lub odnoszą się wyłącznie do opieki wytchnieniowej. Wśród DPS-ów dominuje wyraźnie podejście skoncentrowane na świadczeniu usług w ramach samej placówki i dla jej pensjonariuszy. Usługi w formie zdeinstytucjonalizowanej są przez kierownictwo DPS-ów najczęściej uznawane za mniej efektywne niż świadczone w warunkach instytucjonalnych.

- DPS-y często nie mają w swojej dyspozycji odpowiednich obiektów do świadczenia usług dla osób spoza placówki, szczególnie takich, jak mieszkania treningowe, mieszkania wspomagane z pakietem usług, domy samopomocy, dzienne domy pomocy, dzienne domy opieki medycznej czy miejsca krótkoterminowego całodobowego pobytu. Takie usługi często wymagają zasobów lokalowych poza samą instytucją. Jednak, jak wynika z danych, wiele DPS-ów również nie ma odpowiednich zasobów lokalowych do świadczenia usług dla osób spoza placówki, takich jak dostarczanie posiłków, usługi asystenckie, opieka wytchnieniowa. Brak tych zasobów utrudnia rozwijanie usług wsparcia poza granicami instytucji.
- Dostępność wykwalifikowanego personelu jest niezbędnym warunkiem dla tworzenia i utrzymania nowych usług w społeczności. Brak możliwości rekrutacji i zatrzymywania wystarczającej liczby pracowników z odpowiednimi kwalifikacjami, włączając w to zarządzanie usługami, może stanowić istotną przeszkodę dla rozwoju i kontynuacji świadczenia usług na wysokim poziomie w lokalnych społecznościach.
- Szczególnie często odczuwany jest deficyt szkoleń z zakresu realizacji takich usług środowiskowych, jak specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi asystenckie, teleopiekuńcze, a także prowadzenie mieszkań wspomaganych z koszykiem usług, mieszkań treningowych, dziennych domów opieki medycznej oraz centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych (rodzin) zapewniających opiekę psychologiczną lub szkoleniową. Dane wskazują, że znacznie rzadziej – w opiniach respondentów – potrzebne kadry są szkolenia w zakresie obsługi sprzętu, kompetencji miękkich (np. radzenia sobie ze stresem) czy w zakresie podnoszenia wiedzy na temat uwarunkowań prawnych opieki środowiskowej.
- Sytuacja, w której domom pomocy społecznej brakuje zasobów finansowych, ludzkich i lokalowych do świadczenia usług środowiskowych, oznacza poważne bariery w zapewnianiu opieki i wsparcia. Proces deinstytucjonalizacji, by był skuteczny, musi przebiegać w sposób zrównoważony, dostosowany do długofalowego celu, jakim jest zapewnienie osobom potrzebującym pomocy, a osobom chorym i z niepełnosprawnościami wyższej jakości życia w środowiskach lokalnych. Zajęcie się tymi lukami w zasobach będzie miało kluczowe znaczenie dla rozwoju usług środowiskowych przez DPS-y, co szerzej poruszone zostanie w sekcji poświęconej rekomendacjom.
- Osoby kierujące DPS-ami na terenie województwa łódzkiego obawiają się znacznych wydatków związanych z ewentualnym wprowadzaniem usług

środowiskowych, które mogą się łączyć przykładowo z koniecznością rozwinięcia i utrzymywania dodatkowej infrastruktury, pozyskania niezbędnego specjalistycznego sprzętu, zakupu dodatkowych pojazdów, doposażenia placówki czy prowadzeniem monitoringu i ewaluacji usług realizowanych poza placówką.

- Wśród głównych aktualnych potrzeb badani wskazują przede wszystkim na bieżące prace remontowe i modernizacyjne oraz zakup środków trwałych, a także uzupełnienie braków kadrowych poprzez rekrutację nowych pracowników oraz wsparcie szkoleniowe aktualnego personelu. Oznacza to, że – w świetle deklaracji badanych – oczekują oni w pierwszej kolejności finansowania lub dofinansowania realizacji bieżącej całodobowej działalności placówki. Brak dostatecznych środków finansowych dotyczy zatem nie tylko możliwości rozwijania usług środowiskowych, ale – z perspektywy pracowników tych placówek – konieczności wsparcia działalności domów pomocy społecznej w ich obecnym (instytucjonalnym) kształcie.

## 5. rekomendacje

Na podstawie przeprowadzonego badania diagnostycznego możemy sformułować zalecenia i rekomendacje dla osób projektujących politykę społeczną oraz domów pomocy społecznej z terenu województwa łódzkiego w zakresie możliwości rozwijania oferty o usługi świadczone w środowisku. Należy podkreślić przy tym, że w świetle uzyskanych wyników badań i analizy zebranych danych najważniejszymi deficytami i zarazem obszarami wymagającymi poprawy w celu rozwoju usług środowiskowych były luki finansowe, kadrowe oraz infrastrukturalne. W tym kontekście sformułowaliśmy następujące rekomendacje:

- Zwiększenie finansowania – przydzielenie DPS-om dodatkowych środków finansowych z budżetów gmin w celu wsparcia działań środowiskowych. Odpowiednie finansowanie jest niezbędne do rozwoju programów środowiskowych, mieszkalnictwa i usług wspierających.
- Możliwości uzyskania dotacji – jednym z elementów polityki społecznej w kontekście zwiększania zasobów finansowych domów pomocy społecznej jest ustanawianie programów grantowych przez władze lokalne, o które poszczególne placówki mogą ubiegać się w celu sfinansowania konkretnych projektów związanych z deinstytucjonalizacją. Jest to nie tylko ważne ze względu na możliwość uzupełnienia braków i wypełnienia luk w środowiskowej działalności pomocowej, ale także będzie zachęcać do proponowania i implementacji innowacyjnych rozwiązań, dopasowanych do potrzeb ich odbiorców.
- Rozwój zasobów ludzkich – niezbędne jest inwestowanie w programy szkoleniowe dla pracowników, aby zwiększyć ich umiejętności w zakresie opieki środowiskowej. Postulat ten obejmuje szkolenia w zakresie spersonalizowanej opieki, wsparcia zdrowia psychicznego i strategii integracji ze społecznością. Przynajmniej jednak, na co wskazują wyniki przeprowadzonego badania, w domach pomocy społecznej działających na terenie województwa łódzkiego brakuje kadry wykwalifikowanej w kierunku pracy w warunkach deinstytucjonalizacji. Respondenci sygnalizowali deficyty kadrowe w zakresie umiejętności: prowadzenia centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych (zapewniających im wsparcie psychologiczne, informacyjne i instruktażowe), realizacji usług teleopiekuńczych, prowadzenia mieszkań treningowych, mieszkań wspomaganych

(z koszykiem usług), dziennych domów opieki medycznej, usług asystenckich, koordynacji pomocy sąsiedzkiej, świadczenia usług indywidualnego transportu *door to door* lub prowadzenia środowiskowych domów samopomocowych. W odniesieniu do każdego z wyżej wymienionych typów usług przygotowanie kadrowe zgłosiło mniej niż 1/3 badanych domów pomocy społecznej.

- Rekrutacja personelu – wdrożenie strategii mających na celu przyciągnięcie i zatrzymanie wykwalifikowanych specjalistów w sektorze pomocy społecznej. Może to obejmować oferowanie konkurencyjnych wynagrodzeń, świadczeń i możliwości rozwoju kariery. Problemem obecnym nie tylko na terenie województwa łódzkiego, ale w skali ogólnokrajowej jest niski prestiż zawodów pomocowych, co powoduje pogłębianie (coraz bardziej widocznego i odczuwalnego) kryzysu kadrowego i – ze względu na niskie nakłady finansowe – bezpośrednio hamuje rozwój tych zawodów w Polsce. Innymi słowy, praca w domach pomocy społecznej należy do niskoprestiżowych, co kształtuje się niezależnie od tego, czy świadczone przez nie usługi odbywają się w formie instytucjonalnej, czy też zdeinstytucjonalizowanej. Brak na poziomie polityki społecznej działań zmierzających do zmiany tego stanu rzeczy będzie prowadził do dalszego spadku liczby chętnych do pracy w zawodach pomocowych przy jednoczesnym dynamicznym przyroście populacji osób potrzebujących, na co wskazują obecne trendy demograficzne.
- Zasoby lokalowe – deficyt zasobów lokalowych oznacza, że domy pomocy społecznej nie dysponują często odpowiednimi obiektami, by mogły realizować usługi adresowane do osób niebędących ich pensjonariuszami, zwłaszcza takie jak środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy, dzienne domy opieki medycznej czy miejsca krótkookresowego całonocnego pobytu. Tymczasem odpowiednia infrastruktura społeczna ma kluczowe znaczenie dla wprowadzania usług środowiskowych. Brak tych zasobów oznacza brak możliwości rozwoju usług środowiskowych. Z tego powodu zalecamy przeprowadzenie diagnozy zasobów środowiskowych w społecznościach lokalnych, w których DPS-y chciałyby je realizować. W dążeniach do poprawy sytuacji lokalowej DPS-ów w województwie łódzkim dobrą praktyką może okazać się współpraca z lokalnymi społecznościami i organizacjami, w tym np. wspólne tworzenie podmiotów ekonomii społecznej (spółdzielnie, przedsiębiorstwa społeczne, organizacje non-profit). Ich działalność w myśl zasad solidarności i demokratycznego podejmowania decyzji jest jedną z praktyk sprzyjających zaspokojeniu zróżnicowanych potrzeb, tworzeniu możliwości zatrudnienia i generowaniu dochodów przy jednoczesnym reinwestowaniu zysków w tworzące je społeczności.
- Partnerstwa publiczno-prywatne – zalecamy podjęcie działań zmierzających do zwiększenia atrakcyjności formowania partnerstw publiczno-prywatnych i z podmiotami działającymi w III sektorze. Zgodnie z kierunkiem wyznaczonym przez *Strategię w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030*

roku, jednostkom pomocy społecznej zaleca się międzyinstytucjonalną i międzysektorową współpracę z:

- lokalnymi władzami samorządowymi (w zakresie wspierania aktywności obywatelskiej, uruchamiania różnych narzędzi partycypacyjnych przez samorządy lokalne – od mikrograntów przez rozwój idei inicjatyw lokalnych, funduszy sołeckich po budżety obywatelskie, oraz rozwój konkursów dotacyjnych na wsparcie lokalnych społeczności);
- wszystkimi interesariuszami w lokalnych środowiskach oraz prowadzenie działań animacyjnych, doradczych, edukacyjnych i informacyjnych dla członków społeczności lokalnej, w tym działania w szkołach, instytucjach kultury, z przedstawicielami sektora ekonomii społecznej, władzami samorządowymi oraz biznesu, oraz realizacja projektów finansowanych ze środków zewnętrznych, w tym wspieranie powstawania partnerstw lokalnych w projektach.

Również w tym kontekście sugerujemy przeprowadzenie rzetelnej diagnozy lokalnych zasobów. Może okazać się to kluczowe dzięki wykorzystaniu dodatkowych zasobów i wiedzy specjalistycznej, którymi dysponują podmioty prywatne i non-profit.

- Promowanie usług środowiskowych – warte rozważenia wydaje się z jednej strony przeprowadzenie szerokiej kampanii informacyjnej wśród pracowników, a zwłaszcza kadry decyzyjnej domów pomocy społecznej na terenie województwa, z drugiej zaś wprowadzenie rozwiązań, które zachęcą domy pomocy społecznej do rozwijania swojego zasobu usług w kierunku pracy w środowisku lokalnym.
- Promowanie innowacyjnych rozwiązań technologicznych w zakresie opieki w celu jej indywidualizacji i zwiększenia jej efektywności, takich jak systemy inteligentnego domu (czujniki wykrywające upadki, pozwalające monitorować wzorce ruchu i ostrzegać opiekunów w nagłych wypadkach), inteligentne termostaty i oświetlenie oraz domowe systemy zdalnego sterowania (*smart home hubs* – zautomatyzowane systemy kontroli temperatury i oświetlenia, które można regulować w oparciu o preferencje lub potrzeby danej osoby), telekonsultacje, usługi telemedyczne (zdalne monitorowanie stanu zdrowia za pośrednictwem urządzeń do noszenia – monitorujących parametry życiowe i wskaźniki zdrowotne jak zegarki typu *smart watch* do monitorowania kondycji zdrowotnej, wzorców snu, tętna etc.), robotyka wspomagająca (tzw. egzoskielety robotyczne, czyli urządzenia wspomagające osoby z niepełnosprawnością ruchową w chodzeniu i wykonywaniu codziennych czynności), wirtualni asystenci (inteligentne głośniki, takie jak Amazon Echo czy Google Home, które mogą być aktywowane głosowo w celu np. tworzenia listy zakupów, ustawiania przypomnień, wykonywania połączeń telefonicznych), systemy zarządzania lekami (np. zautomatyzowane dozowniki tabletek wydające leki o zaplanowanych porach

lub aplikacje mobilne przypominające o lekach), lokalizatory GPS (dla osób z demencją lub zaburzeniami psychicznymi), wirtualna rzeczywistość (programy VR [ang. Virtual Reality] zaprojektowane na potrzeby terapii poznawczej osób z demencją i zaburzeniami poznawczymi), rzeczywistość rozszerzona (urządzenia AR [ang. Augmented Reality], które pomagają w poruszaniu się w otoczeniu poprzez „nakładanie” pomocnych informacji na ich pole widzenia), magnetyczne zapięcia (adaptacyjne projekty odzieży ułatwiającej ubieranie i rozbieranie się osobom o ograniczonej sprawności ruchowej), urządzenia komunikacji, wspomagającej i alternatywnej (AAC [ang. Advanced Audio Coding] – urządzenia, które wspomagają osoby z zaburzeniami komunikacji zapewniając im środki wyrazu za pomocą symboli, obrazów czy tekstu).

- Działania podnoszące poziom wiedzy i świadomości społecznej poprzez regularne prowadzenie kampanii informacyjnych na temat korzyści płynących z rozwijania oferty usług środowiskowych, minimalizujących stygmatyzację osób z niepełnosprawnościami, cierpiących na przewlekłe schorzenia czy będących w wieku senioralnym. Celem kampanii powinno być również, na co pragniemy zwrócić szczególną uwagę, wspieranie kultury doceniania i wspierania osób w podeszłym wieku, ponieważ takie działania nie są w Polsce niemal w ogóle podejmowane.

## 6. aneks – katalog usług

Domy pomocy społecznej są jedną z kluczowych form wsparcia dla osób potrzebujących opieki. Odpowiadają na charakterystyczne dla współczesnych społeczeństw procesy społeczno-demograficzne, takie jak starzenie się społeczeństwa oraz przemiany strukturalne rodziny (Iwanowska i Józwiak 2017: 7-12; Cherchowska 2017: 123-126). Ich celem jest zapewnienie opieki nad osobami wymagającymi całodobowej opieki medycznej i pomoc w codziennych czynnościach. Pełnią w związku z tym szereg istotnych funkcji, między innymi: zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa dla osób o skomplikowanych potrzebach medycznych, zapewnienie bezpieczeństwa, pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, świadczenie opieki paliatywnej i w terminalnej fazie choroby dla osób nieuleczalnie chorych, opieki geriatrycznej, zaspokajanie potrzeb medycznych, emocjonalnych i społecznych osób ze złożonymi problemami zdrowotnymi i niepełnosprawnościami, prowadzenie zajęć rekreacyjnych i towarzyskich w celu zapewnienia dobrostanu psychicznego i emocjonalnego mieszkańców, wsparcie dla opiekunów rodzinnych (Niedbalski 2013; Stolińska-Poborska 2014: 109; Piskozub 2020: 11-13).

Proces starzenia się społeczeństwa niesie za sobą konieczność rozszerzania zasięgu usług skierowanych do najstarszej części społeczeństwa. Trend ten wpisuje się w postulaty związane z koncepcją deinstytucjonalizacji, stanowiącą alternatywny model wobec obecnej, zinstytucjonalizowanej, całodobowej opieki realizowanej przez domy pomocy społecznej. Jak wskazuje Marek Rymsza, „deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych to proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych, w których kluczową rolę odgrywają placówki całodobowego długookresowego pobytu, do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych i innych zasobów społeczności lokalnych” (Rymsza 2023: 7). O ile jednak, zgodnie z koncepcją deinstytucjonalizacji, rozwiązania bardziej instytucjonalne powinny być zastępowane działaniami środowiskowymi, o tyle wielu ekspertów zaznacza, że ich całkowite zastąpienie, przynajmniej na chwilę obecną, byłoby nieodpowiedzialne, ponieważ narażałoby osoby niezdolne do samodzielnego funkcjonowania na niebezpieczeństwo. Niektóre formy pomocy muszą nadal istnieć w ramach modelu instytucjonalnego. Ważne jest jednak zachowanie równowagi między podejściem instytucjonalnym a opartym na środowisku, natomiast kluczowe powinno być tworzenie systemu umożliwiającego realny wybór użytkownikom usług. Takie podejście

zapewnia szeroki wybór rozwiązań dopasowanych do różnych poziomów integracji społecznej (Glinowiecki 2023: 96). Zdaniem profesora Rymszy, cechy modeli instytucjonalnego i środowiskowego da się łączyć w różnych proporcjach, wprowadzając zmiany w tradycyjnych domach pomocy społecznej, to jest otwierając je na zewnątrz poprzez zniesienie ograniczeń dotyczących przebywania pensjonariuszy poza obiektem i jednocześnie oferując usługi skierowane do lokalnej społeczności. Również wytyczne Komisji Europejskiej wskazują, że deinstytucjonalizacja to nie tylko ograniczanie instytucjonalnych (całodobowych) form opieki, lecz przede wszystkim rozwijanie lokalnych usług, w tym opiekuńczych, umożliwiających potrzebującym pozostanie w swoim środowisku jak najdłużej (*Ogólnoeuropejskie wytyczne* 2012). Domy pomocy społecznej w sprzyjających warunkach mogą ten pakiet usług rozwijać, zmierzając tym samym w kierunku podejścia bardziej indywidualnego, inkluzywnego, promującego autonomię osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (Reinharz i in. 2000; Stuart i Weinrich 2001; Kane 2010; Davis i in. 2012; Salime i in. 2022).

Choć instytucje takie jak domy pomocy społecznej wciąż będą potrzebne i będą odgrywały ważną rolę w ogólnym systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi, proces rozszerzenia przez nie usług z naciskiem na podejście bardziej personalne i zintegrowane z lokalnym środowiskiem jest nieunikniony. Ta przesłanka ma swoje źródła w dokumentach Unii Europejskiej i znajduje odzwierciedlenie w polskim prawie oraz planach w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego. *Strategia rozwoju usług społecznych* opracowana przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej na lata 2030–2035 wytycza kierunki rozwoju usług społecznych i jednocześnie określa deinstytucjonalizację jako proces długoletni, stawiający wyzwania przed administracją centralną i samorządową. W perspektywie kilku dekad *Strategia* zakłada:

- zwiększenie oferty, dostępności oraz zapewnienie wysokiej jakości usług dostarczanych w domach mieszkalnych oraz w formach opartych na deinstytucjonalizacji;
- opracowanie i realizację planów rozwoju usług opieki długoterminowej na poziomie lokalnym i regionalnym;
- stopniową transformację, a następnie możliwe wygaszanie instytucji stacjonarnych.

Również *Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji dla województwa łódzkiego na lata 2023-2025* podkreśla etapowy, długofalowy charakter procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych. Zgodnie z tym dokumentem, w aktualnym planowaniu priorytetem jest inicjowanie nowych usług oraz tworzenie nowych miejsc świadczenia usług w społeczności, aby minimalizować konieczność umieszczania osób w instytucjach zapewniających całodobową opiekę. Te usługi mają na celu wypełnienie luki pomiędzy opieką instytucjonalną a opieką domową oraz mają wesprzeć opiekunów faktycznych (nieformalnych), którzy opiekują się członkami rodzin. Deinstytucjonalizacja usług uwzględnia indywidualne potrzeby osób potrzebujących pomocy i wsparcia, ich autonomię oraz prawo do podejmowania własnych decyzji. Rozwój różnorodnych usług

środowiskowych ma umożliwić wszystkim mieszkańcom województwa wybór sposobu życia i możliwość pozostania wśród bliskich, w rodzinie i w naturalnym otoczeniu.

Niniejsze opracowanie wpisuje się w te właśnie działania. Głównym jego założeniem jest wskazanie zasobów zarówno niezbędnych, jak i zalecanych do realizacji usług środowiskowych przez domy pomocy społecznej działające na terenie województwa łódzkiego. Model został opracowany przede wszystkim w oparciu o przegląd aktualnego ustawodawstwa, unijnych, krajowych i lokalnych wytycznych, dokumentów strategicznych oraz standardów realizacji usług społecznych. Precyzyjne określenie przyszłego obrazu usług środowiskowych stanowi jednak ogromne wyzwanie. Zarówno na podstawie wytycznych Komisji Europejskiej z 2012 r. dotyczących przekształcenia opieki z instytucjonalnej na lokalną, jak i na bazie planu *Strategii rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna na lata 2021-2035*, trudno jest dokładnie określić konkretne rodzaje środowiskowych usług społecznych, które mogłyby zastąpić ofertę placówek opieki całodobowej, gdyby te przestały istnieć. Potencjalny pakiet usług na poziomie społeczności lokalnych lub opieki środowiskowej obejmuje w tych dokumentach szeroki zakres usług umożliwiających integrację społeczną, od podstawowych usług, takich jak mieszkanie, opieka zdrowotna, edukacja, zatrudnienie, kultura i rekreacja, po usługi specjalistyczne, takie jak osobiste wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami czy krótkoterminowa opieka zastępcza (Zasada-Chorab 2021: 54). Dlatego też omawiany w niniejszym opracowaniu katalog usług nie jest katalogiem zamkniętym. Uwagę skoncentrowaliśmy na usługach najczęściej opisywanych w dokumentacji strategicznej i postępowaniach konkursowych. Jego celem jest dostarczenie pakietu praktycznych informacji na temat usług środowiskowych, które mogą być realizowane przez domy pomocy społeczne na terenie województwa łódzkiego.

Opracowanie zostało podzielone na dwie części:

- pierwsza z nich obejmuje usługi mające umocowanie w prawodawstwie, o charakterze ustawowym. Są to: usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i usługi sąsiedzkie, specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, pielęgnarska opieka długoterminowa, miejsca krótkookresowego pobytu, mieszkania wspomagane z koszykiem usług, mieszkania treningowe, środowiskowe domy samopomocy oraz domy dziennego pobytu;
- w ramach części drugiej modelu omówione zostały z kolei te spośród usług środowiskowych, które są realizowane w trybie projektowym na podstawie postępowań konkursowych. Są to: usługi asystenckie, dzienne domy opieki medycznej, usługi teleopiekuńcze, centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych, posiłki w DPS-ie dla osób spoza placówek, posiłki dowożone do domów podopiecznych, usługi transportowe (w tym indywidualnego transportu *door to door*) oraz wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego.

Mamy nadzieję, że opracowanie to okaże się cennym narzędziem w procesie rozwijania usług środowiskowych.

## I. Usługi realizowane w trybie ustawowym

### 1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i pomoc sąsiedzka

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są obowiązkowym zadaniem gminy, zdefiniowanym w ustawie o pomocy społecznej jako **pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, zalecona przez lekarza pielęgnacja oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktu z otoczeniem**. Usługa opiekuńcza jest świadczona w miejscu pobytu osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, z uwzględnieniem jej bliskiego otoczenia.

#### Usługi przysługują:

- osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona;
- osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

**Zakres usług opiekuńczych** świadczonych w miejscu zamieszkania może na przykład obejmować:

- **pomoc w realizacji codziennych potrzeb życiowych** – m.in. dostarczanie artykułów spożywczych, przygotowywanie i dostarczanie posiłków, asystowanie przy posiłkach lub ich podawanie, prowadzenie domowego gospodarstwa, utrzymanie porządku i czystości w otoczeniu, pranie odzieży, pościeli, stołowej i ręczników, zakupy niezbędnych artykułów oraz uregulowanie opłat domowych, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i dostępie do świadczeń zdrowotnych, aktywne spędzanie czasu wolnego i wsparcie w przemieszczaniu się;
- **zapewnienie opieki higienicznej** – dbanie o higienę osobistą, pomoc w realizacji potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z odpowiednią pielęgnacją, asystę przy ubieraniu się, zmianę bielizny osobistej i pościelowej, oraz pielęgnację osoby leżącej w łóżku i zmianę jej pozycji;
- **wykonywanie zaleconej przez lekarza pielęgnacji**, opartej na dostarczonych dokumentach medycznych, jako uzupełnienie pielęgniarskiej opieki środowiskowej;
- **umożliwienie kontaktów z otoczeniem** poprzez wspieranie relacji z rodziną, bliskimi i lokalną społecznością, budowanie sieci wsparcia dla użytkownika usług oraz zachęcanie do uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej.

Zakres wsparcia i wymiar godzinowy usług opiekuńczych są określane indywidualnie w kontrakcie trójstronnym. Jest on nawiązywany między osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (lub jej opiekunem prawnym), dostawcą usług opiekuńczych oraz jednostką realizującą te usługi. W przypadku gdy osoba korzystająca z usług nie może samodzielnie zawrzeć umowy ze względu na stan zdrowia lub brak opiekuna prawnego, dopuszcza się podpisanie umowy przez opiekuna faktycznego tej osoby. Podmiot realizujący usługi opiekuńcze ma obowiązek zapewnienia ciągłości

i wysokiej jakości świadczenia usług przez siedem dni w tygodniu poprzez odpowiednie ustalenie godzin pracy oraz zakresu usług wraz z osobami świadczącymi te usługi.

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Usługi opiekuńcze są świadczone przez:

- a) osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby z niepełnosprawnościami, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej;
- b) osobę, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontaryjne lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.

W sytuacjach, gdy z różnych powodów dostęp do usług świadczonych przez pielęgniarkę środowiskową jest ograniczony, a osoba korzystająca z usług opiekuńczych nie może samodzielnie przyjmować leków, wskazane jest zapewnienie obecności w zespole świadczącym usługi opiekuńcze osób uprawnionych do podawania leków, w tym insuliny.

### **Potrzebne zasoby lokalowe i rzeczowe:**

Organizacja świadczenia usług opiekuńczych, w tym organizacja przestrzeni, powinna uwzględniać jak najwyższy stopień bezpieczeństwa zarówno osób będących odbiorcami usług, jak i osób świadczących usługi. Jeśli konieczne jest na przykład dźwiganie osoby unieruchomionej, osobie świadczącej usługi opiekuńcze powinien być zapewniony sprzęt wspomagający lub pomoc drugiej osoby. Zasad tych w ustawie jednak nie określono.

### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze, tryb ich pobierania oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat określa rada gminy w drodze uchwały (art. 50 ust. 6 ustawy).

Zgodnie z dokumentem *Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych w ramach konkursu nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-004/21*, maksymalna cena rynkowa zatrudnienia wykwalifikowanej opiekunki wynosiła 45 zł (stan na 2021 r.).

## **2. Usługi sąsiedzkie**

Artykuł 50 ustawy o pomocy społecznej jako jedną z form realizacji pomocy w miejscu zamieszkania wymienia **sąsiedzkie usługi opiekuńcze**. Jest to rozwiązanie, dzięki któremu osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu mogą korzystać z pomocy świadczonej przez osoby blisko zamieszkujące.

### **Usługi przysługują:**

Usługi sąsiedzkie są dostępne dla tej samej kategorii osób, dla jakiej przyznawane są usługi opiekuńcze, to jest osób samotnych, które z powodu wieku, choroby lub innych okoliczności potrzebują wsparcia od innych osób, a nie mają możliwości

otrzymania pomocy od swojej rodziny, wspólnie niezamieszkującego małżonka, wstępnych lub zstępnych.

#### **Usługi obejmują:**

- wsparcie w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych;
- pomoc w zakresie higieny i pielęgnacji – podstawowe czynności, które nie wymagają specjalistycznego przygotowania;
- nawiązywanie kontaktów z otoczeniem – zgodnie z potrzebami i dostępnymi możliwościami.

#### **Usługi sąsiedzkie mogą być realizowane przez osobę, która:**

- osiągnęła pełnoletność;
- nie jest członkiem rodziny osoby, dla której świadczone są usługi sąsiedzkie;
- nie jest oddzielnie zamieszkującym członkiem rodziny (małżonkiem, wstępnym ani zstępnym) osoby, dla której świadczone są usługi sąsiedzkie;
- dostarczyła organizatorowi usług sąsiedzkich oświadczenie potwierdzające jej zdolność psychofizyczną do świadczenia takich usług;
- mieszka w najbliższej okolicy osoby, dla której świadczone są usługi sąsiedzkie;
- ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;
- została zaakceptowana przez osobę, dla której świadczone są usługi sąsiedzkie;
- została zaakceptowana przez organizatora usług sąsiedzkich.

#### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Organizatorem usług sąsiedzkich jest gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania osoby korzystającej z usług sąsiedzkich i to na niej spoczywa obowiązek określenia w drodze uchwały zarówno szczegółowych warunków przyznawania usług sąsiedzkich oraz ich wymiaru i zakresu, jak i sposobu ich rozliczania.

Koszty usług sąsiedzkich ponoszone są przez gminy, które mają za zadanie ustalić zasady finansowania tych usług. Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, gminy, które zdecydują się na wprowadzenie usług opiekuńczych w formie sąsiedzkiej, w 2024 roku będą miały możliwość pozyskania dodatkowych środków finansowych na ich realizację w ramach programu *Korpus Wsparcia Seniorów*<sup>2</sup>.

### **3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania**

Specjalistyczne usługi opiekuńcze to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem.

#### **Usługi przysługują:**

- osobie samotnej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;

<sup>2</sup> Źródło: <https://www.gov.pl/web/rodzina/uslugi-sasiedzkie-nowe-wsparcie-od-1-listopada> (dostęp 23.12.2023 r.).

- osobie samotnie gospodarującej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

**Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych** w miejscu zamieszkania obejmuje usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i wykonywane są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Zgodnie z rozporządzeniem<sup>3</sup> usług opiekuńczych są to:

- a) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:
  - kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:
    - samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu;
    - dbałość o higienę i wygląd;
    - utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną;
    - wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego;
    - korzystanie z usług różnych instytucji;
  - interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
    - pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych – poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne;
    - ułatwienie dostępu do edukacji i kultury;
    - doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług;
    - kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi;
    - współpraca z rodziną – kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej;
  - pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym w:
    - uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych;
    - wypełnieniu dokumentów urzędowych;
  - wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza w:
    - szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy;

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.)

- kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia;
  - przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą;
  - rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku,
  - pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
    - nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków;
    - pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach;
    - zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;
- b) pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
- pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych;
  - uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych;
  - pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptecce;
  - pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania;
  - w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny;
  - pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia;
  - pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;
- c) rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
- zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii;
  - współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmiernającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych;
- d) pomoc mieszkaniowa, w tym:
- w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat;
  - w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych;
  - kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu;
- e) zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> §2 i §3 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

### **Potrzebne zasoby kadrowe<sup>5</sup>:**

Specjalistyczne usługi są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi.

Osoby, które dostarczają specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, muszą mieć co najmniej trzymiesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z takimi osobami, zdobyte w jednej z następujących instytucji:

- a) szpitalu psychiatrycznym;
- b) jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- c) placówce terapeutycznej lub oświatowej, w której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub niepełnosprawnością intelektualną;
- d) ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym;
- e) warsztacie terapii zajęciowej;
- f) innej jednostce świadczącej specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

W uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe określone w ust. 1, posiadają co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, o których mowa w ust. 2, i mają zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje.

### **Potrzebne zasoby lokalowe i rzeczowe:**

Planowanie dostarczania usług opiekuńczych, włącznie z organizacją przestrzeni, ma na celu zapewnienie maksymalnego poziomu bezpieczeństwa zarówno dla osób korzystających z usług, jak i dla osób świadczących te usługi. W przypadku konieczności podnoszenia na przykład osoby unieruchomionej, osobie świadczącej usługi opiekuńcze powinno być zapewnione wsparcie w postaci odpowiedniego sprzętu lub pomocy drugiej osoby.

### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze, tryb ich pobierania oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat określa rada gminy w drodze uchwały z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zgodnie art. 50 ust. 6 ustawy). Dla tego typu usług tryb ustalania i pobierania opłat, jak również warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, ze względu na szczególne potrzeby osób z nich

<sup>5</sup> Ibidem, na podstawie § 3.

korzystających, uwzględniając sytuację materialną tych osób, określa rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych<sup>6</sup>.

Zgodnie z dokumentem *Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych w ramach konkursu nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-004/21*, maksymalna cena rynkowa zatrudnienia wykwalifikowanej opiekunki wynosiła 45 zł (stan na 2021 r.).

#### **4. Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa**

Usługi opieki pielęgniarskiej długoterminowej są jednym z obszarów opieki zdrowotnej, obejmując specjalistyczne i pielęgnacyjne działania nad pacjentem. Ten rodzaj opieki koncentruje się przede wszystkim na osobach z istotnymi deficytami zdrowotnymi, które prowadzą do utraty samodzielności w zakresie opieki nad sobą i pielęgnacji. Dotyczy to pacjentów we wszystkich grupach wiekowych.

##### **Usługi przysługują:**

Opieka pielęgniarska długoterminowa w domu jest przeznaczona dla pacjentów, którzy zmagają się z poważnymi i przewlekłymi chorobami, ale wciąż przebywają w swoim domu i nie wymagają hospitalizacji. Tacy pacjenci potrzebują stałej i intensywnej opieki w środowisku domowym, zarówno ze strony swoich bliskich i opiekunów, jak i pielęgniarki.

Aby pacjent mógł być objęty opieką pielęgniarską długoterminową w swoim domu, konieczne jest uzyskanie skierowania od lekarza oraz wypełnienie przez niego kwestionariusza Barthela<sup>7</sup>. Kwalifikacja do tego rodzaju opieki zależy od osiągnięcia określonej punktacji, która mieści się w przedziale od 0 do 40 punktów. Świadczenia pielęgniarskie długoterminowe są ograniczone i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W przypadku braku dostępnych miejsc pacjent zostaje wpisany na listę oczekujących. Osoby, które otrzymują opiekę hospicjum domowego, przebywają w innych placówkach stacjonarnych, są pacjentami z zespołem opieki domowej na wentylacji mechanicznej lub znajdują się w ostrej fazie choroby psychicznej, nie kwalifikują się do korzystania z opieki pielęgniarskiej długoterminowej w warunkach domowych.

##### **Usługi obejmują:**

Usługi w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu obejmują wsparcie świadczone przez pielęgniarkę oraz przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samodzielnej opieki i dbania o siebie, w tym rozwijanie umiejętności radzenia sobie z ograniczeniami, takimi jak:

- kąpiel, codzienna higiena, zażywanie leków;
- zmiana opatrunków;
- zmiana pozycji ciała;
- pielęgnacja cewnika, stomii, PEG-a, rurki tracheotomijnej, sondy żołądkowej;

<sup>6</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

<sup>7</sup> Jest to obejmujące 10 pytań narzędzie służące do oceny stopnia sprawności ruchowej badanej osoby i jej zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. Kwestionariusz Barthela jest dostępny online: <https://www.gov.pl/attachment/2dfce6ee-c406-4d2c-a512-e459f201d62a> (dostęp 22.12.2023 r.).

- wykonywanie ćwiczeń;
- prowadzenie karmienia;
- pomoc w uzyskaniu niezbędnego sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego do właściwej opieki i rehabilitacji oraz nauka obsługi tego sprzętu.

#### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych, aby świadczyć usługi gwarantowane w ramach długoterminowej opieki pielęgniarskiej, realizowanej w środowisku stacjonarnym, domowym lub ambulatoryjnym, pielęgniarka powinna posiadać ukończony kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w obszarze opieki paliatywnej.

#### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Zgodnie z danymi udostępnionymi przez Ministerstwo Zdrowia, płace pielęgniarek w 2023 r. mieściły się w przedziale od 5965 zł do 8187 zł brutto. Według portalu medical.edu.pl (dostęp 23.12.2023), w obszarze prywatnej opieki długoterminowej zarobki mogą być istotnie wyższe, ponieważ przeciętna stawka za usługi opieki domowej świadczone przez pielęgniarkę wynosi około 100 zł za godzinę. Do tej sumy mogą być dodane dodatkowe koszty za określone usługi, na przykład za zmienianie cewnika.

### **5. Miejsca krótkookresowego pobytu**

Dom pomocy społecznej może świadczyć usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej osobom pełnoletnim wymagającym wsparcia z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niebędącym mieszkańcami domu.

#### **Usługi przysługują:**

Klienci mogą być uprawnieni do usług wsparcia krótkoterminowego, jeśli z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności potrzebują tymczasowej pomocy, zarówno w postaci pobytu całodobowego, jak i wsparcia dziennego. Jest to spowodowane czasowym ograniczeniem możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki w miejscu zamieszkania przez zwykłe osoby sprawujące codzienną opiekę nad daną osobą.

#### **Zakres usług opiekuńczych:**

Charakter i zakres usług wsparcia krótkoterminowego są dostosowane do potrzeb i sytuacji konkretnej osoby potrzebującej pomocy. Mogą być one realizowane w formie pobytu całodobowego lub wsparcia dziennej. Usługi oferowane w ramach pobytu całodobowego mogą trwać do maksymalnie 30 dni w ciągu roku kalendarzowego, z opcją przedłużenia pobytu o kolejne 30 dni w przypadku szczególnych sytuacji. Natomiast wsparcie dzienne może być udzielane przez okres od 4 do 12 godzin dziennie, przez maksymalnie 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością wydłużenia wsparcia o kolejne 30 dni w uzasadnionych przypadkach.

Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie pobytu całodobowego są adekwatne do zakresu usług realizowanych przez dom pomocy społecznej na rzecz

jego mieszkańców, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb osób korzystających z tej formy wsparcia. Art. 55a znowelizowanej ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. wskazuje, że usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie dziennej obejmują usługi realizowane przez dom pomocy społecznej na rzecz jego mieszkańców, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb osób korzystających z tej formy wsparcia. Zgodnie z art. 55b pkt 4, wniosek o przyznanie pomocy w formie usług wsparcia krótkoterminowego składa się w ośrodku pomocy społecznej lub w centrum usług społecznych właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby wymagającej wsparcia.

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Spośród personelu DPS-u należy organizacyjnie przydzielić część, która będzie realizować usługi w odpowiednim wymiarze czasu pracy – 0,4 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę otrzymującą krótkoterminowe wsparcie całodobowe i 0,2 etatu na jedną osobę otrzymującą wsparcie krótkookresowe dzienne. Ponadto należy zapewnić uczestnikom kontakt z psychiatrą.

Wskaźnik zatrudnienia dla usług świadczonych w formie całodobowej wynosi 0,40. Dla usług realizowanych w formie dziennej zaś wynosi 0,20 (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2023).

### **Potrzebne zasoby lokalowe i rzeczowe:**

Zgodnie ze standardami dla opieki krótkoterminowej określonymi przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2023), w przypadku usług oferowanych w formie całodobowej standard świadczenia jest taki sam jak dla instytucji statutowych. Aby prowadzić tego rodzaju działalność, konieczne jest jednak wydzielenie części DPS-u, z określeniem pomieszczeń mieszkalnych oraz zatrudnieniem lub oddelegowaniem personelu do świadczenia tych usług.

Natomiast w przypadku opieki dziennej wymagane jest wydzielenie:

- jednego pomieszczenia dziennego, spełniającego rolę zarówno pokoju dziennego, jak i jadalni, o powierzchni co najmniej 4 m<sup>2</sup> na osobę;
- jednego pomieszczenia do odpoczynku z odpowiednią liczbą miejsc do wypoczynku;
- osobnych toalet dla kobiet i mężczyzn, z ograniczeniem do maksymalnie 10 osób na jedno toaletowe pomieszczenie;
- szatni z wystarczającą liczbą szafek (adekwatną do liczby osób korzystających z usług).

W ramach realizacji usług wsparcia krótkoterminowego nie ma potrzeby zapewniania odrębnych wejść do budynku czy wydzielania odrębnych ciągów komunikacyjnych w postaci korytarzy i klatki schodowej w budynku.

## **Potrzebne zasoby finansowe:**

Obowiązani do wnoszenia opłaty za korzystanie z usług wsparcia krótkoterminowego są w kolejności:

- a) osoba korzystająca z usług wsparcia krótkoterminowego;
- b) gmina, która przyznała usługi wsparcia krótkoterminowego.

Osoba korzystająca z usług wsparcia krótkoterminowego nie ponosi opłat, jeżeli jej dochód nie przekracza kwoty kryterium dochodowego, to znaczy kwoty kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej.

## **6. Mieszkania wspomagane z koszykiem usług**

W mieszkaniach świadczone jest całodobowe wsparcie w formie usług opiekuńczych.

### **Usługi przysługują:**

Mieszkanie wspierane może być przyznawane w formie zakwaterowania okresowego (na przykład w sytuacji opieki sprawowanej w zastępstwie za opiekunów faktycznych), jednak może też być mieszkaniem docelowym lub lokalem, w którym osoba wspierana oczekuje na przydział niezależnego mieszkania (na przykład socjalnego).

Wsparcie oferowane w ramach mieszkania wspomaganego jest przeznaczone dla osób, które są długotrwale chore, niepełnosprawne, samotne i niesamodzielne, wymagające stałego wsparcia, jednak nie mają w swoim otoczeniu osób zdolnych do świadczenia takiej pomocy. Decyzja o skorzystaniu z mieszkania wspomaganego jest podejmowana na okres do trzech miesięcy.

W ramach działania części mieszkań wspieranych istnieje również możliwość skorzystania z opieki wytchnieniowej, która adresowana jest do rodzin, gdzie opieką całodobową objęta jest osoba niepełnosprawna. W przypadku gdy opiekun tej osoby chce odpocząć, zadbać o swoje zdrowie lub skorzystać z okazji do wyjazdu, może skierować osobę niepełnosprawną do mieszkania wspomaganego na miesiąc.

### **Usługi obejmują:**

W mieszkaniu wspomaganym oferuje się usługi z zakresu obsługi domowej, pracy socjalnej oraz wsparcia w wykonywaniu niezbędnych codziennych czynności i nawiązywaniu relacji społecznych, mając na celu utrzymanie lub rozwijanie niezależności danej osoby, dostosowanej do jej psychofizycznych możliwości.

Usługi powinny obejmować przede wszystkim:

- inicjatywy mające na celu rozwijanie niezależności osób z niepełnosprawnościami;
- działania skierowane do opiekunów/środowiska osoby niepełnosprawnej, w tym: współpraca z rodziną osoby z niepełnosprawnością, mająca na celu uświadomienie potencjalnych możliwości osób z niepełnosprawnościami, prowadzących do większej niezależności; zmiana postaw wobec osób z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym (przejście od nadopieczności do

rozsądnego wspierania) oraz w społeczności lokalnej (eliminowanie barier wynikających z niewiedzy i uprzedzeń);

- świadczenie usług w ramach mieszkania wspomaganego, mające na celu zwiększenie samodzielności mieszkańców, ich umiejętności radzenia sobie w życiu oraz integrację społeczną. Usługi te powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości każdego mieszkańca, a także mieć wyznaczone cele.

Rekomenduje się świadczenie usług o różnym charakterze, przede wszystkim:

- usługi społeczne, których celem jest zdobycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, takie jak uczestnictwo w życiu kulturalnym, trening ekonomiczny czy trening umiejętności życiowych;
- usługi zawodowe, które mają na celu pomoc w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru lub zmiany zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe, obejmujące doskonalenie zawodowe, doksztalcanie, uczestnictwo w kursach i udział w zajęciach na przykład w ŚDS lub innych, prowadzących do podjęcia pracy;
- usługi opiekuńczo-wspierające, obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem, takie jak pomoc i usamodzielnianie w czynnościach dnia codziennego, nauka gotowania, pieczenia, prania itp.;
- pomoc psychologiczna, mająca na celu wzmocnienie poczucia własnej wartości poprzez przekonanie o skuteczności wysiłków na rzecz usamodzielnienia się, trening komunikacji interpersonalnej, wzmacnianie odporności na stres oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a w razie potrzeby wzmocnienie więzi rodzinnych lub ich rozluźnienie w przypadku nadopiekuńczości rodziny i poczucia zależności.

### **Potrzebne zasoby lokalowe:**

Pierwszym krokiem przy tworzeniu mieszkań wspomaganych jest korzystanie z zasobów lokalnych gminy i preferowanie otwartego środowiska zamiast zamkniętych instytucji, aby uniknąć stygmatyzacji mieszkańców. Optymalnym podejściem jest przeznaczanie lokali na mieszkania wspomagane już na etapie projektowania budynków komunalnych lub przygotowywania inwestycji, co jest bardziej efektywne niż adaptowanie istniejących mieszkań.

Należy także rozważyć, czy obecne miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością może zostać dostosowane do roli mieszkania wspomaganego, uwzględniając przy tym specyficzne potrzeby tej osoby. Lokalizacja mieszkań wspomaganych finansowanych przez gminę powinna sprzyjać integracji z lokalną społecznością. Preferowana jest lokalizacja umożliwiająca nawiązywanie sąsiedzkich relacji, zarówno w zabudowie jednorodzinnej, jak i wielorodzinnej, zwłaszcza na parterze budynku ze względu na łatwiejszą dostępność architektoniczną.

Jeśli chodzi o osoby z niepełnosprawnościami fizycznymi, intelektualnymi i psychicznymi, zaleca się, aby do mieszkania wspomaganego nie wprowadzano więcej niż 6 osób, by tym samym zapewnić każdej z nich przestrzeń osobistą. Dla osób niewidomych lub niedowidzących zaleca się maksymalnie 4 mieszkańców ze względu na szczególne potrzeby tej grupy, takie jak utrzymanie porządku, potrzeba większej intymności i trudność w nawiązywaniu kontaktów. Pokoje powinny być zazwyczaj jednoosobowe, chyba że okoliczności wymagają pokoju dwuosobowego. W przypadku mieszkań dla więcej niż 3 osób zaleca się stworzenie dwóch łazienek, na przykład jednej z wanną i jednej z prysznicem lub osobnej toalety.

Zaleca się również:

- upraszczanie układu przestrzeni – im mniej przedmiotów, tym całość staje się bardziej przejrzysta i łatwiejsza do zrozumienia;
- optymalizację przestrzeni w taki sposób, aby utworzyć swobodny ciąg komunikacyjny;
- zachowanie stałej lokalizacji przedmiotów (ewentualne zmiany powinny być ogłaszane), dbanie o porządek i czystość;
- używanie oznaczeń wypukłych, stosowanie piktogramów do oznaczenia szafek i urządzeń;
- usunięcie progów, a jeśli są one konieczne w drzwiach wejściowych, ich wysokość nie powinna przekraczać 2 cm, a krawędzie powinny być odpowiednio zaokrąglone (promień minimum 10 mm) lub fazowane w proporcji co najmniej 1:2.

Szczegółowe wytyczne dotyczące tworzenia infrastruktury w ramach mieszkalnictwa wspieranego znajdują w publikacji przygotowanej przez Fundację Integracja: *Włacznik – projektowanie bez barier*<sup>8</sup>.

#### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

- Koordynator usług mieszkalnictwa wspomaganego: odpowiada za ogólne zarządzanie i koordynację usług;
- Specjaliści ds. bezpośredniego wsparcia – przeszkolony personel pomagający mieszkańcom w codziennych czynnościach życiowych, zapewniający osobistą opiekę oraz inne niezbędne wsparcie:
  - pracownik socjalny;
  - psycholog;
  - trener;
  - opiekun;
- W zależności od potrzeb mieszkańców również personel fakultatywny:
  - personel pielęgniarski;
  - asystent osoby niepełnosprawnej;
  - terapeuta zajęciowy;

<sup>8</sup> Publikacja dostępna online pod adresem: <https://ade.niaiu.pl/files/2022-03/wlacznik-projektowanie-bez-barier-2018.pdf> (dostęp 20.12.2023).

- pedagog specjalny;
- mentor;
- prawnik;
- tłumacz komunikacji alternatywnej;
- doradca zawodowy;
- trener pracy/trener zatrudnienia wspieranego;
- lekarz psychiatra;
- pielęgniarka;
- fizjoterapeuta;
- dietetyk<sup>9</sup>.

## 7. Mieszkania treningowe

Mieszkania treningowe są formą pomocy społecznej, mającą na celu przygotowanie przy wsparciu specjalistów osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia lub wspierające te osoby w codziennym funkcjonowaniu. Mieszkanie zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku oraz integracji ze społecznością lokalną.

Wsparcie w mieszkaniu treningowym jest przyznawane na czas określony: czas pobytu powinien wynosić od 3 tygodni do 6 miesięcy, w zależności od tempa adaptacji społecznej mieszkańca.

### Usługi przysługują:

Mieszkania treningowe stanowią formę wsparcia dla pełnoletnich osób, które z powodu trudnej sytuacji życiowej, wieku, niepełnosprawności lub choroby potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednak nie wymagają pełnej gamy usług świadczonych przez placówki zapewniające całodobową opiekę. W szczególności adresowane są do jednostek, takich jak osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby bezdomne, osoby opuszczające pieczę zastępczą, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, okręgowe ośrodki wychowawcze, zakłady poprawcze, schroniska dla nieletnich, a także cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.

**Usługi obejmują** działania nastawione na rozwijanie lub utrwalanie umiejętności praktycznych, służących prowadzeniu niezależnego życia, w zakresie:

- samoobsługi;
- zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, w tym przygotowania posiłków;
- efektywnego zarządzania czasem;
- efektywnego zarządzania finansami;
- prowadzenia gospodarstwa domowego;
- załatwiania spraw osobistych i urzędowych;
- utrzymania więzi rodzinnych;
- rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej;

<sup>9</sup> Standard usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi... (online: [https://rops.krakow.pl/pliki/SAMI\\_DZIELNI/Dokumenty/Standard\\_usug\\_mieszkalnictwa\\_wspomaganego\\_dla\\_ONS.pdf](https://rops.krakow.pl/pliki/SAMI_DZIELNI/Dokumenty/Standard_usug_mieszkalnictwa_wspomaganego_dla_ONS.pdf), dostęp 7.12.2023).

- uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej;
- poszukiwania pracy oraz utrzymania zatrudnienia.

### **Potrzebne zasoby lokalowe i rzeczowe:**

Minimalna powierzchnia użytkowa przypadająca na jedną osobę korzystającą ze wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomagany nie może być mniejsza niż 12 m<sup>2</sup>, przy czym liczba osób w mieszkaniu nie może być wyższa niż 6, a w jednym pomieszczeniu mieszkalnym nie może być wyższa niż 2.

Mieszkanie treningowe lub wspomagane, oprócz pomieszczeń mieszkalnych, składa się z:

- ogólnodostępnej kuchni lub aneksu kuchennego;
- łazienki;
- wydzielonego ustępu lub miski ustępowej w łazience;
- przestrzeni komunikacji wewnętrznej.

Szczegółowe wytyczne dotyczące standardu zasobów rzeczowych mieszkań treningowych znajdują się w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2023 r. w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych.

Szczegółowe wytyczne dotyczące tworzenia infrastruktury w ramach mieszkalnictwa treningowego znajdują się natomiast w publikacji przygotowanej przez Fundację Integracja: *Włacznik – projektowanie bez barier*<sup>10</sup>.

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

- Opiekun mieszkania treningowego: odpowiada za ogólne zarządzanie i koordynację usług;
- Specjaliści ds. bezpośredniego wsparcia – przeszkolony personel wspierający mieszkańców w nabywaniu umiejętności niezbędnych do prowadzenia samodzielnego życia:
  - pracownik socjalny;
  - trener;
- W zależności od potrzeb mieszkańców również personel fakultatywny:
  - asystent osoby z niepełnosprawnościami;
  - psycholog;
  - mentor;
  - prawnik;
  - tłumacz komunikacji alternatywnej;
  - doradca zawodowy;
  - lekarz psychiatra.

<sup>10</sup> Publikacja dostępna online pod adresem: <https://ade.niaiu.pl/files/2022-03/wlacznik-projektowanie-bez-barier-2018.pdf> (dostęp 20.12.2023).

## **8. Środowiskowe domy samopomocy**

Środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) to inaczej dzienne ośrodki wsparcia, które są jednostkami organizacyjnymi podlegającymi resortowi pomocy społecznej, a ich prowadzenie podlega nadzorowi samorządów, które otrzymują to zadanie jako powierzone przez administrację rządową.

### **Usługi przysługują:**

Środowiskowy dom samopomocy to placówka wsparcia, która służy pomocą osobom z przewlekłymi chorobami psychicznymi oraz niepełnosprawnością intelektualną w dostosowaniu się do zmian wynikających z ich schorzeń oraz w przystosowaniu się do życia w swoim otoczeniu.

### **Usługi obejmują:**

ŚDS oferują zajęcia indywidualne lub grupowe, które koncentrują się na szkoleniu w zakresie samoobsługi oraz umiejętności społecznych. Te zajęcia obejmują naukę, rozwijanie lub utrzymanie umiejętności potrzebnych do wykonywania codziennych czynności oraz funkcjonowania w społeczeństwie.

Do obowiązków ŚDS należy rozwijanie sieci wsparcia społecznego oraz przygotowywanie osób cierpiących na przewlekłe choroby psychiczne lub mających niepełnosprawność intelektualną do życia w społeczeństwie oraz funkcjonowania w ich środowisku. Ze względu na ograniczenia w niektórych funkcjach ciała lub zdolnościach adaptacyjnych, te osoby potrzebują wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności w ich rodzinnych i społecznych środowiskach. Głównym celem tego wsparcia jest zwiększenie ich umiejętności radzenia sobie, samodzielności życiowej oraz osiągnięcie większej integracji społecznej.

ŚDS powinien być czynny przez cały rok, we wszystkie dni robocze, przez co najmniej 8 godzin dziennie, dostosowując się do potrzeb uczestników i ich rodzin. W sytuacjach wyjątkowych, liczba dni i godzin funkcjonowania ŚDS może być dostosowana do lokalnych potrzeb. ŚDS może także prowadzić całodobowy hostel. Okres pobytu w ŚDS w ramach całodobowego pobytu nie może przekraczać 3 miesięcy w jednym okresie, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych sytuacjach. Maksymalna łączna długość pobytu całodobowego dla jednej osoby w ciągu roku kalendarzowego nie może przekroczyć 8 miesięcy.

### **Potrzebne zasoby infrastrukturalne i rzeczowe:**

Budynek ŚDS powinien spełniać następujące wymogi:

- dostosowanie do potrzeb osób korzystających z usług;
- wyposażenie w co najmniej: 2 pokoje dziennego pobytu (do terapii grupowej, rehabilitacji i wypoczynku), jadalnię (może być urządzona w pokoju dziennego pobytu), kuchenkę pomocniczą (lub aneks kuchenny urządzony w pokoju dziennego pobytu), jedno pomieszczenie do prowadzenia terapii indywidualnej;

- udostępnienie co najmniej 2 łazienek, z których jedna jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością z możliwością kąpieli lub prysznica.

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Na każdym 30 uczestników ŚDS powinny być zatrudnione przynajmniej 3 osoby, w tym 2 opiekunów.

ŚDS może świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze – powinny być one wówczas świadczone przez:

- a) osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej;
- b) osobę, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontaryjne lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.

Dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z zaburzeniami psychicznymi powinien stale pracować nie mniej niż jeden opiekun na dwóch uczestników.

### **Finansowanie:**

Korzystanie z usług klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest nieodpłatne.

Odpłatność za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu.

Odpłatność nie może być wyższa niż średnia miesięczna kwota dotacji (ustalana corocznie przez wojewodę) na jednego uczestnika, wyliczona dla ośrodka wsparcia, w którym osoba przebywa.

## **9. Domy dziennego pobytu**

Dom dziennego pobytu (DDP) jest miejscem dla osób starszych, samotnych lub chorych, które ma na celu ich aktywizację zarówno społeczną, jak i indywidualną. Jest to miejsce, które pomaga zorganizować i wypełnić dzień dla osób, które zakończyły aktywność zawodową. Oprócz zapewniania towarzystwa, dom dziennego pobytu oferuje różnorodne zajęcia oraz podstawową opiekę medyczną. W takim miejscu zazwyczaj można spędzić około 8 godzin dziennie. Zakres działań domów dziennego pobytu jest bardzo obszerny i obejmuje organizację czasu w ciągu dnia, satysfakcję potrzeb społecznych i kulturalnych, troskę o kondycję fizyczną i psychiczną.

**Do zadań** dziennego domu należą:

- aktywizacja i integracja osób starszych;
- tworzenie nowych więzi społecznych poprzez organizowanie wzajemnej pomocy;

- dbałość o kondycję fizyczną i intelektualną poprzez rehabilitację ruchową i terapię zajęciową;
- zapobieganie wykluczeniu społecznemu;
- budowanie więzi międzypokoleniowej w celu przeciwdziałania rosnącej przepaści między seniorami a aktywnym młodym pokoleniem, kształtowanie umiejętności radzenia sobie z problemami życia codziennego;
- twórcze przeżywanie okresu starości;
- kształtowanie umiejętności organizowania czasu wolnego z uwzględnieniem indywidualnych zainteresowań, możliwości i umiejętności uczestników;
- zaspokajanie potrzeb bytowych, kulturalnych i towarzyskich.

#### **Działania te realizowane są poprzez:**

- usługi opiekuńcze;
- usługi rehabilitacyjne;
- terapię zajęciową zarówno grupową, jak i indywidualną w celu podtrzymania kondycji psychofizycznej;
- zapewnienie jednego ciepłego posiłku i śniadania w ciągu dnia;
- poradnictwo specjalistyczne (psycholog, prawnik);
- zaspokajanie potrzeb towarzyskich, rekreacyjno-kulturalnych;
- możliwość uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, plastycznych, muzycznych;
- specjalistyczne wsparcie i dedykowane zajęcia dla opiekunów faktycznych uczestników dziennego domu opieki.

Dodatkowe zajęcia realizowane dla uczestników DDP mogą obejmować:

- wsparcie w zakresie konsultacji lekarskich;
- współpracę z rodziną w celu kształtowania odpowiednich postaw wobec uczestnika;
- kształtowanie społeczności terapeutycznej;
- organizacja lokalnych spotkań okolicznościowych i festynów;
- współpracę z innymi osobami lub podmiotami zaangażowanymi w udzielanie pomocy, zapewniającą jak największą efektywność wspólnie podejmowanych działań na rzecz uczestników;
- utrzymywanie kontaktu z byłymi uczestnikami;
- dla dzieci (w przypadku placówki opieki łączonej) zapewnienie zajęć pedagogicznych dla rodziców/opiekunów, zajęć dodatkowych na przykład w obszarze języka angielskiego, informatyki, programowania, rozwijających kompetencje społeczne, zajęć muzycznych.

#### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Kadra dziennego domu pobytu powinna obejmować osoby pełniące następujące funkcje:

- kierownik;
- fizjoterapeuta-rehabilitant;

- pedagog specjalny lub oligofrenopedagog;
- opiekun;
- asystent osoby niepełnosprawnej;
- terapeuta;
- trenerzy prowadzący warsztaty indywidualne.

### **Potrzebne zasoby lokalowe i rzeczowe:**

Dom dziennego pobytu pod kątem infrastrukturalnym powinien spełniać następujące standardy:

- Musi być dostosowany do potrzeb osób korzystających z usług, to jest:
  - budynek i jego otoczenie nie mogą posiadać żadnych barier architektonicznych;
  - w przypadku budynków wielokondygnacyjnych konieczna jest obecność funkcjonującej windy.
- Powinien być wyposażony w co najmniej:
  - 2 pokoje dziennego pobytu (do terapii grupowej, rehabilitacji i wypoczynku);
  - jadalnię (może być urządzona w pokoju dziennego pobytu) i kuchenkę pomocniczą (lub aneks kuchenny urządzony w pokoju dziennego pobytu);
  - 1 pomieszczenie do prowadzenia terapii indywidualnej.
- Powinien mieć udostępnione co najmniej 2 łazienki, z których jedna jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością z możliwością kąpieli lub prysznic.
- Powinien być wyposażony w systemy przyzywowo-alarmowy i alarmu przeciwpożarowego.

### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Pobyt w dziennych domach pomocy jest odpłatny zgodnie z uchwałą rady danej gminy.

## **II. Usługi realizowane w trybie projektowym**

### **1. Usługi asystenckie**

Usługi asystenckie to usługi społeczne, które są osobiście dostarczane przez wykwalifikowanego asystenta. Mają na celu zrekompensowanie ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. Ich głównym celem jest wspieranie niezależności oraz aktywności osób, które korzystają z tego wsparcia w codziennym życiu.

**Odbiorcami wsparcia** są osoby z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności. W przypadku niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością (ucznia lub dziecka w wieku przedszkolnym), wolę skorzystania ze wsparcia asystenta wyraża jej opiekun prawny.

**Usługi asystenckie** polegają na pomaganiu osobom z niepełnosprawnościami w wykonywaniu podstawowych czynności codziennego życia, które są niezbędne do pełnego uczestnictwa w społeczeństwie. Mogą obejmować wspieranie w przemieszczaniu się

do różnych miejsc publicznych, jak lekarz, punkty usługowe czy inne miejsca, a także towarzyszenie i asystowanie podczas tych wyjazdów. Usługi asystenckie mogą również stanowić formę pomocy w spędzaniu czasu wolnego, w tym podczas aktywności kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych, a także polegać na tłumaczeniu na język migowy. Ponadto mogą one obejmować wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędów pracy oraz miejsc, które aktywizują zawodowo, a także asystę w tych miejscach i zajęciach. W kontekście edukacyjnym usługi asystenckie mogą obejmować wsparcie w dostaniu się do szkół i placówek oświatowych, towarzyszenie na terenie tych miejsc, a także pomoc podczas zajęć edukacyjnych oraz procesu nauki, taką jak zbieranie materiałów czy korzystanie z biblioteki. Zakres usługi asystenckiej jest dostosowany do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością i może także obejmować opiekę higieniczną oraz wsparcie w codziennych czynnościach fizjologicznych.

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Usługa asystencka jest świadczona przez:

- a) asystenta osoby z niepełnosprawnościami (AON) – warunkiem zatrudnienia AON jest ukończone kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach;
- b) asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnościami (AOON) – warunkiem zatrudnienia kandydata jako AOON jest uzyskanie pozytywnej opinii psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych:
- c) podstawowych: empatia, zrównoważenie emocjonalne, solidność, zaradność, cierpliwość, dyskrecja, odporność na stres, kultura osobista, motywacja do pracy;
- d) pożądanych: umiejętność słuchania, umiejętność nawiązywania kontaktu z innymi, umiejętność zachowań asertywnych;

Po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa AOON mogą zostać kandydaci:

- a) posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontaryjne lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego;
- b) bez adekwatnego doświadczenia, którzy odbyli minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składa się z minimum 20-godzinnej części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40-godzinnej części praktycznej w formie przyuczenia do pracy na przykład praktyki, wolontariatu.

Wykształcenie zawodowe nie stanowi zasadniczego kryterium naboru kandydatów do pracy na stanowisku AOON.

Usługa asystencka może zakładać elementy usług opiekuńczych o charakterze towarzyszącym. Asystent nie może wykonywać czynności medycznych oraz zadań z zakresu

rehabilitacji zdrowotnej, jeżeli nie ma do tego wymaganych uprawnień i odpowiedniego przygotowania medycznego.

### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Zgodnie z dokumentem *Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych w ramach konkursu nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-004/21* maksymalna cena rynkowa zatrudnienia wykwalifikowanej opiekunki wynosiła 40 zł (stan na 2021 r.).

## **2. Dzielne domy opieki medycznej**

Dzienny dom opieki medycznej (DDOM) jest jedną z metod deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Jest to oddzielna struktura w ramach placówki medycznej, która może oferować usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, takiej jak poradnie geriatryczne lub opieka długoterminowa. Dzienny dom opieki medycznej zapewnia opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Długość pobytu w DDOM jest ustalana indywidualnie przez zespół terapeutyczny. Nie może być krótsza niż 30 dni roboczych (chyba że pacjent dobrowolnie zrezygnuje lub jego stan zdrowia pogorszy się, wymagając hospitalizacji) i nie może przekroczyć 120 dni roboczych.

### **Usługi przysługują:**

Usługi w DDOM są dostępne dla pacjentów, którzy potrzebują opieki pielęgnacyjnej, opiekuńczej, rehabilitacyjnej oraz kontynuacji leczenia ze względu na swoje zdrowie, ale nie wymagają hospitalizacji. Kwalifikacja pacjentów opiera się na ocenie stopnia samodzielności zgodnie ze skalą Barthel, gdzie punktacja wynosi od 40 do 65 punktów.

Do DDOM mogą być przyjmowane:

- osoby niedawno wypisane ze szpitala, których stan zdrowia wymaga intensywnej opieki pielęgnarskiej, monitorowania terapii lekowej, kompleksowych działań rehabilitacyjnych i zapobiegania dalszej utracie samodzielności. Dodatkowo zapewniane jest wsparcie edukacyjne oraz poradnictwo dotyczące organizacji opieki nad osobą niesamodzielną;
- osoby, u których istnieje ryzyko ponownej hospitalizacji w najbliższym czasie lub które w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystały z usług szpitalnych.

### **Usługi obejmują:**

Podstawowe kategorie usług zdrowotnych dostępnych w ramach domu opieki medycznej obejmują:

- świadczenia pielęgnarskie, w tym instruktaż dotyczący samoopieki i pielęgnacji pacjenta;
- konsultacje dotyczące wyboru odpowiednich artykułów medycznych;
- usługi rehabilitacyjne mające na celu poprawę zdolności ruchowych;
- wspieranie procesów poznawczych;
- terapię zajęciową;

- przygotowanie członków rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuowania opieki (akcje edukacyjne).

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Opieka dla pacjentów powinna być realizowana przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;
- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej – zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
- lekarz specjalista w dziedzinie geriatricji – zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
- pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu, magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach;
- pielęgniarka posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*;
- osoba prowadząca fizjoterapię – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*; – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;
- opiekun medyczny – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej* – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;
- terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo;
- psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo.

W przypadku zdiagnozowania u pacjenta potrzeby w danym zakresie należy rozważyć również możliwość włączenia do zespołu:

- dietetyka, który z chwilą przyjęcia pacjenta do domu opieki medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, będzie udzielał pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia;
- logopedy lub afazjologa, który będzie udzielał świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta.

### **Potrzebne zasoby lokalowe i rzeczowe:**

Pomieszczenia muszą być przystosowane do potrzeb osób starszych oraz niesamodzielnych, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W budynku lub kompleksie budynków o identycznym adresie, gdzie znajduje się miejsce udzielania świadczeń, konieczne jest zapewnienie:

- szatni;
- toalet dla pacjentów: osobno dla kobiet, mężczyzn i personelu;
- łazienki z umywalką, prysznicem, krzeselkiem, uchwyty oraz przestrzenią na środki higieny;
- gabinetów: lekarskiego, pielęgniarskiego oraz pracowni psychologa, kompletnie wyposażonych;
- pomieszczenia wyposażonego w sprzęt do terapii zajęciowej;
- pomieszczenia na sprzęt medyczny i pościel;
- miejsca spotkań i jadalni z odpowiednim wyposażeniem kuchennym, włącznie z urządzeniami i naczyniami do przygotowywania posiłków;
- obszaru relaksu z audiowizualnym wyposażeniem, które może być współdzielone z terapią zajęciową i jadalnią;
- pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do:
  - kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL);
  - krioterapii miejscowej;
  - masażu (stół do masażu);
  - elektrolecznictwa;
  - światłolecznictwa;
  - leczenia polem elektromagnetycznym;
- pomieszczenia dla chorych częściowo leżących z co najmniej 2 łózkami na 10-15 uczestników programu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu;
- gabinetu diagnostyczno-zabiegowego.

W dziennym domu opieki medycznej powinien być zapewniony następujący sprzęt medyczny:

- aparat EKG;
- zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
- aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- zestaw do reanimacji;
- glukometr;
- stetoskop;
- kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Należy zabezpieczyć w szczególności następujące kategorie wydatków:

- ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne – badania zlecone przez lekarza specjalistę;
- opłaty za utrzymanie pomieszczeń (czynsz, najem, opłaty administracyjne);
- wynagrodzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego;
- zabezpieczenie leków doraźnych, pierwszej pomocy, wyrobów medycznych, które nie wynikają z planu leczenia i pielęgnacji pacjenta;
- wydatki poniesione na zakup materiałów gospodarczych oraz wyrobów medycznych i materiałów wykorzystywanych w terapii zajęciowej i usprawnianiu ruchowym;
- opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków;
- doposażenie w sprzęt obiektu przeznaczonego bezpośrednio na dzienny dom opieki medycznej.

### **3. Usługi teleopiekuńcze**

Teleopieka polega na wykorzystaniu nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych. Jest stałym, całodobowym wsparciem udzielanym z wykorzystaniem na przykład systemu wzywania pomocy medycznej, telefonu i Internetu.

Brytyjskie Stowarzyszenie Usług Teleopiekuńczych (Telecare Services Association) definiuje teleopiekę jako „wszelkie usługi świadczone na odległość z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT), sprzyjające zachowaniu niezależności we własnym domu osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym. Umożliwia pozostawanie tych osób w środowisku domowym dzięki dostarczaniu niezbędnych do życia usług (opiekuńczych, w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego itp.) oraz minimalizacji ryzyka i zagrożeń dla ich zdrowia i życia (całodobowy, zdalny monitoring sposobu zachowania podopiecznego oraz bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania)” (Richert-Kaźmierska, 2017, s. 174-175, za: Pikuła 2022: 143-144).

## **Potrzebne zasoby lokalowe, rzeczowe i finansowe:**

DPS-y chcące realizować usługi teleopiekuńcze mają dwie możliwości:

- a) Samodzielne stworzenie zaplecza technicznego centrum teleopieki: w tym przypadku konieczne jest sfinansowanie następujących kosztów usługi: zakup opasek, koszty utrzymania personelu do świadczenia usługi, w tym obsługi systemu teleinformatycznego oraz przeszkolenia odbiorców usługi, zorganizowanie przestrzeni – lokalu, w którym mieścić się będzie centrum wraz ze sprzętem służącym do obsługi klientów. Należy w tym miejscu podkreślić, że usługi w ramach teleopieki z zasady powinny być świadczone całodobowo przez 7 dni w tygodniu (także w dni ustawowo wolne od pracy).
- b) Zakup usługi od wyspecjalizowanych podmiotów: w tym przypadku do możliwych kosztów nadal może należeć zakup opasek, opłacenie abonamentu oraz koszty przeszkolenia odbiorcy usługi. Plusem jest jednak brak konieczności szkolenia i utrzymywania personelu, jak również organizowanie dodatkowego pomieszczenia na organizację centrum obsługi.

## **4. Centra wsparcia dla opiekunów rodzinnych**

Działanie centrów wsparcia dla opiekunów rodzinnych ma na celu umożliwienie jak najdłuższego utrzymania opieki nad osobą niesamodzielną w jej własnym środowisku i miejscu zamieszkania, przy jednoczesnym pozostawaniu w otoczeniu rodziny. Realizacja tego celu jest nieosiągalna bez wcześniejszego wsparcia dla opiekunów. Kompleksowe, interdyscyplinarne wsparcie odpowiadające na indywidualne potrzeby opiekunów osób niesamodzielnych ma również na celu podniesienie kompetencji opiekuńczych, co przekłada się na poprawę jakości opieki domowej nad tymi osobami.

**Usługi skierowane są do** osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów faktycznych (tzw. rodzinnych / nieformalnych).

### **Usługi obejmują:**

Wsparcie powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb, elastyczne oraz oferowane lokalnie, najlepiej w bezpośrednim sąsiedztwie miejsca zamieszkania opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych, jednocześnie utrzymując odpowiednią koordynację na danym obszarze (co jest istotne dla spójności i kompleksowości wsparcia oraz standaryzacji pomocy).

Centrum powinno świadczyć następujące formy wsparcia:

- wsparcie edukacyjno-doradcze dla opiekunów nieformalnych, obejmujące między innymi grupy wsparcia w konkretnych obszarach tematycznych (w tym na przykład grupy wirtualne i telefoniczne), organizację indywidualnego doradztwa (również psychologicznego), szkoleń i praktyk opiekuńczych (w tym w formach mobilnych/niestacjonarnych), oraz zespołową asystenturę (w formach mobilnych/niestacjonarnych) – wspomaganie w „zarządzaniu opieką” (usługi „menadżerów opieki”);

- działania mające na celu zwiększenie dostępu opiekunów nieformalnych do informacji ułatwiających korzystanie z różnych systemów wsparcia, dofinansowań, świadczeń, itp., co ułatwia opiekę i poprawia jej jakość;
- działania informacyjno-edukacyjne skierowane do pracowników różnych systemów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi, głównie służby zdrowia i pomocy społecznej.

Dodatkowy zakres udzielanego wsparcia może obejmować:

- usługi „odciążeniowe”/„wytchnieniowe”/„opieki zastępczej”, umożliwiające tymczasowe całodobowe zapewnienie opieki profesjonalnej nad osobą niesamodzielną w przypadku tymczasowego braku możliwości opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku tego opiekuna;
- ułatwienia w dostępie opiekunów nieformalnych do sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i medycznego w połączeniu z nauką obsługi sprzętu i doradztwem w zakresie jego użytkowania.

#### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

- koordynator centrum;
- asystenci opieki;
- koordynatorzy szkoleń opiekuńczych i grup wsparcia;
- pracownicy ds. zarządzania informacją;
- koordynatorzy opieki odciążeniowej i udostępniania sprzętu;
- psychologowie;
- pracownicy socjalni;
- doradcy, konsultanci i współpracownicy zewnętrzni.

Konieczne jest posiadanie w zespole centrum pracowników dobrze znających, na przykład z racji wcześniejszego zatrudnienia, systemy ważne dla opieki domowej nad osobą niesamodzielną – zdrowia, pomocy społecznej, ubezpieczeń społecznych.

#### **Potrzebne zasoby lokalowe, rzeczowe:**

- infrastruktura powinna być dostosowana do specyfiki oferowanych usług oraz uwzględniać potrzeby różnych grup docelowych;
- specjalistyczny sprzęt i udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami;
- pomieszczenia biurowe dla personelu do pracy administracyjnej;
- sale spotkań i konferencyjne do organizowania szkoleń, grup wsparcia i konsultacji;
- infrastruktura dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (windy, rampy, przystosowane toalety);
- komputery, laptopy i inne urządzenia do prowadzenia biurowych operacji oraz zarządzania danymi uczestników i świadczonymi usługami.

#### **Potrzebne zasoby finansowe:**

Budżet powinien obejmować wynagrodzenia pracowników, szkolenia, materiały edukacyjne i inne koszty operacyjne.

## **5. Posiłki w DPS-ie dla osób spoza placówki**

W ramach oferowania usług w domu istotnym środkiem wsparcia może być zapewnienie codziennego posiłku oraz dostarczenie go do domu osoby, która potrzebuje takiego wsparcia (na przykład osoba starsza lub z niepełnosprawnościami).

Samorząd gminny może otrzymać wsparcie finansowe na realizację przedmiotowego działania w ramach rządowego programu *Posiłek w szkole i w domu* na lata 2024-2028<sup>11</sup>.

### **Potrzebne zasoby lokalowe, rzeczowe i finansowe:**

Wykorzystanie własnych zasobów wymaga od DPS-u posiadania zaplecza gastronomicznego wraz z zatrudnionym personelem zajmującym się przygotowaniem posiłków, a przede wszystkim pomieszczenia pełniącego funkcję stołówki.

## **6. Posiłki dowożone do domów podopiecznych**

Odbiorcami usługi są osoby, które z uwagi na swój stan zdrowia, niepełnosprawność, lub wiek nie są w stanie przygotować ich samodzielnie.

### **Potrzebne zasoby lokalowe, rzeczowe i finansowe:**

Dowożenie posiłków do domów podopiecznych polega na przygotowywaniu i dostarczaniu posiłków dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Istnieje możliwość wykorzystania zasobów zewnętrznych – zakupu na rynku zewnętrznym, choć częstszą praktyką jest wykorzystanie własnych zasobów przez DPS-y.

Wykorzystanie własnych zasobów wymaga jednak posiadania zaplecza gastronomicznego wraz z zatrudnionym personelem, który zajmować się będzie przygotowaniem posiłków, oraz finansowanie środka transportu (zakup lub leasing) i – jeśli byłby to samochód – jego kierowcy.

Za usługę dowozu posiłków można pobierać opłaty od osób z nich korzystających, powinny być jednak na ogół symboliczne i nie stanowić istotnej bariery dla odbiorców usługi.

## **7. Usługi transportowe, w tym indywidualnego transportu *door to door***

Usługi transportowe mają za zadanie ułatwić codzienne funkcjonowanie osobom, które potrzebują wsparcia przy przemieszaniu się na przykład do lekarza, urzędu, gabinetu rehabilitacji i innych miejsc niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania osób potrzebujących. Odbiorcami tej formy usług są osoby z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności, tj. mające trudności w samodzielnym przemieszczaniu się, np. ze względu na ograniczoną sprawność (w tym poruszające się na wózku, za pomocą balkonika lub o kulach, niewidome, słabowidzące).

### **Potrzebne zasoby:**

Domy pomocy społecznej chcące realizować tę usługę mają dwie możliwości, tj.: sfinansowanie zakupu usługi transportowej na rynku zewnętrznym lub wykorzystania

<sup>11</sup> Zob. Uchwała nr 149 Rady Ministrów z dnia 23 sierpnia 2023 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego rządowego programu „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024–2028 (online: <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-posilek-w-szkole-i-w-domu-na-lata-2024-2028>, dostęp 23.12.2023).

własnych zasobów – pozyskanie samochodu (zakup lub leasing) oraz finansowanie przeszkolonego kierowcy oraz asystenta (przy przewozach osób z niepełnosprawnością ruchową).

## **8. Wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego**

Wypożyczalnie sprzętu funkcjonują w oparciu o regulamin, w którym podmiot wynajmujący określa warunki funkcjonowania wypożyczalni i użyczenia sprzętu.

### **Beneficjenci:**

- Osoby, które czasowo lub na stałe straciły sprawność fizyczną z powodu choroby, wypadku lub innych nieprzewidywalnych zdarzeń.
- Rodziny i bliscy osób z niepełnosprawnościami poszukujący natychmiast dostępnego, bezpłatnego sprzętu rehabilitacyjnego.
- Osoby potrzebujące specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

### **Potrzebne zasoby kadrowe:**

Kwalifikacje wymagane do prowadzenia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego nie są aktualnie regulowane przez ustawodawstwo. Niemniej, do dobrej praktyki należy, by osoba realizująca ten typ usług charakteryzowała się:

- wiedzą na temat rodzajów sprzętu rehabilitacyjnego, jego funkcjonalności i zastosowań we wspieraniu osób z różnymi wyzwaniami fizycznymi;
- doświadczeniem zawodowym w opiece zdrowotnej (pielęgniarstwo, fizjoterapia, terapia zajęciowa lub pokrewna dziedzina);
- umiejętnością budowania i utrzymywania relacji z dostawcami usług medycznych, ośrodkami rehabilitacyjnymi itp.

### **Potrzebne zasoby lokalowe:**

Niezbędne jest osobne pomieszczenie w ramach DPS-u lub poza placówką, które będzie spełniać kilka kluczowych kryteriów:

- dostępność dla klientów (zwłaszcza dla osób z trudnościami w poruszaniu się) – łatwość dojazdu, bliskość głównych dróg, parkingu i transportu publicznego;
- dostosowanie przestrzeni do potrzeb osób z niepełnosprawnościami fizycznymi;
- przestrzeń i układ pomieszczenia dostosowane do liczby i rodzaju sprzętu rehabilitacyjnego (warto dysponować odrębnym pomieszczeniem na magazyn), z układem ułatwiającym dostęp dla klientów, nawigację sprzętu, a także jego czyszczenie i konserwację.

### **Przykładowe (zalecane) zasoby rzeczowe:**

- pomoce do poruszania się: chodziki, chodziki wysokie, kule (pachowe i przedramienne), laski (standardowe i z podporą);
- wózki inwalidzkie: wózki inwalidzkie ręczne, wózki inwalidzkie transportowe, modele lekkie i o większej wytrzymałości;

- miejsca siedzące i pozycjonowanie: poduszki przeciwwstrząsowe, poduszki ortopedyczne, kliny i poduszki do pozycjonowania;
- pomoce do bezpiecznej kąpieli: krzesła i ławki prysznicowe, podwyższone sedesy, uchwyty do kąpieli, kolektory;
- pomoce ortopedyczne: stabilizatory kręgosłupa, stabilizatory kolan, podpórki na kostki, podpórki na nadgarstki i łokcie;
- sprzęt do ćwiczeń rehabilitacyjnych: taśmy oporowe, przyrządy do ćwiczeń rąk, trenażery równowagi;
- sprzęt do terapii: okłady zimne i ciepłe, aparaty TENS (przezskórna stymulacja elektryczna nerwów), narzędzia do masażu;
- pomoce do spania: stoliki przyłóżkowe, barierki do łóżka, łóżka szpitalne, materace gąbkowe, materace przeciwodleżynowe;
- wyciągi i urządzenia do transferu: wyciągi pacjenta, deski transferowe, ławki transferowe, przenośne rampy, podnośniki schodowe;
- pomoce do życia codziennego: adaptacyjne sztucze, pomoce do ubierania, chwytaki i podnośniki;
- sprzęt wspomagający codzienne funkcjonowanie: maty antypoślizgowe, termometry bezdotykowe, krzesła toaletowe z podpórką, krzesła pod prysznic;
- urządzenia do wspomagania oddychania: koncentratory tlenu, aparaty CPAP/BiPAP;
- urządzenia ortopedyczne: ortezy stawu skokowego (AFO), ortezy kolana;
- sprzęt rehabilitacyjny dla dzieci: wózki inwalidzkie dla dzieci, adaptacyjne wózki dziecięce, chodziki dla dzieci;
- pomoce do komunikacji: urządzenia do komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC);
- technologie wspomagające: urządzenia dostosowane do indywidualnych potrzeb (na przykład sterowanie głosowe, adaptacyjne urządzenia komputerowe).

## 7. cytowana literatura

1. Cherchowska J. (2017), *Mój drugi dom... – jakość życia w domu pomocy społecznej z perspektywy seniorów*, Praca Socjalna, 1(32): 123-135.
2. Cotten S.R., Anderson W.A., McCullough B.M. (2013), *Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: cross-sectional analysis*, Journal of Medical Internet Research, 15(2): e39. DOI: 10.2196/jmir.2306.
3. Davis L., Fulginiti A., Kriegel L., Brekke J.S. (2012), *Deinstitutionalization? Where have all the people gone?* Current Psychiatry Reports, 14(3): 259-269.
4. *Dzienny dom opieki medycznej. Organizacja i zadania*, Ministerstwo Zdrowia, wrzesień 2017 (online: [https://www.rpo.malopolska.pl/download/program-regionalny/skorzystaj/ogloszenia-o-naborach/RPMP-09-02-01-IP-01-12-103-17-typ-E/Zalacznik\\_nr\\_15\\_Standard\\_DDOM\\_921\\_E.pdf](https://www.rpo.malopolska.pl/download/program-regionalny/skorzystaj/ogloszenia-o-naborach/RPMP-09-02-01-IP-01-12-103-17-typ-E/Zalacznik_nr_15_Standard_DDOM_921_E.pdf), dostęp 7.12.2023).
5. Glinowiecki M. (2023), *Od azylu do życia w środowisku. Praktyki pomocowe adresowane do osób w kryzysach psychicznych*, w: Rymsza, M. (red.). *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie*, s. 81-100, Wyd. UW, Warszawa.
6. Golinowska S. (2022), *On the concept of deinstitutionalisation of care and the measures undertaken. Possibilities and limits*, Problemy Polityki Społecznej, 58(3): 215-237.
7. Hunsaker A., Hargittai E. (2018), *A review of Internet use among older adults*, New Media & Society, 20(10): 3937-3954.
8. Iwanowska A., Józwiak J. (2017), *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?*, Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa.
9. Jeleniewska J., Baranowski G. (2021), *Deinstytucjonalizacja – a nowy sposób funkcjonowania domu pomocy społecznej*, Fundacja Libertatem (online: <https://fundacjalibertatem.pl/panel/dokpdf/DPS%20A%20DIENSTYTUCJONALIZACJA.pdf>, dostęp 27.12.2023).
10. Kane R.L. (2010), *Reimagining nursing homes: The art of the possible*, Journal of Aging & Social Policy, 22(4): 321-333.

11. Knapp M., Beecham J., McDaid D., Matosevic T., Smith, M. (2011), *The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience*, Health & Social Care in the Community, 19: 113-125.
12. Kowalski K. (2018), *Włącznik: projektowanie bez barier*, Warszawa: Fundacja Integracja (online: <https://ade.niaiu.pl/files/2022-03/wlacznik-projektowanie-bez-barier-2018.pdf>, dostęp 7.12.2023).
13. Krajewska B. (2021), *Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania jako instrumenty wsparcia*, Praca Socjalna, 36(2): 97-112.
14. Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., Beecham J. (2007), *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs*, Report of a European Study (online: [https://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation\\_and\\_community\\_living\\_%E2%80%93\\_outcomes\\_and\\_costs\\_vol\\_2\(lsero\).pdf](https://eprints.lse.ac.uk/3460/1/Deinstitutionalisation_and_community_living_%E2%80%93_outcomes_and_costs_vol_2(lsero).pdf), dostęp 27.12.2023), Volume 2: main report. University of Kent, Canterbury, UK.
15. Minimalny standard usług i katalog stawek dla projektów konkursowych realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 (online: [https://rpo-wupdolnoslaski.praca.gov.pl/documents/3644817/0/191121\\_93\\_374\\_Za%C5%82%C4%85cznik\\_nr\\_5%20-%20Minimalny%20standard%20us%C5%82ug%20i%20katalog%20stawek.pdf/eddac736-279b-452e-9f55-b4ad-2c03a98d](https://rpo-wupdolnoslaski.praca.gov.pl/documents/3644817/0/191121_93_374_Za%C5%82%C4%85cznik_nr_5%20-%20Minimalny%20standard%20us%C5%82ug%20i%20katalog%20stawek.pdf/eddac736-279b-452e-9f55-b4ad-2c03a98d), dostęp 7.12.2023).
16. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2023), *Nowe usługi społeczne od 1 listopada. Pytania i odpowiedzi* (online: <https://www.gov.pl/web/rodzina/nowe-uslugi-spoleczne-od-1-listopada-pytania-i-odpowiedzi>, dostęp 7.12.2023).
17. *Model Mieszkalnictwa Wspomagane go Skierowane go do Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną, w tym z zespołem Downa*, Białystok: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, 2019-2023 (online: [https://rops-bialystok.pl/rops/wp-content/uploads/2023/10/BROSZURA\\_A4\\_MODEL\\_MIESZKALNICTWA\\_WSPOMAGANEGO.pdf](https://rops-bialystok.pl/rops/wp-content/uploads/2023/10/BROSZURA_A4_MODEL_MIESZKALNICTWA_WSPOMAGANEGO.pdf), dostęp 7.12.2023).
18. Moore R.C., Hancock J.T. (2020), *Older adults, social technologies, and the Coronavirus pandemic: Challenges, strengths, and strategies for support*, Social Media and Society, 6(3): 2-5.
19. Najwyższa Izba Kontroli (2017), *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, Informacja o wynikach kontroli (online: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,17440,vp,20012.pdf>, dostęp 7.12.2023).
20. Niedbalski J. (2013), *Między kontrolą a autonomią – instytucjonalne uwarunkowania życia niepełnosprawnych intelektualnie mieszkańców domu pomocy społecznej*, Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania, 4(9): 47-64.
21. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności* (2012), Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na

- poziomie Lokalnych Społeczności, Bruksela (online: <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf>, dostęp 27.12.2023).
22. *Ogólnopolskie ramowe wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych* (online: <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogolnopolskie-wytyczne-tworzenia-lokalnych-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spoecznych>, dostęp 27.12.2023).
  23. Pikula N. (2022), *Teleopieka jako forma wsparcia opiekunów osób starszych*, Edukacja Ustawiczna Dorosłych, 2: 137-148.
  24. Piskozub P. (2020), *Prawne uwarunkowania prowadzenia domów pomocy społecznej*, [w:] K. Szychowska, A. Krupińska, M. Sarna i in., „Vademecum dyrektora domu pomocy społecznej”, Warszawa: Wyd. C.H. Beck: 3-20.
  25. *Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (online: <https://luwwlublinie.bip.gov.pl/opieka-wytchnieniowa-edycja-2021/program-opieka-wytchnieniowa-edycja-2021.html>, dostęp 7.12.2023).
  26. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi (2023), *Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji dla województwa łódzkiego na lata 2023-2025* (online: <https://rcpslodz.pl/o-rcps-lodz-t20/aktualnosci-a26/regionalny-plan-rozwoju-uslug-spoecznych-i-deinstytucjonalizacji-dla-wojewodztwa-lodzkiego-na-lata-2023-2025-r474>, dostęp 27.12.2023).
  27. *Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji dla województwa łódzkiego na lata 2023-2025*, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej (online: <https://rcpslodz.pl/o-rcps-lodz-t20/aktualnosci-a26/regionalny-plan-rozwoju-uslug-spoecznych-i-deinstytucjonalizacji-dla-wojewodztwa-lodzkiego-na-lata-2023-2025-r474>, dostęp: 7.12.2023).
  28. Reinhartz D., Lesage A.D., Contandriopoulos A.P. (2000), *Cost-effectiveness analysis of psychiatric deinstitutionalization*, Canadian Journal of Psychiatry, 45(6): 533-538.
  29. *Rekomendacje dla prowadzenia centrów wsparcia opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych w Małopolsce*, Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Kraków: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (online: [https://www.rpo.malopolska.pl/download/program-regionalny/skorzystaj/ogloszenia-o-naborach/RPMP-09-02-03-IP-01-12-073-17/Zalacznik\\_nr\\_14\\_Rekomendacje\\_centra\\_wsparcia\\_923\\_AB\\_II.pdf](https://www.rpo.malopolska.pl/download/program-regionalny/skorzystaj/ogloszenia-o-naborach/RPMP-09-02-03-IP-01-12-073-17/Zalacznik_nr_14_Rekomendacje_centra_wsparcia_923_AB_II.pdf), dostęp 7.12.2023).
  30. Rymśza M. (2023), *Polityka deinstytucjonalizacji profesjonalnych praktyk pomocowych w perspektywie socjologicznej*, [w:] M. Rymśza (red.) „W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie”, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego: 7-30.
  31. Salime S., Clesse C., Jeffredo A., Batt M. (2022), *Process of deinstitutionalization of aging individuals with severe and disabling mental disorders: A review*, Frontiers in Psychiatry, 13: 813338, DOI: 10.3389/fpsy.2022.813338.
  32. Stolińska-Pobralaska N. (2014), *Dom pomocy społecznej jako instytucja polskiego systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych*, Pedagogika Rodziny, 4/3: 101-118.

33. *Standard usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, opracowany w ramach projektu pn. „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”, Kraków, listopad 2018 online: [https://rops.krakow.pl/pliki/SAMI\\_DZIELNI/Dokumenty/Standard\\_us\\_\\_ug\\_mieszkalnictwa\\_wspomaganego\\_dla\\_ONS.pdf](https://rops.krakow.pl/pliki/SAMI_DZIELNI/Dokumenty/Standard_us__ug_mieszkalnictwa_wspomaganego_dla_ONS.pdf), dostęp 7.12.2023).
34. Stolińska-Pobralaska N. (2014), *Dom pomocy społecznej jako instytucja polskiego systemu zabezpieczenia społecznego osób starszych*, *Pedagogika Rodziny*, 4/3: 101-118.
35. *Strategia rozwoju usług społecznych – etap I, okres programowania: 2021-2040 (projekt)*, Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (online: <https://www.gov.pl/attachment/5b763e48-a84a-45a4-877c-727f051b23d8>, dostęp 7.12.2023).
36. Stuart M., Weinrich M. (2001), *Home is where the help is*, *Journal of Aging & Social Policy*, 12(4): 81-101.
37. *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*, MP z dnia 10 sierpnia 2022 r. poz. 767 (online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20220000767/O/M20220767.pdf>, dostęp 7.12.2023).
38. Szatur-Jaworska B. i Błędowski P. (2016, red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji propozycja modelu*, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
39. Szluz B. (2010), *Dom pomocy społecznej jako forma wsparcia i opieki nad osobami starszymi*, [w:] B. Balogová (ed.) „ELAN VITAL V PRIESTORE MEDZIGENERAČNÝCH VZŤAHOV”, Zborník príspevkov z konferencie s medzinárodnou účasťou 15.01.2010 v Prešove, Prešov: Prešovská Univerzita: 284-290.
40. *Usługi sąsiedzkie – na czym polegają i kto może je świadczyć?* (online: <https://ortomedico.pl/blog/dla-seniora-i-jego-opiekuna/uslugi-sasiedzkie-na-czym-polegaja-i-kto-moze-je-swiadczyz>, dostęp 7.12.2023).
41. Winkler P., Koeser L., Kondrátová L. i in. (2018), *Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis*, *Lancet Psychiatry*, 12(5): 1023-31.
42. *Wymagania dotyczące standardu oraz cen rynkowych w ramach konkursu nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-004/21*, Regionalny Program Operacyjny Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi (online: <https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/16436914/Za%C5%82%C4%85cznik%20nr%206%20-%20Wymagania%20dotycz%C4%85ce%20standardu.doc/4c7d6cfl-b8d8-40a9-bdb5-94832f112660?t=1637049893000>, dostęp 7.12.2023).
43. Xie B., Charness N., Fingerman K., Kaye J., Kim M.T., Khurshid A. (2020), *When going digital becomes a necessity: Ensuring older adults' needs for information, services, and social inclusion during COVID-19*, *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5): 460-470.
44. Zasada-Chorab A. (2021), *Przygotowania do realizacji procesu deinstytucjonalizacji na lata 2021–2027*, [w:] M. Grewiński, J. Lizut (red.) „Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia”, Warszawa: Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spacium”: 45-56.

45. Ziółkowski, P. (2018), *Praktyczna instrukcja utworzenia i prowadzenia Dziennego Domu Pobytu z uwzględnieniem miejsca opieki łączonej*, Projekt „4P – międzysektorowa inicjatywa pomocy rodzinom wielopokoleniowym”, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne w Bydgoszczy (online: <https://pte.bydgoszcz.pl/wp-content/uploads/2018/12/utworzenie-domu-dziennego-pobytu.pdf>, dostęp 7.12.2023).

