



# Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego



# Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego

## Raport końcowy

Sopot/Warszawa, grudzień 2016 r.

Publikacja została opracowana w ramach projektu „Plan Realizacji Działań w ramach PT RPO WŁ na lata 2014-2020 na rok 2016”, podprojektu pn. „Funkcjonowanie regionalnych obserwatoriów terytorialnych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej XII Pomoc Techniczna, Działania XII.2 System realizacji.

Raport końcowy z realizacji umowy nr 21/RPOPT.ROIS/2016 na świadczenie usługi wykonania prac naukowo-badawczych celem przeprowadzenia badania naukowego pn. *Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim*.

**Ekspert merytoryczny:**

dr hab. Jerzy Krzyszkowski, prof. Uniwersytetu Łódzkiego

**Autorzy:**

dr hab. Jerzy Krzyszkowski, prof. Uniwersytetu Łódzkiego

Marta Jankowska

Piotr Rudziński

**Recenzja naukowa:**

dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik, prof. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

**Zespół badawczy po stronie Zamawiającego:**

Anna Bujwicka

Marta Beczkowska

Magdalena Błaszczyk

Kamila Brzezińska-Krakowiak

Maciej Tomczak

Edyta Żmurkow-Poteralska

**Skład i druk:**

*Grafpol* Agnieszka Blicharz-Krupińska

ul. Czarnieckiego 1, 53-650 Wrocław

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

**Zdjęcie na okładce:**

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

ISBN 978-83-951661-9-8

ISBN e-book PDF 978-83-951663-0-3

ISBN e-book EPUB 978-83-951663-1-0

ISBN e-book MOBI 978-83-951663-2-7

Publikacja bezpłatna

Nakład: 300

**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)



Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej

tel. 42 203 48 40, 42 203 48 43, 42 203 48 34

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

e-mail: [obserwatorium@rcpslodz.pl](mailto:obserwatorium@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 Społecznego w ramach Pomocy Technicznej RPO WŁ na lata 2014-2020

# SPIS TREŚCI

Streszczenie .....	5
Summary .....	9
<b>1. Analiza literatury przedmiotu i ram prawno–finansowych opieki nad niesamodzielnymi dorosłymi w województwie łódzkim .....</b>	<b>13</b>
1.1. Definicje pojęć: opieka, niesamodzielnosc, deinstytucjonalizacja .....	13
1.2. Instytucje pomocy społecznej .....	16
1.2.1. Usługi opiekuńcze w mieszkaniu osoby potrzebującej .....	16
1.2.2. Ośrodki wsparcia .....	18
1.2.3. Dzielne domy pomocy społecznej .....	19
1.2.4. Środowiskowe domy samopomocy .....	20
1.2.5. Domy pomocy społecznej .....	21
1.2.6. Niepubliczne domy pomocy .....	23
1.2.7. Rodzinne domy pomocy .....	23
1.3. Instytucje ochrony zdrowia .....	24
1.4. Prawne podstawy opieki nad niesamodzielnymi dorosłymi .....	25
1.4.1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej .....	25
1.4.2. Akty prawa o charakterze ustawowym .....	26
1.4.3. Akty prawa o charakterze wykonawczym .....	26
1.4.4. Akty prawa międzynarodowego .....	27
1.5. Finansowanie opieki nad osobami niesamodzielnymi .....	27
1.5.1. Zasady odpłatności za opiekę .....	28
1.6. Uwarunkowania działań na rzecz niesamodzielných dorosłych w Łódzkiem .....	29
<b>2. Analiza sytuacji realizatorów usług pomocy społecznej w województwie łódzkim na podstawie danych zastanych .....</b>	<b>33</b>
2.1. Charakterystyka województwa łódzkiego .....	33
2.1.1. Położenie administracyjne .....	33
2.1.2. Sytuacja demograficzna .....	33
2.1.3. Warunki życia i rynek pracy .....	34
2.1.4. Kapitał społeczny .....	36
2.2. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej .....	37
2.3. Kadra placówek pomocy społecznej w województwie łódzkim .....	42
2.4. Wydatki na pomoc społeczną i inne obszary polityki społecznej .....	45
<b>3. Badanie jakościowe opiekunów dorosłych osób niesamodzielných oraz przedstawicieli Rad Seniorów .....</b>	<b>49</b>
3.1. Metodologia .....	49
3.2. Charakterystyka respondentów biorących udział w badaniu TDI .....	49
3.2.1. Pielęgniarki i asystenci dorosłych osób niesamodzielných - opiekunowie .....	50
3.2.2. Przedstawiciele Rad Seniorów .....	50
3.2.3. Funkcjonowanie lokalnego systemu pomocy społecznej .....	50
3.3. Działalność Rady Seniorów w kontekście lokalnej polityki samorządowej .....	54
3.4. Charakterystyka warunków pracy opiekuna .....	56
3.5. Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych .....	57
3.6. Kierunki rozwoju systemu opieki .....	59

<b>4. Rezultaty badania ilościowego</b> .....	63
4.1. Metodologia realizacji badania ilościowego .....	63
4.1.1. Zastosowane techniki zbierania danych .....	63
4.1.2. Baza respondentów .....	63
4.1.3. Opis sposobu ankietowania .....	64
4.2. Charakterystyka uczestników badania .....	64
4.3. Skala i rodzaj usług .....	67
4.4. Zapotrzebowanie na usługi .....	72
4.5. Dostępność usług .....	73
4.6. Determinanty kształtu systemu pomocy .....	74
4.7. Sposób kształtowania oferty .....	74
4.8. Dopasowanie systemu opieki do potrzeb .....	75
4.9. Finansowanie działalności .....	81
4.10. Zatrudnienie .....	84
4.11. Deinstytucjonalizacja .....	88
4.12. Problemy .....	90
<b>5. Podsumowanie wyników badań ilościowych, rekomendacje</b> .....	95
<b>6. Podsumowanie raportu</b> .....	99
<b>Załącznik nr 1 – Kwestionariusz badania ilościowego</b> .....	100
<b>Bibliografia</b> .....	124
<b>Spis tabel</b> .....	127
<b>Spis wykresów</b> .....	128
<b>Spis rysunków</b> .....	128

## STRESZCZENIE

Pomoc społeczna jest istotną częścią działalności administracji lokalnej. Konieczność podejmowania działań w obszarze polityki społecznej wynika wprost z przepisów obowiązującego prawa. Ustawodawca szczegółowo wskazał organizatorów działań opiekuńczych oraz sposób realizacji tych działań.

Rola pomocy społecznej wzrasta z uwagi na rosnące potrzeby społeczeństwa wynikające wprost z procesów demograficznych. Z powodu starzenia się społeczeństwa z roku na rok rośnie liczba osób wymagających opieki i wsparcia zarówno ze strony osób najbliższych, jak i instytucji państwowych. Dużą grupą stanowiąc mogą dorosłe osoby niesamodzielne wymagające wsparcia w jednej z czynności dnia codziennego. Dlatego niezbędne stanie się takie dostosowanie istniejącego systemu pomocowego, aby, pomimo zwiększającej się liczby osób nim objętych, nadal działał on sprawnie i zapewniał godne warunki osobom z niego korzystającym.

Celem opracowania „Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego” jest analiza aktualnego stanu systemu opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi w województwie łódzkim. Wyniki opracowania stanowiąc będą podstawę do podjęcia działań w kierunku inwentaryzacji zasobów, jakie oferują zróżnicowane podmioty na terenie województwa łódzkiego. Pozwoli to dostosować system do nowych wyzwań.

W pierwszej części opracowania dokonano analizy literatury przedmiotu i ram prawno-finansowych opieki nad niesamodzielnymi dorosłymi osobami w województwie łódzkim. Zdefiniowane zostały pojęcia: opieka, niesamodzielnosć, deinstytucjonalizacja. Opisano charakter i sposób działania instytucji pomocy społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem: usług opiekuńczych w mieszkaniu osoby potrzebującej, ośrodków wsparcia, dziennych domów pomocy społecznej, środowiskowych domów pomocy, domów pomocy społecznej, niepublicznych domów pomocy oraz rodzinnych domów pomocy. Poruszone zostały kwestie zakresu świadczonych usług, form działania, dostępności, standardu funkcjonowania, a także liczby funkcjonujących placówek. Wyodrębniono również instytucje ochrony zdrowia, do których trafia osoba niesamodzielna, wymagająca stosowania wzmożonych procedur medycznych, pielęgnacyjnych lub specjalistycznej rehabilitacji, to jest: do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub zakładu rehabilitacji leczniczej. Dokonano przeglądu finansowania opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym zasad odpłatności za opiekę) oraz prawnych podstaw opieki nad niesamodzielnymi dorosłymi, znajdujących się w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz w aktach prawa o charakterze ustawowym, wykonawczym i prawa międzynarodowego. Na końcu rozdziału pierwszego przedstawiono uwarunkowania działań na rzecz niesamodzielnych dorosłych w województwie łódzkim. Opisano także czynniki mające wpływ na funkcjonowanie systemów wsparcia stanowiące w dużej mierze ramy budowy systemów opieki. Czynniki te są:

- uwarunkowania ponadnarodowe: globalne i europejskie (przede wszystkim deinstytucjonalizacja),
- determinanty, które działają na poziomie państwa, związane głównie z legislacją społeczną,
- tradycje historyczne - zastane wzory kulturowe opieki nad niesamodzielnymi dorosłymi w polskim społeczeństwie,
- konteksty regionalne i lokalne na poziomie województwa oraz jego powiatów i gmin, pokazujące rozbieżność między specyfiką demograficzną i społeczno-gospodarczą województwa łódzkiego i jego poszczególnych jednostek terytorialnych co oznacza w praktyce specyfikę demograficzną oraz społeczno – gospodarczą w województwie łódzkim i odmiennosć sytuacji w tym zakresie w powiatach,

- regionalne i lokalne zasoby samorządowej pomocy społecznej oraz potencjał podmiotów niepublicznych.

Część druga stanowi analizę realizatorów usług opieki w województwie łódzkim. Analiza została wykonana na podstawie danych zastanych. Opisano sytuację geograficzno-administracyjną, demograficzną, warunki życia oraz kapitał społeczny, co pozwoliło na szereg konkluzji:

- obserwowane tendencje demograficzne każą spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na świadczenia i usługi skierowane do niesamodzielnych osób dorosłych,
- trudności z utrzymaniem się na rynku pracy z dużym prawdopodobieństwem przełożą się na obniżenie standardu życia po osiągnięciu wieku poprodukcyjnego, co z kolei może mieć wpływ na wielkość przyszłego zapotrzebowania na pomoc organizowaną przez samorząd,
- znaczny odpływ ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym oraz malejące zainteresowanie formalizowaniem związków nakazuje sądzić, że wspólnoty rodzinne nie będą w stanie udźwignąć obciążeń wynikających z rosnących potrzeb opiekuńczych starzejącej się populacji.

W rozdziale drugim przedstawiono także funkcjonujące jednostki organizacyjne, w tym między innymi liczbę: placówek, miejsc, mieszkańców, osób oczekujących oraz obłożenie – ogółem w województwie oraz w podziale na powiaty. Przedstawiono również informacje dotyczące zatrudnienia oraz wydatków na pomoc społeczną.

Rozdział trzeci obejmuje wyniki badania jakościowego zrealizowanego z opiekunami dorosłych osób niesamodzielnych oraz przedstawicielami Rad Seniorów z obszaru objętego badaniem – wraz ze szczegółowym opisem metodologii oraz charakterystyką respondentów. Wywiady zostały zrealizowane z wykorzystaniem techniki TDI, czyli telefonicznych indywidualnych wywiadów pogłębionych. W badaniu wzięło udział 12 respondentów. Badani odnosili się do funkcjonowania lokalnego systemu pomocy społecznej, działalności Rady Seniorów w kontekście lokalnej polityki samorządowej, warunków pracy opiekuna, deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych oraz kierunków rozwoju systemu opieki. Na zakończenie rozdziału trzeciego opisano wyzwania stojące przed systemem opieki, które powstały w oparciu o zebrane dane i wnioski.

W rozdziale czwartym przedstawione zostały rezultaty badania ilościowego, zrealizowanego wśród instytucji bezpośrednio zajmujących się opieką nad dorosłymi niesamodzielnymi, na próbie liczącej łącznie 110 respondentów. Badanie to przeprowadzone zostało z wykorzystaniem techniki CAWI (wywiad realizowany elektronicznie za pośrednictwem strony internetowej), CATI (wywiady wspomagane komputerowo realizowane przez telefon) i CAPI (wywiady realizowane osobiście przez ankietera w miejscu pracy respondenta). Szczegółowo została opisana metodologia badania oraz charakterystyka respondentów. W badaniu uzyskano informacje odnośnie skali i rodzaju świadczonych usług, zapotrzebowania na nie i ich dostępności. Poza tym pozyskano wiadomości na temat determinant kształtu systemu pomocy, sposobu kształtowania oferty, dopasowania systemu opieki do potrzeb, finansowania działalności, zatrudnienia, deinstytucjonalizacji (w tym sytuacji aktualnej a także potrzeb) oraz problemów, z jakimi mają do czynienia respondenci.

W rozdziale piątym zaprezentowane zostały wnioski i rekomendacje, które powstały na podstawie wyników badania ilościowego, jakościowego oraz danych zastanych:

- w województwie łódzkim brakuje danych zastanych w zakresie interesującej nas problematyki, zarówno jeśli chodzi o publiczne systemy wsparcia dorosłych zależnych, jak i niepubliczne (system rodzinny, pozarządowy i rynkowy). Kierownicy placówek opiekuńczych i wykonawcy usług opiekuńczych w Łódzkiem nie gromadzą systematycznie danych dotyczących popytu (skali i rodzaju potrzeb i problemów niesamodzielnych do-

rosłych oraz ich opiekunów nieformalnych), jak i nie dokonują ewaluacji jakości świadczonych w kierowanych przez nich placówkach. Potrzebne są dalsze działania, kontynuacja podjętej w naszych badaniach diagnozy potrzeb opiekuńczych i inwentaryzacji zasobów opiekuńczych oraz prognozowanie oparte o analizy demograficzne i ekonomiczne,

- wyniki badań wskazują, że kierownicy i pracownicy publicznych instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej nie cenią roli organizacji pozarządowych w świadczeniu opieki i nie uwzględniają w swoich planach i działaniach opiekuńczych naturalnych systemów wsparcia (przyjaciół, sąsiadów itp.). Niski stan wiedzy w grupach społecznych reprezentowanych przez badanych (kierownicy placówek opiekuńczych, opiekunowie oraz działacze rad seniorów) wynikający, jak się wydaje, z braku informacji odnośnie dostępnych instytucji świadczących usługi dla niesamodzielnych osób dorosłych, nie sprzyja procesom deinstytucjonalizacji. Trudno bowiem podejmować, czy choćby wspierać działania bez potrzebnej do tego wiedzy. Opieka nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi często utożsamiana jest z usługami świadczonymi przez placówki opieki stacjonarnej. Tylko niektórzy spośród badanych utożsamiali system opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi z usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania oraz opieką nieformalną świadczoną przez członków rodzin itp. Rekomenduje się niezwłoczne działania informacyjno – edukacyjne w zakresie przebiegu i efektów procesu deinstytucjonalizacji, w postaci szkoleń, warsztatów oraz z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, skierowane do kadry instytucji świadczących usługi opiekuńcze dla osób dorosłych. Działania tego typu powinny być podjęte i współfinansowane przez realizujące funkcję szkolenia kadr pomocy społecznej regionalne podmioty polityki społecznej, we współpracy z samorządowymi władzami lokalnymi w Łódzkiem,
- dokonana na podstawie badań ocena zasobów instytucjonalnych, kadrowych i finansowych instytucji opiekuńczych w województwie łódzkim wskazuje na potrzebę działania. W celu poprawy jakości i dostępności usług opiekuńczych nad osobami dorosłymi zaleca się zwiększenie nakładów finansowych na opiekę. W kontekście opisanych wyżej problemów kadrowych, charakterystycznych dla placówek opiekuńczych dla osób dorosłych, należy podjąć działania mające na celu przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu opiekunów. Wprowadzenie superwizji dla opiekunów w placówkach stacjonarnych i dla opiekunów środowiskowych powinno być skuteczną formą zarówno poprawy wiedzy, jak i umiejętności tych pracowników. Tak jak w przypadku superwizji dla pracowników socjalnych wprowadzonej w 2016 roku, superwizja powinna być finansowana z budżetów jednostek organizacyjnych pomocy społecznej,
- analiza zebranego materiału empirycznego wskazuje na liczne problemy współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej podmiotów działających w obszarze opieki. Potrzebne są pilne działania mające na celu zwiększenie spójności instytucjonalnej współpracy na obszarze gminy, powiatu i całego województwa na rzecz rozwoju usług opiekuńczych dla dorosłych osób zależnych.

W kolejnej części raportu znajduje się podsumowanie, a następnie: bibliografia, spis tabel, wykresów, rysunków oraz załącznik.



## SUMMARY

Social assistance is an important part of local administration. The necessity to undertake activities in the area of social policy arises expressly directly from the provisions of the existing law. The law specifies the organisers of care activities, as well as the way they are supposed to be implemented.

Social assistance is going to become ever more important. With an ageing society, the number of people who need care from their families and public institutions is going to increase with every year. By the same token, the number of dependent adults who require the expensive institutionalised assistance is going to rise as well. Consequently, it will be necessary to adapt the existing assistance system in such a way that it can still operate effectively and guarantee patients decent conditions despite the increasing number of people it has to provide for.

The goal of the study “Institutions providing care to dependent adults in the territory of the Łódź Voivodeship” is to analyse the current condition of the dependent adult care system in the Łódź Voivodeship. The study results will provide the basis for taking inventory of resources: care benefits offered by various entities in the territory of the Łódź Voivodeship. This, in turn, will make it possible to adjust the system to the new conditions.

The first part of the study is devoted to the analysis of the secondary sources, as well as the legal and financial framework for dependent adult care in the Łódź Voivodeship. It defines such terms as care, dependence and deinstitutionalisation, as well as describes the nature and functioning of social assistance institutions, with particular attention care services provided at the patient’s place, assistance centres, day nursing homes, communal homes of mutual aid, nursing homes, private aid homes and family care centres. It examines the scope of services provided, forms of activity, availability, standard of functioning and number of existing institutions. Separate attention is given to health care institutions, such as health care centres, welfare and nursing homes or therapeutic rehabilitation centres, which accommodate dependent adults requiring enhanced medical procedures, care treatments or specialist rehabilitation. This part contains also an overview of the financing of dependent adult care (including the rules of pricing care services) and the legal basis for dependent adult care as stipulated in the Constitution of the Republic of Poland, statutory and executive legal acts, and international law.

Last part of the first chapter outlines the constraints of activities undertaken for the benefit of dependent adults in the Łódź Voivodeship. It describes factors having an influence on the functioning of the support systems, which constitute a kind of framework for the construction of care systems. These factors include:

- transnational constraints: global and European ones (primarily deinstitutionalisation),
- constraints at the national level related mainly to social legislation,
- historical traditions – the established cultural patterns of dependent adult care in Polish society,
- regional and local contexts at the level of the voivodeship, its districts and communes; in practice: the demographic as well as social and economic specificity of the Łódź Voivodeship and the difference of situation in this respect in districts,
- regional and local resources of the public institution of local social assistance and the potential of private entities.

Part Two constitutes the analysis of care service providers in the Łódź Voivodeship based on legacy data. It describes the geographical and administrative situation, demographic situation, living conditions and social capital, as well as provides a number of related conclusions:

- the existing demographic trends suggest a rising demand for services addressed to dependent adults,

- difficulties with staying on the job market are bound to result in a decline in living standards after retirement; this may have an influence on the extent of demand for assistance organised by the local government,
- significant migration of a pre-working and working age population, as well as a declining interest in formalising partnerships, suggest that families will not be able to bear the burden resulting from the growing care needs of the ageing population.

Chapter Two also presents the operating organisational units, including the number of institutions, locations, waiting patients and occupancy – in total in the voivodeship and as divided into individual districts. It also contains information concerning employment and expenditure on social assistance.

Chapter Three presents the results of a qualitative study carried out with dependent adult care assistants and representatives of the Councils of Seniors from the examined area, with a detailed description of the methodology applied and the respondents' characteristics. The study has been conducted through telephone individual in-depth interviews with 12 respondents. The respondents have discussed the functioning of the local social assistance system, the activities of the Council of Seniors in the context of the local government policy, the working conditions of care assistants and the directions for the development of the care system. Chapter Three ends with a description of challenges to be faced by the care system based on the gathered data and conclusions.

Chapter Four presents the results of a quantitative study carried out among a sample of institutions directly involved in dependent adult care, with a total of 110 respondents. The study has been conducted using the Computer-Assisted Web Interviewing (CAWI) technique, Computer-Assisted Telephone Interviewing (CATI) and Computer-Assisted Personal Interviewing (CAPI). The chapter contains a detailed description of the study methodology and the respondents' characteristics. The study has provided information concerning the scope and type of services provided, demand for such services, their availability, determinants of the shape of the assistance system, way of shaping the offer, adaptation of the care system to the current needs, financing of activities, employment, deinstitutionalisation (including the current situation and needs) and the related problems.

Chapter Five presents conclusions and recommendations formulated based on the results of the qualitative and quantitative studies and legacy data:

- no legacy data in the Łódź Voivodeship concerning the issues under consideration, with respect to both public and private (family, non-governmental and market) dependent adult support systems,
- managers of social care institutions and care service providers in the Łódź Voivodeship do not systematically collect data concerning demand (the extent and type of needs and the problems of dependent adults and their informal care assistants), as well as do not evaluate the quality of services provided in the institutions they manage. Further actions are needed – the continuation of actions undertaken in our studies – diagnosing the care needs and stocktaking of care resources, as well as forecasting based on demographic and economic analyses.
- the study results indicate that managers and employees of public institutions performing the duties of local government regarding social assistance do not value the role of non-governmental organisations in care provision and do not take natural support systems (friends, neighbours etc.) into account in their plans and care activities,
- the current knowledge, supposedly resulting from a lack of information among the social groups represented by the subjects (managers of social care institutions, care assistants and the activists of the Council of Seniors) regarding the available institutions that

provide services for dependent adults, do not facilitate the deinstitutionalisation since it is difficult to undertake or at least support actions without the knowledge necessary to do this. The care over dependent adults with the provision of care services at their place and informal care from the family members etc. It is recommended to take urgent actions which would inform and educate about the course and effects of the deinstitutionalisation process. These actions would involve organising training and workshops with educational materials that would be addressed to the personnel of the social care institutions who provide care services for adults. Such actions should be taken and co-financed by the regional units of social policy which train the personnel in cooperation with self-government local authorities in the Łódź voivodship,

- the evaluation of institutional, human and financial resources of care institutions in the Łódź Voivodeship based on the studies indicates the need to take actions. To improve the quality and availability of the care services for adults, it is recommended to increase the funds for the care. In the context of the personnel problems described above which are characteristic to social care institutions for adults, actions should be taken to prevent the professional burnout of the care assistants. Introduction of the supervision for the carers in the stationary facilities as well as for the community care assistants should be an effective form, both to gain knowledge as well as the skills for these workers. As with the supervision of social workers introduced in 2016, this type of supervision should also be financed from the budgets of the organisational units of social care institutions.
- the analysis of the collected empirical data indicates numerous problems in inter-organisational and intersectoral cooperation between entities operating in the area of care. It is necessary to take immediate action in order to increase institutional coherence in the area of the commune, district and the entire voivodeship for the benefit of the development of care services for dependent adults.

The remaining part of the report contains a summary, as well as a bibliography, list of tables, charts, drawings, and annex.



# 1. ANALIZA LITERATURY PRZEDMIOTU I RAM PRAWNO-FINANSOWYCH OPIEKI NAD NIESAMODZIELNYMI DOROSŁYMI W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM

## 1.1. Definicje pojęć: opieka, niesamodzielność, deinstytucjonalizacja

Trudno jest jednoznacznie ustalić definicję osoby wymagającej opieki jak i definicję samej opieki. Krzysztof Zajdel, autor jednej z niewielu definicji terminu opieka, trafnie wskazuje, że jest to pojęcie wieloznaczne, odnoszone zarówno do osób jak i rzeczy<sup>1</sup>. Opieka nad osobami odnosi się do opieki nad dziećmi, młodzieżą, osobami dorosłymi, osamotnionymi itp. Można wyróżnić kilka kategorii opieki, np.: rodzinną, społeczną, leczniczą, religijną, moralną, prawną, wychowawczą, ekonomiczną. Opieka odnosi się do działania i można wyróżnić jej trzy elementy: przedmiot działania, podmiot działania oraz treść działania. Przedmiotem działania są sytuacje, które wymagają podjęcia opieki wobec osób, które własnymi siłami nie są w stanie sobie poradzić. Najbardziej adekwatną formą opieki nad pełnoletnimi osobami niesamodzielnymi jest opieka długoterminowa. Rozróżnia się dwa rodzaje opieki długoterminowej: formalną oraz nieformalną<sup>2</sup>. Opieka formalna, jest świadczona w ramach formalnego zatrudnienia opiekuna, na podstawie umowy, która obejmuje jego wynagrodzenie oraz, w ramach odpowiednich środków, z zabezpieczenia społecznego. Z kolei opieka nieformalna to pomoc udzielana osobom niesamodzielnym nieodpłatnie przez rodzinę lub przyjaciół, a także przez osoby, które sprawują opiekę odpłatnie, poza prawnie uregulowanymi formami świadczenia usług. Jak wskazuje analiza rozwiązań stosowanych w tym obszarze w innych krajach, granica między opieką formalną i nieformalną zaciera się, bowiem coraz częściej członkowie rodzin osób niesamodzielnych są wynagradzani za świadczenie opieki. Magdalena Rosochacka - Gmitrzak podaje kilka przykładów amerykańskich i kanadyjskich programów wspierania opiekunów nieformalnych<sup>3</sup>. Wsparcie oferowane opiekunom nieformalnym obejmuje m.in. informacje o dostępnych usługach, pomoc w uzyskaniu dostępu do nich, indywidualne poradnictwo czy szkolenia. Analizy skuteczności tego typu programów wskazują na ich pozytywny efekt w postaci lepszej jakości opieki oraz odroczenia czasu konieczności skorzystania z kosztownej opieki instytucjonalnej.

Z kolei ze względu na miejsce świadczenia opieki możemy mówić o *opiece stacjonarnej, środowiskowej i półstacjonarnej*. *Opieka stacjonarna odbywa się*, gdy osoby niesamodzielne mogą na stałe przebywać w odpowiedniej instytucji, która zapewnia im pobyt oraz specjalistyczną pielęgnację. Z kolei *opieka środowiskowa* odnosi się do czynności wykonywanej w domu osoby niesamodzielnej lub w jej najbliższym otoczeniu. Formą pośrednią między opieką stacjonarną, a środowiskową jest tak zwana *opieka półstacjonarna* jaką pełnią dzienne domy pomocy społecznej oraz środowiskowe domy samopomocy.

Z opieką łączy się pojęcie niesamodzielności traktowane jako ryzyko społeczne, czyli zagrożenie zdarzeniem, które powoduje stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego<sup>4</sup>. Trzema cechami ryzyka społecznego są: zmienność prawdopodobień-

<sup>1</sup> *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej*, tom 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2014 s.101.

<sup>2</sup> Łuczak P., *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań, 2015.

<sup>3</sup> Rosochacka – Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, (w:) *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, pod. red. Raclaw M., Instytut spraw Publicznych, Warszawa 2011 s. 147 i dalej.

<sup>4</sup> Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki.*, Wydawnictwo Branta, Warszawa, 2006.

stwa wystąpienia określonych zdarzeń w cyklu życia jednostki, nierównomierność rozłożenia w społeczeństwie oraz międzypokoleniowość ryzyka. Ryzyko niesamodzielnosci spełnia wszystkie trzy kryteria przypisywane ryzyku społecznemu:

1. Jest statystycznie wyższe wśród najstarszego pokolenia ze względu na duże prawdopodobieństwo wystąpienia deficytów sprawności fizycznej wśród tej populacji,
2. Potrzeby opiekuńcze są nierównomiernie rozłożone wśród osób starszych,
3. Wzrost popytu na usługi opiekuńcze ma znaczenie zarówno dla osób starszych niesamodzielnych jak i ich opiekunów nieformalnych.

O niesamodzielnosci można mówić jako o niesamodzielnosci faktycznej, subiektywnej oraz prawnej<sup>5</sup>. Niesamodzielnosc faktyczna charakteryzowana jest jako rzeczywista, ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności, odpowiednich dla wieku danej osoby, która może być konsekwencją problemów zdrowotnych, choroby przewlekłej lub niepełnosprawności. Niesamodzielnosc subiektywną stwierdza się nie na podstawie obserwowanych faktów, ale na podstawie opinii osoby niesamodzielnej. Za osobę wymagającą opieki uznaje się wówczas osobę wskazaną przez głowę gospodarstwa domowego, jako wymagającą opieki w wymiarze co najmniej godziny tygodniowo. Niesamodzielnosc prawna ma charakter sformalizowany, a jej podstawą jest deklarowany fakt posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub inwalidztwie. Do oceny stopnia niesamodzielnosci stosuje się zwykle skalę, która przyporządkowuje punkty za możliwość wykonania danej czynności. Dla czynności podstawowych stosuje się skalę ADL (activities of daily living), a dla czynności złożonych IADL (instrumental activities of daily living). Brakuje badań empirycznych z zastosowaniem wspomnianych skal, które pozwoliłyby na ocenę liczby osób niesamodzielnych w Polsce. Dane ZUS na temat liczby wypłacanych dodatków pielęgnacyjnych do emerytur i rent wskazują jednak na niesamodzielnosc rosnącą wraz z wiekiem. Jest to związane ze zwiększonym popytem na pomoc w życiu codziennym, co współwystępuje ze zmniejszającymi się zasobami opiekuńczymi rodziny. Pojawia się więc kluczowe pytanie o funkcjonujące modele opieki nad niesamodzielными osobami starszymi.

W literaturze przedmiotu<sup>6</sup> wyróżnia się pięć modeli opisujących relacje między pomocą nieformalną oraz pomocą formalną:

1. Hierarchiczny Model Kompensacyjny - w którym zakłada się, że istnieje hierarchia podmiotów udzielających wsparcia. Pierwszym podmiotem są rodzinne sieci wsparcia, następnie nierodzinne, nieformalne sieci wsparcia, a w sytuacji braku wsparcia ze strony wymienionych podmiotów rolę opiekuńczą przejmuje samorząd terytorialny lub państwo.
2. Model Substytucji - zgodnie z którym następuje przekazywanie zadań w zakresie opieki nad osobą starszą przez rodzinę do sfery formalnej. Pomoc formalna jest substytucyjna w stosunku do pomocy nieformalnej, co łamie zasadę subsydiarności i rodzi postawy roszczeniowe.
3. Model Szczegółności – gdzie występuje wzajemne dopełnianie się opieki oferowanej osobie starszej przez sieci wsparcia społecznego oraz pomoc formalną. W tym modelu zakłada się dualność opieki oraz wzajemną komplementarność pomocy rodziny i instytucji do tego powołanych.

<sup>5</sup> *Funkcjonowanie instytucji opieki w Polsce. Raport podsumowujący wyniki badań terenowych*, pod. red. Pieńkosz J., Matejczyk A., CRZL, Warszawa, 2016.

<sup>6</sup> Szweda – Lewandowska Z., *Modele opieki nad osobami niesamodzielными*, (w:) *Studia ekonomiczne. Zeszyty naukowe Uniwersytetu ekonomicznego w Katowicach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2014, 215-224.

4. Model uzupełniania – zakładający, że najbliżsi są głównym źródłem pomocy i to oni sprawują opiekę, gdy wymaga jej osoba niesamodzielna. Pomoc formalna jest tutaj tylko dodatkiem, gdy rodzina czasowo nie może wypełniać swoich zadań opiekuńczych. Ten model jest zgodny z koncepcją *aging in place* (starzenia się w dotychczasowym otoczeniu).
5. Model komplementarności – w tym modelu opieka formalna i nieformalna uzupełniają się w ten sposób, że pomoc formalna podejmuje zadania, których nie mogą realizować opiekunowie nieformalni ze względu na brak kompetencji.

Zofia Szweda – Lewandowska przedstawione modele odniosła do sytuacji w Polsce wskazując, że wsparcie osób niesamodzielnych w naszym kraju opiera się głównie na rodzinie, jako tradycyjnie głównym źródle pomocy w sytuacji niesamodzielności<sup>7</sup>. Badania empiryczne potwierdzają, że Polacy wskazują na dorosłe dzieci, współmałżonków oraz krewnych, przyjaciół i sąsiadów jako preferowanych opiekunów. Dopiero na końcu tej listy są podmioty formalne, czyli samorząd, państwo, organizacje pozarządowe czy kościoły i związki wyznaniowe. Analiza systemu opieki pozwala, zdaniem Szwedy – Lewandowskiej, na wniosek, że władze publiczne w Polsce dążą do wprowadzenia hierarchicznego modelu kompensacyjnego opieki nad osobami niesamodzielnymi, jako najbardziej skutecznego i efektywnego. Zgodnie z tym modelem decyzja o udzieleniu pomocy formalnej powinna być uzależniona od cech osoby niesamodzielnej (wiek, stan zdrowia, dochody itp.) i jej sieci wsparcia (krewniczkiej oraz nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia). Zofia Szweda – Lewandowska postuluje, że należy stworzyć holistyczny, całościowy system opieki nad osobami niesamodzielnymi. Konieczność stworzenia takiego systemu wynika zarówno z demograficznego starzenia się społeczeństwa polskiego, co oznacza zwiększenie liczby osób o ograniczonej samodzielności, jak i redukcji funkcji opiekuńczych rodziny.

W 2014 roku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej stanowił w Polsce 15%, a liczba osób w wieku 80 lat i więcej stanowiła ponad 9% populacji<sup>8</sup>. Równocześnie mała (i nadal maleje) liczba kobiet będących potencjalnymi opiekunkami osób zależnych. Zmniejszanie się zasobów siły roboczej w obszarze opieki skutkuje nie tylko problemami w opiece rodzinnej, ale także publicznej. Starzenie się populacji oznacza ograniczenie bądź utratę samodzielności i wzrost potrzeb opiekuńczych. W sytuacji utraty przez rodzinę zdolności do pełnienia funkcji opiekuńczych wzrasta popyt na pomoc formalną. Procesy demograficznego starzenia obejmują także województwo łódzkie, które obecnie należy do najstarszych w kraju. Tutaj odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił w 2015 roku 17,6% mieszkańców regionu<sup>9</sup>.

Współcześnie, główną tendencją w formalnej opiece nad niesamodzielnymi dorosłymi wydaje się deinstytucjonalizacja. Deinstytucjonalizacją są wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (również zdrowotnych) w środowisku osoby wymagającej wsparcia, mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych: osobom z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży, osobom zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Deinstytucjonalizacja jest procesem złożonym, obejmującym wiele elementów:

1. Rozwój w obrębie społeczności zindywidualizowanych usług o wysokiej jakości. Chodzi o zapobieganie umieszczaniu dzieci i niesamodzielnych osób dorosłych w tak zwanych zakładach opieki zamkniętej. Ma temu służyć przeniesienie zasobów finansowych ze

<sup>7</sup> tamże.

<sup>8</sup> Błądowski P., Szweda-Lewandowska Z., *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015 – 2035, Aspekty teoretyczne i praktyczne, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2016, s. 19 i dalej.*

<sup>9</sup> tamże s. 23.

stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej do pomocy środowiskowej, w celu świadczenia nowych usług środowiskowych.

2. Zamykanie nieprawidłowo funkcjonujących stacjonarnych zakładów opieki, w których dzieci, osoby niepełnosprawne (w tym mające problemy ze zdrowiem psychicznym) i starsze wymagające stałej opieki są odizolowane od społeczeństwa, nie zapewnia się im odpowiedniej opieki i wsparcia oraz często nie szanuje się ich praw.
3. Zapewnienie powszechnej dostępności podstawowych usług społecznych wszystkim dzieciom i osobom dorosłym potrzebującym wsparcia<sup>10</sup>. Deinstytucjonalizacja wymaga rozwoju usług świadczonych w środowisku lokalnym, a z drugiej strony stopniowego ograniczania usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem tego procesu powinna być profilaktyka, czyli zapobieganie umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej.

## 1.2. Instytucje pomocy społecznej

W sytuacji rosnącego popytu na usługi opiekuńcze połączonego z narastającą deinstytucjonalizacją rodziny, oznaczającą ograniczenie jej tradycyjnych funkcji opiekuńczych, coraz większego znaczenia nabiera opieka świadczona przez instytucje publiczne. O deinstytucjonalizacji rodziny pisze wielu autorów, badaczy i praktyków. Anna Kwak wskazuje na ten proces w odniesieniu do starzenia się społeczeństwa: „Z zasady to rodzina przejmowała obowiązki związane z opieką nad starszym pokoleniem, pozwalała, żeby proces starzenia się i odchodzenia przechodził w otoczeniu najbliższych. Jednak ten naturalny proces zaczyna się załamywać. Istotne są tutaj, co najmniej dwa powody – dzietność i migracje. Zmniejszona liczba potomstwa, czasem sprowadzona do jednego dziecka, przynosi ograniczenia możliwości opiekowania się starszymi członkami rodziny, czasem wymagającymi pełnej (całodobowej) opieki. Do podobnych konsekwencji prowadzą migracje potomstwa do odległych nawet miejsc od rodziny pochodzenia”<sup>11</sup>.

Opieka formalna odbywa się w formie instytucjonalnej opieki całodobowej, instytucjonalnej opieki dziennej i opieki instytucjonalnej w miejscu zamieszkania. Wszystkie wymienione instytucje stanowią część publicznego systemu pomocy społecznej. Współczesna pomoc społeczna wywodzi się z dobrowolnego zaangażowania się osób fizycznych i instytucji kościelnych w pomoc potrzebującym wsparcia. Przechodziła ona przez różne fazy od dobroczynności prywatnej po dobroczynność publiczną. Obecnie pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, umożliwiającą jednostkom i grupom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, przy pomocy świadczeń materialnych i pracy socjalnej<sup>12</sup>. Rozwinęła się ona jako element porządku społeczno-ekonomicznego i kulturowego społeczeństwa industrialnego, uzupełniający lub zastępujący dominujące w poprzednich okresach rodzinne systemy wsparcia oraz działania religijnych i świeckich organizacji charytatywnych.

### 1.2.1. Usługi opiekuńcze w mieszkaniu osoby potrzebującej

W 2015 w Polsce z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystało 93 272 osób. Na ten cel gminy wydały ponad 407 milionów złotych. Ze specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystało w tym samym roku, 5 176 osób, za sumę prawie 16,5 miliona złotych. Z kolei ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi skorzy-

<sup>10</sup> Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi, [www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu), dostęp: 05.12.2016.

<sup>11</sup> *Deinstytucjonalizacja rodziny i jej badania*, pod. Red. Taranowicz T. Grotowska S., Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, 2015, s.23.

<sup>12</sup> *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tekst jednolity.*, (Dz. U. z 2009 r. nr 175, poz. 1362 z późniejszymi zmianami).

stało 12 916 osób za 486 180 86 złotych<sup>13</sup>. W województwie łódzkim w analogicznym okresie z usług opiekuńczych skorzystało 7 033 osób, a ze specjalistycznych usług opiekuńczych 179 osób<sup>14</sup>.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze są niepieniężnymi świadczeniami z zakresu pomocy społecznej, które adresowane są do osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są takiej pomocy pozbawione np. ze względu na brak możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki przez rodzinę. Usługi te obejmują pomoc świadczeniobiorcy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza, a także zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Zwłaszcza ostatni z wymienionych elementów wsparcia wpisuje omawiane świadczenie w trend deinstytucjonalizacji pomocy społecznej i ewolucję od zakładowych do środowiskowych form pomocy. Usługi opiekuńcze mogą być udzielane w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, w ośrodku wsparcia lub w rodzinnym domu pomocy. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są adresowane do klientów posiadających szczególne potrzeby wynikające z ich choroby lub niepełnosprawności i mogą być realizowane tylko przez osoby legitymujące się określonymi kompetencjami. Usługi te są udzielane tylko w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy lub w ośrodku wsparcia. Zakres i miejsce świadczenia tych usług określa ośrodek pomocy społecznej, wydając decyzję administracyjną. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych* (Dz.U. 189 poz. 1597 i 1598) określa szczegóły dotyczące sposobu realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych. Rozporządzenie wymienia pięć grup czynności, które mieszczą się w pojęciu specjalistycznych usług opiekuńczych:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia. Chodzi o kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi, ale także świadczenie pomocy w życiu rodzinnym na rzecz klienta. Wlicza się tu także poradnictwo specjalistyczne w sytuacjach kryzysowych, udzielanie porad dotyczących możliwości korzystania z usług innych służb społecznych oraz ułatwianie dostępu do edukacji i kultury. W zakres tego pojęcia wchodzi również pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, polegająca na wypełnianiu dokumentów urzędowych oraz wsparcie w uzyskiwaniu świadczeń socjalnych i z ubezpieczenia społecznego. Do tej grupy czynności zalicza się także wsparcie i pomoc klientowi w uzyskaniu zatrudnienia, co wyrażać ma się w asystowaniu w wyszukiwaniu informacji o pracy lub możliwości uczestnictwa w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, klubów pracy, klubów integracji społecznej, etc. oraz w pomocy w przygotowywaniu dokumentów potrzebnych do uzyskania zatrudnienia i przygotowaniu do rozmów z pracodawcą. Ostatnią czynnością w tej grupie jest pomoc w nauce gospodarowania pieniędzmi, w tym uczenie planowania wydatków, zachęcanie do usamodzielnienia finansowego czy uzyskiwania ulg i zwolnienia z opłat.
2. Świadczenie pielęgnacji, w tym wspieranie procesu leczenia. Świadczący specjalistyczne usługi opiekuńcze ma za zadanie pomóc uzyskiwać dostęp do świadczeń zdrowotnych, umawiać terminy wizyt i badań lekarskich, zamawiać i kupować leki, pilnować przyjmowania leków przez świadczeniobiorcę, pomagać w dostaniu się do placówki opieki zdrowotnej i rehabilitacji, a także w szczególnych przypadkach zmieniać opatrunki i pomagać korzystać ze sprzętu medycznego.
3. Świadczenie rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami specjalistów, a także świadczenie wsparcia psychologiczno-pe-

<sup>13</sup> Wszystkie przytoczone dane pochodzą z opracowania: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016, s. 29.

<sup>14</sup> tamże s. 198.

dagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego, którego celem ma być aktywizowanie jednostki.

4. Świadczenie pomocy mieszkaniowej, rozumianej jako pomoc w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat za nie, organizacji remontów i napraw, w tym adaptacji mieszkania pod kątem likwidacji barier architektonicznych, a także pomoc w utrzymaniu pozytywnych relacji z sąsiadami i gospodarzami domu.
5. Działania adresowane tylko do świadczeniobiorców będących dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi polegające na zapewnieniu im dostępu do właściwych zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze muszą być świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodów takich jak: pracownik socjalny, psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun środowiskowy, specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej czy fizjoterapeuta. Prawodawca zaznacza, że powyższy katalog ma charakter otwarty oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być pełnione także przez opiekunów posiadających inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające realizować to świadczenie. Dodatkowym warunkiem skierowanym do osoby świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest posiadanie co najmniej półrocznego stażu w szpitalu psychiatrycznym, jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym, ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym, w zakładzie rehabilitacji albo innej jednostce świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze osób z zaburzeniami psychicznymi. W szczególności uzasadnionych przypadkach możliwe jest odstępianie od tych kryteriów i dopuszczenie również do realizowania specjalistycznych usług opiekuńczych osób, które są w trakcie nabywania kwalifikacji zawodowych, ale legitymują się co najmniej rocznym stażem pracy we wspomnianych instytucjach, pod warunkiem, że mają możliwość konsultowania się w swojej pracy z bardziej doświadczonymi i w pełni wykwalifikowanymi pracownikami. Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania jest zadaniem własnym gminy, która określa zasady dofinansowania i dopłaca do usług z własnego budżetu według kryterium dochodowego. Usługi obejmują bezpośrednią pomoc w czynnościach codziennych i obsłudze osobistej, przysługującą osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, są jej pozbawione.

Analizy empiryczne wskazują, że ilość i jakość tych usług stanowi od lat problem pomocy społecznej, co potwierdziły ogólnopolskie badania społeczne pt. „Standardy usług w pomocy społecznej” zrealizowane w 2010. Wyniki tych badań wskazują, że oferta jednostek organizacyjnych pomocy społecznej skierowana do niesamodzielnych osób starszych była w badanym okresie często ograniczona do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (dostępnych w 77% badanych jednostek). Warto zwrócić uwagę, iż usługi opiekuńcze oferowane były praktycznie przez wszystkie miejskie lub miejsko-gminne ośrodki pomocy społecznej, natomiast w swojej ofercie nie miał ich co piąty gminny ośrodek pomocy społecznej.

### 1.2.2. Ośrodki wsparcia

Ustawa o pomocy społecznej określa ośrodki wsparcia jako formę organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu i precyzuje do kogo są one skierowane:

1. środowiskowy dom samopomocy albo klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
2. dzienny dom pomocy,
3. dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,

4. schronisko dla bezdomnych,
5. klub samopomocy.

Usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone również w ośrodku wsparcia. Ustawodawca, w art. 51 *Ustawy o pomocy społecznej z 2004 roku* zdefiniował ośrodek wsparcia jako jednostkę organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu, zaznaczając jednak, że może ona prowadzić również miejsca całodobowego pobytu. Ośrodek wsparcia może wydawać także posiłki.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 roku w Polsce funkcjonowały 1853 ośrodki wsparcia, które dysponowały 85 477 miejscami. Korzystało z nich ogółem 132 899 osób<sup>15</sup>.

### 1.2.3. Dzielne domy pomocy społecznej

To typ ośrodków wsparcia o lokalnym zasięgu, w którym świadczone są usługi na rzecz osób dorosłych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej: starszych, samotnych, niepełnosprawnych, wymagających częściowej opieki i pomocy w zaspakajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Placówki te stanowią wydzielone jednostki organizacyjne pomocy w gminie i są finansowane z jej budżetu. Opieka jest z reguły świadczona w dni robocze w godzinach 8-16.

Według danych z Oceny Zasobów Pomocy Społecznej na terenie województwa łódzkiego na dzień 31 grudnia 2016 działały 34 dzielne domy pomocy społecznej (z czego 2 to prywatne dzielne domy pomocy społecznej), z oferty których skorzystały łącznie 1 934 osoby<sup>16</sup>.

Szczególnym rodzajem dziennych domów pomocy są placówki prowadzone w oparciu o Program Wieloletni „Senior – WIGOR” na lata 2015–2020. Celem strategicznym programu „jest wsparcie seniorów poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego, zwanych dalej „jednostkami samorządu”, w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior – WIGOR”. W praktyce działania realizowane w ramach Programu mają na celu w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom (osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+) poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym korzystania z oferty prozdrowotnej (obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii), edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. Program ten polega na wsparciu tworzenia Dziennych Domów przez jednostki samorządu, których strategię rozwoju w obszarze pomocy społecznej uwzględniają rozwój infrastruktury dla osób starszych lub w których brak jest innego rodzaju infrastruktury pomocy społecznej. W szczególności wsparcie udzielane jest jednostkom samorządu charakteryzującym się niskimi dochodami lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem lub też brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania. W województwie łódzkim w 2015 w ramach programu SENIOR - WIGOR powstało 8 dziennych domów pomocy dla 200 osób. Cechą wyróżniającą tego typu domy jest oferta społecznej aktywizacji prozdrowotnej, usługi w zakresie aktywności ruchowej, kinezyterapii, aktywności kulturalnej, edukacyjnej i opiekuńczej.

<sup>15</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016, s.29.

<sup>16</sup> Oceny Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Łódzkiego za rok 2016.

#### 1.2.4. Środowiskowe domy samopomocy

Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2015 roku funkcjonowało w Polsce 760 środowiskowych domów samopomocy z ogólną liczbą 27 796 miejsc, z których korzystało ogółem 28 073 osób<sup>17</sup>. W województwie łódzkim było 47 takich domów z ogólną liczbą 1 876 miejsc, z których korzystało 1 946 osób<sup>18</sup>.

Środowiskowy dom samopomocy jest dziennym lub całodobowym ośrodkiem wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i upośledzeniem intelektualnym. Tworzenie tego typu ośrodków stanowi dla gmin i powiatów zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej, finansowane z budżetu wojewody. Środowiskowe domy samopomocy dzieli się na kilka typów: dla przewlekle chorych psychicznie, dla osób upośledzonych intelektualnie i dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych<sup>19</sup>.

Do głównych celów środowiskowego domu samopomocy należą: stworzenie miejsca osobom po kryzysie psychicznym i upośledzonym poczucie bezpieczeństwa, akceptacji i braku izolacji społecznej; budowa życzliwej społeczności, aktywizacja intelektualna i fizyczna, podnoszenie zaradności życiowej, aktywizacji zawodowej, integracja podopiecznych ze społecznością lokalną oraz promocja zdrowia psychicznego<sup>20</sup>.

Świadczeniobiorca może korzystać z miejsc całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy, pod warunkiem, że okres ten nie przekracza jednorazowo trzech miesięcy (a w szczególnych wypadkach – sześciu miesięcy) i łącznie ośmiu miesięcy w ciągu roku. Usługi opiekuńcze świadczone w środowiskowych domach samopomocy są odpłatne (w klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi – nieodpłatne). Odpłatność miesięczna za usługi świadczone w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 5% kwoty dochodu, jeżeli przekracza on 250% odpowiedniego kryterium dochodowego (adekwatnie dla osób samotnie gospodarujących lub pozostających w rodzinie). Decyzję ustalającą odpłatność wydaje organ prowadzący dany środowiskowy dom samopomocy. Również ten organ może całkowicie lub częściowo zwolnić świadczeniobiorcę z ponoszenia opłat. Szczegółowe zasady funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy określiło *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy*. Określa ono sposób funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy, tryb kierowania i przyjmowania do nich świadczeniobiorców, kwalifikacje osób świadczących usługi, standardy tych usług oraz termin dostosowania środowiskowych domów samopomocy do wymaganych standardów, który upłynie 31 grudnia 2018 roku. Liczba miejsc w środowiskowym domu samopomocy może się wahać od 15 do 60, jeśli jest to instytucja zajmująca jeden budynek lub do 120, gdy instytucja prowadzona jest w kilku odrębnych budynkach. Środowiskowe domy samopomocy działają minimalnie przez 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, z czego 6 godzin dziennie powinno być przeznaczonych na zajęcia wspierająco-aktywizujące dla świadczeniobiorców. W przypadku całodziennego pobytu prawodawca przewidział, że przynajmniej 10 godzin w ciągu doby powinno zostać przeznaczonych na czas wolny oraz wypoczynek nocny. Środowiskowy dom samopomocy może zostać zamknięty na okres maksymalnie 15 dni w roku w okresach ferii zimowych i letnich. Osoba ubiegająca się o udzielenie usług w środowiskowym domu samopomocy zobowiązana jest złożyć wniosek we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania ośrodku pomocy społecznej. Do wniosku dołącza się zaświadczenie lekarskie od lekarza psychiatry lub neurologa o zaburzeniach psychicznych, zaświadczenie od lekarza rodzinnego o ogólnym stanie zdrowia, a także orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu

<sup>17</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [www.mrpips.gov.pl](http://www.mrpips.gov.pl), dostęp: 14.11.2016.

<sup>18</sup> tamże.

<sup>19</sup> Barbara Rysz – Kowalczyk (red.) *Polityka społeczna gmin i powiatów. Kompendium wiedzy o instytucjach i procedurach*, IPS, Warszawa 2011.

<sup>20</sup> tamże s. 80.

niepełnosprawności. Ośrodek pomocy społecznej przeprowadza wywiad środowiskowy, a tuż przed samym przyjęciem do domu pracownik socjalny sporządza jeszcze dodatkową notatkę o sytuacji świadczeniobiorcy. Umieszczenie w środowiskowym domu samopomocy odbywa się na mocy decyzji administracyjnej na czas określony. W przypadku pierwszego pobytu czas ten nie może być dłuższy niż trzy miesiące. Pobyt w środowiskowym domu samopomocy odbywa się na podstawie indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego, który ustalany jest w porozumieniu zespołu wspierająco-aktywizującego ze świadczenioborcą i jego opiekunem. Plan ten jest systematycznie aktualizowany, a postępy w jego realizacji ewaluowane, jednak nie rzadziej niż co 6 miesięcy. W ramach realizacji planu, świadczeniobiorcy oferowane są rozmaite usługi, których katalog został zawarty w § 14. omawianego rozporządzenia i przypomina katalog usług z rozporządzenia w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Obejmuje on: trening funkcjonowania w codziennym życiu, trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, trening umiejętności spędzania czasu wolnego, poradnictwo psychologiczne, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, niezbędną opiekę, terapię ruchową, całodobowe wyżywienie (może być ono połączone z treningiem kulinarnym) oraz inne formy postępowania przygotowujące do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej lub podjęcia zatrudnienia. Wymienione usługi mogą być świadczone w formie zajęć indywidualnych lub grupowych. Prawodawca szczegółowo wyliczył tu wyposażenie i wielkość placówki. Przestrzeń użytkowa na jednego świadczenioborcę powinna wynosić minimum 8 m<sup>2</sup>, natomiast w przypadku miejsc całodziennego pobytu świadczeniobiorcom należy zapewnić pokój o powierzchni przynajmniej 9 m<sup>2</sup> lub 6 m<sup>2</sup> na osobę w pokoju dwuosobowym. Budynek powinien być pozbawiony barier architektonicznych i wyposażony w sprzęt umożliwiający funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym. Powinny się w nim także znajdować odpowiednie pomieszczenia i wyposażenie niezbędne do prowadzenia zajęć, szczegółowo wymienione w rozporządzeniu.

### 1.2.5. Domy pomocy społecznej

Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na koniec 2015 roku funkcjonowało w Polsce 678 domów pomocy społecznej dysponujących 69 331 miejscami, z których skorzystało 68 360 osób. W tym samym czasie w województwie łódzkim działały 64 domy pomocy społecznej dysponujące 6 464 miejscami<sup>21</sup>.

Dom pomocy społecznej jest placówką stacjonarną, całodobową, która zapewnia świadczenia o charakterze opiekuńczym i pobytowym. Przeznaczony jest on dla osób, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i nie jest możliwe zapewnienie im niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Dom pomocy społecznej świadczy następujące usługi skierowane do przebywających w nim podopiecznych: bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne. Dodatkowo może świadczyć również usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób, które nie zostały w nim umieszczone. Ustawodawca ze względu na kategorię odbiorców wyróżnił siedem typów domów pomocy społecznej, są to domy dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekłe somatycznie chorych, osób przewlekłe psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie oraz osób uzależnionych od alkoholu. Zgodnie z art. 56a możliwe jest połączenie w jednym domu pomocy społecznej prowadzonym w jednym budynku pewnych kategorii osób: osób w podeszłym wieku z osobami przewlekłe somatycznie chorymi, osób przewlekłe somatycznie chorych z osobami niepełnosprawnymi fizycznie, osób w podeszłym

<sup>21</sup> Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej wg stanu na dzień 31.XII. 2015 r.

wieku z osobami niepełnosprawnymi fizycznie, a także osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną intelektualnie. W pozostałych przypadkach muszą być prowadzone oddzielne domy pomocy społecznej lub muszą być one podzielone na oddziały zajmujące osobne budynki. Domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, kościoły i związki wyznaniowe, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne, a także osoby prywatne. Prowadzenie domu pomocy społecznej jest działalnością reglamentowaną, nad którą kontrolę sprawuje państwo i wymaga uzyskania zezwolenia wojewody właściwego ze względu na miejsce położenia domu. Zezwolenie wydawane jest na czas nieokreślony, a wojewoda jest zobowiązany prowadzić rejestr domów pomocy społecznej. Decyzja o skierowaniu osoby do domu pomocy społecznej leży w gestii organu gminy, w której mieszka świadczeniobiorca. Również ten organ wydaje decyzję w przedmiocie odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. Decyzja o umieszczeniu osoby w domu pomocy społecznej leży z kolei w kompetencjach organu jednostki samorządu terytorialnego, która prowadzi dany dom. Zasadą jest kierowanie osoby do tego domu pomocy społecznej, który znajduje się jak najbliżej jej dotychczasowego miejsca zamieszkania. Takie postanowienie ustawodawcy ma zapewne zminimalizować negatywne skutki „wyrwania” jednostki z jej otoczenia społecznego, czym charakteryzowały się tradycyjne formy opieki zakładowej. Jeżeli jednak czas oczekiwania na umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej zlokalizowanym najbliżej miejsca jej zamieszkania przekraczałby trzy miesiące, możliwe jest skierowanie osoby do innego domu pomocy społecznej tego samego typu, w którym czas oczekiwania na umieszczenie byłby krótszy niż trzy miesiące. W przypadku, gdy osoba niesamodzielna wymagałaby wzmoczonej opieki medycznej, nie mogłaby ona uzyskać tego rodzaju wsparcia w domu pomocy społecznej. W takiej sytuacji zostałaby ona skierowana do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, czyli instytucji stanowiących element systemu opieki zdrowotnej, a nie systemu pomocy społecznej. Skierowanie do domu pomocy społecznej jest co do zasady dobrowolne i wymaga uzyskania zgody osoby kierowanej lub jej przedstawiciela ustawowego. Sposób funkcjonowania domu pomocy społecznej musi uwzględniać poszanowanie wolności, godności, intymności i poczucia bezpieczeństwa podopiecznych. Instytucja świadczy swoim mieszkańcom następującego rodzaju usługi:

- Po pierwsze, usługi opiekuńcze polegające na udzielaniu pomocy w codziennych czynnościach życiowych (pomoc w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu, organizowanie czasu wolnego, pomoc w zakupie odzieży i obuwia, pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych), pomoc w pielęgnacji, opiece higienicznej, wsparciu w załatwianiu spraw urzędowych oraz zapewnieniu kontaktów z otoczeniem,
- Po drugie, usługi bytowe, polegające na zapewnieniu miejsca pobytu, wyżywienia i utrzymania czystości,
- Po trzecie, usługi wspomagające, obejmujące między innymi terapię zajęciową, aktywizowanie podopiecznych, umożliwienie zaspokajania potrzeb kulturalnych i religijnych, rozwijanie samorządności mieszkańców, stymulowanie nawiązywania i utrzymywania kontaktów z rodziną i społecznością lokalną, pomoc w usamodzielnianiu się.

Zakres usług powinien być dostosowany do stanu zdrowia, sprawności oraz indywidualnych potrzeb i możliwości mieszkańców domów pomocy społecznej. *Ustawa o pomocy społecznej* oraz wydane na jej podstawie *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. poz. 964)* szczegółowo określają standard domów pomocy społecznej. Prawodawca położył nacisk na konieczność usunięcia barier architektonicznych: umieszczenie pokoi na parterze bądź pięttrze z dostępną windą, określił minimalne limity powierzchni pokoi mieszkalnych (9 m<sup>2</sup> w przypadku pokoju jednoosobowego lub 6 m<sup>2</sup> na osobę w przypadku pokoju dwu- lub trzyosobowego, z dopusz-

czalną tolerancją odstępstwa w granicach 5% oraz pokojami czteroosobowymi dla osób leżących), uszczegółowił wyposażenie pokoi oraz całego domu, a także wskazał sposób udzielania posiłków.

### 1.2.6. Niepubliczne domy pomocy

Szczególnym rodzajem domów pomocy społecznej są niepubliczne domy pomocy prowadzone na zasadach komercyjnych, w oparciu o przepisy *Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej* z 2004 roku. Muszą one posiadać zezwolenie wojewody i być wpisane do rejestru. Warto podkreślić, że w niepublicznych domach pomocy społecznej, które nie są prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego lub na ich zlecenie, nie obowiązują przepisy, które odnoszą się do zasad przyjmowania mieszkańców, ustalania kosztu utrzymania mieszkańca i zasad odpłatności za pobyt. Tutaj także nie obowiązują standardy dotyczące, np. wskaźnika zatrudnienia personelu. Wszystkie wymienione kwestie są określane arbitralnie przez organizatora niepublicznego domu pomocy społecznej, bowiem usługi mogą być tutaj prowadzone na zasadzie umowy cywilnoprawnej. Zgodnie z przepisami *Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku może być prowadzona po uzyskaniu zezwolenia wojewody. Wymóg uzyskania zezwolenia dotyczy też placówek prowadzonych w ramach działalności statutowej przez Kościoł Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia. Kontrole w placówkach zapewniających całodobową opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku prowadzone są na podstawie ustawy o pomocy społecznej przez inspektorów właściwych ze względu na miejsce położenia placówki danego urzędu wojewódzkiego. Podmiot prowadzący bez zezwolenia placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w której przebywa więcej niż 10 osób – podlega karze pieniężnej w wysokości 20 tys. zł. Kara może być ponowiona - w razie niezaprzestania prowadzenia placówki wojewoda nakłada kolejną karę w wysokości 40 tys. zł. W przypadku stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia osób przebywających w ww. placówce prowadzonej bez zezwolenia wojewoda może, poza nałożeniem kary pieniężnej, wydać decyzję nakazującą wstrzymanie prowadzenia tej placówki, z nadaniem rygoru natychmiastowej wykonalności, do czasu uzyskania zezwolenia. W przypadku nałożenia kary pieniężnej wojewoda przedstawia osobom przebywającym w placówce oraz, w ramach posiadanych informacji, członkom rodziny, opiekunom prawnym, kuratorom osób przebywających w placówce wyciąg z rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, z danymi teled adresowymi placówek z terenu województwa. W przypadku pilnej konieczności zapewnienia pomocy osobom przebywającym w placówce, w stosunku do której wojewoda wydał decyzję nakazującą wstrzymanie prowadzenia placówki, wojewoda koordynuje działania zmierzające do zabezpieczenia niezbędnej pomocy osobom potrzebującym, przy udziale kierownika ośrodka pomocy społecznej gminy właściwej ze względu na położenie placówki. Na koniec 2015 r. w Polsce było 439 zarejestrowanych placówek prowadzących całodobową opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub w podeszłym wieku.

### 1.2.7. Rodzinne domy pomocy

Jest to forma świadczenia adresowana tylko do osób starszych oraz niepełnosprawnych, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu ich zamieszkania. Ustawodawca określił, że rodzinny dom pomocy może być prowadzony przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego jako forma usług opiekuńczych i bytowych obejmująca od 3 do 8 świadczeniobiorców. Szczegółowe regulacje dotyczące rodzinnych domów pomocy zostały wprowadzone *Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 roku w sprawie*

*rodzinych domów pomocy*. Rozporządzenie to określa standardy, rodzaj i zakres udzielanych usług, a także warunki kierowania, odpłatności i nadzoru rodzinnych domów pomocy. Rodzinne domy pomocy tworzone są w budynkach mieszkalnych jednorodzinnych, których właścicielem jest osoba fizyczna lub organizacja pożytku publicznego. Możliwe jest także prowadzenie takiego domu w budynku wynajmowanym, jednak umowa najmu musi być tak skonstruowana, żeby zapewnić gwarancję poprawnego wykonywania świadczonych usług opiekuńczych. Zakres świadczonych usług obejmuje usługi bytowe, czyli zapewnienie miejsca pobytu, wyżywienia i utrzymania higieny, a także usługi opiekuńcze, czyli udzielanie pomocy w zaspakajaniu potrzeb życiowych, pielęgnację, kontakty z otoczeniem i inne czynności wynikające z potrzeb konkretnego świadczeniobiorcy. Dodatkowo udziela się stosownych informacji prawnych, zapewnia się kontakt i możliwość spędzania czasu z rodziną oraz – w przypadku osób niepełnosprawnych – możliwość korzystania z usług terapeutycznych, rehabilitacyjnych i w zakresie aktywizacji zawodowej. Rozporządzenie w sprawie rodzinnych domów pomocy określa również szczegółowo standardy budynku, jego wyposażenia i świadczonych usług. Umieszczenie w rodzinnym domu pomocy odbywa się na podstawie decyzji administracyjnej kierownika ośrodka pomocy społecznej. Decyzja podejmowana jest w oparciu o: rodzinny wywiad środowiskowy, zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do umieszczenia w rodzinnym domu pomocy, zaświadczenie pielęgniarskie co do zakresu usług opiekuńczych oraz dowód otrzymywania emerytury, renty lub zasiłku stałego. Umieszczenie odbywa się na pobyt czasowy lub stały, z czego pierwsze umieszczenie jest zawsze na czasowy pobyt przystosowawczy, trwający nie krócej niż trzy miesiące. W 2015 r. w Polsce było 26 rodzinnych domów pomocy oferujących 166 miejsc, z czego 17 domów prowadzonych było przez podmioty niepubliczne – organizacje pożytku publicznego z liczbą 113 miejsc, co może wskazywać na małe zainteresowanie podmiotów uprawnionych podejmowaniem takiej formy usług, ale również na niechęć gmin do podpisywania umów w tym zakresie.

### 1.3. Instytucje ochrony zdrowia

Do korzystania z systemu opieki zdrowotnej i pomocy udzielanej w jego ramach uprawnione są osoby ubezpieczone w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego, a także inne osoby, które posiadają na terenie Rzeczypospolitej Polskiej miejsce zamieszkania oraz posiadają polskie obywatelstwo lub uzyskały tutaj status uchodźcy. Osobom nieposiadającym polskiego obywatelstwa udziela się świadczeń na podstawie umów międzynarodowych. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.)* określa świadczenie zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów prawa. Wśród świadczeń zdrowotnych wyróżniono ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia, w skład których wchodzi świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. To właśnie do drugiej z wymienionych kategorii ustawodawca zaliczył świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień. Udzielane są one pacjentom, których stan zdrowia wymaga całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. Świadczeń takich udziela się w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz hospicjach. Zgodnie z art. 15 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, świadczeniobiorcom przysługuje prawo do świadczeń gwarantowanych. W odniesieniu do interesującej problematyki, należy tutaj zwrócić szczególną uwagę na prawo do świadczeń gwarantowanych

w zakresie rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepodlegającymi leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie. Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia oraz zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym, a także łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach:

1. stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej,
2. domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia,
3. ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

### **Zakłady opiekuńczo - lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, rehabilitacji leczniczej**

Jeśli osoba niesamodzielna wymaga stosowania wzmoczonych procedur medycznych, pielęgnacyjnych lub specjalistycznej rehabilitacji i nie ma możliwości umieszczenia jej w domu pomocy społecznej, to w takich sytuacjach jest ona kierowana do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub zakładu rehabilitacji leczniczej<sup>9</sup>. Podstawy dla funkcjonowania tego typu zakładów odnajdujemy w art. 9 i 12 *Ustawy o działalności leczniczej* oraz art. 18-18c i 33a *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Zakłady opiekuńczo-lecznicze udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, zapewnianie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz odpowiednich do stanu zdrowia pomieszczeń i wyżywienia. Zakłady prowadzą także edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowują podopiecznych do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze świadczą dodatkowo opiekę, nie zapewniając dostępu do wyrobów medycznych. Zakłady rehabilitacji leczniczej udzielają świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Podstawą do umieszczenia w wyżej wymienionych zakładach jest skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2015 roku w Polsce funkcjonowały 353 zakłady opiekuńczo – lecznicze o profilu ogólnym oraz 148 placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym. Jeśli chodzi o placówki opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego to w końcu 2015 roku było ich 59.

## **1.4. Prawne podstawy opieki nad niesamodzielnymi dorosłymi**

Źródłami prawa obowiązującego na terenie Polski są: Konstytucja, ustawy, umowy międzynarodowe, rozporządzenia oraz akty prawa miejscowego obowiązujące na terenie działania organów, które je wydały. Prawo dotyczące opieki w Polsce nie jest wyodrębnione jako samoistne w systemie legislacyjnym co skutkuje tym, że zagadnienia związane z opieką nie zostały uregulowane w jednym akcie prawnym. Prawo dotyczące opieki mieści się głównie w zakresie prawa zabezpieczenia społecznego, choć niektóre normy regulujące zagadnienie opieki można odnaleźć także w innych aktach prawnych, np. w ustawach z zakresu prawa pracy.

### **1.4.1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej**

Prawo obywateli do zabezpieczenia społecznego zostało zapisane w artykule 67 *Konstytucji RP*. Wspomniany zapis dotyczy takiego ryzyka socjalnego jak: niezdolność do pracy ze względu na chorobę, inwalidztwo lub starość oraz pozostawanie bez pracy nie z własnej woli i bez

możliwości korzystania z innych środków do życia. Konkretnie formy oraz zakres udzielanego obywatelom zabezpieczenia określają szczegółowe ustawy. Konstytucja RP gwarantuje także prawo obywatela do ochrony zdrowia i stanowi, że władze publiczne mają obowiązek zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, bez względu na sytuację materialną obywateli. Szczególną opieką zdrowotną objęte zostały osoby niepełnosprawne oraz ludzie w podeszłym wieku. Podobnie jak w odniesieniu do zabezpieczenia społecznego, konkretne formy oraz zakres świadczonej obywatelom opieki zdrowotnej określają szczegółowe ustawy. W art. 69 *Konstytucji RP* zapisano także obowiązek władz publicznych do udzielania osobom niepełnosprawnym pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej.

#### 1.4.2. Akty prawa o charakterze ustawowym

Opiekę nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi fizycznie, niepełnosprawnymi intelektualnie, chorymi somatycznie oraz chorymi psychicznie, regulują następujące ustawy:

1. *Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.)*, określająca zadania w zakresie pomocy społecznej, rodzaje świadczeń oraz zasady i tryb ich udzielania, organizację pomocy społecznej, ale też zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej.
2. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 roku (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)*, która określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania tych świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń z opieki zdrowotnej oraz zasady powszechnego, obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. *Ustawa o świadczeniach rodzinnych z 28 listopada 2003 roku (Dz. U. z 2015 r. poz. 114, z późn. zm.)*, wprowadzająca świadczenia opiekuńcze w postaci zasiłku pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego oraz świadczenia pielęgnacyjnego, a także określająca warunki i zasady korzystania z nich.
4. *Ustawa o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów z 4 kwietnia 2014 roku (Dz. U. z 2014 r. poz. 567)*, określająca warunki nabywania oraz zasady ustalania i wypłacania zasiłków dla opiekunów osobom, które utraciły prawo do świadczenia pielęgnacyjnego z dniem 1 lipca 2013 r. w związku z wygaśnięciem z mocy prawa decyzji przyznającej prawo do świadczenia pielęgnacyjnego.

#### 1.4.3. Akty prawa o charakterze wykonawczym

Opiekę nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi regulują między innymi:

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 roku w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. poz. 823).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 sierpnia 2012 roku w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny oraz wysokości świadczeń rodzinnych (Dz. U. poz. 959).
3. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 roku w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę (Dz. U. numer 86, poz. 739).
4. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. numer 189 poz. 1598, z późn. zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012, poz. 964).

6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. numer 238 poz. 1586, z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. poz. 305).
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 roku w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. poz. 719).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (Dz. U. z 2013 r. poz. 871).
10. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 stycznia 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2014 roku).

#### 1.4.4. Akty prawa międzynarodowego

Warto w tym miejscu wspomnieć o:

1. Zaleceniach i konwencjach Międzynarodowej Organizacji Pracy, (np. Konwencja MOP numer 102 z 1952 roku o minimalnej normie zabezpieczenia społecznego).
2. Dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych (np.: Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1966 roku). Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 2012 itp.
3. Dokumentach Rady Europy ( Europejska Karta Społeczna z 1961 roku).

### 1.5. Finansowanie opieki nad osobami niesamodzielnymi

Jak wskazują autorzy opracowania Banku Światowego „*Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*” można wyodrębnić trzy główne sposoby organizacji finansowania opieki długoterminowej ze względu na zakres gwarancji świadczeń w obszarze opieki długoterminowej:

1. plan powszechny,
2. plany uzależnione od stopnia zamożności,
3. systemy mieszane.

**Plan powszechny** - zakłada powszechny dostęp do opieki długoterminowej, traktowany jako prawo tożsame z prawem do opieki zdrowotnej co oznacza, że osoby, które kwalifikują się do tego typu świadczeń, mają prawo do opieki pielęgniarzkiej i osobistej, finansowanych ze środków publicznych. Występują trzy główne modele finansowania opieki długoterminowej w ramach planu powszechnego:

1. model podatkowy (kraje skandynawskie),
2. model powszechnego ubezpieczenia na opiekę długoterminową (Niemcy, Korea, Holandia, Luksemburg),
3. model zapewniania opieki osobistej i pielęgniarzkiej w ramach systemu opieki zdrowotnej (np. Belgia).

**Plany uzależnione od stopnia zamożności** - w krajach o tradycjach liberalnych, takich jak Wielka Brytania, Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone, wyznaczone są progi dochodowe/majątkowe, które uprawniają do otrzymywania finansowanych ze środków publicznych usług opieki długoterminowej. Jej dostępność jest tutaj uzależniona od stopnia zamożności danej osoby.

**Rozwiązania mieszane** - forma pośrednia pomiędzy planem powszechnym, a planami uzależnionymi od stopnia zamożności. Modele mieszane finansowania opieki długoterminowej można podzielić na:

1. powszechne plany równoległe (Szkocja, Włochy, Czechy),
2. powszechne świadczenia lub dotacje o wysokości uzależnionej od dochodów (Irlandia, Australia, Austria, Francja),
3. połączenie świadczeń powszechnych i uzależnionych od stopnia zamożności (Szwajcaria, Nowa Zelandia, Grecja, Hiszpania).

Jak wskazują autorzy cytowanego raportu, na świecie występują różnorodne bariery powszechnego dostępu do opieki długoterminowej, do których zaliczyć można różnice terytorialne (miasto – wieś) oraz różnice regionalne w podaży opieki. Skutkiem ograniczonego dostępu są także długie okresy oczekiwania na opiekę stacjonarną w takich krajach jak: Dania, Estonia, Łotwa, Węgry, Holandia, Słowacja, Hiszpania i Szwecja. Systemy opieki długoterminowej w krajach OECD ewoluują w kierunku umożliwienia konsumentowi dokonania wyboru czemu ma sprzyjać oferowanie świadczeń pieniężnych zamiast świadczeń w naturze, co pozwala na zakup preferowanych usług. W większości krajów usługi opieki długoterminowej świadczone są jednak w naturze, czyli bezpośrednio w postaci świadczonych usług, a nie w postaci pieniężnej na zakup takich usług.

W Polsce opieka długoterminowa jest finansowana ze środków publicznych i prywatnych. Opieka zapewniana przez podmioty prywatne i opieka nieformalna jest w pełni odpłatna dla jej odbiorców. Natomiast głównymi źródłami finansowania publicznego opieki długoterminowej są: ubezpieczenia zdrowotne, budżet państwa oraz budżety samorządów. Domowa i stacjonarna opieka pielęgnarska, które są świadczone w ramach ochrony zdrowia, finansowane są ze składek na powszechne ubezpieczenia zdrowotne. Z kolei usługi pomocy społecznej są finansowane z budżetu, jakkolwiek odbiorcy usług ponoszą obowiązkowo część kosztów usług stacjonarnych i świadczonych w miejscu zamieszkania. Ta współpłatność nie może jednak przekraczać 70% dochodów osobistych odbiorcy usług opiekuńczych. Gdy dochód osób jest poniżej ustawowego kryterium dochodowego opiekę finansują w całości samorządy lokalne. Natomiast zasiłki i świadczenia pieniężne (świadczenia pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy i zasiłek dla opiekunów) są wypłacane z budżetu państwa poprzez samorządowe ośrodki pomocy społecznej. Dodatek pielęgnacyjny jest natomiast wypłacany ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Łączne wydatki bieżące na opiekę długoterminową w Polsce oszacowano w 2014 na 1,3%. Brak jest wiarygodnych oszacowań poziomu prywatnych wydatków na usługi opieki długoterminowej. Wydatki na opiekę długoterminową stanowią 6,8% łącznych wydatków na opiekę zdrowotną. Większość wydatków na usługi opieki długoterminowej w ramach środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, jak i na potrzeby systemu pomocy społecznej, związana jest z opieką nad osobami starszymi, co pozwala prognozować rosnące obciążenie finansowe środków publicznych ze względu na wzrost liczby ludzi starszych w populacji.

### 1.5.1. Zasady odpłatności za opiekę

#### Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Kwestia ustalenia wysokości odpłatności, tryb pobierania opłat, jak również szczegółowe warunki przyznawania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, pozostawiono w gestii uchwały rady gminy. Wyjątkiem są tu specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, których zasady odpłatności zostały zawarte w *Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych*. Zgodnie z §4 tego rozporządzenia, jeżeli osoba nie przekracza kryterium dochodowego, specjalistyczne usługi udzielane są nieodpłatnie. W razie przekroczenia kryterium dochodowego usługi są odpłatne, a wysokość tej odpłatności jest uzależniona od stopnia przekroczenia kryterium. Przepis § 7 daje jednak możliwość częściowego lub nawet całkowitego zwolnienia takiego świadczeniobiorcy z opłat przede wszystkim w sytuacji konieczności korzystania co najmniej z dwóch rodza-

jów specjalistycznych usług, konieczności ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka, placówce opiekuńczo-wychowawczej, leczniczo-rehabilitacyjnej, opiekuńczo-leczniczej lub pielęgnacyjno-opiekuńczej, konieczności korzystania przez więcej niż jedną osobę w rodzinie z pomocy w formie specjalistycznych usług lub usług opiekuńczych (w tym co najmniej jedną przewlekłą chorobą), a także w przypadku zdarzenia losowego.

### **Pobyt w domu pomocy społecznej jest świadczeniem odpłatnym**

Maksymalna kwota opłat za pobyt w domu pomocy społecznej jest równa średniemu miesięcznemu kosztowi utrzymania mieszkańca, który jest określany przez organ właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z obowiązującym prawem mieszkańiec domu pomocy społecznej pokrywa koszt pobytu maksymalnie do wysokości 70% swojego dochodu<sup>22</sup>. Opłata za pobyt w domu pomocy społecznej w pierwszej kolejności powinna być uiszczana z dochodów świadczeniobiorcy – przez samego mieszkańca domu lub jego przedstawiciela ustawowego. Możliwe jest potrącanie tej opłaty z uzyskiwanej przez mieszkańca emerytury, renty bądź zasiłku stałego. W dalszej kolejności obowiązek ten spoczywa na małżonku osoby, dalej zstępnym (dzieci, wnukowie, etc.) oraz wstępnym (rodzicach, dziadkach, etc.), a w ostateczności na gminie, która skierowała osobę do domu pomocy społecznej. Szczegółowe zasady odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej przedstawiają art. 61-66 Ustawy o pomocy społecznej.

### **Pobyt w zakładach leczniczo-opiekuńczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym i rehabilitacji leczniczej jest świadczeniem odpłatnym.**

Zgodnie z artykułem 18 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* miesięczna opłata za pobyt w zakładach leczniczo-opiekuńczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym i rehabilitacji leczniczej, obejmująca koszty żywienia i zakwaterowania jest ustalana przez kierownika zakładu opiekuńczego<sup>23</sup>. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

### **Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny, a wysokość tej odpłatności jest uzależniona od umowy zawartej pomiędzy gminą a prowadzącym instytucję.**

Każdorazowo odpłatność zostaje ustalona w decyzji o umieszczeniu świadczeniobiorcy w rodzinnym domu pomocy. W szczególnie uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość częściowego lub całkowitego zwolnienia świadczeniobiorcy z opłat. W okresie zwolnienia z opłat należność z tytułu pobytu w rodzinnym domu pomocy ponosi gmina<sup>24</sup>. Rodzinne domy pomocy są przynajmniej raz na pół roku kontrolowane przez kierownika ośrodka pomocy społecznej.

## **1.6. Uwarunkowania działań na rzecz niesamodzielnych dorosłych w łódzkiem**

Analiza zebranego materiału empirycznego na temat funkcjonowania instytucji pomocy społecznej działających na rzecz niesamodzielnych dorosłych w województwie łódzkim oraz oparte o nią wnioski i rekomendacje muszą być poprzedzone kilkoma ważnymi założeniami.

<sup>22</sup> *Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku, tekst jednolity*, (Dz. U. z 2009 r. nr 175, poz. 1362 z późniejszymi zmianami).

<sup>23</sup> *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

<sup>24</sup> *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 roku w sprawie rodzinnych domów pomocy*, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, dnia 26 czerwca 2012 r., Poz.719.

Podstawowe założenie to konieczność uwzględnienia wszystkich (niekiedy niezależnych, zewnętrznych) czynników, które mają wpływ na funkcjonowanie systemów wsparcia w Łódzkiem. Do takich czynników należą:

1. uwarunkowania ponadnarodowe: globalne i europejskie,
2. determinanty działające na poziomie państwa związane głównie z legislacją w obszarze polityki społecznej, środki finansowe budżetu centralnego transferowane do regionów na realizację tak zwanych zadań zleconych itp.,
3. zastane, społecznie utrwalone wzory kulturowe opieki nad niesamodzielnymi osobami dorosłymi obecne w funkcjonowaniu polskiego społeczeństwa,
4. konteksty regionalne i lokalne na poziomie województwa oraz jego powiatów i gmin, co oznacza w praktyce specyfikę demograficzną oraz społeczno-gospodarczą województwa łódzkiego i odmienną sytuację w tym zakresie na terenie poszczególnych powiatów,
5. regionalne i lokalne zasoby infrastrukturalne (baza lokalowa itp.) publicznych instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej oraz potencjał podmiotów niepublicznych (pozarządowych i prywatnych) realizujących zadania w obszarze pomocy społecznej – opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi.

**Ad.1. Uwarunkowania ponadnarodowe jako efekty procesów globalizacji i europeizacji** to rozwiązania prawne i organizacyjne, programy i projekty unijne oddziałujące na polską pomoc społeczną, w tym na praktykę opieki nad zależnymi osobami dorosłymi. Takim uwarunkowaniem, w interesującym nas obszarze opieki, jest proces deinstytucjonalizacji. Stanowi on powszechną w Unii Europejskiej tendencję rozwoju systemu formalnej opieki nad niesamodzielnymi osobami dorosłymi i jest rekomendowany jako kierunek rozwoju polskiego systemu opieki. Deinstytucjonalizacja usług społecznych jest wpisana w cel strategii Europa 2020 i oznacza planowane, jakościowe przekształcenie, a niekiedy zamknięcie, stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej postrzeganych przez badaczy tego problemu jako miejsca izolacji, a czasami deprivacji ich mieszkańców<sup>25</sup>. Deinstytucjonalizacja oznacza także rozwój usług świadczonych w środowisku lokalnym, a jej integralnym elementem powinna być profilaktyka, czyli zapobieganie umieszczaniu osób w placówkach opieki stacjonarnej, całodobowej. Ma ona w swym założeniu zapewniać osobom niesamodzielnym godne traktowanie oraz zindywidualizowane usługi opiekuńcze, a także aktywizację społeczną podopiecznych. Nie kwestionując potencjalnych zalet deinstytucjonalizacji, wskazać należy na związane z nią ryzyka, o jakich istnieniu uczą doświadczenia opieki psychiatrycznej, w których po raz pierwszy (Włochy i USA) zastosowano tę koncepcję. Sytuacja zagrożenia w zakresie świadczenia opieki może mieć miejsce, gdy władze publiczne zaczną redukować liczbę miejsc w placówkach opieki stacjonarnej, nie zapewniając odpowiednich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Powodem takiej sytuacji może być zarówno deficyt środków finansowych, jak i brak zrozumienia dla potrzeb opiekuńczych części mieszkańców, czy choćby niechęć władz samorządowych do wspierania niepublicznych usługodawców jakimi są podmioty pozarządowe lub prywatne. Jak wskazują doświadczenia, deinstytucjonalizacja realizowana poprzez outsourcing, czyli zlecenie usług opiekuńczych podmiotom zewnętrznym, połączona jest z ryzykiem zagrożenia trwałości usług poprzez, m.in. zlecenie usług na zbyt krótki czas, niestabilne zatrudnienie w podmiotach wykonujących usługi, problemy lokalowe wynikające z braku infrastruktury opiekuńczej itp.<sup>26</sup>. Wymienione zalety

<sup>25</sup> Wystarczy wymienić klasyczną już książkę Ervinga Goffmana, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2011.

<sup>26</sup> *Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014 -2020. Raport z badania ewaluacyjnego.*

i wady deinstytucjonalizacji należy uwzględnić w działaniach podejmowanych w tym obszarze w Łódzkiem. Istotne z tego punktu widzenia są działania na rzecz analizy doświadczeń krajów Unii Europejskiej, które podjęły wcześniej próby deinstytucjonalizacji<sup>27</sup>. Celem takich analiz powinno być poszukiwanie rozwiązań sprzyjających zachowaniu w procesie deinstytucjonalizacji jakości świadczeń opiekuńczych w środowisku niesamodzielnych osób dorosłych.

**Ad.2. Do czynników ponadregionalnych zaliczyć trzeba działania władzy ustawodawczej i wykonawczej w Polsce, w zakresie ustanawiania prawa w odniesieniu do polityki społecznej oraz finansowania realizacji zadań zleconych w ramach pomocy społecznej.** Instytucje nadzorujące pomoc społeczną w obszarze wsparcia dorosłych osób niesamodzielnych to Departament Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a także Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Znaczenie wymienionych czynników ponadregionalnych wynika z faktu, że w Polsce głównym pozarodzinnym organizatorem usług opiekuńczych dla zależnych osób dorosłych jest publiczna pomoc społeczna oraz placówki finansowane z NFZ. Usługi opiekuńcze są wykonywane w miejscu zamieszkania, w dziennych domach pomocy społecznej. Wpisujące się w proces deinstytucjonalizacji usługi opiekuńcze wykonywane w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy są zadaniem własnym gminy. Z tej formy wsparcia korzystać mogą osoby samotne, które z powodu wieku, choroby lub innej przyczyny wymagają pomocy innych, a są jej pozbawione. Usługi świadczone w miejscu zamieszkania osoby, która potrzebuje pomocy obejmują: pomoc w codziennych zajęciach, takich jak zakupy, sprzątanie, gotowanie, mycie, ubieranie, podawanie leków, ścielenie łóżka, karmienie oraz zapobieganie odleżynom i odparzeniom.

**Ad.3. Czynniki historyczne, czyli przyjęte w przeszłości rozwiązania, które oddziałują na współczesne funkcjonowanie systemów opiekuńczych**

W literaturze przedmiotu wpływ czynników historycznych określa się mianem „zależność od szlaku” (path dependency). W Polsce czynnikiem historycznym jest długa, wynikająca z utraty niepodległości, nieobecność państwa w sferze socjalnej i związana z nią tradycja oparcia systemów wsparcia niesamodzielnych osób dorosłych głównie o rodzinę. Tradycyjna wielopokoleniowa rodzina spełniała funkcje opiekuńcze wobec starszych, niepełnosprawnych czy chorych członków. Badania Anny Kotlarskiej – Michalskiej w latach 80. potwierdziły tę opiekuńczą rolę rodziny, a najważniejszymi formami pomocy były opieka i pielęgnacja w chorobie, co było zgodne z oczekiwaniami osób starszych<sup>28</sup>. Po 1989 roku, w okresie transformacji nastąpiły istotne zmiany we wzorach życia rodzinnego określane mianem deinstytucjonalizacji rodziny (o czym była już mowa wcześniej). Analizy empiryczne przeprowadzone w 2006 roku przez Irenę Kotowską i Irenę Wóycicką wśród starszych osób w wieku produkcyjnym dowiodły, że w gospodarstwach domowych wymagających usług opiekuńczych wobec zarówno dzieci jak i osób starszych zależnych od opieki były one świadczone głównie przez najbliższą rodzinę i krewnych<sup>29</sup>. Badania przeprowadzono wśród kobiet w wieku 50-65 lat i mężczyzn w wieku 55-70 lat. Wywiady wykonano wśród 4 512 kobiet oraz 2 516 mężczyzn.

<sup>27</sup> Przykładem takich analiz może być choćby projekt „Wyrównywanie szans na rynku pracy dla osób 50+” w ramach którego ukazał się pod redakcją Elżbiety Kryńskiej i Piotra Szukalskiego raport *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach UE*, Łódź 2013.

<sup>28</sup> Kotlarska-Michalska A., *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*, WN UAM, Poznań, 1990, s.15.

<sup>29</sup> Kotowska, I. Wóycicka I. (red.), (2008), *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań*, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, s.27.

Świadomość tych uwarunkowań powinna towarzyszyć decydom i praktykom konstruującym strategię opiekuńcze. Wydłużenie się przeciętnego trwania życia przy równoczesnym zmniejszaniu się dzietności rodzin powoduje, że coraz częściej w rodzinie wielopokoleniowej jest więcej osób starszych niż dzieci. Aktywizacja zawodowa kobiet oraz migracje zarobkowe dorosłych dzieci wyjeżdżających poza województwo łódzkie zmniejszają możliwości opiekuńcze naturalnych systemów rodzinnych, które muszą być wspierane przez zewnętrznych dostawców.

#### **Ad.4. Czynniki na poziomie regionalnym i lokalnym: specyfika społeczno-gospodarcza województwa łódzkiego, przyjęte strategie polityki społecznej, w tym polityki na rzecz niesamodzielnymi osób dorosłych oraz rozwiązania lokalne (gminne i powiatowe) w tym zakresie.**

Determinantami na poziomie regionalnym i lokalnym są bezpośrednie działania regionalnych i lokalnych władz ustawodawczych (sejmik wojewódzki, rady powiatów i gmin) oraz wykonawczych (marszałkowie, starostowie, prezydenci, burmistrzowie i wójtowie). Są to bowiem bezpośredni zwierzchnicy instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego (na poziomie gmin i powiatów) w zakresie pomocy społecznej. Do czynników regionalnych i lokalnych należą także organizacje pozarządowe, instytucje publiczne świadczące usługi społeczne (urzędy pracy, szkoły, ośrodki zdrowia, szpitale, itp.), partnerzy spoza sfery socjalnej (lokalny biznes) współpracujący z pomocą społeczną. W Łódzkiem, w większym stopniu niż w innych częściach kraju obserwowane są procesy starzenia się społeczeństwa. Według prognoz dla województwa łódzkiego będzie następowało stałe zmniejszanie się liczby mieszkańców oraz starzenie się populacji, a po 2020 r. procesy te ulegną przyśpieszeniu, co oznacza utrwalenie negatywnego trendu demograficznego w województwie łódzkim<sup>30</sup>.

#### **Ad.5 Regionalne i lokalne zasoby publicznych instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej.**

Ocena Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Łódzkiego za rok 2016 wykazała, że utrwalonym trendem jest ciągle wysoki i rosnący udział osób długotrwale pozostających w systemie świadczeń (56,2% świadczeniobiorców)<sup>31</sup>. Wzrasta liczba klientów pomocy społecznej, korzystających ze wsparcia z tytułu długotrwałej lub ciężkiej choroby. Powód ten wskazany został przez 42% klientów pomocy społecznej, co oznacza wzrost o 5 punktów procentowych w stosunku do 2015 roku. W roku 2016 z usług opiekuńczych skorzystało 7 035 osób, przy czym najwięcej odnotowano ich w Łodzi, oraz w powiatach zgierskim, pabianickim i radomszczańskim.

Analizując stronę podażową pomocy społecznej trzeba stwierdzić, że w województwie łódzkim występuje skrajnie nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne domów pomocy społecznej oraz domów dziennego pobytu, a także środowiskowych domów samopomocy, które koncentrują się wokół dużych miast. Skutkuje to długimi terminami oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej oraz deficytami kadrowymi wykwalifikowanych opiekunów. Przeprowadzone badania potwierdziły i uszczegółowiły inwentaryzację zasobów publicznych instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej.

<sup>30</sup> *Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020*, Łódź 2015.

<sup>31</sup> *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2016*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.

## 2. ANALIZA SYTUACJI REALIZATORÓW USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM NA PODSTAWIE DANYCH ZASTANYCH

### 2.1. Charakterystyka województwa łódzkiego

#### 2.1.1. Położenie administracyjne

Województwo łódzkie położone jest w centralnej części Polski. Sąsiaduje od wschodu z województwem mazowieckim oraz świętokrzyskim, od południa z województwami śląskim i opolskim, a od zachodu z województwem wielkopolskim. Od strony północnej na niewielkim odcinku graniczy z województwem kujawsko-pomorskim. Województwo łódzkie zajmuje obszar 18 219 km<sup>2</sup>, co stanowi około 6% powierzchni kraju<sup>32</sup>. Obszar województwa łódzkiego obejmuje 3 miasta na prawach powiatu oraz 21 powiatów, które dzielą się na 177 gmin, z czego 18 stanowią gminy miejskie, 26 to gminy miejsko-wiejskie, a 133 to gminy wiejskie<sup>33</sup>. W powiecie łęczyckim, we wsi Piątek, usytuowany jest geometryczny środek kraju. Stolicą województwa jest Łódź, która wraz z przyległymi do niej miejscowościami tworzy trzeci co do wielkości ośrodek miejski w Polsce, ustępujący liczbą ludności jedynie aglomeracji krakowskiej i warszawskiej.

#### 2.1.2. Sytuacja demograficzna

Województwo łódzkie zamieszkuje niespełna 2,5 mln osób<sup>34</sup>, co czyni łódzkie piątym, pod względem liczby ludności, województwem w kraju (gęstość zaludnienia wynosi 137 osób/1 km<sup>2</sup>)<sup>35</sup>. Odsetek kobiet stanowi 52,4%<sup>36</sup>. Prawie dwie trzecie mieszkańców łódzkiego żyje w miastach<sup>37</sup>. W ciągu minionej dekady liczba mieszkańców województwa podlegała wyraźnej tendencji spadkowej – na przestrzeni lat 2005 - 2015 zmniejszyła się ona o 3,2%. Od 2010 roku liczba mieszkańców zmniejszyła się o 1,9% (48 833 osób)<sup>38</sup>. Zgodnie z przewidywaniami, w nadchodzących latach, województwo łódzkie zostanie dotknięte silnymi procesami depopulacyjnymi – w prognozie GUS na lata 2014-2050 szacuje się, że do 2020 roku liczba ludności zmniejszy się o około 60 tys. osób (co oznacza spadek o około 2,4% w stosunku do roku 2015), a do roku 2030 o kolejne 10 000<sup>39</sup>. Czynnikiem przyczyniającymi się do niekorzystnej sytuacji demograficznej województwa są ruch naturalny i ruchy migracyjne ludności.

W Łódzkiem notuje się najniższy przyrost naturalny w kraju: -3,6 na 1000 ludności (wskaźnik dla całego kraju wynosi -0,7)<sup>40</sup>. W 2015 roku w województwie urodziło się o 9 012 osób mniej niż zmarło (współczynnik dynamiki demograficznej wynosi 0,71)<sup>41</sup>, a wartość współczynnika

<sup>32</sup> *Statystyczne Vademecum Samorządowca, Województwo łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016, dostęp: 08.11.2016.

<sup>33</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 09.11.2016.

<sup>34</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 08.11.2016

<sup>35</sup> *Statystyczne Vademecum Samorządowca, Województwo łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016, dostęp: 09.11.2016.

<sup>36</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp 08.11.2016.

<sup>37</sup> Opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny dostęp: 09.11.2016.

<sup>38</sup> tamże.

<sup>39</sup> *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 08.11.2016.

<sup>40</sup> *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2016, Województwo łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016, dostęp: 09.11.2016.

<sup>41</sup> Opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 09.11.2016.

dziętności (1,26 względem 1,29 w całej Polsce),<sup>42</sup> obrazującego liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym (15-49 lat) nie gwarantowała prostej zastępowalności pokoleń<sup>43</sup>. Kurczenie się społeczeństwa zbiega się w czasie się z procesem starzenia się ludności. Zgodnie z danymi GUS, w latach 2005-2015 udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrósł w województwie łódzkim z 14,9% do 21,8%, a w końcu drugiej dekady XXI wieku może sięgnąć nawet jednej piątej całej populacji (20,9%)<sup>44</sup>. W wieku przedprodukcyjnym jest 16,8% mieszkańców<sup>45</sup>. Relacje występujące pomiędzy poszczególnymi grupami wieku ekonomicznego ludności przekładają się na wartość współczynnika obciążenia demograficznego. Wskaźnik ten obrazuje poziom utrzymania osób w wieku emerytalnym przez ludność pracującą. W 2015 roku w województwie łódzkim na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało około 36 osób w wieku poprodukcyjnym – o 9 więcej niż dziesięć lat wcześniej i o około 5 więcej niż przeciętnie w kraju<sup>46</sup>.

Nie bez znaczenia dla starzenia i zmniejszania się liczby mieszkańców województwa łódzkiego są procesy migracyjne - w regionie od lat rejestruje się bowiem ujemne saldo migracji na pobyt stały. Niekorzystny bilans ruchów ludności związany jest przede wszystkim z migracjami wewnętrznymi ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym – w 2015 roku saldo migracji w tych grupach wieku wyniosło odpowiednio -268 i -1448 osób<sup>47</sup>. W ramach migracji międzywojewódzkich najczęstszym kierunkiem odpływu mieszkańców były województwa mazowieckie, śląskie i wielkopolskie<sup>48</sup>.

Jeżeli prognozy wskazujące na dalszy spadek liczby ludności oraz starzenie się mieszkańców województwa łódzkiego potwierdzą się, w dłuższej perspektywie doprowadzi to do wzrostu popytu na różnorodne formy opieki. Tym samym obserwowane tendencje demograficzne każą spodziewać się zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia skierowane do niesamodzielnych osób dorosłych.

### 2.1.3. Warunki życia i rynek pracy

W świetle wyników Badania Spójności Społecznej<sup>49</sup>, mieszkańcy województwa łódzkiego mają jedno z gorszych warunków życia w Polsce – w 2015 roku w co dziewiątym gospodarstwie domowym w regionie diagnozowano tzw. ubóstwo warunków życia<sup>50</sup>. Relatywnie niekorzystne warunki egzystencji koincydują z najniższą samooceną życia w ogóle – w tym samym roku niespełna trzy czwarte mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 16 lat i więcej (73%) oceniło swoje życie bardzo dobrze lub dobrze. Zadowolenie z życia było w Łódzkiem niższe niż przeciętnie w kraju (78%) i w pozostałych województwach.

<sup>42</sup> *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2015 r.*, Urząd Statystyczny w Łodzi, dostęp: 09.11.2016.

<sup>43</sup> Przyjmuje się, iż współczynnik dziętności między 2,10 ÷ 2,15 jest poziomem zapewniającym zastępowalność pokoleń.

<sup>44</sup> *Statystyczne Vademecum Samorządowca, 2016*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016, dostęp: 08.11.2016.

<sup>45</sup> opracowanie własne na podstawie: *Statystyczne Vademecum Samorządowca, Województwo łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016, dostęp: 08.11.2016.

<sup>46</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 08.11.2016.

<sup>47</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 09.11.2016.

<sup>48</sup> *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2016, Województwo łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016, dostęp: 09.11.2016.

<sup>49</sup> *Regionalne zróżnicowanie jakości życia w Polsce na podstawie Badania Spójności Społecznej 2015*, Główny Urząd Statystyczny, dostęp 09.11.2016.

<sup>50</sup> Zgodnie z metodologią GUS, warunki życia określano na podstawie wartości 30 zmiennych. Złe warunki stwierdzano w sytuacji, gdy co najmniej 10 z nich przyjmowało wartość krytyczną. Zmienne w mierniku odnosiły się (za GUS) do: jakości życia, jakości mieszkania, poziomu wyposażenia w dobra trwałego użytku, możliwości zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych ze względów finansowych.

Zgodnie z danymi za rok 2011, w województwie łódzkim wykształcenie wyższe posiada 16,2% mieszkańców. Udział osób legitymujących się wyższym wykształceniem jest w Łódzkiem nieco mniejszy niż w całym kraju (17,0%)<sup>51</sup>.

W latach 2005-2015, pomimo sukcesywnego wzrostu poziomu płac w województwie łódzkim, przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto było stale niższe niż w kraju. W roku 2015 wynosiło ono 3 790,76 zł, co stanowiło 91,3% średniego wynagrodzenia brutto w kraju, przy czym różnica w poziomie płac wraz z upływem lat uległa zmniejszeniu (w 2005 roku wynagrodzenie wojewódzkie stanowiło 87,3% średniej krajowej)<sup>52</sup>. Poziom płac w regionie jest przy tym dość silnie zróżnicowany – przeciętne wynagrodzenie mieszkańców powiatu bełchatowskiego ukształtowało się w 2015 roku na poziomie 5 791,89 zł (i było wyższe o blisko 53% od średniej płacy wojewódzkiej i o 40% od średniej krajowej), w Łodzi zarabiano średnio 4 047,78 zł (o 6,8% więcej niż w województwie i o 2,5% mniej niż w średnio w kraju), w powiecie pabianickim – 3 402,55 zł (mniej odpowiednio o 10% i 18%), w powiecie wieluńskim – 3 252,66 zł (mniej odpowiednio o 14,2% i 21,6%), natomiast w powiecie brzezińskim – zaledwie 2 748,42 zł (mniej o 27,5% i 33,8%)<sup>53</sup>. W końcu 2015 roku stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie łódzkim wyniosła 10,3%<sup>54</sup>. Zarówno wówczas, jak i w całym dziesięcioleciu, poziom bezrobocia na regionalnym rynku pracy był wyższy niż w Wielkopolsce, Małopolsce, na Mazowszu i na Śląsku, a w ciągu ostatnich pięciu lat również nieco wyższy od średniej krajowej. Różna od ogólnopolskiej okazała się także struktura regionalnego bezrobocia. Bezrobocie w województwie łódzkim w większym stopniu niż w kraju miało charakter długookresowy (42,0% bezrobotnych pozostających bez pracy powyżej 12 miesięcy w województwie wobec 39,7% w kraju), a rzadziej przybierało formę krótkotrwałą (26,8% bezrobotnych pozostających bez pracy do 3 miesięcy w województwie wobec 29,4% w kraju)<sup>55</sup>. W 2015 roku w województwie łódzkim udział kobiet w populacji osób bezrobotnych był zbliżony do udziału mężczyzn, a przy tym nieznacznie niższy niż w Polsce ogółem (49,8% w województwie wobec 52,2% w kraju)<sup>56</sup>. Jednocześnie bezrobocie wśród kobiet częściej niż wśród mężczyzn wiązało się z długotrwałą absencją na rynku pracy (44,5% bezrobotnych mieszanek i 39,6% bezrobotnych mieszkańców województwa pozostawało bez pracy dłużej niż 1 rok)<sup>57</sup>. Kategorią relatywnie niedoreprezentowaną na regionalnym rynku pracy były osoby zbliżające się do wieku emerytalnego (ludność w wieku 55+ stanowiła 20,4% bezrobotnych w województwie łódzkim, podczas gdy w kraju było to 17,6%)<sup>58</sup>. Przeważająca część bezrobotnych w wieku 55-64 lata (53,8%) poszukiwała zatrudnienia dłużej niż 1 rok. Ta często niekomfortowa sytuacja osób w wieku okołoemerytalnym może mieć wpływ na poziom przyszłego zapotrzebowania na pomoc organizowaną przez samorząd. Trudności z „utrzymaniem” się na rynku pracy z dużym prawdopodobieństwem przełożą się bowiem na obniżenie standardu życia po osiągnięciu wieku poprodukcyjnego.

<sup>51</sup> *Narodowy Spis Powszechny 2011*, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 10.11.2016.

<sup>52</sup> opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 10.11.2016.

<sup>53</sup> Opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny dostęp: 10.11.2016.

<sup>54</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, 10.11.2016.

<sup>55</sup> Opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny dostęp: 10.11.2016.

<sup>56</sup> opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 10.11.2016.

<sup>57</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 10.11.2016.

<sup>58</sup> Opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 10.11.2016.

## 2.1.4. Kapitał społeczny

Wielkość i jakość sieci społecznych może mieć istotne konsekwencje dla popytu na opiekę formalną – sieć wysokiej jakości będzie bardziej samosterowna i samowystarczalna aniżeli sieć odznaczająca się kapitałem uboższym, w której pełne zabezpieczenie takich potrzeb wymaga obecności silnego sektora profesjonalnych usług opieki stacjonarnej czy środowiskowej.

W 2011 roku na terenie województwa łódzkiego żyło łącznie 739 319 rodzin, w tym 536 082 małżeństwa<sup>59</sup>. Zgodnie z danymi za 2015 rok, 55% mieszkańców żyje w związku małżeńskim, 5,8% jest po rozwodzie<sup>60</sup>. W roku 2015 w województwie zawarto 11 456 nowych związków małżeńskich, co w przeliczeniu na 1000 mieszkańców daje wartość na poziomie 4,6, a zatem niższą zarówno od odnotowanej w kraju (4,9), jak i w województwie łódzkim w 2005 roku (5,2)<sup>61</sup>. Stosunkowo korzystnie przedstawia się natomiast sytuacja w zakresie trwałości zawieranych związków małżeńskich – w 2015 roku wskaźnik obrazujący liczbę rozwodów orzeczonych w województwie (3 806) przypadającą na 1000 ludności osiągnął wartość 1,5 i był niższy od odnotowanego w roku 2005 (o 0,5 jednostki) oraz od wskaźnika ogólnopolskiego (1,8)<sup>62</sup>. Relatywnie mało korzystna jest natomiast relacja pomiędzy liczbą rozwodów i zawieranych małżeństw. Średnio w latach 2005-2015 w województwie łódzkim zawierano trzykrotnie więcej małżeństw niż orzekano rozwodów, podczas gdy w Polsce wartość wskaźnika była nieco wyższa (średnio 3,3 małżeństwa w przeliczeniu na 1 rozwód). W świetle wyników *Badania Spójności Społecznej* prawie 30% ludności województwa w wieku 16 lat i więcej mogło w 2015 roku pochwalić się silnym kapitałem rodzinnym (wartość wskaźnika w regionie jest zbliżona do tej, jaką zarejestrowano na poziomie kraju). Niezależnie od siły więzi rodzinnych, której ocena jest z natury rzeczy subiektywna, znaczny odpływ ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym oraz malejące zainteresowanie formalizowaniem związków nakazuje sądzić, że wspólnoty rodzinne nie będą w stanie udźwignąć obciążeń wynikających z rosnących potrzeb opiekuńczych starzejącej się populacji. W dojrzałym społeczeństwie obywatelskim funkcje te, również na poziomie nieformalnych mikrostruktur, mogą jednak z powodzeniem przejmować grupy innego typu.

Miernikiem dającym pośrednie wyobrażenie o potencjale kapitału społecznego jest siła relacji towarzysko-sąsiedzkich oraz zaangażowanie w działania wyływające z poczucia obywatelskiej podmiotowości i wewnętrznej nieprzymuszonej potrzeby samoorganizacji.

Wyniki *Badania Spójności Społecznej 2015* pokazują, że mniej niż 25% mieszkańców województwa łódzkiego mających ukończone 16 lat utrzymuje silne i regularne kontakty ze znajomymi, przyjaciółmi, kolegami oraz sąsiadami, dające poczucie bezpieczeństwa i przekonanie o możliwości uzyskania wsparcia materialnego czy duchowego. Wartość wskaźnika w regionie jest nieznacznie niższa od tej, jaką notowano w większości województw (wskaźnik przyjmował wartości z zakresu 21%-34%) i na poziomie całego kraju (27%).

Zgodnie z danymi GUS, w województwie łódzkim obserwowany jest systematyczny wzrost liczby aktywnych organizacji pozarządowych. W 2014 roku na terenie województwa działało 5,7 tys. podmiotów sektora non-profit, było to o 200 więcej niż w roku 2012 i o 300 więcej niż w roku 2010<sup>63</sup>. Informacje zawarte w Bazie organizacji pozarządowych wskazują natomiast, że aktualnie (koniec 2016 roku) w województwie funkcjonuje blisko 8,5 tys. tego typu podmiotów zajmujących się różnorodną działalnością (średnio 3,4 organizacji w przeliczeniu na 1 tys. ludności)<sup>64</sup>. 70 spośród uwzględnionych w rejestrze organizacji pozarządowych ma status Organizacji Pożytku Publicznego. Mimo wzrostu liczby aktywnych NGO, w 2015 roku w woje-

<sup>59</sup> *Narodowy Spis Powszechny 2011*, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 14.11.2016.

<sup>60</sup> [polskawliczbach.pl/lozkie](http://polskawliczbach.pl/lozkie), dostęp: 14.11.2016.

<sup>61</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 14.11.2016.

<sup>62</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 14.11.2016.

<sup>63</sup> Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 15.11.2016.

<sup>64</sup> [bazy.ngo.pl](http://bazy.ngo.pl), dostęp: 15.11.2016.

wództwie łódzkim zarejestrowano drugi najniższy poziom kapitału stowarzyszeniowego w kraju – działalność w świeckich organizacjach pozarządowych i wspólnotach religijnych deklarowało 20% mieszkańców Polski mających co najmniej 16 lat i tylko 14% analogicznej kohorty w województwie łódzkim<sup>65</sup>.

Abstrahując od aktywności na szczeblu lokalnym, mieszkańcy województwa łódzkiego przejawiają relatywnie duże zainteresowanie sprawami kraju – w ostatnich wyborach do Sejmu (2015 rok) do urn poszło 51,63% uprawnionych obywateli, a frekwencja wyborcza w regionie była wyższa od tej, jaką odnotowano w całym kraju (50,92%)<sup>66</sup>.

## 2.2. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej

Analiza danych publicznych ujawniła brak dostępności do danych dotyczących pomocy społecznej skierowanej bezpośrednio do dorosłych osób niesamodzielnych. Wszelkie dostępne informacje odnoszą się do ogółu działań pomocowych bez wyodrębnienia środków przeznaczonych na realizację działań skierowanych do poszczególnych grup osób wymagających wsparcia czy też kategorii wiekowych potrzebujących. Tym samym przedstawione poniżej informacje odnoszą się do usług świadczonych w ramach systemu pomocy społecznej w ujęciu ogólnym. Dane dotyczące systemu opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi uzyskane zostały z badania zrealizowanego wśród placówek pomocy społecznej i zamieszczone zostały w dalszej części opracowania.

Analizując zamieszczone dane należy ponadto pamiętać, że brak jest spójnej bazy informacyjnej. Z konieczności zatem, przedstawiane dane pochodzą z różnych źródeł. Powoduje to, że część informacji może być sprzeczna.

### Domy Pomocy Społecznej

Na terenie województwa łódzkiego w 2015 roku funkcjonowało 57 domów pomocy społecznej<sup>67</sup>. Wśród nich wyróżnić można 48 jednostek, których organizatorem były jednostki samorządu terytorialnego oraz 9 placówek, w przypadku których organizatorami były inne podmioty. Zwykle były to organizacje pozarządowe<sup>68</sup>.

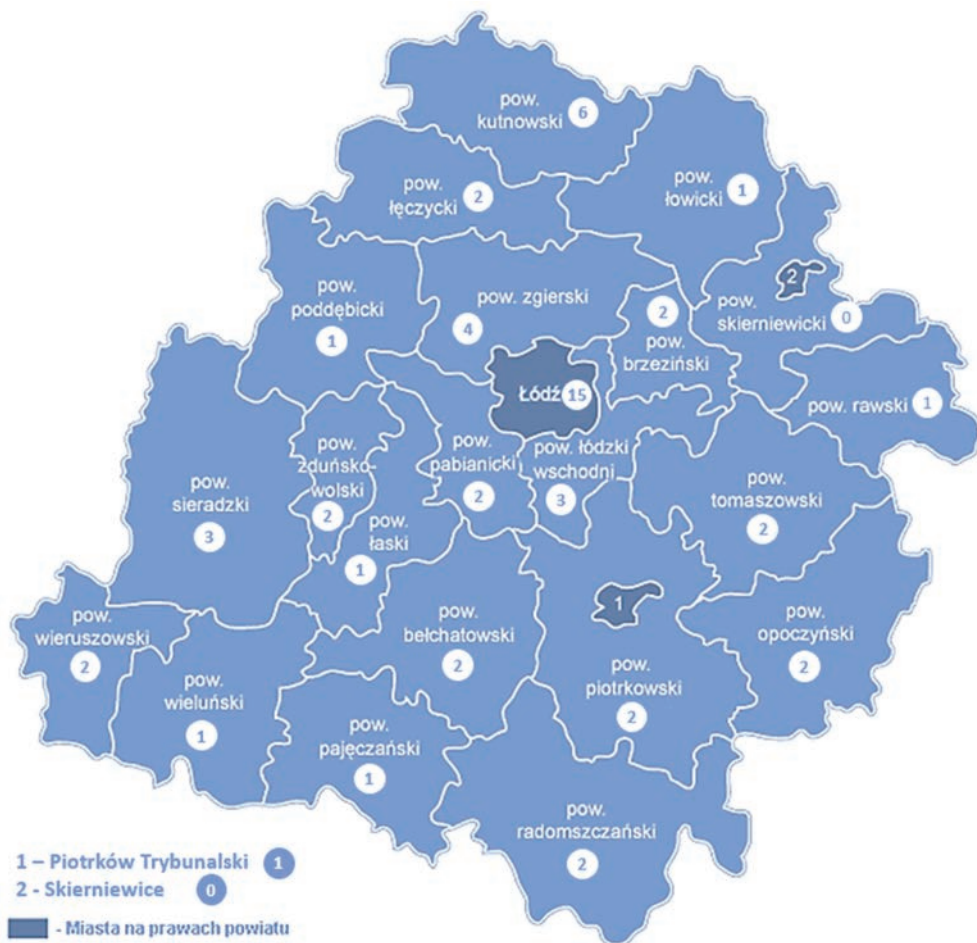
<sup>65</sup> *Regionalne zróżnicowanie jakości życia w Polsce na podstawie Badania Spójności Społecznej 2015*, Główny Urząd Statystyczny, dostęp: 15.11.2016.

<sup>66</sup> PKW, Wybory do Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej 2015, dostęp: 15.11.2016.

<sup>67</sup> *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 42, dostęp: 16.11.2016.

<sup>68</sup> tamże, dostęp: 17.11.2016.

Rysunek 1. Liczba DPS w powiatach województwa łódzkiego w 2015 r.



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

Dominującym modelem świadczenia usług w Domach Pomocy Społecznej w województwie łódzkim jest tworzenie domów przeznaczonych dla jednego typu odbiorców. W przypadku części placówek występuje łączenie opieki nad różnymi grupami osób. W jednostkach tych łączona jest opieka nad osobami w podeszłym wieku z opieką nad osobami przewlekle somatycznie chorymi lub niepełnosprawnymi fizycznie<sup>69</sup>.

Rozkład terytorialny DPS na terenie województwa w 2015 roku charakteryzował się dużym zróżnicowaniem.

<sup>69</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 42, dostęp: 17.11.2016.

**Tabela 1. Liczba mieszkańców przypadająca na jeden DPS w 2015 roku.**

Powiat / Miasto	Liczba mieszkańców	Liczba DPS	Liczba mieszkańców na jeden DPS
Powiat łowicki	79 631	1	79 631
Powiat wieluński	77 290	1	77 290
Powiat miasto Piotrków Trybunalski	75 183	1	75 183
Powiat pabianicki	119 518	2	59 759
Powiat tomaszowski	118 671	2	59 336
Powiat radomszczański	115 125	2	57 563
Powiat bełchatowski	112 916	2	56 458
Powiat pajęczański	52 023	1	52 023
Powiat łaski	50 282	1	50 282
Powiat miasto Łódź	700 982	15	46 732
Powiat piotrkowski	91 283	2	45 642
Powiat poddębicki	41 679	1	41 679
Powiat zgierski	165 130	4	41 283
Powiat sieradzki	119 268	3	39 756
Powiat opoczyński	77 457	2	38 729
Powiat zduńskowolski	67 483	2	33 742
Powiat łęczycki	51 062	2	25 531
Powiat łódzki wschodni	70 430	3	23 477
Powiat wieruszowski	42 195	2	21 098
Powiat kutnowski	99 258	6	16 543
Powiat brzeziński	30 933	2	15 467
Powiat rawski	49 239	0	-
Powiat skierniewicki	38 177	0	-
Powiat miasto Skierniewice	48 388	0	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

Liczba placówek zlokalizowanych na terenie poszczególnych powiatów wynosiła od 0 do 15. DPS nie funkcjonowały na terenie powiatu skierniewickiego oraz w Skierniewicach<sup>70</sup>. Z kolei najwięcej placówek (15) zlokalizowanych było w Łodzi, a następnie na terenie powiatu kutnowskiego – 6 oraz powiatu zgierskiego – 4. W pozostałych jednostkach administracyjnych funkcjonowało od 1 do 3 placówek<sup>71</sup>. Wyraźne zagęszczenie Domów Opieki Społecznej na terenie Łodzi nie oznacza, że jej mieszkańcy są uprzywilejowani pod względem dostępności tych placówek. Odniesienie ich liczby do liczby osób zamieszkujących dany teren wskazuje, że najlepiej pod tym względem wypada powiat brzeziński, w którym jeden tego typu obiekt przypada na 15,5 tys. mieszkańców. Najgorsza sytuacja pod tym względem charakteryzuje powiaty łowicki oraz wieluński, a także Piotrków Trybunalski. W ich przypadku jeden DPS przypada odpowiednio na

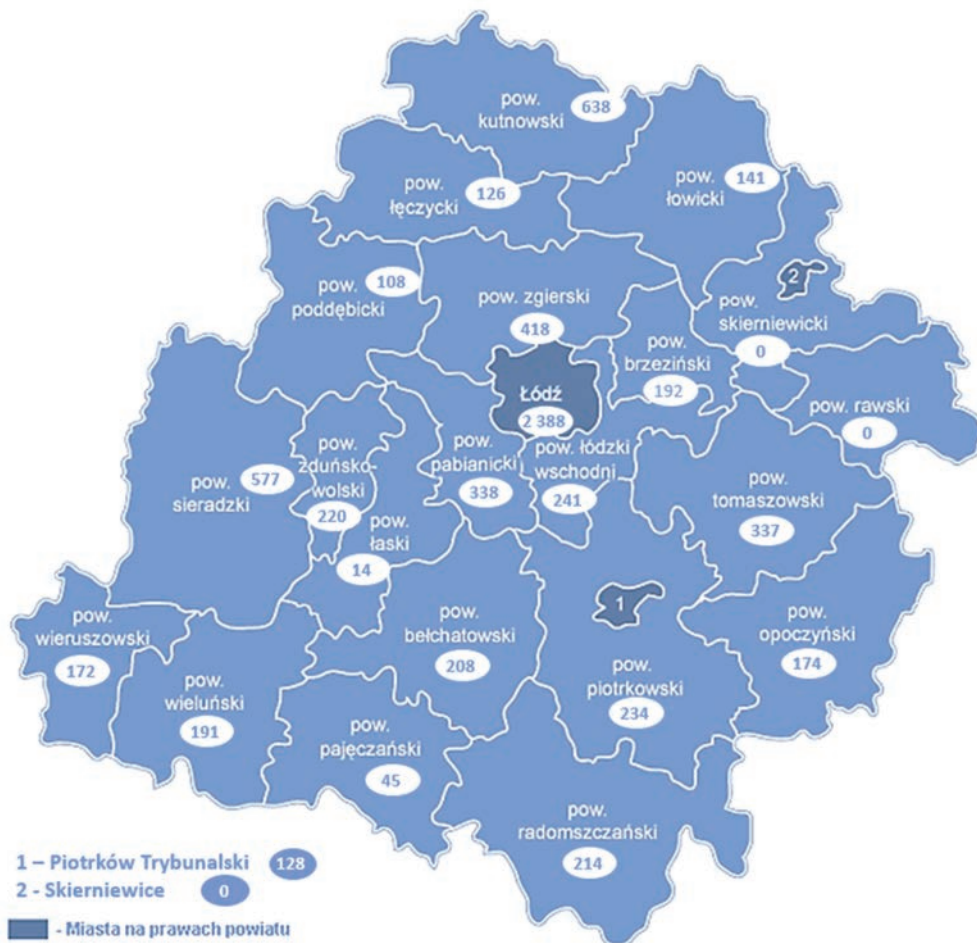
<sup>70</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 43, dostęp: 17.11.2016.

<sup>71</sup> tamże, dostęp: 17.11.2016.

79,6 tys., 77,3 tys. oraz 75,2 tys. mieszkańców. W przypadku Łodzi wskaźnik ten osiąga wartość 46,7 tys. mieszkańców<sup>72</sup>.

W 2015 roku DPS funkcjonujące na terenie województwa łódzkiego udostępniały potrzebującym 6 252 miejsca. Skorzystały z nich w tym okresie 7 104 osoby. Liczba beneficjentów domów pomocy społecznej w poszczególnych powiatach przedstawiona została na rysunku numer 2<sup>73</sup>.

**Rysunek 2. Liczba osób korzystających z usług pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego w 2015 roku.**



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

<sup>72</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s.55-56, dostęp: 17.11.2016.

<sup>73</sup> tamże, s. 44, dostęp: 17.11.2016.

## Ośrodki wsparcia

W 2015 roku na terenie województwa łódzkiego dostępne były następujące zasoby pomocy społecznej (w nawiasie podano ich liczbę):

- Ośrodki wsparcia (126, w tym 47 środowiskowych domów samopomocy);
- Dzielne domy pomocy (34);
- Noclegownie, schroniska i domy dla osób bezdomnych (23);
- Kluby samopomocy (4);
- Mieszkania chronione (25);
- Ośrodki interwencji kryzysowej (11);
- Jednostki specjalistycznego poradnictwa (16);
- Placówki wsparcia dziennego (125);
- Placówki opiekuńczo-wychowawcze (66);
- Centra integracji społecznej (3);
- Kluby integracji społecznej (11);
- Warsztaty terapii zajęciowej (48);
- Zakłady aktywności zawodowej (7);
- Punkty konsultacyjne (bd);
- Uniwersytety trzeciego wieku (bd);
- Świetlice dla bezdomnych (bd).<sup>74</sup>

Ośrodki wsparcia w 2015 roku oferowały potrzebującym 6 189 miejsc<sup>75</sup>. Dostępne dane wskazują, że liczba ta jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Świadczy o tym długość kolejki liczby osób oczekujących, która na koniec tego okresu wynosiła 365 osób<sup>76</sup>. W całym 2015 roku z oferty ośrodków wsparcia skorzystało 8 477 osób<sup>77</sup>.

Jedną z form ośrodków wsparcia są środowiskowe domy samopomocy. W 2015 roku placówki te udostępniały 1 876 miejsc, z których w ciągu dwunastu miesięcy skorzystały 2 102 osoby. Kolejka osób oczekujących liczyła 311 osób co oznacza, że to w przypadku tego rodzaju placówek popyt w największym stopniu przewyższa podaż<sup>78</sup>.

Dzielne domy pomocy funkcjonujące na terenie województwa łódzkiego oferowały w 2015 roku 1 636 miejsc. Skorzystały z nich 1 992 osoby. W trakcie tego okresu nie było osób, które oczekiwałyby na przyjęcie do placówki<sup>79</sup>.

Noclegownie, schroniska i domy dla osób bezdomnych udostępniały w 2015 roku we wszystkich 23 placówkach funkcjonujących na terenie województwa łódzkiego łącznie 972 miejsca. W ciągu roku odnotowano korzystanie z nich przez 2 072 osoby<sup>80</sup>.

Na całym poddanym analizie obszarze w 2015 roku funkcjonowało 25 mieszkań chronionych. Oferowały one łącznie 229 miejsc, z których skorzystało 220 osób. Pomimo zapotrzebowania mniejszego niż dostępna liczba miejsc w omawianym roku odnotowano istnienie 4 osobowej kolejki oczekujących<sup>81</sup>.

<sup>74</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 45-46, dostęp: 17.11.2016.

<sup>75</sup> tamże, s. 46, dostęp: 17.11.2016.

<sup>76</sup> tamże, dostęp: 17.11.2016.

<sup>77</sup> tamże, s. 45, dostęp: 17.11.2016.

<sup>78</sup> tamże, s. 45, dostęp: 17.11.2016.

<sup>79</sup> tamże, s. 47, dostęp: 17.11.2016.

<sup>80</sup> tamże, dostęp: 17.11.2016.

<sup>81</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, dostęp: 17.11.2016.

Dużym zainteresowaniem cieszył się udział w warsztatach terapii zajęciowej. Z usług 48 placówek 2015 roku skorzystało 1 665 osób<sup>82</sup>.

### 2.3. Kadra placówek pomocy społecznej w województwie łódzkim

Kadrę jednostek organizacyjnych pomocy społecznej stanowią osoby zatrudnione w ośrodkach pomocy społecznej oraz w powiatowych centrach pomocy rodzinie na podstawie umowy o pracę (niezależnie od wykonywanych działań), a także osoby zatrudnione w ramach środków EFS. Podane liczebności odnoszą się do stanu zatrudnienia aktualnego na dzień 31 grudnia 2015 roku.

W prezentowanym okresie wielkość zatrudnienia w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej kształtowała się na poziomie 3 960 osób. Dla celów analiz, zbiorowość ta została podzielona na trzy grupy: kadra kierownicza, pracownicy socjalni oraz pozostali pracownicy. Najliczniejszą, bo liczącą 2 303 zatrudnionych, była grupa pozostałych pracowników. Pracowników socjalnych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej było 1 425. Liczebność kadry kierowniczej wynosiła 232 osoby. Oprócz wymienionych grup pracowników placówki korzystały z pomocy wolontariuszy. Dane z końca 2015 roku wskazują, że działalność tą wykonywały 243 osoby<sup>83</sup>.

Do grupy pozostałych pracowników zaliczane były osoby zatrudnione w danych jednostkach i wykonujące inne prace związane z jej działaniami. Zaliczone zostały do niej między innymi następujące stanowiska: księgowi, informatycy, asystenci rodziny, a także koordynatorzy pieczy zastępczej. Większość przedstawicieli tej grupy (1 577 osób) zatrudniona była w ośrodkach pomocy społecznej. 252 osoby pracowały w powiatowych centrach pomocy rodzinie. 61% przedstawicieli grupy pozostałych pracowników posiada wykształcenie wyższe, 28% wykształcenie średnie, a 11% legitymuje się innymi rodzajami wykształcenia<sup>84</sup>.

W skład grupy pracowników socjalnych zaliczane były osoby posiadające wykształcenie w zawodzie pracownika socjalnego. 926 przedstawicieli tej grupy pracowało w ośrodkach pomocy społecznej<sup>85</sup>. 434 osoby były zatrudnione w trzech wyodrębnionych jednostkach pomocy społecznej (MOPS w Łodzi, MOPS w Skierniewicach oraz MOPR w Piotrkowie Trybunalskim), a 68 osób w powiatowych centrach pomocy rodzinie<sup>86</sup>. 898 pracowników socjalnych zatrudnionych na koniec 2015 roku w województwie łódzkim posiadało wykształcenie wyższe, 418 pracowników miało wykształcenie pierwszego stopnia w zawodzie, a 156 specjalizację z organizacji pomocy społecznej<sup>87</sup>.

Kadra kierownicza to pracownicy zajmujący stanowiska dyrektora/kierownika ośrodka pomocy społecznej, dyrektora/kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie oraz ich zastępcy. W grupie tej znalazło się 24 dyrektorów i ich zastępców zatrudnionych w 21 jednostkach powiatowych<sup>88</sup>. 203 osoby pełniły funkcje zarządzające w ośrodkach pomocy społecznej, a 5 osób stanowiło skład kadry kierowniczej trzech wyodrębnionych jednostek pomocy społecznej (MOPS w Łodzi, MOPS w Skierniewicach oraz MOPS w Piotrkowie Trybunalskim).

<sup>82</sup> tamże, s. 48, dostęp: 17.11.2016.

<sup>83</sup> tamże, s. 54, dostęp: 18.11.2016.

<sup>84</sup> *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 62-63, dostęp: 18.11.2016.

<sup>85</sup> tamże, s. 61, dostęp: 18.11.2016.

<sup>86</sup> tamże, dostęp: 18.11.2016.

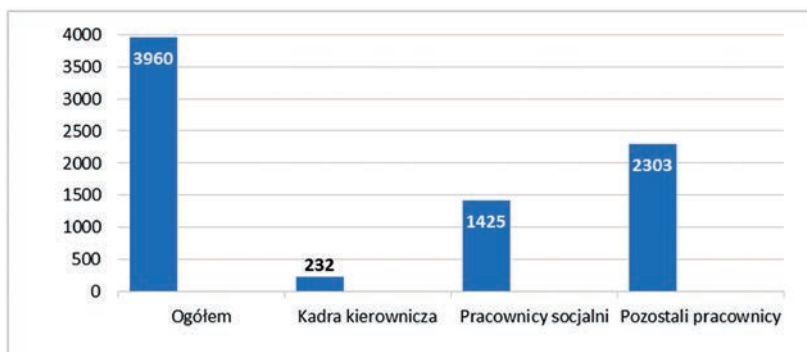
<sup>87</sup> tamże, dostęp: 18.11.2016.

<sup>88</sup> tamże, s. 60, dostęp: 21.11.2016.

84% przedstawicieli kadry kierowniczej posiadało wykształcenie wyższe. 218 osób posiadało specjalizację z organizacji pomocy społecznej<sup>89</sup>.

Liczba pracowników placówek pomocy społecznej cechuje się tendencją rosnącą. O ile w stosunku do 2014 roku wzrost zatrudnienia był stosunkowo niewielki – wyniósł 8 osób, to prognozy na 2016 wskazują, że wyniesie on już 122 osoby. Zatrudniani będą głównie szeregowi pracownicy placówek<sup>90</sup>. Prognozowana liczba pracowników socjalnych zwiększy się o 11 osób, a kadry kierowniczej o 2 osoby<sup>91</sup>.

**Wykres 1. Liczba pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w województwie łódzkim w 2015 roku.**



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

Liczba zatrudnionych pracowników różnicuje się także ze względu na rodzaj placówki. Najwięcej osób zatrudniały ośrodki pomocy społecznej. Dane na koniec 2015 roku wskazują, że w okresie tym wielkość obsady tych placówek wynosiła 2 703 osoby. W trzech jednostkach organizacyjnych (MOPS w Łodzi, MOPS w Skierniewicach oraz MOPR w Piotrkowie Trybunalskim) zatrudnione były 904 osoby, a w powiatowych centrach pomocy rodzinie 353 osoby<sup>92</sup>.

**Tabela 2. Kadra jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w województwie łódzkim na koniec 2015 r.**

Liczba pracowników w placówkach	2015 r.	Zapotrzebowanie w 2016 r.
Liczba ogółem pracowników powiatowych centrów pomocy rodzinie	353	371
Liczba ogółem pracowników ośrodków pomocy społecznej	2 703	2 798
Liczba ogółem pracowników trzech jednostek organizacyjnych (MOPS w Łodzi, MOPR w Piotrkowie Trybunalskim, MOPS w Skierniewicach)	904	913

Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

<sup>89</sup> tamże, s. 61, dostęp: 21.11.2016.

<sup>90</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 54, dostęp: 21.11.2016.

<sup>91</sup> tamże, s. 61, dostęp: 21.11.2016.

<sup>92</sup> tamże, s. 59-60, dostęp: 21.11.2016.

Zgodnie z prognozami największy niedobór zatrudnienia w 2016 roku, wynoszący 6% stanu z okresu pomiaru, dotyczyć będzie powiatowych centrów pomocy rodzinie. W ujęciu osobowym największe potrzeby dotyczące obsady występować będą w 2016 roku ośrodków pomocy społecznej. Określone zostały one na 95 osób.

Liczba pracowników jednostek pomocy społecznej różni się w zależności od powiatu<sup>93</sup>.

**Tabela 3. Liczba pracowników jednostek pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego w 2015 roku.**

Powiat / Miasto	2015 r.
Powiat miasto Łódź	719
Powiat radomszczański	363
Powiat zgierski	269
Powiat bełchatowski	257
Powiat kutnowski	211
Powiat tomaszowski	197
Powiat sieradzki	189
Powiat piotrkowski	178
Powiat pabianicki	171
Powiat opoczyński	138
Powiat wieluński	136
Powiat rawski	124
Powiat maisto Piotrków Trybunalski	117
Powiat łowicki	102
Powiat zduńskowolski	100
Powiat łódzki wschodni	99
Powiat pajęczański	96
Powiat łęczycki	95
Powiat poddębicki	75
Powiat łaski	74
Powiat wieruszowski	68
Powiat miasto Skierniewice	68
Powiat brzeziński	58
Powiat skierniewicki	56

Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

Spowodowane jest to zarówno liczbą funkcjonujących na ich terenie placówek jak i szerokością oferty miejsc. Najliczniejsza kadra zatrudniona była na terenie miasta Łódź. W jej skład wchodziło 719 osób. O połowę mniej pracowników (363) liczyła kadra w powiecie radomszczańskim. Najmniejsze zatrudnienie występowało w powiecie skierniewickim (56) oraz brzezińskim – 58 pracowników<sup>94</sup>.

<sup>93</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi,, s. 55-56, dostęp: 21.11.2016.

<sup>94</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi,, dostęp: 21.11.2016.

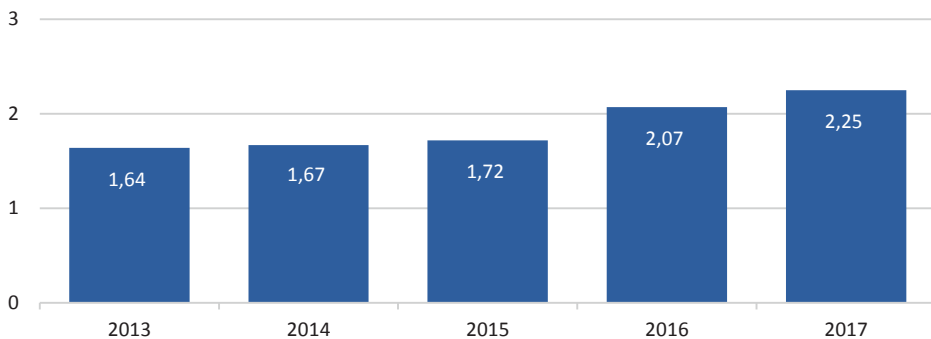
## 2.4. Wydatki na pomoc społeczną i inne obszary polityki społecznej

Zaprezentowane w tym punkcie wielkości wydatków ponoszonych na zadania realizowane w ramach polityki społecznej odnoszą się do następujących działów klasyfikacji budżetowej:

- dział 851 – Ochrona zdrowia,
- dział 852 – Pomoc społeczna,
- dział 853 – Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej,
- dział 854 – Edukacyjna opieka wychowawcza<sup>95</sup>.

Wydatki ponoszone na zadania realizowane w ramach pomocy społecznej oraz w innych obszarach polityki społecznej na terenie województwa łódzkiego w 2015 roku wyniosły 1,72 mld zł. W porównaniu do okresów wcześniejszych kwota ta charakteryzowała się niewielką tendencją rosnącą. Wzrost wydatków w ujęciu rok do roku wynosił 2-3%. Prognozy na kolejne lata wskazują, że tempo wzrostu wydatków ulegnie wyraźnemu przyspieszeniu. Przewiduje się, że w 2016 roku kwota ta wyniesie łącznie 2,07 mld zł, co oznaczać będzie wzrost wydatków o 20,3%. Przewidywana kwota na 2017 rok jest jeszcze wyższa i ma wynieść 2,25 mld zł.

**Wykres 2. Wydatki (w mld zł) ponoszone w latach 2013-2015 na zadania realizowane w ramach polityki społecznej na terenie województwa łódzkiego oraz prognoza wydatków na lata 2016-2017.**



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

Największy udział wydatków w ogólnej sumie wydatków na pomoc społeczną oraz inne obszary polityki społecznej na terenie województwa łódzkiego w 2015 roku miały kwoty przeznaczone na dział 852 – pomoc społeczną. Na ten cel przeznaczono 1,57 mld zł co stanowi 91% wszystkich wydatków w 2015 roku<sup>96</sup>.

<sup>95</sup> tamże, s. 65, dostęp: 22.11.2016.

<sup>96</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi,, dostęp: 22.11.2016.

**Tabela 4. Wydatki (w mln zł) wg typów ponoszone w latach 2013-2015 na zadania realizowane w ramach polityki społecznej w województwie łódzkim oraz prognoza wydatków na lata 2016-2017.**

Powiat / Miasto	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.
Dział 851 - Ochrona zdrowia	34,1	40,7	37,4	39,1	51,1
Dział 852 - Pomoc społeczna	1 503,5	1 545,1	1 571,0	1 909,8	2 076,8
Dział 852 - Pozostałe zadania polityki społecznej	75,5	56,9	86,5	91,8	94,5
Dział 854 - Edukacyjna opieka wychowawcza	29,6	30,9	26,8	27,7	27,7

Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.

Najwyższa kwota wydatków w zakresie pomocy społecznej w wysokości 608,3 mln zł została poniesiona na świadczenia rodzinne, świadczenia z funduszu alimentacyjnego oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego<sup>97</sup>. Drugą pozycję w wydatkach stanowiły kwoty przeznaczone na domy pomocy społecznej. Na ich utrzymanie przeznaczono 233,6 mln zł co stanowiło 15% budżetu. Pozycję trzecią zajmowały wydatki poniesione na utrzymanie ośrodków pomocy społecznej. Na ten cel przeznaczono 147,5 mln zł. Strukturę wydatków, które zostały wykonane w ramach działu 852 przedstawia poniższa tabela numer 5<sup>98</sup>.

**Tabela 5. Struktura i wartość wydatków (w mln zł) przeznaczonych na zadania realizowane w ramach działu 852 – zadania społeczne w województwie łódzkim w 2015 roku.**

Przeznaczenie wydatków	Kwota w mln zł	Udział w wydatkach na pomoc społeczną (w %)
Świadczenia rodzinne, świadczenie z funduszu alimentacyjnego oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego	608,3	38,7%
Domy pomocy społecznej	233,6	14,9%
Ośrodki pomocy społecznej	147,5	9,4%
	116,8	7,4%
Placówki opiekuńczo-wychowawcze	79,3	5,0%
Pozostała działalność	73,7	4,7%
Zasiłki stałe	71,9	4,6%
Rodziny zastępcze	71,0	4,5%
Dodatki mieszkaniowe	60,8	3,9%
Ośrodki wsparcia	41,1	2,6%
Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	30,3	1,9%
Powiatowe centra pomocy rodzinie	15,3	1,0%
Składki na ubezpieczenie zdrowotne opłacane za osoby pobierające niektóre świadczenia	9,9	0,6%

<sup>97</sup> Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, s. 66, dostęp: 22.11.2016.

<sup>98</sup> tamże, dostęp: 23.11.2016.

<b>Przeznaczenie wydatków</b>	<b>Kwota w mln zł</b>	<b>Udział w wydatkach na pomoc społeczną (w %)</b>
Wspieranie rodziny (m.in. asystenci rodziny i rodziny wspierające)	7,4	0,5%
Specjalistyczne poradnictwo, mieszkania chronione i ośrodki interwencji kryzysowej	2,0	0,1%
Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	1,7	0,1%
Inne zadania (łącznie: usuwanie skutków klęsk żywiołowych, pomoc dla cudzoziemców, centra integracji społecznej)	0,5	0,0%
<b>Razem</b>	<b>1 571,1</b>	<b>100,0%</b>

*Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2015, RCPS w Łodzi.*



## 3. BADANIE JAKOŚCIOWE OPIEKUNÓW DOROSŁYCH OSÓB NIESAMODZIELNYCH ORAZ PRZEDSTAWICIELI RAD SENIORÓW

Realizacja wywiadów w tej części badania obejmowała ankietowanie przedstawicieli Rad Seniorów oraz asystentów osób niesamodzielnych. Wykonana została ona z wykorzystaniem techniki telefonicznych indywidualnych wywiadów pogłębionych (Telephone in-Depth Interview – TDI).

### 3.1. Metodologia

Plan badania zakładał, że z przedstawicielami Rad Seniorów zrealizowanych zostanie 6 wywiadów. W tym celu stworzono operat zawierający dane wszystkich Rad z województwa łódzkiego. Ustalono, że w listopadzie 2016 r. na analizowanym terenie funkcjonowało dziesięć takich ciał, a funkcjonowanie jedenastej Rady w Przedborzu wymaga weryfikacji. Po skompletowaniu tych informacji rozpoczęły się prace terenowe, w trakcie których przedstawiciele Wykonawcy kontaktowali się telefonicznie z przewodniczącymi poszczególnych Rad. Podczas rozmowy przedstawiali cele projektu oraz prosili o udział w badaniu. W razie potrzeby na adres poczty elektronicznej danej Rady wysyłane było pismo przewodnie takie samo jak to, które było wykorzystywane w trakcie realizacji badań ilościowych. Po uzyskaniu zgody respondenta, ankieter przeprowadzał wywiad od razu bądź ustalał termin jego realizacji. Ze względu na założoną realizację 6 wywiadów oraz wielkość operatu niezbędne było skontaktowanie się z przewodniczącymi wszystkich Rad Seniorów z województwa łódzkiego. Wywiady toczyły się według tego samego kwestionariusza zaprojektowanego w taki sposób, aby długość wywiadu wyniosła nie więcej niż 30 minut. Ostateczna długość wywiadów wyniosła od 25 do 40 minut. Dla uproszczenia, w dalszej części rozdziału dla tej grupy respondentów stosowany będzie zbiorczy skrót „RS”.

Druga część badań jakościowych obejmowała realizację 6 pogłębionych wywiadów telefonicznych z asystentami dorosłych osób niesamodzielnych oraz pielęgniarkami środowiskowymi. Dane kontaktowe do tych pracowników pozyskane zostały od przedstawicieli poszczególnych placówek opiekuńczych, w trakcie realizacji badań ilościowych.

Proces realizacji wywiadów z asystentami oraz pielęgniarkami środowiskowymi był taki sam, jak w przypadku Rad Seniorów. Przedstawiciele Wykonawcy kontaktowali się telefonicznie z poszczególnymi pracownikami, przedstawiali cele projektu oraz prosili o udział w badaniu. W razie potrzeby na podany adres poczty elektronicznej wysyłali pismo przewodnie takie samo jak to, które było wykorzystywane w trakcie realizacji badań ilościowych. Po uzyskaniu zgody na zadawanie pytań, ankieter przeprowadzał wywiad od razu bądź ustalał termin jego realizacji.

Średni czas realizacji jednego pogłębionego wywiadu telefonicznego z przedstawicielami tej grupy pracowników wyniósł - podobnie jak w przypadku poprzednio opisywanej grupy - około 30 minut. Przygotowany scenariusz wywiadu z asystentami oraz pielęgniarkami środowiskowymi stanowi załącznik do niniejszego opracowania.

### 3.2. Charakterystyka respondentów biorących udział w badaniu TDI

Opisane w rozdziale wyniki analizy materiału i wnioski dotyczą całości próby i odnoszą się do obu grup respondentów, chyba że zaznaczono, iż jest inaczej. Poniżej przedstawiono charakterystykę badanych, w podziale na grupy.

### 3.2.1. Pielęgniarki i asystenci dorosłych osób niesamodzielnych – opiekunowie

W grupie badanych opiekunów znalazło się 5 pielęgniarek, które w ramach obowiązków zawodowych świadczą usługi środowiskowe oraz 1 asystent dorosłych osób niesamodzielnych zatrudniony w instytucji pomocy społecznej. Warto zaznaczyć, że w przypadku pielęgniarek w niektórych przypadkach świadczenie usług środowiskowych stanowi tylko część ich obowiązków, tzn. niektóre pielęgniarki świadczą również usługi stacjonarnie (np. w pokoju zabiegowym, punkcie szczepień, rejestracji). Tylko w jednym przypadku pielęgniarka realizowała usługi środowiskowe na warunkach własnej działalności w formie spółki, z podpisanym kontraktem z NFZ. W pozostałych przypadkach badani zatrudnieni byli w instytucjach takich, jak m.in.: POZ, NZOZ, szpital, OPS.

Badani opiekunowie mają doświadczenie w świadczeniu usług opieki w różnych grupach podopiecznych. Najczęściej są to osoby starsze i/lub o złym stanie zdrowia, w mniejszym stopniu osoby z niepełnosprawnością.

Dla uproszczenia, w dalszej części rozdziału dla tej grupy respondentów stosowany będzie zbiorczy zwrot „opiekunowie”.

Cytaty z wypowiedzi badanych z tej grupy opisano jako: [Opiekun\_ numer].

### 3.2.2. Przedstawiciele Rad Seniorów

Okres działalności Rad Seniorów reprezentowanych przez respondentów waha się od niecałogo roku do trzech lat. Zebrania przebadanych Rad odbywają się raz w miesiącu. W przypadku bieżących potrzeb zwoływane są nadzwyczajne spotkania. Rady starają się pozostawać w stałym kontakcie ze środowiskiem seniorów. W tym celu ustalane są regularne dyżury przedstawicieli. W ich trakcie Radnym można zgłaszać potrzeby, propozycje działań, informować o sytuacjach budzących zastrzeżenia czy wymagających interwencji. Przedstawiciele Rad uczestniczą jako obserwatorzy w sesjach Rad Miejskich, konferencjach o tematyce senioralnej, a także należą do Obywatelskiego Parlamentu Seniorów.

Badani to w większości osoby zaliczające same siebie do grupy seniorów. Charakteryzują się wysokim poziomem aktywności społecznej – należą do stowarzyszeń, reprezentują środowisko seniorów na konferencjach społecznych, angażują się w działalność Uniwersytetów Trzeciego Wieku, podejmują działania o charakterze obywatelskim, a część z nich jest nadal aktywna zawodowo. Cytaty z wypowiedzi badanych z tej grupy opisano jako: [RS\_ numer].

### 3.2.3. Funkcjonowanie lokalnego systemu pomocy społecznej

Na podstawie analizy materiału zebranego w trakcie wywiadów TDI można stwierdzić, że w lokalnych środowiskach identyfikowane są następujące grupy osób dorosłych wymagających opieki:

- osoby starsze,
- osoby chore,
- osoby z niepełnosprawnością.

Należy podkreślić, że powyższe grupy mają charakter kategorii analitycznych. W rzeczywistości nie są one jednoznacznie rozłączne, np. podeszły wiek często łączy się z różnego rodzaju chorobami, z kolei przewlekła choroba może prowadzić do niepełnosprawności.

W przypadku grupy osób starszych niemożliwe jest jednoznaczne jej zdefiniowanie – respondenci podają zróżnicowane kategorie wiekowe, zaczynające się od około sześćdziesiątego roku życia. Podkreślane jest również jej zróżnicowanie pod względem stopnia niesamodzielności i wynikających z tego faktu potrzeb. Jest to grupa najczęściej wymieniana zarówno przez przedstawicieli Rad Seniorów, jak i opiekunów. Można zatem wnioskować, że w opinii badanych osoby starsze w największym stopniu potrzebują opieki.

Osoby chore zdecydowanie identyfikowane są jako chorzy fizycznie. Rodzaj dolegliwości nie wydaje się być aż tak istotny, ponieważ wśród podawanych przez respondentów przykładów

pojawiały się zarówno te o charakterze przewlekłym, jak i choroby krótkoterminowe. Warto jednak zwrócić uwagę na różnicę w definiowaniu tej grupy pomiędzy badanymi. Opiekunowie w większym stopniu identyfikowali zarówno chorych przewlekłe (np. osoby po udarach, z niedowładem), jak i chorych krótkoterminowo (np. osoby z ranami, rekonwalescenci pooperacyjni); podczas gdy członkowie RS wymieniali prawie wyłącznie chorych przewlekłe (np. diabetycy). Wydaje się, że w świadomości wszystkich badanych prawie nie funkcjonują osoby chore psychicznie. Świadczy o tym fakt, iż nie byli oni wymieniani przy pytaniu o grupy potrzebujące opieki, a w pozostałych wypowiedziach respondentów pojawiali się jedynie sporadycznie.

Ostatnią z identyfikowanych grup są osoby z niepełnosprawnością. Jednocześnie jest to grupa, o której badani wypowiadali się w najmniejszym stopniu. Niepełnosprawność w narracji opiekunów i członków RS występuje raczej jako kategoria towarzysząca podeszłemu wiekowi. Możliwe zatem, że przez niektórych respondentów jest ona traktowana jako swego rodzaju konsekwencja starości, stanowiąca swoisty sposób badanych na podkreślenie niesamodzielności. Przy czym, mówiąc o niepełnosprawności, badani odnosili się prawie wyłącznie do niepełnosprawności fizycznej, pomijając niepełnosprawność intelektualną. Może to świadczyć o niewysokiej świadomości istnienia zjawiska lub znikomym doświadczeniu w kontaktach z tymi osobami.

Należy również wspomnieć o dodatkowej, możliwej charakterystyce osób wymagających opieki, jaką jest samotność. Jest to cecha niezależna od kategorii wymienionych wyżej, a konieczność podjęcia opieki nie musi być związana w tym wypadku z niesamodzielnością. W opinii respondentów osoby samotne, pozbawione wsparcia rodziny należy objąć wsparciem nawet, jeżeli są samodzielne. Wypowiedzi badanych wskazują na istnienie wśród osób samotnych zjawiska tzw. ukrytej niesamodzielności. Polega ono na pozostawianiu bez opieki, przy jednoczesnym braku świadomości tego faktu w otoczeniu.

W trakcie wywiadów, badanych pytano również o dostępność usług, z jakich mogą skorzystać dorosłe osoby wymagające opieki. Analiza wypowiedzi wskazuje, że identyfikowane są:

- domy pomocy społecznej (dalej: DPS),
- zakłady opiekuńczo-lecznicze (dalej: ZOL),
- hospicja,
- domy dziennego pobytu,
- Ośrodki Pomocy Społecznej (dalej: OPS),
- opieka środowiskowa (pielęgniarska, rzadziej opiekuńcza),
- Warsztaty Terapii Zajęciowej (dalej: WTZ),
- Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (dalej: MOPR, OPR),
- opieka organizowana przez NGO (w tym również kluby seniora),
- opieka o charakterze nieformalnym (np. sąsiedzka, rodzinna).

Respondenci, wymieniając dostępne usługi społeczne, wskazywali przede wszystkim na te o charakterze instytucjonalnym – tylko część badanych mówiła o opiece oferowanej przez NGO, nieformalnej oraz środowiskowej (tę ostatnią wskazywali raczej przedstawiciele grupy opiekunów). W największym stopniu identyfikowane są: Domy Pomocy Społecznej, hospicja oraz Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze. Stanowią one pierwszy, spontaniczny punkt odniesienia. W opinii badanych prawie wszystkie wymienione wyżej usługi nie są łatwo dostępne. Czynniki warunkujące takie postrzeganie dostępności można podzielić na następujące dwie grupy:

1. Czynniki finansowe – uwzględniają obie strony finansowania, tzn. zarówno koszty finansowe organów zarządzających (np. samorząd), jak i koszty pacjentów/klientów. Wśród tak zdefiniowanych czynników finansowych wymienić należy:
  - niewystarczające finansowanie samorządów,
  - limity NFZ,
  - wysokie koszty utrzymania dla pacjenta/klienta lub jego rodziny.

2. Czynniki organizacyjne – dotyczą problemów związanych z organizowaniem opieki na dwóch poziomach, tzn. zarówno po stronie organów zarządzających, jak i dostawców usług. Wśród tak zdefiniowanych czynników wymienić należy:
- brak równomiernego rozmieszczenia przestrzennego placówek na terenie województwa (ich koncentracja w okolicach dużych ośrodków miejskich),
  - priorytet (w opinii respondentów) tworzenia instytucji całodobowych i wynikająca z tego niewystarczająca infrastruktura usług o charakterze dziennym i środowiskowym,
  - mała liczba placówek i wynikające z tego długie terminy oczekiwania na wolne miejsce w placówce lub przyznanie opieki,
  - niewystarczające zatrudnienie wykwalifikowanych kadr i wynikający z tego krótki limit czasu, jaki opiekun może poświęcić każdemu z przydzielonych mu pacjentów.

Dostępność usług opieki obrazowo podsumował jeden z badanych:

*To jest jeszcze wszystko pustynia. [RS\_2]*

Brak wystarczającego zaplecza i zaspokojenia potrzeb przynosi negatywne skutki podopiecznym. Dotyczą one pogorszenia ich stanu fizycznego, negatywnie wpływają również na samopoczucie psychiczne. Jak mówił o tym jeden z respondentów:

*Tych usług jest jednak za mało. (...). Jeżeli ta osoba jest chora, siedzi w domu to nie ma żadnego zajęcia i to powoduje też nasilenie się choroby, nawet choroby jakieś psychiczne mogą występować. [RS\_6]*

Opisana wyżej identyfikowana przez badanych aktualna, niewystarczająca dostępność usług jest jednym z czynników, który może wpłynąć na wzrost zapotrzebowania na pomoc w latach 2015 – 2020. Niemożność szybkiego skorzystania ze wsparcia może bowiem skutkować pogłębieniem się dolegliwości podopiecznych, pogarszać ich stan, a co za tym idzie - nie tylko intensyfikować ich potrzeby opiekuńcze, ale również je rozszerzać. W konsekwencji zbyt późno udzielonego wsparcia, ktoś o potencjalnie mniejszych potrzebach może stać się osobą, której potrzeby staną się szersze i bardziej zróżnicowane. Dotyczy to wszystkich zidentyfikowanych wcześniej grup.

W opinii respondentów, potrzeby opiekuńcze będą wzrastać w największym stopniu w grupie seniorów. Taka opinia wynika z obserwowanej przez badanych wzrastającej liczby osób w starszym wieku - jest to kolejny czynnik, którego konsekwencją jest przewidywany przez respondentów wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze w najbliższych 5 latach. Warto zwrócić uwagę, że wzrost liczby osób wymagających opieki jest znaczący w kontekście opisanej wyżej, aktualnie niewystarczającej dostępności usług. Wskazuje to na potrzebę zintensyfikowania podejmowanych działań, tak, by system był w stanie odpowiedzieć na przyszłe zwiększone potrzeby. Respondenci zauważają również, iż w mniejszych miejscowościach często występuje migracja zarobkowa osób młodych do dużych ośrodków miejskich oraz za granicę. W wyniku tego, pozostający w dotychczasowym miejscu zamieszkania rodzice są potencjalnie pozbawieni opieki tzw. „naturalnych” opiekunów – własnych dzieci – a co za tym idzie, wzrasta prawdopodobieństwo konieczności skorzystania z usług systemu opieki. Według jednego z respondentów:

*Osób [wymagających opieki - przyp. red.] ze względu na wiek będzie najwięcej. Bardzo dużo młodych ludzi powyjeżdżało stąd, starsi ludzie zostają sami. Za granicą jest bardzo dużo osób, więc oni nie będą mogli tak o przyjechać tak jak ktoś, kto mieszka 15, czy 20 km stąd. Nasze społeczeństwo się starzeje. [Opiekun\_5]*

Badani przewidują utrzymanie się opieki o charakterze instytucjonalnym na poziomie zbliżonym do obecnego. Pomimo diagnozy wzrostu zapotrzebowania i utrzymania się liczby instytucji, respondenci nie przewidują raczej wzrostu udziału usług środowiskowych. Wskazują, że jest to pożądanym kierunek rozwoju opieki, jednak nie dostrzegają znaków zapowiadających tę zmianę. Tylko w pojedynczych przypadkach badani sugerowali, że zmiana zapotrzebowania na opiekę przełoży się na wzrost liczby instytucji.

Prawdopodobna zmiana liczebności osób wykonujących zawód opiekuna oceniana jest niejednoznacznie. Na podstawie analizy materiału można jedynie zidentyfikować czynniki mogące wpływać na kierunek zmian. Czynniki wskazującymi na potencjalne zwiększenie liczby opiekunów są:

- wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze,
- zmiany na lokalnym rynku edukacyjnym (powstawanie szkół, możliwość zdobywania kwalifikacji opiekuna),
- rosnące zainteresowanie kandydatów kształceniem się w zawodzie opiekunów środowiskowych (warto jednak zwrócić uwagę, że może mieć ono charakter tymczasowy, związany ze zmianą przepisów o pomocy społecznej i wprowadzonym wymogiem posiadania przez opiekunów wykształcenia kierunkowego).

Wśród czynników mogących warunkować zmniejszenie liczby opiekunów badani identyfikują:

- zmiany w przepisach prawa – wprowadzenie wymogu posiadania przez opiekunów wykształcenia kierunkowego, o czym w następujący sposób wypowiedział się jeden z respondentów:

*Teraz wszystkie opiekunki muszą mieć odpowiednie wykształcenie, czyli kurs opiekuna, więc nie wiadomo ile osób będzie taki kurs miało. Teraz była opiekunka i jeszcze była pomoc sąsiedzka, a teraz każda osoba, która będzie świadczyła jakąkolwiek usługę opiekuńczą będzie musiała mieć kurs opiekuna, więc nie wiem, czy to wzrośnie. [Opiekun\_5]*

- wymiana pokoleniowa wśród pielęgniarek – w obserwacji jednego z respondentów nowe pokolenie nie jest zainteresowane świadczeniem usług środowiskowych.

W związku z przewidywanym wzrostem zapotrzebowania na usługi opiekuńcze do roku 2020, w szczególności wśród osób starszych, członkowie Rad Seniorów wskazują na konieczność podjęcia następujących działań przez samorządy:

- organizacja i promocja instytucji o charakterze dziennym, takich jak dom dziennego pobytu, pozwalających seniorom spędzać czas w sposób aktywny, uczestniczyć w rehabilitacji, istotna jest również możliwość spożycia ciepłego posiłku:

*Powinny powstawać takie ośrodki, (...) te domy dziennego pobytu, do których Ci ludzie mogliby przychodzić albo być dowożeni, gdzie zjedliby posiłek a potem wracali do swoich domów. To powinno być bardziej tak rozpropagowane, żeby o tym było wiadomo, żeby o tym wiedzieli i opiekunowie i sami zainteresowani. [RS\_5]*

- wsparcie finansowe NGO działających na rzecz seniorów, umożliwiające im prowadzenie działań o regularnym charakterze, pozwalające na zwiększenie zakresu działalności itp.,
- wprowadzenie udogodnień dla osób starszych w postaci np. tzw. Karty Seniora – dokumentu uprawniającego do korzystania ze zniżek. Wprowadzenie takiej karty mogłoby przynieść również pozytywne skutki w zakresie diagnozy potrzeb środowiska:

*Kiedy wydawałoby się taką kartę seniora, mamy podstawę, aby wiedzieć, kto to jest, czy to osoba niepełnosprawna, czy potrzebująca opieki ze względu na wiek (...). I przy wydawaniu takich kart byśmy mogli uchwycić ich. [RS\_4]*

Wymienione wyżej przykłady postępowania w opinii respondentów zapewnią seniorom wyższą jakość życia i lepszą opiekę.

### 3.3. Działalność Rady Seniorów w kontekście lokalnej polityki samorządowej

Na podstawie analizy wypowiedzi badanych przedstawicieli RS można stwierdzić, że nie mają oni pewności, jakie zagadnienia są dla władz priorytetowe. Osoby te uważają jednak, że kwestie związane z opieką nad osobami starszymi niekoniecznie są pierwszoplanowe. W opinii respondentów znajdują się one na dalszych miejscach listy priorytetów, za sprawami związanymi z infrastrukturą, aktywizacją zawodową (w tym również osób niepełnosprawnych oraz ochroną zdrowia). Warto jednak zaznaczyć, że powyższe obszary pośrednio pełnią rolę również w polityce senioralnej. Przykładowo, działania związane z infrastrukturą poprawiają m.in. jakość życia seniorów, poprzez ułatwienie im mobilności dzięki, np. remontom chodników czy przeniesieniu przystanku autobusowego w miejsce bardziej dostępne.

W trakcie wywiadów zadawano badanym również pytania o kwestie formalne związane z funkcjonowaniem Rad. Członkowie RS wskazywali, że przepisy regulujące powstanie RS nie są jednoznaczne i w zasadzie nie dają informacji o możliwościach, kompetencjach i zakresie realnej działalności tych organów. Według jednego z badanych:

*Gminna rada ma charakter konsultacyjny, doradczy i inicjatywny i to tyle co mówi ustawa. Wobec tego pewne rzeczy są niedoprecyzowane, nie ustalone do końca. (...) Wielkość tej rady to też jest sprawa dowolna. I teraz tak.. co to oznacza konsultacyjny, doradczy, inicjatywny? [RS\_1].*

Analiza wypowiedzi respondentów wskazuje, że pomimo wyżej opisanych niejasności prawnych, członkowie RS w sposób intuicyjny słusznie interpretują swoją rolę, jako przede wszystkim doradcą w zakresie kształtowania polityki senioralnej. Uważają, że powinni być swego rodzaju pośrednikiem pomiędzy osobami starszymi, a samorządem. Ich zadaniem powinno być prowadzenie regularnej i dokładnej diagnozy potrzeb, a następnie przekazywanie jej władzom, jak również konsultowanie pomysłów władz oraz dostosowywanie ich do zapotrzebowania. Powinno to zachodzić zarówno na poziomie makro (np. inwestycje miejskie), jak i mikro (poszukiwanie wraz z MOPR osób samotnych i niesamodzielnych). Nie mniej istotne wydaje się być poczucie zobowiązania do zgłaszania postulatów zmian, zapewniających seniorom ogólnie rozumiane lepsze warunki życia, dotyczących zarówno kwestii drobnych (np. organizacja Dnia Seniora), jak i poważnych inwestycji i programów (np. utworzenie domu dziennego pobytu czy wprowadzenie Karty Seniora).

Należy zwrócić uwagę, że pomimo deklarowanych chęci pełnienia roli doradczej, RS w większości przebadanych przypadków nie biorą udziału w konsultacjach społecznych. Na podstawie przeprowadzonych wywiadów nie można jednak wskazać na przyczyny tej sytuacji – badani nie wypowiadali się na ten temat.

Członkowie Rad pozostają w kontakcie i współpracują z instytucjami i przedstawicielami władz samorządowych. Wśród podmiotów współpracujących z RS wymienić można:

- Rada Miasta/Gminy,
- Prezydent/Burmistrz,

- Komisje Rady Miasta/Gminy,
- wydziały urzędów,
- instytucje miejskie/gminne (np. OPS, PCPR).

Analiza wypowiedzi respondentów z tej grupy wskazuje, że w większości przypadków współpraca z ww. podmiotami oceniana jest pozytywnie. Wyjątek od tej opinii został szerzej opisany na końcu niniejszego podrozdziału.

RS, których przedstawiciele brali udział w badaniu, to organy istniejące od stosunkowo krótkiego okresu czasu. Dlatego też część ich dotychczasowej działalności skupiała się na zorganizowaniu istnienia Rad, konstytuowaniu zasad ich funkcjonowania, nawiązaniu relacji z osobami zewnętrznymi, itp. Przedstawiciele Rad są w kontakcie z członkami społeczności seniorów – pełnią dyżury, w trakcie których można zgłaszać potrzeby, wnioski, sugestie, które następnie przekazywane są do samorządu. Pomimo wspomnianego krótkiego czasu istnienia, Rady podjęły już szereg inicjatyw. Wypowiedzi przedstawicieli RS wskazują, że do głównych obszarów ich działalności zaliczyć można:

- działania o charakterze drobnych interwencji (np. zmiana ustawienia przystanków, zwiększenie liczby ławek, wybudowanie ogólnodostępnej siłowni na świeżym powietrzu),
- działania o charakterze prospołecznym (np. wspólne sprzątanie śmieci z przedszkolakami czy zagospodarowywanie skwerków),
- działania o charakterze integracyjnym i aktywizującym (np. utworzenie Domu/Centrum Seniora, wprowadzenie gwarantującej zniżki Karty Seniora),
- działania o charakterze systemowym (wspomniana wyżej Karta Seniora, inicjatywa powołania Rzecznika Osób Starszych przy prezydencie miasta<sup>99</sup>).

Pomyślna realizacja ww. inicjatyw powoduje, że badani deklarują poczucie wpływu Rady na kształtowanie polityki samorządu. Dotyczy to w szczególności tych Rad, którym udało się zrealizować planowane działania z dwóch ostatnich zidentyfikowanych kategorii (działania integracyjne oraz systemowe). W tych przypadkach przedstawiciele Rad mają poczucie, że mogą swobodnie zgłaszać swoje postulaty, które zostaną wysłuchane, wzięte pod uwagę w procesie planowania i w miarę możliwości zrealizowane. Jak mówił o tym jeden z badanych:

*Zgłaszamy jak mamy jakiś problem, czy jakiś temat do załatwienia w programie na dany rok. Są one respektowane. Jakaś tam współpraca ciągle jest i to, co zgłaszamy, to słuchają. Nie wszystko da się załatwić, ale to, co jest możliwe to załatwiają. [RS\_3]*

Tylko w jednym przypadku Rada w opinii respondenta nie miała realnego wpływu na działania samorządu – wynikało to z braku współpracy z poszczególnymi przedstawicielami władzy samorządowej oraz wydziałami urzędu. Rada czuje się pomijana nawet w sprawach, które bezpośrednio związane są z seniorami. Odnosi się to zwłaszcza do uchwał – pełniąc z założenia rolę konsultacyjną, RS powinna znać ich treść jeszcze na etapie przygotowania, zanim zostaną uchwalone, tymczasem komisje Rady Miasta nie udostępniają tych dokumentów, nie informują o ich przygotowywaniu. Władze nie reagują również na inicjatywy i postulaty wystosowywane przez Radę. Stąd inicjatywa powołania Rzecznika Osób Starszych, w charakterze bezpośredniego współpracownika prezydenta. Respondent w następujący sposób wypowiadał się o tej sytuacji:

*Właśnie próbujemy tą postacią Rzecznika, żeby móc mieć faktyczny rzeczywisty wpływ. Jeżeli jesteśmy powołani przez panią prezydent, ale nikt nie ma obowiązku liczenia się z nami to trudno żebyśmy mieli jakiś głos. [RS\_2]*

<sup>99</sup> W czasie, kiedy realizowane było badanie, była to inicjatywa w dalszym ciągu nierozstrzygnięta.

### 3.4. Charakterystyka warunków pracy opiekuna

Analiza udzielonych odpowiedzi wskazuje, że opiekunowie środowiskowi nie mają rozległej wiedzy na temat czynników warunkujących przyznanie opieki w miejscu zamieszkania. Ich wiedza ma charakter ogólnikowy lub nie posiadają oni takiej wiedzy. Nie wpływa to jednak na ich pracę, opiekunowie skupiają się bowiem na praktycznym wymiarze opieki. Ważnymi informacjami są wiadomości o przydzieleniu do opieki nowych osób, o podopiecznych, ich potrzebach, zmianach tych potrzeb. Kwestie formalne pozostawiane są właściwym osobom decyzyjnym, przełożonym.

Opieka pielęgniarki środowiskowej przyznawana jest decyzją lekarza (może ona zapaść na wniosek rodziny pacjenta). W opinii badanego asystenta jest to również element decydujący o przyznaniu opieki osobie poniżej 75 r. ż. (w przypadku osób starszych nie jest to niezbędne). Ponadto, w procesie podejmowania decyzji o przyznaniu usług w miejscu zamieszkania brane są pod uwagę takie czynniki jak:

- potrzeby zdrowotne,
- poziom niesamodzielności,
- możliwości podjęcia opieki przez rodzinę,
- możliwość podjęcia części działań opiekuńczych np. przez sąsiadów.

Wypowiedzi respondentów wskazują, że w niektórych przypadkach świadczenia w miejscu zamieszkania stanowią swego rodzaju element wspierający w trakcie oczekiwania na miejsce w instytucji całodobowej, gdzie czas oczekiwania może być długi i wynosić nawet kilka miesięcy. Jak mówił o tym jeden z badanych opiekunów:

*Często jest tak, że są zgłaszane do opieki [instytucjonalnej – przyp. red.], natomiast ze względu na długi czas oczekiwania my też musimy podjąć jakieś kroki, aby takiej osoby nie zostawić samej. [Opiekun\_3]*

Brak kierowania do opieki instytucjonalnej może wiązać się z deklarowaną przez rodzinę chęcią i możliwościami samodzielnego zajęcia się podopiecznym. Wydaje się, że w tych sytuacjach wsparcie pielęgniarki środowiskowej może być istotne, ponieważ rodzina może potrzebować przeszkolenia w wykonywaniu czynności, a obecność profesjonalnego opiekuna podnosi poczucie pewności i bezpieczeństwa rodziny. Co więcej, nie wszystkie czynności rodzina może chcieć lub być w stanie wykonać samodzielnie (dot. np. czynności medycznych).

Opiekunowie deklarowali pełną dostępność usług środowiskowych w swoich instytucjach. Nie można jednak na tej podstawie wnioskować o realnej dostępności usług świadczonych w miejscu zamieszkania. Wynika to z dwóch czynników. Po pierwsze, większość badanych zatrudniona była w ośrodkach zdrowia, do których przyjmowany jest każdy składający deklarację pacjent. Nie świadczy to o dostępności opieki środowiskowej – prawnie przysługuje ona każdemu z zarejestrowanych i ubezpieczonych pacjentów danej przychodni. Po drugie, wypowiedzi respondentów dotyczą obejmowania opieką każdego, kto zgłosił się do opiekuna, a więc po przyznaniu świadczeń przez lekarza. Świadczą o tym np. następujące słowa jednego z badanych:

*Jeszcze nie było takiej sytuacji, żeby taka osoba, ze zleceniem od lekarza została [od-rzucona – przyp. red.]. Nawet nie możemy w ten sposób podejść. [Opiekun\_6]*

To również nie jest wskaźnik dostępności usług, ponieważ, jeżeli opieka została przyznana, to musi być realizowana. Należy jednocześnie podkreślić, że sami respondenci stwierdzali, że nie każda osoba potrzebująca opieki w miejscu zamieszkania taką opiekę otrzymuje.

Badani raczej nie identyfikują barier w swojej pracy. Na podstawie ich wypowiedzi można stwierdzić, że w pojedynczych przypadkach występują ograniczenia:

- materialne: za zapewnienie materiałów do pracy pielęgniarki środowiskowej odpowiedzialny jest pacjent - u osób w trudnej sytuacji finansowej nie zawsze jest to możliwe, pielęgniarka nie ma więc czym wykonać swojej pracy,
- finansowe: w niektórych instytucjach publicznych pielęgniarkom nie zwraca się kosztów dojazdów do miejsca zamieszkania pacjentów,
- kadrowe: zbyt mała liczba personelu,
- inne:
  - o w przypadku prywatnej opieki pielęgniarskiej identyfikowane jest zachowanie lekarzy niezgodne z zasadą uczciwej konkurencji; w opinii jednego z respondentów lekarze próbują oszukiwać pacjentów, że zobowiązani są do korzystania z usług oferowanych w tej samej instytucji, w której zatrudniony jest wypisujący skierowanie lekarz,
  - o konieczność łączenia pracy stacjonarnej oraz pracy w miejscu zamieszkania podopiecznych, jak mówił o tym jeden z badanych:

*Mi tylko brakuje takiej pielęgniarki, która byłaby cały czas na miejscu, obstawiła gabinet zabiegowy, żebym ja mogła spokojnie wyjść w teren i u tego pacjenta spędzić jak najwięcej czasu. [Opiekun\_3]*

Barriere kadrowe i nadmierne obciążenie opiekunów liczbą podopiecznych stanowią ograniczenie najpowszechniej identyfikowane przez respondentów.

W opinii badanych, efektywnej pracy opiekuna sprzyja w znaczącym stopniu dobra atmosfera w miejscu pracy, określana przez respondentów jako pełna wsparcia i wzajemnej sympatii. Dotyczy to relacji w zespole opiekunów, udzielania sobie pomocy, wsparcia emocjonalnego, dzielenia się wiedzą. Istotne są również satysfakcjonujące warunki finansowe wynagrodzenia. Bardzo ważne jest także zadowolenie z wykonywanej pracy oraz dobre i bliskie relacje z podopiecznymi (a także ich rodzinami, sąsiadami). Dodatkowo efektywności sprzyja dobra i pełna informacja dla pacjentów w zakresie kolejnych etapów postępowania, by uzyskać świadczenia opiekuńcze. Proszeni o podsumowanie, respondenci oceniali swoje warunki pracy jako dobre.

### 3.5. Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych

Analiza materiału wskazuje, że respondenci raczej przedkładają opiekę środowiskową nad instytucjonalną. W ich opinii osoby mogące przebywać w znanym sobie otoczeniu, czują się lepiej niż w obcej przestrzeni instytucji. Dodatkowo są otoczone bliskimi – rodziną, sąsiadami, przyjaciółmi. Warunkiem jest jednak względnie dobry stan zdrowia podopiecznego oraz możliwość uzyskania opieki od najbliższych. W przypadku osób w znaczącym stopniu niesamodzielnych lub wymagających opieki całodobowej, konieczne jest skorzystanie z usług instytucjonalnych:

*Wszystko zależy też od stanu zdrowia, bo wiadomo, że jeśli ktoś jest zupełnie leżący, bez kontaktu to czy on będzie w domu, czy w jakiejś instytucji to myślę nawet, że lepiej w instytucji, bo wtedy ma zapewnioną opiekę całodobową. [Opiekun\_3]*

Nie bez znaczenia są też charakter i indywidualne preferencje podopiecznego, który może lepiej czuć się w samotności lub w towarzystwie innych osób, co decyduje o jego niechęci ko-

rzystania z instytucji. Z tych powodów, respondenci uważają, że opieka instytucjonalna i środowiskowa powinny rozwijać się w sposób gwarantujący ich zrównoważenie. Badani podkreślali jednak, że szczególnie w przypadku osób starszych pozostawanie pod dobrą opieką w miejscu zamieszkania wydaje się być preferowane przez odbiorców.

Respondenci nie dostrzegają, by któraś z form opieki (instytucjonalna bądź też środowiskowa) była w szczególny sposób rozwijana na terenie ich gminy/powiatu. Jedynie w pojedynczych przypadkach wskazywano na przewagę rozwoju jednej czy drugiej formy opieki. Zgromadzony podczas wywiadów materiał nie pozwala wnioskować o tym, czy ta sytuacja jest korzystna dla systemu opieki – badani nie wypowiedzieli się na ten temat. Respondentów zapytano również o to, w jakim kierunku powinien rozwijać się system opieki. Jedną z sugestii pojawiających się w wypowiedziach w obu grupach badanych jest zmierzanie w kierunku rozwoju form środowiskowych (jeżeli pozwala na to stan podopiecznego). Według jednej z pytanych osób:

*Ja bym chciała więcej odnośnie pacjenta w domu, żeby więcej było opieki nad nimi, dla tych osób, które tego potrzebują. Nie mówię tu może o pielęgniarce środowiskowej, bo tak jak mówię, pielęgniarka wchodzi, rozpoznaje problemy i zgłasza dalej, ale żeby właśnie te Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej lepiej funkcjonowały, żeby tej opieki w domu można było więcej dawać. [Opiekun\_3]*

Jak wynika z zebranych danych, wyłącznie jedna osoba (przedstawiciel RS) spotkała się z terminem „deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych”. Po zapoznaniu się ze znaczeniem pojęcia deinstytucjonalizacji badani reagowali entuzjastycznie, wskazując na słuszność takiego postępowania i dążeń, ponieważ odpowiadają one psychicznym potrzebom podopiecznych i zaspokajają potrzebę jak najdłuższego pozostania w miejscu zamieszkania. Według słów jednego z uczestników badania:

*Jeżeli będzie taka opieka zorganizowana dobrze w domu to ja uważam, że to jest bardzo dobra rzecz. Ja uważam, że osoba, która żyje w swoim mieszkaniu, w swoim domu i do końca jest, nawet jeżeli nie jest do końca świadoma jak to wygląda, to myślę, że dla niej to i tak jest dobre. [Opiekun\_5]*

Respondenci uważają również, że idea deinstytucjonalizacji jest raczej możliwa do wprowadzenia w życie, wymaga jednak nakładu środków finansowych, odpowiedniej organizacji oraz wsparcia rodzin podopiecznych.

Pomimo pozytywnej oceny, w opinii niektórych respondentów deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych może przynieść negatywne skutki dla instytucji oraz opiekunów. Przyczyni się bowiem do likwidowania podmiotów świadczących pomoc, a to z kolei spowoduje zwolnienie ich pracowników. Należy zauważyć, że jeden z badanych opiekunów nie odebrał deinstytucjonalizacji jako zwiększenia zapotrzebowania na opiekunów środowiskowych, skupiając się wyłącznie na negatywnych skutkach zmniejszenia zatrudnienia w instytucjach. Świadczy to o zakorzenieniu identyfikacji opieki wyłącznie z jej wymiarem instytucjonalnym. Choć był to jednostkowy przypadek, warto zaznaczyć, że gdyby takie rozumienie deinstytucjonalizacji było bardziej powszechne w środowisku opiekunów, mogłoby to utrudniać proces jej wdrażania.

Część respondentów dostrzeża również negatywne skutki, jakie proces ten może przynieść rodzinom podopiecznych, wskazując na ich niemożność podjęcia domowej opieki nad osobami wymagającymi uwagi przez całą dobę. Oznacza to, że proces ten może niejako zmusić członków rodzin do zrezygnowania z zatrudnienia, z powodu braku zapewnienia opieki

na czas ich przebywania w pracy. Identyfikowane są również możliwe negatywne skutki dla samych pacjentów, w szczególności samotnych i wymagających całodobowej opieki. Przeniesienie ich z instytucji do domu będzie równoznaczne ze skazaniem ich na samotność, przerywaną jedynie krótkimi chwilami obecności opiekuna.

W opinii badanych idea rozwoju usług środowiskowych jest jednak słuszna. Warto natomiast zwrócić uwagę, że u niektórych respondentów wystąpiła równocześnie potrzeba podkreślenia, iż poleganie wyłącznie na usługach środowiskowych i zamykanie instytucji nie jest właściwym rozwiązaniem. Wydaje się, że poczucie konieczności sformułowania takich zastrzeżeń/podkreśleń może wskazywać na niewłaściwe rozumienie deinstytucjonalizacji i interpretowanie jej jako działań dążących do całkowitego zniesienia opieki instytucjonalnej i pozostawienia wyłącznie formy środowiskowej.

Badani nie dostrzegają działań, które mogłyby zostać zinterpretowane jako deinstytucjonalizacja lub nie mają wystarczającej wiedzy by je zaobserwować. Po części może wynikać to z zadeklarowanego braku wiedzy na temat pojęcia i zasad deinstytucjonalizacji. Jedynie jedna osoba wskazała na zaobserwowane zjawisko, które jej zdaniem może się z tym procesem wiązać, a dotyczyło rozwoju usług środowiskowych po zamknięciu szpitalnego oddziału dla osób przewlekle chorych. Na podstawie tej wypowiedzi nie można jednak stwierdzić, czy opisana zmiana miała planowy charakter czy stanowiła niejako naturalną odpowiedź na wzrost zapotrzebowania.

### 3.6. Kierunki rozwoju systemu opieki

Zdaniem respondentów z obu grup, za opiekę nad osobami niesamodzielnymi powinna być odpowiedzialna w pierwszej kolejności rodzina. Nie może być ona jednak osamotniona w sprawowaniu opieki. Dodatkowe wsparcie powinno być zapewnione ze strony dobrze zorganizowanego systemu, którym zarządza państwo za pośrednictwem władz samorządowych. Przy czym, pomoc oznaczać ma nie tylko wsparcie finansowe, ale również współdziałanie w opiece nad podopiecznymi takich podmiotów i osób, jak:

- przychodnie specjalistyczne, lekarze i pielęgniarki,
- OPS, opiekunowie środowiskowi, asystenci osób starszych,
- sąsiedzi i wolontariusze,
- psycholog.

Działania tych instytucji powinny się uzupełniać, w taki sposób, by zapewnić podopiecznemu jak najlepsze warunki bytowe oraz wsparcie rodziny w sprawowaniu opieki.

Warto zwrócić uwagę, że pierwszeństwo obowiązku opieki zmienia się w dwóch przypadkach. Po pierwsze, dotyczy to podopiecznych zupełnie niesamodzielnych lub takich, których stan jest ciężki – w tych sytuacjach spada on na wyspecjalizowane instytucje, takie jak hospicjum czy DPS. Jak mówił o tym jeden z respondentów:

*Najlepiej żeby robiła to rodzina czy środowisko, ale wspomagana odpowiednio przez władzę. Jeżeli rodziny nie stać na taką pomoc, to wtedy pomoc organizacyjno-środowiskowa, powinno pomóc państwo. Jeżeli natomiast jest taka choroba, przy której lekarze załamują ręce to powinna być pomoc stricte instytucjonalna. [RS\_2]*

Po drugie, dotyczy to osób samotnych. W tym przypadku obowiązek opiekuńczy powinien zostać podjęty przez państwo, za pomocą takich instytucji jak np. OPS.

Ocena rzeczywistego funkcjonowania opieki odbiega od obrazu przedstawionego powyżej. Badani przytaczali różne przykłady, jednak analiza ich wypowiedzi wskazuje, że rodziny są w znacznej mierze pozostawione same sobie – bywają często jedynym podmiotem zaangażo-

wanym w opiekę, nie uzyskują wsparcia bądź jest ono trudnodostępne lub niewystarczające. Często są również przypadki, kiedy rodzina uchyla się od podjęcia opieki, przerzucając obowiązek jej świadczenia na instytucje takie jak np. OPS. W ekstremalnych sytuacjach podopieczni stanowią problem dla wszystkich wymienionych wyżej podmiotów (łącznie z rodziną), które zamiast ze sobą współpracować, zrzucają na siebie nawzajem odpowiedzialność. Jeden z respondentów wyraził się na ten temat obrazowo:

*Niestety, jak to mówię każdy odbija pałeczkę. Nikt nie chce się zajmować tymi ludźmi. [Opiekun\_2]*

Najwięcej trudności identyfikowanych jest przy zagadnieniu opieki nad osobami samotnymi. Dotyczy to swoistej niewydolności systemu opieki i związanych z nim procedur, które wpływają na wydłużenie czasu niezbędnego do uzyskania wsparcia. Przykładowo, oczekiwanie na przyznanie opiekuna z OPS trwa ok. 2 tygodnie. Przez ten czas osoba samotna pozostawiona jest bez właściwej opieki i niejako zdana na dobrą wolę np. swoich sąsiadów. W słowach jednego z badanych:

*Procedury są tak skomplikowane, jeśli nawet ktoś się zgłasza do domu opieki społecznej, to ta procedura jest tak skomplikowana i tak długo trwa, że ta osoba, która powinna być w szybkim terminie zdiagnozowana i przemieszczona gdzieś, jeśli taka sytuacja jest to w międzyczasie zdąży umrzeć. [RS\_1]*

Z drugiej strony, należy zaznaczyć, że opisane powyżej problemy nie są regułą. Analiza wypowiedzi respondentów wskazuje bowiem, że wiele rodzin doskonale radzi sobie z opieką, a system w ich przypadkach funkcjonuje w sposób właściwy. Poszczególne podmioty ze sobą współpracują, np. na poziomie pracowników terenowych, w tym wypadku opiekunów. Jak przedstawił to jeden z respondentów:

*Wszyscy razem współpracują, bo nie mają wyjścia, także te relacje są dobre. Jeśli np. opiekunki czegoś tam nie mogą, nie wiedzą, to dzwonią, pytają [pielęgniarki środowiskowe – przyp. red.] o pomoc. [Opiekun\_5]*

Na podstawie analizy materiału zgromadzonego podczas wywiadów można zidentyfikować następujące, formułowane przez badanych, cele opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi:

- zapewnienie bezpieczeństwa,
- umożliwienie codziennego funkcjonowania – poprzez zaspokojenie podstawowych potrzeb fizjologicznych: opieka zdrowotna, jedzenie, higiena, itp. czy dostosowanie przestrzeni mieszkania,
- poprawa jakości życia,
- w miarę możliwości – aktywizacja i integracja,
- utrzymanie dotychczasowego poziomu samodzielności.

W szerzej rozumianych celach pomocy osobom niesamodzielnym istotne jest również wsparcie rodziny podopiecznego w sprawowaniu opieki. W opinii respondentów wymienione wyżej cele nie są realizowane w pełni, a jedynie częściowo. Na podstawie analizy wypowiedzi badanych nie można jednak stwierdzić, dlaczego tak się dzieje – respondenci nie wypowiadali się na ten temat.

Lokalna polityka opiekuńcza nie jest oceniana jednoznacznie. Zauważalna jest różnica w opiniach pomiędzy opiekunami, a przedstawicielami RS – ocena tych pierwszych jest raczej negatywna, natomiast drugich raczej pozytywna. Najprawdopodobniej wynika to z różnicy perspektyw – opiekunowie oceniają na bardziej szczegółowym poziomie realnie istniejących warunków i wprowadzania założeń w życie, z kolei członkowie Rad opierają swoją ocenę na bardziej ogólnym spojrzeniu na sposób organizacji. Wszyscy respondenci zgadzają się jednak, że dopasowanie systemu opieki do potrzeb niesamodzielnych osób dorosłych jest niewystarczające lub niskie. Udzielone odpowiedzi wskazują, że wpływa na to skala i formy podejmowanych działań – w opinii badanych potrzeby są znacznie większe. Dotyczy to zarówno konkretnie formułowanych braków, jak i niedoborów na poziomie myślenia strategicznego. Dostrzegane przez badanych błędy to:

- niedostateczna liczba opiekunów,
- niski poziom dostępności usług opiekuńczych (dot. zarówno opieki instytucjonalnej, jak i pozainstytucjonalnej),
- długi okres oczekiwania na wsparcie, miejsce w instytucji,
- nadmiar biurokracji w procesie uzyskania wsparcia, jak również wewnątrz instytucji,
- zbyt duży nacisk kładziony na rozwój instytucji, a nie opiekę w miejscu zamieszkania,
- zbyt niski poziom finansowania (dot. zarówno opiekunów, jak i instytucji),
- rozproszenie odpowiedzialności za politykę senioralną pomiędzy komórkami urzędu, wynikające z tego utrudnienia w załatwianiu spraw i swoisty paraliż komunikacyjny pomiędzy władzami a Radą Seniorów,
- niejasność zakresu kompetencji Rad Seniorów.

Na podstawie materiału zgromadzonego podczas wywiadów, nie można ocenić na jakim poziomie administracyjnym dostrzegane są wyżej wymienione elementy – respondenci nie wypowiadali się na ten temat. Wśród atutów lokalnej polityki opiekuńczej wymienić można: współpracę pomiędzy poszczególnymi instytucjami oraz opiekunami, podjęcie inicjatywy utworzenia Rad Seniorów i rozpoczynającą się w niektórych samorządach debatę na temat tworzenia domów dziennego pobytu.

Podsumowując, analiza odpowiedzi respondentów oraz opisanych powyżej wniosków wskazują, że wśród wyzwań stojących przed systemem opieki wymienić można:

- ułatwienie dostępu do usług opieki w miejscu zamieszkania poprzez zwiększenie liczby opiekunów,
- ułatwienie dostępu do instytucji opieki całodobowej poprzez zwiększenie liczby dostępnych miejsc i utworzenie nowych placówek,
- rozwój działań profilaktycznych – promocja zdrowia i aktywności fizycznej, kampanie informacyjne, darmowe akcje badające stan zdrowia,
- rozwój usług opieki dziennej – utworzenie domów dziennego pobytu i innych placówek średniego poziomu, zapewniających wsparcie rodzinom podejmującym opiekę oraz osobom samotnym,
- rozwój usług opiekuńczych nakierowanych na seniorów – zaplanowanie sieci usług pozwalających na zaspokojenie potrzeb wynikających z procesów starzenia się społeczeństwa,
- zwiększenie nakładów finansowych na opiekę w budżecie samorządu,
- efektywna dystrybucja informacji dotyczących możliwości uzyskania wsparcia – przekazywanie ich wszystkim podopiecznym oraz ich rodzinom od razu, w sposób pełny i zrozumiały,
- przeprowadzenie szczegółowej, jakościowej i ilościowej diagnozy potrzeb osób niesamodzielnych oraz sprawujących opiekę rodzin; może się to odbyć przy wsparciu Rad Seniorów,

- zwiększenie realnego wpływu Rad Seniorów – np. poprzez wprowadzenie obowiązku współpracy z Radą dla odpowiednich wydziałów urzędów, konsultowanie projektów działań obejmujących seniorów,
- zaangażowanie NGO w system opieki, udzielenie im wsparcia umożliwiającego ich działalność (np. zwiększenie finansowania, uruchomienie programów finansowania dla tego typu działalności nakierowanej na rozwój usług opiekuńczych, uproszczenie procedury rozliczania dofinansowania).

## 4. REZULTATY BADANIA ILOŚCIOWEGO

Oprócz analizy danych zastanych oraz badania jakościowego na potrzeby raportu przeprowadzono badanie ilościowe, którego podmiotami były instytucje świadczące usługi na rzecz niesamodzielnych osób dorosłych. Badanie to realizowane było z wykorzystaniem techniki CAWI, CATI i CAPI.

### 4.1. Metodologia realizacji badania ilościowego

#### 4.1.1. Zastosowane techniki zbierania danych

Badanie ilościowe zrealizowane zostało z wykorzystaniem trzech technik wykonywania wywiadów: CAWI, CATI i CAPI.

**Technika CAWI** (Computer-Assisted Web Interview) to wywiad realizowany elektronicznie za pośrednictwem strony internetowej. W technice tej kwestionariusz ankiety zostaje przetworzony na wersję elektroniczną, która następnie wyświetla się respondentowi na ekranie komputera.

**Technika CATI** (Computer Assisted Telephone Interview) to wywiady wspomagane komputerowo realizowane przez telefon. W trakcie tych wywiadów ankieter odczytuje pytania ankiety wyświetlane na ekranie komputera i zapisuje w nim odpowiedzi udzielone przez respondenta.

**Technika CAPI** (Computer Assisted Personal Interview) to wywiady z respondentem realizowane bezpośrednio przez ankietera. W trakcie tych wywiadów ankieter odczytuje pytania ankiety wyświetlane na ekranie komputera i zapisuje w nim odpowiedzi udzielone przez respondenta.

Wszystkie wymienione techniki ilościowe były względem siebie substytucyjne. Oznacza to, że informacje zebrane za pomocą każdej z nich w trakcie analiz były traktowane równoważnie.

#### 4.1.2. Baza respondentów

Podstawą realizacji badania ilościowego była baza adresowa przygotowana specjalnie na potrzeby projektu. Została ona utworzona w oparciu o dane przekazane przez Łódzki RCPS, jak i dane zebrane przez Wykonawcę. W trakcie przygotowywania operatu okazało się, że ze względu na szeroki zakres działań części podmiotów, niektóre z nich występowały w bazie kilkakrotnie, za każdym razem reprezentując inny typ. Dlatego też przed przesłaniem bazy do realizacji konieczne było usunięcie powtarzających się podmiotów. Ostateczna baza skierowana do realizacji liczyła 295 podmiotów.

Pierwszą część kwestionariusza ankiety stanowiły dwa pytania filtrujące, dzięki którym następowała weryfikacja zgodności danej placówki oraz jej reprezentanta z założeniami dotyczącymi próby badawczej. Za pomocą pierwszego z nich weryfikowano, czy placówka świadczy usługi dla dorosłych osób niesamodzielnych. Drugie pytanie sprawdzało, czy dana osoba pełni funkcję dyrektora placówki bądź, czy została ona wyznaczona przez dyrektora do udziału w badaniu. Dopiero po dwukrotnym udzieleniu pozytywnej odpowiedzi rozpoczynała się właściwa część ankiety. 110 badanych potwierdziło spełnianie obu kryteriów i prawidłowo wypełniło ankietę. Brak kwalifikacji pozostałych placówek do próby wynikał z następujących powodów:

- Odmowa (brak zainteresowania udziałem w badaniu, brak czasu),
- Nieświadczenie usług dla dorosłych osób niesamodzielnych,
- Niespełnienie kryterium pełnienia funkcji dyrektora placówki bądź posiadania upoważnienia do wzięcia udziału w badaniu,

### 4.1.3. Opis sposobu ankietowania

Ze względu na małą ilość czasu, jaka została przeznaczona na realizację prac terenowych, badanie realizowano jednocześnie z wykorzystaniem wszystkich założonych technik ilościowych.

Na początku procesu ankietowania, do wszystkich jednostek będących podmiotem badania, których adres e-mail zawarty był w operacie, rozesłane zostało pismo przewodnie dotyczące badania. List ten zawierał informacje na temat projektu, wskazywał, kto jest Zamawiającym oraz Wykonawcą, a także wyrażał prośbę o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie. Treść pisma stanowi załącznik numer 1 do raportu. Do listu dołączany był spersonalizowany link do internetowej wersji kwestionariusza. Po rozesłaniu tych informacji przez trzy dni czekano na wypełnienie ankiet. W tym czasie z jednostkami, dla których nie udało się pozyskać adresu e-mail, ankieterzy Wykonawcy kontaktowali się telefonicznie i po odnalezieniu osób spełniających kryteria doboru, informowali o prowadzeniu badania. Następnie proponowali badanym wypełnienie ankiety przez Internet lub telefonicznie. W przypadku wyboru techniki CAWI ankieter pobierał od respondenta adres e-mail, na który następnie wysyłany był link do badania. W przypadku deklaracji wypełnienia ankiety przez telefon ankieter niezwłocznie przystępował do odczytywania pytań kwestionariusza lub też w sytuacji, gdy respondent nie miał w danym momencie czasu na udzielenie odpowiedzi, umawiał się z nim na inny termin.

Po upływie trzech dni od rozesłania pierwszej serii listów e-mail, dokonana została weryfikacja liczby wypełnionych ankiet. Na jej podstawie wyodrębniona została grupa jednostek, które nie udzieliły odpowiedzi na pytania i z którą to grupą ankieterzy kontaktowali się następnie telefonicznie, prosząc o udział w badaniu. Także i w tym przypadku badani mogli dokonać wyboru formy, w jakiej chcą udzielić odpowiedzi na pytania - przez telefon lub przez Internet.

Zgodnie z założeniami, oprócz kontaktu mailowego, w sytuacji niewypełnienia ankiety podejmowane były minimum dwie próby kontaktu telefonicznego z każdym podmiotem badania. W sytuacji, gdy, pomimo tych działań, dany podmiot nadal nie był zainteresowany udziałem w badaniu bądź nie można było się z nim skontaktować, do danej placówki wysłany był ankieter z zadaniem zrealizowania ankiety CAPI.

Zastosowanie opisanej kombinacji metod miało na celu maksymalizację realizacji próby poprzez umożliwienie respondentowi udzielenia odpowiedzi na pytania w najbardziej dogodnej dla siebie formie i czasie. Było to o tyle istotne, że uczestnikami badania były często osoby zajęte, wykonujące obowiązki służbowe i niemogące poświęcić wiele czasu na tego typu działania. Połączenie trzech technik badawczych oznaczało, że wykorzystane zostały wszystkie dostępne sposoby dotarcia do respondentów, a tym samym uczyniono wszystko, aby zmaksymalizować liczbę zrealizowanych ankiet.

W przypadku wszystkich technik, badanie zrealizowano w oparciu o ten sam skrypt kwestionariusza. Dzięki czemu wyeliminowana została możliwość wystąpienia sytuacji, w której badani odpowiadali na inne pytania bądź do tych samych pytań zaproponowane zostały im inne skale odpowiedzi.

## 4.2. Charakterystyka uczestników badania

Największy odsetek respondentów badania stanowiły Domy Pomocy Społecznej. Odpowiedzi na pytania udzieliły 34 takie jednostki. Drugą najliczniej reprezentowaną grupą były Środowiskowe Domy Samopomocy. W badaniu udział wzięły 24 placówki tego typu. Kolejne grupy reprezentowane w projekcie przez 12 jednostek to Warsztaty Terapii Zajęciowej oraz Stowarzyszenia – odpowiednio 12 i 11 jednostek. Szczegółowy rozkład podmiotów badania zaprezentowany został w poniższej tabeli.

**Tabela 6. Rozkład typów jednostek biorących udział w badaniu.**

Rodzaj placówki	n	%
Dom Pomocy Społecznej	35	32%
Środowiskowy Domy Samopomocy	24	22%
Warsztaty Terapii Zajęciowej	12	11%
Dzienny Domy Pomocy Społecznej	11	10%
Stowarzyszenie	9	8%
Hospicjum domowe	6	5%
Pielęgniarska opieka długoterminowa	3	3%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	2	2%
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	2	2%
Dzienny Dom Opieki Medycznej	1	1%
Instytucja świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze	1	1%
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	1	1%
Ośrodki Pomocy Społecznej	1	1%
Organizacje pozarządowe	1	1%
Fundacje	1	1%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

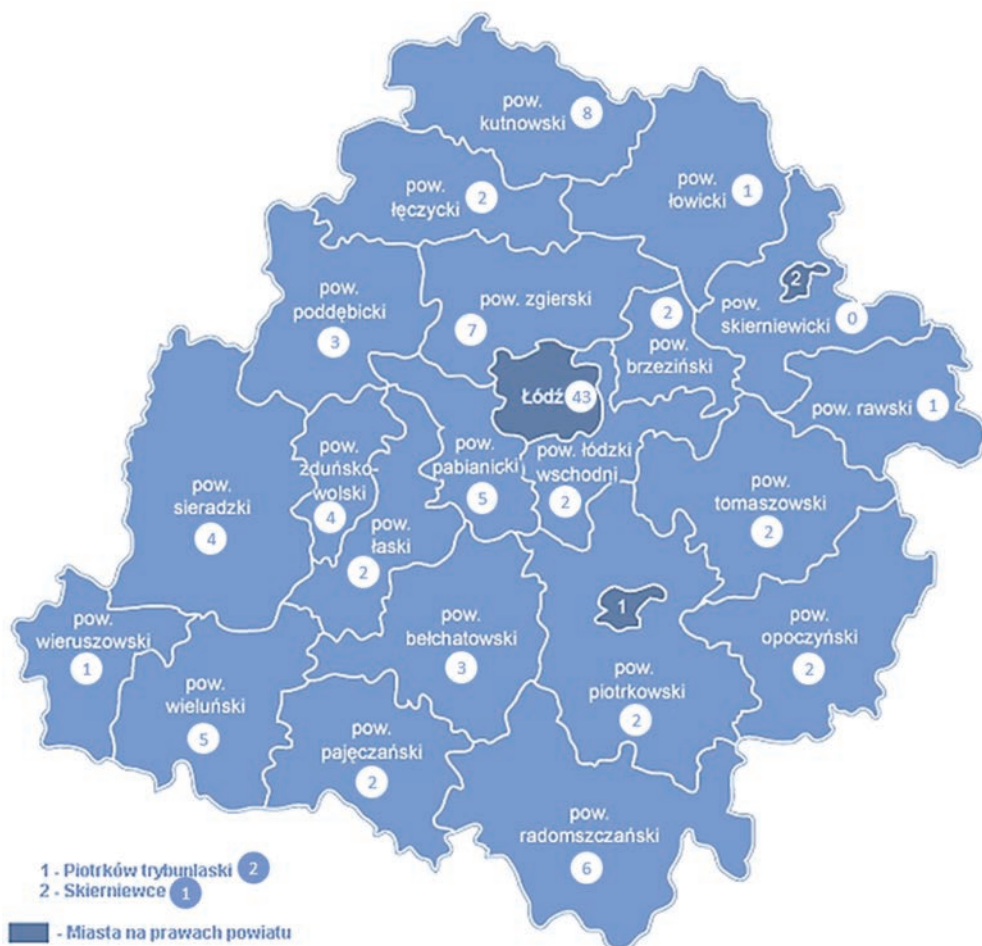
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Ze względu na strukturę uczestników badania przyjęto, że wyniki prezentowane będą zarówno dla ogółu badanych, jak i w podziale na Domy Pomocy Społecznej, Środowiskowe Domy Samopomocy oraz grupę „Inne”, w skład której włączone zostały wszystkie pozostałe jednostki biorące udział w badaniu. Należy pamiętać o tym, że zamieszczone w tej części opracowania dane odnoszą się jedynie do jednostek, które wzięły udział w badaniu i opisują tylko te placówki.

Ze względu na charakter poruszanych kwestii oraz w trosce o jak najlepszą jakość zbieranych danych zaplanowano, że respondentami badania będą mogli zostać jedynie dyrektorzy poszczególnych placówek bądź ewentualnie osoby posiadające odpowiednią wiedzę, które zostały przez dyrektora wyznaczone do udzielenia informacji. Ostatecznie respondentami badania w 75% byli dyrektorzy, co należy uznać za wynik bardzo dobry.

Obszar badania obejmował cały teren województwa łódzkiego. Pomimo nierównomiernego rozłożenia liczby placówek w poszczególnych powiatach okazało się, że w efekcie badania każdy z nich ma w badaniu swojego reprezentanta. Liczba wywiadów zrealizowanych na terenie każdego z powiatów została przedstawiona na rysunku numer 3.

**Rysunek 3. Liczba wywiadów ilościowych zrealizowanych w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

66% badanych jednostek to placówki publiczne. Forma ta dominuje w przypadku Domów Pomocy Społecznej (jedynie 6 placówek jest własnością prywatną, z czego 2 mają podpisaną umowę z NFZ), ŚDS (dwie placówki są prywatne, mają one umowę z NFZ) oraz w przypadku Dziennych DPS (brak placówek prywatnych). Spośród przebadanych 12 placówek WTZ, 7 siedem było jednostkami publicznymi. W grupie pozostałych 48 placówek objętych badaniem jedynie 4 miały publiczną formę własności.

Posiadanie kontraktu na prowadzenie usług z jednostką publiczną to najpopularniejszy sposób finansowania jednostek będących instytucjami prywatnymi. Kontrakty takie posiada 60% tego typu placówek. Pozostałe z nich prowadzą typową działalność gospodarczą, w której usługi nabywane są bezpośrednio przez świadczeniobiorców bądź przez najbliższych tych osób.

Jednostki biorące udział w badaniu różnicuje okres prowadzenia działalności. Są takie, które powstały w ciągu ostatnich kilku lat (w jednym przypadku podmiot funkcjonował zaledwie od roku), ale są również takie, które działają od kilkudziesięciu lat. Z zebranych informacji wynika,

że w ciągu ostatnich trzydziestu lat tempo powstawania Domów Pomocy Społecznej na terenie województwa łódzkiego było mniej więcej stałe i wynosiło od 4 do 6 placówek na dekadę. Wyraźnie inna sytuacja odnosi się natomiast do ŚDS. Placówki tego typu funkcjonują na rynku dopiero od około 30 lat, przy czym w pierwszej dekadzie istniały tylko dwie placówki tego typu. Po 1996 nastąpił wzrost zainteresowania otwieraniem ŚDS. W ciągu następnej dekady uruchomiono 10 takich placówek, a w kolejnej 12. Największy przyrost liczby placówek z grupy „Inne” nastąpił w latach 1986 – 2005. W okresie tym powstało niemal 2/3 jednostek objętych badaniem. W kolejnym dziesięcioleciu tempo przyrostu liczby placówek nieco zmalało, jednak nadal liczba ta była relatywnie wysoka - w okresie tym powstało 11 placówek.

**Tabela 7. Okres, w jakim badane placówki funkcjonują na rynku.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Do 10 lat	27	25%	4	11%	12	50%	11	22%
11 do 20 lat	33	30%	6	17%	10	42%	17	33%
21 do 30 lat	23	21%	6	17%	2	8%	15	29%
31 do 40 lat	12	11%	5	14%	0	0%	7	14%
41 do 50 lat	2	2%	1	3%	0	0%	1	2%
51 do 60 lat	5	5%	5	14%	0	0%	0	0%
61 do 70 lat	4	4%	4	11%	0	0%	0	0%
71 do 80 lat	2	2%	2	6%	0	0%	0	0%
Ponad 80 lat	2	2%	2	6%	0	0%	0	0%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

### 4.3. Skala i rodzaj usług

Badanie potwierdziło, że zarówno DPS jak i ŚDS prowadzą działalność jedynie na obszarze placówki. W przypadku respondentów zaliczonych do kategorii „Inne” 31% podmiotów świadczy usługi w domu podopiecznego bądź w innym miejscu niebędącym ani siedzibą placówki, ani domem podopiecznego. Co istotne, dostrzegalne jest, że firmy z grupy „Inne” skupiają się na prowadzeniu działalności w jednym miejscu. Jedynie 6% z nich podało, że świadczy swoje usługi zarówno w domu podopiecznego, jak i w innym miejscu.

Także w kwestii typu świadczonej opieki zebrane wyniki potwierdziły posiadaną wiedzę. Wszystkie biorące udział w badaniu Domy Pomocy Społecznej świadczą usługi całodobowo, natomiast w przypadku Środowiskowych Domów Samopomocy wskaźnik ten osiągnął wartość 96%. Jeśli chodzi o jednostki zaliczane do grupy „Inne”, to 29% z nich udostępnia opiekę całodobową, a 80% w określonych porach (wartości nie sumują się do 100%, gdyż niektóre placówki wskazały, że świadczą usługi w różnych porach dla różnych typów usług). W przypadku pięciu jednostek wskazano oba te zakresy czasowe, co można motywować szerszym spektrum prowadzonej działalności i jej zróżnicowaniem.

Badanym z grupy placówek, które zadeklarowały świadczenie usług przez określoną liczbę godzin w ciągu dnia, zadano pytanie o to, w jakich porach odbywa się ta działalność. Badanymi były jedynie podmioty z grupy ŚDS oraz „Inne”. W przypadku tych placówek zajęcia najczęściej rozpoczynają się w godzinach od 7:00 do 9:00 (91% ŚDS oraz 83% „Inne”), a kończą zwykle mię-

dzy godziną 15:00 a 17:00 (96% ŚDS oraz 63% „Inne”). W przypadku tej ostatniej grupy można dodatkowo wyróżnić pewną grupę podmiotów (12%), która rozpoczyna zajęcia po godzinie 9:00, oraz grupę, która kończy je po godzinie 17:00.

Wszystkie podmioty biorące udział w badaniu świadczą usługi dla osób dorosłych. Kierowanie oferty dla tej grupy odbiorców było jednym z kryteriów udziału w badaniu.

Zebrane wyniki wskazują jednak, że podział usługobiorców na osoby pełnoletnie i niepełnoletnie ściśle determinuje ofertę poszczególnych placówek. Jedynie jeden DPS i jeden ŚDS zadeklarowały, że świadczą usługi także na rzecz osób niepełnoletnich.

Na potrzeby badania wyróżniono osiem przyczyn/rodzajów niesamodzielności:

- Osoby starsze;
- Osoby z obniżoną sprawnością sensoryczną (zmysłową),
- Osoby z obniżoną sprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe, demencja starcza);
- Osoby z obniżoną sprawnością funkcjonowania społecznego (zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej oraz zdrowia psychicznego);
- Osoby z obniżoną sprawnością komunikowania się (zaburzenia mowy, autyzm);
- Osoby z obniżoną sprawnością ruchową (dysfunkcje narządu ruchu);
- Osoby z obniżoną sprawnością psychofizyczną z powodu chorób somatycznych;
- Inne.

W grupie badanych podmiotów najczęściej jednostek świadczyło usługi osobom dorosłym z obniżoną sprawnością intelektualną (69%), z obniżoną sprawnością ruchową (64%) oraz osobom starszym (57%). Szczegółowe zestawienie znajduje się w tabeli numer 8.

**Tabela 8. Grupy osób niesamodzielnych, na rzecz których uczestnicy badania świadczą usługi.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Z obniżoną sprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe, demencja starcza)	76	69%	18	51%	22	92%	36	71%
Z obniżoną sprawnością ruchową	70	64%	14	40%	18	75%	38	75%
Osoby starsze	63	57%	24	69%	12	50%	27	53%
Z obniżoną sprawnością funkcjonowania społecznego	60	55%	15	43%	21	88%	24	47%
Z obniżoną sprawnością sensoryczną (zmysłową)	50	45%	8	23%	15	63%	27	53%
Z obniżoną sprawnością psychofizyczną z powodu chorób somatycznych	50	45%	17	49%	8	33%	25	49%
Z obniżoną sprawnością komunikowania się	47	43%	7	20%	15	63%	25	49%
Inne	4	4%	0	0%	0	0%	4	8%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Zgodnie ze swoją specyfiką, DPS w największym stopniu koncentrują się na pomaganiu osobom starszym (69%). Z kolei ŚDS świadczą usługi głównie na rzecz osób z obniżoną sprawnością intelektualną (91%) oraz z obniżoną sprawnością funkcjonowania społecznego (88%). Z danych tych wynika, że nie można wyróżnić tych rodzajów niesamodzielności, które nie są objęte zainteresowaniem poszczególnych grup badanych placówek.

Osoby potrzebujące na terenie województwa łódzkiego mogą korzystać z różnorodnych form pomocy. W tabeli 9 zestawiono informacje na temat siedemnastu rodzajów usług jakie są świadczone przez badane placówki. Wskazano także miejsca, w których działalność ta się odbywa oraz podano średnią miesięczną liczbę osób, które korzystają z danej usługi w jednej placówce.

**Tabela 9. Rodzaje usług, miejsce ich świadczenia oraz średnia miesięczna liczba korzystających.**

Rodzaj usługi	Odsetek świadczących	Miejsce świadczenia	Średnia miesięczna liczba korzystających
Rozwój i podtrzymanie umiejętności społecznych	<b>Ogółem:</b> 85% DPS: 94% ŚDS: 92% Inne: 76%	Siedziba instytucji: 97% Dom podopiecznego: 4% Inne miejsce: 7%	51 osób
Wsparcie emocjonalne dla podopiecznych i ich rodzin	<b>Ogółem:</b> 79% DPS: 91% ŚDS: 83% Inne: 69%	Siedziba instytucji: 89% Dom podopiecznego: 15% Inne miejsce: 3%	54 osób
Aktywizacja społeczna	<b>Ogółem:</b> 75% DPS: 86% ŚDS: 79% Inne: 65%	Siedziba instytucji: 94% Dom podopiecznego: 4% Inne miejsce: 6%	59 osób
Podtrzymanie i podnoszenie sprawności fizycznej	<b>Ogółem:</b> 68% DPS: 74% ŚDS: 79% Inne: 59%	Siedziba instytucji: 99% Dom podopiecznego: 1% Inne miejsce: 5%	39 osób
Zapewnienie wyżywienia	<b>Ogółem:</b> 65% DPS: 100% ŚDS: 67% Inne: 39%	Siedziba instytucji: 100% Dom podopiecznego: 3% Inne miejsce: 0%	73 osób
Pomoc w zachowaniu higieny osobistej przez podopiecznych	<b>Ogółem:</b> 63% DPS: 100% ŚDS: 67% Inne: 35%	Siedziba instytucji: 86% Dom podopiecznego: 16% Inne miejsce: 0%	59 osób

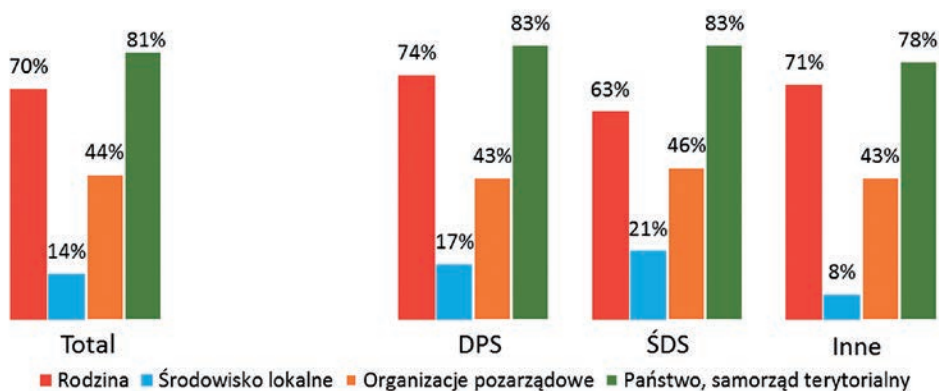
Pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego	<b>Ogółem:</b> 63% DPS: 83% ŚDS: 83% Inne: 93%	Siedziba instytucji: 93% Dom podopiecznego: 9% Inne miejsce: 9%	54 osób
Rehabilitacja	<b>Ogółem:</b> 60% DPS: 74% ŚDS: 46% Inne: 57%	Siedziba instytucji: 89% Dom podopiecznego: 12% Inne miejsce: 6%	41 osób
Pielęgnacja podopiecznych	<b>Ogółem:</b> 59% DPS: 100% ŚDS: 33% Inne: 43%	Siedziba instytucji: 80% Dom podopiecznego: 23% Inne miejsce: 5%	71 osób
Praca socjalna	<b>Ogółem:</b> 51% DPS: 83% ŚDS: 58% Inne: 25%	Siedziba instytucji: 98% Dom podopiecznego: 5% Inne miejsce: 0%	63 osób
Przygotowanie do samodzielności	<b>Ogółem:</b> 49% DPS: 34% ŚDS: 83% Inne: 43%	Siedziba instytucji: 91% Dom podopiecznego: 13% Inne miejsce: 4%	39 osób
Umożliwienie podopiecznym dostępu do opieki duszpasterskiej	<b>Ogółem:</b> 48% DPS: 89% ŚDS: 38% Inne: 25%	Siedziba instytucji: 91% Dom podopiecznego: 9% Inne miejsce: 2%	66 osób
Zaopatrzenie w sprzęty rehabilitacyjne	<b>Ogółem:</b> 35% DPS: 71% ŚDS: 8% Inne: 24%	Siedziba instytucji: 85% Dom podopiecznego: 15% Inne miejsce: 3%	29 osób
Aktywizacja zawodowa	<b>Ogółem:</b> 35% DPS: 14% ŚDS: 63% Inne: 35%	Siedziba instytucji: 97% Dom podopiecznego: 0% Inne miejsce: 8%	26 osób
Zapewnianie noclegu	<b>Ogółem:</b> 25% DPS: 69% ŚDS: 4% Inne: 4%	Siedziba instytucji: 100% Dom podopiecznego: 0% Inne miejsce: 7%	87 osób

Inicjowanie i wspieranie grup samopomocy	<b>Ogółem:</b> 11% DPS: 6% ŚDS: 33% Inne: 4%	Siedziba instytucji: 92% Dom podopiecznego: 8% Inne miejsce: 0%	30 osób
Usługi pomocy asystenta osób z niepełnosprawnością	<b>Ogółem:</b> 4% DPS: ŚDS: 13% Inne: 2%	Siedziba instytucji: 75% Dom podopiecznego: 25% Inne miejsce: 0%	10 osób
Interwencja kryzysowa	<b>Ogółem:</b> 2% DPS: ŚDS: 4% Inne: 2	Siedziba instytucji: 100% Dom podopiecznego: 0% Inne miejsce: 0%	8 osób

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Opieka nad dorosłymi niesamodzielnymi osobami jest świadczona przez różne podmioty. Badani jednak zgodnie przyznają, że powinna być ona zapewniana w największym stopniu przez państwo, w tym samorząd lokalny (81% wskazań) oraz najbliższych (70%). Podmiotami, które w ocenie badanych powinny być w takie działania angażowane w stopniu niewielkim lub żadnym, są natomiast środowiska lokalne (sąsiedzi, znajomi). Można przypuszczać, że nastawienie to wynika z powodów praktycznych. Działalność środowiska lokalnego zwykle opiera się na zasadzie dobrowolności i nie jest obciążona żadnymi zobowiązaniami prawnymi ani finansowymi. Tym samym nie jest działalnością, w której podopieczny ma gwarancję zapewnienia opieki oraz otrzymania jej na odpowiednim poziomie. Interesujące jest natomiast, że podmioty, jakimi są organizacje pozarządowe, także nie zostały uznane przez badanych za jednostki najważniejsze do realizowania opieki nad osobami starszymi. Opinię pozytywną w tym zakresie ma 44% badanych, co wydaje się być wartością relatywnie niewielką.

**Wykres 3. Opinie na temat podmiotów, jakie powinny opiekować się osobami starszymi (suma odsetka wskazań odpowiedzi „w dużym stopniu” oraz „w całości”).**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Istotna z punktu widzenia osób potrzebujących jest także kwestia miejsca, w jakim opieka jest świadczona. 75% badanych jednoznacznie wskazało, że działalność ta powinna odbywać się w środowisku osób niesamodzielnych. W tym przypadku jednak dostrzegalne są wyraźne różnice występujące pomiędzy poszczególnymi grupami badanych. O ile w grupie ŚDS oraz „Inne” wskaźnik ten osiąga wartość przekraczającą 90%, to w przypadku DPS spada on do poziomu 37%. Tłumaczyć to można specyfiką tej grupy. Placówki te świadczą usługi całodobowo, zajmując się przypadkami najcięższymi. Tym samym perspektywa, z jakiej patrzą na problem opieki nad tymi osobami, jest nieco inna niż w przypadku podmiotów świadczących usługi w określonych godzinach. Nie można zapominać także o tym, że opinia przeciwna podważałaby (patrząc obiektywnie) sens istnienia tych placówek.

#### 4.4. Zapotrzebowanie na usługi

Jednym z elementów badania była weryfikacja, jakie w opinii badanych jest zapotrzebowanie na oferowane przez nich usługi skierowane do niesamodzielnych osób dorosłych. Zebrane wyniki zostały przedstawione w poniższej tabeli.

**Tabela 10. Zapotrzebowanie na usługi oferowane przez poszczególne instytucje dla dorosłych niesamodzielnych osób.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Rozwój i podtrzymanie umiejętności społecznych (kontakt z otoczeniem)	68	62%	17	49%	22	92%	29	57%
Wsparcie emocjonalne dla podopiecznych i ich rodzin	64	58%	22	63%	17	71%	25	49%
Zapewnienie wyżywienia	63	57%	31	89%	14	58%	18	35%
Pomoc w zachowaniu higieny osobistej przez podopiecznych (m.in. ubieranie, mycie, zmiana pieluch)	57	52%	32	91%	12	50%	13	25%
Aktywizacja społeczna (np. umożliwienie podopiecznym dostępu do kultury i rozrywki)	56	51%	15	43%	17	71%	24	47%
Pielęgnacja podopiecznych (m.in. wykonanie zaleceń lekarskich, zakładanie opatrunków, podawanie leków)	53	48%	33	94%	3	13%	17	33%
Pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego (np. drobne zakupy, pomoc załatwianiu drobnych spraw urzędowych, wysyłaniu korespondencji itp.)	52	47%	21	60%	17	71%	14	27%
Rehabilitacja	50	45%	17	49%	10	42%	23	45%
Podtrzymanie i podnoszenie sprawności fizycznej (np. poprzez ćwiczenia, sport), nie wliczając w to rehabilitacji	46	42%	11	31%	16	67%	19	37%
Przygotowanie do samodzielności (samoopieki / samopielęgnacji),	39	35%	6	17%	18	75%	15	29%

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Praca socjalna (w tym: indywidualna, grupowa i środowiskowa)	33	30%	18	51%	9	38%	6	12%
Zapewnianie noclegu	25	23%	22	63%	1	4%	2	4%
Aktywizacja zawodowa (w tym integracja społeczna)	23	21%	1	3%	11	46%	11	22%
Umożliwienie podopiecznym dostępu do opieki duszpasterskiej	22	20%	16	46%	3	13%	3	6%
Zaopatrzenie w sprzęty rehabilitacyjne	15	14%	9	26%	2	8%	4	8%
Inicjowanie i wspieranie grup samopomocy	7	6%	1	3%	5	21%	1	2%
Usługi pomocy asystenta osób z niepełnosprawnością	4	4%	0	0%	3	13%	1	2%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Zawarte w tabeli informacje dotyczą liczby oraz odsetka zsumowanych odpowiedzi „raczej duże zapotrzebowanie” oraz „bardzo duże zapotrzebowanie”, a wartości te w celu zapewnienia porównywalności wyników zostały odniesione do całej próby.

Z oczywistych powodów zapotrzebowanie na poszczególne usługi silnie różnicuje się w zależności od grupy, do jakiej należy dana placówka. W przypadku DPS dominuje zapotrzebowanie na usługi pielęgnacji podopiecznych (94%) oraz pomoc w zachowaniu higieny osobistej przez podopiecznych. Dla ŚDS są to: podtrzymanie umiejętności społecznych (92%) oraz przygotowanie do samodzielności (75%), natomiast w grupie „Inne” jest to ponownie rozwój i podtrzymanie umiejętności społecznych (57%) oraz wsparcie emocjonalne dla podopiecznych i ich rodzin (49%). Podane informacje wskazują, że na terenie województwa łódzkiego istnieje zapotrzebowanie na szeroki zakres usług opiekuńczych. Popyt na część z nich jest relatywnie niewielki, jednak, mimo to, nie powinien być ignorowany. Plany działań zmierzających do dostosowania systemu pomocy społecznej do potrzeb powinny uwzględniać tę różnorodność poprzez rozszerzanie oferty placówek już istniejących oraz tworzenie nowych podmiotów.

## 4.5. Dostępność usług

Jednostki, które świadczą usługi opiekuńcze na terenie instytucji, proszone były o podanie liczby udostępnionych miejsc oraz liczby pacjentów z nich korzystających. Informacje na ten temat zostały przekazane przez 40 z 97 placówek, do których ta prośba została skierowana. Na podstawie tych informacji ustalono, że dla potrzebujących przygotowano 4 067 miejsc, a korzysta z nich 4082 osób. Najwięcej miejsc dostępnych jest na oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych w podmiotach. Z oferowanych przez nie 2631 miejsc korzystają 2643 osoby. W drugiej kolejności najwięcej miejsc dostępnych jest / na oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych w podmiotach. Z dostępnych tam 1226 miejsc korzysta 1218 osób. Łączna liczba miejsc na pozostałych oddziałach wynosi 210. Korzysta z nich o 11 osób więcej.

Rozpatrując dostępność usług w kontekście typu placówki zauważalne jest, że najwięcej - 3052 miejsc udostępnionych jest w DPS. Obiekty te oferują 88% ogólnej liczby miejsc zareportowanych przez uczestników badania. W ŚDS dostępnych jest 115 miejsc, a w „Innych” obiektach jest ich 390.

Poza określeniem liczby udostępnionych miejsc podjęto także próbę ustalenia liczby pacjentów objętych opieką domową. Informacje na ten temat przekazało 80% jednostek świadczących tego typu usługi. Ustalono, że z usług tych podmiotów w omawianym zakresie korzysta 677 osób. W zależności od placówki liczba podopiecznych wynosi od 4 do 90 osób.

## 4.6. Determinanty kształtu systemu pomocy

System pomocy społecznej tworzony jest po to, aby zapewnić opiekę osobom potrzebującym, niebędącym w stanie samodzielnie zadbać o siebie oraz niemogącym liczyć na pomoc innych osób w tym zakresie. W opinii badanych, czynnikiem, który powinien mieć największy wpływ na liczbę miejsc opieki w ich placówce, powinno być lokalne zapotrzebowanie na opiekę (59% badanych). Kluczowość tego czynnika potwierdza fakt, że wymieniany w drugiej kolejności poziom finansowania ze strony organu prowadzącego wskazało 19% badanych, a wymieniane w trzeciej kolejności przepisy prawa i wytyczne administracyjne 11%. Kolejność ważności przytoczonych elementów rozpatrywana w podziale na wyodrębnione wśród badanych grupy jest właściwie taka sama. Warunki prawno-ekonomiczne, jakie tworzą obecną rzeczywistość, znacznie korygują jednak wymienione deklaracje. O ile czynnikiem, który ma największy wpływ na liczbę miejsc w poszczególnych placówkach, nadal jest lokalne zapotrzebowanie na opiekę, to jednak tym razem zostało ono wymienione przez 30% badanych, a więc jego ważność uległa dwukrotnemu zmniejszeniu. Jednocześnie do 29% wzrósł odsetek osób, które za najważniejszy uznały poziom finansowania ze strony organu prowadzącego. Ponad dwukrotnie wzrosło także znaczenie przepisów prawa i wytycznych administracyjnych. Elementem, który został dodatkowo wymieniony przez 12% badanych z grupy „Inne”, były zasoby lokalowe.

## 4.7. Sposób kształtowania oferty

Działalność jednostek będących podmiotem badania jest w wysokim stopniu określona przez różnorodne przepisy. Z jednej strony jest to sytuacja właściwa, gdyż wymusza na nich świadczenie usług o określonej jakości, a tym samym zabezpiecza interesy osób niesamodzielnych. Z drugiej jednak strony sytuacja taka sprawia, że znaczna część badanych ogranicza zakres swojej oferty do elementów obligatoryjnych, nie rozszerzając oferty o elementy opcjonalne, a tym samym zawężając zakres możliwych do podjęcia działań pomocowych.

Z zebranych danych wynika, że swoją ofertę na podstawie ogólnych ustaleń kształtują wszystkie Domy Pomocy Społecznej oraz Środowiskowe Domy Samopomocy. W przypadku jednostek z grupy „Inne” ogólnie ustalenia są kluczowe przy tworzeniu oferty dla 86% podmiotów. Z kolei informacje płynące z rynku są wykorzystywane przy tworzeniu oferty jedynie w co czwartym DPS oraz ŚDS. W przypadku pozostałych jednostek odsetek ten wynosi 37%.

**Tabela 11. W jaki sposób kształtowana jest oferta Państwa instytucji, z czego wynika zakres oferowanych usług?**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Odgórnie ustalenia, np. poprzez ustawy i rozporządzenia	103	94%	35	100%	24	100%	44	86%
Oddolnie, poprzez pozyskiwanie informacji płynących z rynku	35	32%	10	29%	6	25%	19	37%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Jedynie 20% DPS oraz 17% ŚDS oferuje w swoich katalogach elementy lub usługi, które nie są narzucane aktami prawnymi. W przypadku pozostałych jednostek wskaźnik ten osiąga poziom 30%. Na pytanie o rodzaj działań nieobligatoryjnych wskazywano:

- Działalność grupy dziennikarskiej i teatralnej;
- Opiekę duszpasterską;
- Opiekę logopedyczną;
- Grupę wsparcia w żałobie;
- Pracownię komputerową;
- Kawiarnię;
- Usługi fryzjerskie;
- Sprzedaż obiadów;
- Turnusy wymienne pomiędzy mieszkańcami DPS;
- Wyjazdy integracyjne dla podopiecznych;
- Uczestnictwo w konkursach, olimpiadach, festiwalach itp.;
- Zapewnienie transportu uczestnikom zajęć.

Jednostki, które wskazały, że kształtując ofertę biorą pod uwagę potrzeby i opinie klientów i mieszkańców, najczęściej zdobywają informacje na ten temat poprzez bezpośrednie rozmowy z podopiecznymi. Mogą one przyjmować różne formy: rozmowy indywidualne, rozmowy w trakcie spotkań w grupach czy też kontakty z rodzinami potrzebujących. Część placówek w celu pozyskania informacji pozostawia ankiety, w których można opisać swoje potrzeby i sprostowania. W przypadku czterech placówek z grupy „Inne” zbieranie informacji odbywa się poprzez dokonywanie analizy rynku i badanie ofert jednostek konkurencyjnych.

## 4.8. Dopasowanie systemu opieki do potrzeb

Istotnym działaniem, w kontekście przewidywanego wzrostu liczby niesamodzielnych osób dorosłych, jest analiza popytu na usługi. W ujęciu makro ma ona na celu takie modyfikowanie systemu opieki, aby w każdym momencie w jak najlepszy sposób odpowiadał on na potrzeby rynku. W ujęciu mikro analiza popytu na usługi opiekuńcze ma na celu takie kształtowanie oferty, aby nie tylko zaspokajała potrzeby lokalne pod względem liczby udostępnionych miejsc, ale także by świadczone usługi w jak największym stopniu odpowiadały indywidualnym potrzebom i możliwościom podopiecznych.

Popyt na usługi opiekuńcze analizowany jest przez 43% ogółu podmiotów objętych badaniem. Zauważalne jest, że zainteresowanie tym tematem jest najniższe wśród DPS. Działania takie podejmuje co piąta placówka tego typu. Przyczyn tego stanu rzeczy doszukiwać się można w mocno sformalizowanym i uregulowanym prawnie sposobie prowadzenia działalności przez

te jednostki. Można przypuszczać, że placówki te traktują swoją działalność stricte „wykonawczo”, pozostawiając wszelkie działania planistyczne w gestii swoich organizatorów. Grupą badanych, w której popyt na usługi opiekuńcze analizowany jest w największym stopniu, są ŚDS. 58% podmiotów z tej grupy przeprowadza takie działania. W trzeciej rozpatrywanej grupie odsetek ten wynosi 51%.

**Tabela 12. Liczba podmiotów analizujących popyt na usługi opiekuńcze.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
W perspektywie kolejnego roku	24	51%	6	86%	6	43%	12	46%
W perspektywie kolejnych 2 lat	7	15%	0	0%	3	21%	4	15%
W perspektywie kolejnych 3 lat	2	4%	1	14%	1	7%	0	0%
W perspektywie kolejnych 4 lat	5	11%	0	0%	0	0%	5	19%
Inna perspektywa	4	9%	0	0%	2	14%	2	8%
Nie wiem	5	11%	0	0%	2	14%	3	12%
<b>Ogółem</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Cechą charakteryzującą wszystkie podmioty objęte analizą jest to, że niezależnie od grupy dominuje wśród nich dokonywanie predykcji na okres jednego roku. Taki horyzont czasowy wskazały prawie wszystkie DPS, a także nieco mniej niż połowa ŚDS oraz podmiotów z grupy „Inne”. Okres dwuletni preferuje 15% badanych, a trzyletni 11%.

Przeprowadzając analizy badani wykorzystują różne źródła informacji. Dominują w tym zakresie rozmowy z podopiecznymi i ich bliskimi (68%), rozmowy z pracownikami / opiekunami (60%) oraz analiza danych własnych posiadanych przez instytucje (51%). Taka kolejność źródeł informacji nie zaskakuje. Są to dane, które badani w prosty sposób mogą zdobyć samodzielnie lub które są już w ich posiadaniu. Tym samym pozyskanie ich nie wymaga ponoszenia nakładów finansowych lub dużych nakładów czasowych. Należy zaznaczyć, że zdobyte w ten sposób informacje relatywnie rzadko są odnoszone przez badanych do szerszego kontekstu terytorialnego. Przykładowo, podczas analizy popytu na opiekę jedynie 23% podmiotów wykorzystuje informacje pochodzące od organu prowadzącego, a 19% dodatkowo analizuje dane zbierane przez inne instytucje. Źródłami informacji, które praktycznie nie są natomiast wykorzystywane przez badanych, są ankiety przeprowadzane wśród mieszkańców miast, gmin lub powiatów oraz ewaluacje i badania zlecone. W przypadku DPS zauważalne jest, że, pomimo najmniejszego zainteresowania dokonywaniem analiz popytu, jednostki, które jednak dokonują takich działań, czynią to z większym zaangażowaniem niż przedstawiciele grupy „Inne”.

**Tabela 13. Źródła informacji wykorzystywane do analizowania popytu na opiekę.**

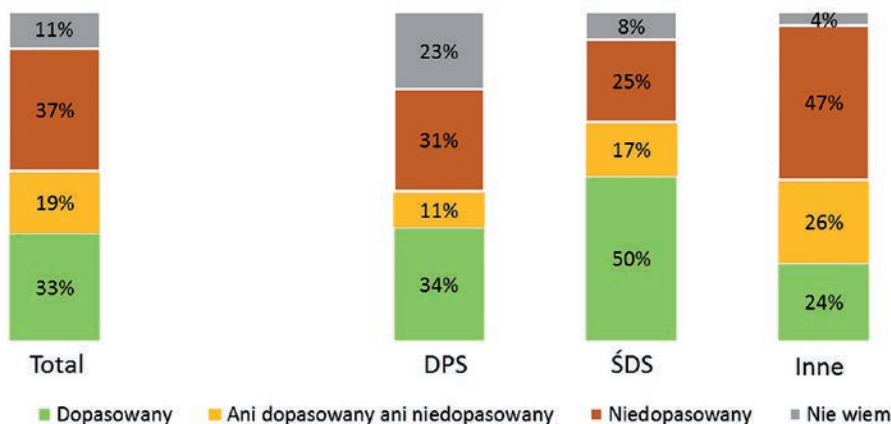
	Typ placówki							
	Ogółem		1 DPS		2 ŚDS		3 Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Rozmowy z podopiecznymi i ich bliskimi	32	68%	4	57%	11	79%	17	65%
Rozmowy z pracownikami / opiekunami	28	60%	4	57%	11	79%	13	50%
Analiza danych własnych Pana(i) instytucji	24	51%	5	71%	8	57%	11	42%
Konsultacje z innymi jednostkami w regionie realizującymi takie same działania	19	40%	2	29%	7	50%	10	38%
Wizytacje w miejscu świadczenia usług	12	26%	1	14%	5	36%	6	23%
Informacje od organu prowadzącego	11	23%	2	29%	5	36%	4	15%
Analiza danych zbieranych przez inne instytucje	9	19%	2	29%	4	29%	3	12%
Analiza dzienniczka czynności opiekunów	7	15%	2	29%	1	7%	4	15%
Analiza doniesień lokalnych mediów	7	15%	1	14%	2	14%	4	15%
Ankiety, badania prowadzone wśród mieszkańców gminy/miasta/powiatu	2	4%	0	0%	1	7%	1	4%
Ewaluacje, badania zlecane	1	2%	0	0%	0	0%	1	4%
Inne	4	9%	0	0%	0	0%	4	15%
<b>Ogółem</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Informacje zebrane na podstawie analiz popytu na usługi opiekuńcze, zarówno w przypadku DPS, jak i ŚDS, wykorzystywane są w większym stopniu do urozmaicenia oferty całościowej niż wybranych usług. W przypadku podmiotów z grupy „Inne” sytuacja jest odwrotna.

W ujęciu ogólnym, co trzeci badany uważa, że system opieki nad pełnoletnimi osobami niesamodzielnymi funkcjonujący na terenie gminy, w której zlokalizowana się dana placówka, jest dopasowany do ich potrzeb. System ten jest w największym stopniu pozytywnie oceniany przez ŚDS (50%), a w najmniejszym stopniu (24%) przez przedstawicieli grupy „Inne”. Taka rozbieżność wyników najprawdopodobniej spowodowana jest zróżnicowaniem form działalności charakteryzującym te placówki oraz sposobem ich finansowania.

**Wykres 4. Ocena dopasowania systemu opieki nad pełnoletnimi osobami niesamodzielnymi funkcjonującego na terenie gminy, w której zlokalizowana jest placówka respondenta.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

W opinii badanych na terenie województwa łódzkiego najbardziej brakuje hospicjów stacjonarnych. Potrzebę zwiększenia ich liczby wskazało 40% badanych. W dalszej kolejności badani wskazywali na brak specjalistycznych usług opiekuńczych, brak Zakładów Opiekuńczo-Lecznicych oraz brak dziennych DPS (po 30% wskazań). Według respondentów konieczne jest zwiększenie liczby każdego rodzaju z ujętych w badaniu typów placówek. W najmniejszym stopniu postulat ten dotyczy Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych oraz Szpitalnych Oddziałów Opieki Paliatywnej, jednak także i w tych przypadkach co dziesiąty badany dostrzegł konieczność stworzenia dodatkowych placówek tego typu. Istotne jest, że na pytanie o rodzaj form opieki, których na terenie gminy jest w nadmiarze, żaden z badanych nie potrafił udzielić odpowiedzi.

**Tabela 14. Zapotrzebowanie na poszczególne formy opieki nad niesamodzielnymi osobami dorosłymi.**

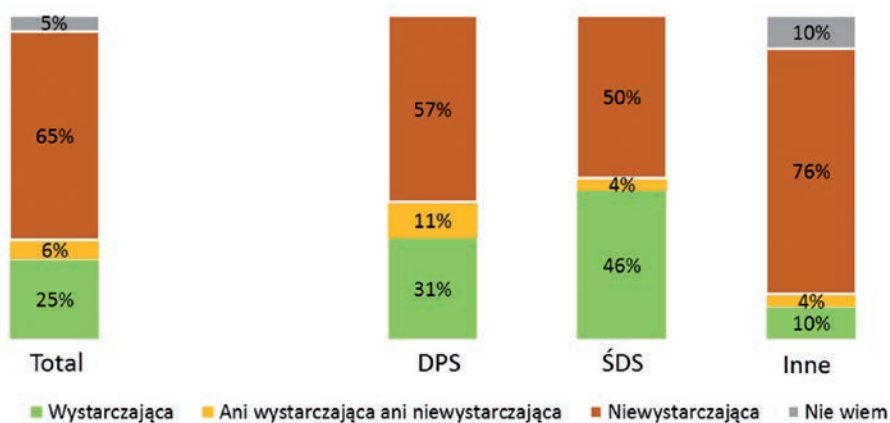
	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Hospicjum stacjonarne	37	34%	14	40%	5	21%	18	35%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	33	30%	9	26%	8	33%	16	31%
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	33	30%	11	31%	5	21%	17	33%
Dzienny Domy Pomocy Społecznej	33	30%	11	31%	5	21%	17	33%
Zapewnienie opieki zastępczej nad osobą niesamodzielną w jego lokalu na godziny	31	28%	7	20%	6	25%	18	35%
Usługi opiekuńcze	30	27%	6	17%	8	33%	16	31%
Dom Pomocy Społecznej	28	25%	10	29%	6	25%	12	24%
Mieszkania o charakterze chronionym	27	25%	10	29%	6	25%	11	22%

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Dowóz ciepłych posiłków do osób niesamodzielných	27	25%	8	23%	9	38%	10	20%
Pielęgniarska opieka długoterminowe	26	24%	3	9%	3	13%	20	39%
Asystent osoby niepełnosprawnej	25	23%	2	6%	6	25%	17	33%
Hospicjum domowe	23	21%	9	26%	4	17%	10	20%
Środowiskowy Domy Samopomocy	23	21%	5	14%	3	13%	15	29%
Warsztaty Terapii Zajęciowej	18	16%	5	14%	3	13%	10	20%
Rodzinny Dom Pomocy	15	14%	2	6%	4	17%	9	18%
Dzienny Dom Opieki Medycznej	14	13%	2	6%	0	0%	12	24%
Dom Senior Wigor	14	13%	2	6%	6	25%	6	12%
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	13	12%	4	11%	2	8%	7	14%
Szpitalny Oddział Opieki Paliatywnej	13	12%	7	20%	1	4%	5	10%
Inne	4	4%	1	3%	1	4%	2	4%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Pochodną zbyt małej liczby placówek świadczących usługi opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi jest niewystarczająca liczba miejsc w stosunku do potrzeb. Respondenci wskazali, odnosząc się jedynie do tożsamego typu placówek, że w 65% przypadków liczba ta jest zbyt mała. W szczególności dotyczy to podmiotów z grupy „Inne”, wśród których tylko 10% uznało ją za wystarczającą.

**Wykres 5. Ocena dopasowania liczby miejsc do potrzeb.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

W ocenie badanych, którzy dostrzegają zapotrzebowanie na dodatkowe miejsca, skala braków ma rozpiętość od 3% do 100% obecnej liczby miejsc, co daje średnią na poziomie 60%. Wartość ta charakteryzuje się dużą zmiennością dla poszczególnych grup. W grupie DPS osiąga ona wartość 77%, wśród ŚDS przyjmuje poziom 32%, natomiast dla grupy „Inne” osiąga wartość 61%.

Inną miarą niedopasowania liczby istniejących miejsc w placówkach pomocy do potrzeb jest odsetek placówek, w których funkcjonuje lista oczekujących na przyjęcie, długość kolejki oczekujących oraz średni czas oczekiwania. W trakcie badania ustalono, że 79% placówek posiada listę oczekujących, a wartość ta nie zależy od grupy, do której należy dana placówka (różnice wynoszą maksymalnie 4 p.p.). Tym samym należy uznać, że jest to zjawisko powszechne. Średnio na przyjęcie do placówki czeka 18 osób. O ile w przypadku DPS wartość ta jest zbliżona (17 osób), to w przypadku ŚDS długość kolejki skraca się do 7 osób, a dla podmiotów z grupy „Inne” wzrasta do 22 osób. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do placówki wynosi 37 tygodni.

Zaprezentowane dane wskazują, że na terenie województwa łódzkiego występuje deficyt miejsc w placówkach świadczących usługi opiekuńcze dla dorosłych niesamodzielnych osób. Dlatego ważne jest, aby uruchomione zostały działania zmierzające do zmiany tego stanu rzeczy. Działania takie zostały do tej pory podjęte przez 38% badanych jednostek. Największym zaangażowaniem w tym zakresie charakteryzują się ŚDS, w przypadku których wskaźnik ten osiąga wartość 58%. Najślabiej natomiast pod tym względem wypadają DPS, wśród których działania dostosowawcze podjęło do tej pory 28% placówek. Czynnościami najczęściej podejmowanymi były budowa lub rozbudowa budynków (26%), zwiększenie liczby miejsc (24%) oraz modernizacja pomieszczeń (21%).

Ze względu na przewidywany wzrost liczby potrzebujących ważne jest, aby nie poprzestać na już podjętych działaniach, lecz planować także kolejne. Spośród badanych placówek działania w tym zakresie planuje podjąć co trzecia jednostka. Charakterystyczne jest, że w przypadku DPS zainteresowanie tym tematem osiąga poziom jedynie 9%, podczas gdy w przypadku ŚDS plany w tym zakresie ma co druga placówka. Tak niski poziom wskaźnika wynika zapewne z faktu, że w swoich działaniach placówki te są silnie uzależnione od organizatorów i to na nich spoczywać będzie obowiązek przygotowywania planów w tym zakresie.

**Tabela 15. Odsetek jednostek planujących podjęcie działań, których celem będzie dostosowanie placówek do zwiększonych potrzeb rynku w zakresie opieki nad dorosłymi niesamodzielnymi osobami.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Tak	38	35%	3	9%	13	54%	22	43%
Nie	35	32%	16	46%	3	13%	16	31%
Nie wiem	37	34%	16	46%	8	33%	13	25%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Z wypowiedzi badanych, którzy planują podjąć działania dostosowawcze, wynika, że najczęściej podejmowanym działaniem będzie próba zwiększenia liczby miejsc w placówkach (34%). Drugim w kolejności działaniem będzie rozbudowa lub budowa nowej placówki (26%), natomiast trzecim, pozostającym w ścisłym związku z poprzednimi, będzie pozyskanie dodatkowego finansowania.

## 4.9. Finansowanie działalności

Podstawową kwestią dotyczącą każdej placówki świadczącej usługi opiekuńcze dla niepełnosprawnych osób dorosłych, wymienianą wcześniej jako mającą główny wpływ na kształt oferty i liczbę oferowanych miejsc, jest zapewnienie finansowania. W przypadku jednostek publicznych kwestie te są określone w przepisach prawa, które wskazuje, w jakiej części opłaty powinny być ponoszone przez organizatora opieki, a w jakiej przez podopiecznego. Dla 58% badanych placówek źródłem finansowania są dotacje od organu prowadzącego / tworzącego. Opłaty wnoszone przez podopiecznych lub ich rodziny są źródłem finansów dla 38% podmiotów. Ze względu na udział w badaniu różnych typów placówek dostrzegalna jest zmienność źródeł finansowania pomiędzy wyodrębnionymi grupami. W przypadku DPS 86% jednostek finansowanych jest z opłat wnoszonych przez podopiecznych, a 74% z dotacji od organów prowadzących (każde z tych źródeł finansuje część wydatków ponoszonych na opiekę). Jednocześnie co czwarta placówka uzyskuje dochody własne. W przypadku ŚDS głównym źródłem finansowania są dotacje od organu prowadzącego / tworzącego (75%). To źródło pieniędzy jest podstawą funkcjonowania tych jednostek – z poszczególnych innych źródeł pieniędzy nie korzysta więcej niż 8% podmiotów. Działalność DPS oraz ŚDS nie jest finansowana w żadnym stopniu przez NFZ. Największa dywersyfikacja w tym zakresie występuje w grupie „Inne”. Można powiedzieć, że jednostki z tej grupy starają się pozyskiwać pieniądze na działalność ze wszystkich możliwych źródeł.

Tabela 16. Źródła finansowania działalności placówek.

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dotacja od organu prowadzącego / tworzącego	64	58%	26	74%	18	75%	20	39%
Opłaty wnoszone przez podopiecznych lub ich rodziny	42	38%	30	86%	2	8%	10	20%
Kontrakt z NFZ	14	13%	0	0%	0	0%	14	27%
Dochody własne pochodzące z innych źródeł	14	13%	9	26%	1	4%	4	8%
Darowizny finansowe i materialne od prywatnych darczyńców	14	13%	4	11%	1	4%	9	18%
Inne	27	25%	4	11%	6	25%	17	33%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Pytani o główne źródło finansowania, przedstawiciele DPS wskazują ex aequo na dotacje od organu prowadzącego / tworzącego oraz opłaty wnoszone przez podopiecznych (po 40%). W przypadku podmiotów z grupy „Inne” dotacje od organu prowadzącego / tworzącego są głównym źródłem finansowania dla 33% podmiotów, a kontrakty z NFZ dla 24%.

Badani, którzy stwierdzili, że w ich placówkach opłaty wnoszone są przez podopiecznych lub ich rodziny, wskazują w 43%, że są one obowiązkowe i wnoszone są przez wszystkich podopiecznych z placówki lub ich rodziny. W 36% ogółu badanych placówek opłaty te także są obowiązkowe, jednak ze względu np. na kryterium dochodu ponosi je jedynie część podopiecznych lub ich rodzin. Pobieranie opłat jedynie za niektóre usługi oraz pobieranie opłat w formie darowizny są domeną podmiotów z grupy „Inne”. W DPS oraz ŚDS takie sposoby pobierania opłat nie są praktykowane.

W 2016 roku za jeden miesiąc opieki w DPS podopieczni lub ich rodziny ponosili średnią opłatę w wysokości 1 341,00 zł. W przypadku placówek z grupy „Inne” kwota ta była o 8 zł niższa. Średnia miesięczna opłata wnoszona za korzystanie z usług ŚDS wynosiła natomiast 100,00 zł. Analizując te dane należy wziąć pod uwagę fakt, że zostały one wyliczone na podstawie informacji jedynie od 39 badanych. Ze względu na niewielką liczbę informacji dotyczących kosztu jednej godziny zajęć w placówkach oferujących opiekę w określonych godzinach w ciągu dnia wartość ta nie została wyliczona.

Średnia wysokość rocznego budżetu w Domach Pomocy Społecznej w 2016 wynosiła 3 327 586,11 zł. Na zapewnienie opieki dorosłym niesamodzielnym osobom placówki przeznaczały średnio 81% tej kwoty. Przeciętny budżet ŚDS kształtował się w zeszłym roku na poziomie 534 028,22 zł, z czego 72% przeznaczane było na potrzeby dorosłych niesamodzielnymi osób. Na podobnym poziomie (566 153,39 zł) kształtował się średni budżet podmiotów zaliczonych do grupy „Inne”. W przypadku tej grupy badanych na potrzeby dorosłych niesamodzielnymi osób przeznaczano 81% tej kwoty. Mniej więcej połowa badanych z DPS i ŚDS jest zdania, że finansowanie przeznaczone w 2016 roku na funkcjonowanie ich instytucji było wystarczające z punktu widzenia podopiecznych. Nieco gorszą opinię pod tym względem mają przedstawiciele ostatniej grupy badanych – podobnego zdania było 37% z nich.

Przedstawione do tej pory informacje wskazują, że główną bolączką uczestników badania jest zbyt mało środków, jakie pozostają do ich dyspozycji. Na pytanie o propozycje zmian w sposobie finansowania opieki połowa badanych postulowała właśnie zwiększenie wielkości nakładów. Czynnikiem ten jest dominujący w przypadku każdej z wyróżnionych grup, przy czym w przypadku ŚDS osiąga wartość największą (58%). Ważność tego aspektu potwierdza fakt, że wskazywana w drugiej kolejności konieczność podniesienia wynagrodzeń pracowników (będąca tak naprawdę pochodną wielkości budżetu) została wskazana przez czterokrotnie mniejszą grupę badanych. Szczegółowy rozkład wskazań zaprezentowany został w tabeli numer 17. Warty uwagi jest, że 9% przedstawicieli DPS wskazało, że powinno zostać wprowadzone przejmowanie majątków osób będących podopiecznymi tych placówek. Kwestia ta nie była poruszana przez pozostałych uczestników badania.

**Tabela 17. Propozycje zmian w sposobie finansowania opieki w odniesieniu do instytucji tego samego typu co placówka respondenta.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zwiększenie nakładów finansowych	56	51%	16	46%	14	58%	26	51%
Wzrost poziomu wynagrodzeń	14	13%	3	9%	4	17%	7	14%
Zapewnienie stabilności finansowania	9	8%	1	3%	5	21%	3	6%
Zwiększenie udziału podopiecznego w opłatach za pobyt	8	7%	5	14%	0	0%	3	6%
Zwiększenie odpłatności za pobyt osób przyjętych na starych zasadach	7	6%	6	17%	0	0%	1	2%
Przeniesienie finansowania do NFZ	7	6%	2	6%	0	0%	5	10%
Umożliwienie prowadzenia działalności komercyjnej	6	5%	3	9%	0	0%	3	6%
Zwiększenie elastyczności wykorzystania środków	5	5%	1	3%	0	0%	4	8%
Wliczanie inwestycji i remontów do kosztów utrzymania	4	4%	1	3%	2	8%	1	2%
Waloryzacja poziomu finansowania	3	3%	1	3%	0	0%	2	4%
Przejmowanie majątków podopiecznych	3	3%	3	9%	0	0%	0	0%
Zwiększenie poziomu zatrudnienia	2	2%	1	3%	1	4%	0	0%
Inne	15	14%	5	14%	4	17%	6	12%
Nie trzeba nic zmieniać	8	7%	2	6%	2	8%	4	8%
Nie wiem	17	15%	6	17%	2	8%	9	18%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

W trakcie badania podjęto także próbę sprawdzenia, na co poszczególne placówki przeznaczyłyby dodatkowe środki w sytuacji, gdyby je otrzymały. W tym celu postawiono każdego badanego w sytuacji hipotetycznej, w której jego placówka otrzymuje budżet o 10% wyższy od poprzedniego. Badanych proszono przy tym, aby podali 3 obszary, na które przeznaczyliby te środki. Zebrane odpowiedzi wskazują, że najczęściej byłyby to zakup wyposażenia (44%). Działaniami wskazywanymi w dalszej kolejności byłyby: zwiększenie wysokości pensji (27%), remonty (24%), zwiększenie zatrudnienia (23%) oraz świadczenie usług opiekuńczych (23%). Taki rozkład odpowiedzi wskazuje, że w ocenie badanych największych inwestycji wymaga baza lokalowa rozpatrywana łącznie z wyposażeniem niezbędnym do realizowania zadań opiekuńczych oraz kwestie związane z wynagrodzeniem za pracę i wielkością obsady pracowników.

**Tabela 18. Obszary, na które badani przeznacziliby dodatkowe środki z budżetu w sytuacji, gdyby został on zwiększony o 10% (badani proszeni byli o podawanie trzech obszarów).**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zwiększenie nakładów finansowych	56	51%	16	46%	14	58%	26	51%
Wzrost poziomu wynagrodzeń	14	13%	3	9%	4	17%	7	14%
Zapewnienie stabilności finansowania	9	8%	1	3%	5	21%	3	6%
Zwiększenie udziału podopiecznego w opłatach za pobyt	8	7%	5	14%	0	0%	3	6%
Zwiększenie odpłatności za pobyt osób przyjętych na starych zasadach	7	6%	6	17%	0	0%	1	2%
Przeniesienie finansowania do NFZ	7	6%	2	6%	0	0%	5	10%
Umożliwienie prowadzenia działalności komercyjnej	6	5%	3	9%	0	0%	3	6%
Zwiększenie elastyczności wykorzystania środków	5	5%	1	3%	0	0%	4	8%
Wliczanie inwestycji i remontów do kosztów utrzymania	4	4%	1	3%	2	8%	1	2%
Waloryzacja poziomu finansowania	3	3%	1	3%	0	0%	2	4%
Przejmowanie majątków podopiecznych	3	3%	3	9%	0	0%	0	0%
Zwiększenie poziomu zatrudnienia	2	2%	1	3%	1	4%	0	0%
Inne	15	14%	5	14%	4	17%	6	12%
Nie trzeba nic zmieniać	8	7%	2	6%	2	8%	4	8%
Nie wiem	17	15%	6	17%	2	8%	9	18%
Inne	8	7%	1	3%	1	4%	6	12%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

## 4.10. Zatrudnienie

Z punktu widzenia zapewnienia jak najlepszego poziomu opieki oraz prawidłowego wywiązywania się z nałożonych obowiązków niezbędne jest zapewnienie odpowiednio licznej i posiadającej odpowiednie kwalifikacje grupy pracowników. Na podstawie wyników badania ustalono, że w ankietowanych placówkach zatrudnionych jest łącznie 2856 osób, które zajmują się bezpośrednio podopiecznymi. Szczegółowe informacje o liczbie pracowników oraz o rodzajach kwalifikacji, jakie były brane pod uwagę, znajdują się w poniższej tabeli.

**Tabela 19. Liczba pracowników badanych placówek w podziale na kwalifikacje.**

Kwalifikacje	Liczba pracowników
Lekarze	105
w tym psychiatrzy	15
Pielęgniarki ogółem	557
w tym ze specjalizacją psychiatryczną	40
Psycholodzy	95
Pedagodzy	66
Rehabilitanci	61
Fizjoterapeuci	86
Terapeuci zajęciowi	331
Logopedzi	15
Opiekunowie	910
Specjaliści terapii uzależnień	3
Inspektorzy terapii uzależnień	1
Pracownicy socjalni	111
Salowe	423
Asystenci osoby niepełnosprawnej	37
<b>Ogółem</b>	<b>2 856</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

W opinii 67% badanych, istniejący na terenie ich placówek poziom zatrudnienia jest wystarczający w stosunku do potrzeb. Poziom tego dopasowania jest najwyższy w DPS i ŚDS (71%). Należy zauważyć, że nadal jednak istnieje grupa podmiotów (w zależności od typu placówki wynosząca od 29% do 37%), w przypadku których respondenci deklarują braki w zatrudnieniu. Sytuacja taka dotyczy zatem mniej więcej co trzeciej placówki z terenu województwa łódzkiego. Z dostarczonych danych wynika, że w momencie realizacji badania braki w zatrudnieniu wynosiły 213 osób, co stanowiło 7,5% ogółu liczby zatrudnionych w badanych podmiotach (kwota ta odnosi się do całej badanej próby, a nie tylko jednostek deklarujących braki w zatrudnieniu). W ujęciu ogólnym powód niedoboru zatrudnienia jest jeden. Są to finanse. Brak wystarczających środków na zatrudnienie nowych pracowników wskazało 81% badanych. 44% stwierdziło natomiast (90% w przypadku DPS), że pracownicy wolą zatrudniać się w innych placówkach, które oferują im lepsze warunki pracy i wyższe wynagrodzenie. Z kolei w opinii 19% ankietowanych (30% w DPS) liczba pracowników opieki na lokalnym rynku pracy jest zbyt mała z powodu wyjazdów za granicę w poszukiwaniu wyższego wynagrodzenia i lepszych warunków pracy. Deklaracje badanych jednoznacznie wskazują, że jedynie podniesienie poziomu wynagrodzeń oraz zapewnienie lepszych warunków pracy mogą spowodować poprawę sytuacji w tym zakresie. Należy zwrócić uwagę także na fakt, że możliwość podejmowania pracy w innych krajach spowodowała duży odpływ pracowników opieki za granicę. Element ten wskazał co piąty badany. Będąc tego efektem zmniejszenie podaży osób z odpowiednimi kwalifikacjami skonfrontowane z rosnącym popytem na tych specjalistów sprawiło, że ich oczekiwania płacowe wzrastają, co jeszcze bardziej stoi w sprzeczności z możliwością spełnienia tych oczekiwań przez instytucje opieki.

**Tabela 20. Powody niedoborów w zatrudnieniu.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie mamy wystarczających środków finansowych na zatrudnienie nowych osób	29	81%	8	80%	5	71%	16	84%
Potencjalni pracownicy wolą zatrudniać się w innych placówkach, które oferują im lepsze warunki pracy i wyższe wynagrodzenie	16	44%	9	90%	2	29%	5	26%
Brak specjalistów o odpowiednim wykształceniu / kwalifikacjach / kompetencjach na lokalnym rynku	11	31%	3	30%	2	29%	6	32%
Nie mamy zgody organu prowadzącego / tworzącego na zatrudnienie nowych osób	10	28%	1	10%	1	14%	8	42%
Liczba pracowników opieki na lokalnym rynku pracy jest zbyt mała z powodu wyjazdów za granicę w poszukiwaniu wyższego wynagrodzenia i lepszych warunków pracy	7	19%	3	30%	0	0%	4	21%
Potencjalni pracownicy nie są zainteresowani zatrudnieniem przy warunkach pozapłacowych, które możemy im zaoferować	6	17%	2	20%	1	14%	3	16%
Inne powody	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Ogółem</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Niedobory w zatrudnieniu są jednym z czynników, które wpływają na zbyt duże obciążenie pracą osób zatrudnionych w badanych placówkach. Nie jest to zjawisko małe. 18% badanych osób stwierdziło, że w ciągu 2016 roku zatrudnieni sygnalizowali, że są za bardzo obciążeni pracą, przy czym kwestia ta definiowana była jako przekraczanie liczby godzin ich pracy ponad przyjęte normy lub świadczenie innych zadań poza wynikającymi z umowy o pracę. W tej kwestii odsetek osób deklarujących takie samo stanowisko w przypadku każdej z grup jest zbliżony. Co więcej, sami badani mają świadomość takiego stanu rzeczy – z opinią dotyczącą zbyt dużego obciążenia pracą na terenie własnej placówki zgodziło się 16% badanych. Z wypowiedzi respondentów wynika, że problem ten w największym stopniu dotyka terapeutów zajęciowych, opiekunów oraz pielęgniarki, a więc osób, które najwięcej czasu spędzają będąc w kontakcie z podopiecznymi.

Brak wystarczających zasobów kadrowych może powodować dwojakiego rodzaju konsekwencje. Pierwszą z nich jest zmniejszenie zakresu świadczeń, jakie może oferować placówka.

31% badanych, w grupie podmiotów, gdzie respondenci stwierdzili, że w podmiocie pracuje za mało osób bądź, w których pracownicy zgłaszali fakt zbyt dużego obciążenia pracą, potwierdziło takie ograniczenie funkcjonowania. Drugim rodzajem konsekwencji jest obniżenie jakości świadczonych usług. W tym przypadku, 17% badanych ze wskazanej grupy potwierdziło, że taka sytuacja ma miejsce w ich placówkach. Ze względu na drażliwy charakter tego pytania należy jednak pamiętać, że rzeczywista skala zjawiska może być inna od podanej.

Sytuacja związana z zapotrzebowaniem na pracowników placówek świadczących usługi dla niesamodzielnych osób dorosłych na terenie województwa łódzkiego zmieniać się będzie

wraz ze zmieniającą się sytuacją demograficzną. Oprócz istniejącego już zapotrzebowania na pracowników dojdzie nowe, związane ze zwiększaniem się liczby osób wymagających opieki. Największe potrzeby w tym zakresie dotyczyć będą opiekunów. 55% badanych stwierdziło, że w ciągu najbliższych pięciu lat zapotrzebowanie na pracowników o takich kwalifikacjach w ich placówkach wzrośnie. W dalszej kolejności wskazywano na pielęgniarki ze specjalizacją psychiatryczną (44%), terapeutów zajęciowych (43%) oraz lekarzy o innych specjalnościach niż psychiatria (40%).

**Tabela 21. Procent badanych deklarujących wzrost, utrzymanie bądź spadek liczby pracowników o poszczególnych kwalifikacjach w danej placówce w ciągu najbliższych 5 lat.**

	% wzrost	% bez zmian	% spadek
Opiekunowie	55%	42%	3%
Pielęgniarki ze specjalizacją psychiatryczną	44%	50%	6%
Terapeuci zajęciowi	43%	55%	2%
Lekarze poza psychiatrami	40%	60%	0%
Pielęgniarki poza specjalizacją psychiatryczną	36%	57%	7%
Specjaliści terapii uzależnień	33%	67%	0%
Lekarze psychiatry	27%	67%	7%
Fizjoterapeuci	25%	69%	6%
Pedagodzy	24%	68%	8%
Salowe	24%	71%	6%
Rehabilitanci	23%	72%	5%
Psycholodzy	22%	74%	4%
Asystenci osoby niepełnosprawnej	17%	83%	0%
Pracownicy socjalni	15%	81%	3%
Logopedzi	8%	92%	0%
Inspektorzy terapii uzależnień	0%	100%	0%

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.*

Jedynie niewielka grupa badanych uznała, że we wskazanym okresie nastąpi spadek zapotrzebowania na pracowników z poszczególnymi kwalifikacjami. W zależności od kwalifikacji taki kierunek zmian wskazywało od 2% do 8% badanych. Taka relatywnie niewielka skala spadków pozwala przypuszczać, że wynikać one będą jedynie z dostosowywania oferty poszczególnych placówek do potrzeb.

Poruszając kwestie związane z zatrudnieniem nie sposób nie wspomnieć o wolontariacie. Z tej formy zatrudnienia korzysta 26% placówek, które brały udział w badaniu. Dane wskazują, że najchętniej po pracowników świadczących dobrowolną pracę sięgają Domy Pomocy Społecznej (40%). Grupą najmniej otwartą pod tym względem są Środowiskowe Domy Samopomocy, w przypadku których poziom wolontariatu spada do 13%. Drugim aspektem, jaki należy wziąć pod uwagę analizując skalę udziału wolontariatu, jest liczba wolontariuszy. Z informacji udzielonych przez badanych wynika, że nie są to duże liczby. 60% placówek, które korzystają z pracy wolontariuszy, współpracuje maksymalnie z 2 takimi osobami. Pozostałe placówki wskazywały, że jest ich 3, 4, 6, 20, 26, 60 (każde wskazanie dotyczy jednej placówki), 5 lub 8 (wskazały tak po trzy placówki).

## 4.11. Deinstytucjonalizacja

Nasilający się proces starzenia się społeczeństwa, a tym samym przewidywany wzrost liczby niesamodzielnych osób dorosłych sprawiają, że w sytuacji ograniczonej podaży miejsc w placówkach opiekuńczych wzrasta znaczenie deinstytucjonalizacji pomocy społecznej.

Badani twierdzili, że na terenie gmin, na których funkcjonowały dane placówki, działają różnorodne formy zdecentralizowanej pomocy społecznej. 66% respondentów wskazało na dostępność usług opiekuńczych. W przypadku 45% gmin dostępne są usługi społeczne świadczone przez jednostki samopomocowe, a w przypadku 39% specjalistyczne usługi opiekuńcze. Zbliżony odsetek badanych wskazuje na możliwość korzystania z usług opiekuńczych. Podane rodzaje działań, pomimo tego że uzyskiwały największy odsetek wskazań, najczęściej wymieniane były także jako te, których powinno być w gminie najwięcej. Oznacza to, że według badanych rozwój zjawiska następuje we właściwym kierunku i na rynku pojawiają się placówki świadczące takie formy pomocy, na które jest największe zapotrzebowanie.

**Tabela 22. Decentralizacja w gminie. Działania dostępne i pożądane.**

	Działania dostępne w gminie	Działania, których powinno być w gminie więcej
Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	66%	50%
Usługi społeczne świadczone przez jednostki samopomocowe	45%	24%
Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	39%	35%
Usługi asystenckie	37%	23%
Usługi w domu pomocy społecznej o liczbie miejsc, która jest nie większa niż 30	27%	16%
Usługi sąsiedzkie	19%	16%
Usługi w postaci mieszkań chronionych	18%	27%
Usługi w ośrodkach wsparcia, o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach jest nie większa niż 30	14%	9%
Usługi w rodzinnym domu pomocy	12%	22%
Usługi w postaci mieszkań o charakterze wspieranym	9%	15%
Usługi w postaci mieszkań wspomaganych, o ile liczba miejsc jest nie większa niż 30	3%	10%
<b>Ogółem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

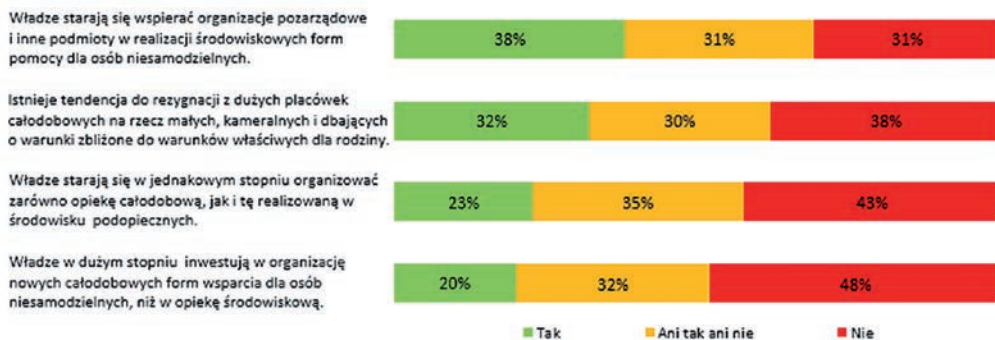
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Opisywanej wyżej zależności nie podlegają jedynie usługi w postaci mieszkań chronionych oraz usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy. Zebrane wyniki wskazują, że w opinii badanych, placówek świadczących tego rodzaju usługi powinno być relatywnie więcej w stosunku do stanu obecnego niż w przypadku innych rodzajów usług.

Ze względu na prawne uregulowania systemu opieki społecznej konieczne jest, aby w działania związane z deinstytucjonalizacją zaangażowane były organy prowadzące lokalną politykę społeczną. Tylko dzięki pomocy organizatora polityki społecznej możliwe będzie stworzenie kompleksowego systemu pomocy potrzebującym. W opinii 20% badanych władze w większym

stopniu inwestują w organizację nowych całodobowych form wsparcia dla osób niesamodzielnych niż w opiekę środowiskową. Może to oznaczać, że ich zdaniem deinstytucjonalizacja nie jest kluczowym celem działania władz lokalnych. Okazuje się jednak, że pomimo takiej oceny, opinia badanych na temat wspierania przez władze organizacji pozarządowych i innych podmiotów w realizacji środowiskowych form pomocy dla osób niesamodzielnych nie jest jednoznaczna.

### Wykres 6. Opinie na temat polityki realizowanej przez organy prowadzące w gminie w odniesieniu do opieki.

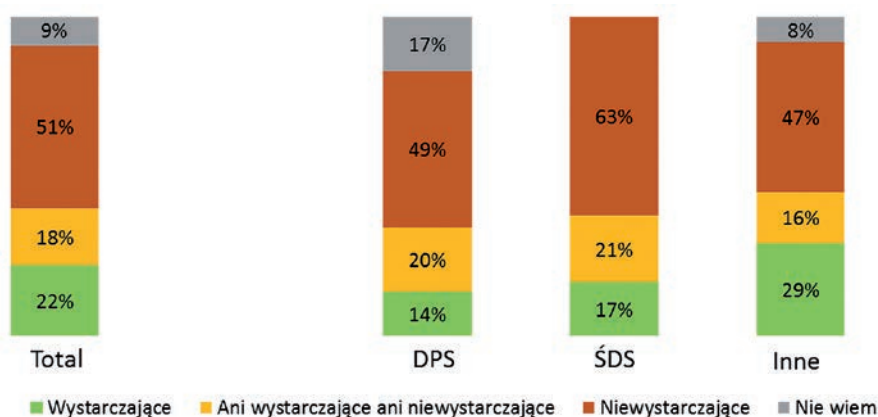


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Wprawdzie 38% respondentów uważa, że władze starają się podejmować działania wspierające, jednak rozkład pozostałych odpowiedzi („ani tak, ani nie” oraz „nie”) charakteryzuje się zbliżonymi odsetkami wskazań. Co więcej, podobny rozkład opinii dotyczy kwestii istnienia tendencji do rezygnacji z dużych placówek całodobowych na rzecz małych, kameralnych i dbających o zapewnienie warunków zbliżonych do warunków właściwych dla rodziny. Wyniki te pozwalają przypuszczać, że w rzeczywistości respondenci nie posiadają wiedzy na temat stanu zjawiska deinstytucjonalizacji na terenie województwa łódzkiego.

Przesunięcie nacisku z opieki instytucjonalnej na rzecz realizowanej w środowisku podopiecznych wymagać będzie od realizatorów posiadania odpowiednich zasobów kadrowych i materialnych, dzięki którym taka działalność będzie mogła być prowadzona. W opinii badanych ich placówki nie są na to przygotowane. W ujęciu ogólnym jedynie 22% z nich jest zdania, że posiada wystarczające zasoby kadrowe i infrastrukturalne do świadczenia usług w otoczeniu podopiecznego, w jego środowisku.

**Wykres 7. Stan zasobów kadrowych i infrastrukturalnych w kontekście możliwości świadczenia usług w środowisku podopiecznego.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Najmniejszym optymizmem w tym zakresie charakteryzują się Domy Pomocy Społecznej, w przypadku których jedynie 14% badanych twierdzi, że posiada „raczej wystarczające” bądź „zdecydowanie wystarczające” zasoby. W przypadku ŚDS wartość tego wskaźnika jest o 3 p.p. wyższa. Taka ocena sytuacji przez DPS w dużej mierze spowodowana jest przeznaczeniem tych placówek, czyli charakteryzującą je opieką całodobową prowadzoną na terenie placówki. W ocenie przedstawicieli tych obiektów (63%) opieka powinna być prowadzona przede wszystkim w instytucjach. Odmierna sytuacja charakteryzuje ŚDS. Pomimo niskiej oceny dostosowania do deinstytucjonalizacji aż 96% przedstawicieli tych placówek uważa, że opieka powinna być świadczona przede wszystkim w środowisku osób potrzebujących pomocy. Na podstawie przedstawionych danych można sformułować wniosek o gotowości ŚDS do wyjścia z ofertą poza obszar placówek, jednak wymagać to będzie znacznych nakładów finansowych oraz zapewnienia wykwalifikowanej kadry. Podobne podejście do procesu deinstytucjonalizacji mają podmioty z grupy „Inne”, przy czym w tym przypadku 29% placówek deklaruje posiadanie wystarczających zasobów niezbędnych do rozpoczęcia tego procesu.

## 4.12. Problemy

Respondenci prowadząc swoją działalność poruszają się w określonych ramach prawno-finansowych. Wielu z nich uważa, że istniejące realia nie są dopasowane do potrzeb placówek, stając się źródłem problemów. Poproszone o ich podanie poszczególne podmioty najczęściej wskazywały w ujęciu ogólnym na niewystarczające środki pieniężne przeznaczone na zaspokojenie potrzeb potrzebujących. Jest to zrozumiałe, gdyż aspekt ten jest zwykle wymieniany jako element utrudniający prowadzenie różnorodnej działalności. Warty odnotowania jest fakt, że aspekt ten jest najistotniejszy dla podmiotów z grupy „Inne” (71%). W przypadku DPS oraz ŚDS największym problemem jest zbyt duża biurokracja. Obowiązujące przepisy wymuszają na placówkach prowadzenie szczegółowej dokumentacji działań, co w ich odczuciu, przynajmniej w pewnym zakresie, powoduje nieefektywną konsumpcję środków finansowych i osobowych. Taka kolejność zgłaszanych problemów może być sugestią dla decydentów, w jaki sposób zmienić system opieki, aby był on bardziej efektywny i mniej kosztowny. Problemem zgłaszanym w następnej kolejności są niewystarczające zasoby kadrowe. Dotyczy on niemal co czwartego badanego podmiotu. Trudności z pozyskaniem odpowiednich pracowników mogą być przy tym

rozpatrywane w dwóch aspektach. Pierwszy z nich to niewystarczające środki przeznaczone na funkcjonowanie placówki – aspekt ten został wymieniony jako największy problem, z jakim borykają się placówki. Drugim aspektem może być niska podaż osób z odpowiednimi kwalifikacjami na lokalnym rynku pracy spowodowana emigracją zarobkową oraz likwidacją szkół.

**Tabela 23. Problemy, z jakimi borykają się placówki, które wzięły udział w badaniu.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Niewystarczające środki pieniężne na zaspokojenie potrzeb podopiecznych	72	65%	23	66%	13	54%	36	71%
Za duża biurokracja	65	59%	26	74%	15	63%	24	47%
Niewystarczające zasoby kadrowe	42	38%	16	46%	8	33%	18	35%
Problem w komunikacji z podopiecznymi	16	15%	9	26%	4	17%	3	6%
Problemy w organizacji (np. z zebraniem grupy)	5	5%	1	3%	2	8%	2	4%
Problemy lokalowe	4	4%	0	0%	0	0%	4	8%
Brak problemów	2	2%	0	0%	2	8%	0	0%
Inne	3	3%	2	6%	0	0%	1	2%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Wymieniane powyżej kwestie finansowe uważane są przez 46% placówek za największą przeszkodę w ich funkcjonowaniu. Ważność tego elementu przewyższa niemal trzykrotnie wagę wskazywanych w dalszej kolejności biurokracji i warunków lokalowych. Jest to zrozumiałe, gdyż to wysokość dostępnych środków finansowych określa zakres i wielkość świadczonych usług oraz determinuje znaczną część poszczególnych aspektów funkcjonowania placówek. Tym samym kwestie te tracą na znaczeniu wobec braku pieniędzy na działalność.

Abstrahując od spraw finansowych, zdaniem badanych, w organizacji systemu pomocy osobom niesamodzielnym należałoby głównie zmniejszyć biurokrację (14%), poprawić warunki lokalowe placówek (9%) oraz rozszerzyć ofertę (9%). W tym ostatnim przypadku badani wskazywali zarówno na potrzebę zwiększenia zakresu usług oferowanych przez poszczególne placówki, jak i zwiększenie liczby i różnorodności placówek (przykładowo pojawił się postulat uruchomienia DPS dla osób uzależnionych od alkoholu). 8% badanych sygnalizowało potrzebę poprawienia współpracy, jaka ma miejsce pomiędzy wykonawcami działań pomocowych, NFZ, gminami i innymi jednostkami zaangażowanymi w ten proces. W tym zakresie dużo mogłaby poprawić zmiana sposobu przepływu informacji. 6% badanych uważa, że zmianę organizacji systemu pomocy należy zacząć od zmiany postrzegania tego problemu zarówno przez władze, jak i społeczeństwo. Warto także zauważyć, że 17% respondentów wskazało, że w systemie pomocy nie trzeba nic poprawiać i obecny jego kształt jest właściwy. Postawę taką prezentowały głównie DPS (23%) oraz ŚDS (21%). W przypadku jednostek z grupy „Inne” wskazujących odpowiedź „nic” było 12% podmiotów.

**Tabela 24. Elementy, które należałoby zmienić w systemie pomocy dorosłym osobom niesamodzielnym, poza zwiększeniem wysokości środków przeznaczonych na ten cel.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zmniejszenie biurokracji	15	14%	4	11%	4	17%	7	14%
Poprawienie warunków lokalowych	10	9%	1	3%	2	8%	7	14%
Poszerzenie oferty placówek	10	9%	3	9%	2	8%	5	10%
Lepsza współpraca pomiędzy instytucjami	9	8%	1	3%	4	17%	4	8%
Zwiększenie zatrudnienia	8	7%	3	9%	1	4%	4	8%
Większe finansowanie	8	7%	4	11%	1	4%	3	6%
Polepszenie prawa	7	6%	2	6%	1	4%	4	8%
Więcej zrozumienia wśród ludzi i instytucji	7	6%	4	11%	3	13%	0	0%
Szkolenia pracowników i rodzin podopiecznych	3	3%	1	3%	0	0%	2	4%
Inne	12	11%	4	11%	1	4%	7	14%
Nic	19	17%	8	23%	5	21%	6	12%
Nie wiem	8	7%	2	6%	1	4%	5	10%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.

Z punktu widzenia społeczności lokalnej, ważne jest, aby system pomocy społecznej był w jak największym stopniu dopasowany do potrzeb. Zdaniem 14% badanych droga do osiągnięcia tego celu prowadzi poprzez monitoring potrzeb społeczeństwa. Może się on odbywać na różne sposoby, takie jak prowadzenie wywiadów środowiskowych, realizację wywiadów ankietowych z podopiecznymi lub korzystanie z opinii i wniosków osób bezpośrednio współpracujących z podopiecznymi. Uzyskany tą drogą obraz sytuacji stanowić będzie wskazówkę, jakie działania należy podjąć, aby osiągnąć założony cel. Już w trakcie omawianego badania, ankietowani podsuwali pewne pomysły działań. Wybrane z nich to (cytaty z wypowiedzi badanych):

- „utworzenie większej liczby placówek o mniejszym obsadzeniu”,
- „umożliwienie dostosowania się istniejących placówek do standardów”,
- „zapewnienie lepszego wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny, np. podnośniki”,
- „podzielenie podopiecznych na tych, którzy chcą tylko skorzystać z wyżywienia i na tych, którzy chcą się rozwijać, ćwiczyć, wykonywać prace plastyczne”,
- „pozostawienie opieki nad pacjentem niepełnosprawnym, pielęgniarce specjalizującej się w tej dziedzinie od lat; nieprzenoszenie świadczenia do POZ, ponieważ pielęgniarki środowiskowe nie mają doświadczeń z tą grupą pacjentów, a ponadto wizyta domowa u chorego niepełnosprawnego trwa najkrócej około 1,5 godz.”.

Wyniki grupowania wskazań badanych, określających rodzaje działań, jakie należy podjąć, aby doprowadzić do lepszego dopasowania systemu opieki do potrzeb pełnoletnich osób niesamodzielnym, zaprezentowane zostały w tabeli numer 25.

**Tabela 25. Działania, jakie należy podjąć, aby doprowadzić do lepszego dopasowania systemu opieki do potrzeb pełnoletnich osób niesamodzielnych.**

	Typ placówki							
	Ogółem		DPS		ŚDS		Inne	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Monitoring potrzeb społeczeństwa	15	14%	5	14%	4	17%	6	12%
Zwiększenie zakresu usług	14	13%	7	20%	3	13%	4	8%
Zmiana systemu polityki społecznej	13	12%	4	11%	0	0%	9	18%
Zwiększenie nakładów finansowych	11	10%	1	3%	5	21%	5	10%
Dostosowanie systemu prawnego	10	9%	5	14%	1	4%	4	8%
Zwiększenie zatrudnienia	5	5%	2	6%	1	4%	2	4%
Poprawa sytuacji lokalowej	4	4%	1	3%	0	0%	3	6%
Zmniejszenie biurokracji	2	2%	2	6%	0	0%	0	0%
Zmiana nastawienia rodzin, społeczeństwa i władz	2	2%	0	0%	1	4%	1	2%
Inne	12	11%	1	3%	5	21%	6	12%
Nie wiem	27	25%	9	26%	4	17%	14	27%
<b>Ogółem</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego.



## 5. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ ILOŚCIOWYCH, REKOMENDACJE

Celem przeprowadzonych badań była analiza zakresu i form opieki, źródeł i możliwości ich finansowania oraz charakterystyka realizatorów usług opieki w województwie łódzkim. Przebieg badania i jego wyniki pozwoliły na sformułowanie wniosków i opartych o nie rekomendacji dla praktyki.

**WNIOSEK NUMER 1. *Brak w Łódzkiem szczegółowych danych zastanych, zarówno jeśli chodzi o publiczne, jak i niepubliczne (rodzinny, pozarządowy i rynkowy) systemy wsparcia dorosłych zależnych.***

Analiza dostępnych danych publicznych w regionie wykazała brak informacji na temat instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej dla dorosłych niesamodzielnych w Łódzkiem. Dostępne są jedynie ogólne dane dotyczące całego systemu pomocy społecznej, bez możliwości wyodrębniania zasobów opiekuńczych dla niesamodzielnych dorosłych. Brakuje również szczegółowych danych dotyczących opiekuńczych zasobów organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy społecznej w regionie. Niedostępne są także informacje o potencjale opiekuńczym naturalnych systemów wsparcia, czyli rodziny w regionie łódzkim. Brak analiz możliwości opiekuńczych rodziny w województwie łódzkim utrudnia ocenę realnego potencjału opiekuńczego w regionie oraz stworzenie planów przyszłych działań w tym obszarze.

**WNIOSEK NR 2. *Kierownicy placówek opiekuńczych i wykonawcy usług opiekuńczych w Łódzkiem nie gromadzą systematycznie danych dotyczących popytu (skali, rodzaju potrzeb i problemów niesamodzielnych dorosłych oraz ich opiekunów nieformalnych), jak i nie dokonują ewaluacji jakości świadczonych usług w kierowanych przez nich placówkach.***

Dane z przeprowadzonych badań ilościowych wskazują, że popyt na usługi opiekuńcze analizowany jest przez mniej niż połowę (43%) podmiotów objętych badaniem, a w przypadku domów pomocy społecznej tego typu działania podejmuje tylko co piąta placówka. Jeśli już podejmuje się analizy popytu, to dokonywane są one w rocznym horyzoncie czasowym. Przyczyną takiego stanu rzeczy wydaje się brak wymogu takich działań ze strony władz zwierzchnich. W tylko co czwartej placówce wykorzystywane są dane pochodzące od organu prowadzącego. Nie prowadzi się także badań własnych i ewaluacji swoich działań w instytucjach opiekuńczych (domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy itp.) wśród mieszkańców gmin i powiatów na temat popytu na opiekę, jak i ewaluacji działań prowadzonych w tym zakresie. Należy zaznaczyć, że analiza realnych potrzeb, ale i zasobów, niesamodzielnych dorosłych i ich opiekunów rodzinnych oraz ocena jakości świadczonych usług jest warunkiem wstępnym budowy regionalnych i lokalnych systemów wsparcia czy podstawą tworzenia regionalnych i lokalnych programów opiekuńczych. Prowadzenie systematycznej analizy popytu i podaży opieki oraz włączenie w to działanie niesamodzielnych dorosłych i ich opiekunów, a więc klientów instytucji pomocy społecznej, jest warunkiem koniecznym wdrażania deinstytucjonalizacji.

### REKOMENDACJA DOTYCZĄCA WNIOSKÓW 1 I 2

***Potrzebne są dalsze działania, kontynuacja podjętej w naszych badaniach diagnozy potrzeb opiekuńczych i inwentaryzacji zasobów opiekuńczych oraz prognozowanie oparte o analizy demograficzne i ekonomiczne.***

Chodzi o aktualizowanie bazy danych, które powinno opierać się o współpracę badaczy, przedstawicieli pomocy społecznej oraz działaczy organizacji pozarządowych. Należy tworzyć

lokalne i regionalne sieci opiekuńcze, w których uczestniczące podmioty mogą prowadzić partnerską współpracę.

**WNIOSEK NR 3. Wyniki badań wskazują, że kierownicy i pracownicy publicznych instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej nie cenią roli organizacji pozarządowych w świadczeniu opieki i nie uwzględniają w swoich planach i działaniach opiekuńczych potrzeby partnerskiego traktowania naturalnych systemów wsparcia (przyjaciół, sąsiadów itp.).**

Jak dowodzą wyniki badań, zdecydowana większość dyrektorów i kierowników placówek opiekuńczych dla niesamodzielnych dorosłych uważa, że kluczową instytucją opieki jest placówka publiczna. Ich przedstawiciele deklarują brak potrzeby partnerstwa z nieformalnymi opiekunami, wolontariuszami, lokalnymi organizacjami pozarządowymi itp. Sytuacja ta wydaje się niepokojąca, bowiem dla potrzeby budowy systemów opiekuńczych zgodnych z koncepcją deinstytucjonalizacji włączanie klientów i ich opiekunów, w tym organizacji pozarządowych, w realizację wspólnych przedsięwzięć jest najlepszą strategią pomocy. Chodzi o tworzenie inkluzywnych, a przez to wydajniejszych, systemów wsparcia, osadzonych w społecznościach lokalnych, z którymi współpracują systemy publiczne.

**WNIOSEK NR 4. Stan wiedzy wynikający, jak się wydaje, z braku informacji, w grupach społecznych reprezentowanych przez badanych (kierowników placówek opiekuńczych, opiekunów oraz działaczy rad seniorów) odnośnie dostępnych instytucji, które świadczą usługi dla niesamodzielnych osób dorosłych, nie sprzyja procesom deinstytucjonalizacji. Trudno podejmować, czy choćby wspierać, działania bez potrzebnej do tego wiedzy. Opieka nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi często utożsamiana jest z usługami świadczonymi przez placówki opieki stacjonarnej. Tylko niektórzy spośród badanych utożsamiali system opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi z usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania oraz opieką nieformalną świadczoną przez członków rodzin itp.**

Uznanie przez badanych dotychczasowej dominacji pomocy w zamkniętych placówkach wskazuje, że utożsamia się opiekę z tą świadczoną w instytucjach opieki stacjonarnej. Z badań wynika, że część kadry kierowniczej instytucji świadczących opiekę nad osobami dorosłymi w regionie utożsamia proces deinstytucjonalizacji z zamykaniem większości instytucji opieki stacjonarnej. Skojarzenia z procesem deinstytucjonalizacji w grupie badanych kierowników mają wydźwięk negatywny: proces deinstytucjonalizacji łączony jest z negatywnymi skutkami w postaci likwidacji instytucji opieki stacjonarnej, całodobowej i utraty pracy przez opiekunów. Badani preferują model opieki nad niesamodzielnymi osobami dorosłymi, zgodnie z którym pomoc powinna być świadczona przez najbliższych członków rodziny ze wsparciem ze strony publicznych instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Tylko w sytuacji pełnej niesamodzielnności wymagającej całodobowej opieki oraz samotności opiekę nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi powinny przejąć instytucje publiczne.

#### **REKOMENDACJA DLA WNIOSKÓW 3 i 4**

**Rekomenduje się pilne działania informacyjno – edukacyjne w zakresie przebiegu i efektów procesu deinstytucjonalizacji, w postaci szkoleń i warsztatów oraz z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, skierowane do kadry instytucji świadczących usługi opiekuńcze dla osób dorosłych. Działania tego typu powinny być podjęte i współfinansowane przez realizujące funkcję szkolenia kadr pomocy społecznej regionalne podmioty polityki społecznej we współpracy z samorządowymi władzami lokalnymi w Łódzkiem.**

**WNIOSEK NR 5. *Dokonana na podstawie badań ocena zasobów instytucjonalnych oraz kadrowych i finansowych instytucji opiekuńczych w Łódzkiem wskazuje na potrzebę działania.***

Na terenie regionu występuje deficyt miejsc w placówkach świadczących usługi opiekuńcze dla dorosłych niesamodzielnych osób<sup>100</sup>. Zwiększenie liczby miejsc poprzez budowę nowych placówek lub rozbudowę istniejących planował co trzeci z badanych. Planowana przez badanych jest także modernizacja dotychczasowych zasobów lokalowych, poprawa ich wyposażenia itp. Główną barierą realizacji tych planów jest zbyt mało, zdaniem badanych kierowników placówek, środków finansowych. Sytuacja finansowa jest także główną przyczyną deficytów kadrowych w co trzeciej placówce na terenie województwa łódzkiego. Badani szacują, że optymalna liczebność kadry podmiotów opiekuńczych na terenie województwa łódzkiego zostałaby osiągnięta po zwiększeniu zatrudnienia o 7,5% ogółu liczby pracowników podmiotów opiekuńczych. Dodatkowym problemem wśród pracowników instytucji opiekuńczych dla osób dorosłych są trudne warunki pracy oraz wysokość wynagrodzenia pracowników nieadekwatna do obciążenia pracą, a także wypalenie zawodowe. Zbyt mała liczba opiekunów osób dorosłych skutkuje ograniczeniami w rozwoju usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Barierami wzrostu zatrudnienia są złe, zniechęcające potencjalnych kandydatów do zawodu, warunki pracy opiekuna środowiskowego, np. niedobór materiałów do pracy (pampersy itp.), brak zwrotu kosztów dojazdu do podopiecznych itp. W kontekście niedoboru profesjonalnych kadr, 40% domów pomocy społecznej korzysta z wolontariatu, aby wypełniać zadania związane z opieką nad osobami dorosłymi. Konsekwencją zbyt małej liczby profesjonalnych opiekunów osób dorosłych jest zmniejszanie zakresu świadczeń oferowanych przez instytucje opiekuńcze i pogorszenie jakości usług opiekuńczych.

**REKOMENDACJA**

***W celu poprawy jakości i dostępności usług opiekuńczych nad osobami dorosłymi zaleca się zwiększenie nakładów finansowych na opiekę.***

***W kontekście opisanych wyżej problemów kadrowych charakterystycznych dla placówek opiekuńczych dla osób dorosłych należy podjąć działania mające na celu przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu opiekunów. Wprowadzenie superwizji dla opiekunów w placówkach stacjonarnych i dla opiekunów środowiskowych powinno być skuteczną formą zarówno poprawy wiedzy, jak i umiejętności tych pracowników. Tak jak w przypadku superwizji dla pracowników socjalnych wprowadzonej w 2016 roku, superwizja powinna być finansowana z budżetów jednostek organizacyjnych pomocy społecznej<sup>101</sup>.***

**WNIOSEK NR 6. *Analiza zebranego materiału empirycznego wskazuje na liczne problemy współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej podmiotów działających w obszarze opieki.***

Problemem jest zarówno współpraca pomiędzy samorządowymi instytucjami pomocy społecznej, jak i relacje między samorządową pomocą społeczną oraz placówkami ochrony zdrowia, a także relacje międzysektorowe: między samorządową pomocą społeczną a organizacjami pozarządowymi. Wielu badanych reprezentujących trzeci sektor krytycznie wyrażało się na temat charakteru relacji z przedstawicielami instytucji publicznych działających w obszarze pomocy społecznej.

<sup>100</sup> na dzień 31 grudnia 2015 na miejsce w Domach Pomocy Społecznej oczekiwały 174 osoby, w tym 105 osób było mieszkańcami miasta Łodzi, zob. „Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015”, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016, s. 197

<sup>101</sup> więcej o superwizji można znaleźć w książce: Domaradzki P., Krzyszkowski J., Sosnowski M., Włoch A., *Superwizja pracy socjalnej dla praktyków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.

**REKOMENDACJA *Potrzebne są pilne działania mające na celu zwiększenie spójności instytucjonalnej współpracy na obszarze gminy, powiatu i całego województwa na rzecz rozwoju usług opiekuńczych dla dorosłych osób zależnych.***

Dla zwiększenia spójności instytucjonalnej współpracy potrzebne są działania edukacyjno – szkoleniowe wśród pracowników instytucji publicznych oraz organizacji pozarządowych. Celem takich działań organizowanych przez instytucje samorządu terytorialnego we współpracy z władzami lokalnymi powinno być przygotowanie do współpracy międzysektorowej i międzyorganizacyjnej. Potrzebna jest także polityka władz lokalnych i regionalnych stymulująca współpracę. Władze mogą w tej kwestii zastosować jedną z trzech możliwych strategii budowy lokalnej współpracy: kooperacyjną, stymulującą lub autorytarną<sup>102</sup>. Strategia kooperacyjna jest efektem porozumienia, kompromisu negocjacji, w ramach których usługodawcy dokonują ustępstw na rzecz wspólnego działania. Warunkiem realizacji takiej strategii jest jednak duży poziom autonomii instytucji i organizacji działających w obszarze usług społecznych. Drugą z możliwych jest strategia stymulacyjna, gdy współpracę promuje władza lub ustawodawca poprzez usuwanie barier współpracy. W realiach, gdy instytucje polityki społecznej (pomoc społeczna, ochrona zdrowia, administracja pracy, edukacja itp.) działają oddzielnie, tego typu działania są niezwykle trudne. Fragmentaryzacji usług sprzyjają bowiem odmienne regulacje prawne funkcjonujące w różnych resortach (np. Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej), ale także odmienne kultury organizacyjne lekarzy i pielęgniarek z jednej strony, a pracowników socjalnych i opiekunów z drugiej. Ostatnią z możliwych strategii integracji usług społecznych jest strategia autorytarna, gdy władza wymusza na podległych jej organizacjach współdziałanie. Bez wątplenia integracja usług społecznych jest potrzebna, ale jej realizacja wymaga podejścia innowacyjnego w obszarze polityki społecznej, co jest trudne szczególnie w sektorze publicznym. Na drodze stoją bowiem odmienne regulacje (prawne, organizacyjne itp.), działania podmiotów publicznych oraz stwierdzona w badaniach sektora publicznego skłonność do przedkładania działań legitymizacyjnych nad efektywnością działania. Integracja usług społecznych wymaga także konieczności podjęcia ryzyka innowacyjnego, co wydaje się trudne w polskich realiach braku stabilizacji politycznej, zarówno na poziomie centralnym, jak też regionalnym i lokalnym oraz trudnym rynku pracy w zawodach pomocowych.

---

<sup>102</sup> Krzyszkowski J., *Między państwem opiekuńczym, a opiekuńczym społeczeństwem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005.

## 6. PODSUMOWANIE RAPORTU

System opieki w regionie Łódzkim cechuje się niską dostępnością, wąską ofertą usług oraz ich niską jakością. Nie jest on także przygotowany do procesów deinstytucjonalizacji ze względu na niski poziom usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, a także złe dopasowanie do potrzeb podopiecznych. Jako braki wskazać można niedostatek placówek opieki stacjonarnej (domy pomocy społecznej) i półstacjonarnej (domy dziennego pobytu) świadczących wysokiej jakości usługi. Szczególnie trudna sytuacja jest w obszarze opieki długoterminowej. Wylicza się tu: brak hospicjów stacjonarnych, deficyty kadrowe, długi okres oczekiwania na miejsce, nadmiar biurokracji, niski poziom finansowania oraz rozproszenie odpowiedzialności za politykę opiekuńczą. Dla poprawy sytuacji podstawową sprawą jest zmiana postawy samorządowych decydentów i kadr instytucji polityki społecznej wobec obywateli, mieszkańców, klientów instytucji samorządowych oraz zmiana filozofii rozwiązywania problemów społecznych. Fundamentem dla tworzenia i realizacji samorządowej polityki społecznej wobec niesamodzielnych dorosłych powinna być budowa i rozwój lokalnych systemów wsparcia i ich partnerstwo, tj. współdziałanie podmiotów działających w tym obszarze życia społecznego. Potencjalnym społecznym partnerem lokalnych samorządowych władz publicznych w budowaniu lokalnych sieci opiekuńczych są Rady Seniorów. Niestety przepisy regulujące funkcjonowanie RS są niejednoznaczne i nie określają kompetencji i zakresu realnej działalności tych organów. Członkowie RS postrzegają swoje role jako doradcze w zakresie kształtowania polityki senioralnej, pośredników między samorządem a seniorami, wśród których wielu jest usługobiorców oraz opiekunów nieformalnych. RS podejmują działania interwencyjne, integracyjne i aktywizacyjne, ale także innowacyjne (Karta Seniora, Rzecznik ds. Seniorów itp.). Samorządowe władze regionalne i lokalne powinny promować inicjatywę powstania i wspierać istniejące RS jako naturalnych partnerów w budowie systemów opiekuńczych.

Znaczenie działań w kierunku budowy włączających, inkluzywnych społeczności dla lepszego zaspokojenia potrzeb niesamodzielnych dorosłych i ich opiekunów trudno przecenić. W tym kontekście warto przypomnieć znany od lat w zachodniej literaturze i praktyce empowerment. Oznacza on proces rozwoju świadomości i zdolności kontrolowania lub wpływania na siebie i innych oraz umiejętności efektywnego stosowania swego wpływu przez potrzebujących pomocy i ich opiekunów. Empowerment zakłada, że stanem wyjściowym jest bezsilność klienta, czyli stan trwałej relacji między jednostką i grupą, a środowiskiem. Cechami bezsilności jest często obwinianie się, uogólniona nieufność, wyobcowanie społeczne oraz poczucie wyzucia z praw obywatelskich, ale także słabość ekonomiczna oraz, co może najgorsze, przekonanie o beznadziejności działań we własnym interesie. Chodzi o dążenie do upodmiotowienia ludzi niesamodzielnych i ich rodzin, by mieli oni siłę i kompetencje, aby współdecydować o ważnych dla nich sprawach w poczuciu godności i sprawiedliwości. To podejście wzmacnia potencjał osób, rodzin i grup do aktywnego uczestnictwa, zapewnia usługi osobom i rodzinom, gdy okoliczności utrudniają im tę aktywność, wzmacnia potencjał sprawstwa lokalnych społeczności, pomaga aktywnie opiekować się tymi, którzy tego potrzebują mobilizując zasoby środowiska oraz zachęca odbiorców usług do aktywnego włączania się w proces koprodukcji usług opiekuńczych.

# ZAŁĄCZNIK NR 1

## - KWESTIONARIUSZ BADANIA ILOŚCIOWEGO

Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi

Instytucje świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych  
na terenie województwa łódzkiego

AKTUALIZACJA: 28.11.2016 r.

### 1. SCREEN

Zapraszamy Państwa do udziału w badaniu, którego podmiotem są instytucje z terenu województwa łódzkiego świadczące opiekę dla pełnoletnich osób niesamodzielnych. Celem projektu jest ocena funkcjonowania istniejącego systemu wsparcia w formach opieki instytucjonalnej i świadczonej w miejscu zamieszkania oraz oszacowanie zapotrzebowania na usługi opiekuńcze dla pełnoletnich osób niesamodzielnych. Badanie realizuje firma PBS na zlecenie Regionalnego Centrum Pomocy Społecznej w Łodzi.

**S1. Czy Pana(i) instytucja świadczy usługi opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi?**

1: Tak

2: Nie - **zakończ**

*PROG: single*

**S2. Proszę zaznaczyć, które z określeń odnosi się do Pana(i):**

1: Jestem dyrektorem tej placówki

2: Jestem osobą, którą dyrektor tej placówki oddelegował do wypełnienia ankiety. Moje stanowisko to: .....

3: Jestem inną osobą - **zakończ**

*PROG: single*

**S3. Proszę wskazać, jaki typ instytucji Pan(i) reprezentuje.**

1: Dom Pomocy Społecznej

2: Dom Senior Wigor

3: Dzienny Dom Opieki Medycznej

4: Dzienny Domy Pomocy Społecznej

5: Hospicjum domowe

6: Hospicjum stacjonarne

7: Instytucja świadcząca usługi opiekuńcze, np. pomoc w załatwianiu codziennych spraw (jak sprzątanie, zakupy) – jaka? .....

8: Instytucja świadcząca specjalistyczne usługi opiekuńcze- jaka? .....

9: Pielęgniarska opieka długoterminowa

- 10: Rodzinny Dom Pomocy
- 11: Specjalistyczne usługi opiekuńcze
- 12: Szpitalny Oddział Opieki Paliatywnej
- 13: Środowiskowy Domy Samopomocy
- 14: Warsztaty Terapii Zajęciowej
- 15: Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
- 16: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
- 17: inne jakie.....

*PROG: single*

#### **S4. Na terenie jakiej gminy mieści się Pana(i) instytucja?**

1.	Aleksandrów	36.	Drzewica	71.	Lutomiersk
2.	Aleksandrów Łódzki	37.	Działoszyn	72.	Lututów
3.	Andrespol	38.	Galewice	73.	Ładzice
4.	Bedlno	39.	Gidle	74.	Łanięta
5.	Bełchatów	40.	Głowno	75.	Łask
6.	Będków	41.	Głuchów	76.	Łęczyca
7.	Biała	42.	Godzianów	77.	Łęki Szlacheckie
8.	Biała Rawska	43.	Gomunice	78.	Łowicz
9.	Białaczków	44.	Gorzkowice	79.	Łódź
10.	Bielawy	45.	Goszczanów	80.	Łubnice
11.	Błaszki	46.	Góra Św. Małgorzaty	81.	Łyszkowice
12.	Bolesławiec	47.	Grabica	82.	m. Bełchatów
13.	Bolimów	48.	Grabów	83.	m. Brzeziny
14.	Brąszewice	49.	Inowłódz	84.	m. Głowno
15.	Brójce	50.	Jeżów	85.	m. Kutno
16.	Brzeziny	51.	Kamieńsk	86.	m. Łęczyca
17.	Brzeźnio	52.	Kielczygłów	87.	m. Łowicz
18.	Buczek	53.	Kiernozia	88.	m. Łódź
19.	Budziszewice	54.	Kleszczów	89.	m. Ozorków
20.	Burzenin	55.	Klonowa	90.	m. Pabianice
21.	Chąsno	56.	Kluków	91.	m. Radomsko
22.	Cielądz	57.	Kobiele Wielkie	92.	m. Rawa Mazowiecka
23.	Czarnocin	58.	Kocierzew Południowy	93.	m. Sieradz
24.	Czarnożyły	59.	Kodrąb	94.	m. Skierniewice
25.	Czastary	60.	Koluszki	95.	m. Tomaszów Mazowiecki
26.	Czerniewice	61.	Konopnica	96.	m. Zduńska Wola
27.	Dalików	62.	Konstantynów Łódzki	97.	m. Zgierz
28.	Daszyna	63.	Kowiesy	98.	Maków
29.	Dąbrowice	64.	Krośniewice	99.	Mastowice
30.	Dłutów	65.	Krzyżanów	100.	Mniszków
31.	Dmosin	66.	Ksawerów	101.	Mokrsko
32.	Dobroń	67.	Kutno	102.	Moszczenica
33.	Dobryszycy	68.	Lgota Wielka	103.	Nieborów
34.	Domaniewice	69.	Lipce Reymontowskie	104.	Nowa Brzeźnica
35.	Drużbice	70.	Lubochnia	105.	Nowe Ostrowy

106.	Nowy Kawęczyn	130.	Rusiec	154.	Uniejów
107.	Opczno	131.	Rząśnia	155.	Warta
108.	Oporów	132.	Rzeczyca	156.	Wartkowice
109.	Osjaków	133.	Rzgów	157.	Widawa
110.	Ostrówek	134.	Sadkowice	158.	Wielgomłyn
111.	Ozorków	135.	Sędziejowice	159.	Wieluń
112.	Pabianice	136.	Siemkowice	160.	Wieruszów
113.	Pajęczno	137.	Sieradz	161.	Wierzchlas
114.	Paradyż	138.	Skierniewice	162.	Witonia
115.	Parzęczew	139.	Skomlin	163.	Wodzierady
116.	Pątnów	140.	Sławno	164.	Wola Krzysztoporska
117.	Pęczniew	141.	Słupia	165.	Wolbórz
118.	Piątek	142.	Sokolniki	166.	Wróblew
119.	Piotrków Trybunalski	143.	Stryków	167.	Zadzim
120.	Poddębice	144.	Strzelce	168.	Zapolice
121.	Poświętne	145.	Strzelce Wielkie	169.	Zduny
122.	Przedbórz	146.	Sulejów	170.	Zduńska Wola
123.	Radomsko	147.	Sulmierzyce	171.	Zelów
124.	Rawa Mazowiecka	148.	Szadek	172.	Zgierz
125.	Regnów	149.	Szczerców	173.	Złoczew
126.	Ręczno	150.	Świnice Warckie	174.	Żarnów
127.	Rogów	151.	Tomaszów Mazowiecki	175.	Żelechlinek
128.	Rokiciny	152.	Tuszyn	176.	Żychlin
129.	Rozprza	153.	Ujazd	177.	Żytno

PROG: single

### S5. Na terenie jakiego powiatu mieści się Pana(i) instytucja?

Łódź	brzeziński	łódzki wschodni	pajęczański	rawski	wieluński
Piotrków Trybunalski	kutnowski	łowicki	piotrkowski ziemski	sieradzki	wieruszowski
Skierniewice	łaski	opoczyński	poddębicki	skierniewicki ziemski	zduńskowolski
Bełchatowski	łęczycki	pabianicki	radomszczański	tomaszowski	zgierski
Łódź	brzeziński	łódzki wschodni	pajęczański	rawski	wieluński

PROG: single

## 2. SKALA I RODZAJ USŁUG

### U1. Jaka jest forma własności państwa instytucji?

- 1: Publiczna - instytucja posiada publiczny organ prowadzący/tworzący
- 2: Niepubliczna, finansowana ze środków publicznych – instytucja prowadzona przez organizację pozarządową lub przedsiębiorstwo, ale ma podpisany kontrakt na świadczenie usług z instytucją publiczną (została wyłoniona do realizacji zadań instytucji publicznej w otwartym konkursie lub w trybie zamówień publicznych)
- 3: Niepubliczna – instytucja jest prowadzona przez prywatną firmę lub organizację pozarządową i nie ma podpisanego kontraktu na świadczenie usług z instytucją publiczną.

*PROG: single*

*Jeśli w U1=1 lub 2*

### U2. Proszę wskazać organ prowadzący/tworzący instytucję

- 1: Samorząd wojewódzki
- 2: Samorząd powiatowy
- 3: Miasto na prawach powiatu
- 4: Samorząd gminny
- 5: Stowarzyszenie
- 6: Organizacja społeczna
- 7: Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe
- 9: Osoba fizyczna i prawna – **PROG: nie wyświetlaj, zaznacz automatycznie jeśli U1=3**
- 99: Nie wiem

*PROG: single*

### U3. Jaka formę opieki oferuje Pana(i) instytucja?

- 1: Prowadzona w siedzibie instytucji
- 2: Opieka świadczona w domu podopiecznego
- 3: Opieka w innym miejscu, ale poza domem podopiecznego (np. podczas pobytu w szpitalu, hospicjum)

*PROG: multi*

### U3A. Jaki typ opieki oferuje Pana(i) instytucja?

- 1: Opieka całodobowa
- 2: Opieka świadczona przez określoną liczbę godzin w ciągu dnia

*PROG: multi*

### U4. Jakim grupom podopiecznych instytucja świadczy opiekę?

- 1: Osoby pełnoletnie
- 2: Osoby niepełnoletnie

*PROG: multi,*

*Jeśli U4≠1 wyświetl*

**U5. Na początku ankiety poda(a) Pan(i), że ta instytucja świadczy usługi opieki nad niesamodzielnymi osobami pełnoletnimi. Przed chwilą jednak wskaza(a) Pan(i), że nie świadczyce państwo usług opiekuńczych osobom pełnoletnim. Proszę jeszcze raz podać, czy Pana(i) instytucja świadczy usługi opieki osobom pełnoletnim**

1: Tak

2: Nie - **zakończ**

*PROG: single*

**USA. Jakim grupom osób niesamodzielnych instytucja świadczy opiekę?** – możliwość wskazania kilku odpowiedzi

1: Osoby starsze

2: z obniżoną sprawnością sensoryczną (zmysłową)

3: z obniżoną sprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe, demencja starcza)

4: z obniżoną sprawnością funkcjonowania społecznego (zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej oraz zdrowia psychicznego)

5: z obniżoną sprawnością komunikowania się (zaburzenia mowy, autyzm)

6: z obniżoną sprawnością ruchową (dysfunkcje narządu ruchu)

7: z obniżoną sprawnością psychofizyczną z powodu chorób somatycznych

8: inne - jakie? .....

*PROG: multi,*

**U6. Jakiego rodzaju usługi świadczyce Państwo dla pełnoletnich osób niesamodzielnych?**

A: Zapewnianie noclegu (w tym: mieszkanie o charakterze wspieranym, np. chronione, trenin-gowe)

B: Zapewnienie wyżywienia

C: Umożliwienie podopiecznym odpoczynku

D: Rozwój i podtrzymanie umiejętności społecznych (kontakt z otoczeniem)

E: Podtrzymanie i podnoszenie sprawności fizycznej (np. poprzez ćwiczenia, sport), nie wliczając w to rehabilitacji

F: Pielęgnacja podopiecznych (m.in. wykonanie zaleceń lekarskich, zakładanie opatrunków, podawanie leków)

G: Pomoc w zachowaniu higieny osobistej przez podopiecznych (m.in. ubieranie, mycie, zmiana pieluch)

H: Pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego (np. drobne zakupy, pomoc załatwianiu drobnych spraw urzędowych, wysyłaniu korespondencji itp.)

I: Wsparcie emocjonalne dla podopiecznych i ich rodzin

J: Przygotowanie do samodzielności (samoopieki / samopielęgnacji), aktywizacja zawodowa (w tym integracja społeczna)

K: Umożliwienie podopiecznym dostępu do opieki duszpasterskiej

L: Aktywizacja społeczna (np. umożliwienie podopiecznym dostępu do kultury i rozrywki)

M: Poradnictwo (w tym specjalistyczne)

N: Praca socjalna (w tym: indywidualna, grupowa i środowiskowa)

O: inicjowanie i wspieranie grup samopomocy

P: interwencja kryzysowa (w tym telefon zaufania)

- Q: zaopatrzenie w sprzęty rehabilitacyjne  
 R: usługi pomocy asystenta osób z niepełnosprawnością  
 S: inne, jakie.....

- 0: Nie  
 1: Tak

PROG: multi

**U7. Kiedy Państwa instytucja rozpoczęła działalność?**

- 1: przed 2004 rokiem  
 2: w latach 2004 – 2012  
 3: 2013 r.  
 4: 2014 r.  
 5: 2015 r.  
 6: 2016 r.

PROG: single

Jeśli w U3A = 2

**U8. Proszę określić w jakich godzinach można skorzystać z opieki w Państwa instytucji w dni powszednie?**

Godzina rozpoczęcia świadczenia usług: |\_|\_| : |\_|\_|                      99:99 - odmowa  
 Godzina zakończenia świadczenia usług: |\_|\_| : |\_|\_|                      99:99 - odmowa

**U10. Ilu pracowników zatrudnia Pana(i) placówka:**

Podmiot/oddział	Liczba osób
Lekarzy	_ _ _ _
w tym psychiatrzy	_ _ _ _
Pielęgniarki ogółem	_ _ _ _
w tym ze specjalizacją psychiatryczną	_ _ _ _
Psycholodzy	_ _ _ _
Pedagodzy	_ _ _ _
Rehabilitanci	_ _ _ _
Fizjoterapeuci	_ _ _ _
Terapeuci zajęciowi	_ _ _ _
Logopedzi	_ _ _ _
Opiekunowie	_ _ _ _
Specjaliści terapii uzależnień	_ _ _ _
Inspektorzy terapii uzależnień	_ _ _ _
Pracownicy socjalni	_ _ _ _
Salowe	_ _ _ _
Asystenci osoby niepełnosprawnej	_ _ _ _

*Powtórz dla każdego itemu U10>0*

**U11. Na jakich zasadach ci pracownicy są zatrudniani? – możliwość wskazania kilku odpowiedzi**

- 1: Umowa o pracę
- 2: Umowa cywilno-prawna (zlecenia, o dzieło)
- 3: Umowa o współpracy, kontrakt
- 4: Inna forma – jaka? .....

*PROG: single*

**U12. Czy jakość pracy pracowników jest przez Państwa monitorowana?**

- 1: Tak – w jaki sposób? .....
- 2: Nie

*PROG: single*

**U13. Czy w ciągu bieżącego roku pracownicy sygnalizowali, że są za bardzo obciążeni pracą (liczba godzin ich pracy przekracza przyjęte normy lub poza świadczeniem danej usługi realizują inne zadania, np. prace biurowe, zarządcze, organizacyjne)?**

- 1: Tak
- 2: Nie

*PROG: single*

**U13A. Czy Pana(i) zdaniem pracownicy tej placówki są za bardzo obciążeni pracą (liczba godzin ich pracy przekracza przyjęte normy lub poza świadczeniem danej usługi realizują inne zadania, np. prace biurowe, zarządcze, organizacyjne)?**

- 1: Tak
- 2: Nie

*PROG: single*

*Jeśli U13=1. Wyświetl jako kafeterię listę itemów U10>0 i w przypadku wskazania wyświetl półotwarte*

**U14. Którzy pracownicy są zbyt obciążeni pracą?**

- z czego to wynika? .....

*PROG: multi*

**U15. Które formy wsparcia/motywowania pracowników stosuje się w Państwa instytucji?**

- 1: Wymiana informacji
- 2: Superwizja
- 3: Wsparcie w wykonywaniu zadań
- 4: Podnoszenie kwalifikacji
- 5: Rozwijanie kompetencji
- 6: System motywacyjny
- 7: Inne – jakie? .....
- 8: Nie stosujemy form wsparcia/motywowania pracowników

*PROG: multi, 8 – wyłączająca*

**U16. Czy aktualna liczba pracowników świadczących bezpośrednią opiekę zatrudnionych w Państwa instytucji jest wystarczająca w stosunku do potrzeb?**

1: Tak

2: Nie

*PROG: single*

*Jeśli U16=2*

**U17. Osób o jakich kwalifikacjach Państwu najbardziej brakuje?**

Kwalifikacje	Jakiej liczby osób z danymi kwalifikacjami brakuje?
Lekarze poza psychiatrami	_ _ _ _ _  osób
Lekarze psychiatrzy	_ _ _ _ _  osób
Pielęgniarki poza specjalizacją psychiatryczną	_ _ _ _ _  osób
Pielęgniarki ze specjalizacją psychiatryczną	_ _ _ _ _  osób
Psycholodzy	_ _ _ _ _  osób
Pedagodzy	_ _ _ _ _  osób
Rehabilitanci	_ _ _ _ _  osób
Fizjoterapeuci	_ _ _ _ _  osób
Terapeuci zajęciowi	_ _ _ _ _  osób
Logopedzi	_ _ _ _ _  osób
Opiekunowie	_ _ _ _ _  osób
Specjaliści terapii uzależnień	_ _ _ _ _  osób
Inspektorzy terapii uzależnień	_ _ _ _ _  osób
Pracownicy socjalni	_ _ _ _ _  osób
Salowe	_ _ _ _ _  osób
Asystenci osoby niepełnosprawnej	_ _ _ _ _  osób

*PROG: konieczność udzielenia odpowiedzi dla każdego itemu*

*Jeśli U16=2*

**U18. Dlaczego Państwa aktualne zasoby kadrowe są mniejsze niż zapotrzebowanie? Proszę wybrać maksymalnie trzy najważniejsze odpowiedzi.**

- A: Brak specjalistów o odpowiednim wykształceniu/kwalifikacjach/kompetencjach na lokalnym rynku
- B: Liczba pracowników opieki na lokalnym rynku pracy jest zbyt mała z powodu wyjazdów za granicę w poszukiwaniu wyższego wynagrodzenia i lepszych warunków pracy
- C: Potencjalni pracownicy wolą zatrudniać się w prywatnych placówkach, gdzie oferuje się im lepsze warunki pracy i wyższe wynagrodzenie
- D: Potencjalni pracownicy nie są zainteresowani zatrudnieniem przy warunkach pozapłacowych, które możemy ich zaoferować (np. forma umowy, warunki lokalowe, godziny pracy itp.)
- E: Nie mamy zgody organu prowadzącego/tworzącego na zatrudnienie nowych osób

F: Nie mamy wystarczających *środków finansowych na zatrudnienie nowych osób*

G: Inne powody – jakie?

O: Nie

1: Tak

*PROG: maksymalnie 3 odpowiedzi*

*Jeśli U13=1 lub U16=2*

**U19. Czy braki kadrowe i kompetencyjne wpływają na zakres świadczonych obecnie przez Państwa usług?**

1: Tak – w jakim zakresie? .....

2: Nie

*PROG: single*

*Jeśli U13=1 lub U16=2*

**U20. Czy braki kadrowe i kompetencyjne wpływają na jakość świadczonych obecnie przez Państwa usług?**

1: Tak – w jakim zakresie? .....

2: Nie

*PROG: single*

**U21. W jaki sposób, Pana(i) zdaniem, zmieni się zapotrzebowanie na poszczególnych opiekunów w Pana(i) instytucji w ciągu najbliższych pięciu lat?**

A: Lekarze poza psychiatrami

B: Lekarze psychiatrzy

C: Pielęgniarki poza specjalizacją psychiatryczną

D: Pielęgniarki ze specjalizacją psychiatryczną

E: Psycholodzy

F: Pedagodzy

G: Rehabilitanci

H: Fizjoterapeuci

I: Terapeuci zajęciowi

J: Logopedzi

K: Opiekunowie

L: Specjaliści terapii uzależnień

M: Inspektorzy terapii uzależnień

N: Pracownicy socjalni

O: Salowe

P: Asystenci osoby niepełnosprawnej

1: Spadnie

2: Nie zmieni się

3: Wzrośnie

*PROG: Single dla każdego itemu*

**U22. Biorąc pod uwagę pojedynczy miesiąc, ilu przeciętnie wolontariuszy wspomaga Państwa instytucję?**

1: Liczba wolontariuszy |\_|\_|\_|\_|\_|

2: nie wiem, trudno powiedzieć

*PROG: Single*

### 3. OFERTA

**O1. W jaki sposób kształtowana jest oferta Państwa instytucji, z czego wynika zakres oferowanych usług? Możliwość wskazania obu odpowiedzi**

1: Odgórne ustalenia, np. poprzez ustawy i rozporządzenia

2: Oddolnie, poprzez pozyskiwanie informacji płynących z rynku

*PROG: multi*

*Jeśli O1=1 (narzucanie odgórne)*

**O2. Czy katalog Państwa usług zawiera nieobligatoryjne elementy lub usługi, nienarzucone aktami prawnymi?**

1: Tak – jakie? Proszę wymienić te elementy/usługi: .....

2: Nie

*PROG: single*

*Jeśli O1=2 (narzucanie odgórne)*

**O3. Czy podczas kształtowania oferty biorą Państwo pod uwagę potrzeby i opinie klientów?**

1: Tak – w jaki sposób są one diagnozowane/zbiera? .....

2: Nie

*PROG: single*

### 4. DOSTĘPNOŚĆ USŁUG

*Jeśli U3=1 (opieka w instytucji)*

**D1. Proszę podać ile Państwa placówka posiada miejsc na podanych poniżej oddziałach oraz ilu dorosłych niesamodzielnych pacjentów korzysta aktualnie z pomocy na tych oddziałach:**

Podmiot/oddział	Liczba miejsc	Liczba pacjentów
Podmiot/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	_ _ _ _	_ _ _ _
Podmiot/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	_ _ _ _	_ _ _ _
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy	_ _ _ _	_ _ _ _
Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	_ _ _ _	_ _ _ _
Hospicjum stacjonarne	_ _ _ _	_ _ _ _
Oddział opieki paliatywnej	_ _ _ _	_ _ _ _

*PROG: konieczność udzielenia odpowiedzi dla każdego itemu*

Jeśli U3=2 (opieka domowa)

**D2. Proszę podać ilu pacjentów Państwa placówki objętych jest opieką domową:**

|\_|\_|\_|\_| osób

9999 - odmowa

## 5. MECHANIZMY PODEJMOWANIA DECYZJI ALOKACYJNYCH I ZARZĄDZANIA NAKŁADAMI ORAZ ZASOBAMI

**F0. Proszę ocenić, jakie jest zapotrzebowanie na poszczególne usługi oferowane przez Pana(i) instytucję dla dorosłych niesamodzielnych usług?**

- A: Zapewnianie noclegu (w tym: mieszkanie o charakterze wspieranym, np. chronione, treningowe)
- B: Zapewnienie wyżywienia
- C: Umożliwienie podopiecznym odpoczynku
- D: Rozwój i podtrzymanie umiejętności społecznych (kontakt z otoczeniem)
- E: Podtrzymanie i podnoszenie sprawności fizycznej (np. poprzez ćwiczenia, sport), nie wliczając w to rehabilitacji
- F: Pielęgnacja podopiecznych (m.in. wykonanie zaleceń lekarskich, zakładanie opatrunków, podawanie leków)
- G: Pomoc w zachowaniu higieny osobistej przez podopiecznych (m.in. ubieranie, mycie, zmiana pieluch)
- H: Pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego (np. drobne zakupy, pomoc załatwianiu drobnych spraw urzędowych, wysyłaniu korespondencji itp.)
- I: Wsparcie emocjonalne dla podopiecznych i ich rodzin
- J: Przygotowanie do samodzielności (samoopieki / samopielęgnacji), aktywizacja zawodowa (w tym integracja społeczna)
- K: Umożliwienie podopiecznym dostępu do opieki duszpasterskiej
- L: Aktywizacja społeczna (np. umożliwienie podopiecznym dostępu do kultury i rozrywki)
- M: Poradnictwo (w tym specjalistyczne)
- N: Praca socjalna (w tym: indywidualna, grupowa i środowiskowa)
- O: inicjowanie i wspieranie grup samopomocy
- P: interwencja kryzysowa (w tym telefon zaufania)
- Q: zaopatrzenie w sprzęty rehabilitacyjne
- R: usługi pomocy asystenta osób z niepełnosprawnością

- 1: Bardzo małe zapotrzebowanie
- 2: Raczej małe zapotrzebowanie
- 3: Ani małe ani duże zapotrzebowanie
- 4: Raczej duże zapotrzebowanie
- 5: Bardzo duże zapotrzebowanie

*PROG: wyświetl tylko itemy wskazane w U6, single dla każdego itemu*

**F1. Z jakich źródeł finansowana jest działalność Państwa placówki?**

- 1: dotacja od organu prowadzącego/tworzącego
- 2: kontrakt z NFZ



**F5A. Czy finansowanie w roku 2016 przeznaczone na funkcjonowanie instytucji/podmiotu było wystarczające z punktu widzenia potrzeb podopiecznych?**

1: Tak

2: Nie

*PROG: single*

**F6. Proszę sobie wyobrazić, że roczny budżet instytucji zwiększa się o 10%. Gdyby od Pana(i) wyłącznej decyzji zależało, na jaką dziedzinę przeznaczyć środki z budżetu, to na które 3 obszary działania państwa instytucji przeznaczyłby(aby) Pan(i) te środki?**

1.....

2.....

3.....

**F7. Jakie zmiany w sposobie finansowania opieki w odniesieniu do instytucji tego samego typu co Państwa, Pana(i) zdaniem należałoby wprowadzić w pierwszym rządzie?**

1.....

2.....

3.....

**F8. Proszę określić jaki czynnik ma największy wpływ na liczbę miejsc opieki w Pana(i) instytucji?**

1: Poziom finansowania ze strony organu prowadzącego

2: Dopytywanie środków w ramach funduszy strukturalnych

3: Lokalne zapotrzebowanie na opiekę

4: Przepisy prawa, wytyczne administracyjne

5: Dostępne zasoby kadrowe

6: Inne, jakie?

*PROG: single*

**F9. A jaki czynnik Pana(i) zdaniem powinien w największym stopniu mieć wpływ na liczbę miejsc opieki w Pana(i) instytucji?**

1: Poziom finansowania ze strony organu prowadzącego

2: Dopytywanie środków w ramach funduszy strukturalnych

3: Lokalne zapotrzebowanie na opiekę

4: Przepisy prawa, wytyczne administracyjne

5: Dostępne zasoby kadrowe opiekunów

6: Inne, jakie?

*PROG: single*

## 6. STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

**G1. Proszę wskazać w jakim stopniu gmina wspiera bądź nie wspiera środowiskowe formy opieki na niej zlokalizowane**

- 1: W bardzo małym stopniu
- 2: raczej w małym stopniu
- 3: Ani w małym ani w dużym stopniu
- 4: Raczej w dużym stopniu
- 5: W bardzo dużym stopniu
- 9: Trudno powiedzieć

PROG: single

**G2. Czy formy opieki środowiskowej dostępne aktualnie na terenie gminy są wystarczające czy też niewystarczające w stosunku do potrzeb??**

- 1: Zdecydowanie niewystarczające
- 2: Raczej niewystarczające
- 3: Ani wystarczające ani niewystarczające
- 4: Raczej wystarczające
- 5: Zdecydowanie wystarczające
- 9: Trudno powiedzieć

PROG: single

**G3. Czy Pana(i) zdaniem formy opieki środowiskowej powinny rozwijać się w większym zakresie w drodze przekształcania stacjonarnych form opieki?**

- 1: Tak
- 2: Nie
- 9: Trudno powiedzieć

PROG: single

**G4. Proszę sobie wyobrazić, że wszystkie duże instytucje świadczące usługi społeczne stacjonarnie zostają zamknięte. Zamiast tego, wspierana jest w dużo szerszym zakresie działalność wspomagająca osoby potrzebujące pomocy w codziennym funkcjonowaniu, np. ośrodki wsparcia dziennego, poradnictwo specjalistyczne i różne inne formy wsparcia, umożliwiające odbiorcom usług pozostanie w domu tak długo, jak to tylko możliwe (np. wspieranie prac adaptacyjnych w ich mieszkaniach, wykorzystywanie nowych technologii umożliwiających im bezpieczne funkcjonowanie, usługi asystenckie, mieszkania treningowe i wspomagane, „mobilne” usługi opiekuńcze).**

**Proszę podać co Pan(i) o tym sądzi.**

.....

**G5. Co dzięki temu zyskaliby odbiorcy usług?**

.....

**G6. A co by stracili?**

.....

**G7. Jakie widzi Pan(i) pozytywne strony takiego rozwiązania?**

.....

**G7. Jakie trudności mogłyby się z tym wiązać?**

.....

**G8. Na ile Pana(i) zdaniem zasoby kadrowe i infrastrukturalne Pana(i) instytucji są wystarczające, aby świadczyć usługi w otoczeniu podopiecznego, w jego środowisku, a więc na proces deinstytucjonalizacji opieki?**

- 1: zdecydowanie niewystarczające
- 2: raczej niewystarczające
- 3: ani wystarczające ani niewystarczające
- 4: raczej wystarczające
- 5: zdecydowanie wystarczające
- 9: nie wiem

PROG: single

**G9. Do usług świadczonych w lokalnej społeczności, przy spełnieniu pewnych warunków, należą np.:**

- 1: usługi asystenckie
- 2: usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
- 3: usługi w postaci mieszkań chronionych
- 4: usługi w postaci mieszkań wspomaganych, o ile liczba miejsc jest nie większa niż 30
- 5: usługi w rodzinnym domu pomocy
- 6: usługi w ośrodkach wsparcia, o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach jest nie większa niż 30
- 7: usługi w domu pomocy społecznej o liczbie miejsc, która jest nie większa niż 30
- 8: Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
- 9: Usługi w postaci mieszkań o charakterze wspieranym (mieszkania chronione, treningowe i wspomagane)
- 10: Usługi społeczne świadczone przez jednostki samopomocowe (np. Kluby Seniora, UTW)
- 11: Usługi świadczone w instytucjach stacjonarnej opieki całodobowej (np. DPS)
- 12: Usługi świadczone w dziennych instytucjach opieki (np. DDP, Środowiskowy Dom Samopomocy)
- 13: Usługi sąsiedzkie

### **Które z nich są dostępne w Państwa powiecie?**

- 1: Tak
- 2: Nie
- 9: Trudno powiedzieć

PROG: single dla każdego itemu

### **G10. A które z nich przeważają w Państwa powiecie?**

- 1: usługi asystenckie
- 2: usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
- 3: usługi w postaci mieszkań chronionych
- 4: usługi w postaci mieszkań wspomaganych, o ile liczba miejsc jest nie większa niż 30
- 5: usługi w rodzinnym domu pomocy
- 6: usługi w ośrodkach wsparcia, o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach jest nie większa niż 30
- 7: usługi w domu pomocy społecznej o liczbie miejsc, która jest nie większa niż 30
- 8: Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
- 9: Usługi w postaci mieszkań o charakterze wspieranym (mieszkania chronione, treningowe i wspomagane)
- 10: Usługi społeczne świadczone przez jednostki samopomocowe (np. Kluby Seniora, UTW)
- 11: Usługi świadczone w instytucjach stacjonarnej opieki całodobowej (np. DPS)
- 12: Usługi świadczone w dziennych instytucjach opieki (np. DDP, Środowiskowy Dom Samopomocy)
- 13: Usługi sąsiedzkie

- 0: Nie
- 1: Tak

PROG: single dla każdego itemu

### **G11. A których usług Pana(i) zdaniem powinno być więcej w Państwa powiecie?**

- 1: usługi asystenckie
- 2: usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
- 3: usługi w postaci mieszkań chronionych
- 4: usługi w postaci mieszkań wspomaganych, o ile liczba miejsc jest nie większa niż 30
- 5: usługi w rodzinnym domu pomocy
- 6: usługi w ośrodkach wsparcia, o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach jest nie większa niż 30
- 7: usługi w domu pomocy społecznej o liczbie miejsc, która jest nie większa niż 30
- 8: Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
- 9: Usługi w postaci mieszkań o charakterze wspieranym (mieszkania chronione, treningowe i wspomagane)
- 10: Usługi społeczne świadczone przez jednostki samopomocowe (np. Kluby Seniora, UTW)
- 11: Usługi świadczone w instytucjach stacjonarnej opieki całodobowej (np. DPS)
- 12: Usługi świadczone w dziennych instytucjach opieki (np. DDP, Środowiskowy Dom Samopomocy)
- 13: Usługi sąsiedzkie

0: Nie

1: Tak

PROG: single dla każdego itemu

**G12. Na ile zgadza się Pan(i) z poniższymi stwierdzeniami dotyczącymi polityki realizowanej przez organy prowadzące w powiecie w odniesieniu do opieki:**

- A: Władze w dużym stopniu inwestują w organizację nowych całodobowych form wsparcia dla osób niesamodzielnych, niż w opiekę środowiskową
- B: Istnieje tendencja do rezygnacji z dużych placówek całodobowych na rzecz małych, kame-ralnych i dbających o warunki zbliżone do warunków właściwych dla rodziny
- C: Władze starają się w jednakowym stopniu organizować zarówno opiekę całodobową, jak i tę realizowaną w środowisku podopiecznych
- D: Władze starają się wspierać organizacje pozarządowe i inne podmioty w realizacji środowi-skowych form pomocy dla osób niesamodzielnych

1: W ogóle się nie zgadzam

2: raczej się nie zgadzam

3: Ani się zgadzam ani nie zgadzam

4: Raczej się zgadzam

5: Zdecydowanie się zgadzam

PROG: single dla każdego itemu

**G13. Proszę powiedzieć, w jakim stopniu Pan(i) zdaniem opiekę nad dorosłymi osobami nie-samodzielnymi powinny zapewniać:**

A: Rodzina

B: Środowisko lokalne (sąsiedzi, znajomi)

C: Organizacje pozarządowe

D: Państwo, w tym samorząd terytorialny

1: wcale

2: w niewielkim stopniu

3: w średnim stopniu

4: w dużym stopniu

5: w całości

9: nie wiem

PROG: single dla każdego itemu

**G14. Które stwierdzenie odnośnie opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi jest Panu(i) najbliższe? Można wskazać tylko jedną odpowiedź.**

1. Uważam, że opieka powinna być świadczona przede wszystkim w instytucjach (np. DPS)

2. Uważam, że opieka powinna być świadczona przede wszystkim w środowisku osoby w po-deszłym wieku (np. opiekunka środowiskowa, rodzinny dom pomocy)

PROG: tylko jedna odpowiedź z dwóch

## 7. DOPASOWANIE SYSTEMU OPIEKI DO POTRZEB

**P1. Czy w Pana(i) instytucji analizuje się popyt na usługi opiekuńcze w Państwa grupie podopiecznych?**

- 1: Tak
- 2: Nie
- 9: Trudno powiedzieć

PROG: single

*Jeżeli P1=1*

**P2. W jakim horyzoncie czasowym?**

- 1: W perspektywie kolejnego roku
- 2: W perspektywie kolejnych 2 lat
- 3: W perspektywie kolejnych 3 lat
- 4: W perspektywie kolejnych 4 lat
- 5: Inna perspektywa - jaka?

9: Nie wiem

PROG: single

*Jeżeli P1=1*

**P3. W jaki sposób analizuje się popyt na opiekę?**

- A: Analiza danych własnych Pana(i) instytucji
- B: Analiza danych zbieranych przez inne instytucje – jakie?
- C: Informacje od organu prowadzącego
- D: Konsultacje z innymi jednostkami w regionie realizującymi takie same lub zbliżone zadania
- E: Rozmowy z pracownikami/opiekunami
- F: Rozmowy z podopiecznymi i ich bliskimi
- G: Ankiety, badania prowadzone wśród mieszkańców gminy /miasta/powiatu/regionu
- H: Analiza doniesień lokalnych mediów
- I: Ewaluacje, badania zlecane
- J: Analiza dzienniczka czynności opiekuńczych
- K: Wizytacje w miejscu świadczenia usług
- L: Zasięgnięcie opinii osób objętych usługami lub ich przedstawicieli
- J: Inne, jakie?

0: Nie

1: Tak

PROG: single dla każdego itemu

*Jeżeli P1=1*

**P3A. W jaki sposób wykorzystywane są wnioski z monitoringu?**

- A: Wprowadzamy korekty indywidualnych usług opiekuńczych
- B: Urozmaicamy całościową ofertę
- C: Inne – jakie? .....

0: Nie

1: Tak

PROG: multi

**P4. Proszę wskazać, czy Pana(i) zdaniem funkcjonujący na terenie Pana(i) gminy system opieki nad pełnoletnimi osobami niesamodzielnymi jest dopasowany czy też niedopasowany do ich potrzeb?**

1: W ogóle niedopasowany

2: Raczej niedopasowany

3: Ani dopasowany ani niedopasowany

4: Raczej dopasowany

5: Zdecydowanie dopasowany

9: Nie wiem

PROG: single

**P5. Jakich form opieki najbardziej brakuje w stosunku do potrzeb dorosłych niesamodzielnymi osób?**

1: Dom Pomocy Społecznej

2: Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

3: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

4: Hospicjum stacjonarne

5: Szpitalny Oddział Opieki Paliatywnej

6: Dzienny Domy Pomocy Społecznej

7: Środowiskowy Domy Samopomocy

8: Dom Senior Wigor

9: Warsztaty Terapii Zajęciowej

10: Dzienny Dom Opieki Medycznej

11: Usługi opiekuńcze

12: Specjalistyczne usługi opiekuńcze

13: Asystent osoby niepełnosprawnej

14: Mieszkania o charakterze wspieranym (chronione, treningowe, wspomagane)

15: Rodzinny Dom Pomocy

16: Pielęgniarska opieka długoterminowa

17: Hospicjum domowe

18: Inne – jakie? .....

0: Nie

1: Tak

PROG: multi dla każdego itemu

**P6. Czy na terenie gminy są Pana(i) zdaniem formy opieki, których jest w nadmiarze w stosunku do potrzeb osób chorych?**

1: zdecydowanie nie

2: raczej nie

3: raczej tak

- 4: zdecydowanie tak  
9: trudno powiedzieć  
PROG: single

**P7. Jakich form opieki jest zbyt dużo w stosunku do potrzeb dorosłych niesamodzielnych osób?**

- 1: Dom Pomocy Społecznej  
2: Zakład Opiekuńczo-Lecznicy  
3: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy  
4: Hospicjum stacjonarne  
5: Szpitalny Oddział Opieki Paliatywnej  
6: Dzienny Domy Pomocy Społecznej  
7: Środowiskowy Domy Samopomocy  
8: Dom Senior Wigor  
9: Warsztaty Terapii Zajęciowej  
10: Dzienny Dom Opieki Medycznej  
11: Usługi opiekuńcze  
12: Specjalistyczne usługi opiekuńcze  
13: Asystent osoby niepełnosprawnej  
14: Mieszkania o charakterze wspieranym (chronione, treningowe, wspomagane)  
15: Rodzinny Dom Pomocy  
16: Pielęgniarska opieka długoterminowa  
17: Hospicjum domowe  
18: Inne – jakie? .....

- 0: Nie  
1: Tak

PROG: single

**P8. Czy Pana(i) zdaniem liczba miejsc w <wstaw typ placówki z S3> w tej gminie jest wystarczająca czy też niewystarczająca do potrzeb dorosłych niesamodzielnych osób?**

- 1: Zdecydowanie niewystarczająca  
2: Raczej niewystarczająca  
3: Ani wystarczająca ani niewystarczająca  
4: Raczej wystarczająca  
5: Zdecydowanie wystarczająca  
9: Nie wiem

PROG: single

*Jeśli P8=1-3*

**P9. Ile procent miejsc w stosunku do aktualnej liczby Pana(i) zdaniem brakuje w tego typu placówkach w tej gminie?**

|\_|\_|\_|\_|\_| | miejsc

9999 – nie wiem

*Jeśli P8=4-5*

**P10. O ile procent miejsc Pana(i) zdaniem w stosunku do aktualnej liczby jest za dużo w tego typu placówkach w tej gminie?**

|\_|\_|\_|\_| miejsc

9999 – nie wiem

**P11. Czy Pana(i) placówka posiada listę osób oczekujących na przyjęcie?**

1: Tak

2: Nie

9: Nie wiem

PROG: single

*Jeśli P11=1 (Tak)*

**P12. Ile osób czeka na możliwość skorzystania z opieki w Państwa instytucji?**

|\_|\_|\_|\_| osób

9999 – nie pamiętam

*Jeśli P11=1 (Tak)*

**P13. Jaki jest przeciętny czas oczekiwania na miejsce w Państwa instytucji?**

1: Brak, przyjmujemy podopiecznych na bieżąco (bez oczekiwania)

2: Do tygodnia

3: Do miesiąca

4: Do trzech miesięcy

5: Do pół roku

6: Do roku

7: Powyżej roku

PROG: single

**P14. Jak długo, średnio w roku, podopieczny korzysta z opieki w Państwa instytucji?**

1: Do tygodnia

2: Do miesiąca

3: Do trzech miesięcy

4: Do pół roku

5: Do roku

6: Powyżej roku

PROG: single

**P15. Proszę uszeregować poniższe czynniki zaczynając od tego, który ma największy wpływ na liczbę miejsc opieki dla dorosłych osób niesamodzielnych w Pana(a) instytucji, a kończąc na tym, który ma wpływ najmniejszy.**

1: Poziom finansowania ze strony organu prowadzącego

2: Dopływ środków w ramach funduszy strukturalnych

3: Lokalne zapotrzebowanie na opiekę

4: Przepisy prawa, wytyczne administracyjne

5: Dostępne zasoby kadrowe

6: Inne - jakie?

PROG: szeregowanie itemów

**P16. Prognozy sytuacji demograficznej wskazują, że wzrastać będzie liczba osób starszych, a tym samym liczba dorosłych osób niesamodzielnych, które potrzebować będą opieki. W związku z tym czy planujecie podjąć Państwo działania, których celem będzie dostosowanie placówki do zwiększonych potrzeb rynku?**

1: Tak

2: Nie

9: Nie wiem

PROG: single

*Jeśli P16=1 (Tak)*

**P17. Jakie to będą działania?**

.....

**P18. A czy do tej pory podjęliście Państwo jakiegokolwiek działania dostosowawcze?**

1: Tak

2: Nie

9: Nie wiem

PROG: single

*Jeśli P18=1 (Tak)*

**P19. Jakie to były działania?**

.....

**P20. Czy w ciągu ostatnich trzech lat oferta pana9i0 placówki uległa zmianie?**

1: Tak

2: Nie

PROG: single

*Jeśli P20=1*

**P21. Na czym polegały te zmiany**

.....

*Jeśli P20=1*

**P22. Co spowodowało wprowadzenie tych zmian?**

.....

**P23. W jaki sposób informujecie Państwo o usługach swojej placówki?**

.....

**P24. Gdzie można znaleźć informacje o Pana(i0 placówce?**

.....

**P25. Jakiego rodzaju są to informacje?**

.....

## 8. REKOMENDOWANE DZIAŁANIA

**R1. Proszę powiedzieć, w jakim stopniu opiekę nad osobami w podeszłym wieku powinny zapewniać:**

- A: Rodzina
- B: Środowisko lokalne (sąsiedzi, znajomi)
- C: Organizacje pozarządowe
- D: Państwo, w tym samorząd terytorialny

- 1: wcale
- 2: w niewielkim stopniu
- 3: w średnim stopniu
- 4: w dużym stopniu
- 5: w całości
- 9: nie wiem

PROG: single dla każdego itemu

**R2. Które stwierdzenie odnośnie opieki osobami w podeszłym wieku jest Panu(i) najbliższe? Można wskazać tylko jedną odpowiedź.**

- 1: Uważam, że opieka powinna być świadczona przede wszystkim w instytucjach (np. DPS)
- 2: Uważam, że opieka powinna być świadczona przede wszystkim w środowisku osoby w podeszłym wieku (np. opiekunka środowiskowa, rodzinny dom pomocy)

PROG: tylko jedna odpowiedź z dwóch

**R3. Z jakimi problemami boryka się Pana(i) placówka:**

- 1: niewystarczające środki pieniężne na zaspokojenie potrzeb podopiecznych
- 2: niewystarczające zasoby kadrowe
- 3: za duża biurokracja
- 4: problem w komunikacji z podopiecznymi
- 5: problemy w organizacji (np. z zebraniem grupy)
- 6: inne – jakie? .....

PROG: multi

**R4. Co Pana(i) zdaniem jest największą przeszkodą w funkcjonowaniu Pana(i) placówki?**

.....

**R5. Co Pana(i) zdaniem należałoby zmienić w organizacji systemu pomocy osobom niesamodzielnym, poza zwiększeniem wysokości środków przeznaczonych na ten cel, aby ułatwić funkcjonowanie Pana(i) placówki?**

.....

R6. jakie Pana(i) zdaniem działania należy podjąć, aby doprowadzić do lepszego dopasowania systemu opieki do potrzeb pełnoletnich osób niesamodzielnych?

.....

## 9. METRYCZKA

### M1. Płeć

1: Mężczyzna

2: Kobieta

*ANK: zaznacz bez zadawania pytania*

*PROG: single*

### M2 Proszę podać rok swojego urodzenia.

|\_|\_|\_|\_| rok                      9999 - odmowa

### M3. Proszę podać, w jakiej dziedzinie zdobył Pan(i) wykształcenie?

.....

.....

.....

*Jeśli w S2=1*

### M4. Od kiedy jest Pani/Pan dyrektorem/kierownikiem tej instytucji?

od |\_|\_|\_|\_| roku                      9999 - odmowa

### M5. Proszę o podanie kodu pocztowego do państwa instytucji.

\_\_ - \_\_\_

To już były wszystkie pytania, bardzo dziękuję za udział w badaniu!

## BIBLIOGRAFIA

1. Błędowski P., Szweda-Lewandowska Z., *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015 – 2035, Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2016.
2. Bank Danych lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, [www.bdl.stat.gov.pl](http://www.bdl.stat.gov.pl), dostęp: 09.11.2016.
3. Biuletyn Informacji Publicznej, [www.bip.uml.lodz.pl](http://www.bip.uml.lodz.pl), dostęp: 09.11.2016.
4. *Deinstytucjonalizacja rodziny i jej badania*, pod. Red. Taranowicz T. Grotowska S., Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, 2015
5. Domaradzki P., Krzyszkowski J., Sosnowski M., Włoch A., *Superwizja pracy socjalnej dla praktyków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016.
6. *Funkcjonowanie instytucji opieki w Polsce. Raport podsumowujący wyniki badań terenowych*, pod. red. Pieńkosz J., Matejczyk A., CRZL, Warszawa, 2016.
7. Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2011.
8. *Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014 -2020*. Raport z badania ewaluacyjnego.
9. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016.
10. Kawczyńska-Butrym Z., *Problemy opieki nad człowiekiem starszym – obszary pomocy i wsparcia*, „Praca Socjalna” nr 4, Warszawa, 1999.
11. Kotlarska-Michalska A., *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*, WN UAM, Poznań, 1990.
12. Krzyszkowski J., *Kreowanie i wdrażanie innowacji w pomocy społecznej (w:) Innowacyjna polityka społeczna*, Grewiński M., Karwacki A., WSP im. Janusza Korczaka, Warszawa, 2015.
13. Krzyszkowski J., *Między państwem opiekuńczym, a opiekuńczym społeczeństwem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005.
14. *Leksykon Polityki Społecznej*, IPS UW, Warszawa, 2002.
15. *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2015 r.*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016.
16. Łuczak P., *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań, 2015.
17. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl), dostęp: 14.11.2016.
18. Narodowy Spis Powszechny, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa od 2012-2015, [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), dostęp: 10.11.2016.
19. *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego na rok 2014 dla województwa łódzkiego*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej, [www.rcpslodz.pl](http://www.rcpslodz.pl).

20. *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego na rok 2015 dla województwa łódzkiego*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej, [www.rcpslodz.pl](http://www.rcpslodz.pl).
20. Pieńkosz J., Matejczuk A., *Teoria i praktyka działania instytucji opieki w Polsce*. Raport końcowy, Warszawa, 2015.
21. *Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim 2020*, Łódź 2015.
22. *Polityka społeczna gmin i powiatów*, pod. red. Rysz-Kowalczyk B., IPS UW, Warszawa, 2011.
23. *Polska w liczbach*, [www.polskawliczbach.pl](http://www.polskawliczbach.pl), dostęp: 14.11.2016.
24. Portal Organizacji Samorządowych, [www.bazy.ngo.pl](http://www.bazy.ngo.pl), dostęp: 29.11.2016.
25. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
26. Rosochacka – Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, (w:) *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, pod. red. Raław M., Instytut spraw Publicznych, Warszawa 2011.
27. *Rynek Pracy 2015*, Powiatowy Urząd Pracy w Pabianicach, [www.puppabianice.pl](http://www.puppabianice.pl), dostęp: 14.12.2016.
28. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 roku w sprawie rodzinnych domów pomocy*, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, dnia 26 czerwca 2012 r., Poz.719.
29. *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach UE*, pod. red. Kryńska E., Szukalski P., Łódź 2013.
30. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 roku w sprawie rodzinnych domów pomocy*, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, dnia 26 czerwca 2012 r., Poz.719.
31. *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej*, tom 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2014.
32. *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań*, pod. red. Kotowska I., Wóycicka I., Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Warszawa 2008.
33. *Statystyczne Vademecum Samorządowca 2016*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2016.
34. *Stowarzyszenie Integracyjne „Klub Otwartych Serc”* [www.sikos.org.pl](http://www.sikos.org.pl), dostęp: 22.11.2016.
35. Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki.*, Wydawnictwo Branta, Warszawa, 2006.
36. Szweda – Lewandowska Z., *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, (w:) *Studia ekonomiczne. Zeszyty naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2014.
37. Szweda – Lewandowska Z., *Rynek usług opiekuńczych i perspektywy rozwoju w kontekście starzenia się populacji*, (w:) *Optimum*. Studia Ekonomiczne, nr 2 (68), 2014.
38. *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, tekst jednolity.*, Dz. U. z 2009 r. nr 175, poz. 1362 z późniejszymi zmianami.

39. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków ze środków publicznych*
40. *Wybory do Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej 2015*, Państwowa Komisja Wyborcza, [www.parlament2015.pkw.gov.pl](http://www.parlament2015.pkw.gov.pl), dostęp: 15.11.2016.
41. *Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi*, [www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu), dostęp: 05.12.2016.

## SPIS TABEL

Tabela 1. Liczba mieszkańców przypadająca na jeden DPS w 2015 roku. ....	39
Tabela 2. Kadra jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w województwie łódzkim na koniec 2015 r. ....	43
Tabela 3. Liczba pracowników jednostek pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego w 2015 roku.....	44
Tabela 4. Wydatki (w mln zł) wg typów ponoszone w latach 2013-2015 na zadania realizowane w ramach polityki społecznej w województwie łódzkim oraz prognoza wydatków na lata 2016-2017. ....	46
Tabela 5. Struktura i wartość wydatków (w mln zł) przeznaczonych na zadania realizowane w ramach działu 852 – zadania społeczne w województwie łódzkim w 2015 roku. ....	46
Tabela 6. Rozkład typów jednostek biorących udział w badaniu.....	65
Tabela 7. Okres, w jakim badane placówki funkcjonują na rynku. ....	67
Tabela 8. Grupy osób niesamodzielnych, na rzecz których uczestnicy badania świadczą usługi. ....	68
Tabela 9. Rodzaje usług, miejsce ich świadczenia oraz średnia miesięczna liczba korzystających. ....	69
Tabela 10. Zapotrzebowanie na usługi oferowane przez poszczególne instytucje dla dorosłych niesamodzielnych osób.....	72
Tabela 11. W jaki sposób kształtowana jest oferta Państwa instytucji, z czego wynika zakres oferowanych usług?.....	75
Tabela 12. Liczba podmiotów analizujących popyt na usługi opiekuńcze. ....	76
Tabela 13. Źródła informacji wykorzystywane do analizowania popytu na opiekę. ....	77
Tabela 14. Zapotrzebowanie na poszczególne formy opieki nad niesamodzielnymi osobami dorosłymi. ....	78
Tabela 15. Odsetek jednostek planujących podjęcie działań, których celem będzie dostosowanie placówek do zwiększonych potrzeb rynku w zakresie opieki nad dorosłymi niesamodzielnymi osobami. ....	80
Tabela 16. Źródła finansowania działalności placówek. ....	81
Tabela 17. Propozycje zmian w sposobie finansowania opieki w odniesieniu do instytucji tego samego typu co placówka respondenta. ....	83
Tabela 18. Obszary, na które badani przeznacziliby dodatkowe środki z budżetu w sytuacji, gdyby został on zwiększony o 10% (badani proszeni byli o podawanie trzech obszarów).....	84
Tabela 19. Liczba pracowników badanych placówek w podziale na kwalifikacje. ....	85
Tabela 20. Powody niedoborów w zatrudnieniu. ....	86
Tabela 21. Procent badanych deklarujących wzrost, utrzymanie bądź spadek liczby pracowników o poszczególnych kwalifikacjach w danej placówce w ciągu najbliższych 5 lat.....	87
Tabela 22. Decentralizacja w gminie. Działania dostępne i pożądane.....	88
Tabela 23. Problemy, z jakimi borykają się placówki, które wzięły udział w badaniu. ....	91
Tabela 24. Elementy, które należałoby zmienić w systemie pomocy dorosłym osobom niesamodzielnym, poza zwiększeniem wysokości środków przeznaczonych na ten cel. ....	92

Tabela 25. Działania, jakie należy podjąć, aby doprowadzić do lepszego dopasowania systemu opieki do potrzeb pełnoletnich osób niesamodzielnych. ....	93
---	----

## SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Liczba pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w województwie łódzkim w 2015 roku. ....	43
Wykres 2. Wydatki (w mld zł) ponoszone w latach 2013-2015 na zadania realizowane w ramach polityki społecznej na terenie województwa łódzkiego oraz prognoza wydatków na lata 2016-2017.....	45
Wykres 3. Opinie na temat podmiotów, jakie powinny opiekować się osobami starszymi (suma odsetka wskazań odpowiedzi „w dużym stopniu” oraz „w całości”).....	71
Wykres 4. Ocena dopasowania systemu opieki nad pełnoletnimi osobami niesamodzielnymi funkcjonującego na terenie gminy, w której zlokalizowana jest placówka respondenta.....	78
Wykres 5. Ocena dopasowania liczby miejsc do potrzeb. ....	79
Wykres 6. Opinie na temat polityki realizowanej przez organy prowadzące w gminie w odniesieniu do opieki. ....	89
Wykres 7. Stan zasobów kadrowych i infrastrukturalnych w kontekście możliwości świadczenia usług w środowisku podopiecznego.....	90

## SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Liczba DPS w powiatach województwa łódzkiego w 2015 r. ....	38
Rysunek 2. Liczba osób korzystających z usług pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego w 2015 roku.....	40
Rysunek 3. Liczba wywiadów ilościowych zrealizowanych w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego. ....	66

ISBN 978-83-951661-9-8

ISBN e-book PDF 978-83-951663-0-3

ISBN e-book EPUB 978-83-951663-1-0

ISBN e-book MOBI 978-83-951663-2-7



Publikacja bezpłatna



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne

