Załącznik do Regionalnego Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025

# Diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych – województwo pomorskie

Deinstytucjonalizacja (DI) to proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej[[1]](#footnote-1). Proces ten składa się z trzech typów działań: 1) rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnym; 2) przeniesienia zasobów z opieki instytucjonalnej w środowiska lokalne; 3) ograniczania usług świadczonych instytucjonalnie. Świadczenie usług w społeczności lokalnej ma na celu utrzymanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich, zapobieganie odizolowaniu od nich oraz umożliwienie prowadzenia niezależnego życia w środowisku lokalnym[[2]](#footnote-2). DI stanowi istotne wyzwanie ze względu na aktualny stan publicznych usług środowiskowych, które charakteryzuje mało intensywny charakter oraz docieranie do niewielkiego odsetka osób niesamodzielnych[[3]](#footnote-3).

Usługi społeczne, co do zasady adresowane są wszystkim, jednak w sposób szczególny dedykowane są osobom/ grupom osób narażonym na doświadczanie wykluczenia społecznego i/lub dyskryminację, wśród których wskazano: (1) rodzinę – dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami, (2) osoby z niepełnosprawnościami, (3) osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, (4) osoby starsze, (5) osoby w kryzysie bezdomności.

Usługi zdrowotne należy rozpatrywać w kontekście potencjalnych nierówności zdrowotnych, na które narażone mogą być wymienione wyżej grupy osób. Stan zdrowia jest bowiem silnie związany ze statusem społeczno-ekonomicznym. Czynniki takie jak wykształcenie, status materialny, stan rodziny, miejsce zamieszkania, umiejętność korzystania oraz dostęp do urządzeń technologicznych, możliwość samodzielnego przemieszczania mogą istotnie wpływać na dostęp do świadczeń zdrowotnych.

## Rodziny – dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami

Najliczniejszą grupę rodzin korzystających z pomocy społecznej stanowią te, które posiadają 1-3 dzieci – w 2021 r. było ich ponad 13 tysięcy, choć ich liczba i odsetek w ostatnich latach zmniejsza się[[4]](#footnote-4). Rodziny doświadczające trudności opiekuńczo-wychowawczych mogą korzystać ze wsparcia asystentów(ek) rodziny – liczba tych specjalistów(ek) w 2021 r. zmniejszyła się o 6 (2,6%) w stosunku do 2020 r.[[5]](#footnote-5), zaś liczba rodzin objętych wsparciem asystenckim w tożsamym okresie wzrosła do 2,6 tys. (+71; 2,8% r/r)[[6]](#footnote-6). Rodziny te mogą także korzystać ze wsparcia rodzin wspierających, tworzonych przez osoby z najbliższego otoczenia dziecka – w 2021 r. funkcjonowało 12 takich rodzin, tj., o 2 mniej niż w 2020 r. [[7]](#footnote-7). Ponadto dzieci i młodzież pochodząca z rodzin doświadczających wspomnianych trudności mogą korzystać ze wsparcia świadczonego przez placówki wsparcia dziennego. W 2021 r. funkcjonowało 100 takich placówek – o 15 (17,6%) więcej niż rok wcześniej. Biorąc pod uwagę typ, w tożsamym okresie odnotowano wzrost liczby placówek wsparcia dziennego w formie: opiekuńczej (+9; 19,6%), specjalistycznej (+5; 26,3%), pracy podwórkowej prowadzonej przez wychowawcę (+11; 34,4%). Placówki te dysponowały w 2021 r. 2,6 tys. miejsc – o 0,3 tys. (14,1%) więcej niż w roku poprzedzającym[[8]](#footnote-8).

W przypadku instytucjonalnego wsparcia dzieci, w 2021 r. zwiększyła się liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych (+2 vs. 2020 r.), a liczba przebywających w nich dzieci o 43[[9]](#footnote-9). Analizując zmiany na poziomie typów placówek opiekuńczo-wychowawczych, należy wskazać, że w analizowanym okresie zwiększyła się liczba placówek typu socjalizacyjnego (+2; 3,0% r/r) osiągając wartość 69. W przypadku pozostałych placówek ich liczba nie zmieniła się; placówek typu: interwencyjnego było 16, specjalistyczno-terapeutycznego 1, rodzinnego 8 oraz 1 regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna. W przypadku placówek typu interwencyjnego, specjalistyczno-terapeutycznego oraz regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej liczba miejsc nie zmieniła się (kolejno: 83, 9, 45). Przybyło natomiast 1 miejsce (+1,6%) w placówce typu rodzinnego, a ubyły 44 miejsca (-4,7%) w placówkach typu socjalizacyjnego[[10]](#footnote-10).

Wzrosła także liczba dzieci przebywających w rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej – w 2021 r. w stosunku do 2020 r. o odpowiednio o 2,0% (81 dzieci) oraz o 1,3% (13 dzieci). W 2021 roku w rodzinnej pieczy zastępczej przebywało 4226 dzieci, w tym: 1875 dzieci w rodzinach zastępczych spokrewnionych, 929 dzieci w rodzinach zastępczych niezawodowych oraz 596 dzieci w rodzinach zastępczych zawodowych, w tym odpowiednio: 104 – w rodzinach pełniących funkcję pogotowia rodzinnego, 71 – w rodzinach specjalistycznych i 826 w rodzinnych domach dziecka. Natomiast w instytucjonalnej pieczy zastępczej w 2021 roku przebywało łącznie 974 dzieci, w tym: w placówkach typu: socjalizacyjnego – 841 dzieci, interwencyjnego – 59 dzieci, specjalistyczno-terapeutycznego – 9 dzieci, rodzinnego – 65 dzieci, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej – 45 dzieci. Najczęstszym powodem umieszczenia w pieczy (42,1%) była bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych[[11]](#footnote-11). Czas przebywania w pieczy zastępczej wydłuża się, jednak przeważa jej rodzinna forma – w 2021 r. 80,6%, co świadczy o odchodzeniu od formy instytucjonalnej[[12]](#footnote-12).

Rodziny z dziećmi z niepełnosprawnościami mogą korzystać ze świadczeń opiekuńczych – w 2021 r. ogólna[[13]](#footnote-13) ich liczba była o 22,5 tys. (1,9%) większa niż w 2020 r. Także w przypadku zasiłku pielęgnacyjnego, przysługującego dziecku z niepełnosprawnością w analogicznym okresie odnotowano wzrost przyznanych świadczeń – o 13,2 tys. (6,3%)[[14]](#footnote-14).

Wnioski z badań przeprowadzonych wśród przedstawicieli(ek) gmin wskazują, że liczba placówek wsparcia dziennego, a także innych form wsparcia rodzin doświadczających trudności opiekuńczo-wychowawczych (m.in. streetworking, formy pracy podwórkowej) jest niewystarczająca. DI zakłada zastępowanie placówek rodzinnymi formami wsparcia, jednak jak wskazały osoby badane – całkowite odejście od nich nie jest możliwe, m.in. ze względu na trudności znalezienia się w pieczy dzieci z deficytami, zaburzeniami czy objętych nadzorem kuratorskim. Kluczowa w tym względzie pozostaje „czysta” praca socjalna prowadzona z rodziną w środowisku jej zamieszkania, która może ograniczać liczbę dzieci umieszczonych w pieczy instytucjonalnej[[15]](#footnote-15).

W zakresie usług medycznych dużym wsparciem dla rozwoju DI będzie realizacja projektu „Pomorskie e-Zdrowie” oraz Przedsięwzięcia Strategicznego pn.: „Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych”, którego istotnym elementem jest wzrost dostępności usług medycznych w trybie ambulatoryjnym. Kolejno wprowadzane e-usługi oraz realizacja projektów związanych z jakością i dostępnością pozwolą na realizację szerszego zakresu usług medycznych dla mieszkańców, w szczególności wybranych w/w grup narażonych na wykluczenie.

### Wnioski

Rozwój oraz deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych w tym obszarze w przypadku rodzin z dziećmi pozostającymi w środowisku lokalnym wymaga rozwijania oferty placówek wsparcia dziennego. Rekomenduje się także rozwój asystentury rodzin poprzez zwiększenie liczby pracowników(czek) w miejscach, w których ta usługa jest realizowana oraz zapewnienie jej tam, gdzie obecnie nie świadczy się tego typu usług (tzw. „białe plamy”).

Biorąc pod uwagę najbardziej wymagające grupy dzieci i młodzieży trafiających do pieczy (dzieci z niepełnosprawnościami, niedostosowane społecznie), istotne znaczenie ma rozwój zawodowego rodzicielstwa zastępczego. Niezbędna jest zatem kontynuacja działań ukierunkowanych na tworzenie rodzinnych form opieki zastępczej (w tym rodzin wspierających) oraz szkolenia dla kandydatów do pełnienia roli rodzica zastępczego.

Ważnymi komponentami usług społecznych dla rodzin jest rozwój oferty specjalistycznego wsparcia dla rodzin znajdujących się w różnego typu kryzysach, rodzin zastępczych i (post)adopocyjnych, a także rozwój mieszkalnictwa chronionego wspieranego i treningowego dedykowanego między innymi osobom opuszczającym pieczę zastępczą.

## Osoby z niepełnosprawnościami

Niepełnosprawność pod względem liczebności jest trzecim powodem[[16]](#footnote-16) przyznawania świadczeń z pomocy społecznej na podstawie decyzji – w 2021 r. z tego tytułu pomocą objęto 23,9 tys. rodzin (w stosunku do 2020 r. spadek o 6,3%)[[17]](#footnote-17). W analogicznym okresie zmniejszyła się (o 2,5%, osiągając wartość 24,4 tys.) liczba świadczeń przyznanych z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby[[18]](#footnote-18). Należy jednak zauważyć, że brak jest danych obrazujących liczbę rodzin/osób z niepełnosprawnościami, które nie korzystają ze wsparcia pomocy społecznej, a które powinny być wspierane usługami społecznymi wyrównującymi ich szanse względem pozostałych osób.

W 2018 r.[[19]](#footnote-19) województwo pomorskie osiągnęło najniższe współczynniki natężenia: powstawania „nowej” niezdolności do pracy oraz całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (odpowiednio 172 i 31)[[20]](#footnote-20). Nasze województwo charakteryzuje: jeden z niższych w skali kraju poziom (1)orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy (w 2021 r. 2,9%), (2)przeciętny poziom orzeczeń pierwszorazowych i ponownych ustalających niezdolność do pracy wydanych osobom ubiegającym się o rentę socjalną (w 2021 r. 6,2%) oraz stosunkowo wysoki poziom (3)orzeczeń pierwszorazowych uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego (w 2021 r. 7,1%) oraz (4)orzeczeń ponownych uprawniających do świadczenia rehabilitacyjnego (w 2021 r. 9,2%). W przypadku orzeczeń oznaczonych jako (1), (3) oraz (4) nastąpił wzrost odsetka w ujęciu rok do roku (2020 vs. 2021), zaś w przypadku orzeczenia oznaczonego jako (2) w analizowanym okresie nastąpił spadek odsetka[[21]](#footnote-21).

Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dla Polski, pokazują rosnącą (porównując stany za okres styczeń-wrzesień 2021 r. i 2022 r.) liczbę pobieranych rent socjalnych[[22]](#footnote-22) (+1,7 tys.; 0,6%), jednak w porównywanym okresie o 1,2 tys. (-1,3%) zmniejszyła się liczba świadczeń rehabilitacyjnych[[23]](#footnote-23). Osoby z niepełnosprawnościami mogą także pobierać świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji – pod warunkami: ukończenia 18 lat, niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz nieposiadania uprawnień do świadczeń, m.in. emerytury, renty, zasiłku stałego, okresowego lub jeśli wartość tych świadczeń nie przekracza kwoty 2157,80zł[[24]](#footnote-24). W kraju w okresie I-IX 2022 r. przeciętna liczba osób pobierających to świadczenie wyniosła 388,1 tys. – było to o 1,4 tys. więcej niż w tożsamym okresie 2021 r.[[25]](#footnote-25). Zatem, choć liczba świadczeń z pomocy społecznej z tytułu niepełnosprawności oraz długotrwałej lub ciężkiej choroby zmniejsza się (m.in. ze względu na wyższe wartości bazowe spowodowane sytuacją pandemiczną), dane ZUS sygnalizują sytuację przeciwną.

Osoby z niepełnosprawnościami są jedną z grup odbiorców wsparcia w formie mieszkań chronionych (treningowych, wspieranych[[26]](#footnote-26)). W 2021 r. w stosunku do 2020 r. liczba mieszkań treningowych zmniejszyła się o 3 (-9,4%), zaś liczba osób korzystających do 127 (-0,8% r/r). Zwiększyła się natomiast liczba mieszkań wspieranych – o 3 (+10,3% r/r), a liczba osób korzystających wzrosła do 109 (+3,8% r/r)[[27]](#footnote-27). Rozwój różnych form mieszkalnictwa umożliwiającego maksymalnie niezależne życie osób z niepełnosprawnościami wraz ze wsparciem w formie usług adekwatnych do ich potrzeb wychodzi naprzeciw deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz jest alternatywą dla wsparcia w domach pomocy społecznej.

Istotnie rozwija się usługa asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami, stanowiąca znaczący wkład w realizację zapisów Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (w szczególności art. 19 – niezależne życie i włączenie w społeczeństwo). Rokrocznie rośnie pula środków przeznaczanych na realizację zadań w tym zakresie (w 2021 r. w stosunku do 2020 r. ogółem wzrost o 17,5%, natomiast w perspektywie 2022-2021 o 334,4%[[28]](#footnote-28)).

Rośnie także znaczenie wsparcia w ramach programu „Opieka Wytchnieniowa”, którego celem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów dzieci z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności oraz osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności w realizacji opieki nad tymi osobami. W 2020 r. ogółem na ten cel wydano 4,6 mln zł, w 2021 r. 4,5 mln (-0,9% r/r), natomiast w 2022 r. przeznaczono na ten cel ponad 10 mln zł – o 127,8% więcej w ujęciu r/r[[29]](#footnote-29).

Stan placówek oferujących wsparcie osobom z niepełnosprawnościami oceniono jako dobry. Problematyczna pozostaje kwestia formy wsparcia – dominuje finansowe, a tylko niewielki odsetek osób z niepełnosprawnościami może korzystać z usług aktywizacyjnych. Wśród rekomendacji wskazano m.in. wspieranie rodzin osób z niepełnosprawnościami w zakresie odciążenia ich w opiece nad tymi osobami, stosowanie indywidualnego podejścia opartego na jednostkowych potrzebach osoby z niepełnosprawnością[[30]](#footnote-30). Istotną rolę odgrywa również systemowy rozwój asystencji osobistej.

### Wnioski

Rozwój oraz deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych, których odbiorcą jest grupa osób z niepełnosprawnościami powinna skupiać się na rozbudowie oferty usług mieszkalnictwa chronionego wspieranego i treningowego, umożlwiającego prowadzenie maksymalnie niezależnego życia ze wsparciem w środowisku lokalnym. Niezbędnym warunkiem funkcjonowania tychże mieszkań, jak i wsparcia osób z niepełnosprawnościami prowadzących własne gospodarstwa domowe (a więc pozwalających na ich pozostanie w miejscu zamieszkania) jest świadczenie usług asystencji osobistej, usług opiekuńczych i specjalistycznych, zgodnie z indywidualnymi potrzebami tychże osób. Natomiast w przypadku osób z niepełnosprawnościami (w tym dzieci), mieszkających w rodzinie, istotną rolę odgrywa dostępność usługi opieki wytchnieniowej, która w połączeniu z usługami asystencji osobistej powinny uwzględniać możliwość aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę oraz budować maksymalną niezależność i spełnianie ról społecznych osoby wspierającej oraz wspieranej w rodzinie.

W celu zapobiegania umieszczania osób z niepełnosprawnością w placówkach wsparcia całodobowego z jednej strony, z drugiej zaś, by nie pozostały bez adekwatnego względem potrzeb wsparcia należy realizować usługi zdrowotne i społeczne w formie dziennej oraz interwencyjnej w utworzonych miejscach/placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Oferta usług społecznych i zdrowotnych dedykowana osobom z niepełnosprawnościami wymaga odpowiedniej koordynacji, w tym umożliwienia zainteresowanym (odbiorcom usług oraz ich opiekunom) uzyskania kompleksowej informacji o koszyku usług i miejscach ich świadczenia. Realizatorami tejże koordynacji mogą być centra usług społecznych.

## Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym

Według WHO 1 na 8 osób na świecie żyje z zaburzeniami psychicznymi. Wstępne szacunki za 2020 r. wskazują, że w ciągu roku, w następstwie pandemii COVID-19, o 26% wzrosła częstotliwość występowania zaburzeń lękowych, a poważnych zaburzeń depresyjnych o 28%[[31]](#footnote-31). System ochrony zdrowia nie odpowiada na potrzeby osób w kryzysie psychicznym – jak podaje WHO tylko 1/3 osób z depresją otrzymuje pomoc.

W ostatnich latach (2020-2022) wzrosła liczba osób podejmujących zamachy samobójcze. Statystyki Komendy Głównej Policji mówią o 21% wzroście w 2022 roku zamachów samobójczych w Polsce oraz 142% wzroście w województwie pomorskim[[32]](#footnote-32) w stosunku do 2020 r. Liczba zamachów samobójczych w województwie pomorskim w roku 2022 dotyczyła 1754 osób (1675 w 2021 r. oraz 724 w 2020 r.), w tym: zakończonych zgonem – 332 (320 w 2021 r. oraz 302 w 2020 r.), 397 wśród dzieci i młodzieży (310 w 2021 r. oraz 84 w 2020 r.), zaś zakończonych zgonem było 16 zarówno w 2022, jak i w 2021 roku (5 w 2020 r.). Rośnie także liczba osób leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi – w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. przybyło ich 16,7 tys., tj. 14,2%[[33]](#footnote-33).

Osoby w kryzysie psychicznym mogą korzystać ze wsparcia środowiskowego świadczonego przez m.in. kluby samopomocy, kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz środowiskowe domy samopomocy (ŚDS). W 2021 r. liczba klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi wyniosła 12 (o 1 mniej względem stanu z 2020 r.), zaś liczba osób korzystających w roku zmniejszyła się o 7,6% (29 osób) i wyniosła 351. Wzrosła natomiast liczba klubów samopomocy oraz osób korzystających w roku (odpowiednio o 3 i 249). W przypadku ŚDS, ich liczba zwiększyła się do 70 (o 1,4%, tj. 1 placówkę), liczba osób w roku do 2366 (o 3,7%, tj. 85 osób), a liczba oczekujących na przyjęcie według stanu na 31 grudnia do 137 (o 75,6%; tj. 59 osób)[[34]](#footnote-34).

Ponadto osobom z zaburzeniami psychicznymi dedykowane są specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania. W 2021 r. skorzystało z nich 1,5 tys. osób i było to o 1,9% mniej niż w 2020 r., jednak wartość świadczeń wzrosła do 18,9 mln zł, tj. o 4,8%[[35]](#footnote-35). Należy jednak zaznaczyć, że jak wynika ze szczegółowych danych zebranych w sprawozdaniu MRiPS-03-R za 2021 r., specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zabezpieczone w 100 gminach województwa pomorskiego, zaś w przypadku pozostałych 23 nie wydano decyzji przyznających takie świadczenie[[36]](#footnote-36).

Istotną rolę w odzyskiwaniu równowagi zdrowia psychicznego odgrywa wsparcie środowiskowe (w ramach struktur rodzinnych i lokalnych). W tym kierunku zmierza reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży[[37]](#footnote-37) oraz Pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP)[[38]](#footnote-38). Aktualnie trwająca reforma w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wprowadza nowy model opieki składający się z trzech poziomów referencyjnych[[39]](#footnote-39). Od kwietnia 2020 roku w ramach I poziomu referencyjności rozpoczęły swoją działalność pierwsze poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne w województwie. Stanowią one fundament ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie dzieciom i młodzieży do 21 r.ż. doświadczającym kryzysu psychicznego oraz ich rodzinom. Według stanu na luty 2023 r. w województwie zakontraktowanych jest 27 ośrodków I poziomu referencyjnego, 5 Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego II poziomu referencyjnego, 1 Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży II poziomu referencyjnego (poradnia zdrowia psychicznego z oddziałem dziennym) oraz 2 Ośrodki Wysokospecjalistyczne Całodobowej Opieki Psychiatrycznej III poziomu referencyjnego mieszczące się w szpitalach psychiatrycznych w Gdańsku i Starogardzie Gdańskim.

Pilotaż CZP jest realizowany od 1 lipca 2018 r. i powinien zakończyć się nie później niż 31 grudnia 2023[[40]](#footnote-40). Według stanu na 13 lutego 2023 r. w Polsce funkcjonują 72 Centra, a w województwie pomorskim jest ich 4: w Starogardzie Gdańskim, Człuchowie, Słupsku oraz Kościerzynie[[41]](#footnote-41). W 2021 r. działały jednak dwa z wymienionych CZP (w Słupsku i Kościerzynie), z których świadczeń skorzystało 19,3 tys. osób z obszaru działania CZP oraz 2,0 tys. osób spoza niego – było to odpowiednio o 6,5% i 4,1% więcej niż w 2020 r.[[42]](#footnote-42). Średnia liczba dni od zgłoszenia się świadczeniobiorcy do Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego do kontaktu z lekarzem zapoczątkowującego proces diagnostyczny oraz plan terapii we wspomnianym okresie wyniosła 10 w przypadku świadczeniobiorców z obszaru CZP oraz 4 dla osób spoza.

Istotne z perspektywy deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych są dane dotyczące świadczeń domowych oraz środowiskowych. W ramach świadczeń domowych/ambulatoryjnych udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców z obszaru CZP w 2021 r. zrealizowano: 511 wizyt (+48,1% vs. 2020 r.), 2,2 tys. porad (-71,9% vs. 2020 r.), nie odbyły się sesje (w 2020 r. było ich 708) ani interwencje (bez zmian vs. 2020 r.). W przypadku świadczeń środowiskowych na rzecz pacjentów z obszaru CZP zrealizowano w 2021 r.: 1,7 tys. wizyt (+43,3% vs. 2020 r.), 7,4 tys. porad (+54,1% vs. 2020 r.), 7,5 tys. interwencji (+ 411,2% vs. 2020 r.), nie odbyła się żadna sesja (bez zmian vs. 2020 r.). W analizowanym okresie liczba przyjęć na oddział dzienny psychiatryczny wzrosła z 130 do 287 (+120,8%), zaś liczba pobytów/hospitalizacji z 138 do 533 (+286,2%).

W konkluzjach raportu „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim”[[43]](#footnote-43) zaznaczono konieczność rozwijania specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym intensyfikacji ich świadczenia, powodując zmniejszenie skali umieszczeń w DPS oraz odciążenie opiekunów sprawujących opiekę nad tymi osobami.

### Wnioski

Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym powinna obejmować ich rozwój i zintegrowanie na poziomie środowisk lokalnych, by ograniczać konieczność stosowania opieki instytucjonalnej. W perspektywie rosnących potrzeb osób z zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego w zakresie usług terapeutycznych, wspierających, pomocowych i opieki oraz wobec niedostatecznej liczby miejsc świadczących usługi tego typu, istotną rolę odgrywa rozwój siatki wsparcia obejmującego rozwój zdeinstytucjonalizowanych form świadczeń zdrowotnych w ramach reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego, przy współpracy w obszarze usług społecznych. Jak pokazują doświadczenia pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego, pomoc psychologiczna może być dostępna dla pacjentów w perspektywie krótkoterminowego oczekiwania (do 10 dni od zgłoszenia). Należy zatem wspierać rozwijanie tego typu przedsięwzięć oraz multiplikować w pozostałych częściach regionu.

Ponadto wsparcie dedykowane tej grupie osób powinno obejmować aktywności, których celem jest kompleksowa rehabilitacja, w tym społeczna i zawodowa. Proces poprawy kondycji psychicznej może być wspierany także poprzez usługi mieszkalnictwa chronionego – wspieranego i treningowego, miejscach pobytu krótkoterminowego, interwencyjnego z zabezpieczonymi usługami specjalistycznymi. Istotną rolę odgrywają dzienne formy wsparcia w postaci środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy czy grup samopomocowych, pozwalających osobie pozostać w obrębie swojej (dotychczasowej) społeczności lokalnej i stwarzających przestrzeń oddziaływania w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej.

Dostępność do opieki psychiatrycznej i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym jest istotna nie tylko w przypadku dzieci i młodzieży i osób w wieku produkcyjnym, ale również w przypadku osób starszych – szacuje się, że 30% osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej przejawia objawy depresyjne[[44]](#footnote-44).

## Osoby starsze

Istotnym wyzwaniem dla polityki społecznej jest niekorzystna sytuacja demograficzna. Od 2020 r. w regionie występuje ubytek naturalny ludności, choć wskaźnik ten jest najniższy w kraju i niższy od średniej dla kraju (w 2021 r. wyniósł odpowiednio -2,01% i -4,95%)[[45]](#footnote-45). Z roku na rok rośnie współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi – w 2021 r. wyniósł 26,8%; było to o 0,7 p. p. więcej niż przed rokiem[[46]](#footnote-46). Tendencje demograficzne mają charakter ciągły, co potwierdza m.in. rosnąca liczba osób w wieku 65 i więcej lat przypadająca na 100 osób w wieku 0–14 lat (2011 r. – 75, 2021 r. – 103[[47]](#footnote-47)). Ponadto, zgodnie z prognozą demograficzną przygotowaną przez Ministerstwo Finansów[[48]](#footnote-48) odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w kraju wzrośnie z 22,0% w 2019 r. do 33,5% w 2080 r. W analogicznym okresie zmaleje natomiast odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym (odpowiednio o 0,5 p. p. i 11,1 p. p.).

W województwie pomorskim w grudniu 2021 r. na 1000 emerytów(ek) przypadało 143 emerytów(ek) pracujących, zaś na 1000 osób pracujących w gospodarce narodowej 61 to emeryci[[49]](#footnote-49). Z kolei wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60-89 lat w naszym regionie w 2021 r. wyniósł 16,8 i pod względem wysokości był to trzeci wynik w kraju[[50]](#footnote-50). Ponadto w 2021 r. województwo pomorskie osiągnęło najniższy w kraju współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej, który wyniósł 43,4[[51]](#footnote-51). Pomorskie, ze wskaźnikiem 110 zajmuje drugie miejsce w kraju pod kątem liczby osób 60+ pobierających zasiłki stałe przypadających na 10 tys. osób w wieku 60+[[52]](#footnote-52). Tendencje demograficzne są jedną z przyczyn rosnącego popytu usług opiekuńczych i zdrowotnych świadczonych na rzecz osób w wieku senioralnym.

Analizując strukturę pacjentów(ek) zakładów opieki długoterminowej pod kątem wieku, według stanu na 31 grudnia 2021 r. w województwie pomorskim najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 80 i więcej lat (646 pacjentów; 40,9% ogółu), jeśli zaś rozszerzymy zakres wieku do przedziału od 65 lat w górę, odsetek pacjentów(ek) wyniósł 76,9% (odsetek kobiet w tym przedziale wiekowym – 70,4%). Ponadto aż 4 na 10 pacjentów(ek) stanowiły osoby nieopuszczające łóżek[[53]](#footnote-53).

W województwie pomorskim funkcjonuje 5 poradni geriatrycznych posiadających kontrakt z POW NFZ na 2023 rok, 3 oddziały geriatryczne (Gdańsk, Sopot, Lębork) z łączną liczbą 56 łóżek oraz 2 oddziały psychogeriatryczne (Starogard Gdański, Lębork) z łączną liczbą 31 łóżek. Świadczeń dziennych psychiatrycznych geriatrycznych udzielają w województwie 3 podmioty lecznicze[[54]](#footnote-54).

Osobom starszym dedykowane są usługi opiekuńcze[[55]](#footnote-55) świadczone w miejscu zamieszkania – w 2021 r. objęto nimi 7,7 tys. osób, tj. o 1,9% więcej niż w 2020 r., zaś wartość i liczba udzielonych świadczeń zmalały o odpowiednio 5,1% i 8,2%[[56]](#footnote-56).

Osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, dla których niewystarczające jest zapewnienie pomocy w formie usług opiekuńczych mogą korzystać z domów pomocy społecznej. Grupy, które w największym stopniu są mieszkańcami domów pomocy społecznej to: osoby przewlekle psychicznie chore (32,8%), osoby przewlekle somatycznie chore (24,9%) oraz dorośli niepełnosprawni intelektualnie (24,5%). Wśród pozostałych korzystających można wskazać: osoby w podeszłym wieku (8,7%), dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną (6,2%) oraz osoby z niepełnosprawnością fizyczną (3,0%)[[57]](#footnote-57).

W 2021 r. prowadzono 41 domów pomocy społecznej (-1; -2,4% vs. 2020 r.), dysponujących 4,1 tys. miejsc (-58; -1,4% r/r), zaś liczba osób oczekujących według stanu na 31 grudnia zmniejszyła się w tym okresie do 0,2 tys. (-0,2 tys.; -49,5%). Jeśli dom pomocy społecznej świadczy usługi nie mniej niż trzem, ale nie więcej niż ośmiu osobom, mówimy o rodzinnym domie pomocy społecznej. Tych w 2021 r. funkcjonowało 3 dla łącznie 19 osób – takie same wskaźniki osiągnięto w 2020 r. Osobną kategorię stanowią placówki całodobowej opieki prowadzone w ramach działalności statutowej i gospodarczej – w 2021 r. prowadzono ich 85 (bez zmian r/r), które dysponowały 2,9 tys. miejsc (+8; +0,3% r/r)[[58]](#footnote-58).

Usługi społeczne odgrywają kluczową rolę w utrzymywaniu aktywnego życia osób starszych, ograniczając występowanie zjawisk marginalizacji i wykluczenia społecznego. Cel ten realizowany jest m.in. przez Uniwersytety Trzeciego Wieku – w 2021 r. było ich 49 (+ 9 vs. 2020 r.)[[59]](#footnote-59) czy Dzienne Domy „Senior+” i Kluby „Senior+”. W 2021 r. działało 16 (-5,9% r/r) Domów i 36 (+9,1% r/r) Klubów „Senior+”, a sumaryczna liczba miejsc była o 40 wyższa niż w 2020 r.[[60]](#footnote-60). Wsparcie adresowane osobom starszym w coraz większym stopniu przyjmuje formy lokalne, oparte na samopomocy czy wolontariacie; w skrócie – na aktywnym uczestnictwie osób będących odbiorcami tego wsparcia.

Podobnych konkluzji dostarczają wyniki badania „*Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim*”, zgodnie z którymi jedynie 9% osób niesamodzielnych jest objętych publicznymi usługami społecznymi, zaś w przypadku opieki środowiskowej odsetek ten jest jeszcze niższy i wynosi około 6,6%[[61]](#footnote-61).

W ramach opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi jedną z form deinstytucjonalizacji są dzienne domy opieki medycznej (DDOM). DDOM stanowi wyodrębnioną strukturalnie część podmiotu leczniczego, gdzie zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych. Powstanie dziennych domów opieki medycznej (DDOM) wiąże się z polityką państwa na rzecz poprawy opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi. Głównym ich celem jest poprawa stanu zdrowia i usamodzielnienie osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz przygotowanie podopiecznych i ich rodzin do samodzielnej opieki i funkcjonowania pacjenta. Standard dziennego domu opieki medycznej został pilotażowo przetestowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w dwóch placówkach województwa pomorskiego w Gdańsku. Ze względu na brak możliwości finansowania DDOM ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, aktualnie w województwie nie funkcjonuje żadna taka placówka.

Województwo pomorskie zajmuje trzecie miejsce w kraju w rankingu dotyczącym przeciętnego zadłużenia 1 kredytobiorcy w wieku 60 lat i więcej z tytułu kredytów konsumpcyjnych – według stanu na 31 grudnia 2021 r. wyniósł 20,5 tys. zł; drugie miejsce pod kątem wysokości zadłużenia w tej grupie kredytobiorców z tytułu kredytów hipotecznych (92,5 tys. zł), a także drugie miejsce ze względu na zadłużenie z tytułu kart kredytowych i limitów debetowych (1,6 tys.)[[62]](#footnote-62). Sytuację zadłużenia osób w wieku senioralnym warto analizować w kontekście potencjalnego zagrożenia znalezienia się w kryzysie bezdomności. Wysoki poziom zadłużenia z różnych tytułów, niski poziom przychodów z emerytury lub renty, wydatki związane ze zdrowiem oraz rosnące koszty utrzymania sprawiają, że rośnie ryzyko utraty płynności i stabilności finansowej.

### Wnioski

Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych skierowanych do osób starszych ze względu na kontekst demograficzny i rosnące potrzeby na usługi dedykowane tej grupie powinny obejmować przede wszystkim rozwój siatki środowiskowych usług opiekuńczych, wspomaganych wsparciem stacjonarnym/ półstacjonarnym. Głównym celem jest ograniczanie konieczności stosowania opieki instytucjonalnej, a alternatywą dla umieszczania osób starszych w placówkach całodobowego wsparcia jest rozwój usług mieszkalnictwa chronionego wspieranego i treningowego, a także innych form np. wspólnot domowych czy mieszkaniowych.

Kierunki rozwoju wsparcia w formie dziennej i stacjonarnej (m.in. kluby seniora, DDOM-y) powinny być organizowane w sposób uwzględniający możliwość pozostawania opiekunów aktywnymi zawodowo. Powinny być zatem uzupełniane innymi usługami społecznymi, przede wszystkim asystenckimi. Wsparcie osób starszych na poziomie lokalnej społeczności powinno uwzględniać formy samopomocowe oraz pomocy sąsiedzkiej – w tym zakresie projektowane jest wpisanie usługi do znowelizowanej ustawy o pomocy społecznej[[63]](#footnote-63).

Ważnym kryterium jest kompleksowość wsparcia, by nie odgrywało roli „swoistego plastra nakładanego na niewydolny system wsparcia”[[64]](#footnote-64). Realizacja tego kryterium w praktyce może oznaczać uruchomienie punktów informacyjnych, w których osoby starsze oraz osoby opiekujące się nimi mogliby dowiedzieć się, z jakich form wsparcia/pomocy mogą skorzystać i gdzie się o nie ubiegać. Potencjał tkwi w tym przypadku w Centach Usług Społecznych oraz usługach Menadżera Opieki – osoby specjalizującej się w koordynowaniu i projektowaniu działań pomiędzy osobą zależną, opiekunem a placówkami, instytucjami i usługami (m.in. wskazywanie miejsc oraz wsparcie organizacyjne dla opiekuna w zakresie łączenia opieki z aktywnością zawodową)[[65]](#footnote-65). Usługi społeczne odgrywają kluczową rolę w utrzymywaniu aktywnego życia osób starszych, ograniczając występowanie zjawisk marginalizacji i wykluczenia społecznego.

## Osoby w kryzysie bezdomności

W 2021 r. liczba świadczeń z pomocy społecznej przyznanych z tytułu bezdomności wyniosła 3,3 tys. – było to o 3,4% więcej niż przed rokiem[[66]](#footnote-66). Zatem choć liczba osób znajdujących się w kryzysie bezdomności wzrasta, liczba placówek, w których mogą uzyskać wsparcie maleje, czego przyczyną we wspomnianym okresie były m.in. zmiany formy placówki czy te związane z dostosowaniem do standardów usługi i obiektu[[67]](#footnote-67). W 2021 r. w porównaniu z 2020 r. liczba takich placówek zmniejszyła się o 9,1% przy jednoczesnym wzroście liczby miejsc ogółem (o 3,4%). Z perspektywy rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych świadczonych na poziomie lokalnym, istotny jest fakt, że w województwie pomorskim placówki udzielające schronienia osobom w kryzysie bezdomności w 2021 r. funkcjonowały na terenie 23 gmin, koncentrujących się w aglomeracjach miejskich oraz w obszarach doń przylegających (Gdańsk, Gdynia, Kartuzy, Słupsk)[[68]](#footnote-68).

Biorąc pod uwagę typy placówek oferujących wsparcie osób w kryzysie bezdomności, w omawianym okresie najbardziej wzrosła liczba schronisk z usługami opiekuńczymi (o 30,0%) oraz dostępnych w nich miejsc (30,2%). Największy spadek liczby placówek dotyczył schronisk (25,0%), a ubytek miejsc w noclegowniach (19,2%)[[69]](#footnote-69). Ponadto, w Pomorskiem średniorocznie 85% miejsc w schroniskach dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi jest zajętych[[70]](#footnote-70). Osoby w kryzysie bezdomności po pobycie w wymienionych miejscach, najczęściej trafiają do DPS – potwierdzają to kadry wspomnianych placówek[[71]](#footnote-71).

Istotnym elementem wsparcia dedykowanego osobom w kryzysie bezdomności jest realizacja modelu Najpierw Mieszkanie (*Housing first*) łączącego dostęp do indywidualnych mieszkań, zintegrowanych ze wspólnotą, specjalistycznym, indywidualnym i ciągłym wsparciem[[72]](#footnote-72). Wsparcie w ramach tej metody pozwala na stopniową realizację potrzeb – od stabilności mieszkaniowej przez podejmowanie leczenia i poprawę sytuacji zdrowotnej do integracji społecznej i ekonomicznej. Wyniki testowego rozwiązania Projektu „Housing First – Najpierw Mieszkanie” przeprowadzonego w Gdańsku, Wrocławiu oraz Warszawie (po 10 mieszkań rozproszonych) pokazują wysoką skuteczność jego stosowania – 81% uczestników utrzymuje się w mieszkaniu po średnio około 12 miesiącach uczestnictwa w programie, wzrasta poczucie bezpieczeństwa finansowego, zabezpieczenia podstawowych potrzeb oraz zadomowienia. Zmiany w obszarze integracji społecznej, zawodowej i wsparcia są jednak niewielkie – wpływa na to m.in. występowanie wielu problemów jednocześnie, stosunkowo krótki okres oddziaływania projektu, a także pandemia COVID-19, której czas pokrył się z okresem realizacji badania efektów testowanego rozwiązania[[73]](#footnote-73).

Wśród przyczyn bezdomności wskazuje się między innymi uzależnienie (własne lub osoby partnerskiej) oraz występowanie przemocy domowej[[74]](#footnote-74). Liczba świadczeń z pomocy społecznej przyznanych w 2021 r. z tytułu uzależnienia od alkoholu wyniosła 4,8 tys. (-3,6% r/r), zaś z powodu przemocy w rodzinie 0,7 tys. (-14,5% r/r)[[75]](#footnote-75). Osoby doświadczające przemocy mogą także korzystać ze wsparcia zapewnianego przez punkty i ośrodki interwencji kryzysowej oraz przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. W przypadku miejsc świadczących interwencję kryzysową, w 2021 r. funkcjonowało ich 18 (+2 vs. 2020 r.), zaś liczba ośrodków specjalistycznych wyniosła 2 i nie zmieniła się[[76]](#footnote-76).

Przedstawiciele(ki) gmin pozytywnie ocenili dostępność wsparcia oraz infrastrukturę instytucjonalną i jej stan, których odbiorcami są osoby w kryzysie bezdomności. Problematyczna pozostaje jednak kwestia rozmieszczenia placówek wsparcia, które koncentrują się w dużych ośrodkach miejskich, co, w sytuacji niemożności uzyskania pomocy w środowisku lokalnym, stanowi potencjalne ryzyko konieczności przemieszczania się osób pozostających w kryzysie bezdomności[[77]](#footnote-77).

Istotnym problemem w obszarze wsparcia i pomocy świadczonych na rzecz osób w kryzysie bezdomności jest niewystarczający poziom realizacji streetworkingu. Wyniki badań przeprowadzonych przez Ogólnopolską Federację na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności pokazują, że minimum 26,4% gmin w Polsce nie prowadzi i nie zleca usług streetworkingu[[78]](#footnote-78).

### Wnioski

Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności wymaga upowszechnienia form już realizowanych – m.in. streetworkingu, usług zdrowotnych oraz mieszkań chronionych (treningowych i wspieranych). Usługi, o których mowa powinny cechować się dostępnością, co oznacza redukowanie „białych plam” na obszarze całego województwa, a to wymaga ich rozwoju na poziomie społeczności lokalnej.

Ponadto usługi społeczne i zdrowotne powinny spełniać warunek indywidualności tzn. odpowiadać na jednostkowe potrzeby ich odbiorców. Podstawą realizacji tego warunku jest wieloaspektowy wachlarz pomocy i wsparcia specjalistycznego (psychologicznego, psychiatrycznego, medycznego, terapii uzależnień, ekonomicznego w zakresie wychodzenia z długów), który pozwoli „skroić na miarę” działania celowane w przezwyciężenie kryzysu, w jakim znalazła się dana osoba.

Osoby w kryzysie bezdomności borykają się z poważnymi problemami zdrowotnymi, a poprawa ich kondycji jest elementarnym warunkiem planowania, a w dalszej perspektywie realizowania działań w zakresie aktywizacji społecznej. Stąd też, w odpowiedzi na te potrzeby, należy rozwijać katalog usług zdrowotnych świadczonych indywidualnie, w miejscach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w tym świadczonych interwencyjnie np. po okresie hospitalizacji. Rozwiązania w zakresie tworzenia placówek/oddziałów o charakterze interwencyjnym dla osób w kryzysie bezdomności wymagających usług opiekuńczych, w których osoby te będą diagnozowane w zakresie stanu zdrowia i możliwości samoobsługowych są rekomendowane we wnioskach badawczych ujętych w raporcie „Dostępność usług opiekuńczych dla osób w kryzysie bezdomności”[[79]](#footnote-79).

Istotną alternatywę dla umieszczania osób w kryzysie bezdomności w domach pomocy społecznej jest uruchamianie mieszkań chronionych (treningowych i wspieranych) oraz w ramach metody „Najpierw mieszkanie” (*Housing first*), umożliwiających tym osobom z jednej strony, przezwyciężyć kryzys, w którym się znajdują, zaś z drugiej, pozostać w środowisku lokalnym. Nieodłącznym elementem funkcjonowania wspomnianych mieszkań jest zapewnienie świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych stwarzających perspektywę partycypacji społecznej, a w perspektywie długoterminowej szansę usamodzielniania osób w kryzysie bezdomności.

# Potrzeby gmin w zakresie świadczenia usług społecznych, w tym w formie środowiskowej i zdeinstytucjonalizowanej

Zgodnie z obowiązującymi przepisami gminy oraz powiaty każdego roku do 30 kwietnia przygotowują ocenę zasobów pomocy społecznej za poprzedni rok sprawozdawczy. Końcowym elementem oceny jest sporządzenie wniosków oraz rekomendacji, które z założenia mają posłużyć planowaniu budżetu na kolejny rok. Niestety, tylko część jednostek organizacyjnych pomocy społecznej wskazuje w nich potrzeby i tendencje dotyczące utrzymania świadczenia i rozwoju usług społecznych[[80]](#footnote-80). Zaledwie cztery jednostki wprost wskazały potrzeby związane z deinstytucjonalizacją.

Potrzeby w zakresie wsparcia rodziny we wnioskach i rekomendacjach wskazało trzydzieści jeden jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, w tym dwadzieścia w zakresie rozwoju i wsparcia pieczy zastępczej.

W obszarze wsparcia rodziny dostrzeżono potrzeby w zakresie promowania funkcjonowania rodzin wspierających, rozwoju specjalistycznego wsparcia rodziny, utrzymania i rozszerzenia zakresu asystentury rodzin. Wymienione działania mają na celu podnoszenie kompetencji rodzin w celu profilaktyki umieszczania dzieci w pieczy. Wsparciem w tym zakresie powinno być także tworzenie punktów specjalistycznego poradnictwa oraz samopomoc lokalna (m.in. poprzez udział w lokalnych inicjatywach). Wskazano także potrzebę organizowania czasu wolnego dzieciom i młodzieży m.in. w celu przeciwdziałania uzależnieniom. Wsparciem w tym zakresie powinno być tworzenie placówek wsparcia dziennego, w tym w formie specjalistycznej.

Zgłaszane przez jednostki pomocy społecznej potrzeby w zakresie systemu pieczy zastępczej obejmowały kwestie takie jak: prowadzenie działań informacyjnych i pozyskiwanie kandydatów na rodziny zastępcze, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu oraz podnoszenie kompetencji opiekuńczo-wychowawczych rodzin zastępczych, szkolenie kadr pieczy zastępczej – także w zakresie posiadania uprawnień do szkolenia na rodziny zastępcze. Najczęściej występowały jednak potrzeby w zakresie zwiększania liczby miejsc w pieczy zastępczej rodzinnej i instytucjonalnej (w tym dla dzieci powyżej 10 r. ż., wieloosobowych rodzeństw, w formach specjalistycznych dla dzieci z niepełnosprawnością, miejsc specjalistyczno-terapeutycznych, interwencyjnych oraz socjalizacyjno-interwencyjnych, a także w rodzinach pełniących funkcję pogotowia rodzinnego). Ponadto istnieje potrzeba zapewnienia badań specjalistycznych i diagnoz dzieciom w pieczy, telefonu zaufania/wsparcia, funkcjonowania grup wsparcia dla dzieci i opiekunów (integracja) oraz innych form wsparcia specjalistycznego, w tym psychologicznego.

W grupie osób z niepełnosprawnościami potrzeby jednostek pomocy społecznej skupiały się na dążeniu do zapewnienia maksymalnie samodzielnego życia. W tym celu należy upowszechniać usługę asystencji osobistej, tworzyć grupy samopomocowe oraz wspierać opiekunów osób z niepełnosprawnościami. W zakresie wsparcia w formie instytucjonalnej wskazano rozwój warsztatów terapii zajęciowej, w tym dla dzieci; środowiskowych domów samopomocy, w tym dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz autyzmem, a także mieszkalnictwa chronionego (treningowego i wspomaganego).

Także w grupie osób w wieku senioralnym wnioski i rekomendacje można podzielić na te z obszaru wsparcia instytucjonalnego i w pozostałych formach. Jeśli idzie o instytucje, wskazano potrzebę rozwoju form dziennych (dostosowanego do utrzymania zatrudnienia przez osoby opiekujące się) tj. klubów i dziennych domów „Senior+”. Natomiast w przypadku placówek całodobowych podkreślano znaczenie rodzinnych domów pomocy oraz domów pomocy społecznej – zwiększenia liczby miejsc oraz spowodowanej rosnącym kosztem utrzymania potrzeby rozwoju usług w formie pozainstytucjonalnej. Wsparciem w zakresie rozwoju form pozainstytucjonalnych powinny być usługi środowiskowe, takie jak: asystentura osobista, tworzenie grup samopomocowych, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Rad Seniorów, opieka dzienna, wykorzystanie nowych technologii we wsparciu seniorów (np. teleopieka) czy rozwój mieszkalnictwa wspomaganego. Należy podejmować działania edukacyjne mające na celu rozwój zainteresowań, integrację międzypokoleniową oraz ze społecznością lokalną m.in. poprzez wolontariat seniorów i szeroko rozumianą aktywność lokalną. Wspomniana siatka wsparcia powinna uwzględniać także potrzeby związane ze zdrowiem. W tym zakresie istnieje potrzeba świadczenia usług specjalistycznych, w tym psychologicznych, opieki medycznej i wytchnieniowej, mobilnej rehabilitacji czy bezpłatnego wypożyczania sprzętu rehabilitacyjnego.

Wśród kwestii wspólnych dla osób w wieku senioralnym oraz osób z niepełnosprawnościami można wskazać potrzeby rozwoju usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, pomocy sąsiedzkiej oraz szkolenia kadr, by dostosować ich kompetencje do zmieniających się potrzeb osób ze wskazanych grup.

W przypadku osób w kryzysie bezdomności rekomendacje i w związku z tym potrzeby jednostek pomocy społecznej z terenu województwa pomorskiego skupiają się na wsparciu instytucjonalnym – zwiększenia miejsc w placówkach, w tym świadczących usługi opiekuńcze (także w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych). Największe potrzeby dotyczą jednak konieczności zwiększania liczby mieszkań socjalnych, komunalnych, chronionych, dostosowania do zamieszkania lokali będących w posiadaniu gminy – potrzeby te dotyczą nie tylko osób w kryzysie bezdomności, ale także osób o niskich dochodach. Alternatywą jest tworzenie centrów opiekuńczo-mieszkalnych. Istotne jest prowadzenie działań w zakresie profilaktyki bezdomności, w tym edukacji osób zadłużonych oraz streetworkingu.

Osoby w kryzysie psychicznym i z zaburzeniami psychicznymi należy wspierać poprzez zapewnienie tym osobom (dorosłym jak i dzieciom) wsparcia psychologicznego, działania edukacyjne i wspierające dla rodzin tych osób, wparcie asystencją osobistą oraz dedykowane tej grupie osób miejsca w domach pomocy społecznej.

Istotnym wątkiem z perspektywy planowania deinstytucjonalizacji jest zapewnienie kadr realizujących to przedsięwzięcie. Wyniki rokrocznie przeprowadzanej prognozy zapotrzebowania na pracowników w wybranych zawodach na poziomie powiatów – badania Barometr Zawodów[[81]](#footnote-81) – wskazują na długotrwały problem z zatrudnieniem osób w grupach zawodów: psycholodzy i psychoterapeuci(od 2020 r.), pracownicy socjalni(od 2019 r.) oraz opiekunowie osoby starszej i niepełnosprawnej(od 2016 r.).

Wątek zaspokojenia potrzeb kadrowych w jednostkach pomocy społecznej oraz konieczności podnoszenia ich kwalifikacji zajmuje istotne miejsce w przekazywanej rokrocznie ocenie zasobów pomocy społecznej. W ocenie za 2021 rok 19 jednostek wskazało te kwestie we wnioskach i rekomendacjach. Oczekiwania w tym zakresie obejmują między innymi: zapewnienie środków finansowych, działań na rzecz profesjonalizacji osób świadczących pracę socjalną, szkolenia i dostosowanie ich treści do zmieniających się potrzeb, wizyty studyjne, superwizje, studia podyplomowe, warsztaty, seminaria oraz coaching. Potrzeby te rosną wraz z zakresem obowiązków nakładanych przez prawo oraz z wielością zadań, jakie każdego dnia wykonują pracownicy i pracownice socjalne. Dlatego też wyzwanie to jest szczególnie istotne z perspektywy deinstytucjonalizacji, która będzie wymagała nie tylko zwiększenia liczebności osób świadczących tego typu pracę w lokalnych społecznościach, ale także odpowiedniego przygotowania merytorycznego, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz zapewnienie bezpiecznych warunków pracy.

Opracowanie:

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego

ul. Okopowa 21/27

80-810 Gdańsk

[**www.rops.pomorskie.eu**](http://www.rops.pomorskie.eu)

kontakt w sprawie dokumentu:

Referat Analiz i Rozwoju ROPS

Mateusz Rutkowski

tel. 58 326 89 86, e-mail: **m.rutkowski@pomorskie.eu**

1. Projekt *Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 – projekt do konsultacji* zewnętrznych, s. 7. [↑](#footnote-ref-1)
2. tamże, s. 17*.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie* pomorskim, s.352. [↑](#footnote-ref-3)
4. *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego za rok 2021*, s. 33. [↑](#footnote-ref-4)
5. tamże*,* s. 43. [↑](#footnote-ref-5)
6. Dane PUW. [↑](#footnote-ref-6)
7. *Analiza stanu i skuteczności pomocy społecznej 2021 r.,* Wydział Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego*,* s. 56. [↑](#footnote-ref-7)
8. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt.*,* s. 44. [↑](#footnote-ref-8)
9. tamże, s. 48. [↑](#footnote-ref-9)
10. tamże, s. 48. [↑](#footnote-ref-10)
11. tamże, s. 45. [↑](#footnote-ref-11)
12. *Analiza stanu*…, dz. cyt., s. 59. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zalicza się do nich zasiłki pielęgnacyjne, świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy. [↑](#footnote-ref-13)
14. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt., s. 57. [↑](#footnote-ref-14)
15. *Ocena potrzeb*…, dz. cyt., s. 292–296. [↑](#footnote-ref-15)
16. W jednej rodzinie może wystąpić więcej niż jedna przyczyna przyznania pomocy. Wówczas w sprawozdaniu wykazuje się ją kilka razy. [↑](#footnote-ref-16)
17. Dane BDL GUS. [↑](#footnote-ref-17)
18. tamże. [↑](#footnote-ref-18)
19. Dane za kolejne lata nie zostały udostępnione. [↑](#footnote-ref-19)
20. *Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2018 r.*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 5–6. [↑](#footnote-ref-20)
21. *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2020 roku*, *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2021 roku*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych. [↑](#footnote-ref-21)
22. Renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy, której niezdolność powstała przed ukończeniem 18 r. ż., posiadającej stosowne orzeczenie. [↑](#footnote-ref-22)
23. *Informacja o wybranych świadczeniach pieniężnych – grudzień 2021 r.; Informacja o wybranych świadczeniach pieniężnych – wrzesień 2022 r.* [↑](#footnote-ref-23)
24. *500+ świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej* egzystencji, dostępny: https://www.zus.pl/-/500-swiadczenie-uzupelniajace-dla-osob-niezdolnych-do-samodzielnej-egzystencji, dostęp: 14.02.2023 r. [↑](#footnote-ref-24)
25. tamże. [↑](#footnote-ref-25)
26. Zgodnie z zapisami Ustawy o pomocy społecznej (t. j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.) mieszkanie chronione dedykowane jest osobom, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w życiu codziennym. Mieszkanie chronione treningowe jest prowadzone w celu umożliwienia samodzielnego życia, natomiast mieszkanie chronione wspierane – w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości. [↑](#footnote-ref-26)
27. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt., s. 16. [↑](#footnote-ref-27)
28. *Analiza stanu…*, dz. cyt., s. 70. [↑](#footnote-ref-28)
29. tamże, s. 68. [↑](#footnote-ref-29)
30. *Ocena potrzeb*…, dz. cyt., s.149–150. [↑](#footnote-ref-30)
31. *Mental disorders*, WHO, dostępny: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders, dostęp: 14.11.2022 r. [↑](#footnote-ref-31)
32. Źródło: https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html, Komenda Główna Policji [↑](#footnote-ref-32)
33. BDL GUS, dostęp: 07.11.2022 r.; dane za 2021 r. są niedostępne. [↑](#footnote-ref-33)
34. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt., s. 13. [↑](#footnote-ref-34)
35. tamże, s. 42. [↑](#footnote-ref-35)
36. Na podstawie danych pozyskanych z Centralnej Aplikacji Statystycznej w ramach sprawozdania MRiPS-03-R za I-XII 2021 r. [↑](#footnote-ref-36)
37. Zob. https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy, dostęp: 14.11.2022 r. [↑](#footnote-ref-37)
38. Zob. https://czp.org.pl/#zalozenia, dostęp: 14.11.2022 r. [↑](#footnote-ref-38)
39. I poziom referencyjny – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (psycholog, psychoterapeuci, terapeuta środowiskowy), II poziom referencyjny – Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (psychiatra dzieci i młodzieży / oddział dzienny), III poziom referencyjny – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (izba przyjęć / oddział całodobowy, przyjęcia planowe oraz przyjęcia w sytuacji zagrożenia życia). [↑](#footnote-ref-39)
40. §4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2086 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-40)
41. Źródło: https://czp.org.pl/mapa/#pomorskie; dostęp: 13.02.2023 r. [↑](#footnote-ref-41)
42. Wszystkie dane dotyczące usług świadczonych w Centrach Zdrowia Psychicznego pochodzą ze sprawozdania udostępnionego przez Biuro ds. Pilotażu NPZOP. [↑](#footnote-ref-42)
43. *Ocena potrzeb*…, dz. cyt., s.327–328. [↑](#footnote-ref-43)
44. *Adekwatność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych. Raport końcowy*, A. Czerw (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 13. [↑](#footnote-ref-44)
45. Dane BDL GUS, dostęp: 14.11.2022 r. [↑](#footnote-ref-45)
46. tamże, dostęp: 29.11.2022 r. [↑](#footnote-ref-46)
47. Dane NSP 2021 GUS. [↑](#footnote-ref-47)
48. *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Emerytalnego do 2080 roku*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 13–14. [↑](#footnote-ref-48)
49. *Pracujący emeryci – XII 2021*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, s. 2–3. [↑](#footnote-ref-49)
50. *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa, Białystok 2022, s. 27. [↑](#footnote-ref-50)
51. tamże, s. 21. [↑](#footnote-ref-51)
52. tamże, s. 36. [↑](#footnote-ref-52)
53. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 roku*, Główny Urząd Statystyczny. Zakłady opieki długoterminowej obejmują także zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego, hospicja i oddziały opieki paliatywnej. [↑](#footnote-ref-53)
54. Portal informacyjny – Informator o umowach Narodowego Funduszu Zdrowia. [↑](#footnote-ref-54)
55. Zgodnie z zapisami Ustawy o pomocy społecznej (t. j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.) usługi opiekuńcze przyznaje się osobie samotnej z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wskazujących na potrzebę pomocy innych osób. W praktyce, z usług tych najczęściej korzystają osoby starsze. [↑](#footnote-ref-55)
56. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt., s.42. [↑](#footnote-ref-56)
57. tamże, s.14. [↑](#footnote-ref-57)
58. tamże, s.15. [↑](#footnote-ref-58)
59. tamże, s. 27–28. [↑](#footnote-ref-59)
60. tamże, s.29–30. [↑](#footnote-ref-60)
61. *Ocena potrzeb*…, dz. cyt., s. 324–325. [↑](#footnote-ref-61)
62. *Sytuacja osób* starszych…, dz. cyt. s. 37–38. [↑](#footnote-ref-62)
63. Zob. R. Horbaczewski, *Samopomoc sąsiedzka – kolejna wersja projektu*, dostępny: https://www.prawo.pl/samorzad/uslugi-sasiedzkie-nowelizacja-przepisow,518705.html; dostęp: 09.03.2023r. [↑](#footnote-ref-63)
64. *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w* Polsce, I. Wóycicka (red.), Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2022, s. 56. [↑](#footnote-ref-64)
65. Zob. *Instrukcja utworzenia stanowiska Menadżera Opieki (Menedżer Opiekuna) w podmiotach leczniczych*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Bydgoszczy, s. 3, dostępny: https://pte.bydgoszcz.pl/wp-content/uploads/2018/12/4P-Instrukcja-utworzenia-stanowiska-Menad%C5%BCera-Opieki-w-podmioach-leczniczych.pdf, dostęp: 27.02.2023r. [↑](#footnote-ref-65)
66. Dane BDL GUS. [↑](#footnote-ref-66)
67. Analiza stanu…, dz. cyt., s. 37. [↑](#footnote-ref-67)
68. tamże. [↑](#footnote-ref-68)
69. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt., s.17. [↑](#footnote-ref-69)
70. J. Budzyńska-Gawron, W. Cieślik, L. Węsierska-Chyc, *Dostępność usług opiekuńczych dla osób w kryzysie bezdomności. Raport z badań**,* Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności, Zabrze 2021, s. 15. [↑](#footnote-ref-70)
71. tamże, s. 19, 31. [↑](#footnote-ref-71)
72. P. Olech, *Wprowadzenie* W: E. Szadura, P. Olech (red.), *Podręcznik – model najpierw mieszkanie – rekomendacje wdrażania*, Wrocław 2022, s. 10, dostępny: https://drive.google.com/file/d/14bkZfySSQffC-OeK8lNp5\_3b5w9tF819/view. [↑](#footnote-ref-72)
73. A. Bokszczanin, P. Jaskulski, M. Sochocki, E. Szadura-Urbańska, M. Szpunar, A. Wierzbicka, J. Wilczek, *Raport z analizy efektów testowanego rozwiązania Projekt „Housing First – Najpierw Mieszkanie”, Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności,* Zabrze 2022, s. 21–22, dostępny: https://drive.google.com/file/d/1uqS-Jo8AnhseXF3s5CrMQtVeAwHxIL-e/view. [↑](#footnote-ref-73)
74. Por. *Najważniejsze wyniki badań socjodemograficznych dla województwa pomorskiego – Lata 2003-2009; Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych – Edycja 2017,* dostępny: *https://www.gov.pl/web/rodzina/edycja-2017-i,* dostęp: 21.11.2022 r. [↑](#footnote-ref-74)
75. Dane BDL GUS. [↑](#footnote-ref-75)
76. *Ocena zasobów pomocy*…, dz. cyt., s.15. [↑](#footnote-ref-76)
77. *Ocena potrzeb*…, dz. cyt., s.190–208. [↑](#footnote-ref-77)
78. M. Kostrzyńska, P. Olech, K. Suchenek-Maksiak, J. Strączyński, *Usługi streetworkingu w obszarze bezdomności. Raport z badania,* Zabrze 2022, s. 5, dostępny: https://drive.google.com/file/d/1dUcw96yN9a0w--nYsEXR2qtvZqO8MHpA/view. [↑](#footnote-ref-78)
79. J. Budzyńska-Gawron, W. Cieślik, L. Węsierska-Chyc, *Dostępność usług opiekuńczych*…, dz. cyt. [↑](#footnote-ref-79)
80. Jeśli nie wskazano inaczej, dane na podstawie których opracowano ten rozdział pochodzą ze sprawozdań jednostek pomocy społecznej „Ocena zasobów pomocy społecznej” za 2021 rok. [↑](#footnote-ref-80)
81. Z informacjami o badaniu oraz wynikami można zapoznać się na stronie internetowej barometrzawodow.pl. [↑](#footnote-ref-81)