

Proces usamodzielnienia mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim

Od wsparcia instytucjonalnego
do samodzielnego życia



Raport
2026 r.



Lublin, 2026



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską





Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

ul. Diamentowa 2

20-447 Lublin

tel.: (81) 528 76 50

e-mail: rops@rops.lubelskie.pl

www.rops.lubelskie.pl

Opracowanie:

Lubelskie Obserwatorium Polityki Społecznej

tel.: (81) 528 76 20

e-mail: lops@rops.lubelskie.pl



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Proces usamodzielnienia mieszkańców DPS w województwie lubelskim

Lublin, 2026 r.

Spis treści

Wstęp	5
1. Domy pomocy społecznej – funkcjonowanie i aspekty prawne	7
2. Domy pomocy społecznej w obliczu deinstytucjonalizacji	12
3. Domy Pomocy Społecznej w województwie lubelskim – analiza danych zastanych.....	16
4. Domy Pomocy Społecznej w województwie lubelskim – analiza empiryczna	30
I. Diagnoza możliwości placówki w zakresie procesu usamodzielniania mieszkańców	34
II. Diagnoza (potencjałów i trudności) mieszkańców DPS do opuszczenia placówki	44
III. Przygotowanie merytoryczne kadry do procesu usamodzielniania mieszkańca DPS	49
IV. Przepisy prawne / dostosowane procedury usamodzielniania mieszkańców DPS	52
V. Aspekty finansowe procesu usamodzielniania mieszkańców DPS	58
VI. Wsparcie środowiskowe i dostępność usług w środowisku lokalnym	61
VII. Zasoby wsparcia w postaci rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego	66
VIII. Ryzyko powrotu do placówki	70
Wnioski końcowe	75
Załącznik: Ankieta	77
Spis tabel, rysunków i wykresów	95
Bibliografia	97

Wstęp

Proces deinstytucjonalizacji usług społecznych stanowi obecnie jeden z kluczowych kierunków rozwoju polityki społecznej zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim. Jego podstawowym założeniem jest stopniowe przechodzenie od modelu wsparcia opartego na opiece instytucjonalnej do systemu usług świadczonych w środowisku lokalnym, umożliwiających osobom wymagającym wsparcia prowadzenie możliwie niezależnego życia. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera analiza możliwości usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej oraz identyfikacja czynników sprzyjających i ograniczających ten proces.

Domy pomocy społecznej pozostają ważnym elementem systemu wsparcia osób starszych, przewlekle chorych i osób z niepełnosprawnościami. Jednocześnie kierunki wyznaczone przez Strategię Rozwoju Usług Społecznych, Regionalny Plan Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych dla Województwa Lubelskiego oraz inne dokumenty strategiczne wskazują na potrzebę wzmocnienia podmiotowości mieszkańców, rozwijania usług środowiskowych oraz tworzenia warunków umożliwiających części osób funkcjonowanie poza instytucją, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa i wsparcia.

Realizacja przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Lubelskiego wskazała na potrzebę pogłębionej diagnozy potencjału domów pomocy społecznej w zakresie przygotowywania mieszkańców do samodzielnego funkcjonowania w środowisku lokalnym. W odpowiedzi na tę potrzebę w okresie marzec–maj 2026 roku przeprowadzono badanie pn. *„Proces usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim”*, którym objęto 42 domy pomocy społecznej funkcjonujące na terenie województwa lubelskiego.

Celem badania było określenie możliwości i ograniczeń procesu usamodzielniania mieszkańców DPS, identyfikacja zasobów instytucjonalnych wspierających ten proces, diagnoza potencjału mieszkańców do opuszczenia placówki oraz analiza uwarunkowań prawnych, organizacyjnych, finansowych i środowiskowych wpływających na powodzenie działań deinstytucjonalizacyjnych. Szczególną uwagę poświęcono również ocenie przygotowania kadr, dostępności usług społecznych i zdrowotnych w środowisku lokalnym, roli rodzin i otoczenia społecznego oraz ryzyku ponownego powrotu mieszkańców do opieki instytucjonalnej.

Raport składa się z dwóch komplementarnych części. Pierwsza z nich obejmuje analizę danych zastanych dotyczących funkcjonowania domów pomocy społecznej w województwie lubelskim, ze szczególnym uwzględnieniem ich struktury, liczby mieszkańców, kadry oraz aktualnych trendów rozwojowych. Druga część stanowi koncepcję

metodologiczną badań własnych, w której zawarto opis przedmiotu badań, celu badań, problemów badawczych, a także zaprezentowano metody, techniki oraz narzędzie badawcze. W tej części również opisano teren badań oraz charakterystykę osób badanych.

Raport prezentuje wyniki badań empirycznych zrealizowanych wśród kadry zarządzającej DPS, pozwalające na ocenę rzeczywistych możliwości wdrażania procesów usamodzielniania mieszkańców oraz identyfikację najważniejszych barier i potrzeb w tym obszarze.

Przedstawione w raporcie wyniki stanowią ważne źródło wiedzy dla samorządów, instytucji pomocy społecznej oraz podmiotów odpowiedzialnych za rozwój usług społecznych w województwie lubelskim. Mogą one wspierać planowanie działań służących dalszemu rozwojowi deinstytucjonalizacji, przy jednoczesnym zapewnieniu mieszkańcom domów pomocy społecznej bezpieczeństwa, poszanowania ich godności oraz dostępu do wsparcia adekwatnego do indywidualnych potrzeb.

1. Domy pomocy społecznej – funkcjonowanie i aspekty prawne

Zgodnie z ustawy o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby czy niepełnosprawności, która nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb egzystencjalnych, a przyznane usługi opiekuńcze są niewystarczające, przysługuje prawo do umieszczenia w **domu pomocy społecznej (DPS)**¹.

Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, których ustawowa klasyfikacja przeprowadzona została odpowiednio do potrzeb osób z nich korzystających. W myśl art. 56 ww. ustawy, dzielą się one na następujące typy domów, dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnie intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie,
- osób uzależnionych – od alkoholu².

Każdy rodzaj jednostki powinien zachować swoją specyfikę, dopuszczając ich łączenie jedynie w granicach określonych przepisami. W ten sposób ustawodawca stara się zapewnić właściwy standard usług – adekwatny do potrzeb odbiorców, wyrażając przy tym troskę o ochronę i komfort życia mieszkańców

Prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej należy do zadań samorządu terytorialnego (głównie samorządu powiatowego), jednak ustawa nie wyklucza innych rozwiązań organizacyjnych, dając możliwość tworzenia takich jednostek samorządom gminnym, a także samorządom wojewódzkim. Ponadto, jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej oraz osobom prawnym, kościołom i związkom wyznaniowym, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania³ (Bojanowska, 2022, s. 248).

¹ Art. 54. ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

² Art. 56a ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

³ Według art. 57 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639) domy pomocy społecznej mogą prowadzić:

- jednostki samorządu terytorialnego,
- Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia,
- inne osoby prawne,
- osoby fizyczne

Działalność DPS jest reglamentowana, co oznacza konieczność pozyskania przez podmiot prowadzący stosownego zezwolenia. Te, wydaje zaś wojewoda właściwy ze względu na położenie placówki, po spełnieniu przez dany podmiot określonych wymogów dotyczących standardów oraz wymogów prawnych.

Domy pomocy społecznej świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających⁴. W celu ich określenia, DPS powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wsparciem mieszkańców.

DPS może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących, co oznacza, że usługi te mogą być świadczone również w środowisku zamieszkania osoby potrzebującej wsparcia.

Dom pomocy społecznej świadczy w odpowiednim standardzie⁵ m.in.:

1) Usługi bytowe, czyli zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia oraz utrzymywanie czystości

W zakresie usług bytowych dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli budynek i jego otoczenie nie mają barier architektonicznych, budynek wielokondygnacyjny ma zainstalowaną windę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych, jest wyposażony w system przyczynowo-alarmowy oraz liczba miejsc w nowo powstającym domu nie jest większa niż 100.

W domu spełniającym standardy znajdują się:

- pokoje mieszkalne jednoosobowe i wieloosobowe;
- pokoje dziennego pobytu;
- jadalnia;
- gabinet medycznej pomocy doraźnej;

⁴ Art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

⁵ Standard realizacji usług przez domy pomocy społecznej opisany został w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2025 poz. 51). Rozporządzenie określa m.in. sposób funkcjonowania określonych typów DPS i obowiązujący standard podstawowych usług świadczonych przez domy.

-
- pomieszczenie do terapii i rehabilitacji;
- kuchenka pomocnicza;
- pomieszczenie pomocnicze do prania i sprzątan;
- palarnia (jeżeli wśród mieszkańców są osoby palące);
- pokój gościnny;
- miejsce kultu religijnego zgodne z wyznaniem mieszkańca domu, jeżeli nie ma on możliwości uczestniczenia w nabożeństwach poza domem;
- inne pomieszczenia techniczne służące zaspokajaniu potrzeb sanitarnych mieszkańców domu.

Ustawodawca wskazał minimalny metraż powierzchni pokoi mieszkalnych – w przypadku pokoju jednoosobowego wynosi on 9m², zaś w przypadku pokoju dwu- lub trzyosobowego – 6m² na osobę, z dopuszczalną tolerancją odstępstwa w granicach 5%. W przypadku osób poruszających się samodzielnie pokój może być przeznaczony dla nie więcej niż trzech osób, z kolei w przypadku osób leżących – dla nie więcej niż czterech osób. Ustawodawca wskazał również minimalne wyposażenie pokoi, które muszą posiadać łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca.

W DPS muszą być również spełnione warunki sanitarne, tj. liczba łazienek w domu powinna zapewniać możliwość korzystania z nich przez nie więcej niż sześć osób, a toalet – przez nie więcej niż cztery osoby. W nowo powstających domu na pokój przypadają jedna toaleta oraz łazienka, w której wyposażeniu znajduje się wanna lub prysznic. Pomieszczenia mieszkalne muszą być czyste, sprzątane nie rzadziej niż raz dziennie, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów.

W zakresie wyżywienia i organizacji posiłków, mieszkańcom domu zapewnia się co najmniej trzy posiłki dziennie; dla każdego z posiłków czas wydawania wynosi dwie godziny, a podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje są dostępne przez całą dobę.

Mieszkańcom, którzy nie posiadają własnej odzieży i obuwia oraz nie dysponują środkami na ich zakup, placówka zapewnia odzież i obuwie odpowiedniego rozmiaru, dostosowane do ich potrzeb i pory roku. Odzież i obuwie powinny być utrzymane w czystości i wymieniane w razie potrzeby.

2) Usługi opiekuńcze, dotyczące:

- udzielania pomocy w podstawowych czynnościach życiowych;
- pielęgnacji -mieszkańcom domu zapewnia się pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, a w przypadku, gdy sami nie są w stanie zapewnić sobie środków czystości i środków higienicznych, zapewnia je im DPS;
- niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych.

3) Usługi wspomagające, polegające na:

- umożliwieniu udziału w zajęciach terapeutycznych, w tym terapii zajęciowej;
- podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej;
- umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych;
- zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu;
- stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną;
- działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości;
- pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli mieszkaniec spełnia warunki do takiego usamodzielnienia;
- zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych;
- finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu
- wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego;
- zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach;
- sprawnym wnoszeniu i rozpatrywaniu skarg oraz wniosków mieszkańców domu.

4) Usługi wsparcia krótkoterminowego

Usługi wsparcia krótkoterminowego mogą być realizowane w formie dziennej w wymiarze nie mniejszym niż 4 godziny dziennie i nie większym niż 12 godzin dziennie, zarazem nie większym niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia wsparcia w szczególnie uzasadnionych przypadkach o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym. Mogą być łączone z formą całodobową tych usług, jednak łącznie nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym. Uprawnionymi do skorzystania z tych usług są osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają doraźnej pomocy w formie dziennej ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą⁶.

Standard jest zróżnicowany w zależności od typu domu i obejmuje również zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników socjalnych i pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz zapewnienie kontaktu z psychologiem. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług w nim świadczonych uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności (Bojanowska, 2022, s. 250).

Pobyt w DPS jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Średni koszt utrzymania mieszkańca ustalany jest w zależności od zasięgu domu przez wójta, starostę bądź marszałka województwa i ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym nie później niż do dnia 31 marca każdego roku. Do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są zobowiązani kolejno:

- a) mieszkaniiec domu, a w przypadku osób małoletnich – przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka;
- b) małżonek, zstępni przed wstępnymi;
- c) gmina, z której osoba została skierowana do DPS

– przy czym osoby i gmina określone w punktach b) i c) nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniiec domu ponosi pełną odpłatność⁷.

⁶ Art. 55a–55b ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

⁷ Por. art. 61 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

2. Domy pomocy społecznej w obliczu deinstytucjonalizacji

Rzeczywistość usług społecznych w Polsce w najbliższych latach jest silnie uwarunkowana zarówno przez krajowe dokumenty strategiczne, jak i ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące modernizacji systemów opieki długoterminowej.

W *Strategii rozwoju usług społecznych – polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* deinstytucjonalizacja została wskazana jako jeden z kluczowych kierunków unowocześnienia polityki społecznej w Polsce. Dokument ten zakłada stopniowe przechodzenie od modelu opartego na opiece instytucjonalnej do systemu usług świadczonych w środowisku lokalnym zorientowanych na **podmiotowość, samodzielność i integrację społeczną**, przy jednoczesnym utrzymaniu i modernizacji domów pomocy społecznej jako ważnego, choć nie dominującego elementu systemu.

Strategia wymienia pięć głównych obszarów deinstytucjonalizacji:

1. Rozwój usług świadczonych w miejscu zamieszkania

Obejmuje m.in. usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, asystencję osobistą, teleopiekę, rehabilitację środowiskową oraz wsparcie psychologiczne. Celem jest umożliwienie osobom zależnym pozostania w swoim środowisku jak najdłużej.

2. Rozwój usług dziennych i środowiskowych

Podkreśla konieczność zwiększenia dostępności dziennych domów pomocy, klubów seniora, centrów usług społecznych, ośrodków wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz usług wytchnieniowych. Mają one stanowić alternatywę dla całodobowej opieki instytucjonalnej.

3. Wsparcie rodzin i opiekunów nieformalnych

Zakłada rozwój usług odciążających, poradnictwa, szkoleń, wsparcia psychologicznego oraz instrumentów finansowych wspierających opiekę domową.

4. Profesjonalizacja kadr i standaryzacja usług

Wskazuje na konieczność podnoszenia kompetencji pracowników systemu pomocy społecznej oraz wprowadzania jednolitych standardów jakości usług środowiskowych i instytucjonalnych.

5. Racjonalizacja i modernizacja opieki instytucjonalnej

DPS mają być przekształcane w kierunku mniejszych, bardziej kameralnych jednostek, lepiej powiązanych z lokalnym systemem usług. *Strategia* podkreśla potrzebę:

- ograniczania nadmiernej liczby mieszkańców;
- tworzenia filii i mieszkań wspomaganych w strukturze DPS;
- zwiększania elastyczności usług;
- rozwijania usług świadczonych przez DPS w środowisku (np. usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, opieka wytchnieniowa).

W dokumencie zwraca się również uwagę na konieczność wzmacniania form wsparcia pośredniego, zgodnych z ideą deinstytucjonalizacji. Obejmują one m.in. rozwój wolontariatu w ośrodkach, wprowadzenie formy rodzin wspierających lub zaprzyjaźnionych z mieszkańcem DPS, możliwość świadczenia przez DPS usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nim niezamieszkujących, opiekę wytchnieniową czy wyodrębnienie i tworzenie filii (pojedynczych zespołów, mieszkań) w funkcjonujących już DPS (w ich strukturze), tak aby zapewnić zindywidualizowane usługi do potrzeb, nastawione na wzmocnienie autonomii, podmiotowości i godności mieszkańca, a także kameralnych mikrospołeczności w miejsce domów ze znaczną liczbą mieszkańców⁸.

Jednocześnie europejskie dokumenty – w tym wytyczne Komisji Europejskiej dotyczące deinstytucjonalizacji wskazują, że system opieki powinien być oparty na zasadach: **lokalności, dostępności, indywidualizacji, partycypacji oraz włączenia społecznego**. Oznacza to konieczność rozwijania usług, które umożliwiają osobom starszym, osobom z niepełnosprawnościami oraz osobom przewlekle chorym jak najdłuższe funkcjonowanie w swoim naturalnym środowisku. Zgodnie z *Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*⁹ proces deinstytucjonalizacji powinien być kompleksowy, długofalowy i obejmować zarówno zmiany strukturalne, jak i kulturowe.

Ponadto, wytyczne akcentują kilka kluczowych zasad:

- **Prawo do życia w społeczności lokalnej** – osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami oraz osoby przewlekle chore powinny mieć możliwość

⁸ Strategia Rozwoju Usług Społecznych Polityka Publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)

⁹ Pełna nazwa dokumentu brzmi: Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Wytyczne z zakresie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w przypadku dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz osób starszych w Europie”

funkcjonowania w swoim naturalnym środowisku, z dostępem do usług umożliwiających im prowadzenie możliwie samodzielnego życia;

- **Podmiotowość i samostanowienie** – wsparcie powinno być organizowane w sposób umożliwiający osobie korzystającej podejmowanie decyzji dotyczących miejsca zamieszkania, zakresu usług oraz sposobu ich realizacji;
- **Indywidualizacja usług** – pomoc powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb, a nie oparta na jednolitych rozwiązaniach instytucjonalnych;
- **Włączenie społeczne** – celem usług jest nie tylko zapewnienie opieki, ale także przeciwdziałanie izolacji, wzmacnianie więzi społecznych i umożliwienie aktywnego uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności;
- **Rozwój usług środowiskowych** – w tym usług asystenckich, opiekuńczych, wytchnieniowych, dziennych form wsparcia, mieszkalnictwa wspomagane oraz usług opartych na technologiach wspierających samodzielność;
- **Ograniczenie roli dużych instytucji** – zgodnie z wytycznymi, instytucje całodobowe powinny być stopniowo przekształcane w mniejsze, bardziej kameralne jednostki lub pełnić funkcję uzupełniającą wobec szerokiego systemu usług środowiskowych¹⁰.

Wytyczne europejskie podkreślają również, że deinstytucjonalizacja nie oznacza likwidacji domów pomocy społecznej, lecz ich przekształcenie w element szerszego, zróżnicowanego systemu wsparcia, w którym priorytetem jest życie w społeczności, a nie w instytucji.

Wspólnym mianownikiem obu perspektyw – krajowej i europejskiej – jest przekonanie, że instytucjonalne domy pomocy społecznej powinny pełnić rolę uzupełniającą, a nie podstawową w systemie wsparcia. Ich funkcjonowanie powinno być powiązane z szeroką ofertą usług środowiskowych, profilaktycznych i wspierających rodziny opiekujące się osobami zależnymi.

6. Domy pomocy społecznej w dokumentach regionalnych

W regionalnym systemie wsparcia, domy pomocy społecznej odgrywają istotną, choć stopniowo redefiniowaną rolę. W świetle *Regionalnego Planu Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych dla Województwa Lubelskiego na lata 2025–2027 (RPDI)* funkcjonowanie DPS

¹⁰ Ogóloeupejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności

również postrzegane jest w kontekście konsekwentnego przechodzenia od modelu opartego na opiece instytucjonalnej do usług świadczonych w środowisku lokalnym.

Dokument przewiduje stopniowe zmniejszanie skali instytucjonalizacji, co znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach dotyczących rozwoju usług opartych na mieszkalnictwie wspomagany, usługach opiekuńczych oraz asystenckich, a także w rozbudowie sieci podmiotów funkcjonujących w społeczności lokalnej.

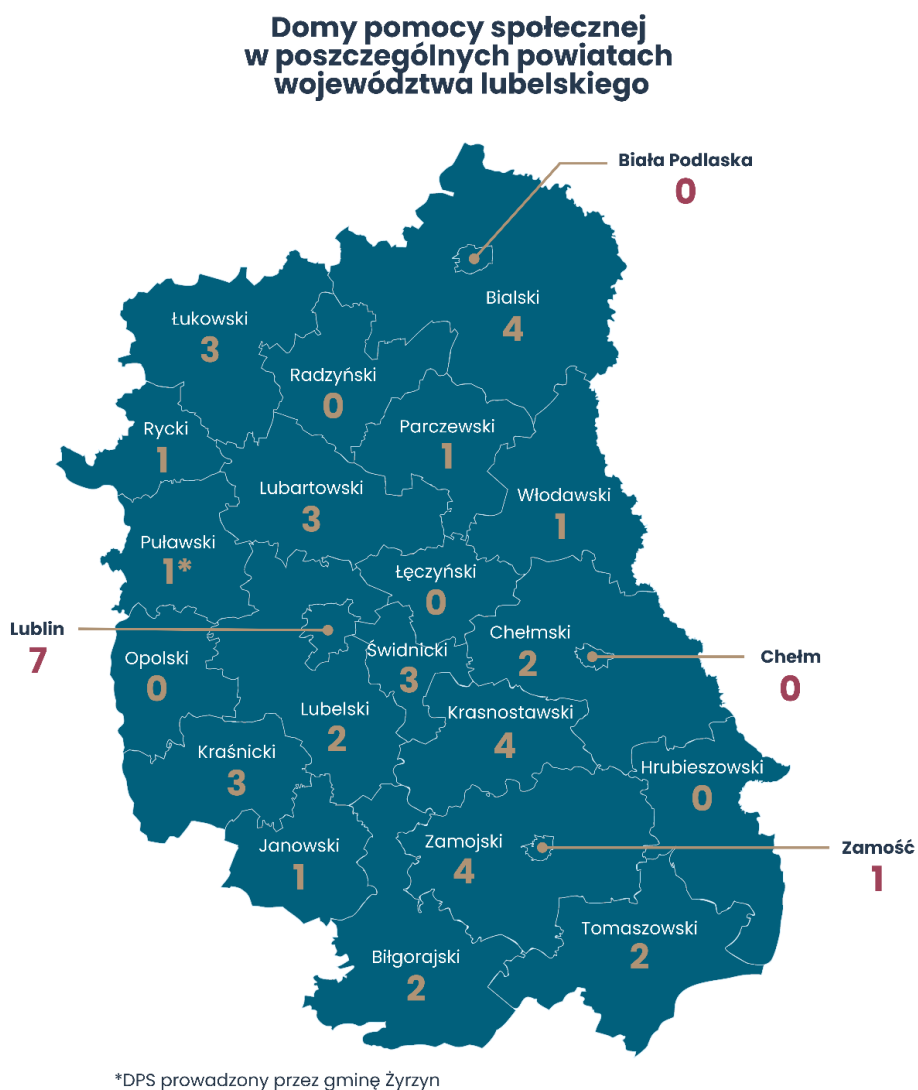
W dokumencie wskazano szereg działań, które mają doprowadzić do przekształcenia DPS w placówki bardziej „elastyczne” i silniej powiązane z lokalnym środowiskiem. Najistotniejsze z nich obejmują:

- 1) Wzmocnienie indywidualizacji i oceny potencjału mieszkańców
- 2) Rozszerzanie funkcji DPS o usługi środowiskowe
- 3) Tworzenie filii i mniejszych jednostek w strukturach DPS
- 4) Udoskonalenie jakości usług i rozwój kompetencji kadr

3. Domy Pomocy Społecznej w województwie lubelskim – analiza danych zastanych

Na podstawie danych zawartych w rejestrze domów pomocy społecznej (wg stanu na 06.07.2026 r.)¹¹, na terenie województwa lubelskiego funkcjonuje **45** domów pomocy społecznej, w tym **1** placówka prowadzona przez gminę Żyrzyn.

Rysunek 1. Domy pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie rejestru domów pomocy społecznej na terenie województwa lubelskiego prowadzonego na podstawie art. 22 pkt 4

¹¹ Rejestr prowadzony jest na podstawie art. 22 pkt 4 oraz art. 57 ust. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej; <https://luwwwlublinie.bip.gov.pl/wydzial-polityki-spoecznej-rejestry/wojewodzki-rejestr-domow-pomocy-spoecznej.html> (dostęp: 6.07.2026 r.)

Rysunek 2. Domy pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku*



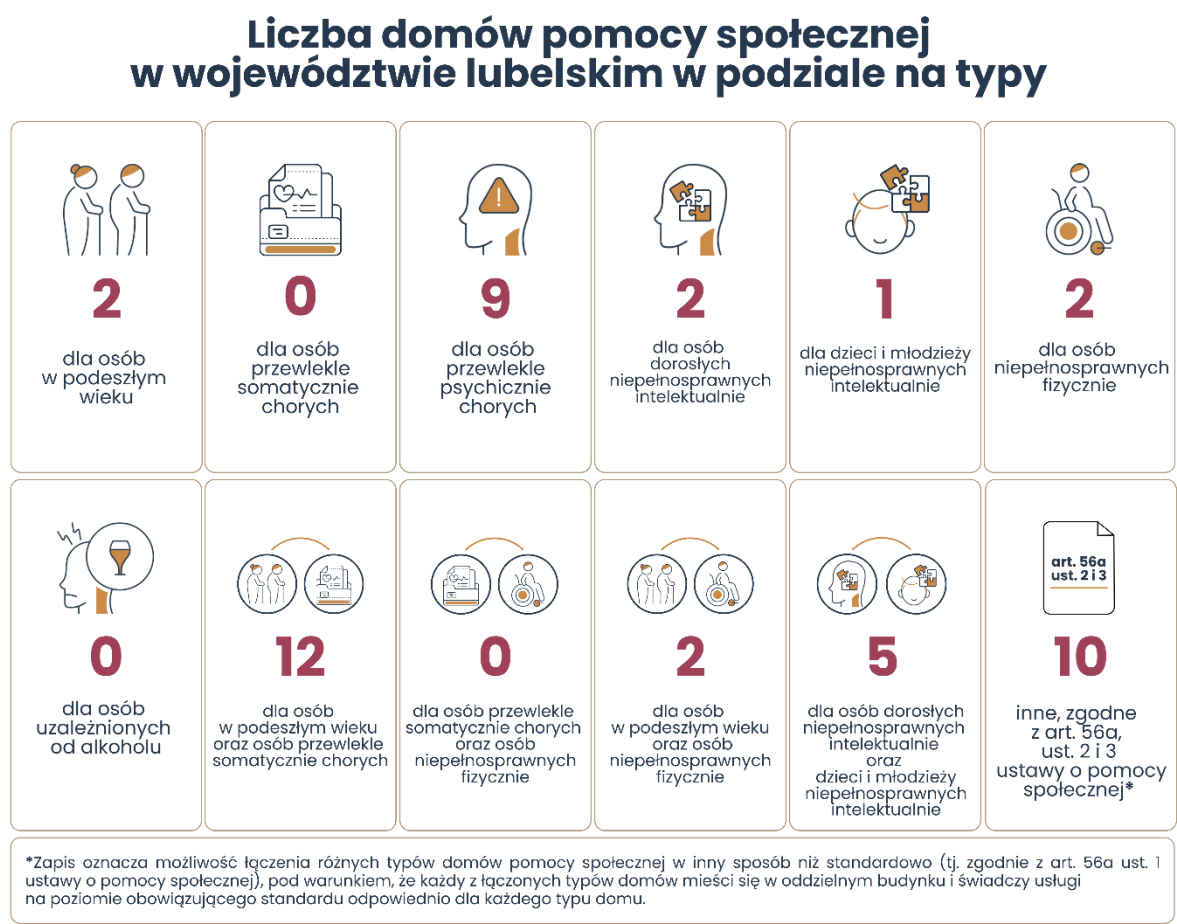
*dane przedstawiają wartości za 2025 oraz porównanie z rokiem 2024

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za 2024 i 2025 rok oraz rejestru domów pomocy społecznej na terenie województwa lubelskiego prowadzonego na podstawie art. 22 pkt 4 oraz art. 57 ust. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej

Spośród wszystkich działających domów pomocy społecznej na Lubelszczyźnie, **37** placówek prowadzonych jest przez jednostki samorządu terytorialnego, natomiast **8** – przez organizacje samorządowe. Ponadto, DPS w regionie dysponowały w 2025 roku łącznie **4 480** miejscami, a z ich usług skorzystały **4 910** osób¹². Liczbę DPS w województwie z podziałem na poszczególne typy prezentuje poniższa infografika.

¹² Ocena Zasobów Pomocy Społecznej za 2025 rok

Rysunek 3. Liczba domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w podziale na typy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

Struktura typów DPS wskazuje na zróżnicowane potrzeby populacji, w tym rosnące znaczenie placówek dla osób o złożonych potrzebach zdrowotnych.

Liczba mieszkańców

Szczegółową liczbę mieszkańców w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim na przestrzeni pięciu ostatnich lat (wraz z porównaniem roku 2020 do 2025), prezentuje natomiast tabela 1.

Tabela 1. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w latach 2020–2025

wyszczególnienie	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Różnica 2020:2025	Różnica % 2020:2025
Ogólna liczba mieszkańców ogółem w DPS, w tym dla:	4 072	4 190	4 176	4 263	4 310	4 341	269	-6,61%
1) osób w podeszłym wieku	52	56	59	57	61	60	8	15,38%
2) osób przewlekłe somatycznie chorych	0	0	0	0	0	0	0	0
3) osób przewlekłe psychicznie chorych	636	656	685	703	701	699	63	9,91%
4) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	385	326	268	148	155	161	-224	-58,18%
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	31	30	31	31	31	31	bz.	bz.
6) osób niepełnosprawnych fizycznie	143	159	163	165	170	169	26	18,18%
7) osób uzależnionych od alkoholu	0	0	0	0	0	0	0	0
8) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekłe somatycznie chorych	936	1 007	1 021	1 075	1 076	1 081	145	15,49%
9) osób przewlekłe somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	0	0	0	0	0	0	0	0
10) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	239	222	210	194	212	207	-32	-13,39%
11) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	365	367	371	388	394	400	35	9,59%
12) inne, zgodne z art. 56a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	1285	1 367	1 368	1 502	1 510	1 533	248	19,30%

Źródło: Sprawozdania MRPiPS-05 za lata 2020-2025

Z zawartych w powyższej tabeli danych wynika, że liczba mieszkańców DPS w województwie lubelskim w 2025 roku (w zestawieniu z 2020 rokiem) zwiększyła się o **269**, co jest równoznaczne ze wzrostem o **6,61%**.

Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej o konkretnym profilu, największy wzrost liczby mieszkańców można zauważyć wśród osób znajdujących się w DPS o typie zgodnym z art. 56a ust 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tryb łączony) (**248** osób więcej, czyli wzrost o **19,30%**), a także tych, którzy przebywają w DPS dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych (**145** osób więcej, co daje wzrost o **15,49%**). Największy spadek widoczny jest z kolei wśród tych osób, które zamieszkują DPS dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (spadek o **224** osoby, tj. **58,18%**). Umiarkowany spadek zaznaczył się również w przypadku liczby mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz z niepełnosprawnością fizyczną (w stosunku do 2020 roku ten typ DPS zamieszkiwało o **32** osoby mniej, co oznacza spadek o **13,39%**).

Tabela 2. Liczba domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku wraz z liczbą miejsc i mieszkańców oraz procentowym wykorzystaniem miejsc w poszczególnym typie DPS.

Wyszczególnienie	Liczba DPS	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	% poziom wykorzystania miejsc
DPS ogółem, w tym dla:	45	4 480	4 341	96,9%
1) osób w podeszłym wieku	2	61	60	98,4%
2) osób przewlekle somatycznie chorych	0	0	0	-
3) osób przewlekle psychicznie chorych	9	692	699	101,0%
4) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	2	165	161	97,6%
5) dzieci i młodzieży6jh niepełnosprawnych intelektualnie	1	31	31	100,0%
6)osób niepełnosprawnych fizycznie	2	170	169	99,4%
7)osób uzależnionych od alkoholu	0	0	0	-
8) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	12	1 111	1 081	97,3%

9) osób przewlekłe somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	0	0	0	-
10) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	2	260	207	79,6%
11) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	5	402	400	99,5%
12) inne, zgodnie z art. 56a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	10	1 588	1 533	96,5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok

Analizując dane pod kątem poziomu wykorzystania miejsc w domach pomocy społecznej w regionie (tabela 2.), najwyższe (ponad nominalne i pełne) obłożenie odnotowano w domach dla osób przewlekłe psychicznie chorych (101,0%), osób w podeszłym wieku, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie i osób niepełnosprawnych fizycznie. Najniższe obłożenie było zaś w DPS o typie łączonym, tj. dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie (79,6%).

Mieszkańcy DPS w podziale na płeć i wiek

Według sprawozdania rocznego MRiPS-05 za rok 2025 zawierającego wybrane informacje o domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym, powiatowym i regionalnym oraz placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej, **46,6%** ogółu osób zamieszkujących DPS na Lubelszczyźnie w 2025 roku stanowiły kobiety, natomiast **53,4 %** – mężczyźni.

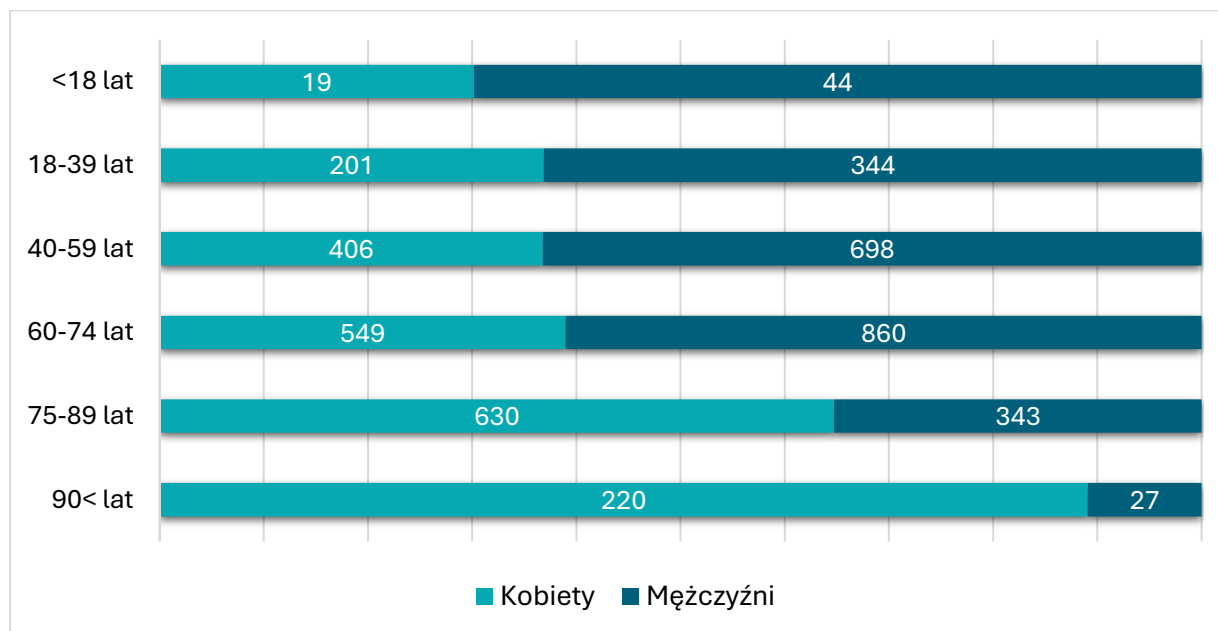
Rysunek 2. Mieszkańcy domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok

Najliczniejszą grupę wiekową wśród wszystkich mieszkańców domów pomocy społecznej reprezentowały z kolei osoby urodzone w latach **1951–1965** (tj. **od 60. do 74. roku życia**). Analiza grup wiekowych wyodrębnionych dla poszczególnej płci z osobną wskazuje, że największą liczebność wśród kobiet odnotowano w przedziale **75–89 lat (630)**, natomiast mężczyzn – **60–74 lata (860)**. Liczbę mieszkańców z podziałem na płeć w konkretnych grupach wiekowych prezentuje poniższy wykres.

Wykres 1. Mieszkańcy domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w poszczególnych grupach wiekowych z podziałem na płeć



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok

Na podstawie wykresu 1. można stwierdzić, iż struktura wieku mieszkańców DPS jest silnie zróżnicowana ze względu na płeć. Kobiety dominują w najstarszych grupach wiekowych, tj. 75–89 lat oraz 90 i więcej lat, co wpisuje się w ogólny trend dłuższego trwania życia kobiet

oraz ich częstszej obecności w instytucjonalnych formach opieki w okresie późnej starości. Mężczyźni przeważają zaś w grupach 40–59 lat oraz 60–74 lata. Ponadto, w obu populacjach najmniej liczne są grupy najmłodsze (poniżej 18. roku życia). Procentowy udział mieszkańców DPS w poszczególnych grupach wiekowych widoczny jest w tabeli 3.

Tabela 3. Procentowy udział mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w poszczególnych grupach wiekowych

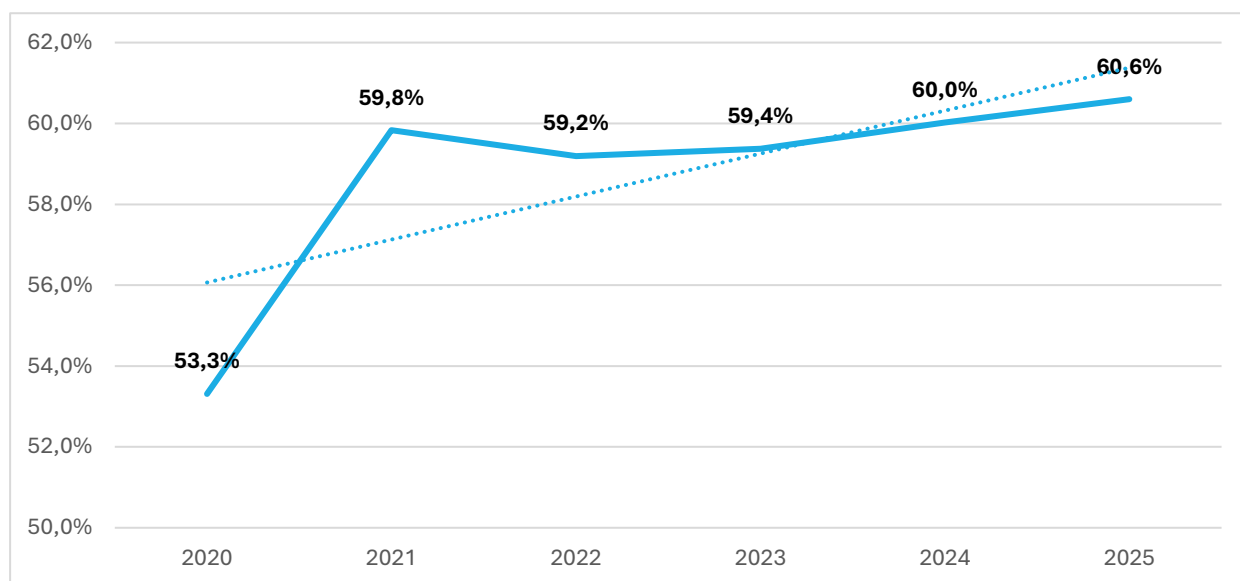
Grupy wieku	Kobiety	Mężczyźni
w ogóle mieszkańców DPS w województwie lubelskim:		
< 18 lat	0,4	1,0
18– 39 lat	4,6	7,9
40 – 59 lat	9,4	16,1
60 – 74 lat	12,6	19,8
75 – 89 lat	14,5	7,9
w ogóle mieszkańców DPS poszczególnej płci:		
< 18 lat	0,9	1,9
18– 39 lat	9,9	14,9
40 – 59 lat	20,0	30,1
60 – 74 lat	27,1	37,1
75 – 89 lat	31,1	14,8
90 < lat	10,9	1,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok

Należy również zaznaczyć, że średnio około **60%** populacji DPS w województwie lubelskim stanowią osoby powyżej 60. roku życia (co jest stałą, obserwowaną od 2019 roku tendencją – z niewielkimi wahaniami w kolejnych latach). Bez wątpienia, zjawisko to związane jest z rosnącą liczbą osób w wieku poprodukcyjnym oraz wydłużaniem się życia, co w konsekwencji może oznaczać rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową¹³.

¹³ Por. Sytuacja Seniorów w województwie lubelskim (2025), Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

Wykres 2. Procentowy udział mieszkańców powyżej 60. roku życia domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w latach 2020–2025



Źródło: Sprawozdania MRPiPS-05 za lata 2020–2025

Zróżnicowanie wieku i płci ma istotne znaczenie dla planowania usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych i aktywizacyjnych.

Liczba osób oczekujących na umieszczenie w DPS

W 2025 roku w województwie lubelskim na umieszczenie w domach pomocy społecznej oczekiwało **319** osób. Strukturę oczekujących w zdecydowanej większości tworzą osoby przewlekłe somatycznie chore – **250** osób, tj. 78,4%. Pozostałe grupy są znacznie mniej liczne: osoby w podeszłym wieku – **33** (10,3%), osoby z niepełnosprawnością fizyczną – **15** (4,7%), osoby przewlekłe psychicznie chore – **15** (4,7%) oraz dorośli z niepełnosprawnością intelektualną – **5** (1,6%) (wykres 3.).

Rysunek 4. Liczba osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok

W porównaniu z 2024 rokiem liczba oczekujących wzrosła o **3** osoby, czyli o **2,6%**. Zestawiając ze sobą rok 2019 i 2024, zauważalne jest natomiast zwiększenie udziału osób przewlekłe somatycznie chorych ubiegających się o miejsce w DPS o **6,4%**. Szczegółowe dane dotyczące liczby osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim na przestrzeni lat 2019–2024, przedstawia poniższa tabela.

Tabela 4. Osoby oczekujące na umieszczenie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w latach 2020–2025

Osoby	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Różnica 2020:2025	Różnica % 2020:2025
Ogółem, w tym:	350	190	182	263	316	319	-31	-8,86%
Osoby w podeszłym wieku	57	20	16	32	33	33	-24	-42,11%
Osoby przewlekłe somatycznie chore	231	139	142	210	241	250	19	+8,23%

Osoby przewlekłe psychicznie chore	20	17	12	8	15	15	-5	-25,00%
Osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie	8	6	5	5	6	5	-3	-37,50%
Dzieci i młodzież niepełnosprawne intelektualnie	2	0	0	0	0	1	-1	-50,00
Osoby niepełnosprawne fizycznie	27	8	7	8	21	15	-12	-44,44%
Osoby uzależnione od alkoholu	5	0	0	0	0	0	-5	-100,0%

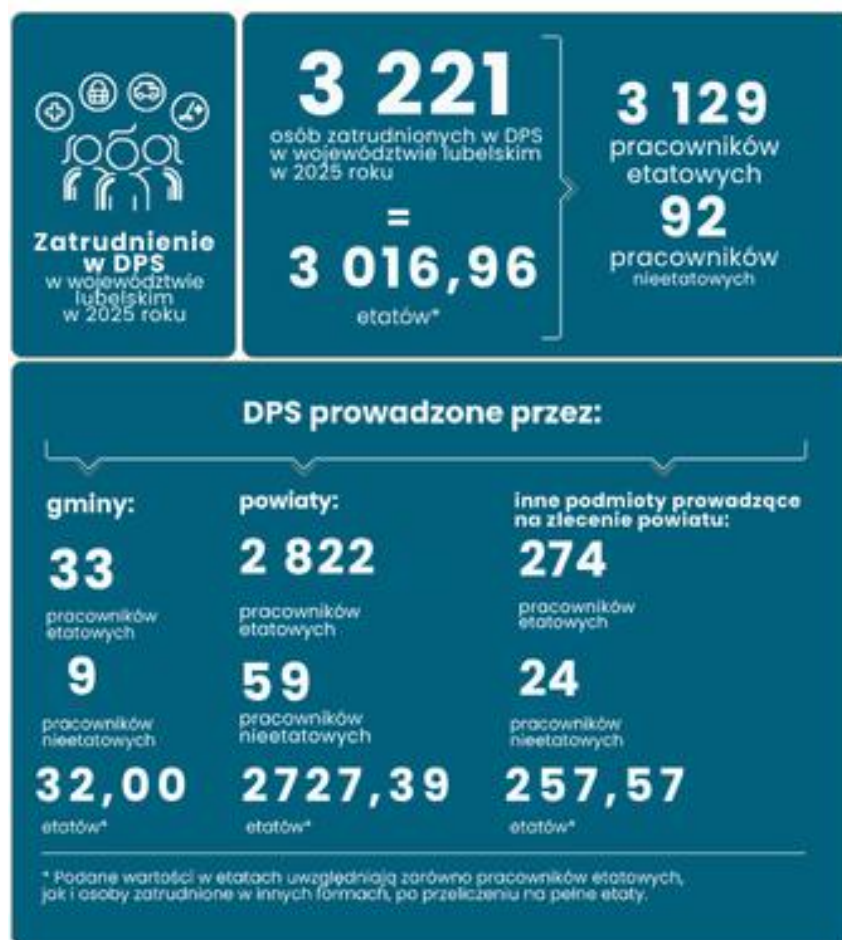
Źródło: Sprawozdania MRPiPS-05 za lata 2020-2025

W porównaniu z 2020 rokiem widoczny jest wzrost udziału osób przewlekłe somatycznie chorych wśród oczekujących na umieszczenie w DPS, co może świadczyć o pogłębiających się problemach zdrowotnych populacji wymagającej wsparcia.

Zatrudnienie w DPS

Zatrudnienie w domach pomocy społecznej na Lubelszczyźnie o zasięgu powiatowym i gminnym w 2025 roku wyniosło **3 221** osób, co w przeliczeniu na etaty daje **3 016,96**. Z tej liczby, **3 129 osób** pracowało na etatach, a **92** osoby – w oparciu o inne formy zatrudnienia. Zdecydowana większość etatów przypadła na jednostki prowadzone przez samorząd: **2 727,39** etatów w jednostkach powiatowych oraz **32,00** etatów w jednostkach gminnych. Podmioty zewnętrzne działające na zlecenie powiatu, odpowiadają zaś za **257,57** etatów, co w ujęciu osób odpowiada **2 822** osobom w jednostkach powiatowych, **33** osobom w jednostkach gminnych oraz **274** osobom w podmiotach prowadzących na zlecenie powiatu.

Rysunek 5. Zatrudnienie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPIPS-05 za 2025 rok

W strukturze zatrudnienia dominują stanowiska związane z bezpośrednią opieką nad mieszkańcami:

- opiekunowie – **787** osoby (776,25 etatów);
- opiekunowie medyczni – **334** osoby (331,75 etatów);
- pielęgniarki – **353** osoby (319,94 etatów);
- lekarze – **3** osób (0,75 etatu).

Istotne grupy stanowią także:

- terapeuci – **161** osób (140,80 etatów);
- rehabilitanci – **72** osób (74,00 etaty, w tym fizjoterapeuci – **62** osoby i 57,75 etatów);
- pracownicy socjalni – **114** osób (107,11 etatów).

W kategorii pracowników zapewniających usługi bytowe zatrudnionych jest w sumie 1 111 osób (1 085,75 etatów), w tym:

- pracownicy administracji – **275** osób (260,83 etatów);
- pracownicy sektora usług gospodarczych i obsługi – **769** osoby (760,97 etatów);
- kierujący jednostkami organizacyjnymi – **62** osoby (61,25 etatów).

Warto zaznaczyć, że na 100 mieszkańców domów pomocy społecznej w regionie przypada średnio **74** pracowników. W przypadku opiekunów (w tym opiekunów medycznych), wskaźnik ten wynosi **18** dla wszystkich mieszkańców DPS.

Rysunek 6. Personel domów pomocy społecznej w województwie lubelskim i Polsce w 2025 roku w relacji do liczby mieszkańców DPS, z uwzględnieniem najwyższego i najniższego wskaźnika



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPIPS-05 za 2025 rok

Wskaźniki liczby pracowników i opiekunów w przeliczeniu na 100 mieszkańców wskazują na znaczące obciążenie personelu, co może mieć wpływ na jakość świadczonych usług oraz brak możliwości indywidualnej pracy z mieszkańcem DPS.

Usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego i formie dziennej

W 2025 roku w województwie lubelskim usługi wsparcia krótkoterminowego świadczone były wyłącznie w formie pobytu całodobowego – zarówno na poziomie gminnym, jak i powiatowym. Spośród 45 domów pomocy społecznej funkcjonujących w regionie, **6** jednostek realizowało tego typu wsparcie, w tym **1** placówka o zasięgu gminnym oraz **4** o zasięgu powiatowym. Łącznie oferowały one **30** miejsc, z czego 9 miejsc zapewniał DPS o zasięgu gminnym, a 21 miejsc – placówki o zasięgu powiatowym. Z usług wsparcia

krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego skorzystało **41** osób – w jednostce prowadzonej przez gminę – 23 osoby, a prowadzonej przez gminę – 18.

Tabela 5. Usługi wsparcia w krótkoterminowego w województwie lubelskim w 2025 roku

Typ jednostki	Zasięg	Liczba jednostek	Liczba miejsc	Liczba osób korzystających
1) dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	Gmina	1	9	23
2) dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	Powiat	1	10	3
3) dla osób przewlekle psychicznie chorych	Powiat	2	2	5
4) inne, zgodne z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej	Powiat	2	9	10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania MRPiPS-05 za 2025 rok

4. Domy Pomocy Społecznej w województwie lubelskim – analiza empiryczna

Realizacja przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Lubelskiego wskazała na potrzebę identyfikacji możliwości usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej.

Koncepcja metodologiczna badań

1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań jest proces usamodzielniania mieszkańców DPS w województwie lubelskim rozumiany jako proces podejmowanych przez personel działań opiekuńczych, terapeutycznych i wspierających, których celem jest przywrócenie lub rozwinięcie u podopiecznego zdolności do samodzielnego życia, w miarę jego psychofizycznych możliwości, a docelowo także integracja lub powrót do funkcjonowania poza instytucją (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U.2025.0.51)

Celem głównym badań jest diagnoza opinii kadry zarządzającej domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w zakresie możliwości skutecznego przebiegu procesu usamodzielniania mieszkańców Domów Pomocy Społecznej.

Cele szczegółowe zaś sformułowano następująco:

1. Diagnoza możliwości placówki dotycząca procesu usamodzielniania mieszkańców DPS.
2. Diagnoza (potencjałów i trudności) mieszkańców DPS do opuszczenia placówki.
3. Przygotowanie merytoryczne kadry do procesu usamodzielniania mieszkańca DPS.
4. Przepisy prawne /dostosowane procedury usamodzielniania mieszkańców DPS.
5. Aspekty finansowe procesu usamodzielniania mieszkańców DPS.
6. Wsparcie środowiskowe i dostępność usług w środowisku lokalnym.
7. Zasoby wsparcia w postaci rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego
8. Ryzyko powrotu mieszkańców DPS do placówki.

2. Problemy badawcze

Problem główny brzmi: Jakie są opinie kadry zarządzającej domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w zakresie możliwości skutecznego przebiegu procesu usamodzielniania mieszkańców Domów Pomocy Społecznej?

Problemy szczegółowe sformułowano następująco:

1. Jakie są możliwości placówki w zakresie procesu usamodzielniania mieszkańców DPS?
2. Jakie są potencjały i trudności mieszkańców DPS do opuszczenia placówki?
3. Jak jest przygotowanie merytoryczne kadry do procesu usamodzielniania mieszkańca DPS?
4. Czy przepisy prawne / procedury są dostosowane do procesu usamodzielniania mieszkańców DPS?
5. Jak przedstawiają się aspekty finansowe procesu usamodzielniania mieszkańców DPS?
6. Jak wygląda wsparcie środowiskowe i dostępność usług w środowisku lokalnym osób starszych w woj. lubelskim w aspekcie ich usamodzielniania?
7. Jakie są zasoby wsparcia w postaci rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego osób starszych w woj. lubelskim w aspekcie ich usamodzielniania?
8. Jak kadra zarządzająca DPS szacuje ryzyko powrotu do placówki osób starszych w woj. lubelskim?

3. Metoda, technika i narzędzie badawcze

W niniejszym badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Istotą sondażu diagnostycznego jest systematycznie monitorowanie badanych zjawisk, analiza ich dynamiki oraz określenie pojawiających się tendencji. W odróżnieniu do badań dążących do wyczerpującej analizy zagadnienia, sondaż ma na celu przede wszystkim rozpoznanie istnienia określonych zjawisk oraz poznanie ich podstawowych uwarunkowań strukturalnych i funkcjonalnych. Technika badawcza była technika ankiety, zaś narzędziem badawczym *kwestionariusz ankiety do badania procesu usamodzielniania mieszkańców DPS na terenie woj. lubelskiego w opinii kadry zarządzającej (aut. A. Kanios).*

4. Teren i organizacja badań

Badanie zostało przeprowadzone na terenie domów pomocy społecznej województwa lubelskiego w okresie od marca do maja 2026 r. Elektroniczny kwestionariusz ankiety został udostępniony dyrektorom 45 placówek DPS funkcjonujących w województwie lubelskim. W badaniu udział wzięły 42 dyrektorów domy pomocy społecznej.

Proces badawczy przebiegał sprawnie i bez zakłóceń. Informacje zwrotne od respondentów napływały systematycznie oraz zgodnie z przyjętym harmonogramem, co umożliwiło terminową realizację wszystkich etapów badania. Uzyskany poziom zwrotu ankiet pozwolił na zgromadzenie obszernego materiału badawczego, stanowiącego podstawę do przeprowadzenia analiz oraz sformułowania wniosków dotyczących procesu usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim.

5. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej zbiorowości

Badaniem objęto 42 dyrektorów domów pomocy społecznej funkcjonujące na terenie województwa lubelskiego, co stanowi 93,3% wszystkich placówek, do których skierowano kwestionariusz ankiety. Uzyskany poziom zwrotu ankiet należy uznać za wysoki, co pozwala na formułowanie wiarygodnych wniosków dotyczących badanego zjawiska.

Analiza rozmieszczenia terytorialnego badanych placówek wskazuje na szeroką reprezentację powiatów województwa lubelskiego. Największy udział w badaniu miały domy pomocy społecznej z Miasta Lublin (6 placówek; 14,29% badanej zbiorowości). Kolejną grupę stanowiły DPS z powiatu krasnostawskiego (4 placówki; 9,52%).

Po 3 placówki (po 7,14%) uczestniczyły w badaniu z powiatów: bialskiego, kraśnickiego, lubartowskiego, lubelskiego, łukowskiego, świdnickiego oraz zamojskiego. Z kolei po 2 DPS (po 4,77%) reprezentowały powiaty: biłgorajski, chełmski i tomaszowski.

W badaniu uczestniczyły również pojedyncze placówki z Miasta Zamość oraz powiatów: janowskiego, parczewskiego, ryckiego i włodawskiego. Każda z tych jednostek stanowiła 2,38% ogółu badanych DPS.

Struktura terytorialna badanej zbiorowości obejmuje zarówno miasta na prawach powiatu, jak i powiaty ziemskie, co pozwala na uwzględnienie zróżnicowanych uwarunkowań funkcjonowania domów pomocy społecznej w województwie lubelskim. Tak szeroki zakres przestrzenny badania zwiększa reprezentatywność uzyskanych wyników i umożliwia kompleksową analizę procesu usamodzielniania mieszkańców DPS w regionie.

Poniżej udział badanych podmiotów w rozkładzie powiatowym.

Powiat	N	%
Miasto Lublin	6	14,29
Miasto Zamość	1	2,38
białski	3	7,14
biłgorajski	2	4,77
chełmski	2	4,77
janowski	1	2,38
krasnostawski	4	9,52
kraśnicki	3	7,14
lubartowski	3	7,14
lubelski	3	7,14
łukowski	3	7,14
parczewski	1	2,38
rycki	1	2,38
świdnicki	3	7,14
tomaszowski	2	4,77
włodawski	1	2,38
zamojski	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Wyniki badania zaprezentowano poniżej. Opracowanie zostało podzielone na osiem części obejmujących kluczowe zagadnienia związane z procesem usamodzielnienia mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim.

I. Diagnoza możliwości placówki w zakresie procesu usamodzielniania mieszkańców

Pierwszym analizowanym zagadnieniem były możliwości placówki w zakresie procesu usamodzielniania mieszkańców. Jak wykazały analizy empiryczne zdecydowana większość, bo aż **57,14% analizowanych placówek, w ogóle nie posiada w swoich dokumentach organizacyjnych zapisów dotyczących procesów deinstytucjonalizacji czy wspierania autonomii mieszkańców.**

Marginalny odsetek badanych instytucji – zaledwie 7,14% wpisuje deinstytucjonalizację i usamodzielnianie w ramy priorytetowych kierunków swoich działań. Nieco ponad jedna piąta placówek (21,43%) formalnie uwzględnia te procesy w dokumentach, jednakże nadaje im cel poboczny, drugoplanowy. Oznacza to, że **w niespełna jednej trzeciej placówek (28,57%) występuje formalno-prawna gotowość do podejmowania działań o charakterze emancypacyjnym, przeciwdziałających syndromowi instytucjonalizacji.**

Warto również odnotować, że w przypadku 14,29% badanych pojawiła się odpowiedź „trudno powiedzieć”. Może to sugerować niską świadomość i brak odpowiedniego przeszkolenia kadr w zakresie procesu usamodzielniania.

Tabela 1. Deklaracje dotyczące deinstytucjonalizacji i usamodzielniania mieszkańców w dokumentacji organizacyjnej DPS

Odpowiedzi	N	%
Tak, jest to jeden z priorytetów DPS	3	7,14
Tak, ale jest to cel drugoplanowy dla DPS	9	21,43
Nie, brak takich zapisów	24	57,14
Trudno powiedzieć	6	14,29
Ogółem	42	100,00

W praktyce pracy socjalnej z osobami starszymi i zależnymi, fizyczna przestrzeń, w której żyją, ma ogromne znaczenie dla ich poczucia godności, bezpieczeństwa i sprawstwa. Poniższe zestawienie obrazuje, jak placówki całodobowe oceniają swoje warunki lokalowe pod kątem możliwości prowadzenia treningów samodzielności – działań, które pozwalają mieszkańcom na nowo odkrywać swój potencjał i wiarę we własne siły.

Optymistycznym sygnałem jest fakt, że ponad połowa badanych domów (54,76%) ocenia swoje warunki jako dobre w kontekście wspierania samodzielności podopiecznych. Co więcej, 11,91% placówek deklaruje bardzo dobre przygotowanie przestrzeni do prowadzenia takich działań. Oznacza to, że w blisko dwóch trzecich (66,67%) środowisk mieszkańcy mają szansę przebywać w otoczeniu, które nie tylko zapewnia im niezbędną

pomoc, ale również aktywnie wspiera ich niezależność i zachęca do podejmowania codziennych aktywności.

Powyższe dane pokazują, że choć wiele placówek potrafi stworzyć warunki do podmiotowego traktowania seniorów, to wciąż blisko 31% z nich potrzebuje wyraźnego wsparcia z zewnątrz. Troska o godną starość wymaga budowania i finansowania przestrzeni, które nie będą jedynie miejscem opieki, ale prawdziwym domem, w którym każdy człowiek – niezależnie od swoich ograniczeń – otrzymuje szansę na maksymalnie niezależne życie. Jest to jasna wskazówka do planowania długofalowych form pomocy, dzięki którym pracownicy socjalni, terapeuci i opiekunowie zyskają odpowiednie narzędzia, aby móc jeszcze lepiej dbać o dobrostan i jakość życia mieszkańców

Tab.2.Ocena przygotowania infrastrukturalnego DPS do prowadzenia treningów samodzielności

Odpowiedzi	N	%
Bardzo dobre	5	11,91
Dobre	23	54,76
Niewystarczające	10	23,81
Brak takiej infrastruktury	3	7,14
Inne	1	2,38
Ogółem	42	100,00

Zgromadzone dane empiryczne wyraźnie pokazują, że koncepcja usamodzielniania w obecnych realiach napotyka na fundamentalne przeszkody, które zagrażają dobrostanowi podopiecznych. **Aż 59,52% placówek wskazuje na niejasną sytuację prawną i brak precyzyjnych przepisów dotyczących usamodzielniania mieszkańców.**

Z perspektywy troski o seniora oznacza to, że ewentualne próby przeniesienia go do środowiska otwartego odbywałyby się w warunkach chaosu prawnego, co drastycznie obniża jego poczucie bezpieczeństwa. W 35,71% instytucji brakuje odpowiednich narzędzi i programów. Oczekiwanie od osób starszych i zależnych, że staną się samodzielne bez specjalistycznego zaplecza, jest z założenia nierealistyczne i może prowadzić do frustracji oraz pogłębienia poczucia bezradności. Braki kadrowe stanowią główną barierę dla 33,33% placówek. Obawa przed utratą dotacji po odejściu mieszkańca, wskazana przez 16,67% badanych, obnaża niestabilność finansową systemu. Instytucje muszą dbać o swój byt, aby móc w ogóle funkcjonować i chronić tych, którzy pozostają pod ich dachem. Choć 7,14% badanych wskazało sztywny harmonogram dnia i opór personelu jako barierę w usamodzielnianiu, warto zauważyć, że to właśnie rutyna, powtarzalność i jasne zasady funkcjonowania instytucji zapewniają wielu seniorom niezbędny spokój oraz przewidywalność, których często brakowało im w środowisku domowym. Różnego rodzaju inne przeszkody zadeklarowało 21,43% badanych.

Tab.3. Rodzaje barier organizacyjnych w DPS najbardziej utrudniających proces usamodzielniania mieszkańców

Odpowiedzi	N	%
Zbyt mała liczba personelu (braki kadrowe) przypadająca na mieszkańca	14	33,33
Sztywny harmonogram dnia i regulamin porządkowy	3	7,14
Obawa przed utratą dotacji / kontraktu po odejściu mieszkańca	7	16,67
Opór personelu przed zmianą modelu pracy	3	7,14
Niskie kompetencje personelu w zakresie przygotowywania mieszkańców do usamodzielniania	4	9,52
Niejasna sytuacja prawna / niejasne przepisy w zakresie procesu usamodzielniania mieszkańców DPS	25	59,52
Ograniczona dostępność narzędzi i programów wspierających samodzielność	15	35,71
Inne	9	21,43
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią była współpraca placówki ze środowiskowymi instytucjami pomocy społecznej w kontekście przygotowania mieszkańców do wyjścia. Jak wykazały analizy empiryczne należy zauważyć, że w połowie badanych przypadków (50%) problematyka ta w ogóle nie dotyczy badanych instytucji, ponieważ w DPS nie ma obecnie mieszkańców planujących przejście do środowiska otwartego. Wynik ten wyraźnie dowodzi, że **dla większości seniorów dom pomocy społecznej stanowi docelowe miejsce zaspokajania ich zintensyfikowanych potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych**. Na drugim miejscu uplasowały się sytuacje, w których współpraca ze środowiskowymi instytucjami pomocy społecznej ma jedynie charakter incydentalny (21,43%). W dalszej kolejności odnotowano całkowity brak występowania współpracy z ośrodkami środowiskowymi (9,53%).

Kolejne dwa wskaźniki, utrzymujące się na równym poziomie 7,14%, dotyczą współpracy realizowanej wyłącznie na szczeblu międzyinstytucjonalnym (bez bezpośredniego udziału mieszkańca) oraz współpracy o charakterze czysto formalnym, opierającej się na wymianie pism i decyzji administracyjnych..

Jedynie 4,76% badanych dyrektorów DPS wskazało, że współpraca z instytucjami środowiskowymi jest stała i obejmuje wspólne działania z samym mieszkańcem. Ten marginalny wynik dobitnie ukazuje, że aktywne przygotowywanie seniorów przebywających w DPS do samodzielnego funkcjonowania poza murami placówki to zjawisko rzadkie i wyjątkowe. Z pragmatycznego punktu widzenia, usilne dążenie do reintegracji społecznej i usamodzielniania na tym etapie życia często mija się

z nadrzędnym celem pracy socjalnej w DPS, jakim powinno być zapewnienie seniorom poczucia bezpieczeństwa, spokoju i profesjonalnej, nieprzerwanej opieki instytucjonalnej u schyłku ich życia.

Tab.4. Skala współpracy placówki ze środowiskowymi instytucjami pomocy społecznej w kontekście przygotowania mieszkańców do wyjścia

Odpowiedzi	N	%
Tak, współpraca jest stała i obejmuje wspólne działania z mieszkańcem	2	4,76
Tak, współpraca odbywa się głównie między instytucjami (bez udziału mieszkańca)	3	7,14
Tak, współpraca występuje, ale głównie w formie formalnej (wymiana pism, decyzje)	3	7,14
Współpraca ma charakter incydentalny	9	21,43
Nie, współpraca nie występuje	4	9,53
Nie dotyczy – w DPS nie ma obecnie mieszkańców planujących przejście do środowiska	21	50,00
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią była ocena stopnia, w jakim organizacja pracy w DPS pozwala na indywidualną pracę z mieszkańcem planującym odejście z placówki, wyrażona przez kadrę zarządzającą. Jak wykazały analizy empiryczne, możliwości w zakresie prowadzenia zindywidualizowanego procesu usamodzielniania są w dużej mierze uzależnione od warunków i struktury funkcjonowania instytucji.

Analizując rozkład odpowiedzi, należy zauważyć, że ponad połowa ankietowanych (57,14%) uznała, iż indywidualna praca z mieszkańcem przygotowującym się do wyjścia jest możliwa, jednakże jej realizacja wymagałaby wprowadzenia wielu zmian w obecnej organizacji pracy DPS. Wskazuje to na konieczność adaptacji procedur i ewentualnego przededefiniowania ról personelu, aby stworzyć odpowiednią przestrzeń dla metodycznych działań z zakresu aktywizacji i readaptacji społecznej.

Drugą co do wielkości grupę (19,05%) stanowią głosy wskazujące na istotne bariery strukturalne lub zasobowe – w opinii tych respondentów prowadzenie tego typu indywidualnej pracy jest w obecnym momencie całkowicie niemożliwe. Odzwierciedla to trudności, z jakimi mierzą się placówki w próbach godzenia bieżącej pracy opiekuńczej z intensywnym wsparciem ukierunkowanym na deinstytucjonalizację.

Zaledwie marginalna część przedstawicieli kadry zarządzającej (7,14%) oceniła, że obecna organizacja pracy w DPS w stopniu wysokim pozwala na zindywidualizowaną pracę z mieszkańcem planującym opuszczenie placówki. Wynik ten dowodzi, że środowiska opieki

całodobowej, rzadko dysponują optymalnymi warunkami sprzyjającymi bezpośredniemu i bezproblemowemu transferowi mieszkańców do środowiska otwartego.

Tab.5.Ocena stopnia, w jakim organizacja pracy w DPS pozwala na indywidualną pracę mieszkańcem planującym odejście w opinii kadry zarządzającej

Odpowiedzi	N	%
Tak, jest to możliwe w stopniu wysokim	3	7,14
Tak, jest to możliwe, ale wymaga wielu zmian w organizacji pracy DPS	24	57,14
Nie, jest to w ogóle nie możliwe w tym momencie	8	19,05
Inne	7	16,67
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią była realizacja treningów budżetowych w DPS, przygotowujących mieszkańców do gospodarowania własnymi środkami finansowymi poza placówką. Jak wykazały analizy empiryczne, kształtowanie kompetencji ekonomicznych i zaradności życiowej stanowi istotny obszar metodycznej pracy socjalnej, choć gotowość instytucji do świadczenia tego rodzaju wsparcia jest zróżnicowana.

Analizując zgromadzone dane, należy zauważyć, że ponad połowa ankietowanych (52,38%) zadeklarowała, iż treningi budżetowe są realizowane dla wszystkich chętnych. Taki wynik wskazuje na to, że w większości badanych placówek kładzie się nacisk na działania edukacyjne i aktywizujące, które mają na celu podtrzymanie lub rozwijanie samodzielności finansowej podopiecznych w kontekście ich potencjalnej readaptacji środowiskowej.

Na kolejnym miejscu znalazły się dwie grupy odpowiedzi, które uzyskały identyczny wskaźnik na poziomie 19,05%. Pierwsza z tych grup dotyczy placówek, w których wspomniane treningi nie są obecnie prowadzone, ale z organizacyjnego punktu widzenia ich realizacja jest w danym DPS możliwa. Może to sugerować istnienie niewykorzystanego jeszcze potencjału instytucjonalnego w obszarze aktywizacji. Druga grupa respondentów o analogicznym odsetku (19,05%) stwierdziła, że nie ma potrzeby prowadzenia takich treningów. Postawę tę można interpretować jako wynikającą z diagnozy możliwości psychofizycznych aktualnych mieszkańców, dla których priorytetem jest często opieka długoterminowa, a nie perspektywa samodzielnego funkcjonowania w środowisku otwartym.

W dalszej kolejności odnotowano odpowiedzi sklasyfikowane w kategorii „inne” (7,14%). Sugeruje to występowanie specyficznych, wymykających się standaryzacji rozwiązań metodycznych lub uwarunkowań organizacyjnych w poszczególnych domach pomocy społecznej.

Tab.6 .Realizacja treningów budżetowych w DPS, przygotowujących mieszkańców do gospodarowania własnymi środkami poza placówką

Odpowiedzi	N	%
Tak, są realizowane dla wszystkich chętnych	22	52,38
Nie, są realizowane ale ich realizacja jest możliwa w naszym DPS	8	19,05
Nie, nie są realizowane i nie jest to u nas możliwe	1	2,38
Nie ma potrzeby prowadzenia takich treningów	8	19,05
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią był stosunek badanych do planowanej **roli domów pomocy społecznej jako lokalnych operatorów usług w procesie deinstytucjonalizacji**. Jak wykazały analizy empiryczne, transformacja dotychczasowego modelu opieki całodobowej i rozszerzenie funkcjonalności placówek o zintegrowane formy wsparcia środowiskowego stanowi znaczące wyzwanie systemowe, organizacyjne i kadrowe.

Analizując zgromadzone dane, należy wskazać dwie równoliczne grupy odpowiedzi, z których każda uzyskała po 30,95% wskazań. Pierwsza z nich reprezentuje jednoznaczne stanowisko, wedle którego obecnie placówka nie jest przygotowana do pełnienia tak zdefiniowanej roli. Wynik ten wskazuje na istotne deficyty zasobowe/ strukturalne, które uniemożliwiają podjęcie nowych zadań w obrębie środowiska lokalnego. Druga, równie liczna grupa respondentów (30,95%) zadeklarowała, że trudno jest im ocenić ten aspekt. Taki poziom niepewności może odzwierciedlać brak precyzyjnych wytycznych ustawowych, niedostateczną wiedzę na temat ram prawnych deinstytucjonalizacji lub obawy związane z wdrożeniem innowacyjnych rozwiązań metodycznych.

Na kolejnym miejscu znalazły się opinie sugerujące kompromisowe podejście – 26,19% ankietowanych stwierdziło, że placówka może pełnić rolę operatora, ale tylko w wybranych obszarach usług. Taka wybiórcza gotowość świadczy o tym, że domy pomocy społecznej dysponują pewnym, wyspecjalizowanym potencjałem wspierającym, jednak kompleksowe przejęcie obowiązków operatora środowiskowego wykracza poza ich aktualne możliwości.

Co dziesiąty badany dyrektor stoi na stanowisku, iż placówka jest częściowo przygotowana, lecz podjęcie nowych funkcji uwarunkowane jest wprowadzeniem dodatkowych zmian organizacyjnych lub kadrowych (11,91%). Dowodzi to świadomości konieczności inwestowania w rozwój kompetencji personelu oraz potrzebę modyfikacji wewnętrznych procedur zarządzania polityką społeczną na poziomie instytucji.

Tab.7.Stosunek badanych do planowanej roli DPS jako lokalnych operatorów usług w procesie deinstytucjonalizacji

Odpowiedzi	N	%
Placówka jest przygotowana do pełnienia takiej roli	0	0,00
Placówka jest częściowo przygotowana – potrzebne są dodatkowe zmiany organizacyjne lub kadrowe	5	11,91
Placówka może pełnić taką rolę tylko w wybranych obszarach usług	11	26,19
Obecnie placówka nie jest przygotowana do pełnienia takiej roli	13	30,95
Trudno ocenić	13	30,95
Ogółem	42	100,00

Następnym aspektem wymagającym omówienia była ocena możliwości realizacji poszczególnych usług środowiskowych przez domy pomocy społecznej w opinii badanych podmiotów. Jak wykazały analizy empiryczne, perspektywa transformacji tradycyjnych placówek całodobowych i włączania ich w nurt wsparcia otwartego wciąż wiąże się z dużą niepewnością kadry, co pozwala zachować neutralny i ostrożny stosunek do tempa zmian w otoczeniu mieszkańców.

Analizując zgromadzone dane należy zauważyć, że w połowie przypadków (50%) ankietowani nie potrafili jednoznacznie ocenić możliwości współtworzenia lokalnych sieci wsparcia przez ich placówki. Niewiele mniejszą niepewność odnotowano na drugim miejscu (47,62%) wobec inicjowania rozwiązań profilaktycznych i aktywizujących. Tak wysoki odsetek odpowiedzi niezdecydowanych **ukazuje, że domy pomocy społecznej nie mają obecnie w pełni wykrystalizowanej wizji i gotowości metodycznej do przejmowania ról w otwartym środowisku lokalnym.**

Niemal połowa badanych (42,86%) uznała, że ich placówka posiada możliwość inicjowania rozwiązań profilaktycznych i aktywizujących.

Z kolei 38,10% zadeklarowało iż posiada możliwości w zakresie prowadzenia usług wychwyceniowych. Blisko tych wartości ułożyły się odpowiedzi na poziomie 35,71% – wskazały one na możliwość współtworzenia lokalnych sieci wsparcia.

Z perspektywy mieszkańców tak zarysowane dane sugerują, że placówki rzadko całkowicie zamykają się na procesy readaptacji i deinstytucjonalizacji, jednak ich droga do pełnienia funkcji wielowymiarowych operatorów środowiskowych wymaga jeszcze pogłębionej diagnozy potrzeb, aby nie zdestabilizować podstawowej funkcji opiekuńczej domu.

Tab.8. Ocena możliwości realizacji poszczególnych usług środowiskowych przez DPS

Usługi środowiskowe	Tak N	Tak %	Nie N	Nie %	Trudno powiedzieć N	Trudno powiedzieć %
Świadczenie usług opiekuńczych lub specjalistycznych w domach osób wymagających tego rodzaju wsparcia	13	30,95	13	30,95	16	38,10
Prowadzenie usług wytchnieniowych	16	38,10	11	26,19	15	35,71
Współtworzenie lokalnych sieci wsparcia	15	35,71	6	14,29	21	50,00
Inicjowanie rozwiązań profilaktycznych i aktywizujących	18	42,86	4	9,52	20	47,62

Kolejnym zagadnieniem było tworzenie filii i mniejszych jednostek w strukturach domów pomocy społecznej. Jak wykazały analizy empiryczne, gotowość do strukturalnej deinstytucjonalizacji – oceniana z neutralnej perspektywy komfortu i bezpieczeństwa mieszkańców – wymaga rozważnego planowania. Analizując uzyskane dane należy stwierdzić, że **35,71% badanych zadeklarowało możliwość tworzenia mieszkań treningowych i wspomaganych. Jest to najbardziej preferowana forma, która oferuje mieszkańcom bezpieczną przestrzeń do stopniowej readaptacji i usamodzielniania przy jednoczesnym zachowaniu asekuracji ze strony specjalistów pracy socjalnej.**

Niemal co czwarty dyrektor DPS (23,81%) potwierdził gotowość do tworzenia pojedynczych zespołów mieszkalnych o ograniczonej liczbie mieszkańców. Niemal co piąty badany (19,05%) wskazał na możliwość tworzenia filii funkcjonujących bliżej lokalnej społeczności. Jest to rozwiązanie najrzadziej deklarowane przez placówki, jednak z perspektywy mieszkańców stanowiłoby cenną szansę na podtrzymanie więzi z otoczeniem zewnętrznym oraz skuteczną profilaktykę wykluczenia społecznego.

Tab.9. Tworzenie filii i mniejszych jednostek w strukturach DPS

Tworzenie filii i mniejszych jednostek w strukturach DPS	Tak N	Tak %	Nie N	Nie %	Trudno powiedzieć N	Trudno powiedzieć %
Tworzenie mieszkań treningowych i wspomaganych	15	35,71	15	35,71	12	28,57
Tworzenie pojedynczych zespołów mieszkalnych o ograniczonej liczbie mieszkańców	10	23,81	20	47,62	12	28,57
Tworzenie filii funkcjonujących bliżej lokalnej społeczności	8	19,05	16	38,10	18	42,86

Kolejną analizowaną kwestią był potencjał placówek do organizacji szkoleń w ramach procesu deinstytucjonalizacji. Jak wykazały analizy empiryczne, budowanie kompetencji kadr – oceniane z perspektywy dyrekcji DPS – ma kluczowe znaczenie dla podnoszenia jakości codziennie świadczonego wsparcia. Biorąc pod uwagę uzyskane dane potencjał

placówek w poszczególnych obszarach tematycznych należy zauważyć, że zdecydowana większość (59,52%) badanych zadeklarowało możliwość realizacji szkoleń z zakresu współpracy z rodzinami i opiekunami faktycznymi. Z perspektywy mieszkańca jest to aspekt priorytetowy, gdyż profesjonalne podtrzymywanie więzi z bliskimi wzmacnia naturalny system wsparcia i zapobiega poczuciu izolacji społecznej.

Połowa kadry kierowniczej (50%) wskazała na gotowość do prowadzenia szkoleń z zakresu podejścia opartego na podmiotowości i autonomii mieszkańców. Wdrażanie tego typu edukacji wśród personelu bezpośrednio sprzyja upodmiotowieniu podopiecznych, gwarantując poszanowanie ich praw, godności oraz możliwości decydowania o własnym życiu w warunkach instytucjonalnych.

Również podobny odsetek badanych, bo 40,48% potwierdził możliwość szkolenia w dziedzinie wsparcia osób o podwyższonych potrzebach opiekuńczych. Dla mieszkańców wymagających intensywnej pomocy, rozwój kompetencji opiekuńczo-pielęgnacyjnych kadry jest fundamentalnym warunkiem zapewnienia im optymalnego poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji zdrowotnej.

Z kolei co trzeci z nich (30,95%) zadeklarował potencjał do realizacji szkoleń z zakresu pracy środowiskowej.

Tab.10 .Potencjał placówek do organizacji szkoleń w ramach procesu deinstytucjonalizacji

Realizacja szkoleń z zakresu	Tak N	Tak %	Nie N	Nie %	Trudno powiedzieć N	Trudno powiedzieć %
Pracy środowiskowej	13	30,95	10	23,81	19	45,24
Wsparcia osób o podwyższonych potrzebach opiekuńczych	17	40,48	9	21,43	16	38,10
Współpracy z rodzinami i opiekunami faktycznymi	25	59,52	5	11,90	12	28,57
Podejścia opartego na podmiotowości i autonomii mieszkańców	21	50,00	6	14,29	15	35,71

Kolejną kwestią, którą wzięto pod uwagę było zaangażowanie kadry zarządzającej we wspieranie działań pracowniczych na rzecz usamodzielniania mieszkańców. Jak wykazały analizy empiryczne, wsparcie ze strony kierownictwa jest kluczowym elementem metodyki pracy socjalnej, które z neutralnej perspektywy mieszkańców gwarantuje stabilne i bezpieczne ramy dla procesów ewentualnej readaptacji. Rozkład uzyskanych odpowiedzi kształtuje się następująco: 47,62% badanych oceniło zaangażowanie dyrekcji na poziomie „raczej tak”. Wynik ten wskazuje na powszechną, pozytywną stymulację personelu do podejmowania działań aktywizujących, co daje mieszkańcom poczucie zinstytucjonalizowanego wsparcia w ich dążeniach do samodzielności. Z kolei 35,72%

respondentów odpowiedziało „zdecydowanie tak”. Z punktu widzenia mieszkańców tak silne i jednoznaczne poparcie ze strony kadry zarządzającej stanowi gwarancję najwyższych standardów pracy socjalnej, opartych na podmiotowości i prawach podopiecznych. Jedynie 9,52% ankietowanych wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Taka neutralność lub brak jednoznacznych dyrektyw może przekładać się na mniejszą dynamikę procesów usamodzielniania, utrzymując status quo opieki całodobowej.

Tab.11. Zaangażowanie kadry zarządzającej we wspieranie działań pracowniczych na rzecz usamodzielniania

Odpowiedzi	N	%
Zdecydowanie tak	15	35,72
Raczej tak	20	47,62
Raczej nie	2	4,76
Zdecydowanie nie	1	2,38
Trudno powiedzieć	4	9,52
Ogółem	42	100,00

II. Diagnoza (potencjałów i trudności) mieszkańców DPS do opuszczenia placówki

Badaną kadrę kierowniczą zapytano również o opinie w zakresie szacowanego odsetka mieszkańców wykazujących potencjał do usamodzielnienia się w perspektywie najbliższych dwóch lat. Jak wykazały analizy empiryczne, perspektywa readaptacji środowiskowej dotyczy niezwykle wąskiego grona podopiecznych. Dla **znakomitej większości seniorów dom pomocy społecznej stanowi najbardziej adekwatne, bezpieczne i docelowe środowisko zaspokajania ich wzmożonych potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych**. Aż 61,91% respondentów wskazało, że potencjał do usamodzielnienia wykazuje poniżej 2% mieszkańców placówki. Ten dominujący wynik dowodzi, że w niemal dwóch trzecich badanych instytucji procesy usamodzielniania mają zastosowanie jedynie incydentalne. Z perspektywy mieszkańców jest to sytuacja wysoce stabilizująca, chroniąca ich przed stresem adaptacyjnym i gwarantująca nieprzerwane poczucie bezpieczeństwa w ramach całodobowej opieki. Jedynie 7 badanych dyrektorów (16,67%) oszacowało ten odsetek na poziomie 2,1–10% mieszkańców placówki. A co dziesiąty (11,90%) badanych wybrał opcję „trudno powiedzieć”. Taka postawa odzwierciedla obiektywne trudności diagnostyczne w długoterminowej ocenie zmieniających się możliwości biopsychospołecznych mieszkańców.

Tab.12. Szacowany odsetek mieszkańców wykazujących potencjał do usamodzielnienia się w perspektywie najbliższych 2 lat

Odpowiedzi	N	%
Poniżej 2% mieszkańców placówki	26	61,91
2,1–10% mieszkańców placówki	7	16,67
11–20% mieszkańców placówki	0	0,00
Powyżej 20% mieszkańców placówki	0	0,00
Trudno powiedzieć	5	11,90
Inne	4	9,52
Ogółem	42	100,00

Odpowiedzi badanych dyrektorów w kategorii inne :

„Brak mieszkańek mających potencjał do usamodzielnienia”

„W placówce oceniamy, że potencjał do większego usamodzielnienia posiada jedynie niewielka grupa mieszkańców, 2–4 osób. Jednak mimo możliwości funkcjonalnych część z nich nie wykazuje chęci do podejmowania usamodzielnienia się.”

„Ze względu na typ domu przeznaczony dla osób przewlekle somatycznie chorych i osób w podeszłym wieku stan zdrowia naszych mieszkańców uniemożliwia powrót do środowiska”

„Mieszkańcy nie kwalifikują się”

Kolejną analizowaną kwestią były czynniki utrudniające mieszkańcom DPS opuszczenie placówki w opinii badanych. Jak wykazały analizy empiryczne, proces deinstytucjonalizacji napotyka na fundamentalne bariery, które z perspektywy ochronnej stanowią twardy dowód, iż dla zdecydowanej większości seniorów środowisko instytucjonalne jest miejscem najbardziej adekwatnym, gwarantującym poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji.

Analizując zgromadzone dane od najwyższego wskaźnika procentowego, absolutnie dominującą przeszkodą jest obiektywnie zły stan zdrowia mieszkańców oraz obawa o jego pogorszenie, na co wskazało aż 90,48% badanych. Na drugim miejscu uplasował się brak warunków mieszkaniowych w środowisku (73,81%), co dowodzi, że infrastruktura poza instytucjonalna rzadko jest w stanie zapewnić podopiecznym tak optymalny i dostosowany azyl bytowy, jakim dysponuje DPS. W dalszej kolejności 40,48% ankietowanych zwróciło uwagę na deficyty w zakresie podstawowej zaradności życiowej, czyli brak umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego, co uświadamia ryzyko kryzysu egzystencjalnego w przypadku presji na usamodzielnianie. Kolejną barierą jest obawa o brak środków finansowych (23,81%), która czyni z placówki pożądaną bufor chroniący u schyłku życia przed marginalizacją ekonomiczną. Identyczny wskaźnik na poziomie 11,90% odnotowano łącznie dla trzech ważnych czynników psychospołecznych: lęku przed samotnością, wygody i przyzwyczajenia do kompleksowej obsługi przez personel oraz braku wsparcia w środowisku otwartym. Te uwarunkowania dobitnie pokazują niezastąpioną funkcję integracyjną oraz wyręczającą instytucji, przedkładając komfort całodobowej opieki nad ryzyko izolacji. Całe zestawienie zamyka kategoria innych, niesprecyzowanych przyczyn, wskazana marginalnie przez 4,76% respondentów.

Tab.13. Czynniki utrudniające mieszkańcom DPS opuszczenie placówki w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Stan zdrowia mieszkańców / obawa o jego pogorszenie	38	90,48
Brak warunków mieszkaniowych w środowisku	31	73,81
Lęk przed samotnością	5	11,90
Obawa o brak środków finansowych	10	23,81
Brak umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego	17	40,48
Wygoda i przyzwyczajenie do obsługi przez personel	5	11,90
Brak wsparcia w środowisku	5	11,90
Inne	2	4,76

Dane nie sumują się do 100% ponieważ wybór był wielokrotny

Kolejną analizowaną kwestią były obszary funkcjonowania, w których mieszkańcy wykazują największe deficyty utrudniające ich usamodzielnianie. Jak wykazały analizy empiryczne, skala i głębokość tych dysfunkcji biopsychospołecznych stanowią niezbitą dowód na to, **że forsowanie deinstytucjonalizacji w tej grupie niesie ze sobą ogromne ryzyko,**

a całodobowa opieka instytucjonalna pozostaje optymalnym i w pełni usprawiedliwionym środowiskiem zabezpieczającym elementarne potrzeby życiowe seniorów.

Analizując zgromadzone dane w porządku malejącym od najwyższego wskaźnika procentowego, największą barierą okazały się trudności w załatwianiu spraw urzędowych, na co wskazało aż 78,57% badanych. Świadczy to o głębokiej bezradności mieszkańców wobec skomplikowanych procedur administracyjnych, w których personel DPS pełni niezbędną, wyręczającą funkcję ochronną. Na drugim miejscu znalazły się deficyty w zakresie zarządzania budżetem własnym (73,81%, N=31), co bezpośrednio narażałoby usamodzielnionych podopiecznych na marginalizację ekonomiczną i nadużycia w otwartym społeczeństwie. Równie alarmujący jest brak samodzielności w utrzymywaniu higieny osobistej i otoczenia, zidentyfikowany przez 71,43% (N=30) respondentów, co stanowi fundamentalny argument przeciwko opuszczaniu instytucji z uwagi na drastyczne ryzyko degradacji biologicznej. W dalszej kolejności 66,67% (N=28) ankietowanych wymieniło deficyty w dbaniu o stan zdrowia, co w przypadku wielochorobowości wieku podeszłego czyni stały nadzór pielęgnacyjno-medyczny w DPS absolutnie nieodzownym. Znaczącą przeszkodą jest także niezdolność do samodzielnego przygotowywania posiłków (64,29%, N=27), co w warunkach pozainstytucjonalnych rodziłoby bezpośrednie zagrożenie niedożywieniem. Ponad połowa badanych (57,14%, N=24) dostrzegła ponadto poważne trudności w funkcjonowaniu w relacjach społecznych, co potwierdza, że ustrukturyzowana społeczność DPS tworzy dla nich najbardziej przystępną i bezpieczną sieć wsparcia, chroniąc przed izolacją w środowisku otwartym. Zestawienie zamyka kategoria innych, niesprecyzowanych dysfunkcji, wskazana marginalnie przez zaledwie 4,76% (N=2) respondentów.

Tab.14. Obszary funkcjonowania, w których mieszkańcy wykazują największe deficyty utrudniające ich usamodzielnienie.

Odpowiedzi	N	%
Dbanie o stan zdrowia	28	66,67
Zarządzanie budżetem własnym	31	73,81
Załatwianie spraw urzędowych	33	78,57
Samodzielne przygotowywanie posiłków	27	64,29
Utrzymywanie higieny osobistej i otoczenia	30	71,43
Funkcjonowanie w relacjach społecznych	24	57,14
Inne	2	4,76

Dane nie sumują się do 100% ponieważ wybór był wielokrotny

Kolejną analizowaną kwestią było stosowanie wystandaryzowanych narzędzi oceny samodzielności mieszkańców pod kątem możliwości zamieszkania w środowisku. Jak wykazały analizy empiryczne, rzetelna i wielowymiarowa diagnoza potencjału

podopiecznych jest kluczowa, by zapobiegać pochopnym i ryzykownym decyzjom o usamodzielnianiu, a tym samym gwarantować seniorom ciągłość niezbędnej, całodobowej opieki.

Analizując zgromadzone dane należy zauważyć, że dominującą praktyką jest cykliczne stosowanie wystandaryzowanych narzędzi do oceny funkcjonowania mieszkańca (np. Skala Bartel), co zadeklarowało aż 69,05% badanych. Taki wynik dowodzi, że personel DPS prowadzi stały, profesjonalny monitoring stanu biopsychospołecznego, który systematycznie weryfikuje i potwierdza konieczność utrzymania wsparcia instytucjonalnego, chroniąc przed narażeniem podopiecznych na trudy i wyzwania życia poza placówką. Na drugim miejscu znalazły się podmioty (16,67%), w których formalna standaryzacja nie jest stosowana, a diagnoza opiera się na bezpośredniej, codziennej obserwacji mieszkańców przez kadrę. Niewielki odsetek badanych, bo 9,52% respondentów wskazał, że narzędzia te są stosowane wyłącznie jednorazowo, przy przyjęciu mieszkańca do DPS.

Tab.15. Stosowanie wystandaryzowanych narzędzi oceny samodzielności mieszkańców pod kątem możliwości zamieszkania w środowisku.

Odpowiedzi	N	%
Tak, stosujemy cyklicznie do oceny funkcjonowania mieszkańca DPS	29	69,05
Tak, stosujemy tylko przy przyjęciu mieszkańca do DPS	4	9,52
Nie, ocena opiera się na obserwacji mieszkańców DPS	7	16,67
Inne	2	4,76
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią był poziom motywacji mieszkańców do życia poza placówką w opinii dyrektorów DPS. Jak wykazały analizy empiryczne, wewnętrzne nastawienie samych podopiecznych jest niezwykle istotnym wskaźnikiem, który jednoznacznie potwierdza, że dla seniorów środowisko instytucjonalne stanowi dobrowolnie akceptowany, bezpieczny azyl, a forsowanie procesów usamodzielniania byłoby działaniem wbrew ich fundamentalnym potrzebom i oczekiwaniom.

Analizując zgromadzone dane należy zauważyć, że absolutnie dominującą postawą wśród mieszkańców jest **bardzo niski poziom motywacji do opuszczenia placówki połączony z wyraźną niechęcią do takiej zmiany**, na co wskazało aż 64,29% badanych dyrektorów. Wynik ten stanowi bezsporny dowód na to, że **seniorzy odnajdują w DPS pożądane poczucie stabilizacji, komfortu i bezpieczeństwa, a perspektywa powrotu do otwartego środowiska budzi w nich zrozumiały opór i jest postrzegana jako bezpośrednie zagrożenie dla ich wypracowanego dobrostanu**. Na drugim miejscu znalazł się umiarkowany poziom motywacji, który odnotowało 16,67% respondentów. Taka zachowawcza postawa wprost

wynika z realistycznej samooceny ograniczonych z wiekiem możliwości biopsychospołecznych, co skłania mieszkańców do docenienia kompleksowej opieki jako bezpieczniejszej alternatywy dla samodzielnej egzystencji. Czterech dyrektorów (9,52%) miało trudność z diagnozą tego obszaru, wybierając odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Dodatkowo należy nadmienić, że badania dyrektorzy wspominali o złym stanie zdrowia osób starszych jako głównej barierze mającej wpływ na niską motywację lub jej brak do opuszczenia placówki. Oto wybrane odpowiedzi:

„Brak możliwości powrotu do środowiska ze względu na stan zdrowia”

„Niektórzy, mimo chęci, nie będą w stanie podjąć próby samodzielnego życia ze względu na stan zdrowia fizycznego i psychicznego”

„Brak motywacji ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający funkcjonowanie w środowisku”

Tab.16. Poziom motywacji mieszkańców do życia poza placówką w opinii dyrektorów DPS

Odpowiedzi	N	%
Bardzo niski – nie chcę tego	27	64,29
Umiarkowany	7	16,67
Wysoki	1	2,38
Trudno powiedzieć	4	9,52
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

III. Przygotowanie merytoryczne kadry do procesu usamodzielniania mieszkańca DPS

Kolejną analizowaną kwestią była ocena wiedzy pracowników DPS na temat procesu usamodzielniania mieszkańców. Jak wykazały analizy empiryczne, poziom kompetencji personelu w tym specyficznym obszarze dowodzi, że paradygmat deinstytucjonalizacji w naturalny sposób nie wpisuje się w priorytety opieki senioralnej, gdzie nadrzędnym celem pracy socjalnej pozostaje zapewnienie bezpieczeństwa, stabilizacji i ciągłości wsparcia opiekuńczego, a nie sztuczne stymulowanie do opuszczenia placówki. Wiedza w tym zakresie oceniona została na różnym poziomie. Jedna trzecia badanej kadry (33,34%) oceniła wiedzę pracowników jako wystarczającą, co pozwala na stwierdzenie, że kadra dysponuje adekwatnym zasobem informacji, który skutecznie pozwala na diagnozę możliwości mieszkańców, ale przede wszystkim umożliwia rzetelną ocenę ryzyka i ochronę podopiecznych przed nieprzemyślanymi próbami usamodzielniania. Na drugim miejscu znalazły się wskazania pokazujące, że odsetek 30,95% wskazał na niski poziom wiedzy w tym zakresie. Blisko jedna czwarta respondentów (23,81%) miała trudność z diagnozą, wybierając opcję „trudno określić”. Taka postawa uświadamia, że proces usamodzielniania jest zjawiskiem które budzi różnorodne wątpliwości. Tylko 7,14% ankietowanych oceniło tę wiedzę jako bardzo niską.

Tab.17. Ocena wiedzy pracowników DPS na temat procesu usamodzielniania mieszkańców

Odpowiedzi	N	%
Bardzo wysoka	2	4,76
Wystarczająca	14	33,34
Niska	13	30,95
Bardzo niska	3	7,14
Trudno określić	10	23,81
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią było uczestnictwo kadry pracowniczej w szkoleniach dotyczących deinstytucjonalizacji. Analizy empiryczne, wskazują, że zaangażowanie personelu w tę tematykę nie jest priorytetem opieki instytucjonalnej. Raczej to kadra kierownicza na tę chwilę uczestniczy w tego typu doskonaleniu. Analizując zgromadzone dane można zauważyć, że w ponad połowie badanych placówek (57,14%) w szkoleniach z tego zakresu uczestniczyła właśnie wyłącznie kadra kierownicza oraz specjaliści. Na drugim miejscu uplasowały się domy, w których w ogóle nie realizowano tego typu szkoleń, co stanowiło 33,34% wskazań. Jedynie 3 dyrektorów DPS (7,14%) respondentów zadeklarowało, że w szkoleniach wdrożeniowych z tego obszaru uczestniczy większość kadry.

Tab.18. Uczestnictwo kadry pracowniczej w szkoleniach dotyczących deinstytucjonalizacji

Odpowiedzi	N	%
Tak, większość kadry uczestniczy/a	3	7,14
Tylko kadra kierownicza i specjaliści uczestniczą/czyli	24	57,14
Nie było takich szkoleń	14	33,34
Dopiero kadra będzie się rozpoznawać w tym temacie szkoleń	1	2,38
Inne	0	0,00
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią były główne braki odczuwane przez kadrę DPS w pracy nad usamodzielnianiem podopiecznych. Jak wykazały analizy empiryczne, wdrażanie procesów deinstytucjonalizacji w opinii badanych obnaża istotne trudności organizacyjne. Badania wykazały, że największą barierą okazał się brak czasu na pracę indywidualną z mieszkańcem DPS, na co wskazało niemal połowa, bo 45,24% badanych. Kolejną trudnością okazała się brak wiedzy o systemie wsparcia zewnętrznego, zgłoszony przez 30,95% respondentów. Kolejną pozycję zajmuje brak narzędzi metodycznych i diagnostycznych, odnotowany przez 9,52% badanych. Marginalny odsetek zaledwie 2,38% wskazało na brak superwizji i wsparcia psychologicznego.

Tabela 19. Główne braki odczuwane przez kadrę DPS w pracy nad usamodzielnianiem podopiecznych

Odpowiedzi	N	%
Czasu na pracę indywidualną z mieszkańcem DPS	19	45,24
Narzędzi metodycznych i diagnostycznych	4	9,52
Wiedzy o systemie wsparcia zewnętrznego	13	30,95
Superwizji i wsparcia psychologicznego	1	2,38
Inne	5	11,91
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią były postawy kadry DPS wobec procesu usamodzielniania mieszkańców w opinii badanych. Jak wykazały analizy empiryczne, stosunek personelu do deinstytucjonalizacji jest wysoce zachowawczy, co dowodzi, iż profesjonaliści na co dzień pracujący z seniorami doskonale zdają sobie sprawę z nierealności oraz zagrożeń płynących z wdrażania tego procesu wobec osób starszych.

Badania wykazały że absolutnie dominującą postawą wśród kadry jest postawa neutralna, oznaczająca brak wyrobionego zdania w tym temacie, co odnotowano w niemal połowie badanych przypadków (47,62%). Na drugim miejscu znalazły się deklaracje respondentów, którym trudno było jednoznacznie ocenić tę postawę (35,71%). Tak wysoki poziom powściągliwości potwierdza jedynie, że środowisko instytucjonalne dostrzega te kwestie jako bardzo trudne zadanie obarczone wieloma ryzykami. Kolejne 14,29% badanych wprost

wskazało na postawę negatywną pracowników, czyli jednoznaczny sprzeciw wobec wdrażania procesów usamodzielniania mieszkańców. Z punktu widzenia dobra seniorów jest to głos wysoce racjonalny i chroniący, wynikający z empirycznej diagnozy głębokich deficytów biopsychospołecznych, które czynią pozainstytucjonalną egzystencję bezpośrednim zagrożeniem dla ich stabilności życiowej. Jedynie jedna osoba wykazała postawę pozytywną, popierającą usamodzielnianie.

Tab. 20. Postawy kadry DPS wobec procesu usamodzielniania mieszkańców w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Postawę pozytywną – są za wdrażaniem procesu usamodzielniania mieszkańców	1	2,38
Postawę negatywną – są przeciw wdrażaniu procesu usamodzielniania mieszkańców	6	14,29
Postawę neutralną – nie mają zdania na ten temat	20	47,62
Trudno mi ocenić	15	35,71
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią była ocena poziomu lęku personelu przed odpowiedzialnością za losy usamodzielnianego mieszkańca. Jak wykazały analizy empiryczne, kadra kierownicza przejawia obiektywne i w pełni uzasadnione obawy, które stanowią niezwykle istotny sygnał, potwierdzający, że środowisko otwarte niesie za sobą nieprzewidywalne zagrożenia dla osób starszych.

Analizując zgromadzone dane widać, że w równej połowie przypadków (50%) odnotowano wysoki poziom lęku, wynikający wprost z obawy przed powrotem mieszkańca do placówki lub wystąpieniem trudnych, kryzysowych sytuacji w środowisku. Na drugim miejscu uplasowała się grupa respondentów, którym trudno było jednoznacznie ocenić to zjawisko, co stanowiło 38,10% wskazań. Zaledwie 9,52% badanych określiło ów lęk kadry na poziomie średnim. Jedynie jeden ankietowany wskazał na niski poziom obaw, charakteryzujący się tym, iż personel nie obawia się zbytnio o losy podopiecznego poza placówką.

Tab.21. Ocena poziomu lęku personelu przed odpowiedzialnością za losy usamodzielnianego mieszkańca

Odpowiedzi	N	%
Wysoki – obawa przed „powrotem mieszkańca” lub trudnymi sytuacjami w środowisku	21	50,00
Średni	4	9,52
Niski – nie obawiają się zbytnio tego	1	2,38
Trudno mi ocenić	16	38,10
Ogółem	42	100,00

IV. Przepisy prawne / dostosowane procedury usamodzielniania mieszkańców DPS

Kolejną analizowaną kwestią było występowanie spisanej, wewnętrznej procedury usamodzielniania mieszkańca w badanych placówkach. Jak wykazały analizy empiryczne, stopień formalizacji tego obszaru na poziomie wewnątrzzakładowym jest niewielki, co obiektywnie odzwierciedla specyfikę opieki całodobowej oraz profil samych mieszkańców, dla których dom pomocy społecznej stanowi zazwyczaj docelowe środowisko życia.

Zdecydowana większość badanych – aż 85,71% – zadeklarowała brak wyodrębnionych wewnętrznie procedur, wskazując, że w tym zakresie działania podejmowane są wyłącznie w oparciu o ogólne przepisy ustawy o pomocy społecznej. Ten dominujący wynik ukazuje, że tworzenie uszczegółowionych algorytmów readaptacji środowiskowej nie stanowi powszechnego standardu, co jest bezpośrednio uwarunkowane rzadkością występowania samego zjawiska opuszczania placówek przez seniorów. Na drugim miejscu znalazło się 9,53% domów pomocy społecznej, które wskazały, że znajdują się aktualnie w trakcie opracowywania takich wewnętrznych regulacji. Oznacza to, że pewna część instytucji dostrzega potrzebę ustrukturyzowania procedur postępowania w obrębie wyzwań związanych z deinstytucjonalizacją. W dalszej kolejności odnotowano dwie kategorie odpowiedzi, które uzyskały identyczny wynik po 2,38% – dotyczyły one wariantu „inne” oraz 1 przypadku domu pomocy społecznej gdzie w opinii dyrekcji tej placówki wdrożona procedura usamodzielniania jest szczegółowa i znana pracownikom. Fakt, iż tak marginalny odsetek domów dysponuje w pełni wypracowanym i funkcjonującym standardem przygotowania do wyjścia świadczy o początkowym okresie wdrażania tego procesu w Polsce w opiece instytucjonalnej.

Tab.22. Występowanie spisanej, wewnętrznej procedury usamodzielniania mieszkańca w badanych placówkach

Odpowiedzi	N	%
Tak, jest szczegółowa i znana pracownikom	1	2,38
Jest, ale rzadko stosowana	0	0,00
Jesteśmy w trakcie opracowywania takich wewnętrznych regulacji	4	9,53
Nie ma, działamy w oparciu o ustawę o pomocy społecznej	36	85,71
Inne	1	2,38
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowaną kwestią była ocena obowiązujących regulacji prawnych pod kątem ułatwiania usamodzielniania mieszkańców placówki. Jak wykazały analizy empiryczne, jakość i przejrzystość otoczenia legislacyjnego odgrywa istotną rolę w kształtowaniu metodyki pracy socjalnej, a z perspektywy mieszkańców stabilne ramy prawne stanowią gwarancję niezawodności i bezpieczeństwa systemu opieki całodobowej. Analizując zgromadzone dane należy zauważyć, że największa grupa badanych (30,95%) uznała, że obowiązujące przepisy są niespójne i niejasne. Taki stan prawny utrudnia kadrze planowanie i zarządzanie ewentualnym procesem readaptacji, co naturalnie skłania instytucje do utrzymywania bezpiecznego status quo i kontynuowania stabilnej opieki wewnątrz placówki. Na drugim miejscu znalazły się opinie wskazujące na neutralny charakter regulacji prawnych wobec procesów deinstytucjonalizacji, co zadeklarowało 23,81% respondentów. Co piąty badany dyrektor DPS (19,05%) ocenił aktualne ramy legislacyjne wprost jako barierę utrudniającą usamodzielnianie. Dopiero na czwartej pozycji, ze wskaźnikiem na poziomie 14,29% odnotowano głosy twierdzące, iż regulacje prawne sprzyjają usamodzielnianiu. Grupa 11,9% respondentów miała trudność z dokonaniem jednoznacznej odpowiedzi, wybierając opcję „trudno powiedzieć”. Taki rozkład danych empirycznych dowodzi, że **obecne otoczenie prawne nie dostarcza kadrze DPS spójnych impulsów do przeprowadzania procesu deinstytucjonalizacji, co sprzyja koncentracji placówek na ich podstawowej misji opiekuńczej.**

Tab.23. Ocena obowiązujących regulacji prawnych pod kątem ułatwiania usamodzielniania mieszkańców placówki

Odpowiedzi	N	%
Sprzyjają usamodzielnianiu	6	14,29
Są neutralne	10	23,81
Są barierą	8	19,05
Są niespójne i niejasne	13	30,95
Trudno powiedzieć	5	11,90
Ogółem	42	100,00

Analiza danych empirycznych ukazuje trudności w obszarze deinstytucjonalizacji opieki oraz słabą koordynację działań między domami pomocy społecznej a gminami pochodzenia mieszkańców. Proces reintegracji ze środowiskiem lokalnym napotyka na wyraźne bariery systemowe, na co wskazuje fakt, iż aż 54,76% badanych placówek deklaruje całkowity brak współpracy z samorządami w zakresie przenoszenia podopiecznych do środowiska otwartego. Co więcej, nawet w przypadkach, gdy współpraca jest podejmowana, 19,5% respondentów ocenia ją jako proces wysoce problematyczny i długotrwały. Deficyt dobrych praktyk uwydatnia odsetek zaledwie 14,29% instytucji wskazujących na sprawną współpracę, podczas gdy pozostałe 11,9% badanych udzieliło odpowiedzi "inne".

Tab.24. Współpraca DPS z gminami pochodzenia mieszkańców w zakresie ich przeniesienia do środowiska lokalnego

Odpowiedzi	N	%
Tak, współpraca układa się dobrze	6	14,29
Tak, ale jest to proces długotrwały i problematyczny	8	19,05
Nie	23	54,76
Inne	5	11,90
Ogółem	42	100,00

Analiza empiryczna procedur regulujących współpracę między domami pomocy społecznej (DPS) a ośrodkami pomocy społecznej (OPS) lub centrami usług społecznych (CUS) w procesie usamodzielniania mieszkańców ukazuje deficyt standaryzacji tych działań. Aż 52,38% badanych placówek wskazuje na całkowity brak jakichkolwiek sformalizowanych ram współpracy w momencie przekazywania opieki nad klientem do środowiska lokalnego. Powyższy problem systemowy pogłębia fakt, iż w 35,71% instytucji koordynacja ta bazuje wyłącznie na nieformalnych kontaktach między pracownikami, co osłabia stabilność instytucjonalną i czyni proces wsparcia wysoce podatnym na rotację kadr. Zaledwie 1 jednostka pomocy społecznej (2,38%) deklaruje posiadanie oficjalnych procedur transferu podopiecznych, podczas gdy pozostałe 9,52% ujęto w kategorii odpowiedzi "inne".

Tab.25. Istnienie procedur regulujących współpracę między DPS a OPS/CUS w momencie przekazywania opieki nad usamodzielnianym mieszkańcem

Odpowiedzi	N	%
Tak	1	2,38
Bazują na nieformalnych kontaktach pracowników	15	35,71
Brak jakichkolwiek procedur współpracy w tym zakresie	22	52,38
Inne	4	9,52
Ogółem	42	100,00

Analiza głównych barier prawnych utrudniających usamodzielnianie mieszkańców domów pomocy społecznej wskazuje na istnienie poważnych luk w zakresie systemowego zabezpieczenia podopiecznych poddanych procesowi deinstytucjonalizacji. Zgromadzone dane wskazują, iż aż **50% badanych placówek jako kluczową przeszkodę podaje brak możliwości szybkiego powrotu do instytucji w przypadku niepowodzenia reintegracji**, co wymusza konieczność ponownego przechodzenia przez uciążliwą procedurę kwalifikacyjną. Powyższą barierę wzmacnia fakt, że 23,81% respondentów dostrzega problem w utracie prawa do miejsca w placówce z chwilą wymeldowania, co generuje wśród mieszkańców silny opór oraz lęk przed bezdomnością. Kolejnym istotnym ograniczeniem jest niekompatybilność lokalnej polityki mieszkaniowej z systemem wsparcia, na co wskazuje 7,14% instytucji zmagających się ze sztywnymi kryteriami dochodowymi w gminach, które blokują dostęp do lokali komunalnych osobom utrzymującym się z niskich świadczeń, takich jak renta czy zasiłek stały. Pozostałe 19,5% wskazań ujęto w kategorii odpowiedzi innych, jednakże ich dookreślenie przez respondentów dodatkowo uwypukla

ekonomiczne trudności usamodzielniania, strukturalne braki w zasobach lokalowych samorządów oraz deficyty w fizycznym i psychicznym potencjale samych mieszkańców.

Tab.26. Główne bariery prawne utrudniające usamodzielnianie mieszkańców przebywających w placówkach

Odpowiedzi	N	%
Brak możliwości powrotu do DPS bez ponownej procedury kwalifikacyjnej w razie niepowodzenia	21	50,00
Utrata prawa do miejsca w DPS z chwilą wymeldowania, co rodzi lęk przed bezdomnością	10	23,81
Sztywne kryteria dochodowe w gminach, uniemożliwiające przyznanie lokalu komunalnego osobie z rentą/zasiłkiem stałym	3	7,14
Inne	8	19,05
Ogółem	42	100,00

Analiza percepcji przepisów regulujących odpłatność za pobyt w domach pomocy społecznej jako potencjalnej bariery w procesie usamodzielniania mieszkańców ukazuje silne zróżnicowanie ocen w badanej populacji placówek. Zgromadzone dane empiryczne wskazują, iż największy odsetek kadry zarządzającej stanowiący 35,72%, nie upatruje w obowiązującym systemie finansowania opieki przeszkody dla deinstytucjonalizacji i włączenia społecznego. Jednocześnie znaczna część ankietowanych wykazuje wyraźną ambiwalencję w tym obszarze, na co wskazuje 33,33% odpowiedzi sklasyfikowanych w grupie podmiotów mających trudność z jednoznacznym określeniem wpływu tych regulacji. Z drugiej strony, łącznie blisko jedna trzecia badanych instytucji dostrzega negatywny wpływ obciążeń finansowych na zdolność podopiecznych DPS do usamodzielniania. W tej grupie 23,81% jednostek uznaje rygory odpłatności za barierę w pewnym stopniu, natomiast 7,14% kategorycznie potwierdza ich dysfunkcyjny charakter, wprost wskazując na mechanizm partycypacji w kosztach – skutkujący obligatoryjnym pobieraniem 70% dochodu podopiecznego – jako czynnik bezpośrednio blokujący akumulację kapitału niezbędnego do rozpoczęcia samodzielnego funkcjonowania.

Tab.27. Ocena przepisów o odpłatności za pobyt w placówce jako bariery w usamodzielnianiu podopiecznych

Odpowiedzi	N	%
Tak, to jest bariera (70% dochodu zabierane)	3	7,14
W pewnym stopniu tak	10	23,81
Nie stanowią bariery	15	35,72
Trudno określić	14	33,33
Ogółem	42	100,00

Analiza wpływu procedur związanych z ochroną danych osobowych (RODO) na jakość koordynacji międzyinstytucjonalnej w systemie pomocy społecznej ukazuje, iż regulacje te nie stanowią w opinii większości placówek bariery dla sprawnego przepływu informacji. Zgromadzone dane dowodzą, że znaczna część respondentów, obejmująca 45,24% badanych podmiotów, uważa, iż rygory prawne w tym zakresie pozostają bez wpływu na płynność transferu danych o mieszkańcach pomiędzy instytucjami. Niemniej jednak, zauważalny odsetek jednostek dostrzega pewne komplikacje administracyjno-biurokratyczne, na co wskazuje 35,72% ankietowanych oceniających, że procedury RODO w sposób nieznaczny utrudniają wymianę informacji niezbędnych do efektywnego sprawowania opieki i wsparcia mieszkańcom DPS. Jedynie 11,9% placówek identyfikuje omawiane przepisy jako czynnik znacząco dysfunkcyjny, wyraźnie hamujący współpracę sieciową i komunikację między podmiotami zaangażowanymi w proces wsparcia. Pozostałe 7,14% wskazań ujęto w kategorii odpowiedzi „inne”.

Tab.28 .Ocena procedur RODO jako czynnika utrudniającego przepływ informacji o mieszkańcu między instytucjami

Odpowiedzi	N	%
Tak, znacząco utrudniają	5	11,90
Nieznacznie utrudniają	15	35,72
Nie mają wpływu	19	45,24
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Analiza postulatów dotyczących pożądaných innowacji systemowych, mających na celu optymalizację procesu deinstytucjonalizacji, ukazuje wyraźną potrzebę wdrożenia elastycznych i bezpiecznych form wsparcia. Zgromadzone dane empiryczne wskazują, iż największe oczekiwania badanych placówek koncentrują się na minimalizacji ryzyka ponoszonego przez usamodzielnianego klienta; aż 38,1% respondentów postuluje wprowadzenie sformalizowanej procedury „zamieszkania próbnego”, gwarantującej podopiecznemu prawo powrotu do instytucji w określonym czasie (np. w okresie trzymiesięcznym) w przypadku niepowodzenia reintegracji. Równie istotnym kierunkiem zmian, artykułowanym przez 33,33% podmiotów, jest stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających płynne, pozbawione nadmiernych rygorów biurokratycznych przekształcanie części tradycyjnych miejsc w domach pomocy społecznej na mieszkania treningowe. Ponadto 14,29% instytucji wskazuje na konieczność twardych uregulowań ustawowych w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego, które obligatoryjnie łączyłyby infrastrukturę lokalową z dedykowanym, środowiskowym pakietem usług opiekuńczych i asystenckich. Na potrzebę ujednolicenia procedur usamodzielniania dla wszystkich grup docelowych wskazuje jedynie 4,76% jednostek.

Tab.29. Najbardziej pożądane nowe rozwiązania w celu usprawnienia procesu deinstytucjonalizacji w badanych placówkach

Odpowiedzi	N	%
Ustawa o mieszkalnictwie wspomaganym, gwarantująca pakiet usług przy mieszkaniu	6	14,29
Procedura „zamieszkania próbnego” z zachowaniem prawa powrotu do DPS (np. miejsce czeka na mieszkańca przez jakiś czas np. przez 3 miesiące)	16	38,10
Możliwość płynnego przekształcania części miejsc w DPS na mieszkania treningowe bez skomplikowanych procedur	14	33,33
Ujednolicenie procesu usamodzielnienia dla wszystkich grup	2	4,76
Inne	4	9,52
Ogółem	42	100,00

V. Aspekty finansowe procesu usamodzielniania mieszkańców DPS

Analiza empiryczna potencjału ekonomicznego mieszkańców domów pomocy społecznej w kontekście ich usamodzielnienia ukazuje różnorodne trudności w zakresie zdolności do samofinansowania po opuszczeniu placówki opieki całodobowej. Największy odsetek badanych instytucji, wynoszący 35,72%, ocenia zgromadzone przez podopiecznych środki jako całkowicie niewystarczające do podjęcia niezależnego funkcjonowania w środowisku otwartym. Z kolei 30,95% respondentów uznaje te zasoby za wystarczające jedynie częściowo, co implikuje konieczność uruchomienia dodatkowych, systemowych mechanizmów wsparcia finansowego ze strony służb społecznych. Niespełna 1/5 ankietowanych, stanowiąca 23,81%, ma trudność z jednoznacznym oszacowaniem adekwatności tych środków, co może wynikać z wysokiej nieprzewidywalności kosztów życia w społeczności lokalnej lub silnie zróżnicowanej sytuacji materialnej poszczególnych mieszkańców DPS. Marginalny odsetek 2,38% placówek deklaruje pełną wystarczalność kapitału podopiecznych do samodzielnej egzystencji. Podsumowując można wysnuć wniosek, że niskie dochody stanowią fundamentalną barierę dla procesu deinstytucjonalizacji.

Tab.30. Ocena wystarczalności środków finansowych mieszkańców na pokrycie kosztów funkcjonowania w środowisku po opuszczeniu DPS

Odpowiedzi	N	%
Środki byłyby wystarczające do samodzielnego funkcjonowania w środowisku	1	2,38
Środki byłyby częściowo wystarczające – potrzebne byłoby dodatkowe wsparcie finansowe	13	30,95
Środki byłyby niewystarczające do funkcjonowania w środowisku	15	35,72
Trudno ocenić	10	23,81
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Analiza dostępności gminnego wsparcia finansowego dla mieszkańców domów pomocy społecznej w okresie przejścia do środowiska lokalnego ujawnia znaczące dysfunkcje w obszarze lokalnej polityki społecznej. Znamienny jest całkowity brak wskazań świadczących o adekwatności i pełnej dostępności tego rodzaju pomocy dla usamodzielnianych podopiecznych. Zgromadzone dane empiryczne dowodzą, iż największy odsetek badanych placówek, wynoszący 45,24%, ma trudności z jednoznaczną oceną sytuacji, co wynika z faktu iż proces ten jeszcze się nie rozpoczął w Polsce. Wśród podmiotów potrafiących zdiagnozować ten obszar dominują wskazania wskazujące na strukturalną niewydolność systemu; 21,43% respondentów deklaruje, że pomoc materialna bywa dostępna, jednak wyłącznie w ograniczonym wymiarze.

Tab.31. Ocena dostępności pomocy finansowej udzielanej przez gminy dla mieszkańców DPS planujących przejście do życia w środowisku

Odpowiedzi	N	%
Pomoc finansowa jest dostępna i udzielana w wystarczającym zakresie	0	0,00
Pomoc finansowa jest dostępna, ale najczęściej w ograniczonym zakresie	9	21,43
Pomoc finansowa jest przyznawana sporadycznie	7	16,67
Pomoc finansowa rzadko jest przyznawana lub jej uzyskanie jest utrudnione	6	14,28
Trudno ocenić	19	45,24
Inne	1	2,38
Ogółem	42	100,00

Diagnoza najpoważniejszych barier finansowych utrudniających proces usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej ukazuje wielowymiarowość zjawiska wykluczenia ekonomicznego, które stanowi trudność we wdrażaniu zjawiska deinstytucjonalizacji. Zgromadzone dane dowodzą, iż główną przeszkodę wskazywaną przez 59,52% badanych placówek, stanowi drastyczna dysproporcja pomiędzy wysokimi kosztami wynajmu i utrzymania lokalu na wolnym rynku a głębokim deficytem kompetencji podopiecznych w zakresie racjonalnego gospodarowania budżetem osobistym. Sytuację tę potęguje zjawisko ubóstwa osób starszych, wynikające z niskiego poziomu otrzymywanych świadczeń rentowych i emerytalnych, co jako barierę identyfikuje 57,14% respondentów. Złożoność problematyki ekonomicznej pogłębia zjawisko nawarstwiających się zadłużeń mieszkańców (obejmujących m.in. egzekucje komornicze, zaległości czynszowe czy zobowiązania alimentacyjne), które stanowi fundamentalne ograniczenie według połowy, czyli 50% badanych dyrektorów DPS. Ponadto brak oszczędności na pokrycie kosztów usamodzielniania (takich jak kaucja mieszkaniowa i doposażenie lokalu), a także trudności w pozyskiwaniu funduszy na niezbędne usługi wspierające w środowisku (opiekuńcze, asystenckie czy transportowe), postrzegane są jako istotne ograniczenia przez 19,05% ankietowanych w każdym z tych dwóch obszarów.

Tab.32. Najpoważniejsze bariery finansowe utrudniające mieszkańcom proces usamodzielniania

Odpowiedzi	N	%
Niskie świadczenia rentowe / emerytalne	24	57,14
Brak umiejętności gospodarowania pieniędzmi	25	59,52
Koszty wynajmu i utrzymania mieszkania na wolnym rynku	25	59,52
Brak oszczędności umożliwiających pokrycie kosztów przejścia (np. kaucja mieszkaniowa, doposażenie mieszkania)	8	19,05
Zadłużenia mieszkańców (np. zajęcia komornicze, zaległości czynszowe, zobowiązania alimentacyjne)	21	50,00
Trudności w zabezpieczaniu środków na usługi wspierające w środowisku (np. opiekuńcze, asystenckie, transport)	8	19,05
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

VI. Wsparcie środowiskowe i dostępność usług w środowisku lokalnym

Analiza gotowości gmin do zabezpieczenia usług opiekuńczych dla mieszkańców powracających ze struktur zinstytucjonalizowanych do środowiska lokalnego ujawnia trudności w zakresie wydolności lokalnej infrastruktury wsparcia. Zgromadzone dane wskazują, iż największy odsetek badanych placówek, wynoszący aż 42,86%, wyraża jednoznacznie negatywną ocenę, twierdząc, że samorzady nie zdołają zagwarantować niezbędnego zaplecza usługowego w procesie usamodzielniania podopiecznych. Aż 1/3 (33,33%) respondentów ma trudność z określeniem potencjału gmin w tym obszarze. Nawet w przypadkach, w których samorzady wykazują chęć współpracy, napotykają na strukturalne ograniczenia – 14,29% ankietowanych wskazuje, że gminy podejmują współpracę, lecz jednocześnie sygnalizują poważne braki kadrowe w sektorze usług środowiskowych. Zaledwie 4,76% instytucji deklaruje pełne przekonanie o gotowości samorządów do chętniej współpracy i realnego zabezpieczenia świadczeń.

Tab.33. Ocena gotowości gmin do zabezpieczenia usług opiekuńczych w przypadku powrotu mieszkańca do środowiska

Odpowiedzi	N	%
Gminy chętnie współpracują i moim zdaniem zabezpieczą usługi opiekuńcze w przypadku powrotu mieszkańca do środowiska	2	4,76
Gminy podejmują współpracę, ale wskazują na braki kadrowe w usługach	6	14,29
Gminy w mojej opinii nie zabezpieczą usług opiekuńczych w przypadku powrotu mieszkańca do środowiska	18	42,86
Trudno powiedzieć	14	33,33
Inne	2	4,76
Ogółem	42	100,00

Kolejną analizowana kwestią była dostępność mieszkań gminnych (socjalnych lub komunalnych) jako realna bariera w usamodzielnianiu podopiecznych w opinii badanych. Ukazała ona deficyt infrastrukturalny, stanowiący fundamentalną barierę dla procesu deinstytucjonalizacji. Aż 71,43% badanych placówek jednoznacznie identyfikuje ten aspekt jako główną przeszkodę w usamodzielnianiu podopiecznych, kładąc nacisk na wieloletni czas oczekiwania na przydział odpowiedniego lokum. Znamienny jest przy tym całkowity brak wskazań potwierdzających proaktywną postawę gmin w zabezpieczaniu mieszkań dla osób opuszczających domy pomocy społecznej, jak również brak odpowiedzi upatrujących problemu wyłącznie w niskim standardzie dostępnych zasobów.

Jednocześnie zauważalny jest fakt, że 26,19% respondentów ma trudność z jednoznaczną oceną sytuacji.

Tab.34. Dostępność mieszkań gminnych (socjalnych lub komunalnych) jako realna bariera w usamodzielnianiu podopiecznych w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Tak, to główna bariera – czas oczekiwania jest wieloletni	30	71,43
Tak, problem dotyczy głównie standardu lokali	0	0,00
Problem występuje sporadycznie – gminy starają się znajdować lokale dla osób opuszczających DPS	0	0,00
Trudno powiedzieć	11	26,19
Inne	1	2,38
Ogółem	42	100,00

Dostępność zewnętrznej opieki medycznej dla usamodzielnianych mieszkańców domów pomocy społecznej była kolejnym elementem diagnozy. Jak wykazały analizy kluczową barierą, identyfikowaną przez 45,25% badanych placówek, **jest krytycznie niski dostęp do opieki specjalistycznej, w tym zwłaszcza psychiatrycznej, i to pomimo deklarowanej dostępności świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**. Skalę systemowej dysfunkcji potęguje fakt, że aż 26,19% respondentów ocenia terenowy system opieki zdrowotnej jako skrajnie niewydolny i strukturalnie niezdolny do zabezpieczenia adekwatnego wsparcia medycznego dla tej specyficznej grupy mieszkańców domów pomocy społecznej. Ponadto na zjawisko wykluczenia przestrzennego i komunikacyjnego wskazuje 9,52% podmiotów, dla których główną przeszkodą jest brak transportu sanitarnego do placówek medycznych na terenach gmin wiejskich. Zaledwie 9,52% ankietowanych ocenia dostępność usług medycznych jako dobrą, potwierdzając obecność odpowiednich przychodni i specjalistów w środowisku. Jak wynika z analiz badania potwierdzają braki specjalistyczne, transportowe lub całkowitą niewydolność sieci zabezpieczenia medycznego.

Tab.35. Dostępność zewnętrznej opieki medycznej dla usamodzielnianych mieszkańców w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Dostępność jest dobra – w środowisku funkcjonują odpowiednie przychodnie i specjaliści	4	9,52
Dostępny jest lekarz POZ, ale dostęp do psychiatry/specjalistów w środowisku jest krytycznie niski	19	45,25
Największym problemem jest brak długoterminowej opieki pielęgniarstwa w domu pacjenta	0	0,00
Barierą jest brak transportu sanitarnego do placówek medycznych w gminach wiejskich	4	9,52
System opieki zdrowotnej w terenie jest niewydolny i nie jest w stanie zapewnić opieki medycznej naszym mieszkańcom	11	26,19
Inne	4	9,52
Ogółem	42	100,00

Analiza danych empirycznych dotycząca relacji instytucjonalnych pomiędzy domami pomocy społecznej a ośrodkami pomocy społecznej (OPS) i centrami usług społecznych (CUS) w procesie usamodzielniania podopiecznych ujawnia trudności we współpracy oraz integracji usług na poziomie lokalnym. Zgromadzone dane dowodzą, iż największy odsetek badanych placówek, wynoszący aż 42,85%, ocenia tę potencjalną współpracę jako słabą, wprost wskazując na barierę w postaci niechęci jednostek środowiskowych do przejmowania odpowiedzialności za tzw. "trudnego" klienta powracającego z opieki całodobowej. Zjawisko to potęguje silna biurokratyzacja relacji – dla 21,43% instytucji kontakt z OPS lub CUS ma charakter ściśle sformalizowany i ogranicza się wyłącznie do wymiany pism urzędowych, co wyklucza elastyczne, zindywidualizowane podejście właściwe opiece nad seniorem. Aż 16,67% respondentów deklaruje całkowity brak jakiegokolwiek współpracy z lokalnymi służbami społecznymi. Pozytywne przykłady współdziałania zostały wyrażone jedynie przez 1 placówkę (2,38%) która ocenia tę kooperację z gminnymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej bardzo dobrze. Można zatem sądzić, że zdecydowana większość, bo łącznie niemal 81% wskazań ocenia tę współpracę jako słabą, formalną lub nieistniejącą.

Tab.36. Ocena współpracy z ośrodkami pomocy społecznej (OPS) i centrami usług społecznych (CUS) w procesie usamodzielniania podopiecznych

Odpowiedzi	N	%
Bardzo dobrze	1	2,38
Formalnie – kontakt ogranicza się do wymiany pism urzędowych.	9	21,43
Słabo – OPS-y / CUS-y niechętnie przejmują odpowiedzialność za „trudnego” klienta wracającego z DPS.	18	42,85
Brak współpracy	7	16,67
Inne	7	16,67
Ogółem	42	100,00

Analiza wpływu braku opieki wytchnieniowej na decyzje rodzin o rezygnacji ze wsparcia środowiskowego na rzecz opieki zinstytucjonalizowanej ukazuje, iż czynnik ten nie stanowi głównej dominanty w badanej populacji placówek. Największy odsetek respondentów, stanowiący 38,1%, uważa, że brak form wytchnieniowych raczej nie jest kluczową przyczyną, wskazując w zamian na fundamentalny problem braku odpowiednich warunków do sprawowania opieki lub całkowitego zerwania więzi rodzinnych z mieszkańcem. Kolejne 9,52% instytucji kategorycznie odrzuca ten czynnik jako bezpośredni powód rezygnacji z opieki. Niemniej jednak, dla części podmiotów problem ten pozostaje odczuwalny – 16,67% ankietowanych przyznaje, że deficyt usług wytchnieniowych ma pewien wpływ na decyzje bliskich, choć prymat wiodą w tym przypadku obciążenia finansowe i mieszkaniowe rodzin. Z kolei 9,52% respondentów zdecydowanie potwierdza, że lęk przed całodobowym

obciążeniem pielęgnacyjnym (w trybie 24/7) i brakiem możliwości odpoczynku determinuje umieszczenie klienta w placówce całodobowej. Zauważalny odsetek badanych, wynoszący 19,05%, ma trudność z jednoznaczną oceną tego zjawiska, co może wynikać ze złożoności uwarunkowań poszczególnych przypadków. Pozostałe 7,14% odpowiedzi sklasyfikowano w kategorii „inne”, gdzie w odpowiedziach jakościowych respondenci dodatkowo uwypuklają istotność barier architektonicznych, aktywność zawodową członków rodziny oraz wymóg zapewnienia specjalistycznego wsparcia osobom przewlekle chorym i starszym.

Tab.37. Ocena braku opieki wytchnieniowej w środowisku jako przyczyny rezygnacji rodzin z opieki nad mieszkańcem

Odpowiedzi	N	%
Zdecydowanie tak – rodziny boją się braku możliwości odpoczynku od opieki 24/7	4	9,52
W pewnym stopniu tak, ale ważniejsze są kwestie finansowe/mieszkaniowe rodziny	7	16,67
Raczej nie – rodziny najczęściej nie mają warunków lub więzi są zerwane	16	38,10
Nie	4	9,52
Trudno ocenić	8	19,05
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Jak wykazały analizy empiryczne **główną trudnością występującą w środowisku lokalnym stanowiącą barierę w usamodzielnianiu podopiecznych wskazywaną przez 45,24% badanych placówek, jest brak mieszkań wspomaganych, co stanowi ogromną trudność we wdrażaniu polityki deinstytucjonalizacji.** Niemal równie doniosłym problemem jest terytorialny wymiar wykluczenia społecznego – aż 42,86% respondentów diagnozuje niską dostępność usług wspierających w środowiskach wiejskich jako czynnik drastycznie ograniczający możliwości bezpiecznej i trwałej reintegracji mieszkańców DPS. Brak transportu publicznego dla osób z niepełnosprawnością w środowisku jako barierę wskazuje jedynie 2,38% instytucji.

Tab.38. Główne trudności występujące w środowisku lokalnym stanowiące barierę w usamodzielnianiu podopiecznych

Odpowiedzi	N	%
Brak mieszkań wspomaganych	19	45,24
Brak transportu publicznego dla osób z niepełnosprawnością w środowisku	1	2,38
Niska dostępność usług w środowiskach wiejskich	18	42,86
Inne	4	9,52
Ogółem	42	100,00

Elementy systemu wsparcia środowiskowego wymagające najpilniejszego wzmocnienia w kontekście bezpiecznej deinstytucjonalizacji były kolejnym zagadnieniem poddanym analizie. Jak wykazały badania spora grupa kadry kierowniczej wskazuje na kluczową rolę zintegrowanej infrastruktury społecznej. Jak wynika z analizy empirycznej połowa badanych dyrektorów – czyli 50% badanych placówek, jako priorytetową i absolutnie niezbędną interwencję wskazuje **rozwój mieszkalnictwa wspomaganego, połączonego z gwarantowanym, dedykowanym pakietem usług środowiskowych**. Kolejne postulaty, wskazywane przez trzy równoliczne grupy respondentów – po 14,29% wskazań każda – tworzą trójfilarowy model koniecznych reform oparcia społecznego. Podmioty te akcentują po pierwsze palącą potrzebę zwiększenia dostępności i wymiaru godzinowego usług opiekuńczych świadczonych bezpośrednio w miejscu zamieszkania klienta, po drugie – konieczność radykalnej poprawy dostępu do specjalistycznej opieki medycznej w terenie, ze szczególnym uwzględnieniem deficytowych obszarów psychiatrii i geriatricznej, a po trzecie – postulat stworzenia spójnego, sformalizowanego systemu koordynacji działań między domami pomocy społecznej a ośrodkami pomocy społecznej czy centrami usług społecznych. Stosunkowo najmniejszy odsetek ankietowanych, wynoszący 7,13%, wskazuje na konieczność zabezpieczenia sieci nieformalnej, domagając się wzmocnienia wsparcia finansowego oraz wytchnieniowego dla opiekunów faktycznych i rodzin podopiecznych.

Tab.39. Elementy systemu wsparcia środowiskowego wymagające najpilniejszego wzmocnienia w celu bezpiecznej deinstytucjonalizacji

Odpowiedzi	N	%
Rozwój mieszkalnictwa wspomaganego z gwarantowanym pakietem usług	21	50,00
Zwiększenie dostępności i liczby godzin usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania	6	14,29
Poprawa dostępu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej i geriatricznej w terenie	6	14,29
Stworzenie systemu koordynacji między DPS a OPS/CUS	6	14,29
Wzmocnienie wsparcia dla opiekunów faktycznych (rodzin) – finansowe i wytchnieniowe	3	7,13
Ogółem	42	100,00

VII. Zasoby wsparcia w postaci rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego

Analiza empiryczna nastawienia środowiska rodzinnego do procesu deinstytucjonalizacji i usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej ujawnia deficyt kapitału społecznego w naturalnych sieciach oparcia mieszkańców domów pomocy społecznej. Zgromadzone dane pokazują, że aż 45,24% badanych dyrektorów DPS stoi na stanowisku, że większość mieszkańców wykazujących potencjał do reintegracji w ogóle nie utrzymuje relacji z rodziną. Sytuację dodatkowo komplikuje silny opór ze strony bliskich w tych przypadkach, gdzie więzi zostały zachowane – 23,81% respondentów wskazuje, że rodziny zdecydowanie sprzeciwiają się opuszczeniu placówki przez mieszkańca, nierzadko traktując instytucję całodobową jako ostateczne rozwiązanie własnych trudności z opieką nad seniorem. Kolejne 14,29% instytucji dostrzega wyraźne postawy asekuracyjne, w których rodziny nie blokują procesu deinstytucjonalizacji wprost, jednakże artykułują wobec niego liczne obawy. Pozytywne lub neutralne wzorce zaangażowania bliskich stanowią absolutny margines opisywanej rzeczywistości – zaledwie 2,38% ankietowanych deklaruje, że rodziny inicjują rozmowy o powrocie podopiecznego do środowiska, a identyczny odsetek (2,38%) obserwuje bierną akceptację decyzji mieszkańca, za którą nie idzie jednak żadne realne wsparcie pomocowe.

Tab.40. Nastawienie środowiska rodzinnego do procesu deinstytucjonalizacji i usamodzielniania mieszkańców

Odpowiedzi	N	%
Rodziny same inicjują rozmowy o powrocie do środowiska ich bliskich	1	2,38
Rodziny akceptują decyzję mieszkańca, ale nie angażują się w pomoc	1	2,38
Rodziny wyrażają liczne obawy, ale nie blokują wprost procesu	6	14,29
Rodziny zdecydowanie sprzeciwiają się wyjściu ich bliskiej osoby z DPS	10	23,81
Większość mieszkańców rokujących na usamodzielnienie nie utrzymuje relacji z rodziną	19	45,24
Inne	5	11,90
Ogółem	42	100,00

Wśród głównych powodów niechęci rodzin do przejęcia opieki nad usamodzielnianym mieszkańcem ujawniły się kluczowe bariery mające podłoże psychologiczno-organizacyjne oraz relacyjne. Wyniki badań wskazują, że zdecydowaną dominantą, wskazywaną przez 61,9% badanych placówek, jest **lęk bliskich przed obciążeniem obowiązkami opiekuńczymi, co wprost wynika z deficytu sił, braku specjalistycznej wiedzy oraz trudności w godzeniu funkcji opiekuńczych z aktywnością zawodową**. Drugą najpoważniejszą przeszkodę, wskazywaną przez 19,05% respondentów, stanowi trudna historia relacji wewnątrzrodzinnych, trwale obciążona dawnymi konfliktami, przemocą czy uzależnieniami. W znacznie mniejszym stopniu o rezygnacji decydują bezpośrednio kwestie finansowe, na które wskazuje 4,76% instytucji, czy też wygoda połączona z przekonaniem, że to placówka całodobowa jest optymalnym środowiskiem dla chorej, starszej osoby, na co wskazał jedynie 1 reprezentant placówki (2,38%). Nikt z badanych nie upatrywał problemu w obiektywnym braku odpowiednich warunków lokalowych, takich jak na przykład zbyt mały metraż mieszkania.

Tab.41. Główne powody niechęci rodzin do przejęcia opieki nad mieszkańcem w opinii respondentów

Odpowiedzi	N	%
Obiektywny brak warunków lokalowych (zbyt mały metraż)	0	0,00
Lęk przed obciążeniem opieką (brak sił, wiedzy, konieczność pracy zawodowej)	26	61,90
Trudna historia relacji (konflikty, przemoc, uzależnienia w przeszłości)	8	19,05
Kwestie finansowe	2	4,76
Wygoda i przekonanie, że instytucja najlepiej zaopiekuje się chorym	1	2,38
Inne	5	11,91
Ogółem	42	100,00

Z punktu widzenia podejmowanego zagadnienia interesujący wydawał się odsetek mieszkańców posiadających rodziny, którzy mogą liczyć na ich wsparcie materialno-organizacyjne w procesie usamodzielniania w opinii badanej kadry zarządzającej DPS. Analiza empiryczna dowodzi, że w opinii niemal połowy badanych (47,62%) żaden z mieszkańców nie może liczyć na tego rodzaju pomoc rodziny w procesie deinstytucjonalizacji. Kolejne 16,67% respondentów szacuje dostępność wsparcia na poziomie nieprzekraczającym 25% ogółu podopiecznych. Jednocześnie bardzo wysoki odsetek badanych ma trudność z jednoznaczną oceną zjawiska (28,57%). Taki rozkład odpowiedzi uwidacznia słabnące relacje wewnątrzrodzinne lub ich całkowite wygaszenie. Można zatem wysnuć wniosek, że w procesie inkluzji społecznej nie można polegać na zasobach mikrosystemu rodzinnego, co wymusza przejęcie ciężaru materialnego i organizacyjno-opiekuńczego przez formalne, instytucjonalne instrumenty lokalnej polityki społecznej.

Tab.42. Odsetek mieszkańców posiadających rodziny, którzy mogą liczyć na ich wsparcie materialno-organizacyjne w procesie usamodzielniania

Odpowiedzi	N	%
Powyżej 75%	0	0,00
Pomiędzy 50% a 75%	0	0,00
Pomiędzy 25% a 50%	1	2,38
Poniżej 25%	7	16,67
Praktycznie nikt nie może liczyć na taką pomoc	20	47,62
Trudno powiedzieć	12	28,57
Inne	2	4,76
Ogółem	42	100,00

Diagnoza stopnia integracji podopiecznych domów pomocy społecznej ze środowiskiem lokalnym ukazuje, w przeciwieństwie do diagnozowanych wcześniej barier instytucjonalnych i finansowych, relatywnie wysoki poziom inkluzji na płaszczyźnie relacji mikrospołecznych i przestrzennych. Zgromadzone dane dowodzą, iż większość badanych pozytywnie ocenia codzienną integrację mieszkańców ze społecznością lokalną. Aż 33,33% respondentów wskazuje, że podopieczni swobodnie poruszają się po okolicy i w pełni korzystają z lokalnych usług. Co więcej, w przypadku 1/3 badanych (30,95%) instytucji integracja ta przybiera formę pogłębioną – klienci są rozpoznawalni, obdarzani sympatią oraz włączani w lokalne wydarzenia. Z kolei dla 19,05% ankietowanych relacje podopiecznych z otoczeniem otwartym mają charakter wyłącznie sporadyczny i sformalizowany, podczas gdy 14,29% placówek wskazuje, że mieszkańcy DPS rzadko wchodzi w interakcje z otoczeniem. Skrajne przejawy stygmatyzacji i marginalizacji, manifestujące się otwartą niechęcią lub lękiem ze strony sąsiadów, wskazywane były jedynie przez 2,38%.

Tab.43. Stopień integracji podopiecznych ze środowiskiem lokalnym w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Tak, mieszkańcy są znani, lubiani i zapraszani na wydarzenia lokalne	13	30,95
Tak, mieszkańcy swobodnie poruszają się po okolicy i korzystają z usług	14	33,33
Kontakty naszych mieszkańców są sporadyczne i sformalizowane	8	19,05
Mieszkańcy DPS rzadko wchodzi w interakcje z otoczeniem	6	14,29
Mieszkańcy DPS spotykają się z niechęcią lub lękiem ze strony sąsiadów	1	2,38
Ogółem	42	100,00

Analiza empiryczna reakcji społecznych towarzyszących mieszkańcom domów pomocy społecznej w trakcie prób samodzielnego funkcjonowania poza placówką ujawnia zróżnicowany, choć w dużej mierze bierny stosunek otoczenia do procesu włączenia

społecznego. Zgromadzone dane wskazują, iż dominującą postawą wskazywaną przez ponad 1/3 badanych dyrektorów DPS (38,1% badanych placówek) jest społeczna obojętność. Z drugiej strony, niewiele mniejszy odsetek respondentów, wynoszący 33,33%, odnotowuje reakcje nacechowane życzliwością i chęcią niesienia pomocy, co stanowi istotny zasób kapitału społecznego wspierający działania z zakresu deinstytucjonalizacji. Niemniej jednak, znacząca część podopiecznych wciąż zderza się z barierami natury mentalnej i stygmatyzacją. Jest to co piąty badany, bowiem aż 21,43% instytucji wskazuje na niechęć i dystans ze strony otoczenia. Natomiast 7,14% badanych wskazuje na zjawisko nadmiernej litości, która, utrwalając stereotyp niesamodzielnej ofiary, bezpośrednio zaburza proces budowania podmiotowości i autonomii klienta. Optymistycznym wskaźnikiem pozostaje przy tym całkowity brak wskazań na występowanie otwartej wrogości czy agresji wobec usamodzielnianych mieszkańców.

Tab.44. Reakcje społeczne najczęściej towarzyszące mieszkańcom w trakcie prób samodzielnego funkcjonowania poza placówką

Odpowiedzi	N	%
Z życzliwością i chęcią pomocy	14	33,33
Z obojętnością	16	38,10
Z nadmierną litością	3	7,14
Z niechęcią i dystansem	9	21,43
Z otwartą wrogością lub agresją	0	0,00
Ogółem	42	100,00

VIII. Ryzyko powrotu do placówki

Analiza empiryczna szacowanego ryzyka powrotu mieszkańców do domów pomocy społecznej w pierwszych dwóch latach po ich usamodzielnieniu wskazuje na **wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zjawiska powrotu do placówki**. Zgromadzone dane dowodzą, że aż 54,76% badanych placówek ocenia to ryzyko jako bardzo wysokie, uznając niepowodzenie tranzycji i ponowny powrót do placówki za scenariusz niemal pewny dla większości podopiecznych. Tę pesymistyczną diagnozę wzmacnia fakt, iż kolejne 26,19% respondentów szacuje wspomniane ryzyko jako wysokie, wskazując, że dotyczy ono znacznej części usamodzielnianych podopiecznych. Pozytywne rokowania stanowią margines opisywanej rzeczywistości – zaledwie 4,77% ankietowanych ocenia ryzyko powrotu jako niskie, przy czym kategorycznie warunkuje ten stan jakością wsparcia zabezpieczonego w środowisku lokalnym oraz w rodzinie. Odsetek instytucji mających trudność z jednoznacznym oszacowaniem tego zjawiska wyniósł 7,14%, a identyczną wartość (7,14%) odnotowano w przypadku odpowiedzi ujętych w kategorii „inne”. Wyniki te wskazują, że bez uprzedniego wdrożenia na gruncie polityki społecznej mechanizmów asekuracyjnych oraz siatki zintegrowanych usług środowiskowych, proces włączenia społecznego osób opuszczających opiekę całodobową pozbawiony jest fundamentów gwarantujących bezpieczeństwo socjalne i trwałość usamodzielnienia.

Tab.45. Szacowane ryzyko powrotu do DPS w pierwszych dwóch latach po usamodzielnieniu (na podstawie profilu funkcjonowania mieszkańców)

Odpowiedzi	N	%
Ryzyko jest bardzo wysokie, powrót jest niemal pewny dla większości	23	54,76
Ryzyko jest wysokie dotyczy znacznej części mieszkańców	11	26,19
Ryzyko niskie, zależne od jakości wsparcia w środowisku i w rodzinie	2	4,77
Trudno oszacować	3	7,14
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Diagnoza najbardziej prawdopodobnych czynników determinujących niepowodzenie procesu usamodzielniania mieszkańców domów pomocy społecznej ukazuje, iż **główne ryzyka związane z niepowodzeniem procesu usamodzielnienia koncentrują się w obszarach biologiczno-zdrowotnym oraz kompetencyjno-ekonomicznym**. Zgromadzone dane dowodzą, że kluczową przyczyną wskazywaną przez ponad połowę badanych placówek (52,38%), jest przewidywane pogorszenie stanu zdrowia podopiecznych, dla tej grupy klientów w warunkach braku całodobowej opieki jest bardzo niebezpieczne. Drugą najpoważniejszą barierą, identyfikowaną przez 26,19% respondentów, jest trudna sytuacja finansowa i pewnego rodzaju nieporadność finansowa, która może prowadzić do ryzyka zadłużenia i ryzyka eksmisji. Ponadto 9,53% instytucji upatruje źródła niepowodzeń w głębokich deficytach umiejętności życiowych, polegających na bezradności klientów wobec tak podstawowych czynności dnia codziennego, jak prowadzenie gospodarstwa domowego czy załatwianie spraw urzędowych. Niewielki odsetek badanych wskazuje natomiast na problem czynnych uzależnień oraz wypaleniu sił opiekunów nieformalnych – obie te zmienne uzyskały zaledwie po 2,38% wskazań. Nikt z badanych nie wskazał na samotność i izolację społeczną jako główny czynnik niepowodzenia.

Tab.46. Najbardziej prawdopodobne przyczyny niepowodzenia procesu usamodzielnienia w opinii respondentów.

Odpowiedzi	N	%
Pogorszenie stanu zdrowia	22	52,38
Samotność i izolacja społeczna mieszkańców prowadząca do depresji	0	0,00
Nieporadność finansowa (zadłużenie, utrata płynności, eksmisja)	11	26,19
Wypalenie sił rodziny/opiekunów nieformalnych	1	2,38
Bezradność wobec codziennych czynności (zakupy, urzędy, gotowanie)	4	9,53
Uzależnienia	1	2,38
Inne	3	7,14
Ogółem	42	100,00

Kolejnym analizowanym zagadnieniem było zjawisko lęku przed samodzielnością. Z uzyskanych danych wynika, iż osoby starsze po prostu przejawiają lęk przed opuszczeniem placówki, co jest całkowicie zrozumiałe i zbieżne z psychologicznymi mechanizmami funkcjonowania osoby starszej. Zgromadzone dane dowodzą, że dla największej grupy respondentów, stanowiącej 45,24% badanych placówek, strach przed wolnością jawi się jako wysoce realne zagrożenie, wynikające z faktu, iż podopieczni odczuwają pełne bezpieczeństwo wyłącznie w murach znanej im instytucji. Niemal równie liczna grupa ankietowanych, obejmująca 42,86% podmiotów, postrzega ów lęk jako zagrożenie nieco

mniejszej wagi, jednakże zwraca uwagę na wysoce niebezpieczne zjawisko mechanizmów obronnych w postaci idealizowania życia „na zewnątrz”, co nieuchronnie implikuje ryzyko drastycznego zderzenia z wymogami samodzielnej egzystencji. Optymizm w zakresie gotowości psychicznej klientów przejawia zaledwie 2,38% instytucji.

Tab.47. Ryzyko wystąpienia lęku przed samodzielnością (wolnością) wśród mieszkańców w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Jest to realne zagrożenie, mieszkańcy czują się bezpiecznie tylko w murach DPS	19	45,24
Jest to niewielkie zagrożenie, jednak część mieszkańców idealizuje życie „na zewnątrz”, a potem zderzy się z rzeczywistością	18	42,86
Nie dostrzegam takiego ryzyka	1	2,38
Inne	4	9,52
Ogółem	42	100,00

Analiza empiryczna trwałości deklarowanego wsparcia dla mieszkańców domów pomocy społecznej ze strony ich rodzin ukazuje niestabilność i wysoką kruchość nieformalnych sieci opiekuńczych w procesie deinstytucjonalizacji. Zgromadzone dane wskazują, iż w opinii respondentów wsparcie rodziny jest wysoce uwarunkowane i obarczone ogromnym ryzykiem szybkiego wypalenia. Największy odsetek badanych placówek rozkłada się symetrycznie (po 35,71% wskazań) pomiędzy dwiema kluczowymi diagnozami: z jednej strony kategorycznie wskazuje się, że ryzyko wycofania się bliskich z deklarowanej opieki już po zaledwie kilku miesiącach jest bardzo wysokie, z drugiej zaś podkreśla się, że zachowanie trwałości tego wsparcia ma charakter relatywny, zależąc ściśle od stopnia samodzielności samego podopiecznego oraz siły więzi łączących go z krewnymi. Pesymistyczne prognozy

w tym obszarze wzmacnia kolejne 9,53% instytucji, które wprost konstatują, że rodziny nader często nie doceniają realnego trudu opiekuńczego i w efekcie szybko rezygnują z podjętego zobowiązania. Optymistyczne założenie, iż bliscy raczej podołają temu wyzwaniu wskazała 1 placówka (2,38% ankietowanych). Zauważalna grupa respondentów, obejmująca 16,67%, ma trudność z jednoznacznym prognozowaniem trwałości tego zaangażowania.

Tab.48. Trwałość deklarowanego wsparcia dla mieszkańców ze strony ich rodzin w opinii respondentów.

Odpowiedzi	N	%
Ryzyko wycofania się rodziny (po kilku miesiącach) z deklarowanej opieki jest bardzo wysokie	15	35,71
Rodziny często nie doceniają trudu opieki i szybko rezygnują	4	9,53
Zależy to od stopnia samodzielności mieszkańca i więzi łączących rodzinę z mieszkańcem	15	35,71
Rodziny raczej podążają wyzwaniu	1	2,38
Trudno powiedzieć	7	16,67
Ogółem	42	100,00

Ostatnim analizowanym zagadnieniem były postulowane zabezpieczenia systemowe ukierunkowane na minimalizację ryzyka powrotu do placówki usamodzielnianych klientów. Analiza uzyskanych danych uwydatnia **konieczność wdrożenia wielowymiarowego modelu wsparcia na poziomie lokalnym**. Zgromadzone dane dowodzą, że w opinii badanych placówek priorytetowe znaczenie ma ochrona i wzmacnianie naturalnych sieci oparcia, na co wskazuje aż większość, bo aż 52,38% respondentów domagających się realnego wsparcia dla rodzin przejmujących opiekę nad podopiecznym. Fundamentalną rolę w procesie bezpiecznej tranzycji odgrywają również usługi asystenckie oraz odpowiednia infrastruktura lokalowa – konieczność przydzielenia asystenta w środowisku lokalnym (z częstotliwością wizyt wynoszącą minimum dwa razy w tygodniu) oraz wymóg zapewnienia dostępności mieszkań wspomaganych zyskały poparcie po 38,10% ankietowanych podmiotów dla każdego z tych rozwiązań. Istotnym mechanizmem buforującym ryzyko ostatecznej porażki powrotu do placówki jest także elastyczność instytucjonalna, wyrażająca się w postulacie 30,95% instytucji dotyczącym zagwarantowania klientom możliwości korzystania z „pobytów wytchnieniowych” w domach pomocy społecznej w momentach nagłego kryzysu. Co piąta placówka (23,81% respondentów) wskazuje na pilną potrzebę stworzenia gwarancji finansowych, funkcjonujących na przykład jako specjalny dodatek do renty, które pozwalałyby mieszkańcom na komercyjnie opłacenie brakujących usług rynkowych.

Tab.49.. Niezbędne zabezpieczenia systemowe minimalizujące ryzyko powrotu do placówki (w opinii badanych)

Odpowiedzi	N	%
Przydzielenie asystenta w środowisku lokalnym, który odwiedzałby mieszkańca min. 2 razy w tygodniu	16	38,10
Gwarancja finansowa (dodatek do renty) pozwalająca na opłacenie usług rynkowych	10	23,81
Dostępność mieszkań wspomaganych	16	38,10
Możliwość korzystania z „pobytów wytchnieniowych” w DPS w momentach kryzysu	13	30,95
Realne wsparcie dla rodzin przejmujących opiekę	22	52,38
Ogółem	42	100,00

Wnioski końcowe

Na podstawie przeprowadzonych badań można wysnuć kilka kluczowych wniosków mających znaczenie dla praktyki pomocowej:

- 1) Zdecydowana większość domów pomocy społecznej (57,14%) nie posiada w swoich dokumentach strategicznych zapisów ukierunkowanych na usamodzielnianie i wspieranie autonomii mieszkańców. Tradycyjny, opiekuńczy model funkcjonowania instytucji wciąż dominuje nad podejściem opartym na podmiotowości.
- 2) Stan zdrowia mieszkańców oraz obawa przed jego regresem stanowią kluczową subiektywną i obiektywną barierę wyjścia z placówki (90,48%). Dla przeważającej większości seniorów i osób zależnych DPS stanowi docelowe, stabilne środowisko zabezpieczenia potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych.
- 3) Prawie dwie trzecie mieszkańców (64,29%) wykazuje bardzo niski poziom motywacji do opuszczenia placówki, co w połączeniu z lękiem przed samodzielnością (identyfikowanym w ponad 88% placówek) wskazuje na wysokie poczucie zależności od instytucji. Proces usamodzielnienia w perspektywie dwuletniej dotyczy poniżej 2% mieszkańców w 61,91% domów.
- 4) Potencjalni kandydaci do usamodzielnienia wykazują w opinii dyrektorów DPS skumulowane deficyty w obszarach istotnych dla niezależnej egzystencji: radzenia sobie z procedurami administracyjno-urzędowymi (78,57%), zarządzania budżetem domowym (73,81%) oraz utrzymywania elementarnej higieny i dbania o zdrowie.
- 5) Relacje pomiędzy DPS a środowiskowymi instytucjami pomocy społecznej (OPS/CUS) oraz gminami pochodzenia mieszkańców charakteryzują się wysokim stopniem formalności. Ponad połowa placówek (52,38%) wskazuje na całkowity brak procedur regulujących moment przekazywania opieki, a współpraca ma najczęściej charakter wyłącznie formalny lub incydentalny, z zauważalną tendencją struktur środowiskowych do unikania odpowiedzialności za „trudnego klienta”.
- 6) Gminy nie wykazują instytucjonalnej i infrastrukturalnej gotowości do przejęcia opieki nad osobami opuszczającymi DPS. Głównymi barierami makrospołecznymi są drastyczny brak mieszkań wspomaganych (45,24%), wieloletni czas oczekiwania na lokale komunalne (71,43%), niedostępność specjalistycznej opieki medycznej (psychiatrycznej/geriatrycznej) oraz niskie dochody i nierzadko zadłużenia komornicze samych podopiecznych (50%).
- 7) Naturalne sieci wsparcia są w tym obszarze niewydolne – aż 45,24% mieszkańców rokujących na usamodzielnienie nie utrzymuje relacji z rodziną. W przypadkach, gdy więzi istnieją, dominuje lęk bliskich przed przeciążeniem rolą opiekuna (61,90%) oraz wysokie, ponad 80-procentowe ryzyko szybkiego wycofania się rodziny z deklarowanej pomocy.

- 8) Aż 80,95% kadry zarządzającej szacuje ryzyko niepowodzenia procesu usamodzielnienia i powrotu osoby starszej do placówki całodobowej jako wysokie lub bardzo wysokie.

Proces usamodzielnienia mieszkańców DPS w województwie lubelskim, marzec 2026 r. (aut. prof. dr hab. A. Kanios)

Szanowni Państwo, realizacja przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Lubelskiego wskazała na potrzebę identyfikacji możliwości usamodzielnienia mieszkańców domów pomocy społecznej.

W związku z tym w ramach projektu "Efektywna polityka społeczna w województwie lubelskim", przystąpiliśmy do przeprowadzenia przedmiotowego badania. Będziemy wdzięczni za udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

I. DIAGNOZA MOŻLIWOŚCI PLACÓWKI DO PROCESU USAMODZIELNIANIA MIESZKAŃCÓW

1. Czy w dokumentach organizacyjnych Państwa placówki (DPS) zawarte są cele związane z deinstytucjonalizacją i usamodzielnianiem mieszkańców? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, jest to jeden z priorytetów DPS
- ☐ Tak, ale jest to cel drugoplanowy dla DPS
- ☐ Nie, brak takich zapisów
- ☐ Trudno powiedzieć

2. Jak ocenia Pan/Pani przygotowanie infrastrukturalne DPS do prowadzenia treningów samodzielności (np. dostępność aneksu kuchennego, pralni dla mieszkańców)? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Bardzo dobre
- ☐ Dobre
- ☐ Niewystarczające
- ☐ Brak takiej infrastruktury
- ☐ Inne

3. Które z poniższych barier organizacyjnych w DPS najbardziej utrudniają/utrudniałyby proces usamodzielniania mieszkańców? Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi *

- ☐ Zbyt mała liczba personelu (braki kadrowe) przypadająca na mieszkańca
- ☐ Sztywny harmonogram dnia i regulamin porządkowy
- ☐ Obawa przed utratą dotacji/kontraktu po odejściu mieszkańca
- ☐ Opór personelu przed zmianą modelu pracy
- ☐ Niskie kompetencje personelu w zakresie przygotowywania mieszkańców do usamodzielnienia
- ☐ Niejasna sytuacja prawna/niejasne przepisy w zakresie procesu usamodzielniania mieszkańców
- ☐ DPS
- ☐ Ograniczona dostępność narzędzi i programów wspierających samodzielność

Inne

4. Czy placówka współpracuje z instytucjami pomocy społecznej w środowisku, takimi jak CUS, OPS w celu przygotowania mieszkańców do wyjścia? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, współpraca jest stała i obejmuje wspólne działania z mieszkańcem
- ☐ Tak, współpraca odbywa się głównie między instytucjami (bez udziału mieszkańca)
- ☐ Tak, współpraca występuje, ale głównie w formie formalnej (wymiana pism, decyzje)
- ☐ Współpraca ma charakter incydentalny
- ☐ Nie, współpraca nie występuje
- ☐ Nie dotyczy — w DPS nie ma obecnie mieszkańców planujących przejście do środowiska

Inne

5. W jakim stopniu obecna organizacja pracy w DPS (grafiki, zakresy obowiązków) pozwala na indywidualną pracę z mieszkańcem planującym odejście? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, jest to możliwe w stopniu wysokim
- ☐ Tak, jest to możliwe, ale wymaga wielu zmian w organizacji pracy DPS
- ☐ Nie, jest to w ogóle nie możliwe w tym momencie
- ☐ Inne

6. **Czy w DPS realizowane są treningi budżetowe przygotowujące mieszkańców do gospodarowania własnymi środkami poza placówką?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, są realizowane dla wszystkich chętnych
- ☐ Nie, są realizowane ale ich realizacja jest możliwa w naszym DPS
- ☐ Nie, nie są realizowane i nie jest to u nas możliwe
- ☐ Nie ma potrzeby prowadzenia takich treningów
- ☐ Inne

7. **Proces deinstytucjonalizacji przewiduje w konsekwencji, iż Domy Pomocy Społecznej staną się jednymi z lokalnych operatorów usług. Jaka jest Państwa opinia w tej sprawie?** *

- ☐ Placówka jest przygotowana do pełnienia takiej roli
- ☐ Placówka jest częściowo przygotowana – potrzebne są dodatkowe zmiany organizacyjne lub kadrowe
- ☐ Placówka może pełnić taką rolę tylko w wybranych obszarach usług
- ☐ Obecnie placówka nie jest przygotowana do pełnienia takiej roli
- ☐ Trudno ocenić

Inne

8. **W dokumentach strategicznych związanych z procesem DI są wymienione rodzaje usług, które Domy Pomocy Społecznej powinny realizować na rzecz mieszkańców przebywających w środowisku. Proszę ustosunkować się do wymienionych poniżej usług oceniając możliwość ich realizacji.** *

A. Rozszerzanie funkcji DPS o usługi środowiskowe

	Tak	nie	trudno powiedzieć
świadczenie usług opiekuńczych lub specjalistycznych w domach osób wymagających tego rodzaju wsparcia	☐	☐	☐
prowadzenie usług wychwyceniowych	☐	☐	☐

współtworzenie lokalnych sieci
wsparcia

☐☐☐

inicjowanie rozwiązań profilaktycznych i
aktywizujących

☐☐☐

9. W dokumentach strategicznych związanych z procesem DI są wymienione rodzaje usług, które Domy Pomocy Społecznej powinny realizować na rzecz mieszkańców przebywających w środowisku. Proszę ustosunkować się do wymienionych poniżej usług oceniając możliwość ich realizacji. *

B Tworzenie filii i mniejszych jednostek w strukturach DPS

tak nie trudno powiedzieć

tworzenie mieszkań treningowych i wspomaganych

☐☐☐

tworzenie pojedynczych zespołów mieszkalnych o

☐☐☐

ograniczonej liczbie mieszkańców

tworzenie filii funkcjonujących bliżej lokalnej społeczności

☐☐☐

10. W dokumentach strategicznych związanych z procesem DI są wymienione rodzaje usług, które Domy Pomocy Społecznej powinny realizować na rzecz mieszkańców przebywających w środowisku. Proszę ustosunkować się do wymienionych poniżej usług oceniając możliwość ich realizacji. *

C. Realizacja szkoleń z zakresu

tak nie trudno powiedzieć

pracy środowiskowej

☐☐☐

wsparcia osób o podwyższonych potrzebach opiekuńczych

☐☐☐

współpracy z rodzinami i opiekunami faktycznymi

☐☐☐

podejścia opartego na podmiotowości i autonomii mieszkańców

☐☐☐

11. Jakie zmiany w funkcjonowaniu placówki byłyby konieczne, aby zwiększyć efektywność procesu usamodzielniania mieszkańców? Proszę napisać odpowiedź 2-3 zdaniami *

12. **Czy Pan/Pani jako dyrektor placówki wspiera inicjatywy pracowników zmierzające do usamodzielniania podopiecznych? ***

- ☐ Zdecydowanie tak
- ☐ Raczej tak
- ☐ Raczej nie
- ☐ Zdecydowanie nie

Trudno powiedzieć

II. DIAGNOZA (POTENCJAŁÓW I TRUDNOŚCI) MIESZKAŃCÓW DPS DO OPUSZCZENIA PLACÓWKI

13. **Jaki odsetek mieszkańców Państwa placówki wykazuje potencjał do usamodzielnienia się (zamieszkania poza DPS) w perspektywie najbliższych 2 lat w Pana/i opinii? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź ***

- ☐ Poniżej 2% mieszkańców placówki
- ☐ 2,1% -10% mieszkańców placówki
- ☐ 11-20% mieszkańców placówki
- ☐ Powyżej 20% mieszkańców placówki
- ☐ Trudno powiedzieć
- ☐ Inne

14. **Jakie Pana/i zdaniem istnieją czynniki utrudniające mieszkańcom DPS opuszczenie placówki? Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi (max.3 najistotniejsze) * Wybierz co najwyżej 3 opcje.**

- ☐ Stan zdrowia mieszkańców/ obawa o jego pogorszenie
- ☐ Brak warunków mieszkaniowych w środowisku
- ☐ Lęk przed samotnością
- ☐ Obawa o brak środków finansowych
- ☐ Brak umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego
- ☐ Wygoda i przyzwyczajenie do obsługi przez personel
- ☐ Stanu zdrowia mieszkańców/ obawa o jego pogorszenie
- ☐ Brak warunków mieszkaniowych w środowisku
- ☐ Brak wsparcia w środowisku

Inne

15. W jakich obszarach funkcjonowania mieszkańcy DPS wykazują największe deficyty utrudniające ich usamodzielnienie? Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi *

- ☐ Dbanie o stan zdrowia
- ☐ Zarządzanie budżetem własnym
- ☐ Załatwianie spraw urzędowych
- ☐ Samodzielne przygotowywanie posiłków
- ☐ Utrzymywanie higieny osobistej i otoczenia
- ☐ Funkcjonowanie w relacjach społecznych

Inne

16. Czy w Państwa placówce stosuje się wobec mieszkańców wystandaryzowane narzędzia oceny ich samodzielności (np. Skala Barthel) pod kątem możliwości zamieszkania w środowisku? Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi *

- ☐ Tak, stosujemy cyklicznie do oceny funkcjonowania mieszkańca DPS
- ☐ Tak, stosujemy tylko przy przyjęciu mieszkańca do DPS
- ☐ Nie, ocena opiera się na obserwacji mieszkańców DPS
- ☐ Inne

17. Jaki jest Pana/Pani zdaniem poziom motywacji mieszkańców DPS do podjęcia próby życia poza placówką? Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi *

- ☐ Bardzo niski – nie chcę tego
- ☐ Umiarkowany
- ☐ Wysoki
- ☐ Trudno powiedzieć
- ☐ Inne

III. PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE KADRY DO PROCESU USAMODZIELNIANIA MIESZKAŃCA DPS

18. Jak ocenia Pan/Pani wiedzę pracowników DPS na temat procesu usamodzielniania mieszkańców DPS? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Bardzo wysoka
- ☐ Wystarczająca
- ☐ Niska
- ☐ Bardzo niska
- ☐ Trudno określić

19. Czy kadra pracownicza uczestniczy/ła w jakichkolwiek szkoleniach dotyczących deinstytucjonalizacji? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, większość kadry uczestniczy/a
- ☐ Tylko kadra kierownicza i specjaliści uczestniczą/czyli
- ☐ Nie było takich szkoleń
- ☐ Dopiero kadra będzie się rozpoznawać w tym temacie szkoleń
- ☐ Inne

20. Czego najbardziej brakuje kadrze DPS w pracy nad usamodzielnianiem podopiecznych w Pana/i opinii? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Czasu na pracę indywidualną z mieszkańcem DPS
- ☐ Narzędzi metodycznych i diagnostycznych
- ☐ Wiedzy o systemie wsparcia zewnętrznego
- ☐ Superwizji i wsparcia psychologicznego
- ☐ Inne

21. Jakie postawy wobec procesu usamodzielniania mieszkańców DPS przejawia kadra DPS w Pana/i opinii? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Postawę pozytywną – są za wdrażaniem procesu usamodzielniania mieszkańców
- ☐ Postawę negatywną – są przeciw wdrażaniu procesu usamodzielniania mieszkańców
- ☐ Postawę neutralną – nie mają zdania na ten temat
- ☐ Trudno mi ocenić

22. Jak można ocenić poziom lęku personelu przed odpowiedzialnością za losy usamodzielnianego mieszkańca? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Wysoki – obawa przed „powrotem mieszkańca” lub trudnymi sytuacjami w środowisku
- ☐ Średni
- ☐ Niski – nie obawiają się zbytnio tego
- ☐ Trudno mi ocenić

23. Czy proces usamodzielniania mieszkańców DPS jest u Państwa już wdrażany i pracownicy pierwszego kontaktu (opiekunowie) są włączeni w planowanie ścieżki usamodzielniania? Jeżeli tak, proszę opisać jak to u Państwa się przedstawia. *

IV.PRZEPISY PRAWNE / DOSTOSOWANE PROCEDURY USAMODZIELNIANIA MIESZKAŃCÓW DPS

24. Czy w Państwa DPS istnieje spisana, wewnętrzna procedura usamodzielniania mieszkańca? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, jest szczegółowa i znana pracownikom
- ☐ Jest, ale rzadko stosowana
- ☐ Jesteśmy w trakcie opracowywania takich wewnętrznych regulacji
- ☐ Nie ma, działamy w oparciu o ustawę o pomocy społecznej
- ☐ Inne

25. Jak oceniają Państwo obecne przepisy prawne w kontekście ułatwiania opuszczania DPS przez mieszkańców? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Sprzyjają usamodzielnianiu
- ☐ Są neutralne
- ☐ Są barierą
- ☐ Są niespójne i niejasne
- ☐ Inne

26. Proszę krótko uzasadnić powyższą odpowiedź: *

27. Czy DPS jako placówka współpracuje z gminami pochodzenia mieszkańców w zakresie ich przeniesienia do środowiska lokalnego? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, współpraca układa się dobrze
- ☐ Tak, ale jest to proces długotrwały i problematyczny
- ☐ Nie
- ☐ Inne

28. Czy w Państwa placówce istnieją procedury regulujące współpracę między DPS a OPS/CUS w momencie przekazywania opieki nad usamodzielnianym mieszkańcem? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak
- ☐ Bazują na nieformalnych kontaktach pracowników
- ☐ Brak jakichkolwiek procedur współpracy w tym zakresie
- ☐ Inne

29. Która z poniższych barier prawnych jest, Państwa zdaniem, najbardziej dotkliwa w procesie usamodzielniania dorosłych osób/mieszkańców DPS? Proszę zaznaczyć

- ☐ wybraną odpowiedź *
- ☐ Brak możliwości powrotu do DPS bez ponownej procedury kwalifikacyjnej w razie niepowodzenia
- ☐ Utrata prawa do miejsca w DPS z chwilą wymeldowania, co rodzi lęk przed bezdomnością
- ☐ Sztuczne kryteria dochodowe w gminach, uniemożliwiające przyznanie lokalu komunalnego osobie z rentą/zasiłkiem stałym
- ☐ Inne

30. Czy przepisy dotyczące odpłatności za pobyt w DPS stanowią barierę w procesie usamodzielnienia mieszkańca DPS? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, to jest bariera (70% dochodu zabierane)
- ☐ W pewnym stopniu tak
- ☐ Nie stanowią bariery
- ☐ Trudno określić
- ☐ Inne

31. Czy procedury RODO utrudniają przepływ informacji o mieszkańcu między instytucjami (np. DPS a przychodnią czy OPS)? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, znacząco utrudniają
- ☐ Nieznacznie utrudniają
- ☐ Nie mają wpływu
- ☐ Inne

32. Jakie zmiany w modelu finansowania DPS (chodzi o obecne świadczenie podążające za mieszkańcem) zachęciłyby Państwa jako dyrekcję do aktywniejszego usamodzielniania podopiecznych? *

33. **Jakie nowe rozwiązanie byłoby najbardziej pożądane w celu usprawnienia procesu deinstytucjonalizacji w Państwa placówce?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Ustawa o mieszkalnictwie wspomagany, gwarantująca pakiet usług przy mieszkaniu
- ☐ Procedura "zamieszkania próbnego" z zachowaniem prawa powrotu do DPS (np. miejsce czeka na mieszkańca przez jakiś czas np. przez 3 miesiące)
- ☐ Możliwość płynnego przekształcania części miejsc w DPS na mieszkania treningowe bez skomplikowanych procedur
- ☐ Ujednolicenie procesu usamodzielnienia dla wszystkich grup
- ☐ Inne

V. ASPEKTY FINANSOWE PROCESU USAMODZIELNIANIA MIESZKAŃCÓW DPS

34. **Jak oceniają Państwo, czy środki finansowe, jakimi dysponowaliby mieszkańcy po opuszczeniu DPS (bez ponoszenia opłaty za pobyt), byłyby wystarczające do pokrycia kosztów funkcjonowania w środowisku (np. mieszkanie, wyżywienie, usługi wspierające, transport)?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Środki byłyby wystarczające do samodzielnego funkcjonowania w środowisku
- ☐ Środki byłyby częściowo wystarczające — potrzebne byłoby dodatkowe wsparcie finansowe
- ☐ Środki byłyby niewystarczające do funkcjonowania w środowisku
- ☐ Trudno ocenić
- ☐ Inne

35. **Jak oceniają Państwo dostępność pomocy finansowej udzielanej przez gminy (np. zasiłki celowe, zasiłki specjalne, wsparcie w pokryciu kosztów mieszkaniowych) dla mieszkańców DPS planujących przejście do życia w środowisku?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Pomoc finansowa jest dostępna i udzielana w wystarczającym zakresie
- ☐ Pomoc finansowa jest dostępna, ale najczęściej w ograniczonym zakresie
- ☐ Pomoc finansowa jest przyznawana sporadycznie
- ☐ Pomoc finansowa rzadko jest przyznawana lub jej uzyskanie jest utrudnione
- ☐ Trudno ocenić
- ☐ Inne

36. Jaki jest główny problem finansowy mieszkańców planujących usamodzielnienie?

Proszę zaznaczyć 3 najważniejsze odpowiedzi * Wybierz co najwyżej 3 opcje.

- ☐ Niskie świadczenia rentowe/emerytalne
- ☐ Brak umiejętności gospodarowania pieniędzmi
- ☐ Koszty wynajmu i utrzymania mieszkania na wolnym rynku
- ☐ Brak oszczędności umożliwiających pokrycie kosztów przejścia (np. kaucja mieszkaniowa, doposażenie mieszkania)
- ☐ Zadłużenia mieszkańców (np. zajęcia komornicze, zaległości czynszowe, zobowiązania alimentacyjne)
- ☐ Trudności w zabezpieczeniu środków na usługi wspierające w środowisku (np. opiekuńcze, asystenckie, transport)
- ☐ Inne

37. Jakie systemowe rozwiązania finansowe pomogłyby w skuteczniejszym usamodzielnianiu mieszkańców DPS? *

VI. WSPARCIE ŚRODOWISKOWE I DOSTĘPNOŚĆ USŁUG W ŚRODOWISKU LOKALNYM

38. Jak ocenia Pan/i gotowość gmin kierujących mieszkańcami do Państwa DPS do zabezpieczenia usług opiekuńczych w przypadku powrotu mieszkańca do środowiska?

Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Gminy chętnie współpracują i moim zdaniem zabezpieczą usługi opiekuńcze w przypadku powrotu mieszkańca do środowiska
- ☐ Gminy podejmują współpracę, ale wskazują na braki kadrowe w usługach
- ☐ Gminy w mojej opinii nie zabezpieczą usług opiekuńczych w przypadku powrotu mieszkańca do środowiska
- ☐ Trudno powiedzieć
- ☐ Inne

39. Czy w Pana/i opinii, dostępność mieszkań socjalnych lub komunalnych w gminach stanowi realną barierę w procesie usamodzielniania? Proszę zaznaczyć wybraną

- ☐ odpowiedź *
- ☐ Tak, to główna bariera – czas oczekiwania jest wieloletni
- ☐ Tak, problem dotyczy głównie standardu lokali
- ☐ Problem występuje sporadycznie – gminy starają się znajdować lokale dla osób opuszczających DPS.
- ☐ Trudno powiedzieć
- ☐ Inne

40. Jak ocenia Pan/i dostępność zewnętrznej opieki medycznej (POZ, psychiatra, rehabilitacja) dla mieszkańców, którzy chcieliby opuścić DPS? Proszę zaznaczyć wybraną

- ☐ odpowiedź *
- ☐ Dostępność jest dobra – w środowisku funkcjonują odpowiednie przychodnie i specjaliści.
- ☐ Dostępny jest lekarz POZ, ale dostęp do psychiatrii/specjalistów w środowisku jest krytycznie niski.
- ☐ Największym problemem jest brak długoterminowej opieki pielęgniarstwa w domu pacjenta.
- ☐ Bariery jest brak transportu sanitarnego do placówek medycznych w gminach wiejskich.
- ☐ System opieki zdrowotnej w terenie jest niewydolny i nie jest w stanie zapewnić opieki medycznej naszym mieszkańcom
- ☐ Inne

41. **Jak ocenia Pan/i współpracę z ośrodkami pomocy społecznej (OPS) lub centrami usług społecznych (CUS) kontekście planowania usamodzielnienia mieszkańca?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Bardzo dobrze
- ☐ Formalnie – kontakt ogranicza się do wymiany pism urzędowych.
- ☐ Słabo – OPS-y / CUS-y niechętnie przejmują odpowiedzialność za "trudnego" klienta wracającego z DPS.
- ☐ Brak współpracy
- ☐ Inne

42. **Czy Państwa zdaniem brak dostępnej „opieki wytchnieniowej” w środowisku jest powodem, dla którego rodziny nie chcą zabrać mieszkańca do domu?** Proszę zaznaczyć

- ☐ wybraną odpowiedź
- ☐ Zdecydowanie tak – rodziny boją się braku możliwości odpoczynku od opieki 24/7
- ☐ W pewnym stopniu tak, ale ważniejsze są kwestie finansowe/mieszkaniowe rodziny
- ☐ Raczej nie – rodziny najczęściej nie mają warunków lub więzi są zerwane
- ☐ Nie
- ☐ Trudno ocenić
- ☐ Inne

43. **Jakie trudności istniejące w środowisku lokalnym Państwa zdaniem najbardziej utrudniają proces usamodzielnienia mieszkańców DPS?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Brak mieszkań wspomaganych
- ☐ Brak transportu publicznego dla osób z niepełnosprawnościami w środowisku
- ☐ Niska dostępność usług w środowiskach wiejskich
- ☐ Inne

44. **Jaki element systemu wsparcia środowiskowego wymaga, Pana/i zdaniem, najpilniejszego wzmocnienia, aby deinstytucjonalizacja była bezpieczna dla mieszkańców?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Rozwój mieszkalnictwa wspomagane z gwarantowanym pakietem usług
- ☐ Zwiększenie dostępności i liczby godzin usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
- ☐ Poprawa dostępu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej i geriatrycznej w terenie
- ☐ Stworzenie systemu koordynacji między DPS a OPS/CUS
- ☐ Wzmocnienie wsparcia dla opiekunów faktycznych (rodzin) – finansowe i wytchnieniowe

VII. ZASOBY WSPARCIA W POSTACI RODZINY ORAZ SZERSZEGO OTOCZENIA SPOŁECZNEGO

45. **Jaka jest w Pana/Pani opinii dominująca postawa rodzin mieszkańców wobec możliwości ich usamodzielnienia się (opuszczenia placówki)?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Rodziny same inicjują rozmowy o powrocie do środowiska ich bliskich
- ☐ Rodziny akceptują decyzję mieszkańca, ale nie angażują się w pomoc
- ☐ Rodziny wyrażają liczne obawy, ale nie blokują wprost procesu
- ☐ Rodziny zdecydowanie sprzeciwiają się wyjściu ich bliskiej osoby z DPS
- ☐ Większość mieszkańców rokujących na usamodzielnienie nie utrzymuje relacji z rodziną
- ☐ Inne

46. **Co, w Pana/Pani opinii jest najczęstszą przyczyną braku chęci rodziny do przyjęcia mieszkańca pod swój dach lub wsparcia jego samodzielności?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Obiektywny brak warunków lokalowych (zbyt mały metraż)
- ☐ Lęk przed obciążeniem opieką (brak sił, wiedzy, konieczność pracy zawodowej)
- ☐ Trudna historia relacji (konflikty, przemoc, uzależnienia w przeszłości)
- ☐ Kwestie finansowe
- ☐ Wygoda i przekonanie, że instytucja najlepiej zaopiekuje się chorym
- ☐ Inne

47. **Jaki szacunkowy odsetek mieszkańców Państwa placówki (posiadających rodziny) może liczyć na ich realną pomoc materialną/organizacyjną przy ich usamodzielnianiu?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Powyżej 75%
- ☐ Pomiędzy 50% a 75%
- ☐ Pomiędzy 25% a 50%
- ☐ Poniżej 25%
- ☐ Praktycznie nikt nie może liczyć na taką pomoc
- ☐ Trudno powiedzieć
- ☐ Inne

48. Jak oceniają Państwo stopień integracji mieszkańców DPS ze środowiskiem lokalnym (sąsiedztwo, parafia, społeczność gminy)? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Tak, mieszkańcy są znani, lubiani i zapraszani na wydarzenia lokalne
- ☐ Tak, mieszkańcy swobodnie poruszają się po okolicy i korzystają z usług
- ☐ Kontakty naszych mieszkańców są sporadyczne i sformalizowane
- ☐ Mieszkańcy DPS rzadko wchodzi w interakcje z otoczeniem
- ☐ Mieszkańcy DPS spotykają się z niechęcią lub lękiem ze strony sąsiadów

49. Z jakimi reakcjami społecznymi najczęściej spotykają się Państwa mieszkańcy próbujący funkcjonować samodzielnie poza terenem DPS? Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Z życzliwością i chęcią pomocy
- ☐ Z obojętnością
- ☐ Z nadmierną litością
- ☐ Z niechęcią i dystansem
- ☐ Z otwartą wrogością lub agresją

VIII.RYZYKO POWROTU DO PLACÓWKI

50. **Opierając się na profilu funkcjonowania mieszkańców Państwa Domu Pomocy Społecznej, jak ocenialiby Państwo ryzyko, że osoba usamodzielniona będzie wymagała ponownego umieszczenia w DPS w ciągu pierwszych 2 lat?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Ryzyko jest bardzo wysokie, powrót jest niemal pewny dla większości
- ☐ Ryzyko jest wysokie dotyczy znacznej części mieszkańców
- ☐ Ryzyko niskie, zależne od jakości wsparcia w środowisku i w rodzinie
- ☐ Trudno oszacować
- ☐ Inne

51. **Który z poniższych czynników uważa Pan/i za najbardziej prawdopodobną przyczynę niepowodzenia procesu usamodzielnienia?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Pogorszenie stanu zdrowia
- ☐ Samotność i izolacja społeczna mieszkańców prowadząca do depresji
- ☐ Nieporadność finansowa (zadłużenie, utrata płynności, eksmisja)
- ☐ Wypalenie sił rodziny/opiekunów nieformalnych
- ☐ Bezradność wobec codziennych czynności (zakupy, urzędy, gotowanie)
- ☐ Uzależnienia
- ☐ Inne

52. **Jak oceniają Państwo ryzyko wystąpienia lęku przed wolnością/samodzielnością u Państwa mieszkańców?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Jest to realne zagrożenie, mieszkańcy czują się bezpiecznie tylko w murach DPS
- ☐ Jest to niewielkie zagrożenie, jednak część mieszkańców idealizuje życie "na zewnątrz", a potem zderzy się z rzeczywistością
- ☐ Nie dostrzegam takiego ryzyka
- ☐ Inne

53. **Jak oceniają Państwo trwałość deklarowanego wsparcia ze strony rodzin mieszkańców?** Proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź *

- ☐ Ryzyko wycofania się rodziny (po kilku miesiącach) z deklarowanej opieki jest bardzo wysokie
- ☐ Rodziny często nie doceniają trudu opieki i szybko rezygnują
- ☐ Zależy to od stopnia samodzielności mieszkańca i więzi łączących rodzinę z mieszkańcem
- ☐ Rodziny raczej podążają wyzwaniu

Trudno powiedzieć

54. **Jakie zabezpieczenie systemowe byłoby konieczne, aby zminimalizować ryzyko powrotu do placówki?** Proszę zaznaczyć wybrane odpowiedzi *

- ☐ Przydzielenie asystenta w środowisku lokalnym, który odwiedzałby mieszkańca min. 2 razy w tygodniu
- ☐ Gwarancja finansowa (dodatek do renty) pozwalająca na opłacenie usług rynkowych
- ☐ Dostępność mieszkań wspomaganych
- ☐ Możliwość korzystania z "pobytów wytchnieniowych" w DPS w momentach kryzysu

Realne wsparcie dla rodzin przejmujących opiekę

55. **Czy uważają Państwo, że obecny model finansowania DPS (dotacja "za osobę") zniechęca do podejmowania ryzyka usamodzielniania?** *

56. **Jak jest Pana opinia na temat tego czy w przypadku pogorszenia stanu zdrowia mieszkańca (np. nawrót psychozy, udar) istnieje alternatywa dla powrotu do DPS?** *

57. **Będziemy wdzięczni za Państwa opinie, sugestie, dodatkowe uwagi dotyczące przedmiotu badania:**

Dziękujemy za wypełnienie formularza!

Spis tabel, rysunków i wykresów

Część analityczna danych zastanych

- Tabela 1. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w latach 2020–2025
- Tabela 2. Liczba domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku wraz z liczbą miejsc i mieszkańców oraz procentowym wykorzystaniem miejsc
- Tabela 3. Procentowy udział mieszkańców domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w poszczególnych grupach wiekowych
- Tabela 4. Osoby oczekujące na umieszczenie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w latach 2020–2025
- Tabela 5. Usługi wsparcia krótkoterminowego w województwie lubelskim w 2025 roku

Część Analiza empiryczna

- Tabela 1. Deklaracje dotyczące deinstytucjonalizacji i usamodzielniania mieszkańców w dokumentacji organizacyjnej DPS
- Tabela 2. Ocena przygotowania infrastrukturalnego DPS do prowadzenia treningów samodzielności
- Tabela 3. Rodzaje barier organizacyjnych w DPS najbardziej utrudniających proces usamodzielniania mieszkańców
- Tabela 4. Skala współpracy placówki ze środowiskowymi instytucjami pomocy społecznej
- Tabela 5. Ocena stopnia, w jakim organizacja pracy w DPS pozwala na indywidualną pracę z mieszkańcem planującym odejście
- Tabela 6. Realizacja treningów budżetowych w DPS
- Tabela 7. Stosunek badanych do planowanej roli DPS jako lokalnych operatorów usług
- Tabela 8. Ocena możliwości realizacji usług środowiskowych przez DPS
- Tabela 9. Tworzenie filii i mniejszych jednostek w strukturach DPS
- Tabela 10. Potencjał placówek do organizacji szkoleń w ramach procesu deinstytucjonalizacji
- Tabela 11. Zaangażowanie kadry zarządzającej we wspieranie działań pracowniczych
- Tabela 12. Szacowany odsetek mieszkańców wykazujących potencjał do usamodzielnienia
- Tabela 13. Czynniki utrudniające mieszkańcom DPS opuszczenie placówki
- Tabela 14. Obszary funkcjonowania utrudniające usamodzielnienie mieszkańców

- Tabela 15. Stosowanie wystandardyzowanych narzędzi oceny samodzielności mieszkańców
- Tabela 16. Poziom motywacji mieszkańców do życia poza placówką
- Tabela 17. Ocena wiedzy pracowników DPS na temat procesu usamodzielniania mieszkańców
- Tabela 18. Uczestnictwo kadry pracowniczej w szkoleniach dotyczących deinstytucjonalizacji
- Tabela 19. Główne braki odczuwane przez kadrę DPS
- Tabela 20. Postawy kadry DPS wobec procesu usamodzielniania mieszkańców
- Tabela 21. Poziom lęku personelu przed odpowiedzialnością za losy usamodzielnianego mieszkańca
- Tabela 22. Występowanie wewnętrznej procedury usamodzielniania mieszkańca
- Tabela 23. Ocena regulacji prawnych pod kątem usamodzielniania mieszkańców
- Tabela 24. Współpraca DPS z gminami pochodzenia mieszkańców
- Tabela 25. Procedury współpracy między DPS a OPS/CUS
- Tabela 26. Bariery prawne utrudniające usamodzielnianie mieszkańców
- Tabela 27. Ocena przepisów o odpłatności za pobyt w DPS
- Tabela 28. Ocena procedur RODO jako czynnika utrudniającego przepływ informacji
- Tabela 29. Pożądane rozwiązania usprawniające proces deinstytucjonalizacji
- Tabela 30. Ocena wystarczalności środków finansowych mieszkańców
- Tabela 31. Ocena dostępności pomocy finansowej udzielanej przez gminy
- Tabela 32. Najpoważniejsze bariery finansowe utrudniające usamodzielnianie
- Tabela 33. Ocena gotowości gmin do zabezpieczenia usług opiekuńczych
- Tabela 34. Dostępność mieszkań gminnych jako bariera usamodzielniania
- Tabela 35. Dostępność zewnętrznej opieki medycznej
- Tabela 36. Ocena współpracy z OPS i CUS
- Tabela 37. Ocena wpływu braku opieki wytchnieniowej
- Tabela 38. Główne trudności występujące w środowisku lokalnym
- Tabela 39. Elementy systemu wsparcia środowiskowego wymagające najpilniejszego wzmocnienia
- Tabela 40. Nastawienie środowiska rodzinnego do procesu usamodzielniania
- Tabela 41. Główne powody niechęci rodzin do przejęcia opieki
- Tabela 42. Odsetek mieszkańców mogących liczyć na wsparcie rodziny
- Tabela 43. Stopień integracji mieszkańców ze środowiskiem lokalnym
- Tabela 44. Reakcje społeczne towarzyszące mieszkańcom poza placówką
- Tabela 45. Ryzyko powrotu do DPS po usamodzielnieniu
- Tabela 46. Przyczyny niepowodzenia procesu usamodzielniania
- Tabela 47. Ryzyko wystąpienia lęku przed samodzielnością
- Tabela 48. Trwałość deklarowanego wsparcia rodzin

- Tabela 49. Zabezpieczenia systemowe minimalizujące ryzyko powrotu do placówki

Rysunki

- Rysunek 1. Domy pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego
- Rysunek 2. Domy pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku
- Rysunek 3. Liczba domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w podziale na typy
- Rysunek 4. Mieszkańcy domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku według płci
- Rysunek 5. Liczba osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku
- Rysunek 6. Zatrudnienie w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku
- Rysunek 7. Personel domów pomocy społecznej w województwie lubelskim i Polsce w 2025 roku w relacji do liczby mieszkańców DPS

Wykresy

- Wykres 1. Mieszkańcy domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w 2025 roku w poszczególnych grupach wiekowych z podziałem na płeć
- Wykres 2. Procentowy udział mieszkańców powyżej 60. roku życia domów pomocy społecznej w województwie lubelskim w latach 2020–2025

Bibliografia

- 1) Bojanowska E., Chaczko K., Krzyszkowski J., Zdebska E. (red.), Pomoc społeczna. Idea – rozwój – instytucje, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2022