DANAE

REALIZACJA

EWALUACJA BIEŻĄCA PROJEKTÓW PO WER DOTYCZĄCYCH TWORZENIA I PROWADZENIA DZIENNYCH DOMÓW OPIEKI MEDYCZNEJ (DDOM)

RAPORT KOŃCOWY

Autorzy raportu: Barbara Leszczyńska,
Magdalena Makurat, Krzysztof Tymicki

Warszawa | czerwiec 2017

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój
Ministerstwo Zdrowia
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

1. Spis treści

1. Streszczenie 5
2. Summary 9
3. Wprowadzenie 13
4. Metodologia badania 15
   4.1 Badania niereaktywne 15
   4.2 Badania reaktywne 16
5. Dane kontekstowe 21
   5.1 Starzenie się ludności 21
   5.1 Założenia interwencji publicznej w zakresie Dziennych Domów Opieki Medycznej 32
6. Wyniki badania 36
   6.1 Dzienne Domy Opieki Medycznej – podstawowe charakterystyki 36
   6.2 Grupa docelowa Dziennych Domów Opieki Medycznej 38
   6.3 *Standard DDOM* 47
   6.4 Oceny zasobów DDOM 55
   6.5 Skala udzielonego wsparcia w ramach działań pilotażowych 58
   6.6 Ocena wsparcia świadczonego przez DDOM 60
   5.7. Koszty działania DDOM 65
   5.8. Problemy w realizacji projektu 69
7. Podsumowanie: Odpowiedzi na pytania badawcze 71
8. Wnioski i rekomendacje 84
9. Bibliografia 92
10. Spis ilustracji 94

Spis skrótów

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

IP – Instytucja Pośrednicząca

IZ – Instytucja Zarządzająca

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

PO WER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

RPO – Regionalny Program Operacyjny

SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

STANDARD – Standard DDOM opisany w dokumencie *Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania*

UP – Umowa Partnerstwa

ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy

1. Streszczenie

Niniejsze badanie ewaluacyjne miało charakter ewaluacji bieżącej (on-going). Zakresem przedmiotowym badania zostały objęte 52 projekty pilotażowe dotyczące utworzenia i prowadzenia pierwszych w kraju Dziennych Domów Opieki Medycznej[1] (w skrócie: DDOM), współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER). Ewaluacji zostały poddane założenia i pierwsze bezpośrednie efekty wsparcia udzielonego w ramach tej interwencji publicznej.

W ramach ewaluacji przeprowadzono analizę danych zastanych i badania terenowe z realizatorami działań prowadzonych w ramach ww. projektów oraz ich najważniejszymi odbiorcami: pacjentami i ich opiekunami. Na etapie zbierania danych zastosowano szereg metod i technik badawczych – zarówno jakościowych, takich jak wywiady pogłębione (IDI i FGI), obserwacja uczestnicząca (typu Mystery Client) oraz panel ekspertów, a także ilościowych, takich jak wywiady kwestionariuszowe CAWI i CAPI. Pozwoliło to na zgromadzenie szeregu precyzyjnych danych, opinii i informacji, po których analizie i ocenie zaproponowane zostały modyfikacje aktualnych zapisów tzw. *Standardu DDOM,* opisującego sposób organizacji i zadania tych placówek, opracowanego na potrzeby realizacji projektów PO WER i zidentyfikowane rekomendacje w zakresie upowszechniania tej formy wsparcia w Polsce, zapewnienia jej dalszego finansowania, a także usprawnienia sposobu prowadzenia tego typu placówek oraz poprawy jakości świadczonych przez nie usług zdrowotnych.

Najwięcej DDOM w ramach PO WER zostało utworzonych w województwie małopolskim i śląskim (po 8), lubelskim (7) i mazowieckim (6). Jedynie w województwie wielkopolskim nie utworzono żadnego DDOM. Wg danych na 30 marca 2017 **wsparcie trafiało głównie do osób zamieszkujących tereny miejskie (71% pacjentów)**.

Zgodnie z zapisami *Standardu* odbiorcami wsparcia w DDOM są osoby, które na skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40-65 punktów, w tym przede wszystkim po 65 roku życia. Według zapisu *Standardu* powinny one stanowić co

[1] Pierwotnie badaniem miały zostać objęte 53 Dzienne Domy Opieki Medycznej, jednak w momencie rozpoczęcia ewaluacji jeden DDOM jeszcze nie zaczął przyjmować pacjentów.

najmniej 75% wszystkich pacjentów. Według danych na 30 marca 2017 odsetek ten wynosił 81%. **Rekomendujemy, by wciąż priorytetowo traktować potrzeby osoby starszych, jednak ograniczyć ich minimalny odsetek w DDOM do 50%.** W ten sposób wsparciem będą mogły być objęte również młodsze osoby niesamodzielne.

Bazując na wynikach badania ankietowego przeprowadzonego wśród koordynatorów projektów DDOM, zgodnie ze stanem na dzień 30 marca 2017 średnia długość pobytu pacjenta w Dziennym Domie Opieki Medycznej wynosiła 59 dni roboczych. W dniu wizyty ankietera w placówce, pacjenci uczestniczący w badaniu CAPI średnio przebywali w placówkach 43 dni robocze. Doświadczenia lekarzy rehabilitantów wskazują, że pożądane efekty zdrowotne wsparcia pojawiają się po 6 tygodniach od rozpoczęcia pracy z pacjentem. Dlatego też rekomendujemy **skrócenie czasu przebywania pacjentów w DDOM z maksymalnych 120 dni do 30 dni roboczych** z możliwością przedłużenia pobytu na kolejne 30 dni na wniosek lekarza rehabilitacji. Jednocześnie rekomendujemy **położenie nacisku na kontynuację wsparcia po zakończeniu pobytu w DDOM** poprzez wprowadzenie obowiązku odbywania przez fizjoterapeutę wizyty domowej w domach pacjentów oraz rozmów telefonicznych z osobami, które zakończyły wsparcie w DDOM. Działania te mają na celu: stymulację pacjenta do rehabilitacji w warunkach domowych, zachęcenie rodziny / opiekunów do aktywnego udziału w procesie dalszej rehabilitacji, doradztwo w zakresie wprowadzania zmian w przestrzeni domowej, ułatwiających poruszanie się osoby starszej i co równie ważne - monitorowanie stanu zdrowia oraz samopoczucia pacjenta.

Zgodnie z zapisami *Standardu* w Dziennym Domu Opieki Medycznej powinno przebywać równocześnie od 10 do 15 pacjentów. Gwarantuje to zapewnienie warunków zbliżonych do domowych. Rekomendujemy zmiany w zapisach *Standardu*, które umożliwią uelastycznienie czasu przebywanie pacjenta w DDOM, zgodnie z jego potrzebami i potrzebami jego opiekunów. W takiej sytuacji **liczba pacjentów w DDOM może się zwiększyć, jednak dla zachowania jakości wsparcia na tym samym poziomie nie może przekroczyć ona 25 osób**.

Do DDOM przyjęci mogą być pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielono świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Bazując na opiniach koordynatorów projektu DDOM i ekspertów z zakresu geriatrii i rehabilitacji medycznej to kryterium może zostać zniesione.

Oferta, jaką ma dla swoich pacjentów Dzienny Dom Opieki Medycznej, jest bardzo wysoko oceniana zarówno przez samych pacjentów (w badaniu uzyskano średni poziom satysfakcji ze wsparcia, z którego skorzystali pow. 4,85 w skali 5-stopniowej), personel DDOM, jak i przez ekspertów ds. opieki długoterminowej. **Wysoka jakość funkcjonowania DDOM wynika przede wszystkim z indywidualizacji wsparcia**. Dla każdego z pacjentów przygotowywany jest indywidualny plan terapii, który w razie potrzeby jest modyfikowany przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.

Zasoby, jaki dysponują Dzienne Domy Opieki Medycznej należy ocenić pozytywnie – spełniają one zapisy *Standardu*. **Personel zatrudniony w ramach projektu spełnia kryteria przedstawione w *Standardzie***. Wysoko ocenili go również sami pacjenci DDOM podczas badań satysfakcji z otrzymanych usług zdrowotnych.

Problemy, na jakie natrafili beneficjenci podczas realizacji projektu wiązały się z: (1) **niewielką liczbą specjalistów z zakresu geriatrii**, którzy mogliby prowadzić konsultacje w DDOM, (2) **początkowo niewielkim zainteresowaniem pacjentów** w uczestniczeniu we wsparciu oraz (3) **niewielkim zainteresowaniem rodzin zajęciami edukacyjnymi**. Mimo kłopotów w pozyskaniu lekarzy geriatrów należy pozostawić obowiązek prowadzenia przez niego konsultacji, gdyż stanowią one wartość dodaną w projekcie. Z kolei zainteresowanie pacjentów usługami DDOM znacząco wzrasta wraz z czasem trwania projektów. Przyczynia się do tego wysoka satysfakcja ze wsparcia osób kończących udział w projekcie, które polecają korzystanie z DDOM innym potencjalnym pacjentom. **Działania edukacyjne prowadzone przez Dzienne Domy Opieki Medycznej wymagają natomiast większej indywidualizacji**, tak by odpowiadały wprost na potrzeby opiekunów pacjentów.

W momencie prowadzenia badania ocena efektywności kosztowej obarczona jest dużym ryzykiem wynikającym z krótkiego czasu realizacji projektów. Bazując na danych na dzień 30 marca 2017 r., przekazanych przez podmioty prowadzące DDOM, **rzeczywisty całkowity koszt pobytu pacjenta w Dziennym Domie Opieki Medycznej wyniósł 153 zł za osobodzień.** Koszty te powinny ulec obniżeniu w trakcie realizacji projektu ze względu na stopniowe zapełnienie miejsc dostępnych w DDOM.

Biorąc pod uwagę wszystkie zgromadzone w badaniu dane należy dokonać pozytywnej oceny działania DDOM i rekomendować je do dalszego upowszechniania w ramach regionalnych programów operacyjnych oraz finansowania ze środków płatnika publicznego, po dokonaniu niezbędnych korekt zapisów *Standardu* w zakresie:

- **czasu trwania wsparcia** (skrócenie do 30 dni roboczych z możliwością przedłużenia o kolejne 30 dni; uelastycznienie godzin wsparcia);
- **grupy docelowej** (zmiany w zakresie kryterium wiekowego stosowanego wobec przyjmowanych pacjentów – min. 50% powinny stanowić osoby w wieku 65 lat i więcej; rezygnacja z wymagania hospitalizacji pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy na rzecz oceny ryzyka hospitalizowania w najbliższym czasie, poszerzenie grona lekarzy wystawiających skierowanie do DDOM o wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego);
- **personelu medycznego** (dołączenie do zespołu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pełniącego dyżury w DDOM przez min. 5 godzin w tygodniu; prowadzenie konsultacji specjalistycznych przez lekarza geriatrę; rezygnacja z zatrudniania w zespole terapeutycznym farmaceuty; umożliwienie połączenia funkcji fizjoterapeuty z terapeutą zajęciowym, ustalenie wymiaru etatu fizjoterapeuty w przeliczeniu na liczbę pacjentów, jaką ma pod opieką DDOM, wprowadzenie konsultacji dietetycznych i logopedycznych jedynie w przypadku zdiagnozowania takiej potrzeby u konkretnego pacjenta);
- **kontaktu z pracownikiem socjalnym** (jedynie w uzasadnionych przypadkach).

2. Summary

Scope of present on-going evaluation research is 52 projects concerning establish and functioning of Daily Healthcare Facilities[2] (DHF, pol. Dzienny Dom Opieki Medycznej, DDOM in short) co-financed from European Social Fund (pol. EFS in short, ang. ESF) as part of Knowledge Education Development Operational Programme (pol. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, PO WER in short). Evaluation assessed assumptions and first direct effects of offered support within the public intervention. Within the evaluation Desk Research and fieldwork were conducted. Research was conducted with entities which are producers of operations led within above mentioned projects and with their the most important beneficiaries: patients and their caregivers. Overall research involved quantitative and qualitative methods. Large variety of research methods and techniques were implemented during data gathering process – In-Depth Interviews and Focus Group interviews (IDI and FGI), participant observation (Mystery Client), expert panel and Computer-Assisted Web Interview as well as Computer Assisted Personal Interviews. Such approach let us gather a plenty of precise and varied data, opinions and information. After analysing such data, there were proposed a modification of *Daily Healthcare Facility Standard* present notations as well as modification for further functioning of such institutions in Poland.

Project, within which pilot Daily Healthcare Facilities were established, co-finansed from ESF Funds, have a pilotage character. **The biggest number of Daily Healthcare Facilities established in malopolskie and sląskie voivodeships (8 institutions each)**, lubelskie (7) and mazowieckie (6) voivodeships. Only in wielkopolskie voivodeship there was no Daily Healthcare Facility established. **Support was provided mainly to people who are living at the countryside** according to 30th of March 2017 data (71% of patients).

Evaluation research confirms initial assumptions of *Daily Healthcare Facility Standard*, developed to the needs of PO WER projects' implementation, that **consumers of the support should be people who got the rate of 40-65 points on the Barthel scale of self-reliance, including most of all older people (over 65 year old)** who according to

[2] Initially, the research was to set up 53 Daily Healthcare Facilities. However, at the time of evaluation beginning, one Daily Healthcare Facility didn't start accepting patients.

Standard notation should be at least 75% of all the patients. According to data from 30th of March 2017 such people were 81% of all patients. There is only place for maximum 50% of elderly people and although there are also other needs i.e. for younger people who need assistance, older people needs are considered as priority.

On the basis of the research conducted among coordinators of *Daily Healthcare Facilities*, according to state on 30th of March 2017, **average time of stay for one patient in *Daily Healthcare Facility* was 59 working days**. During the day of interviewer's visit in the facility, patients participating in the CAPI study spent 43 working days in the Facility. Experience of physiotherapists shows that desired therapeutic effects appear after 6 weeks since the beginning of the work with the patient. Therefore **we recommend to shorten the time of patients stay in the Daily Healthcare Facility from 120 days maximum to 30 working days** with the possibility to prolong the stay for another 30 days on request of physiotherapy doctor. At the same time, **we recommend to put emphasis on the continuation of the support after the stay in Daily Healthcare Facility** by bringing an obligation of visiting a patient at his house by physiotherapist and phone calls with people which completed the support at Daily Healthcare Facility. These actions aim: stimulation patient to therapy at home, encouraging family/caregivers to participation in the further therapy process, advice on making changes in home environment, facilitating the movement of the elderly and equally important – monitoring the health and well-being of the patient.

According to numerous statements by respondents and experts, **10 to 15 patients should stay at the same time at the Daily Healthcare Facility**. This guarantees the provision of conditions closer to home. We recommend changes in the *Daily Healthcare Facility Standard*, which will make it easier to stay by patient at this facilities, according to the needs of patients and needs of their caregivers. In such a situation, **the number of patients in Daily Healthcare Facility may increase, but to maintain the quality of support at the same level, it cannot exceed 25**.

Daily Healthcare Facility may admit patients who have received hospital treatment services in the past 12 months. Based on the opinions of Daily Healthcare Facility project coordinators and experts on geriatrics and medical rehabilitation, this criterion can be abolished.

The daily care offered for the patients is very well assessed by the patients themselves (the average satisfaction level of the support was 4,85 on a 5-point scale), Daily Healthcare Facility staff and by experts of long-term care. **The high quality of Daily**

Healthcare Facility's performance is primarily a result of the individualization of support. For each patient an individual treatment plan is prepared, which if necessary is modified by the therapeutic team.

The resources of the Daily Healthcare Facilities have to be assessed positively – they fulfil the requirements of the *Daily Healthcare Facility Standard*. **Staff employed by the project meets the criteria set out in the *Standard***. It received high marks in the satisfaction assessment of health services given by patients staying at Daily Healthcare Facilities.

The problems encountered by the beneficiaries during the implementation of the project were: (1) **a small number of geriatrics specialists who would be able to consult Daily Healthcare Facilities**, (2) **little interest from the patients in taking part in the support initially** (3) **little interest from their families in education classes**. In spite of the obtaining geriatrics doctors, it is also important to provide consultation by such doctors, as they add value to the project. In turn, the interest of patients in Daily Healthcare Facility services increases significantly with the duration of projects. This contributes to the high satisfaction of the end-of-project supporters who recommend using Daily Healthcare Facilities to other potential patients. **Educational activities provided by Daily Healthcare Facilities require more individualization** (especially in rural areas) to respond directly to the caregivers' needs.

During conducting the study, the assessment of cost effectiveness is burden by high risk due to the short times of project realization. Based on the data from 30th of March 2017, provided by Daily Healthcare Facilities operators, the actual total cost of stay of the patient in the Daily Healthcare Facility was 153 PLN per person. These costs should be reduced during project implementation due to the gradual filling of the space available at Daily Healthcare Facilities.

Based on all data collected in the study, Daily Healthcare Facilities should be positively assessed and recommended for further dissemination, following adjustments in the *Standard's* including:

- **duration of support** (shortening to 30 working days with the possibility of extension for another 30 days, flexibility of support hours);
- **target group** (changes in the age criterion applied to admitted patients – at least 50% should be aged 65 years and over, resignation from patient hospitalization in the past 12 months to assess the risk of hospitalization in the

nearest future, increasing Daily Healthcare Facilities doctors' staff to all health physicians);

- **medical staff** (joining insurance physicians who are on duty at Daily Healthcare Facilities for at least 5 hours a week; geriatric consultations, resignation from pharmacist in the therapeutic team, possibility of joining physiotherapist and occupational therapist functions, diet and speech and language consultation dependent from diagnosis of a particular patient);
- **contact with a social worker** (only in justified cases).

3. Wprowadzenie

Niniejsze badanie ewaluacyjne ma charakter ewaluacji on-going pilotażowego rozwiązania, jakim są Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM), testowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Dzienne Domy Opieki Medycznej powstały jako odpowiedź na zdiagnozowaną w dokumentach strategicznych [3] potrzebę deinstytucjonalizacji opieki medycznej, która jest tutaj rozumiana jako przejście od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności. DDOM są jednocześnie odpowiedzią na problemy starzejącego się społeczeństwa. Głównym celem ich działania jest zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnymi czy w podeszłym wieku.

Zapisy *Umowy Partnerstwa na lata 2014 – 2020* wskazują na konieczność wspierania w Polsce przedsięwzięć o charakterze zdeinstytucjanalizowanym, które mają na celu opiekę nad osobami zależnymi. Dokument zakłada wdrożenie działań w obszarze deinstytucjonalizacji opieki w dwóch krokach: pilotażowym (realizowanym ze środków PO WER) oraz upowszechniającym (realizowanym ze środków RPO). Po etapie testowania w ramach PO WER modelu zdeinstytucjonalizowanej opieki medycznej nad osobami starszymi rozwiązanie, jakim są Dzienne Domy Opieki Medycznej, planowane jest ich rozpowszechniane i finansowanie ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych. Inne rozwiązania z zakresu deinstytucjonalizacji usług medycznych skierowane do różnorodnych grup docelowych (w tym również osób starszych) są już wprowadzane w Regionalnych Programach Operacyjnych.

Należy podkreślić, że docelowo Dzienne Domy Opieki Medycznej mają stać się świadczeniem gwarantowanym, finansowanym ze środków krajowych. W tym kontekście ewaluacja bieżąca, której celem jest identyfikacja elementów interwencji wymagających modyfikacji lub usprawnienia, odgrywa szczególną rolę. Na podstawie jej wyników możliwe będzie skorygowanie założeń, sposobu realizacji i kosztów funkcjonowania DDOM w ten sposób, by osiągnąć odpowiednią

[3] Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, *Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój*

efektywność kosztową przy zachowaniu wysokich standardów działania. Całościowa ocena działania Dziennych Domów Opieki zostanie przeprowadzona w trakcie ewaluacji końcowej planowanej na rok 2019.

Głównym celem prowadzonej ewaluacji była **ocena trafności zapisów *Standardu DDOM*, a także jakości działań zaplanowanych i realizowanych zgodnie z zapisami *Standardu* w ramach projektów z działania 5.2 PO WER, dotyczących deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych.**

Zamawiający sformułował następujące cele operacyjne badania ewaluacyjnego:

- ⇒ Weryfikację treści *Standardu* pod kątem wypracowania modelu świadczenia dziennej opieki medycznej w formie zdeinstytucjonalizowanej (ocena trafności zapisów);
- ⇒ Ocenę modelu pod kątem skuteczności i użyteczności pilotażowego wsparcia w ramach DDOM, efektywności kosztowej stosowanych procedur - w celu podjęcia decyzji i dalszych działań zmierzających do zakwalifikowania tej procedury medycznej do świadczeń gwarantowanych;
- ⇒ Sformułowanie wniosków i rekomendacji służących dalszemu planowaniu i realizacji konkursów w obszarze deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych w ramach RPO 2014-2010.

Ocena on-going została przeprowadzona na podstawie analiz danych zastanych, badań terenowych z projektodawcami oraz najważniejszymi odbiorcami DDOM: pacjentami i ich opiekunami, jak również dyskusji z ekspertami. W oparciu o wyniki zaproponowano modyfikację aktualnych zapisów *Standardu* Dziennego Domu Opieki Medycznej. Dla zrealizowania celów ewaluacyjnych zastosowano następujące kryteria ewaluacyjne:

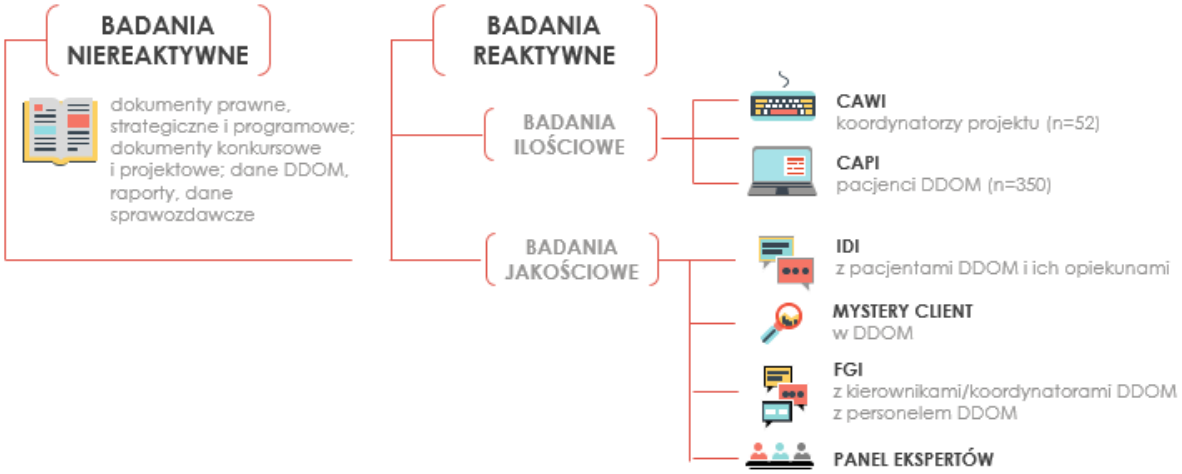
TRAFNOŚĆ	możliwość upowszechnienia zapisów Standardu zmiany / uzupełnienia w zapisie dokumentu, tak by lepiej odpowiadał na priorytety zdrowotne i cele dokumentów strategicznych
SKUTECZNOŚĆ	możliwość zrealizowania wskaźników rzeczowych: produktu oraz rezultatu bezpośredniego PO WER
EFEKTYWNOŚĆ	ocena postępu finansowego w realizacji projektów stopień osiągnięcia poziomu certyfikacji na potrzeby ram wykonania ocena efektywności kosztowej poszczególnych kategorii świadczeń
UŻYTECZNOŚĆ	odpowiadanie wsparcia w ramach DDOM na potrzeby zdrowotne pacjentów i personelu

4. Metodologia badania

Osiągnięcie wyżej przedstawionych celów badania wymagało zastosowania złożonej metodologii, przede wszystkim zastosowania ilościowych i jakościowych metod badawczych sięgających do wiedzy i doświadczeń wszystkich grup interesariuszy. Dzienne Domy Opieki Medycznej są rozwiązaniem nowatorskim na polskim rynku ochrony zdrowia, co wymaga spojrzenia na nie zarówno z oddolnego punktu widzenia (pacjentów, personelu), jak i całego systemu opieki zdrowotnej, w tym z perspektywy osób i instytucji finansujących przedsięwzięcie.

Przyjęty przez nas schemat realizacji badania został przedstawiony na poniższym rysunku.

Rysunek 1. Metody i techniki badawcze.



4.1 Badania niereaktywne

Pierwsza faza badania miała charakter eksploracyjny. Realizacja badań niereaktywnych opierała się na analizie danych zastanych (desk research) następujących źródeł danych:

- ⇒ kluczowe dokumenty prawne, strategiczne i programowe;
- ⇒ dokumenty konkursowe i projektowe, w tym przede wszystkim regulamin konkursu i *Standard DDOM*, a także wnioski o dofinansowanie projektów;
- ⇒ dane zbierane na potrzeby realizacji projektów w DDOM, w zakresie;
- ⇒ ogólnodostępne raporty, publikacje naukowe i urzędowe oraz kontekstowe dane sprawozdawcze.

Szczegółowa bibliografia została przedstawiona na str. 92 niniejszego raportu.

4.2 Badania reaktywne

4.2.1 WYWIADY KWESTIONARIUSZOWE REALIZOWANE TECHNIKĄ CAWI – Z KOORDYNATORAMI PROJEKTÓW

W badaniu CAWI, respondenci otrzymali za pomocą poczty elektronicznej link do ankiety zamieszczonej na serwerach Wykonawcy. Badanie pozwoliło w krótkim czasie na dotarcie do koordynatorów projektów w DDOM, którzy zostali poproszeni o ocenę realizacji projektu, a także o wypełnienie sprawozdania dotyczącego:

- zasobów kadry medycznej i administracyjnej,
- posiadanej infrastruktury medycznej,
- liczby i kosztu udzielonych świadczeń,
- czasu pobytu pacjentów,
- liczby pacjentów oraz ich podstawowych cech demograficznych, takich jak wiek, płeć, wielkość miejsca zamieszkania, niepełnosprawność

Dobór próby:

Próba miała charakter pełny, co oznacza, że w badaniu wzięli udział koordynatorzy (lub wyznaczone przez nich osoby z personelu projektu) z każdego z **52 projektów PO WER**, w ramach którego utworzony został i jest prowadzony DDOM.

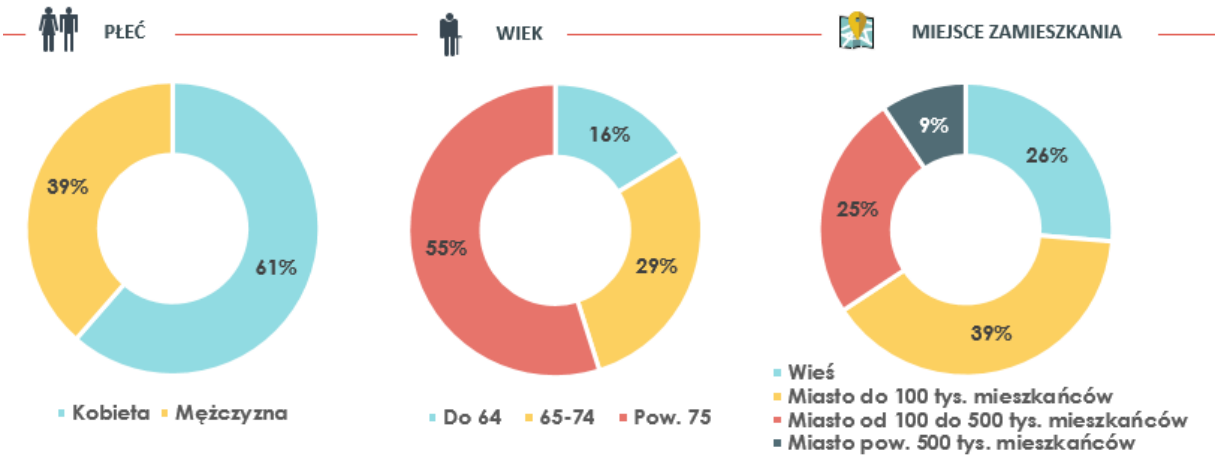
4.2.2 WYWIADY KWESTIONARIUSZOWE REALIZOWANE TECHNIKĄ CAPI – Z PACJENTAMI

Wywiad CAPI jest metodą zbierania danych, za pomocą elektronicznego kwestionariusza ankiety, bazującą na bezpośrednim kontakcie ankietera z respondentem. W trakcie wywiadu ankieter odczytuje pytania z ekranu laptopa i notuje na nim odpowiedzi. W każdym DDOM w badaniu CAPI do udziału w badaniu zostali wylosowani za pomocą wygenerowanych liczb losowanych. W realizowanym wywiadzie zostali poproszeni o ocenę funkcjonowania DDOM.

Dobór próby:

Liczba skutecznie zrealizowanych wywiadów liczyła 350. Próba do tego badania ilościowego miała charakter kwotowy. Kwoty zostały dobrane ze względu na płeć i wiek.

Wykres 1. Struktura respondentów badania CAPI.



Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

W każdej placówce do badania wylosowanych zostało 6-7 osób, w zależności od liczebności pacjentów przebywających aktualnie w placówce.

Wśród badanych pacjentów DDOM 61% stanowiły kobiety, natomiast 39% mężczyźni. Ponad połowa respondentów przekroczyła 75 rok życia (55%), 29% było w wieku 65-74 lata, a 16% poniżej 64 roku życia. Badani najczęściej pochodzili z miast do 100 tys. mieszkańców (39%). Co czwarty pacjent pochodził z miast liczących 100-500 tys. mieszkańców i niemal taki sam odsetek seniorów zamieszkiwał obszary wiejskie (26%).

4.2.3 WYWIADY GRUPOWE (FGI) Z PERSONELEM MEDYCZNYM DDOM (1 GRUPA) I KIEROWNIKAMI DDOM I / LUB PODMIOTÓW LECZNICZYCH PROWADZĄCYH DDOM ORAZ KOORDYNATORAMI PROJEKTÓW (2 GRUPA)

Zogniskowany wywiad grupowy (*Focus Group Interview - FGI*) jest to jedna z metod jakościowych, która polega na przeprowadzeniu dyskusji wśród uczestników badania przez specjalnie przeszkolonego moderatora. Narzędziem badawczym jest scenariusz wywiadów FGI. Samo badanie odbywa się w przygotowanym do tego miejscu (w tzw. sali fokusowej) umożliwiającym obserwację wywiadu przez „lustro weneckie". Badanie FGI przeprowadzane jest najczęściej w grupie liczącej od 6 do 12 uczestników. Celem

tej metody jest poznanie opinii poszczególnych osób, jak i grupy ludzi o określonych cechach, na temat wskazanego zjawiska lub przedmiotu badania. Przeprowadzenie wywiadu w grupie umożliwia zaprezentowanie przez poszczególnych uczestników różnych opinii i punktów widzenia, a tym samym umożliwia uzyskania pogłębionej i wielowymiarowej wiedzy oraz wygenerowanie nowych pomysłów. W niniejszym projekcie ewaluacyjnym przeprowadzone zostały dwa wywiady FGI: z kierownikami DDOM oraz z kierownikami projektów (1), a także z personelem projektów (2). Wywiady miały posłużyć zebraniu informacji o funkcjonowaniu dziennego domu, realizowanym projekcie, a także o *Standardzie DDOM*. Zarówno kierownicy DDOM, jak i kierownicy projektów mogli w trakcie wywiadu podzielić się opiniami i opisać wyzwania, jakie stoją przed nimi w trakcie realizowanego projektu. Zostali również poproszeni o zaproponowanie ewentualnych zmian do obowiązujących zapisów *Standardu*.

Dobór respondentów:

Dobór respondentów do badania miał w obu przypadkach charakter celowy. W każdym wywiadzie wzięło udział **8-10 osób,** pracujących w różnych DDOM w 3 różnych województwach**.** W ramach pierwszej grupy fokusowej do badania zaproszeni zostali wybrani **kierownicy DDOM oraz koordynatorzy projektów**.

W drugim wywiadzie wzięli udział natomiast **przedstawiciele personelu medycznego DDOM, w tym następujący specjaliści**:

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
- lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii,
- pielęgniarka – 2 osoby o różnych specjalizacjach,
- osoby prowadzące fizjoterapię,
- opiekun medyczny,
- terapeuta zajęciowy,
- psycholog lub psychoterapeuta.

4.2.4 WYWIADY POGŁĘBIONE Z WYBRANYMI PACJENTAMI NIEKTÓRYCH UTWORZONYCH PLACÓWEK

Indywidualny wywiad pogłębiony (ang. IDI - In Depth Interview) polega na przeprowadzeniu rozmowy z respondentem przez odpowiednio przeszkolonego moderatora. Celem wywiadu jest zebranie informacji dotyczących tematu badania i pogłębienie wiedzy w danym obszarze, tak aby uzyskać odpowiedzi na konkretne

pytania badawcze. W realizowanym badaniu ewaluacyjnym wywiady zostały przeprowadzone z pacjentami DDOM oraz z ich opiekunami. Zostali oni poproszeni o opowiedzenie o swoich doświadczeniach związanych z DDOM, o tym jakie argumenty kierowały nimi przed skorzystaniem z usług dziennych domów, a także jak oceniają pobyt w nim swój i swoich podopiecznych. Ze względy na stan zdrowia i zdolności poznawcze pacjentów, wywiady z ich opiekunami pozwoliły spojrzeć na efekty obecności w DDOM również z perspektywy opiekunów.

Dobór próby:

Dobór próby w badaniach jakościowych był celowy[4]. Przeprowadzono łącznie 10 IDI:

- 5 z pacjentami:
  - 3 kobietami i 2 mężczyznami (ze względu na większy udział kobiet wśród pacjentów DDOM),
  - osobami o różnym stopniu niesamodzielności: 2 osoby z 40-50 punktami w skali Barthel, 2 osoby z 50-60 punktami w skali Barthel, 1 osoba z 60-65 punktami w skali Barthel (ze względu na odzwierciedlenie w próbie proporcji tej cechy populacji obejmowanej wsparciem DDOM).
- 5 z opiekunami pacjentów/pacjentek korzystających ze wsparcia:
  - 3 opiekunami/opiekunkami kobiet i 2 opiekunami/opiekunkami mężczyzn (uzasadnienie analogiczne jak w przypadku pacjentów),
  - opiekunami osób o różnych stopniach niesamodzielności: 2 opiekunów osób z 40-50 punktami w skali Barthel, 2 opiekunów osób z 50-60 punktami w skali Barthel, 1 opiekunów osób z 60-65 punktami w skali Barthel (uzasadnienie analogiczne jak w przypadku pacjentów).

Wywiady zostały przeprowadzone w 5 różnych placówkach, z czego w 2 istniejących w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców, a w 3 – funkcjonujących w miastach poniżej 200 tys. mieszkańców.

[4] Barbour R., *Badanie fokusowe*, Warszawa 2011, s. 104.

4.2.5 OBSERWACJA UCZESTNICZĄCA – MYSTERY CLIENT

Badanie metodą Tajemniczego Klienta (Mystery Client) jest jednym z podstawowych sposobów badania jakości obsługi klienta. Jest to **niejawna obserwacja uczestnicząca**, polegająca na zaaranżowaniu sytuacji, w której audytor wciela się w rolę potencjalnego klienta, pozwalająca na rzetelną weryfikację faktycznego poziomu obsługi.

Po przeprowadzonym badaniu audytor, na podstawie swoich obserwacji wypełniał kwestionariusz poaudytowy (kartę oceny DDOM).

Dobór próby:

Audyty zostały przeprowadzone w 3 DDOM wybranych w sposób celowy. Były to podmioty funkcjonujące w 3 różnych regionach Polski. Realizacja audytów pozwoliła zapoznać się z ofertą usług DDOM oraz ich bazą lokalową, a także ocenić w jaki sposób przebiega w nich obsługa klienta.

4.2.6 PANEL EKSPERTÓW

Według definicji podawanej przez Krajową Jednostkę Ewaluacji „Panel ekspertów ma za zadanie szybko i niedrogo sformułować syntetyczny osąd, który integruje najważniejsze informacje dostępne na temat programów oraz informacje oparte na innych doświadczeniach"[5].

Przeprowadzony panel trwał 3 godziny. Odbył się w Warszawie. Dyskusję poprzedziła krótka prezentacja przygotowana przez Wykonawcę na temat wyników zgromadzonych na dotychczasowych etapach badania.

Dobór próby:

W panelu ekspertów wzięło udział 14 osób: eksperci z zakresu geriatrii, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele beneficjentów prowadzących DDOM oraz dwóch członków zespołu badawczego – lekarz specjalista z zakresu rehabilitacji oraz pielęgniarka.

[5] http://www.ewaluacja.gov.pl/slownik/Strony/slownik_panel_ekspertow.aspx

5. Dane kontekstowe

5.1 Starzenie się ludności

Pojęcie „starzenia się społeczeństwa" zarówno w analizach demograficznych, jak i w dyskursie medialnym odnosi się do zmiany struktury wieku polegającej na rosnącym udziale osób starszych w ogóle ludności danego kraju lub obszaru. W demografii osoby „starsze" definiowane są jako te, które ukończyły 60 lub 65 rok życia (Holzer, 2003). Podobne założenie zostało przyjęte w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020[6], gdzie zdefiniowano osoby starsze jako te które ukończyły 60 rok życia. Definicja ta jest zgodna z przyjętą przez Pierwsze Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się Społeczeństw ONZ w 1982 roku. Tak sformułowane założenie wynika z konieczności opracowania działań skierowanych zarówno do osób nieaktywnych zawodowo, jak i do działań mających na celu wspieranie wydłużania aktywności zawodowej i aktywnego starzenia się.

Udział osób w wieku ponad 60 lat w strukturze wieku ludności Polski w roku 2015 wyniósł 22%. Dla porównania w roku 1989 było to 14,7% ogółu ludności Polski. Mamy więc do czynienia z dynamicznym wzrostem udziału osób starszych w ogóle populacji, który to wzrost nabrał tempa w ostatnich 20 latach.

Dla zrozumienia procesu starzenia się ludności konieczne jest spojrzenie na to zjawisko jak na wypadkową relacji miedzy trzema głównymi grupami wieku. Według najszerszego, przyjętego w demografii i statystyce publicznej podziału przyjmuje się trzy grupy:

- ⇒ wiek przedprodukcyjny: wiek w którym nie została jeszcze osiągnięta zdolność do pracy, 0-17 lat
- ⇒ wiek produkcyjny: wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat.
- ⇒ wiek poprodukcyjny: wiek w którym osoby zazwyczaj kończą pracę zawodową, tj. dla mężczyzn - 65 lat i więcej, dla kobiet - 60 lat i więcej.

Jak łatwo zauważyć, grupa osób w wieku poprodukcyjnym jest zbieżna z definicją osób starszych. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej jest nazywany także

[6] Uchwała nr. 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pt.: Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020.

współczynnikiem starości danej populacji (Abramowska-Kmon, 2011). Dynamiczny wzrost udziału tej grupy ludności jest wypadkową dwóch głównych trendów demograficznych, czyli zmniejszającej się liczby, urodzeń oraz wzrostu oczekiwanej długości trwania życia.

W okresie powojennym w Polsce mieliśmy do czynienia z eksplozją urodzeń, o czym najlepiej świadczy fakt, że w latach pięćdziesiątych systematycznie notowano corocznie ponad 750 tysięcy urodzeń. Rekordowy pod tym względem był rok 1955, kiedy urodziło się 793 tysiące dzieci, najwięcej w całym okresie 1946-2015. Druga fala urodzeń, choć nieco mniej intensywna, została zarejestrowana w połowie lat osiemdziesiątych, kiedy w roku 1983 zarejestrowano 723 tysięcy urodzeń. Od tego momentu mieliśmy do czynienia z systematycznym spadkiem liczby urodzeń, aż do wartości najniższej w okresie powojennym, kiedy to w roku 2003 zarejestrowano jedynie 351 tysięcy urodzeń, a w roku 2015 było to 369 tysięcy urodzeń. Zmiany te znalazły swoje odzwierciedlenie również we współczynniku dzietności ogólnej[7], który w roku 1955 wyniósł 3,61, a w roku 2015 jedynie 1,29.

Przemiany wzorca dzietności miały daleko idące konsekwencje dla zmiany struktury wieku ludności. Jeśli zawęzimy kategorię osób w wieku przedprodukcyjnym do osób 0-14 lat, to w roku 1950 stanowiły one 29,5% ogółu ludności, a więc była to grupa blisko sześciokrotnie liczniejsza niż osoby w wieku 65 lat i więcej w tym samym roku. Znamienny dla przemian struktury ludności Polski jest fakt, że w roku 2014 odsetek osób w wieku 65 lat i więcej był po raz pierwszy w zarejestrowanej historii demograficznej wyższy niż odsetek osób w wieku do lat 14 (odpowiednio 15,3% i 15%).

Drugim czynnikiem odpowiedzialnym za zmiany struktury ludności było wydłużanie się życia mierzone wartością oczekiwaną[8]. Szczególne znaczenie ma tu oczekiwana długość życia w momencie narodzin, która określa średnią liczbę lat, jaką ma przed sobą dziecko w momencie urodzenia zakładając brak zmian w warunkach umieralności. Stąd jeśli dla chłopca urodzonego w roku 2015 oczekiwana długość życia wyniosła 73,6, oznacza to, że jeśli warunki umieralności nie ulegną zmianie

---

[7] Współczynnik określający liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym (15-49 lat) przy założeniu niezmienności cząstkowych współczynników dzietności.

[8] Miernik ten jest powszechnie stosowany w celu opisania przemian wzorca umieralności i wyraża „średnią liczbę lat, jaką ma do przeżycia -przy danych warunkach umieralności populacji – osoba w wieku x ukończonych lat, przy założeniu, że warunki te będą utrzymywały się przez dostatecznie długi czas" (GUS 2016: str.10).

i pozostaną na poziomie wartości z tego roku, to miałby on szanse dożyć właśnie takiej liczby lat. Dla porównania analogiczny wskaźnik dla chłopców urodzonych w roku 1950 wyniósł 56,1, co pokazuje skalę zmian, jakie dokonały się na przestrzeni ostatnich 65 lat. Dla kobiet oczekiwana długość życia w momencie narodzin wyniosła odpowiednio 61,7 w roku 1950 i 81,6 w roku 2015. Zmiany oczekiwanej długości trwania życia w momencie narodzin będą miały swoje konsekwencje dla zmiany struktury ludności ze względu na wzrost liczby osób dożywających do wieku lat 60.

W konsekwencji wzrost liczby osób w wieku lat 65 i więcej przy jednoczesnym spadku liczby osób w wieku przedprodukcyjnym będzie prowadził do zwiększania się udziału osób starszych w ogóle populacji Polski. Jak wynika z prognoz struktury ludności Polski, do roku 2050 spodziewany jest przyrost odsetka osób starszych do wartości około 33% (GUS, 2014: str. 144). Najbardziej dynamiczny przyrost odsetka osób starszych spodziewany jest na okres po roku 2020 i 2035 ze względu na osiągnięcie wieku lat 65 przez liczne kohorty urodzone w latach pięćdziesiątych, siedemdziesiątych oraz osiemdziesiątych.

Z punktu widzenia celów niniejszego opracowania istotne jest bardziej szczegółowe spojrzenie na przyszłość demograficzną osób w wieku 65 lat i więcej, która to grupa jest zbiorowością niejednorodną z uwagi na długość tego przedziału. Według typologii WHO przyjmuje się podział na trzy etapy życia: wiek 60-74, czyli tak zwaną „młodą starość", wiek 75-89 lat, czyli „dojrzałą starość" oraz wiek 90 lat i więcej, czyli długowieczność (WHO, 1984)[9]. W prognozach struktury ludności przygotowanych przez GUS przyjęto podział na dwie grupy wieku: 65-79 oraz 80 lat i więcej (GUS 2014: str. 136). Zmiany udziału obydwu grup ludności starszej będą ściśle związane ze wspomnianymi wcześniej wyżami i niżami urodzeń. Do roku 2025 będzie można zaobserwować wzrost udziału osób w wieku 65-79 (z uwagi na liczne kohorty urodzone w latach 1946-1965) przy jednoczesnym ubytku osób w wieku 80 lat i więcej (kohorty urodzone w latach 1934-1945). Po roku 2025 oczekiwany jest systematyczny wzrost udziału osób powyżej 80 roku życia w populacji z uwagi na osiąganie tego wieku przez osoby urodzone po 1945 roku. Szacunki GUS pokazują, że osoby ponad osiemdziesięcioletnie będą stanowiły nawet 36% wszystkich osób w wieku lat 65 i więcej w roku 2040, a na koniec okresu objętego prognozą będzie to około 32%.

[9] W demografii stosuje się także podział na młodszy (60-69 lat) i starszy (70-79 lat) wiek poprodukcyjny oraz starość sędziwą (80 lat i więcej).

W skali całej populacji w roku 2050 osoby w wieku 80 lat i więcej będą stanowiły około 10%, podczas gdy obecnie stanowią około 4%.

STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI W ŚWIETLE TEORII PRZEJŚCIA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Scharakteryzowane powyżej przemiany demograficzne, określane ogólnie mianem procesu starzenia się ludności, są zgodne z ogólnie przyjętą w naukach populacyjnych teorią przejścia epidemiologicznego (Omran, 1971). Teoria ta przewiduje, że opisane przemiany struktur populacji wynikają ze zmian we wzorcu umieralności i zachorowalności. Podstawowym czynnikiem jest tu spadek udziału zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi i zewnętrznymi (wojny, głód epidemie) przy jednoczesnym wzroście udziału zgonów spowodowanych chorobami niezakaźnymi (nowotwory, choroby układu krążenia, choroby zwyrodnieniowe i neurodegenracyjne). Zmiana ta spowodowana została ogólną poprawą warunków bytowych ludności (żywność, warunki mieszkaniowe i sanitarne), rozwojem opieki medycznej (w tym eliminacją umieralności dzieci i niemowląt), stosowaniem nowych leków i technik medycznych umożliwiających lepszą diagnostykę i leczenie. Na skutek przejścia epidemiologicznego wzrosło oczekiwane trwanie życia w momencie narodzin (eliminacja umieralności dzieci i niemowląt), a także zwiększone prawdopodobieństwo dożycia wieku dojrzałej starości czy nawet długowieczności.

Według autorów teorii, w ostatniej fazie przejścia epidemiologicznego mamy do czynienia z rosnącym udziałem osób w wieku 80 lat i więcej z wyraźną dominacją chorób przewlekłych, zwyrodnieniowych i starczych. W fazie tej autorzy przewidywali wzrost popytu na opiekę medyczną dla osób starszych (zarówno opiekę szpitalną jak i długoterminową). Stąd naturalną konsekwencją przewidywań teoretycznych stała się konieczność weryfikacji miar demograficznych w celu bardziej precyzyjnej charakterystyki stanu zdrowia ludności. W tym celu został zaproponowany pomiar oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu (Sanders, 1964; Sullivan, 1971; Robine i inni, 2003). Miara ta ma na celu w wymiarze ilościowym określenie liczby lat przeżytych bez chorób przewlekłych lub upośledzenia sprawności, a w wymiarze jakościowym do określenia stanu zdrowia i jakości życia jednostek. Zakłada się, iż ogólne wydłużanie się trwania życia powinno również prowadzić do wydłużania się życia bez dolegliwości chorobowych. Stąd w analizach demograficznych i społecznych powinniśmy nie tylko brać pod uwagę miernik ogólny, jakim jest oczekiwane trwanie życia, ale także, a może przede wszystkim, oczekiwane trwanie życia w dobrym zdrowiu.

Analizując dane najczęściej podaje się wartość oczekiwaną lat życia w zdrowiu dla osób w wieku 65 i więcej. Szacunki dotyczące oczekiwanego trwania życia w dobrym zdrowiu dla osób powyżej 65 roku życia w Polsce wskazują, iż w 2014 roku kobiety powyżej 65 roku życia miały przed sobą około 8,1 lat życia w dobrym zdrowiu w porównaniu z oczekiwaną długością życia w tym wieku wynoszącą 20,4. Analogiczne wskaźniki dla mężczyzn wyniosły odpowiednio 7,5 i 15,8 (EHLEIS, 2016). Oznacza to, że przeciętna 65 letnia kobieta w 2014 roku w Polsce spędzi około 12 lat w chorobie lub jakimś stopniu upośledzenia funkcji życiowych z czego około 4,7 roku będzie oznaczało znaczne ograniczenie aktywności fizycznej, wiążące się z koniecznością opieki medycznej, w tym długoterminowej. Przeciętny 65 letni mężczyzna w 2014 roku w Polsce spędzi około 8,3 roku życia w chorobie, z czego około 5 lat przypadnie na umiarkowany a 3,3 roku na znaczny stopień upośledzenia funkcji życiowych wynikający z choroby (wiążące się z koniecznością opieki medycznej, w tym długoterminowej).

HIPOTEZY DOTYCZĄCE PRZEMIAN ZDROWIA ZWIĄZANE ZE WZROSTEM OCZEKIWANEJ DŁUGOŚCI TRWANIA ŻYCIA

W kontekście opisanych powyżej relacji pomiędzy starzeniem się ludności i stanem zdrowia przyjmuje się określone hipotezy odnośnie relacji między ogólną liczbą lat pozostałą do przeżycia po ukończeniu 65 roku życia, liczbą lat w dobrym zdrowiu i liczbą lat w chorobie. Ogólny model przemian stanu zdrowia zaproponowany przez WHO (WHO, 1984) przedstawia różnice pomiędzy okresami życia przeżytymi w różnych stanach: bez chorób przewlekłych, bez ograniczonej sprawności i cały przeżyty okres. Stąd koncepcja liczby lat w zdrowiu dzieli oczekiwaną długość życia[10] na okresy funkcjonowania w różnych stanach zdrowia, które zmienia się od dobrego do złego. Dzięki temu do ilościowej oceny długości trwania życia dodana zostaje również jego ocena jakościowa. Wraz ze wzrostem oczekiwanej długości życia można oczekiwać jednego z trzech scenariuszy zmian relacji między umieralnością (zgonem), niepełnosprawnością (przebywaniem w stanie chorobowym) i zachorowalnością (momentem utraty pełnego zdrowia):

[10] Najczęściej przyjmuje się że chodzi tu o oczekiwaną długość życia po ukończeniu 65 lat.

⇒ Hipoteza kompresji zachorowalności (compression of morbidity) zakłada, iż czas choroby i występowania niepełnosprawności przed śmiercią ulega skróceniu, a wydłużeniu ulega czas życia w dobrym zdrowiu.

⇒ Hipoteza ekspansji zachorowalności (expansion of morbidity) zakłada, że odsetek osób niepełnosprawnych (w złym stanie zdrowia, wymagających opieki) pozostanie na stałym poziomie lub wzrośnie, wtedy wydłuża się czas życia w złym zdrowiu.

⇒ Hipoteza równowagi (dynamic equilibrium) zakłada, że wzrost oczekiwanego trwania życia może pociągnąć za sobą spadek trwania życia z poważną niepełnosprawnością na rzecz wydłużenia trwania życia z umiarkowaną i lekką niepełnosprawnością.

Każdy z tych trzech scenariuszy będzie miał odmienne konsekwencje ze względu na koszty opieki medycznej nad osobami starszymi, czy też wielkość popytu na opiekę długoterminową. Zdecydowanie najniższe koszty będą typowe dla hipotezy kompresji zachorowalności, gdyż przez względnie długi czas jednostki będą pozostawały w dobrym zdrowiu, a czas spędzony w chorobie będzie relatywnie krótki. Zdecydowanie najwyższe koszty będą charakteryzowały scenariusz ekspansji zachorowalności ze względu na wydłużanie się życia w złym zdrowiu. Hipoteza równowagi jest scenariuszem pośrednim.

STAN ZDROWIA OSÓB STARSZYCH

Biorąc pod uwagę opisane powyżej przemiany demograficzne wydaje się koniecznym określenie stanu zdrowia osób starszych w Polsce. Ma to szczególne znaczenie w świetle przedstawionych hipotez dotyczących relacji między ogólną liczbą lat pozostałych do przeżycia po ukończeniu 65 roku życia, liczbą lat spędzonych w dobrym zdrowiu i liczbą lat spędzonych w chorobie lub niesamodzielności. Będzie to miało oczywiste konsekwencje dla oceny zapotrzebowania na opiekę zdrowotną dla osób starszych w Polsce. Informacje te są również istotne w świetle ustawy o osobach starszych z dnia 11 września 2015 (Dz. U. z 2015r. poz. 1705), która określa zakres monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych. Art. 3 niniejszej ustawy zakresem monitorowania obejmuje m. in. takie aspekty jak sytuacja demograficzna, stan zdrowia czy polityka senioralna. Z punktu widzenia celów poniższego opracowania istotne jest opisanie stanu zdrowia ludności starszej, a także otoczenia instytucjonalnego kształtującego warunki godnego starzenia się.

Przywoływana wcześniej prognoza zmian struktur demograficznych do roku 2050 opracowana przez Główny Urząd Statystyczny (GUS, 2014) przewiduje wzrost udziału osób w wieku lat 65 i więcej oraz 80 i więcej w ogóle ludności Polski (GUS, 2014a). Sytuacja taka będzie prowadziła zatem do konieczności zmiany organizacji opieki zdrowotnej w celu zapewnienia lepszej podaży usług. Ma to szczególne znacznie ze względu na relatywnie zły stan zdrowia osób starszych w Polsce. Jak wynikało z badań ankietowych przeprowadzonych w roku 2009 blisko 42% badanych oceniło swój stan zdrowia na zły lub bardzo zły, co lokuje polskich respondentów na 28 miejscu wśród 32 sklasyfikowanych (GUS, 2014a). Należy jednak zwrócić uwagę na systematyczną poprawę samooceny stanu zdrowia, gdyż analogiczny odsetek w roku 2014 wyniósł 29% (w ogóle osób w wieku 60 lat i więcej). Co oczywiste samoocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem i analogiczny odsetek w grupie wiekowej 70-79 wyniósł 35% a w grupie 80 lat i więcej było to już 50% (GUS 2016a: str. 13).

Słaba kondycja zdrowotna osób starszych w Polsce jest wyraźnie widoczna, jeśli rozpatrzymy pewne jej aspekty, takie jak np.: częstość występowania długotrwałych problemów w postaci chorób przewlekłych, sprawności narządów, mobilności lub ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Według danych GUS z roku 2009 oraz 2014 blisko 90% osób powyżej 65 roku życia potwierdziło występowanie takich problemów (GUS, 2014a, GUS 2016a). Najczęstsze dolegliwości zdrowotne starszych Polaków to nadciśnienie tętnicze, zwyrodnienia stawów, bóle pleców i kręgosłupa, choroba wieńcowa, cukrzyca (GUS 2016a: str. 14). Warto zauważyć, że bardzo duży odsetek osób starszych w Polsce dotyka problem nadwagi lub otyłości (GUS, 2016a: str. 16). Zbyt dużą masę ciała ma blisko 70% badanych osób, a co czwarta została zaliczona do grupy osób otyłych (BMI>30). Stąd warto wskazać na nadwagę jako istotny element warunkowany przez styl życia, a mający duży wpływający na ogólną kondycję fizyczną i zdrowie.

Ważnym aspektem samooceny stanu zdrowia jest postrzeganie przez respondentów możliwości samodzielnego funkcjonowania, w tym zdolności do samoobsługi oraz wykonywania czynności domowych. Jak wynika z cytowanych już badań ankietowych co 3 osoba powyżej 65 roku życia miała ograniczenia w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą (czynności takie jak: kładzenie się i wstawanie, toaleta, ubieranie się, jedzenie). Wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) blisko 60% miało problem z wykonywaniem co najmniej jednej z tych czynności (GUS, 2016a: str. 17). Ograniczenia zdrowotne wpływają również na możliwość prowadzenia własnego

gospodarstwa domowego. Nie pozwalają one osobom starszym na wykonywanie prac domowych, robienie zakupów czy przygotowanie posiłków. Tego typu trudności mogą być doświadczeniem nawet ponad 60% ogółu seniorów.

Dużą rolę w poprawie funkcjonowania i jakości życia osób starszych odgrywa rehabilitacja. Jako świadczenie zdrowotne, rehabilitacja jest istotna jako świadczenie pielęgnacyjne zarówno dla osób zależnych jak i osób samodzielnych lecz wymagających usprawnienia. W obu aspektach, rehabilitacja może prowadzić do poprawy jakości życia osób starszych i jest koniecznym elementem kompleksowej opieki. Według danych GUS wydatki bieżące na usługi rehabilitacyjne stanowiły 3,6% ogółu wydatków na ochronę zdrowia w roku 2014. Oczywiście nakłady te nie są kierowane jedynie do osób starszych lecz także do pacjentów młodszych wymagających jakiejś formy usprawnienia leczniczego. W przypadku osób starszych ważna jest nie tylko rehabilitacja ambulatoryjna lecz przede wszystkim rehabilitacja w warunkach domowych.

Biorąc pod uwagę trendy demograficzne należy liczyć się ze wzrostem popytu na usługi rehabilitacyjne oraz działania prewencyjne mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia niektórych schorzeń i niepełnosprawności (Błędowski i inni, 2012). Zgodnie z przewidywaniami hipotezy kompresji zachorowalności, może prowadzić to do poprawy stanu zdrowia osób starszych a co za tym idzie wydłużenie trwania życia w dobrym zdrowiu i redukcję kosztów opieki medycznej w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.

STAN OPIEKI ZDROWOTNEJ OSÓB STARSZYCH I NIESAMODZIELNYCH

Struktura wieku ludności to bezpośrednie czynniki kształtujące popyt na świadczenia zdrowotne realizowane w takich placówkach jak przychodnie, szpitale czy zakłady opieki długoterminowej. W przypadku opieki szpitalnej jednostkami realizującymi opiekę medyczną i pielęgnacyjną dla osób w starszym wieku są zarówno oddziały geriatryczne jak i inne oddziały szpitalne. W roku 2014 oddziały geriatryczne dysponowały 853 łóżkami, w których w ciągu roku leczono blisko 22 tysiące pacjentów (GUS 2016b). Jeśli chodzi o instytucje nakierowane na długoterminową, stacjonarną opiekę nad osobami starszymi, w roku 2015 odnotowano 560 zakładów tego typu, co dało około 3% wzrost w porównaniu z rokiem 2014 (GUS 2017). Uzupełnieniem instytucjonalnej opieki długoterminowej jest finansowana przez NFZ długoterminowa opieka nad osobami starszymi w warunkach domowych.

Biorąc pod uwagę opisane powyżej trendy demograficzne oraz przemiany stanu zdrowia osób starszych można zakładać rosnący popyt na opiekę długoterminową. Dotyczy to w szczególności form opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych z uwagi na dążenie do zapewnienia pomocy osobom starszym w ich naturalnym środowisku. W przypadku osób starszych istotne są świadczenia długoterminowe w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Według raportu GUS (2017) na koniec 2015 roku odnotowano 560 zakładów tego typu (wzrost o 3,1% w porównaniu z rokiem 2014).

Struktura wieku osób objętych opieką długoterminową w roku 2015 wskazuje, iż są to głównie osoby w wieku 65 lat i więcej (76%) z czego osoby w wieku 80 lat i więcej stanowią 46,3% ogółu (GUS 2017:102). Warto zwrócić uwagę, iż zgodnie z hipotezą kompresji zachorowalności osoby w grupach wieku 65-74 oraz 75-79 stanowią niższy odsetek korzystających z tego typu placówek w porównaniu z osobami w wieku 80 lat i więcej. Odpowiednio dla grupy wieku 65-74 jest to 16,6% a dla grupy wieku 74-79 jest to 13%. Sytuacja ta może wskazywać na wydłużanie się życia w dobrym zdrowiu i zmniejszanie się czasu spędzonego w chorobie, niepełnosprawności czy znacznym stopniu upośledzenia funkcji życiowych.

Innym aspektem struktury demograficznej osób objętych stacjonarną opieką długoterminową jest obserwacja, iż w zakładach tych przebywało dwa razy więcej kobiet (66,3%) niż mężczyzn, co szczególnie dotyczy grupy osób w wieku 65 lat i więcej (85,5%). Sytuacja ta nie powinna dziwić biorąc pod uwagę różnice w oczekiwanej długości życia między kobietami i mężczyznami, co bezpośrednio rzutuje na oczekiwaną długość życia w dobrym zdrowiu, jak i proporcję płci wśród osób starszych. Według danych GUS, w wieku 65 lat na jednego mężczyznę przypada 1,2 kobiety, a analogiczny wskaźnik dla osób w wieku lat 80 wynosi już blisko 1,9. Różnice te będą wynikały głównie ze zwiększonej przeżywalności kobiet z uwagi na czynniki biologiczne (podatność na zachorowania) oraz społeczno-behawioralne (styl życia, skłonność do korzystania z opieki medycznej).

Jeśli chodzi o zakłady opiekuńczo-lecznicze o profilu ogólnym, to w roku 2015 odnotowano 353 zakłady tego typu (GUS, 2017), co przekładało się na 19,3 tysiąca łóżek. Opiekę w trybie stacjonarnym zapewniono 40,3 tysiącom osób, a średni pobyt pacjenta w placówce trwał blisko 159 dni. W przypadku placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, to w 2015 roku odnotowano 148 placówek tego typu, co przełożyło się na 6,6 tysiąca łóżek. Ogółem opieką w tych instytucjach

otoczono 13,9 tysięcy osób, co stanowiło nieznaczny (0,4%) spadek w porównaniu z rokiem 2014. Średni pobyt pacjenta w placówce pielęgnacyjno-opiekuńczej o profilu ogólnym trwał 151 dni.

Oprócz zakładów opieki długoterminowej istotną formę instytucjonalnej pomocy osobom starszym oferują szpitalne oddziały geriatryczne.

Najczęstsze powody hospitalizacji osób starszych pokrywają się z rozkładem częstości występowania schorzeń w populacji generalnej Polski (Wojtyniak i Goryński, 2016: str. 141). W roku 2014, osoby w wieku lat 65 i więcej były najczęściej hospitalizowane z powodu chorób układu krążenia, nowotworów oraz chorób układu oddechowego. Ogólnie, najczęściej hospitalizowane grupy wieku to właśnie osoby starsze oraz niemowlęta. Porównując te odsetki z innymi krajami UE należy podkreślić, iż osoby w wieku lat 65 i więcej są nieco rzadziej hospitalizowane w Polsce (Wojtyniak i Goryński, 2016: str. 144).

Biorąc pod uwagę zmiany demograficzne w strukturze ludności Polski, niepokojąca może być obserwacja dotycząca liczby lekarzy geriatrów. W roku 2014 liczba specjalistów w dziedzinie geriatrii wykonujących swój zawód wynosiła 321 osób, a w trakcie kształcenia było kolejnych 119 lekarzy (NIK 2014). Przeliczając te wartości na 10 tys. mieszkańców w wieku 65 lat i więcej otrzymujemy wskaźnik na poziomie 0,16, co stawia Polskę na ostatnim miejscu wśród krajów europejskich. Dla porównania, analogiczne wskaźniki wyniosły dla Szwecji – 4,2; Czech – 1,2; Słowacji – 2,6; Finlandii 1,1 (NIK 2014: str. 9). Ze względu na przemiany struktury wieku ludności Polski, niedobór lekarzy geriatrów może stanowić w niedalekiej przyszłości poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Choroby przewlekłe i wielochorobowość występująca u ludzi starszych wymagają przebudowy systemu opieki nad pacjentem w kierunku kompleksowego podejścia do leczenia i diagnostyki. Przyjmując scenariusz wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową niepokoić może fakt, iż Polska znajduje się na ostatnim miejscu wśród krajów OECD pod względem liczby łóżek długoterminowych na 1000 ludności powyżej 65 roku życia (Wojtyniak i Goryński, 2016: str. 419). W roku 2103 wartość tego wskaźnika dla Polski wyniosła 18 (przy podobnej wartości dla Łotwy i Włoch), podczas gdy najwyższa wartość została zarejestrowana w Belgii (72,1), Islandii (71,1) oraz Szwecji (70,6).

Niedostatki w podaży opieki zdrowotnej dla osób starszych (głównie opieki długoterminowej) znajdują swe potwierdzenie również jeśli spojrzymy na nie przez pryzmat wydatków. W roku 2012 największe wydatki na opiekę długoterminową

zostały zanotowane w Szwecji (około 1600 euro w przeliczeniu na mieszkańca, w Polsce wydatki te wyniosły niespełna 46 euro, co jest wartością porównywalną z takimi krajami jak Czechy, Estonia i Węgry (Wojtyniak i Goryński, 2016: str. 421). Należy jednak zwrócić uwagę na, niewielki lecz jednak, wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń z zakresu „geriatrii" zarówno w rodzaju leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w roku 2013 w porównaniu z rokiem 2011 (Wojtyniak i Goryński, 2016: str. 421). W roku 2013 w odniesieniu do lecznictwa szpitalnego, średnia wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu geriatrii wyniosła 1712 złotych, zaś w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej było to niespełna 71 złotych. Ogólna wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu geriatrii zrealizowanych w przychodniach w roku 2013 wyniosła 2,8 miliona złotych, a w roku 2016 2,9 miliona złotych. W przypadku umów w oddziałach geriatrycznych było to odpowiednio 64 miliony złotych w roku 2013 i 67 milionów złotych w roku 2016.

Ze względu na opisane powyżej niedostatki należy podkreślić znaczenie procesu deinstytucjonalizacji form opieki nad osobami starszymi (Kubicki, 2012). Proces ten w założeniu ma zmierzać do „systemu usług świadczonych na poziomie lokalnym z wykorzystaniem potencjału najbliższego otoczenia osoby potrzebującej" (MZ 2016: str. 1). Zgodnie z projektem Ministerstwa Zdrowia, tzw. „Dzienne Domy Opieki Medycznej" mają zapewnić seniorom kompleksową opiekę, co ma zapewnić wsparcie niezbędne do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

W kontekście opisanych powyżej przemian demograficznych, a także otoczenia instytucjonalnego osób starszych w Polsce istotne wydają się założenia dotyczące polityki senioralnej przedstawione w uchwale Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku[11]. W tym dokumencie strategicznym w sposób kompleksowy ujęto działania mające na celu: "wspierać i zapewniać możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych". Polityka senioralna została zdefiniowana jako: „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się". W założeniach tych podkreśla się, iż polityka senioralna powinna być nakierowana na

11 Uchwała nr. 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pt.: Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020.

spójność z innymi politykami, zwłaszcza w obszarze rynku pracy, zdrowia, edukacji, infrastruktury i mieszkalnictwa. Podkreśla to wagę, tak zwanego, aktywnego starzenia się, co ma znaleźć swój wyraz m.in. w przedłużaniu aktywności zawodowej i społecznej osób po ukończeniu 65 roku życia. Dotyczy to nie tylko aktywności ekonomicznej na rynku pracy lecz także, a może przede wszystkim, aktywności społecznej przejawiającej się uczestniczeniem w życiu społecznym, rodzinnym, towarzyskim czy edukacyjnym (uniwersytety trzeciego wieku). Innym aspektem funkcjonowania osób starszych jest niewątpliwie dostęp do opieki medycznej oraz wprowadzanie udogodnień infrastrukturalnych. Wydaje się, że tak sformułowane założenia mogą być uznane z trafną diagnozę a także odpowiedź na wyzwania związane z gwałtownymi przemianami demograficznymi polskiego społeczeństwa w najbliższych latach.

5.1 Założenia interwencji publicznej w zakresie Dziennych Domów Opieki Medycznej

Przedstawione w poprzednim rozdziale problemy zostały zauważone i sformułowane w dokumencie *Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa*. Cele i działania konieczne do podjęcia – między innymi w związku starzeniem się społeczeństwa i jego konwencjami – zostały sformułowane w celu tematycznym 9 *Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją*, który jest ukierunkowany na realizację celów Strategii EU2020 dotyczących zatrudnienia i zwalczania ubóstwa.

W ramach Umowy Partnerstwa wykluczenie społeczne rozumiane jest jako wykluczenie z życia społeczno-gospodarczego spowodowane ubóstwem oraz jako wykluczenie z dostępu do usług publicznych warunkujących możliwości rozwojowe. Jak dalej jest wyjaśniane, wykluczenie z dostępu do usług publicznych może wynikać z jednej strony z ich braku lub niewystarczającej jakości na danym obszarze, z drugiej zaś z wysokich kosztów. Choroba, niepełnosprawność, podeszły wiek – każda z tych sytuacji zwiększa ryzyko ubóstwa i wykluczenia społecznego. Zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa poprawa dostępu do wysokiej jakości i niedrogich usług, w tym zdrowotnych, może zmniejszyć ryzyko występowania tych zjawisk oraz ich negatywnego wpływu na sytuację jednostki i rodziny.

Jednym z celów szczegółowych UP jest ograniczenie ryzyka wykluczenia społecznego spowodowanego dysproporcjami w dostępie do usług publicznych. Cel ten jest realizowany poprzez następujące priorytety:

- ⇒ Wsparcie jakości i dostępu do niedrogich usług publicznych (PI 9iv.);
- ⇒ Wsparcie infrastruktury zdrowotnej i społecznej w celu poprawy jakości i dostępu do usług zdrowotnych i społecznych (PI 9a.);
- ⇒ Wsparcie osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem z wykorzystaniem usług niestacjonarnych (deinstytucjonalizacja usług publicznych) (PI 9i., PI 9iv., PI 9v.)

W tym miejscu należy podkreślić, że logika interwencji w obszarze zdrowia oparta jest na założeniu, że utrata zdrowia stanowi jeden z najważniejszych czynników zagrożenia ubóstwem. Dlatego interwencje podejmowane ze środków UE koncentrować się będą na zwiększeniu dostępności wysokiej jakości opieki zdrowotnej poprzez działania projakościowe (standardy opieki, monitorowanie potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie rozwiązań służących efektywnej koordynacji procesu leczenia) oraz inwestycje infrastrukturalne (EFRR), a także – w celu przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym – w dziedzinach medycyny ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem oraz na osoby starsze. W przypadku osób starszych istotne są interwencje w zakresie zapewniania dostępności opieki medycznej w ramach najbliższego otoczenia osób starszych oraz zapewnienia świadczeń hospitalizacyjnych odpowiednio dostosowanych do potrzeb tej grupy.

Na potrzebę przeniesienia ciężaru opieki nad osobami niesamodzielnymi z form instytucjonalnych na środowiskowe wskazuje również *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*. Podkreśla się tam, że za deinstytucjonalizacją opieki przemawiają argumenty zarówno etyczne, jak i ekonomiczne (str. 154). Celem deinstytucjonalizacji ma być zapobieganie umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej (o ile nie wymaga tego stan zdrowia i bezpieczeństwo danej osoby lub jej otoczenia). W ww. Strategii wskazano również potrzebę poszukiwania w tym aspekcie nowych rozwiązań, które będą korzystne zarówno dla osób niesamodzielnych, jak i ich rodzin. Jak słusznie zauważono w *Krajowych ramach strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, by innowacje miały trwały charakter muszą być tworzone i wprowadzane z poziomu lokalnego.

Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 poprzez Narzędzie 18 operacjonalizują założenia polityki publicznej w obszarze deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). Dokument zakłada wdrożenie działań w obszarze deinstytucjonalizacji opieki

w dwóch krokach: pilotażowym (realizowanym ze środków PO WER) oraz upowszechniającym (realizowanym ze środków RPO).

Uszczegółowienie celów postawionych w *Umowie Partnerstwa* i założeń dla pilotażu rozwiązań z zakresu deinstytucjonalizacji z *Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* znajduje się w zapisach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz w Regionalnych Programach Operacyjnych, w których również zaplanowano działania z tego zakresu. W ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9IV *Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym* realizowane są projekty służące procesowi deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). W dokumencie tym podkreśla się fakt poszukiwania nowych „modeli dostarczania usług medycznych w celu wypracowania rozwiązań najbardziej efektywnych organizacyjnie oraz finansowo i pozwalających na dostarczanie wysokiej jakości świadczeń w liczbie niezbędnej do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli." Jedną z takich form jest właśnie Dzienny Dom Opieki Medycznej, który pilotażowo jest wdrażany w ramach Działania 5.2 PO WER.

Według zapisów regulaminu konkursu NR POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15 Dzienne Domy Opieki Medycznej stanowią formę opieki skierowaną do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Jak zauważono w regulaminie, DDOM jest również rozwiązaniem pozwalającym na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi).

Kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów Dziennych Domów Opieki Medycznej wyłonionych w ramach konkursu w Działaniu 5.2 PO WER pierwotnie wynosiła ogółem 40 000 000,00 PLN, przy czym maksymalna dopuszczalna kwota dofinansowania na pojedynczy projekt nie mogła przekroczyć 1 000 000 PLN. Do realizacji wybrano 53 projekty na łączną kwotę 53 403 818,08 PLN (w tym 51 189 304,85 PLN dofinansowania ze środków EFS). Średnia wartość wnioskowanego dofinansowania wynosiła 965 835,94 PLN.

5.1.1 WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW PROJEKTÓW

Stopień osiągnięcia wskaźników w projektach jest skorelowany ze stopniem zaawansowania projektu. Jednakże nie ma zagrożenia niezrealizowania wskaźników projektowych.

W przypadku wskaźników określonych Regulaminie konkursu również nie ma widocznego zagrożenia niezrealizowania wartości wskaźników:

- ⇒ wskaźnik produktu: liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi – jeden utworzony dzienny dom opieki medycznej na projekt – wskaźnik osiągnięty;
- ⇒ wskaźnik rezultatu: liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu – minimalnie 10 maksymalnie 15 na projekt – wskaźnik osiągnięty;
- ⇒ liczba pacjentów, którzy zostaną objęci opieką i ukończą leczenie powinna wynosić minimum 60 osób na projekt – w chwili obecnej średnia liczba pacjentów objętych wsparciem lub z zakończonym wsparcie wynosi 30 osób. Patrząc na czas trwania projektów nie ma zagrożeń nieosiągnięcia wskaźników;
- ⇒ odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej powinien wynosić min. 80%. – Jak zostanie pokazane poniżej osiągnięto bardzo wysokie wyniki badania satysfakcji pacjentów DDOM (blisko 100%) pozwalające zakładać, że wskaźnik ten zostanie osiągnięty.

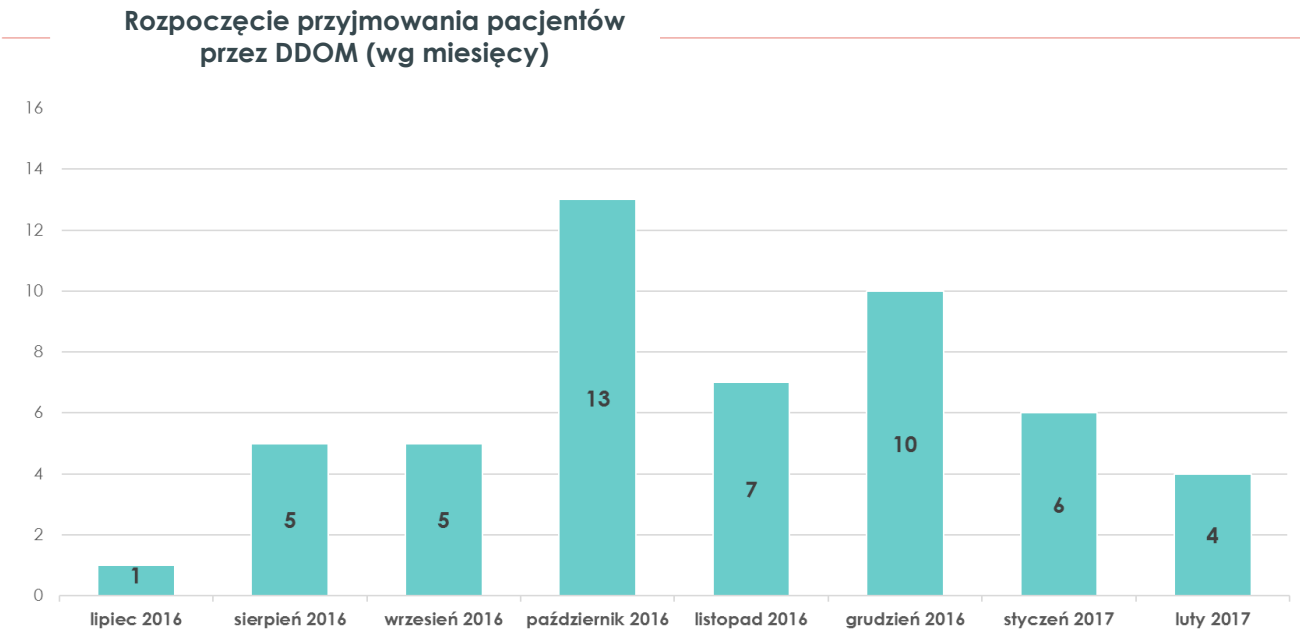
Wskaźnik POWER dla Działania 5.2 Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu na poziomie 400 również został osiągnięty. W chwili obecnej zostało zdeinstytucjonalizowanych 676 miejsc.

6. Wyniki badania

6.1 Dzienne Domy Opieki Medycznej – podstawowe charakterystyki

Do dnia rozpoczęcia prowadzenia badań w ramach niniejszej ewaluacji (koniec kwietnia 2017) 52 Dzienne Domy Opieki Medycznej rozpoczęły przyjmowanie pacjentów. Jeden DDOM wybrany w konkursie w ramach Działania 5.2 PO WER w trakcie prowadzenia badań jeszcze nie rozpoczął działalności. Pierwszych pacjentów DDOM-y zaczęły przyjmować w lipcu i sierpniu 2016 roku, lecz zdecydowana większość zaczęła ich przyjmować na jesieni 2016.

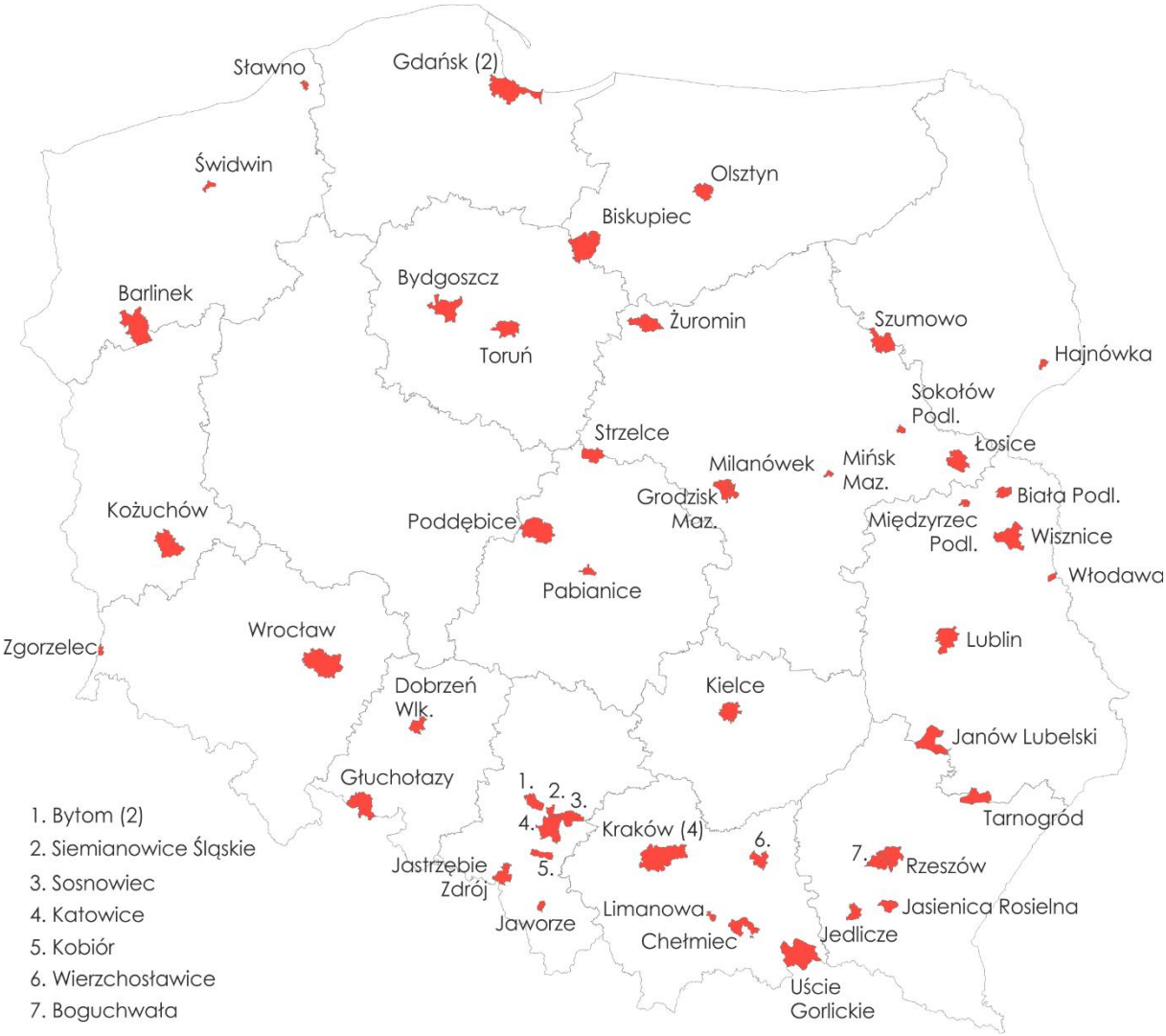
Wykres 2. Miesiąc rozpoczęcia przyjmowania pacjentów przez DDOM.



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Najwięcej Dziennych Domów Opieki Medycznej zostało utworzonych w województwie małopolskim i śląskim (po 8), lubelskim (7) i mazowieckim (6). Jedynie w województwie wielkopolskim nie utworzono żadnego DDOM.

Mapa 1. Rozkład geograficzny DDOM.



Patrząc na formę prawną Dzienne Domy Opieki Medycznej blisko połowa została utworzona przez podmioty spoza sektora finansów publicznych. DDOM zostały utworzone głównie przez spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (w tym w dwóch udziałowcem są JST), w drugiej kolejności są to Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej. Mała liczebność DDOM nie pozwala zauważyć wyraźnych związków pomiędzy formą prawną DDOM, a osiąganymi efektami, czy jakością podejmowanych działań.

Tabela 1. DDOM wg typów własności podmiotów je tworzących.

TYP WŁASNOŚCI	PUBLICZNE	NIEPUBLICZNE	SUMA
spółki z ograniczoną odpowiedzialnością	2	17	19
SPZOZ	12		12
osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą	9		9
spółki jawne		3	3
organizacje pozarządowe		2	2
samorządowe jednostki organizacyjne	2		2
Kościół Katolicki		2	2
spółki akcyjne		1	1
spółki cywilne		1	1
spółki komandytowe		1	1
instytuty badawcze	1		1

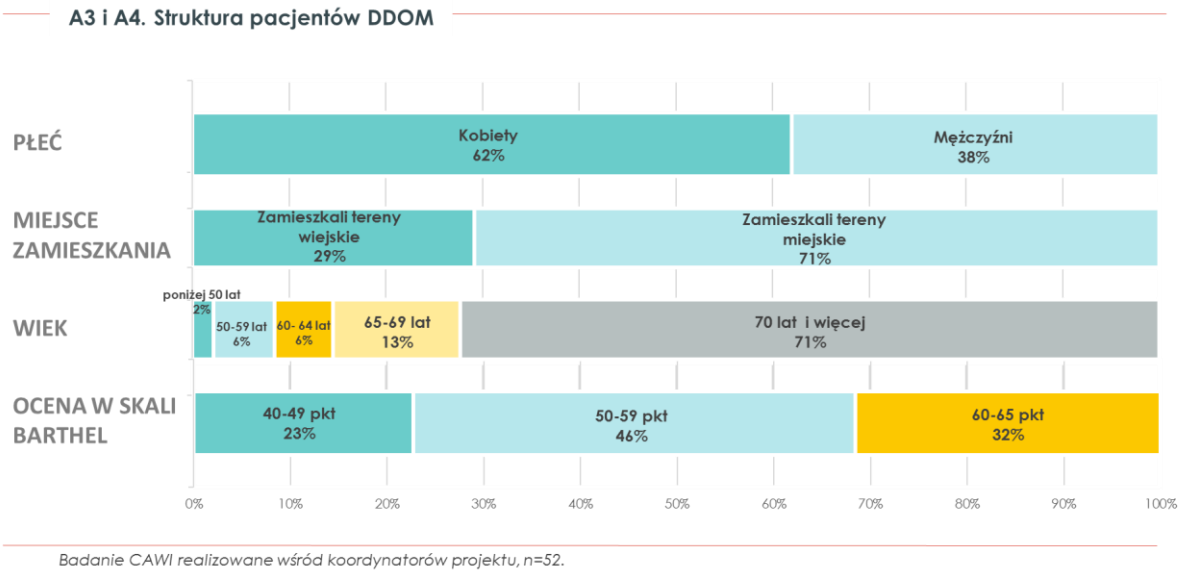
6.2 Grupa docelowa Dziennych Domów Opieki Medycznej

Odbiorcami wsparcia zgodnie z zapisami *Standardu* powinny być osoby, które na skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40-65 punktów, w szczególności po 65 roku życia (stanowiący co najmniej 75% wszystkich pacjentów). Zgodnie z zapisami *Standardu DDOM*, do Dziennego Domu Opieki Medycznej mogą zostać skierowani pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, jeśli ich stan zdrowia wymaga opieki pielęgniarskiej, terapii farmakologicznej (i nadzoru nad nią), rehabilitacji, a także wsparcia i edukacji zdrowotnej, w tym doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej. Do DDOM przyjęci mogą być pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielono świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego[12].

Zgodnie z zapisami *Standardu* wsparcie trafia częściej do osób starszych: 84% pacjentów zarówno przebywających w DDOM w dniu 30 marca 2017, jak tych którzy zakończyli wsparcie do tego momentu, stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. Dość równomiernie w badanej populacji pacjentów rozkładał się poziom sprawności mierzony skalą Barthel. Nieco rzadziej pod opieką DDOM były osoby o wyższym poziomie niesamodzielności. Większą część pacjentów DDOM stanowiły kobiety – 62%. W obecnej pilotażowej formule wsparcie częściej trafia do mieszkańców miast niż terenów wiejskich.

[12] Dzienny Dom Opieki Medycznej, organizacja i zadania, s. 5

Wykres 3. Struktura pacjentów DDOM.



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

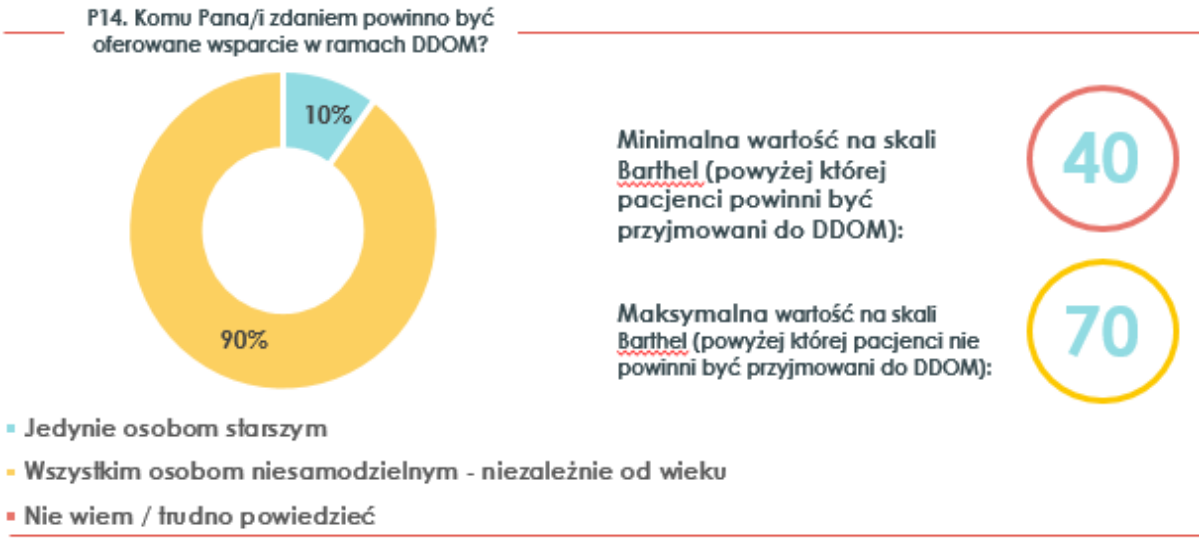
Zgodnie z zapisami *Standardu DDOM* tryb kierowania pacjentów do Dziennego Domu Opieki Medycznej odbywa się na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego wraz z określeniem poziomu skali Barthel[13]. Skierowanie wydawane jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w szpitalu. W przypadku pacjentów przebywających w DDOM podczas badań ankietowych, skierowanie do DDOM wystawione zostało głównie przez lekarza rodzinnego (78%). 17% osób do DDOM zostało skierowanych przez szpital.

SUGEROWANA GRUPA ODBIORCÓW WSPARCIA

Zapytani o to, do kogo powinna trafiać oferta DDOM, zdecydowana większość koordynatorów projektu DDOM oceniła, że jej odbiorcami powinny być wszystkie osoby niesamodzielne – niezależnie od wieku (90%). Poproszeni o wskazanie progów skali Barthel powyżej bądź poniżej których nie powinno się przyjmować pacjentów do DDOM, respondenci wskazywali minimalną wartość na poziomie 40 punktów, natomiast maksymalną sugerowali zwiększyć do 70 pkt. Często pojawiającą się propozycją było zniesienie obowiązującego kryterium hospitalizacji w ciągu 12 ostatnich miesięcy.

[13] Tamże, s. 6.

Wykres 4. Sugerowana grupa odbiorów wsparcia.



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

W tym miejscu należy zauważyć, że obecnie obowiązujące progi skali Barthel wydają się być optymalne ze względu na zatrudniony personel oraz wyposażenie DDOM. Zwiększanie go do 70 pkt może spowodować, że wsparciem objęte zostaną osoby sprawne.

W trakcie wywiadów grupowych koordynatorzy DDOM oraz w trakcie panelu eksperci z zakresu geriatrii zwracali uwagę na słabości w zastosowaniu skali Barthel: nie uwzględnia ona stanu skóry pacjenta (co w przypadku osób starszych ma bardzo duże znaczenie) oraz jego zdolności poznawczych. Jednak eksperci zgodnie przyznali, że na etapie kwalifikowania do wsparcia skalę Barthel należy pozostawić jako najbardziej miarodajną, choć niedoskonałą. Pewnych zmian należy dokonać na etapie oceny stanu zdrowia pacjenta na początku pobytu w DDOM: należy wprowadzić ocenę funkcji poznawczych oraz ocenę stanu skóry. Sugerujemy natomiast rezygnacje ze skali VES 13, ze względu na różnice w oryginalnej wersji i wersji zmodyfikowanej przez NFZ[14], z której korzystają DDOM.

Biorąc pod uwagę głosy respondentów, jak również ocenę ekspertów należy **rozważyć zmiany w kryterium wiekowym**. Jak argumentują uczestnicy wywiadów grupowych (FGI), rezygnacja z kryterium wiekowego pozwoli objąć opieką również

[14] *Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych*, Barbara Gryglewska, Anna Głuszewska, Stanisław Górski, Tomasz Grodzicki Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, w: Gerontologia Polska 2013; 21, 2: 48–53

osoby młodsze. Praca z nimi przynosi szybsze efekty, a skutkiem może być zapobiegnięcie podobnym problemom zdrowotnym w przyszłości. Natomiast całkowita rezygnacja z kryterium wiekowego może oznaczać całkowitą zmianę charakteru DDOM. Jeśli do DDOM zostaną przyjmowane głównie osoby młodsze, to DDOM przestanie być odpowiedzią na potrzeby osób starszych i ich rodzin. Dlatego też rekomendujemy zmiany w kryterium wieku: zapewnienie połowy miejsc osobom w wieku 65 i więcej lat. W ten sposób DDOM będzie dedykowany osobom starszym, jednak osoby młodsze będą miały również do niego dostęp. W ich przypadku nie będzie potrzeby konsultacji lekarza geriatry.

Obowiązek przebytej hospitalizacji pomaga zawęzić grono potencjalnych odbiorów wsparcia (co było niezbędne dla właściwej realizacji pilotażu). Przy późniejszym funkcjonowaniu DDOM warto jednak rozważyć zniesienie tego wymagania na rzecz np. oceny ryzyka skorzystania z hospitalizacji. Kwestia ta była szeroko komentowana – zarówno w badaniach ilościowych, jak i jakościowych. Zwraca się uwagę zarówno na brak precyzyjności powodujący niejednoznaczność w kwestii tego, od którego momentu powinno być liczone 12 miesięcy - od wypełnienia wniosku, wystawienia skierowania czy przyjęcia do DDOM.

Analizując wyniki badań można zwrócić uwagę na dwa problemy wynikające z tego kryterium kwalifikacji:

- ⇒ Pacjenci realnie potrzebujący wsparcia DDOM mogli z różnych powodów unikać pobytu w szpitalu co nie oznacza, że są w pełni sprawni;
- ⇒ Pacjenci, którym szczególnie zależy na skorzystaniu ze wsparcia w ramach DDOM, dokładali wszelkich starań, by odbyć konieczny pobyt w szpitalu w okresie poprzedzającym pobyt w DDOM.

Zdaniem koordynatorów projektów warto także zrezygnować z zapisu dotyczącego wykluczenia ze wsparcia osób przebywających wcześniej na oddziałach rehabilitacyjnych. W ich opinii osoby te szczególnie wymagają wsparcia pozwalającego im na nowo przystosować się do codziennego życia.

W tym miejscu należy podkreślić, że cele DDOM i oddziałów rehabilitacyjnych są zbieżne. Proponujemy, by pacjentów po 65 roku życia nie przyjmować do DDOM w przypadkach, gdy są zapisani na rehabilitację lub ją odbywają ze środków NFZ.

CZAS POBYTU W DDOM I LICZBA PACJENTÓW

Zgodnie z przyjętymi założeniami, warunki funkcjonowania DDOM powinny być jak najbardziej zbliżone do domowych. W dziennym domu opieki medycznej powinno przebywać równocześnie od 10 do 15 pacjentów. Czas pobytu pacjenta w dziennym domu opieki powinien zawierać się pomiędzy 30 a 120 dniami roboczymi. W przypadku rezygnacji pacjenta ze świadczonych usług, bądź też pogorszenia jego stanu zdrowia pobyt w DDOM może zostać skrócony.

Bazując na wynikach badania ankietowego prowadzonego wśród koordynatorów projektu DDOM, na dzień 30.03.2017 średnia długość pobytu pacjenta w Dziennym Domie Opieki Medycznej wynosi 59 dni roboczych. Na dzień wizyty ankietera w DDOM pacjenci uczestniczący w badaniu ankietowym średnio przebywali w dziennych domach opieki medycznej już 43 dni robocze.

Zgodnie z zapisami *Standardu DDOM* czas przebywania w DDOM jest uzależniony od indywidualnych potrzeb pacjenta i jego stanu zdrowia. Przez pierwszy miesiąc pobytu, pacjenci pozostają w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu, 8-10 godzin dziennie. Zmniejszenie tego wymiaru czasowego w kolejnych miesiącach uzależnione jest od poprawy stanu zdrowia pacjenta, z zastrzeżeniem, że nie może ono wynieść mniej niż 4 godziny dziennie. W trakcie wywiadu grupowego (FGI) personel medyczny DDOM zwracał jednak uwagę na rozważenie możliwości zmniejszenia liczby godzin również w czasie pierwszego tygodnia. Podyktowane jest to licznymi obawami pacjentów przed znalezieniem się w nieznanym środowisku. Ich zdaniem takie rozwiązanie ułatwiłoby zaklimatyzowanie się pacjentów w nowym miejscu.

Istotne jest także **dopuszczenie możliwości zmniejszenia dziennego wymiaru pobytu pacjenta**, jeśli 8 godzin jest dla niego zbyt obciążające. Należy jednak podkreślić, że takie rozwiązanie może wynikać wyłącznie ze zdiagnozowanych potrzeb pacjenta. W tym kontekście warto rozważyć dopuszczenie systemu dwuzmianowego dla części pacjentów (np. opieka sprawowana 5 godzin dziennie na dwie zmiany), co umożliwi przyjęcie większej liczby pacjentów, nie angażując równocześnie znacznie wyższych kosztów funkcjonowania DDOM i utrzymując wysoką jakość wsparcia. W tym miejscu należy podkreślić, że liczba pacjentów nie powinna przekraczać 25 osób.

Zdaniem ekspertów warto rozważyć także zmniejszenie liczby dni pobytu w DDOM z maksymalnych 120 do 30 (6 tygodni), przy czym istotne jest położenie nacisku na **kontynuację wsparcia po zakończeniu pobytu w DDOM**. Jak wynika z doświadczeń

ekspertów z zakresu rehabilitacji medycznej – uczestników panelu ekspertów, wielu pacjentów po zakończeniu rehabilitacji (niezależnie od jej formy) nie kontynuuje samodzielnie zaleconych ćwiczeń osłabiając tym samym efekty prowadzonej terapii. Z tego powodu proponujemy położyć nacisk na **działania stymulujące samych pacjentów, jak i ich rodziny, do kontynuacji terapii w domu**. Ma to duże znaczenie z również z innych powodów. Jak pokazują wywiady z pacjentami, ich opiekunami oraz personelem medycznym DDOM, pacjenci DDOM doświadczają wielu pozytywnych efektów w zakresie poprawy dobrostanu psychicznego wynikającego m.in. z kontaktów z innymi ludźmi czy pracy z psychologiem. Jak obawiali się eksperci i pracownicy DDOM, zakończenie wsparcia i powrót pacjenta do poprzedniego środowiska może przynieść znaczące pogorszenie się kondycji psychicznej pacjenta – osoba starsza może jeszcze dotkliwiej odczuwać izolację i samotność po zakończeniu wsparcia. Dlatego też rekomendujemy, by po pierwsze *w Standardzie DDOM* zapisać obowiązek 1-2 wizyt domowych fizjoterapeuty u pacjenta, gdzie fizjoterapeuta poinstruuje, jak prowadzić ćwiczenia w warunkach domowych, doradzi, jakie zmiany w przestrzeni należy wprowadzić, by ułatwić funkcjonowanie pacjenta. Po drugie, rekomendujemy obowiązek prowadzenia rozmów telefonicznych z pacjentami DDOM, którzy zakończyli pobyt i u których fizjoterapeuta odbył wizytę domową. Rozmowy miałyby charakter monitorujący stan zdrowia i psychiki pacjenta oraz motywujący do dalszej rehabilitacji w domu. W tym kontekście istotnym elementem mającym na celu nadzór nad stanem zdrowia pacjentów opuszczających DDOM jest nawiązanie współpracy z pielęgniarką środowiskową. Warto również wspomnieć o możliwościach, jakie niosą rozwiązania z zakresu telemedycyny, czy nawet stosunkowo proste rozwiązania technologii informacyjno-telekomunikacyjnych do monitorowania samopoczucia (np. zaznaczanie emotikon symbolizujących samopoczucie) czy kontynuacji rehabilitacji (wysyłanie informacji, że pacjent danego dnia wykonał zestaw zalecanych ćwiczeń). Po trzecie, personel DDOM powinien współpracować z instytucjami z terenu gminy pacjenta i **przekazywać informacje o ich ofercie skierowanej do osób starszych** (np. Kluby Seniora, inne projekty skierowane do osób starszych). W ten sposób osoby starsze będą mogły kontynuować zwiększoną w trakcie pobytu w DDOM aktywność społeczną.

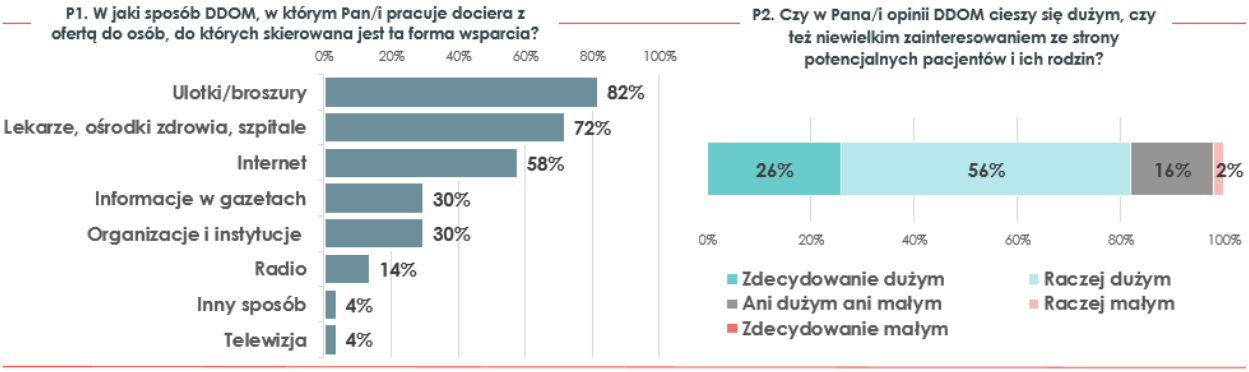
Na koniec warto jeszcze raz podkreślić, aby planując czas pobytu pacjenta w DDOM (liczbę godzin, a także ewentualną zmianę, na której sprawowana jest opieka) wziąć

pod uwagę jego indywidualne potrzeby oraz potrzeby i możliwości jego opiekunów. Jednym z celów funkcjonowania DDOM jest odciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi i zapobieganie ich wykluczeniu, stąd kluczowe jest dopasowanie wsparcia mając na uwadze ich dyspozycyjność czasową.

SPOSÓB DOTARCIA DO POTENCJALNYCH PACJENTÓW I ICH OPIEKUNÓW

W trakcie wywiadów grupowych pracownicy DDOM wskazywali za początkowe trudności z dotarciem z ofertą do osób, które mogłyby spełniać kryteria przyjęcia do ośrodka. Skuteczna okazała się być w tym wypadku „poczta pantoflowa", za sprawą której informacja o oferowanej opiece trafiała do właściwych osób. Jeśli chodzi o źródła, którymi posiłkowano się, aby dotrzeć do wskazanej w *Standardzie* grupy, to najczęściej wskazywano ulotki i broszury promocyjne (82%), a także informacje rozpowszechniane za pośrednictwem lekarzy, ośrodków zdrowia i szpitali (72%). Przyjęte rozwiązania okazały się skuteczne, gdyż większość badanych koordynatorów projektu DDOM wskazała, że DDOM cieszą się zdecydowanie (26%) bądź raczej dużym (56%) zainteresowaniem ze strony potencjalnych pacjentów i ich rodzin.

Wykres 5. Dotarcie do potencjalnych pacjentów i ich opiekunów



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Wyniki badania CAPI wśród pacjentów DDOM wskazują, że informacje o funkcjonowaniu DDOM respondentom najczęściej przekazywali lekarze lub inni pracownicy służby zdrowia (pielęgniarki, rehabilitanci) – 51%. W trakcie wywiadu grupowego kierownicy DDOM deklarowali, że rozsyłali listownie informacje do jednostek Podstawowej Opieki Zdrowotnej, by lekarze i pielęgniarki kierowali swoich pacjentów do ich DDOM.

Sami pacjenci wskazywali, że bardzo często informacje o DDOM otrzymywali od rodziny (40%) oraz od znajomych (28%). Kierownicy DDOM używali na to zjawisko

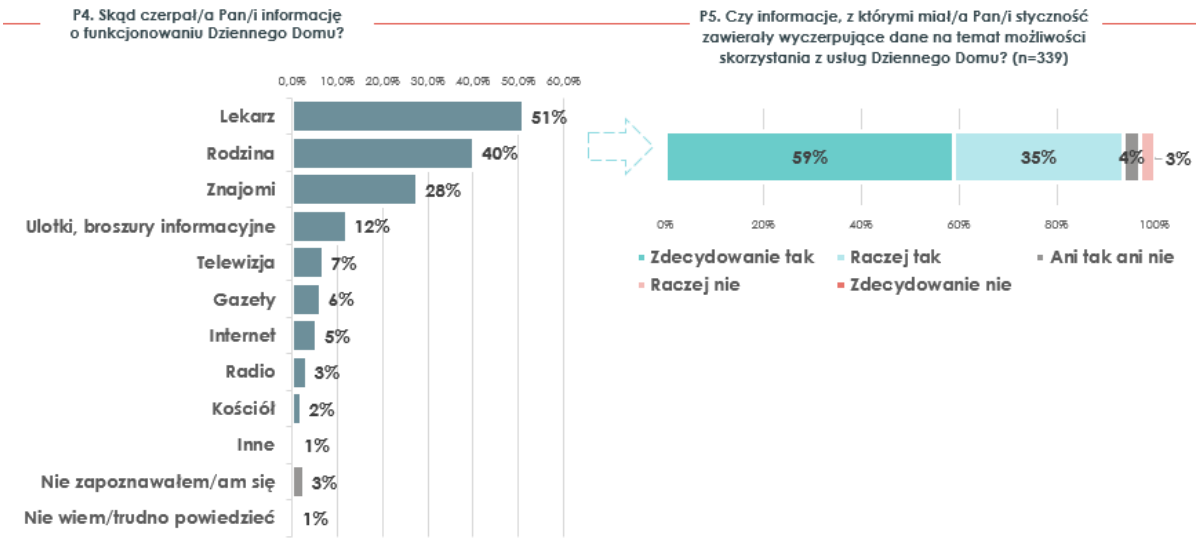
określenia „poczta pantoflowa". Dobrze oddaje to wypowiedź jednego z uczestników wywiadu grupowego:

> *Jeżeli wyjdzie już pacjent zadowolony, dowiedzą się inni pacjenci i to jest najlepsza promocja dla projektu.*

Ważnym kanałem dotarcia do potencjalnych pacjentów z terenów wiejskich zdaniem kierowników DDOM i koordynatorów projektów DDOM był Kościół. W ich opinii przekazana przez księdza informacja ma szansę trafić bezpośrednio do osób zainteresowanych. Kierownicy DDOM i koordynatorzy projektu DDOM uważają, że nieadekwatnym kanałem informowania o DDOM jest Internet. O ile można zrozumieć to stwierdzenie w stosunku do osób starszych, o tyle z pewnością jest adekwatny kanał informacji dla rodzin pacjentów. Sami uczestnicy wywiadu grupowego zauważyli, że ze stron internetowych ściągane są wzory dokumentów, a więc strona jest wykorzystywana przez osoby zainteresowane DDOM. Przy realizacji badań ilościowych pojawiły się problemy w znalezieniu kontaktów do DDOM na stronach internetowych. Zalecamy, by każdy DDOM posiadał swoją stronę internetową z wszystkimi informacjami o możliwości skorzystania z jego usług, warunkami przyjęć i wzorami dokumentów do pobrania.

Generalnie informacje, z którymi pacjenci bezpośrednio mieli styczność, uznane zostały przez nich za zdecydowanie lub raczej wyczerpujące (94%). Na bazie uzyskanych informacji decyzje o pobycie w DDOM podejmowana była przez pacjentów samodzielnie (36%), wraz z lekarzem (32%) lub wspólnie z rodziną (30%).

Wykres 6. Źródła informacji o DDOM.

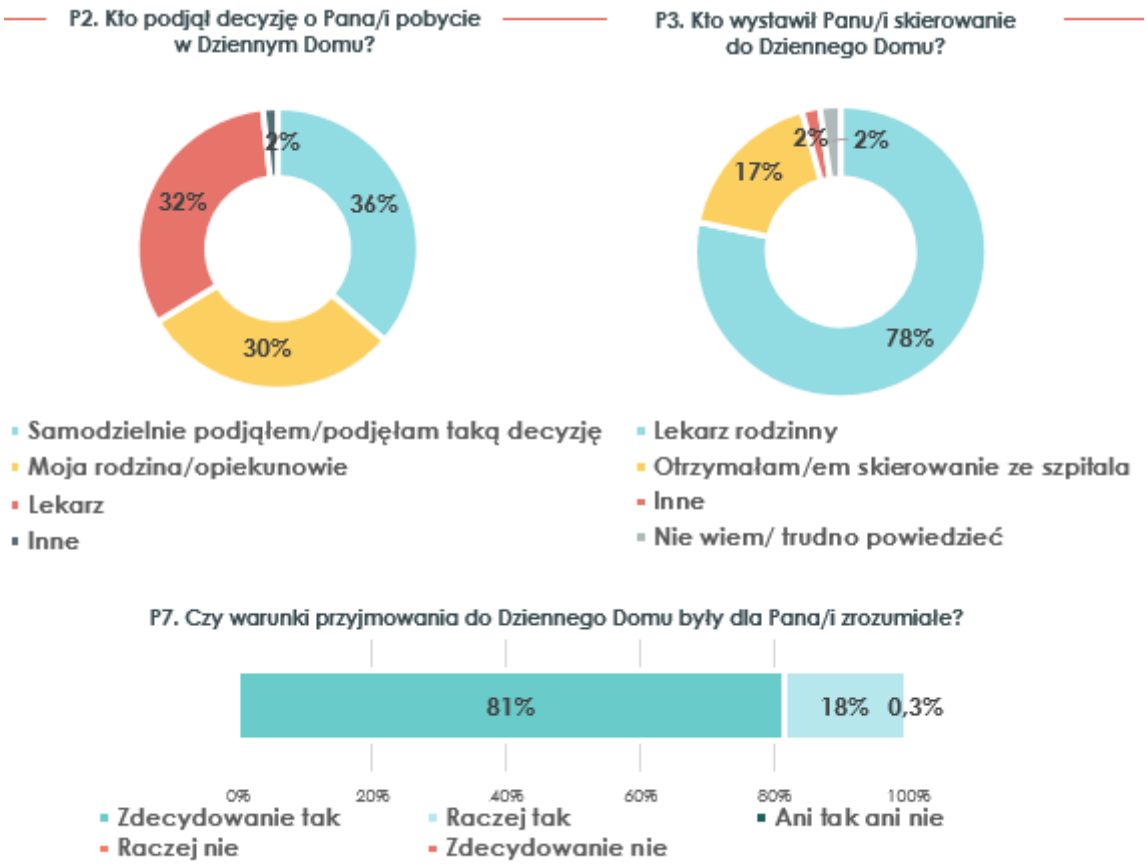


Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Osoby, które wskazały, że materiały, z którymi mieli styczność nie zawierały wyczerpujących informacji na temat DDOM wspominały w wywiadach pogłębionych o pozytywnym zaskoczeniu standardem oferowanym przez DDOM, o czym nie było mowy w materiałach informacyjnych. Seniorzy wskazywali, że wszystkie informacje z zakresu funkcjonowania DDOM (np. godziny funkcjonowania Dziennego Domu, zakres rehabilitacji) zostały im przekazane na miejscu.

Niemal dla wszystkich pacjentów warunki przyjmowania do DDOM były zrozumiałe (suma odpowiedzi *zdecydowanie* i *raczej tak* wynosi 99%). Jedyną sugestią pojawiającą się zarówno w czasie badań z koordynatorami projektów DDOM (badania ilościowe, wywiad grupowy), jak i w czasie panelu ekspertów było zrezygnowanie z wymagania dot. wystawiania skierowań do DDOM jedynie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarzy ubezpieczenie zdrowotnego w szpitalu. Zaleca się rozszerzenie tego wymagania do wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Wykres 7. Przyjęcie pacjentów do DDOM.



Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

W trakcie wywiadów pogłębionych respondenci często zwracali uwagę na swoje obawy związane z korzystaniem z opieki DDOM. Wśród najczęściej pojawiających się powodów takich obaw występował niepokój związany z odnalezieniem się w nowej sytuacji, wśród nowych, nieznajomych osób. Seniorzy martwili się o to, jak będzie wyglądała opieka i czy będzie ona świadczona na odpowiednim poziomie – co związane było np. z wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami związanymi z korzystaniem z usług służby zdrowia. Niepokoje towarzyszące badanym osobom często wynikały też z niskiego poczucia pewności siebie i lęku przed poradzeniem sobie z prostymi czynnościami, takimi jak umiejętność wykonywania ćwiczeń, ubrania się, spożycia posiłku.

6.3 *Standard DDOM*

Koncepcja Dziennych Domów wyróżnia się wysokim standardem i jakością sprawowanej opieki z kilku względów: jest formą opieki długoterminowej, która jest stosunkowo łatwo dostępna (brak kolejek), oferuje różnorodność i kompleksowość form opieki świadczonej bez oderwania od środowiska domowego. Dla każdego z pacjentów tworzony jest indywidualny plan opieki dostosowany do jego potrzeb. DDOM pełnią również funkcję terapeutyczną i edukacyjną. Wyszczególnić można cztery podstawowe cele funkcjonowania DDOM:

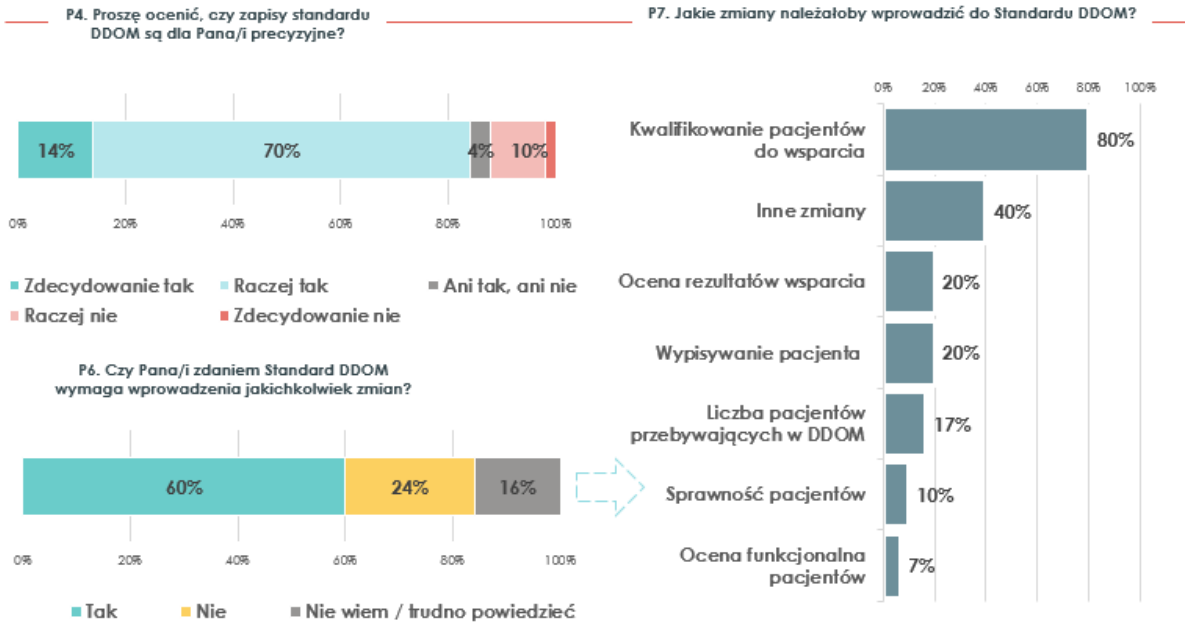
- ⇒ medyczny (poprawę stanu zdrowia osób niesamodzielnych poprzez rehabilitację leczniczą),
- ⇒ społeczny (zapobieganie problemom wykluczenia społecznego osób niesamodzielnych i wykluczenia lub znacznego ograniczenia możliwości udziału w życiu społeczno-gospodarczym i kulturowym ich opiekunów),
- ⇒ ekonomiczny (zmniejszenie odsetka osób hospitalizowanych i zmniejszenie obciążenia służby zdrowia; możliwość podjęcia zatrudnienia przez opiekunów / członków rodziny osób starszych i niesamodzielnych – pacjentów DDOM)
- ⇒ edukacyjny (dla opiekunów osób niesamodzielnych w zakresie sprawowania opieki).

Standard tworzenia i funkcjonowania DDOM został opisany w dokumencie *Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania*, który stanowił załącznik do opublikowanego regulaminu konkursu. Precyzuje on wszystkie elementy konieczne do funkcjonowania DDOM oraz kwestie związane z oceną efektywności projektu.

6.3.1 OGÓLNA OCENA ZAPISÓW STANDARDU DDOM

Większość badanych koordynatorów projektów DDOM zapisy *Standardu* ocenia jako precyzyjne (84%). Koordynatorzy dziennych domów widzą jednak przestrzeń do wprowadzenia zmian w obowiązującym regulaminie. Najliczniejsza grupa oceniła, że zmian wymagają zapisy o kwalifikowaniu pacjentów do wsparcia.

Wykres 8. Ocena precyzyjności zapisów *Standardu DDOM*.



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Zdaniem koordynatorów istotne jest **doprecyzowanie zapisów odnośnie schorzeń, z jakimi przyjęci mogą być pacjenci**, w *Standardzie* brakuje także informacji na temat **postępowania w sytuacjach wyjątkowych** – takich jak określenie liczby dni pobytu w DDOM w przypadku nieobecności pacjenta (spowodowanej np. chorobą, pobytem w szpitalu). Ważnym elementem jest także określenie kryterium wykluczenia pacjenta z możliwości skorzystania ze wsparcia, m.in. kwalifikowania pacjentów z demencją lub stanami depresyjnymi, doszczegółowienie kryteriów wcześniejszej hospitalizacji pacjentów – dookreślenie czasu i oddziału, na którym przebywał wcześniej pacjent (szerzej o kwalifikowalności pacjentów w rozdziale: Grupa Docelowa, str.: 46). Proponuje się także rozważenie kwalifikowania pacjentów, którzy przybywali wcześniej na oddziale rehabilitacyjnym.

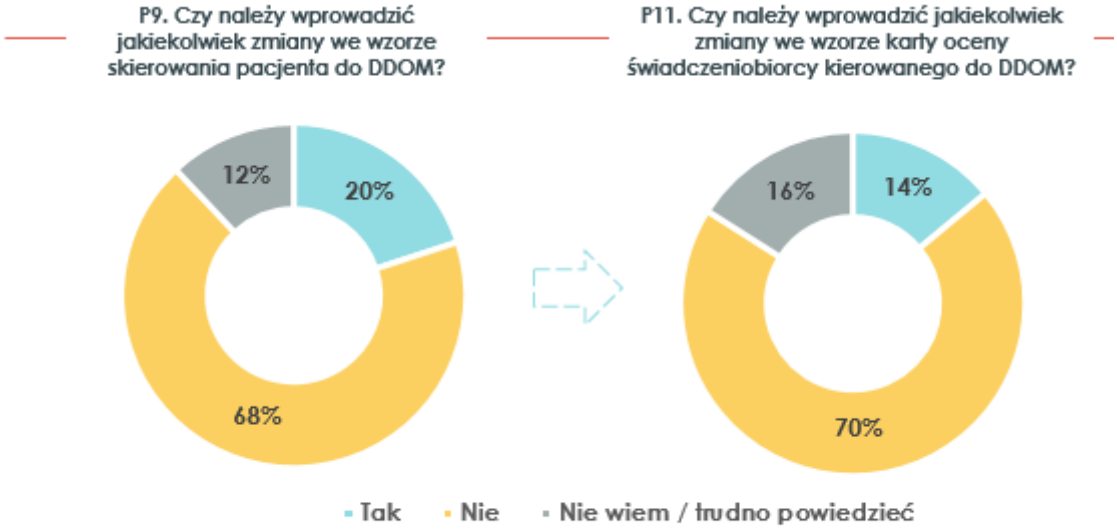
Koordynatorzy zwrócili także uwagę na problematyczny zapis *Standardu* dotyczący czynności, które powinny mieć miejsce przed wypisaniem pacjenta z DDOM, obejmujący między innymi dokonanie oceny przez pracownika socjalnego. Wyniki

badań wskazują, że pacjenci nie zgadzają się na taką ocenę, stąd pojawia się sugestia, żeby kontakt z pracownikiem socjalnym nawiązywać tylko w uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel DDOM uzna, że jest to konieczne. Problematyczne okazuje się także rozliczenie pracy pracownika socjalnego, które nie może być pokrywane ze środków projektu.

Wśród sugerowanych zmian, związanych z funkcjonowaniem dziennych domów pojawiły się także te związane ze składem personelu (szerzej w rozdziale Personel DDOM, str. 55) oraz z określoną liczbą miejsc – część badanych sugerowała zwiększenie liczby przyjmowanych pacjentów do około 20 osób.

Pracownicy DDOM z reguły nie widzą potrzeby wprowadzania zmian do dokumentacji medycznej, jaka została zaproponowana na poziomie *Standardu*. Ponad dwie trzecie respondentów uznało, że zarówno wzór skierowania dla pacjenta jak i wzór karty oceny świadczeniobiorcy powinien pozostać bez zmian.

Wykres 9. Wzory dokumentacji medycznej



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Osoby, które zauważają potrzebę wprowadzenia jakikolwiek modyfikacji zwróciły uwagę na: informację o konieczności wypełnienia wszystkich pól przez lekarzy, dodanie miejsca na wpisanie kodu ICD 10, ocenę funkcji poznawczych pacjenta. Zwraca się uwagę również na brak na skierowaniu informacji, że rozpoznanie ICD – 10 jest zgodne z rozpoznaniem z wypisu ze szpitala, na podstawie którego pacjent jest kierowany do DDOM, co wyłącza pacjentów z możliwości skorzystania ze wsparcia.

Wśród sugestii dotyczących stworzenia dodatkowych dokumentów przydatnych w procesie udzielania świadczeń przez DDOM pojawiły się m.in. karta edukacji opiekuna pacjenta.

Zrelacjonowane wyżej odpowiedzi wskazują po części również na pewne **braki w wiedzy o zapisach *Standardu DDOM* wśród koordynatorów projektów DDOM**, ponieważ część sugestii dodanie pewnych zapisów odnosi się do kwestii, które już w *Standardzie* zostały zawarte. Dlatego też sugerujemy, by każdorazowo na szkoleniach prowadzonych dla beneficjentów przypominać zapisy samego *Standardu*, jak również na stronie internetowej umieścić listę najczęściej zadawanych pytań.

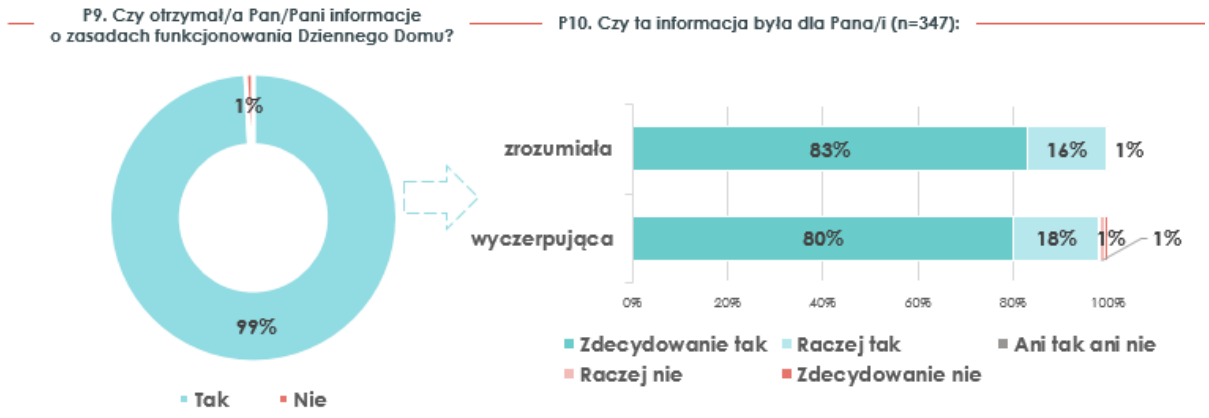
6.3.2 ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM

Czas przebywania w DDOM jest uzależniony od indywidualnych potrzeb pacjenta i jego stanu zdrowia. Przez pierwszy miesiąc pobytu, pacjenci pozostają w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu, 8-10 godzin dziennie. Zmniejszenie tego wymiaru czasowego w kolejnych miesiącach uzależnione jest od poprawy stanu zdrowia pacjenta, z zastrzeżeniem, że nie może ono wynieść mniej niż 4 godziny dziennie.

Pacjenci przebywający w DDOM, poza świadczeniami medycznymi otrzymują także odpowiednie dla stanu zdrowia wyżywienie. Zagwarantowane są także dodatkowe zajęcia w czasie wolnym, a także bezpłatny transport.

Wszystkie podmioty lecznicze będące beneficjentami projektu zostały zobowiązane do opracowania regulaminu działania DDOM. Wyniki badania CAWI pokazują, że regulaminy zostały przygotowane dla wszystkich domów i w każdym z nich zostały przedstawione pacjentom. 99% badanych pacjentów zadeklarowało otrzymanie informacji o zasadach funkcjonowania DDOM. Osoby te uznały informacje za zrozumiałe i wyczerpujące (99% i 98% pozytywnych odpowiedzi).

Wykres 10. Informowanie o zasadach funkcjonowania DDOM.



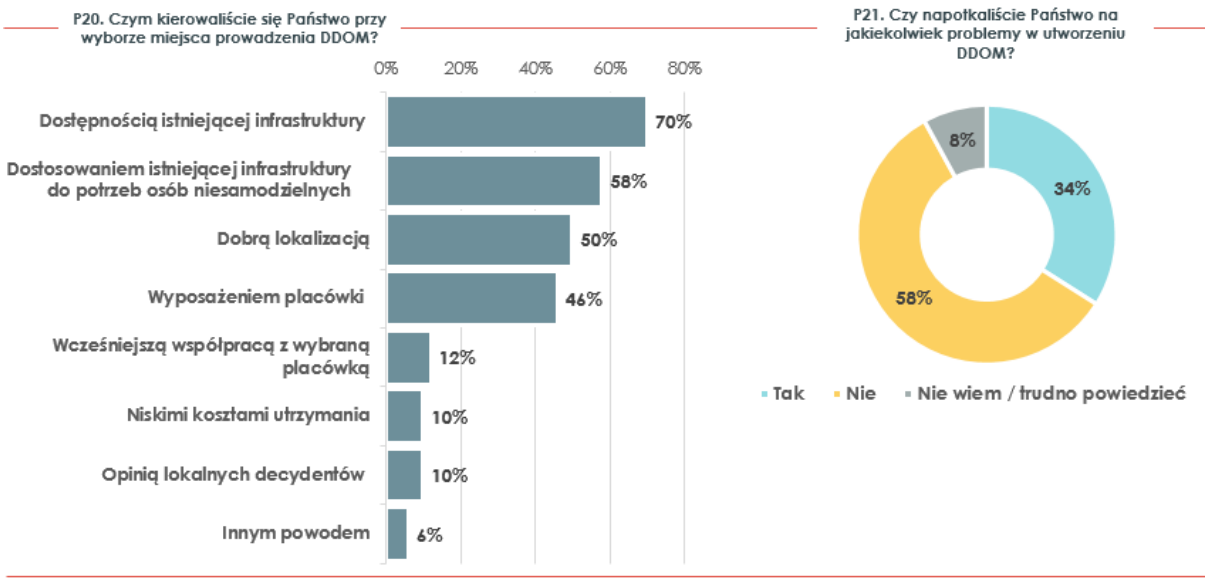
Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

LOKALIZACJA I DOJAZDY

Znaczący odsetek badanych koordynatorów projektu DDOM zadeklarował, że tworząc DDOM kierowano się także potrzebami lokalnej społeczności (84%). Jak wynika z odpowiedzi badanych, w tym celu przeprowadzano konsultacje społeczne do których zapraszano zarówno potencjalnych pacjentów i ich opiekunów, ale również instytucje wspierające potencjalnych odbiorców wsparcia (Caritas, POZ), lekarzy, pielęgniarki. Przeanalizowano również statystki społeczno – demograficzne z danego regionu (GUS, OPS, PCPR) oraz statystki dotyczące hospitalizacji osób starszych.

Wybór miejsca prowadzenia DDOM w dużej mierze podyktowany był dostępnością istniejącej infrastruktury – budynków wraz z otoczeniem (70%). Respondenci zwracali także uwagę na możliwości dostosowania istniejącej infrastruktury do potrzeb osób niesamodzielnych (58%). Ponad połowa badanych nie napotkała żadnych problemów w utworzeniu DDOM, co trzeci badany napotkał natomiast na trudności (34%). Najczęściej polegały one na skompletowaniu wymaganego personelu (szerzej w rozdziale: Personel DDOM, str. 55) oraz z pozyskaniem pierwszych pacjentów. Szczegółowy opis problemów z jakimi napotykają się beneficjenci projektu znajduje się w rozdziale: str. 68.)

Wykres 11. Argumenty decydujące o wyborze miejsca prowadzenia DDOM.

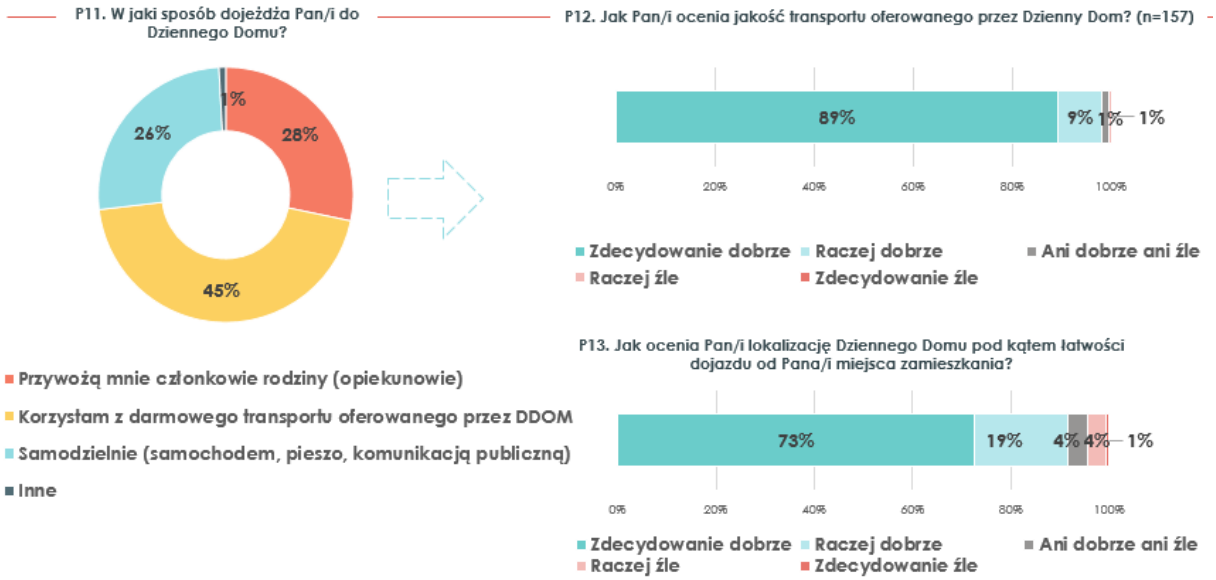


Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Zgodnie ze *Standardem*, pacjenci powinni mieć zapewniony darmowy dojazd do ośrodka oraz powrót. Największa część respondentów korzysta z darmowego transportu oferowanego przez DDOM (45%). Jakość oferowanego transportu została pozytywnie oceniona przez 98% badanych (suma odpowiedzi raczej i zdecydowanie dobrze).

Także lokalizacja pod kątem łatwości dojazdu z miejsca zamieszkania większości DDOM została uznana przez 92% badanych za raczej bądź zdecydowanie dobrą.

Wykres 12. Ocena transportu.



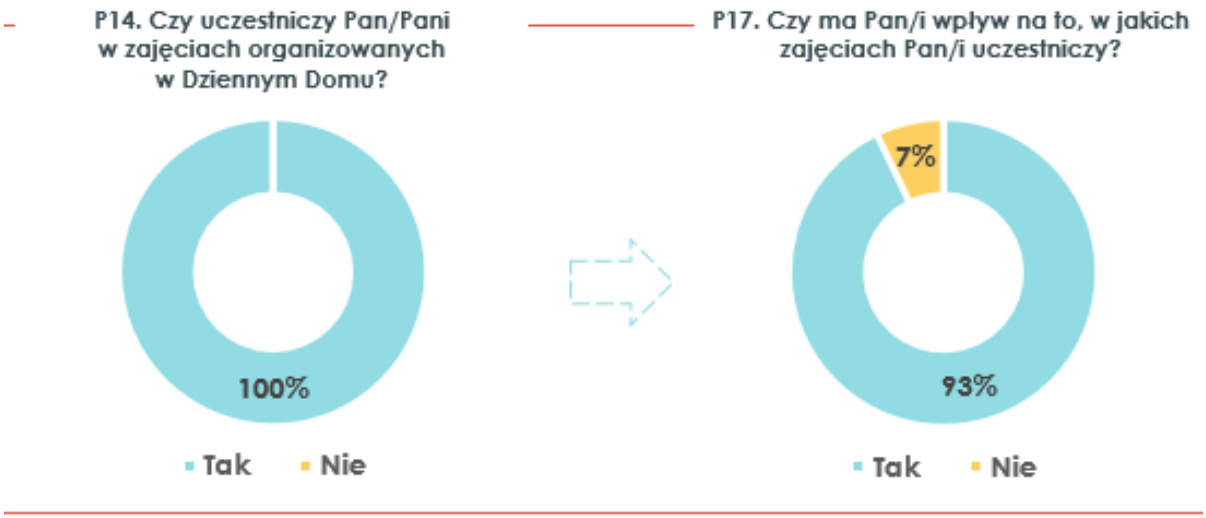
Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Badanie Mystery Client potwierdziło, że lokalizacja DDOM jest stosunkowo dobrze dobrana. We wszystkich badanych przypadkach audytor nie miał problemów z dotarciem, mimo iż jeden z DDOM znajdował się na peryferiach miejscowości. **Badanie Mystery Client wskazało również, że warto rozważyć model transportu, w którym to każdorazowo DDOM go organizuje dla swoich pacjentów.** Zwrot kosztów dojazdu nie zawsze jest wystarczający w sytuacjach, gdy DDOM jest ulokowany na peryferiach i dojazd komunikacją publiczną jest niewystarczający.

TERAPIA ZAJĘCIOWA

Wszyscy badani zadeklarowali uczestnictwo w zajęciach organizowanych w Dziennych Domach. 93% badanych ma wpływ na to w jakich zajęciach uczestniczy.

Wykres 13. Uczestnictwo w zajęciach organizowanych w DDOM.



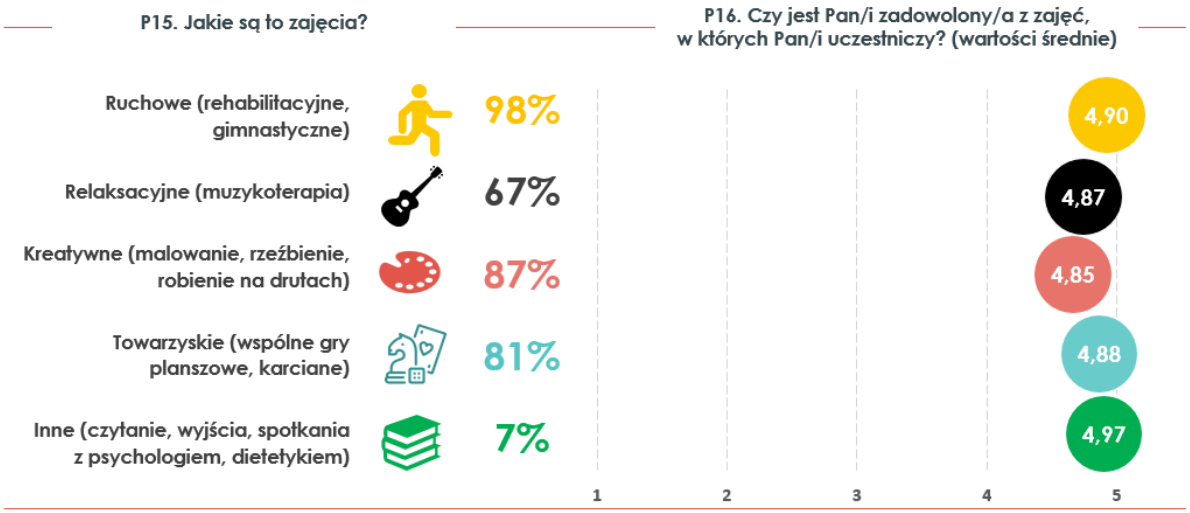
Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Pacjenci uczestniczący w zajęciach dodatkowych, niezależnie od ich formy oceniają je bardzo wysoko (średnie oceny pow. 4,85 w skali 5-stopniowej). Chętnie uczestniczą w formach terapeutycznych, jak i organizacji wolnego czasu, jakie oferuje DDOM.

Badania jakościowe wśród personelu medycznego i kierowników DDOM pozwala postawić tezę, że rehabilitacja świadczona w ramach DDOM jest wysokiej jakości. Przede wszystkim świadczy o tym indywidualizacja wsparcia. Fizjoterapeuci pracują z maksymalnie 2-3 pacjentami jednocześnie nadzorując ich podczas ćwiczeń. Jak wypowiadali się sami fizjoterapeuci, pacjenci DDOM są pacjentami wymagającymi większej uwagi niż przeciętny klient.

> *To nie są pacjenci, którzy się szybko uczą, bo jeżeli przychodzi pacjent z Alzhaimerem, z Parkinsonem, z demencją, to nie są pacjenci, którzy tak jak się przychodzi, na przykład na NFZ na dziesięć zabiegów i po prostu w ciągu dziesięciu sekund oni się rozgrzeją.*

Wykres 14. Ocena zajęć, w jakich uczestniczył pacjent.



Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Kontynuacją rehabilitacji jest terapia zajęciowa, która bywa przez samych pacjentów traktowana jako forma rozrywki. W czasie wywiadów pogłębionych seniorzy podkreślali, że dodatkowe zajęcia pozwalają ciekawie zagospodarować czas pomiędzy rehabilitacjami. Prowadzone spotkania pozwalają także wrócić do zainteresowań i hobby praktykowanych w młodości. Warto wspomnieć, że badani chwalą ich funkcję społeczną – w trakcie spotkań można bliżej poznać pozostałych pacjentów oraz nawiązać z nimi bliższe relacje.

Opiekunowie pacjentów DDOM podkreślają, że relacje łączące pacjentów są bardzo ciepłe i życzliwe. Służą sobie wzajemnie pomocą, co często przyczynia się do zwiększenia chęci uczestniczenia aktywnie w życiu społecznym również poza DDOM.

> *A teraz właśnie widzę, że jak spotykamy się rano to już jest taka zadowolona, jakieś takie kontakty nawiązuje z innymi i widzę, że to taki korzystny wpływ na nią wyparło generalnie, właśnie na takie kontakty międzyludzkie, właśnie jakby pewniejsza siebie się zrobiła.* ***(IDI, opiekun pacjenta)***
>
> *No fajnie widzieć jak po prostu robią coś razem, nie robią każdy osobno tylko wszystko w grupie a więc jakąś tam uczą się funkcjonowania* **(IDI, opiekun pacjenta)**

6.4 Oceny zasobów DDOM

6.4.1 PERSONEL DDOM

Standard DDOM dokładnie precyzuje wymagania dotyczące składu zespołu terapeutycznego, który realizuje opiekę nad pacjentami. Zgodnie z jego zapisami opieka pacjentów realizowana jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny obejmujący lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lekarza specjalistę w dziedzinie geriatrii, pielęgniarkę pełniącą funkcję kierownika zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem, pielęgniarkę posiadającą doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi, osoby prowadzące fizjoterapię, opiekuna medycznego, terapeutę zajęciowego, psychologa lub psychoterapeutę. Opcjonalnie do zespołu terapeutycznego zaangażowany może zostać dietetyk, logopeda, farmaceuta.

Skompletowanie tak wielodyscyplinarnego zespołu sprawił istotne trudności wielu DDOM. Szczególnie problematyczne okazało się zatrudnienie lekarza geriatry ze względu niewielką liczbę specjalistów w pewnych regionach Polski. Z tego powodu pojawiały się propozycje zatrudnienia lekarza internisty w jego miejsce, jednak zdaniem ekspertów i uczestników warsztatu implementacyjnego to rozwiązanie obniżyłoby jakość świadczonych w ramach DDOM usług. Rozwiązaniem pośrednim, które rekomendujemy, jest **zapewnienie konsultacji geriatry** pacjentom rozpoczynającym i kończącym pobyt w DDOM. Stała i systematyczna obecność lekarza, który czuwałby na bieżąco nad stanem zdrowia pacjentów i reagował na pojawiające się problemy byłby lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który jako uczestnik zespołu terapeutycznego odbywałby dyżury w DDOM.

Personel medyczny, kierownicy DDOM i koordynatorzy projektu DDOM uczestniczący wywiadach grupowych uważali, że obecny skład zespołu terapeutycznego jest wystarczający. Podobne opinie formułowali eksperci na panelu ekspertów. Jednym specjalistą, którego zdaniem badanych nie należy uwzględniać w *Standardzie DDOM* jest farmaceuta. W przypadku dietetyka eksperci oraz uczestnicy warsztatu implementacyjnego uznali potrzebę prowadzenia konsultacji i ustalania wspólnie z dietetykiem planu żywieniowego. Rolą dietetyka powinno być również prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów. Dietetyk nie musi jednak stanowić członka zespołu terapeutycznego. W przypadku logopedy powinna istnieć możliwość sięgnięcia po konsultacje logopedyczne w sytuacji zdiagnozowania takiej potrzeby

u pacjenta. Sugestią, którą warto rozważyć jest również nad połączenie funkcji fizjoterapeuty z terapeutą zajęciowym (o ile będzie miał odpowiednie kwalifikacje w tym zakresie).

Poniżej prezentujemy dane na temat stanu zatrudnienia specjalistów w DDOM. Jak widać struktura ta odzwierciedla zapisy *Standardu*.

Tabela 2. Personel zatrudniony w Dziennych Domach Opieki Medycznej

SPECJALIZACJA	ŚREDNIA LICZBA ZATRUDNIONYCH
1. **lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej**	1,56
2. **lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii**	1,02
3. **pielęgniarka magister pielęgniarstwa**	2,42
4. **w tym: pielęgniarka z ukończoną specjalizacją**	0,90
5. **osoby prowadzące fizjoterapię**	1,02
6. **opiekun medyczny**	1,74
7. **terapeuta zajęciowy**	1,18
8. **psycholog lub psychoterapeuta**	1,04
9. **pracownik administracyjny**	1,08

WSPÓŁPRACA PERSONELU

Wywiady grupowe wśród personelu medycznego, koordynatorów projektu i kierowników DDOM pokazują, że wszyscy niemal jednogłośnie doceniają współpracę pomiędzy specjalistami wchodzącymi w skład zespołu terapeutycznego. Ich zdaniem ta praca zespołowa przekłada się na lepsze efekty osiągane przez pacjentów DDOM niż w sytuacji, gdyby takiej współpracy nie było.

Najważniejszym aspektem współpracy jest bieżące przekazywanie informacji o stanie pacjenta pomiędzy specjalistami. Przykładowo, codziennie po przybyciu do DDOM pacjenci mają mierzone ciśnienie. Informację tę od pielęgniarki otrzymuje fizjoterapeuta, który dostosowuje ćwiczenia do obecnego samopoczucia pacjenta. Obserwacje fizjoterapeuty są przekazywane terapeucie zajęciowemu, który dostosowuje program, by kontynuować pracę nad danym aspektem. Jak podkreślali rozmówcy, **współpraca daje przede wszystkim możliwość modyfikowania i dostosowywania do aktualnych potrzeb pacjentów oferowanego im wsparcia**. Ciekawe spostrzeżenie zostało wypowiedziane przez jednego z rozmówców, który zauważył, że dla fizjoterapeutów ten zespołowy rodzaj pracy jest swoistą nowością.

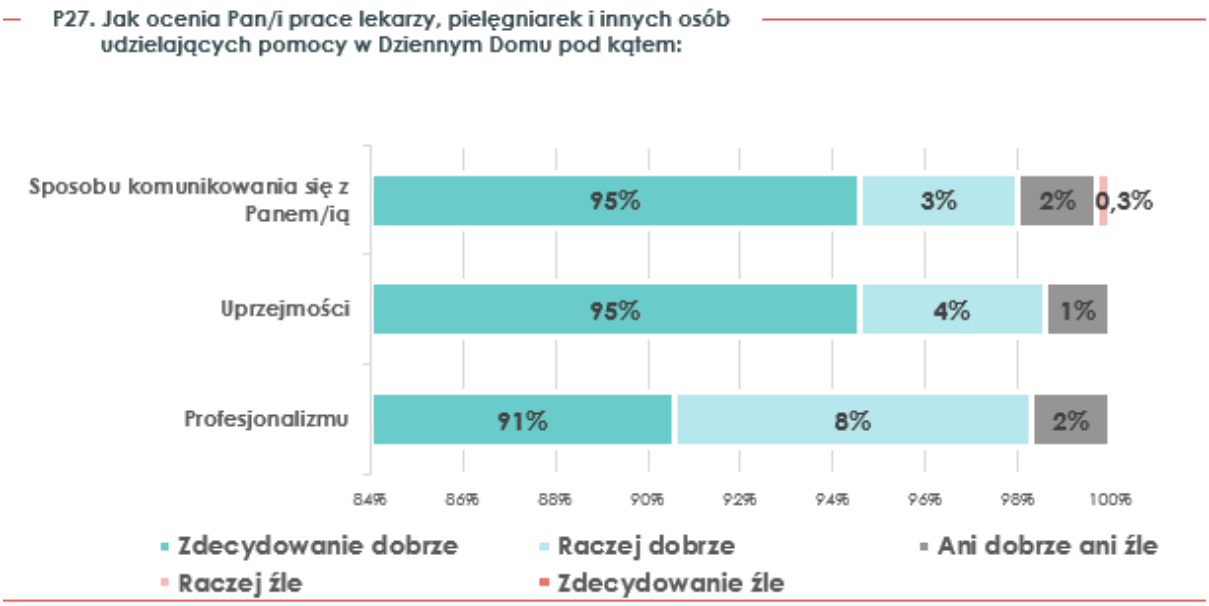
Zazwyczaj pracują oni indywidualnie, dlatego też dostosowanie się do nowych warunków bywa dla nich trudne.

Jak zauważyli przedstawiciele personelu medycznego specjaliści również wymieniają się doświadczeniami i uczą się od siebie. Personel medyczny podkreślał również znaczenie cotygodniowych spotkań, na których omawiane są postępy każdego z pacjentów.

OCENA PERSONELU

Zarówno pacjenci DDOM jak i ich opiekunowie bardzo pozytywnie oceniali pracę personelu medycznego zatrudnionego w DDOM. Zarówno pod kątem komunikowania się, uprzejmości i profesjonalizmu personel DDOM został oceniony na poziomie pow. 90%.

Wykres 15. Ocena personelu DDOM



Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Opiekunowie pacjentów DDOM zwrócili uwagę także na odpowiednie podejście personelu do osób starszych. Mówili o tym również przedstawiciele personelu medycznego. Zwracali uwagę, że osiąganie dobrych efektów wynika w dużej mierze z odpowiedniej komunikacji z pacjentem. Widoczna jest tutaj szczególna rola psychologa, który nie tylko pomaga pacjentom, ale uczy i informuje innych specjalistów, jak pracować z osobą starszą, jak zachęcać ją do ćwiczeń, jak reagować na różnego typu zachowania pacjentów. Co istotne, tego podejścia personel uczy także opiekunów, którzy często nie mają wiedzy, w jaki sposób

postępować z osobą starszą, jak ją zachęcić do wykonywania pewnych czynności. Jak można sądzić, ten brak wiedzy często jest powodem zniecierpliwienia, czy złości, jaka pojawia się wobec osób najbliższych, którymi się opiekują.

Badanie Mystery Client potwierdziło bardzo przyjazne nastawienie personelu do potencjalnych pacjentów i ich opiekunów. Wizyty przebiegały w bardzo miłej atmosferze. Osoba udzielająca informacji szczegółowo odpowiadała na wszystkie pytania oraz oprowadzała po samym DDOM.

6.5 Skala udzielonego wsparcia w ramach działań pilotażowych

Zakres świadczeń udzielanych przez DDOM obejmuje zapewnienie opieki medycznej wraz z kontynuacją terapii, co ma przyczynić się do usprawnień w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych u osób niesamodzielnych.

Wśród kategorii świadczeń zdrowotnych, które realizowane są w ramach DDOM znalazły się:

- opieka pielęgniarska (a także edukacja pacjenta z zakresu samoopieki i pielęgnacji)
- doradztwo w zakresie doboru odpowiednich wyrobów medycznych
- usprawnienia ruchowe
- stymulacja procesów poznawczych
- terapia zajęciowa
- działania edukacyjne skierowane do rodziny i opiekunów pacjentów.

Pacjentom zapewnia się także wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. Świadczenia te wykonywane są po przygotowaniu odpowiedniego uzasadnienia przez zespół terapeutyczny i finansowane są ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Jak wynika z wywiadów grupowych, dodatkowe zakres badań diagnostycznych wynika w zapisów wniosku o dofinansowanie, które poczynili beneficjenci. Od ich odpowiedniego zaplanowania na etapie starania się o dofinansowanie zależy ich obecna satysfakcja. Część DDOM przyjęła rozwiązania kwotowe (np. 700 zł na dodatkowe badania dla każdego pacjenta), część wpisała na sztywno typ badań i są to najczęściej badania podstawowe. W takich wypadkach kierownicy DDOM i koordynatorzy DDOM zgłaszali potrzebę dołączenia badań typu USG i RTG do katalogu badań możliwych do przeprowadzenia. W przypadku zagwarantowania określonej kwoty na dodatkowe badania kierownicy DDOM potrafili przytoczyć

pozytywne przykłady pacjentów, których stan zdrowia znacząco się poprawił po specjalistycznej wizycie lekarskiej. Jako taki można przytoczyć historię mężczyzny, który po wizycie u okulisty poprawił swoją jakość widzenia i mógł swobodnie czytać, co wcześniej sprawiało mu duży problem.

Wykres 16. Wpływ pacjentów na udzielane im wsparcie.

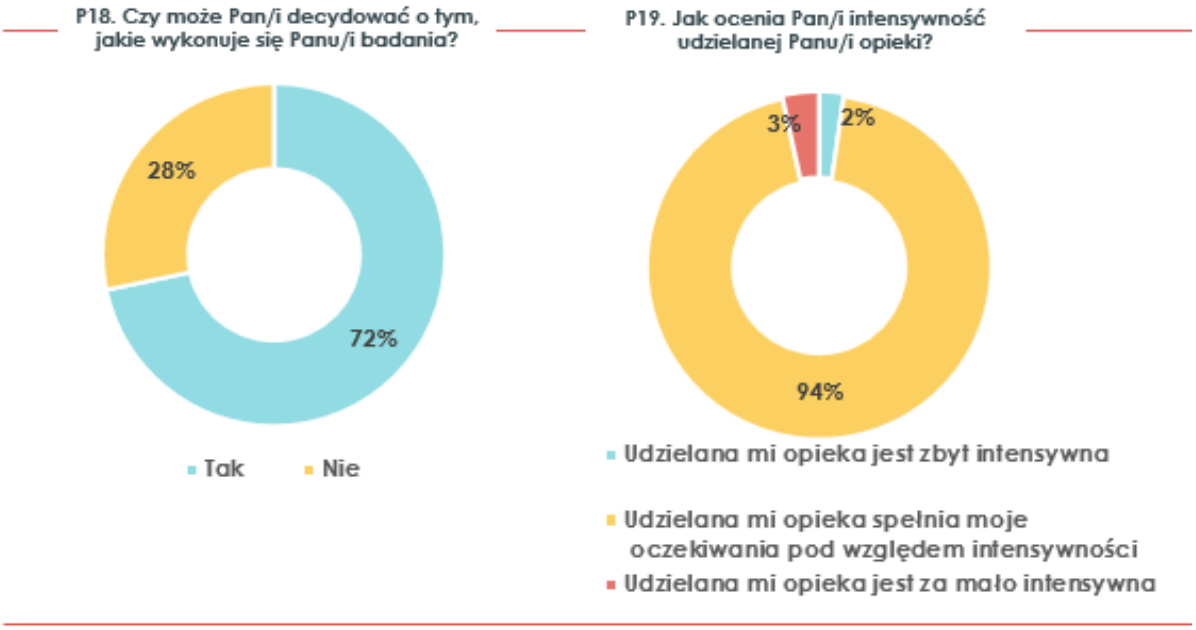
Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Koordynatorzy DDOM w większości deklarują, że pacjenci mają wpływ na zakres udzielanego im wsparcia w pełnym (48%) bądź w pewnym zakresie (34%). W realizowanej opiece są brane pod uwagę potrzeby pacjentów np. w zakresie dodatkowej pracy z psychologiem, konsultacji lekarskich. Mogą decydować także o potrzebie skorzystania z pomocy pracownika socjalnego.

Potrzeby pacjentów są na bieżąco identyfikowane w bezpośredniej rozmowie lub poprzez anonimowe ankiety. Do decyzji pacjenta należy m.in. w których elementach terapii zajęciowej chce uczestniczyć. Pacjenci i ich opiekunowie zgłaszają także swoje zapotrzebowanie na uczestniczenie w zajęciach edukacyjnych.

Niemal trzy czwarte respondentów (72%) deklaruje, że może decydować o tym, jakie badania diagnostyczne są im wykonywane.

Wykres 17. Skala intensywności udzielanego wsparcia.



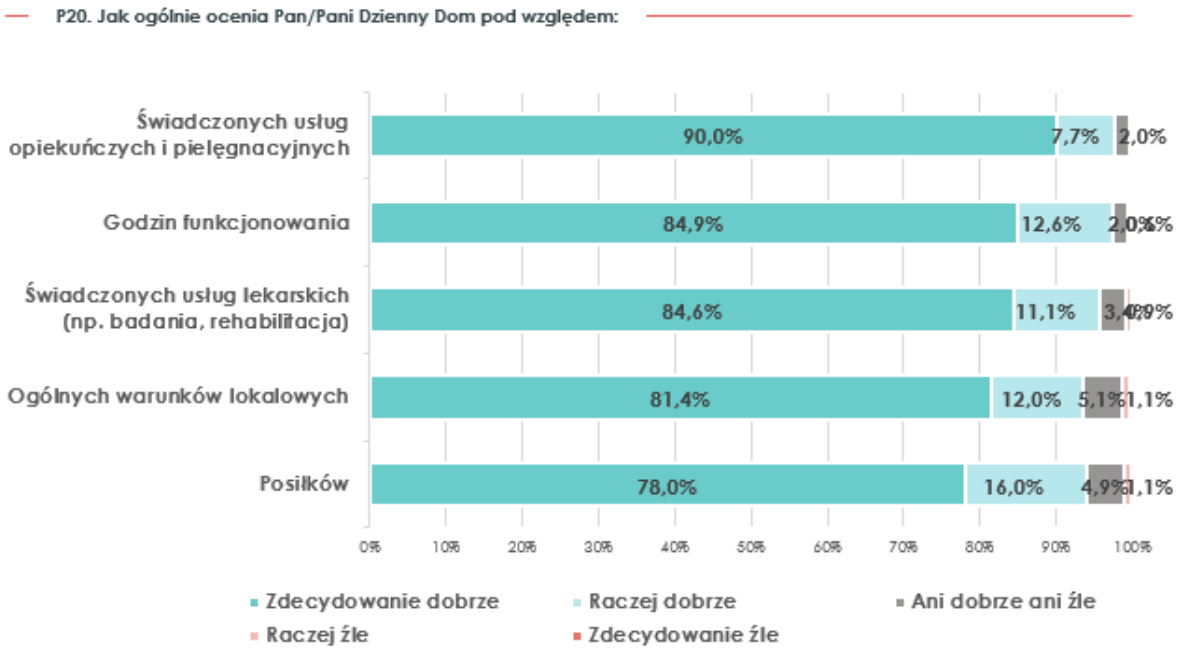
Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Zdecydowana większość pacjentów (94%) uznaje, że udzielana opieka spełnia ich oczekiwania pod względem intensywności. Jednakże sam personel medyczny i kierownicy DDOM w trakcie wywiadów grupowych zauważają, że intensywność wsparcia dla części osób może być zbyt duża w początkowym okresie. Personel medyczny uważa, że powinna istnieć możliwość skrócenia czasu przebywania w DDOM, np. do 4-6 godzin dziennie.

6.6 Ocena wsparcia świadczonego przez DDOM

Seniorzy bardzo wysoko oceniali DDOM pod katem wszystkich elementów wchodzących w skład całościowej oceny. Najwyższe noty otrzymały świadczone usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne (90% wskazań *zdecydowanie dobrze*). Bardzo wysoko ocenione zostały także świadczone usługi lekarskie, ogólne warunki lokalowe, posiłki i godziny funkcjonowania. Wśród zmian, które należałoby wprowadzić do DDOM respondenci wymieniali przede wszystkim wydłużenie godzin funkcjonowania DDOM oraz wydłużenie czasu pobytu w ośrodku. Dzienne domy zostały wysoko ocenione nie tylko przez bezpośrednich beneficjentów oferowanej opieki, ale także przez ich opiekunów. Analiza wywiadów jakościowych wśród tej grupy pokazuje wysoki poziom zadowolenia i zaskoczenie wysokim poziomem oferowanych usług.

Wykres 18. Ocena DDOM.

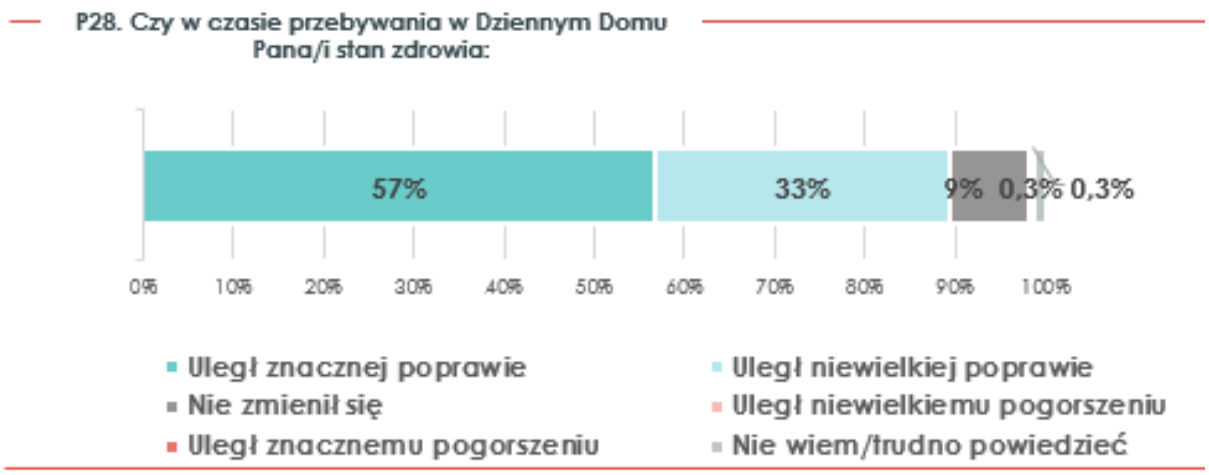


Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

W ciągu trzech dni od przyjęcia do domu opieki medycznej, zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności pacjenta, a w przypadku osób powyżej 65 roku życia dokonywana jest także całościowa ocena geriatryczna, podobnie jak w przypadku świadczeń gwarantowanych z koszyka NFZ. Diagnoza składa się z oceny czynnościowej, fizycznej oraz oceny stanu umysłowego. Na koniec każdego miesiąca dokonywana jest ocena rezultatów podjętych działań.

Przeważający odsetek badanych uznał, że stan ich zdrowia od czasu pobytu w DDOM uległ znacznej poprawie (57%). Niemal co trzeci pacjent zauważył natomiast niewielką poprawę stanu zdrowia (33%) co może wynikać, że tego, że badane osoby nie zakończyły jeszcze swojego pobytu w DDOM.

Wykres 19. Efekty wsparcia DDOM



Badanie CAPI zrealizowane wśród pacjentów DDOM, n=350.

Wnioski z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych zarówno z samymi pacjentami DDOM, jak i ich opiekunami wskazują na wieloaspektowe, pozytywne efekty korzystania z tej formy wsparcia. Największy nacisk kładziono na poprawę zdrowia fizycznego, lepszą kondycję psychiczną oraz na poprawę relacji rodzinnych. Regularna, profesjonalnie przeprowadzana rehabilitacja oraz gimnastyka szybko przynosi widoczne efekty i poprawę sprawności fizycznej osób, które uległy wcześniejszym kontuzjom. Poprawa stanu zdrowia, a także przebywanie w nowym środowisku społecznym istotnie wpływa także na poprawę kondycji psychicznej seniorów. Warto więc zwrócić uwagę na to, że poza podstawową opieką medyczną, DDOM pełnią znaczącą funkcję socjalizacyjną i zapobiegają wykluczeniu społecznemu osób starszych. Pacjenci odzyskują wiarę, że ich stan zdrowia może się poprawić. Wraz z odzyskiwaniem sprawności wzrasta u nich motywacja do uczestniczenia w rehabilitacji, często deklarują także, że po zakończonym pobycie w DDOM będą kontynuować gimnastykę w domu.

> *Przede wszystkim bardzo mi pomogły ćwiczenia. Bo ja nie chodziłam, bardzo mało się poruszałam, a szczególnie o 2 kulach, a teraz nawet i bez kul (IDI, pacjentka)*

Niezwykle istotnym aspektem, mającym znaczny wpływ na poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjentów jest możliwość spędzenia czasu aktywnie wśród swoich rówieśników.

> *Dużo to daje naprawdę otoczenie, jak człowiek jest taki, że ma się do kogo odezwać, nie wpada w jakąś tam depresję. Zadowolona jestem, nie wiem, jak to wyrazić na 1000% (IDI, pacjentka)*

DDOM poza skoncentrowaniem się na opiece medycznej nad pacjentami przeciwdziała niejako dodatkowo ich wykluczeniu społecznemu. Warto wspomnieć, że istotnym efektem działalności DDOM jest także **poprawa relacji z najbliższymi**. Często spotykanym problemem spotykanym wśród osób zajmujących się niesamodzielnymi seniorami jest „ageizm". Problem ten zauważony i zdefiniowany został stosunkowo niedawno, bo pod koniec lat 60 ubiegłego wieku i często dotyczy także opiekunów osób niesamodzielnych. Badacze określają go jako przekonania, uprzedzenia oraz stereotypy bazujące na kompetencjach i potrzebach osób w zależności od ich wieku, co z kolei prowadzi do negatywnej bądź pozytywnej dyskryminacji. Paradoksalnie negatywne uprzedzenia prowadzą często do pozytywnej dyskryminacji polegającej na uprzywilejowanym traktowaniu osób starszych. Taka sytuacja często spotykana jest w najbliższym otoczeniu seniora. „Ageizm" może przejawiać się przez lekceważenie opinii i potrzeb osób starszych, nadopiekuńczością przybierającą często postać wyręczania seniorów w ich codziennych obowiązkach. Podstawowym niebezpieczeństwem wynikającym z takich przejawów „ageizm'u" jest obniżenie się samooceny, poczucia własnej wartości u osób starszych, a także do wyłamywania się z życia społecznego (Szukalski 2009, str. 64-67). Przybierające mniej lub bardziej formalną formę szkolenia opiekunów pacjentów pozwalają na zrozumienie procesów jakie zachodzą w najbliższych, a także wypracowanie schematów postępowania w trudnych sytuacjach, które nie prowadzą do wykluczenia seniorów. Prowadzone zajęcia edukacyjne zarówno wśród osób niesamodzielnych, jak i wśród członków ich rodzin pozwalają poprawić relacje rodzinne. Dzięki informacjom na temat sposobów sprawowania opieki nad seniorami, opiekunom łatwiej zrozumieć procesy fizyczne i psychiczne jakie zachodzą w ich najbliższych.

> *Zmieniły się ich relacje między sobą. Przede wszystkim ojciec nie traktuje matki, jako służącą, co miało miejsce wcześniej i matka w to sama wchodziła, to się zmieniło już. Zrobił się bardziej samodzielny i angażuje się. Ja zdobyłem trochę więcej wiedzy jak w ogóle nawiązać relacje z moim ojcem.* **(IDI, opiekun pacjenta)**

6.6.1 DZIAŁANIA INNOWACYJNE I NIESTANDARDOWE

Sama formuła działania Dziennych Domów Opieki Medycznej jako taka może zostać uznać za innowacyjną w skali kraju.

Jednakże prowadzone badania nie wskazują na wykorzystywanie przez Dzienne Domy Opieki Medycznej dodatkowych rozwiązań, które można uznać za innowacyjne, a co najmniej niestandardowe. Jedynie 6 DDOM uznało, że stosowane przez nich rozwiązania można uznać za nietypowe. Wśród nich znalazło się stosowanie urządzeń takich jak: sucha komora kwasowęglowa, platform tensometrycznych czy urządzenie do biofeedbacku. W trakcie wywiadów grupowych jako działanie nietypowe wymieniono również organizowanie dodatkowych atrakcji dla uczestników takich jak wyjazdy, spotkania z ciekawymi ludźmi, czy też zaangażowanie wolontariuszy do pracy z pacjentami w obszarze psychologii.

Wykres 20. Podejmowanie działań innowacyjnych.

Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Wydaje się, że działalność DDOM-ów może być wspierana rozwiązaniami z obszaru telemedycyny, np. do monitoringu samopoczucia czy też rozwiązaniami służącymi do wspierania procesów poznawczych.

5.7. Koszty działania DDOM

Jednym z celów badania jest ocena efektywności działania Dziennych Domów Opieki Medycznej. Porównanie kosztów pobytu w DDOM z innymi placówkami stacjonarnymi pozwoli ocenić realizację postulatu niedrogich usług publicznych.

W tym miejscu należy wskazać, że analiza kosztów działania DDOM natrafiła na pewne ograniczenia. Przede wszystkim Dziennego Domy Opieki Medycznej mają charakter pilotażowy i część z nich prowadzi działalność dość krótko (najdłużej działające DDOM-y od sierpnia 2016; najkrócej od stycznia 2017). DDOM-y na początku działania nie miały obsadzonych wszystkich powstałych miejsc, a więc z tego powodu średni koszt pobytu pacjenta ulegał podwyższeniu. Z czasem następowało zapełnienie miejsc, tym samym koszty ulegały obniżeniu. Jest to również widoczne w zebranych danych, gdzie widoczna jest korelacja (R=-0,35), wskazująca że im dłużej działa DDOM, tym rzeczywisty koszt pobytu pacjenta jest niższy. Należy podkreślić również, że przy wyliczeniach bazujemy na danych przekazanych przez beneficjentów, mogę się one różnić od danych zawartych we wnioskach o płatność.

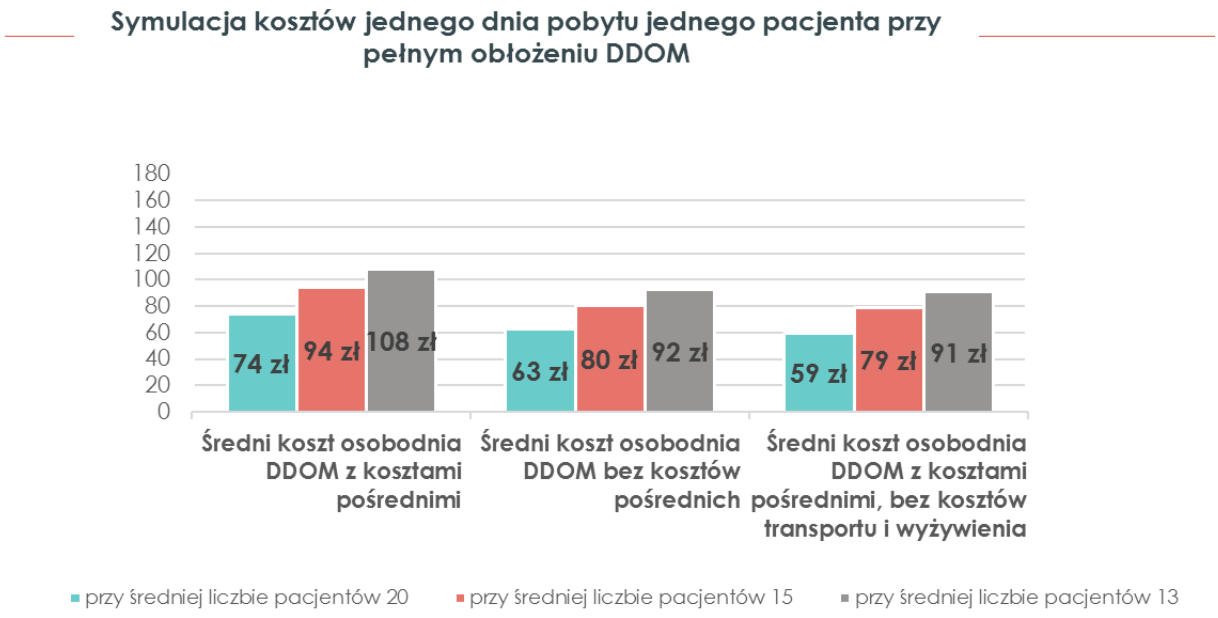
Pamiętając o tym ograniczeniu, rzeczywisty **całkowity koszt pobytu pacjenta** w Dziennym Domie Opieki Medycznej na dzień 30 marca 2017 wyniósł **153 zł za osobodzień.** W kwocie tej ujęte są wszystkie koszty, w tym koszty pośrednie. Jednak by móc dokonywać porównań z innymi placówkami stacjonarnymi w zakresie opieki długoterminowej (na potrzeby niniejszego raportu) należy przyjąć inną metodykę wyliczania kosztów pobytu pacjenta w DDOM-ie.

Po pierwsze, należy zauważyć, że zdecydowana większość kosztów ponoszonych przez DDOM ma charakter stały: koszty personelu, którego minimalny zakres godzin pracy zawiera *Standard* czy koszty eksploatacyjne. Po drugie, koszty pobytu w innych placówkach niż DDOM nie uwzględniają takich kosztów jak transport czy całodniowe wyżywienia stanowiące odpowiednio 14 i 6% całości kosztów (wraz z kosztami pośrednimi, bez kosztów inwestycyjnych).

By móc dokonać porównań w oparciu o dane przekazane przez beneficjentów został wyliczony koszt jednego osobodnia przy założeniu, że wszystkie miejsca w DDOM będą obłożone. W tym celu zsumowano koszty funkcjonowania DDOM bez kosztów pośrednich, wyżywienia i transportu. Następnie podzielono je przez iloraz liczby dni roboczych, w których działał DDOM i liczby miejsc utworzonych w ramach DDOM.

Dokonano również symulacji kosztów przy założeniu, że koszty funkcjonowania DDOM nie ulegają zmianie, a zwiększy się liczba utworzonych miejsc.

Wykres 21. Szacowane koszty pobytu pacjenta w DDOM.



Badanie CAWI realizowane wśród koordynatorów projektu, n=52.

Jak widać na wykresie, przy powyższych założeniach średnie koszty jednego dnia pobytu pacjenta w DDOM znacząco się obniżają. **Przy zwiększeniu średniej liczby miejsc z DDOM do 15 (czyli zgodnej ze *Standardem DDOM*) koszt jednego osobodnia obniża się do 94 zł, a bez kosztów transportu i wyżywienia (które nie są finansowane przez NFZ) do 79 zł.** Należy oczywiście pamiętać, że większa liczba pacjentów może oznaczać konieczność zlecania większej liczby badań itp., więc rzeczywiste koszty mogą być nieco wyższe. Jednakże powyższa symulacja pokazuje, że przy obecnych założeniach koszt jednego osobodnia bez wyżywienia i transportu jest zbliżony do kosztu pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym wycenianym przez NFZ na 75 zł za osobodzień. Propozycje zmian w *Standardzie* powinny dodatkowo te koszty nieco obniżyć jednak bez straty na jakości oferty DDOM.

Wywiady grupowe z personelem medycznym i kierownikami DDOM wskazują, że część DDOM mogłaby przyjąć większą liczbę pacjentów niż obecnie bez straty jakości, gdyż ich warunki lokalowe i liczba zatrudnionego personelu na to pozwalają. Możliwość zwiększenia liczby pacjentów powinna wiązać się z większą elastycznością czasową

w przebywaniu w DDOM. W tym miejscy należy podkreślić, że możliwość krótszego przebywania w DDOM lub też przebywania w nim w niektóre dni powinna wynikać z indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny, tak by DDOM spełniał postawione przed nim cele m.in. w zakresie odciążenia opiekunów osób starszych.

W tym miejscu należy również podkreślić, że przy realizacji projektów współfinansowanych z EFS rekomendujemy podtrzymanie finansowania kosztów transportu i wyżywiania w projektach. Symulacje kosztów bez tych pozycji były niezbędne do dokonania porównań z kosztami innych podobnych placówek finansowanych ze środków publicznych. Wycena kosztów działania DDOM na potrzeby płatnika publicznego będzie dokonywana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Powyższe symulacje mają charakter poglądowy.

6.6.1 STRUKTURA KOSZTÓW W DDOM

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że postęp finansowy wdrażania projektów jest zgodny z założeniami. W ramach analizy efektywności kosztowej oceniono również strukturę poniesionych wydatków do dnia 30 marca 2017 r. Dane mają charakter poglądowy, gdyż pochodzą z badania ilościowego prowadzonego wśród Dziennych Domów Opieki Medycznej. Zaobserwowano duże odchylenie standardowe pomiędzy poszczególnymi pozycjami. Jest to jednak silnie związane z długością funkcjonowania Domu i liczbą pacjentów.

Jednakże dane pokazują pewne tendencje. Transport stanowi istotną pozycję w budżecie DDOM. Wg przekazanych nam przez same DDOM danych tylko jeden ośrodek nie poniósł w tym zakresie wydatków. Średnio każdego dnia DDOM wydaje na ten cel blisko 201 zł, przy odchyleniu standardowych 102 zł. Mediana wynosi 185 zł. Zróżnicowanie jest pochodną zróżnicowania miejsca zamieszkania pacjentów DDOM.

Tabela 3. Koszty funkcjonowania DDOM

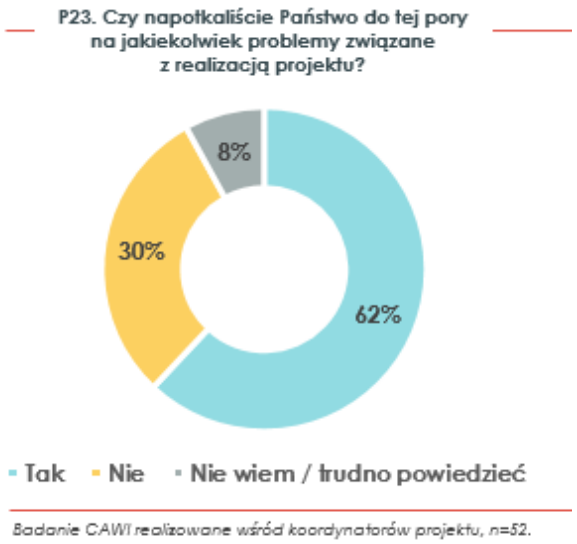
POZYCJA	Wartość uśredniona dla całego okresu funkcjonowaniu DDOM	Wartość uśredniona w przeliczeniu na 20 dni roboczych (miesiąc)	Udział w całości wydatków
1. Łączny koszt opieki pielęgniarskiej, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji	2 961,95	551,92	2%
2. Łączny koszt doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych	26 920,83	5 016,30	17%
3. Łączny koszt świadczeń związanych z usprawnianiem ruchów	3 917,66	730,00	2%
4. Łączny koszt świadczeń związanych stymulacją procesów poznawczych	17 366,69	3 236,03	11%
5. Łączny koszt terapii zajęciowej	8 402,39	1 565,66	5%
6. Łączny koszt przygotowania rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)	8 311,50	1 548,73	5%
7. Łączny koszt wykonanych badań diagnostycznych zleconych przez lekarza specjalistę	2 770,94	516,32	2%
8. Łączny koszt specjalistycznych konsultacji lekarskich	4 002,70	745,84	3%
9. Łączny koszt wyżywienia pacjentów	8 967,76	1 671,01	6%
10. Łączny koszt transportu pacjentów	22 515,51	4 195,44	14%
11. Łączny koszt leków, wyrobów medycznych i higienicznych	8 927,79	1 663,56	6%
12. Łączny koszt leków doraźnych, pierwszej pomocy, wyrobów medycznych, które nie wynikają z planu leczenia i pielęgnacji pacjenta	2 271,70	423,30	1%
13. Łączny koszt opłat za utrzymanie pomieszczeń (czynsz, najem, opłaty administracyjne)	1 992,51	371,27	1%
14. Łączny koszt opłat za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków	13 592,25	2 532,72	9%
15. Łączny koszt wynagrodzenia całego personelu zatrudnionego w DDOM	17 788,74	3 314,67	11%
16. Inne koszty	7 580,00	1 412,42	5%
Uśredniona suma kosztów poniesionych przez DDOM do dnia 30.03.2017	158 290,93	29 495	

Źródło: Badanie CAWI wśród koordynatorów projektu DDOM (n=52)

5.8. Problemy w realizacji projektu

Blisko 62% badanych koordynatorów Dziennych Domów Opieki Medycznej natrafiło na problemy w realizacji projektu. Problemy te koncentrowały się wokół trzech zagadnień:

Wykres 22. Problemy związane z realizacją projektu.



1. **Rekrutacja uczestników kwalifikujących się do DDOM.**

Według diagnozy Dziennych Domów Opieki Medycznej geneza problemu wynika z kryterium hospitalizacji pacjentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz niechęci społeczności lokalnych do nowego rozwiązania, jakim jest DDOM. Zasadne wydaje się rozważenie możliwości przyjmowania osób spełniających pozostałe kryteria DDOM, które nie były hospitalizowane w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Może to zapobiec ich hospitalizacji w przyszłości. W trakcie panelu ekspertów również sugerowano, by kryterium hospitalizacji zastąpić konkretnymi wskazaniami medycznymi – po analizie przyczyn hospitalizacji, które mogłyby zostać wcześniej zdiagnozowane.

W trakcie badań jakościowych (zarówno z pacjentami, ich opiekunami, jak i personelem DDOM) zauważano, że początkowo do nowej instytucji, jaką jest DDOM społeczności lokalne, jak i sami pacjenci podchodzili nieufnie. Jednakże – jak można było się dowiedzieć z przeprowadzonych wywiadów – wraz ze wzrostem liczby odbiorców działań DDOM i wyraźnie pozytywnych zmian zauważanych u pacjentów DDOM zainteresowanie DDOM-ami wyraźnie wzrastało. Koordynatorzy projektów zwrócili uwagę na istotną kwestię, jaką jest informowania lekarzy POZ o działaniach DDOM. Wskazują oni, że to **właśnie lekarz POZ powinien być źródłem informacji o możliwości skorzystania z DDOM dla potencjalnych pacjentów**. Przy dalszym projektowaniu wsparcia należy uwzględnić działania informacyjne skierowane do tej grupy docelowej.

2. Brak zainteresowania rodzin w uczestniczeniu w działaniach edukacyjnych,

Tego typu problemy mogą mieć wiele przyczyn, zaczynając od źle zaprojektowanych działań edukacyjnych, nieefektywnego sposobu informowania o nich po brak chęci do uczestnictwa członków rodzin. Wywiady z opiekunami pacjentów pokazały, że działania edukacyjne, które są prowadzone, trafiają w potrzeby opiekunów i przynoszą pozytywne skutki – o ile opiekunowie zdecydują się z nich skorzystać. Wywiady grupowe wśród kierowników DDOM i koordynatorów projektu DDOM wskazują jednak, że rodziny niechętnie chcą z tego korzystać – w szczególności w mniejszych miejscowościach. W dużych miastach sądząc po wypowiedziach uczestników wywiadu niemal nie ma problemu ze zgromadzeniem grupy uczestników na spotkanie informacyjne. W mniejszych miejscowościach ten problem się pojawia.

Dlatego też skuteczność działań edukacyjnych w dużej mierze zależy od wyczucia i kreatywnego podejścia samych DDOM. Generalnie o ile formy warsztatowe i grupowe mogą być odbierane przez opiekunów jako przyznanie się do braku wiedzy na temat, jak się opiekować osobą niesamodzielną, o tyle formy indywidualne mogą odpowiedzieć na ich wątpliwości i dostosować zakres wiedzy do ich potrzeb. Dlatego też w przypadku braku zainteresowania grupowymi formami edukacji należy przejść do indywidualnego doradztwa ściśle dopasowanego do potrzeb pacjenta i jego rodziny.

3. Trudności w pozyskaniu personelu

Dzienne Domy Opieki Medycznej zgłaszały kłopoty w pozyskaniu lekarzy specjalistów z zakresu geriatrii i rehabilitacji medycznej. W trakcie wywiadów grupowych pojawiły się postulaty zastąpienia lekarza geriatry lekarzem chorób wewnętrznych. Jednakże jak wskazali uczestnicy panelu ekspertów, to właśnie obecnosć tego specjalisty geriatry stanowi o wartości projektu, dając osob starszym dostęp do konsultacji medycznych, których z jednej strony potrzebują, a które z drugiej strony są trudno dostępne. Eskperci podkreślali również, że utrzymanie obowiązku przeprowadzania konsultacji geriatrycznych może stanowić impuls do dalszego rozwoju geriatrii w Polsce.

7. Podsumowanie: Odpowiedzi na pytania badawcze

Pytanie badawcze	Odpowiedź
1) Czy zapisy *Standardu DDOM* są czytelne dla beneficjentów? Czy wymagają doprecyzowania, a jeśli tak – które z nich i w jakim zakresie? Czy zawierają wszystkie niezbędne elementy, dzięki którym *Standard* można wykorzystać w innych zdeinstytucjonalizowanych podmiotach leczniczych świadczących opiekę zdrowotną dla osób niesamodzielnych w trybie dziennym?	Dla zdecydowanej większości beneficjentów (84%) zapisy *Standardu* są precyzyjne i czytelne. Uczestnicy FGI uznali również, że *Standard* zawiera wszystkie niezbędne elementy, które mogą być wykorzystywane w innych zdeinstytucjonalizowanych podmiotach leczniczych świadczących opiekę zdrowotną dla osób niesamodzielnych w trybie dziennym .
2) Czy istniał problem z dotarciem z ofertą DDOM do osób spełniających kryteria uczestnictwa / dla których ta forma wsparcia jest przeznaczona? Jakie jest zainteresowanie tą formą pomocy wśród osób niesamodzielnych i ich rodzin? Jeśli istniały bariery dostępu, to jakie i w jaki sposób były niwelowane?	Koordynatorzy projektów w badaniach ilościowych i jakościowych zwrócili uwagę na problem z dotarciem do osób spełniających kryteria kwalifikacji do DDOM – szczególnie w zakresie hospitalizacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Koordynatorzy w badaniu CAWI zwrócili uwagę na małą wiedzę o DDOM wśród lekarzy POZ, którzy mogliby kierować do DDOM pacjentów. Zainteresowanie wśród potencjalnych pacjentów nie było jednorodne w czasie. Na początku część DDOM (szczególnie w mniejszych miejscowościach) zetknęła się z nieufnością spowodowaną brakiem wiedzy na temat tej nowej formy wsparcia. Zadowolenie pacjentów oraz widoczne efekty wsparcia zachęciły inne osoby do zainteresowania się DDOM. Jednakże – jak zauważali koordynatorzy – zainteresowanie często bywało po stronie osób, które z DDOM nie mogą skorzystać (np. ze względu na brak hospitalizacji w ostatnich miesiącach). Wywiady jakościowe wśród pacjentów i ich opiekunów pokazały również, że początkowe liczne wątpliwości były rozwiewane w trakcie pobytu w DDOM. Istotną zdiagnozowaną barierą dla pacjentów był transport do DDOM. Możliwość skorzystania z bezpłatnego dojazdu zwiększyła znacząco dostępność tej formy wsparcia.
3) Czy warunki przyjmowania pacjentów do DDOM były zrozumiałe dla pacjentów i ich opiekunów?	Niemal wszyscy pacjenci DDOM uczestnicy badania CAPI uznali, że warunki przyjmowania pacjentów były dla nich zrozumiałe i wyczerpujące. Badania jakościowe wśród opiekunów

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	potwierdziły również, że informacja ze strony DDOM była jasna i wyczerpująca. W trakcie przeprowadzonych audytów w ramach tajemniczego klienta uzyskano również wyczerpujące informacje i odpowiedzi na pytania. Jedyna uwaga, jaką sformułowano w trakcie badań dotyczy stron internetowych DDOM. Nie wszystkie ośrodki taką stronę posiadają i nie wszystkie umieszczają informacje na temat kwalifikowania do wsparcia.
4) Czy wsparcie w DDOM powinno być oferowane tylko osobom starszym czy wszystkim osobom niesamodzielnym – bez względu na wiek?	Zdecydowana większość (80%) koordynatorów DDOM w badaniu ilościowym wskazała, że wsparcie powinno być kierowane do wszystkich osób niesamodzielnych, niezależnie od wieku. Zrozumiałe wydaje się jednak, że profil wsparcia nakierowany jest na potrzeby osób starszych. Podobne opinie zostały wyrażone w trakcie wywiadów zogniskowanych, jak i panelu ekspertów.
5) Czy beneficjenci napotkali jakiekolwiek problemy w realizacji projektu (inne niż związane z zarządzaniem projektami)? Jeśli tak, to jakie? Jak można je wyeliminować / zminimalizować ich przyczyny w przyszłości?	Problemy beneficjentów w realizacji projektów skupiły się wokół problemów z rekrutacją osób, które spełniają warunki kwalifikacji do DDOM, problemów ze znalezieniem odpowiedniego personelu oraz zachęceniem rodzin pacjentów do uczestniczenia w działaniach edukacyjnych. Problemy w rekrutacji pacjentów w dużej mierze wiązały się z nowością formy wsparcia, jaką jest DDOM. Jak pokazywały wypowiedzi uczestników wywiadów jakościowych kłopot ten czasem znacząco się zmniejszał. Problematyczne stawało się zaś odmawianie chętnym, którzy nie kwalifikowali się do DDOM z powodu nieodbycia w ostatnich 12 miesiącach hospitalizacji. W tym aspekcie istotne wydaje się przekazanie informacji o DDOM do lekarzy POZ i szpitali, tak by pacjenci mogli otrzymywać informację od lekarzy prowadzących. Problemy z pozyskaniem personelu dotyczyły głównie lekarzy geriatrów, których liczbę wciąż można określić jako niesatysfakcjonującą. W tym miejscu warto również zauważyć duże zróżnicowanie geograficzne w dostępie do tej specjalizacji lekarzy. We wszystkich technikach zbierania danych padł postulat zastąpienia konsultacji geriatrycznej konsultacją internistyczną. Jednakże w trakcie panelu ekspertów padły zasadne argumenty wskazujące, że włączenie geriatry do zespołu wielodyscyplinarnego wnosi nową jakość w działanie DDOM i zwiększa uzyskiwane efekty. Zmniejsza jednocześnie potrzebę prowadzenia dodatkowych konsultacji (np. neurologicznych). Pozostawienie obowiązku prowadzenia konsultacji geriatrycznych tworzy również miejsca pracy dla lekarzy tej specjalności, o czym należy wspomnieć w kontekście faktu, że część geriatrów ma kłopot w znalezieniu zatrudnienia (m.in. wynika to z regionalnego zróżnicowania liczby specjalistów).

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	Przyczyn kłopotów w pozyskaniu rodzin do udziału w działaniach edukacyjnych upatrywać należy w niedopasowaniu oferty do ich potrzeb (np. niechęć do udziału w warsztatach, które mogą dotyczyć tematów z ich punktu widzenia nieistotnych) lub też w niezrozumieniu swojej roli w rehabilitacji osoby niesamodzielnej, którą się opiekują. W pierwszym przypadku DDOM-y powinny modyfikować sposób prowadzenia działań edukacyjnych, np. przy braku chętnych na zajęcia grupowe prowadzić indywidualne doradztwo i konsultacje. Badanie pokazało, edukacja odbywa się w różnych formach: warsztatowo (np. warsztaty pt. „dieta u cukrzyków"), która sprawdza się bardziej w dużych miastach, indywidualnie (konsultacja z psychologiem, który poradzi w jaki sposób komunikować się z rodzicem z zespołem otępiennym), indywidualne doradztwo (np. w zakresie ułatwienia poruszania się osoby starszej po domu). Edukacja może być również prowadzona poprzez materiały informacyjne, które mogą zachęcić osoby, które dotychczas nie widziały potrzeby edukacji. Rekomendujemy dopasowywanie propozycji działań edukacyjnych do potrzeb odbiorców i bieżące ich modyfikowanie przez DDOM.
6) Czy wszystkie DDOM posiadają regulamin organizacyjny placówki? **Czy pacjenci zostali poinformowani o zasadach udzielania wsparcia w DDOM?** **Czy należałoby zmienić w jakimkolwiek zakresie zasady funkcjonowania placówki typu DDOM?**	Wszystkie DDOM posiadają regulamin organizacyjny. 99,1% badanych pacjentów zadeklarowała, że zostali poinformowani o zasadach udzielania wsparcia w DDOM. Dla niemal wszystkich pacjentów informacja ta była wyczerpującą i zrozumiała/ W badaniach jakościowych opiekunowie pacjentów również potwierdzili te odpowiedzi. Podobnie w badaniach tajemniczego klienta audytorzy uzyskali wyczerpujące informacje o zasadach funkcjonowania DDOM. By poszerzyć informację o zasadach działania DDOM warto wprowadzić obowiązek posiadania przez każdy DDOM strony internetowej z podstawowymi informacjami o ich działalności i sposobie kontaktu z placówką. Ten element okazał się istotny podczas prowadzenia badań ilościowych, kiedy okazało się, że nie wszystkich DDOM możliwe jest odnalezienie danych w Internecie. Konieczność zmian w zasadach prowadzenia DDOM wynika przede wszystkim z potrzeby zwiększenia efektywności kosztowej DDOM. W tym kontekście warto wydłużyć czas działania placówki, by mogła ona przyjmować pacjentów w dwóch zmianach.
7) Czy DDOM zostały utworzone w łatwo dostępnych miejscach? Czy ich usytuowania nie stwarza trudności w dotarciu?	Generalnie należy uznać, że DDOM powstały w stosunkowo łatwo dostępnych miejscach. 72,6% pacjentów bardzo dobrze a 19% raczej dobrze ocenia lokalizację DDOM pod kątem łatwości

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	dojazdu. Placówki, które wzięły udział w badaniu Mystery Client były położone w dostępnych miejscach. W tym miejscu należy zaznaczyć jednak, że pozytywna ocena może wiązać się z faktem, że znacząca część (45%) pacjentów korzysta z darmowego dojazdu oferowanego przez DDOM. W przypadku DDOM działających na terenach wiejskich dostępność DDOM może znacząco się zmniejszyć w sytuacji braku finansowania transportu. Dotyczyć to może w szczególności samotnych osób starszych. Dlatego też przy finansowaniu działań prze płatnika publicznego możliwym rozwiązaniem tego problemu, przy braku innych środków na ten cel – może być wprowadzenie odpłatności za transport. Rekomendujemy na etapie rozpowszechniania ze środków EFS rozwiązania, jakim jest DDOM, by finansowanie transportu pacjentów było finansowane ze środków projektu. Zalecamy, by organizacja transportu leżała po stronie DDOM
Jakimi kryteriami kierowano się przy decyzji o wyborze placówki prowadzącej DDOM / miejscu prowadzenia DDOM? Czy analizowano potrzeby lokalnej społeczności?	Głównym kryterium wyboru lokalizacji (70% DDOM) była dostępność istniejącej infrastruktury oraz jej dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych (58%). Sama lokalizacja była brana pod uwagę przez połowę badanych DDOM. Zdecydowana większość DDOM (84%) deklaruje, że prowadziła analizę potrzeb społeczności lokalnej. Polegały one na: ankietach z pacjentami, wywiadach prowadzonych przez pielęgniarkę środowiskową, wywiadach z lekarzami POZ, pracownikami socjalnymi, rozmowach z pacjentami oraz na podstawie danych statystycznych.
8) Czy były jakieś przeszkody organizacyjne / administracyjne / prawne lub inne w utworzeniu DDOM, a jeśli tak to jakie?	Dla części jednostek barierą w rozpoczęciu działania DDOM było pozyskanie odpowiedniego personelu, w szczególności lekarza geriatry.
9) Jakiego rodzaju świadczenia były najczęściej finansowane w projektach, a jakiego rodzaju najrzadziej? Dlaczego? Czy proporcje te były właściwe?	Struktura kosztów w dużej mierze wynika z założeń przyjętych w *Standardzie DDOM*. Najczęściej (nie oznacza to największych wydatków) finansowano świadczenia rehabilitacji, gdyż właśnie rehabilitacja – w ocenie uczestników wywiadu grupowego – jest tym, na czym zależy pacjentom DDOM. Każdy z pacjentów DDOM codziennie korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych. Podobnie codziennie pacjenci korzystają z terapii zajęciowej, która jest kontynuacją działań usprawniających funkcjonowanie pacjenta. Średnio terapia zajęciowa jest prowadzona przez 4 godziny dziennie.

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	Finansowanie tych świadczeń wynika wprost z celów działania DDOM i z potrzeb pacjentów, którzy w DDOM przebywają. Najrzadszymi świadczeniami są świadczenia, które wynikają z indywidualnych potrzeb pacjentów – konsultacje specjalistyczne z lekarzami innych specjalizacji niż geriatra czy lekarz rehabilitacji (jeśli w projekcie były zaplanowane na to koszty). Najbardziej kosztochłonnymi świadczeniami są natomiast świadczenia z zakresu doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych (wraz z ich zakupem), transportu, stymulacji procesów poznawczych (patrz tabela niżej). Wynika to z faktu ponoszenia przez DDOM kosztów nie tylko osobowych (koszty personelu), ale również zakupów dla każdego z pacjentów przedmiotów potrzebnych do danego świadczenia (stąd różnice w kosztach np. usprawniania ruchu i terapii zajęciowej, do której często są wykorzystywane dodatkowe akcesoria/przedmioty itp.). Szczegółowe dane ujęte zostały w Tabela 3. Koszty funkcjonowania DDOM na stronie **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**).
10) Jakie formy wsparcia zaoferowane w DDOM można uznać za najskuteczniejsze i dlaczego? Jakie dobre praktyki w tym zakresie można wskazać?	To co jest kluczowe w skuteczności wsparcia, to interdyscyplinarność zespołu terapeutycznego i indywidualizacja wsparcia. Przynosiły one największe efekty. Patrząc na wsparcie indywidualnie, to kluczowe są zajęcia z zakresu rehabilitacji połączone z terapią zajęciową. Ich efekty są najbardziej widzialne zarówno dla samych pacjentów, jak i personelu. Jednakże skuteczność danej formy wsparcia w dużej mierze zależy od potrzeb pacjenta. Przeprowadzone badania nie przyniosły informacji o dobrych praktykach, które wyróżniałyby się na tle pozostałych DDOM. Generalnie założenia funkcjonowania DDOM należy uznać za dobrą praktykę, która powinna być wykorzystywana przez inne podobne podmioty. Warto propagować takie rozwiązania jak: indywidualizację wsparcia, współpracę specjalistów z różnych dyscyplin nad przywróceniem pacjenta do zdrowia, bieżącą modyfikację plany terapeutycznego.
11) Czy w zakres wsparcia należy włączyć jakiekolwiek inne kategorie świadczeń / usług?	Docelowo w zakres wsparcia należy włączyć usługi lekarza ubezpieczenia społecznego, który przez min. 5 godzin tygodniowo byłby dostępny dla pacjentów DDOM. W trakcie wywiadów grupowych (FGI) postulowano o zwiększenie katalogu świadczeń diagnostycznych, które mogą być realizowane w ramach DDOM o badania USG i RTG. Są one ważne ze względu na typ schorzeń, z którymi do DDOM trafiają pacjenci. W trakcie badania nie zdiagnozowano innych dodatkowych potrzeb w

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	zakresie rozszerzenia katalogu świadczeń czy usług zdrowotnych oferowanych w placówce typu DDOM.
12) Czy wszystkie potrzeby pacjentów DDOM były realizowane w tym samym stopniu czy też pewne z nich były traktowane priorytetowo (a jeśli tak, to jakie to były potrzeby i dlaczego te)? Czy wszyscy pacjenci byli traktowani w równy sposób (czy istniały przejawy stosowania dyskryminacji ze względu na jakąkolwiek cechę pacjentów)?	Priorytetowo traktowano potrzeby zdrowotne pacjentów w zakresie rehabilitacji, co wynika z celów działania DDOM i oczekiwań samych pacjentów. Rozpoczynają oni pobyt w DDOM w nadziei na usprawnienie ruchowe, często nie zdając sobie sprawy, jak wygląda cała oferta DDOM. Potrzeby w zakresie poprawy dobrostanu psychicznego pacjentów, były często nie dostrzegane przez nich samych (nie dlatego decydowali się na pobyt w DDOM). Potrzeby te były diagnozowane przez personel medyczny. Realizacja potrzeb społecznych rozumianych jako kontakt z innymi osobami przebiegała niejako „przy okazji", w trakcie czasu wolnego czy terapii zajęciowej. W tym miejscu warto podkreślić, że personel DDOM realizuje również potrzebę „bycia zaopiekowanym". Pacjenci czują się ważni dla personelu, czują, że ich potrzeby są zauważane i realizowane, a personelowi zależy na ich dobrym samopoczuciu i powrocie do zdrowia. To z pewnością przyczynia się do poprawy ich dobrostanu psychicznego. Zdaniem pacjentów odróżnia to DDOM od innych miejsc, w których świadczone są usługi medyczne. To co jest kluczowe w funkcjonowaniu DDOM to indywidualizacja wsparcia. Badania pokazują, że rzeczywiście ma ona miejsce. W praktyce dla pacjentów oznacza to, że na bieżąco są diagnozowane ich potrzeby, a działania personelu są odpowiedzią na te potrzeby. Przykładowo, gdy u pacjenta personel zauważa przedłużające się obniżone samopoczucie do pracy włączany jest psycholog. Przy zbyt dużym zmęczeniu pacjenta ćwiczeniami zmniejszana jest ich częstotliwość. Indywidualizacja wsparcia zaspokaja również potrzeby psychologiczne, ponieważ daje pacjentom poczucie, że są ich potrzeby są ważne i że personel medyczny rzeczywiście się nimi opiekuje. W ten sposób budowane jest poczucie bezpieczeństwa. Nie zdiagnozowano przypadków dyskryminacji pacjentów ze względu na jakąkolwiek cechę.
13) Które zajęcia w DDOM cieszyły się największym zainteresowaniem pacjentów i dlaczego? Z których pacjenci nie byli w pełni zadowoleni i dlaczego?	Wywiady grupowe z personelem medycznym i kierownikami DDOM wskazują, że największym zainteresowaniem wśród pacjentów cieszy się rehabilitacja: ćwiczenia rehabilitacyjne, zabiegi oraz masaże. Wynika to z faktu, że celem pobytu pacjentów jest właśnie usprawnienie ruchowe. Z taką motywacją rozpoczynają pobyt w DDOM. Badania wśród pacjentów wskazują na wysoką satysfakcję z zajęć, w których uczestniczyli (średnia z każdych z zajęć bliska 5, liczona na 5 stopniowej skali). W trakcie badań jakościowych personel

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	medyczny mówił o początkowym niepełnym zadowoleniu pacjentów z takich elementów, jak np. terapia zajęciowa. Wynikało to z obaw przed taką formą wsparcia (np. możliwości ośmieszenia w grupie), jednak pojawiające się efekty oraz atmosfera często zmieniało opinie pacjentów. Mniejszym zainteresowaniem pacjentów cieszyły się zajęcia z dietetykiem (w przypadku DDOM, w których takie były w ogóle prowadzone).
14) Czy w projektach DDOM zostały zastosowane niestosowane dotąd powszechnie, innowacyjne formy świadczenia usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych, m.in. w placówkach stacjonarnych (takich jak zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze czy zakłady rehabilitacyjne), a jeśli tak – to jakie? Czy są one warte upowszechnienia czy też należy zweryfikować je ponownie?	Sama instytucja Dziennego Domu Opieki Medycznej jest formą świadczenia usług, która nie jest powszechna w innych podobnych placówkach. Wyróżnia go: - interdyscyplinarność zespołu czuwającego nad powrotem pacjenta do zdrowia, - łączenie wielu form rehabilitacji w pracy z pacjentem, - indywidualizacja wsparcia, - działania skierowane na włączenie społeczne pacjentów. Badania terenowe nie wskazały, by katalog prowadzonych działań był przez same DDOM poszerzany o działania innowacyjne. Wydaje się, że obszarem, który może w przyszłości wzmacniać efekty pobytu w DDOM mogą być działania z zakresu telemedycyny (np. monitorowanie stanu zdrowia pacjenta). Przykładowym działaniem wzmacniającym efekty pobytu mogą być systematycznie prowadzone rozmowy telefoniczne z osobami, które zakończyły pobyt w DDOM w celu sprawdzenia ich stanu zdrowia oraz sprawdzenia, w jakim stopniu realizują zalecenia lekarskie w domu i motywowania do dalszej pracy. Takie działania mają szansę na zmniejszanie ryzyka kolejnej hospitalizacji.
15) Czy godziny pracy DDOM są korzystne ze względu na oczekiwania / potrzeby pacjentów oraz ich opiekunów? Czy czas trwania pobytu w DDOM jest wystarczający dla pacjentów?	DDOM zgodnie z zapisami *Standardu* powinny działań 8-10 godzin dziennie. Dokładne godziny funkcjonowania DDOM określał w regulaminie organizacyjnym. Z przyjętych rozwiązań była zadowolona zdecydowane większość pacjentów: 84,9% była bardzo zadowolona, a 12,6% raczej zadowolona. Podkreślić należy, że dzięki zapewnieniu darmowego dojazdu dogodność godzin funkcjonowania z pewnością oceniana jest znacząco wyżej, gdyż ogranicza obowiązki rodziny w tym względzie. Dla części opiekunów pacjentów DDOM, 8 godzinny czasu pracy DDOM może być niewystarczający. Istnieje potrzeba zwiększenia elastyczności DDOM w tym względzie.

Pytanie badawcze	Odpowiedź
15.1) Jaki jest średni czas korzystania z usług DDOM (w dniach)?	Jak pokazują dane zebrane od DDOM w badaniach ilościowych, dotychczas średnia liczba dni przebywania pacjenta w DDOM wynosi 59 dni robocze.
16) Jaka była jakość usług medycznych świadczonych w DDOM (np. rehabilitacji leczniczej, badań diagnostycznych)? Jaka była jakość usług opiekuńczych / pielęgnacyjnych? W jaki sposób należy oceniać jakość usług świadczonych w DDOM?	W opinii samych pacjentów jakość usług, z jakich korzystali była wysoka. Potwierdzają to przede wszystkim osiągane przez pacjentów efekty i zmiany w ich codziennym funkcjonowaniu. Potwierdzają to również wypowiedzi personelu medycznego i kierowników DDOM, którzy zwracają uwagę na indywidualizację wsparcia i dopasowywanie go do bieżących potrzeb pacjentów. Modyfikacje wynikają z szybkiego obiegu informacji pomiędzy personelem (np. wyniki porannych pomiarów ciśnienia wpływają na zakres wykonywanych w ramach rehabilitacji ćwiczeń). By podtrzymać wysoką jakość usług zespół terapeutyczny – zgodnie z zapisami *Standardu* - systematycznie się spotyka i omawia zaobserwowane zmiany. Należy podkreślić, że właśnie współpraca pomiędzy członkami zespołu i wymiana informacji przyczynia się do utrzymania wysokiej jakości.
17) Jak pacjenci DDOM oceniają prace personelu medycznego (profesjonalizm i wiedzę pracowników, ich zaangażowanie, uprzejmość i życzliwość)? **Czy personel medyczny posiada(ł) wymagane kwalifikacje?** **Czy *Standard* należy uzupełnić o jakiekolwiek dodatkowe wymagania w zakresie kwalifikacji personelu medycznego? Czy świadczenia medyczne powinny być udzielane przez inny personel medyczny niż określony w *Standardzie*?**	Pacjenci DDOM wysoko oceniają pracę personelu medycznego DDOM. 98% jest zadowolonych z pracy personelu w każdym z wymienionych aspektów. Badania jakościowe pokazują, że tak pacjenci, jak ich opiekunowie doceniają przede wszystkim indywidualne podejście, które jest tak rzadko spotykane w innych placówkach medycznych. Personel medyczny w każdym DDOM został zatrudniony zgodnie z wymogami postawionymi przez *Standard* i posiadał wymagane kwalifikacje. Warto włączyć do *Standardu* wymaganie zatrudnienia lekarza ubezpieczenie medycznego, który spędzałby w DDOM przynajmniej 5h w tygodniu. Rolą lekarza byłoby reagowanie na sytuacje wymagające interwencji lekarskiej, a także w razie potrzeby przepisywanie lekarstw (w sytuacji gdy DDOM będą finansowane przez Płatnika).
18) Czy w DDOM były realizowane dodatkowe badania diagnostyczne i / lub specjalistyczne konsultacje lekarskie? Jak była ich jakość? Z czego wynikała konieczność ich realizacji?	Jak wynika z informacji uzyskanych w trakcie wywiadów grupowych z koordynatorami i kierownikami DDOM najczęściej w projekcie prowadzono wyłącznie podstawową diagnostykę, w pojedynczych sytuacjach konsultacje specjalistyczne. Wynikały one ze zdiagnozowanych przez lekarza geriatrę lub rehabilitacji medycznej potrzeb medycznych. Jakość tych badań należy ocenić pozytywnie. Jednak zaplanowany zakres świadczeń diagnostycznych wg samych kierowników DDOM był zbyt wąski.

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	Zabrakło możliwości sfinansowania badań USG czy RTG, które w przypadku prowadzenia rehabilitacji mogą być pomocne do oceny stanu pacjenta.
19) Czy wszystkim pacjentom, którzy tego potrzebowali został zapewniony bezpłatny transport? Czy był on często wykorzystywany?	Generalnie bezpłatny transport był zapewniany pacjentom, którzy tego potrzebowali. Badania ilościowe wskazały jednak sytuacje, że dotarcie do DDOM dla części osób jest kłopotliwe. Zdarzały się przypadki wspólnego organizowania przez rodziny pacjentów transportu (np. jeden opiekun zabierał dodatkowe osoby samochodem). Dane finansowe przekazane przez DDOM na dzień 30.03.2017 r. pokazują, że był on wykorzystywany często i stanowił istotną (14%) wartość wydatków projekcie. Można sądzić, że o sukcesie DDOM-ów w przyszłości może zaważyć dostępność komunikacyjna, tak by nie dyskryminować osób, które nie mogą zorganizować dla siebie transportu do ośrodka.
20) Czy należy wprowadzić do *Standardu* jakiekolwiek zmiany proceduralne w zasadach: kierowania / kwalifikowania do wsparcia, oceny funkcjonalnej pacjentów, oceny sprawności, oceny rezultatów wsparcia, podejmowania decyzji o wypisaniu pacjenta, a także w odniesieniu do liczby pacjentów przebywających w DDOM?	W zakresie oceny funkcjonalnej pacjenta proponujemy wprowadzenie oceny funkcji poznawczych oraz ocenę stanu skóry pacjenta. Są to podstawowe oceny stosowane przy ocenie stanu zdrowia osób starszych. Zalecamy rezygnację zamiast stosowanej obecnie skali VES 13, której wersja publikowana przez NFZ różni się od oryginalnej, przez co nie przynosi rzetelnych wyników. Należy również poszerzyć grono lekarzy wystawiających skierowanie do DDOM wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Należy zwiększyć liczbę możliwych do utworzenia miejsc w DDOM do maksymalnie 25 (przy założeniu, że część pacjentów będzie mogła być przyjmowana w trybie dwu zmianowym – jedynie w uzasadnionych przypadkach i przy akceptacji rodziny) i utrzymana zostanie wysoka jakość świadczonych usług.
21) Czy personel medyczny DDOM współpracował ze sobą w wystarczającym stopniu? Czy zapewniono właściwy poziom i jakość komunikacji wewnątrz placówki? Czy we właściwy i wystarczający sposób personel komunikował się z pacjentami czy też widoczne były braki w tym obszarze? Czy DDOM nawiązywały kontakty zewnętrzne z innymi	Jak pokazują badania jakościowe sposób współpracy personelu medycznego DDOM stanowi wartość dodaną projektu. Pracownicy DDOM zgodnie ze *Standardem* mają obowiązek cotygodniowych spotkań w celu weryfikacji postępów w realizacji indywidualnego planu terapii. Jak podkreślano w trakcie badania jakościowego przynosi to pozytywne efekty. Instytucjami zewnętrznymi, z którymi współpracowały DDOM-y były najczęściej Ośrodki Pomocy Społecznej (zgodnie z zapisami *Standardu* w sytuacjach konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów) oraz JST, które były partnerami w projekcie. Pojawiły się równie projekty

Pytanie badawcze	Odpowiedź
instytucjami (np. podmioty lecznicze, OPS, NGOs, JST) w celu realizacji projektu?	w partnerstwie z Akademią Wychowania Fizycznego, która była odpowiedzialna za rozwój koncepcji rehabilitacji pacjentów.
22) Czy wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne zostały skompletowane zgodnie z zasadami określonymi w *Standardzie*? Czy często angażowano do zespołów dodatkowe osoby, poza składem podstawowym opisanym w *Standardzie*? Czy były problemy w skompletowaniu kadry medycznej, a jeśli tak jak je rozwiązywano? Jaka była skuteczność funkcjonowania tych zespołów? Czy istnieje konieczność modyfikacji opisu składu zespołu terapeutycznego w *Standardzie*?	Wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne zostały skompletowane zgodnie z zasadami określonymi w *Standardzie*. Najbardziej problematyczne dla DDOM było zatrudnienie lekarza geriatry, co opóźniło w kilku przypadkach rozpoczęcie przyjmowania pacjentów do DDOM. Problemy ze znalezieniem kadry rozwiązywano poprzez rozpisywanie kolejnych konkursów i informowanie o nich potencjalnie zainteresowanych osoby. To, co należałoby zmienić w sposobie działania DDOM, to włączenie do działania DDOM lekarza POZ, który objąłby opieką pacjentów przez min. 5 h w tygodniu. Badania wskazują brak uzasadnienia dla włączania farmaceuty w działania DDOM. Konsultacje dietetyka natomiast powinna być uzależniona od indywidualnych potrzeb pacjentów.
23) Czy zakres świadczeń udzielanych w DDOM jest zgodny z potrzebami osób niesamodzielnych? Czy osoby niesamodzielne uczestniczyły w podejmowaniu decyzji o rodzaju, sposobie i zakresie udzielanego wsparcia?	Zakres świadczeń udzielanych w DDOM generalnie jest zgodny z potrzebami osób niesamodzielnych. Osoby niesamodzielne częściowo uczestniczą w podejmowaniu decyzji o rodzaju i zakresie udzielanego wsparcia. Największy udział pacjentów jest widoczny przede wszystkim w obszarze terapii zajęciowej, która jest dobierana zgodnie z zainteresowaniami uczestników, a także w zakresie spędzania wolnego czasu. Pacjenci tez mogą zdecydować, czy korzystają z usług psychologa lub czy uczestniczą w dodatkowych zajęciach. W części DDOM pacjenci uczestniczą w układaniu indywidualnego planu terapeutycznego, gdzie mają wpływ na harmonogram i zakres wsparcia.
24) W jakim stopniu osiągnięto w projektach i w całym Działaniu 5.2 PO WER wskaźniki określone w *Standardzie DDOM*, a także w PO WER? Czy istnieje zagrożenie nieosiągnięcia wskaźników rzeczowych i poziomu certyfikacji na poziomie Działania 5.2 PO WER? Jeśli tak, to jak można je zminimalizować?	Stopień osiągnięcia wskaźników w projektach jest skorelowany ze stopniem zaawansowania projektu. Jednakże nie ma zagrożenia niezrealizowania wskaźników projektowych. W przypadku wskaźników określonych Regulaminie konkursu również nie ma widocznego zagrożenia niezrealizowania wartości wskaźników: • wskaźnik produktu: *liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi* – jeden utworzony dzienny dom opieki medycznej na projekt – wskaźnik osiągnięty

<table>
<tr><th>Pytanie badawcze</th><th>Odpowiedź</th></tr>
<tr><td></td><td>

wskaźnik rezultatu: liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu – minimalnie 10 maksymalnie 15 na projekt – wskaźnik osiągnięty. Średnia liczba miejsc (wg wniosków o dofinansowanie) wynosi 13.
liczba pacjentów, którzy zostaną objęci opieką i ukończą leczenie powinna wynosić minimum 60 osób na projekt – w chwili obecnej średnia liczba pacjentów objętych wsparciem lub z zakończonym wsparcie wynosi 30 osób. Patrząc na czas trwania projektów nie ma zagrożeń nieosiągnięcia wskaźników.
odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej powinien wynosić min. 80%. Bardzo wysokie wyniki badania satysfakcji pacjentów DDOM pozwalają zakładać, że wskaźnik ten zostanie osiągnięty.

Wskaźnik POWER dla Działania 5.2 Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu na poziomie 400 również został osiągnięty. W chwili obecnej wg deklaracji DDOM zostało zdeinstytucjonalizowanych 676 miejsc.
</td></tr>
<tr><td>25) Jaka była struktura uczestników projektów – w szczególności ze względu na wiek i płeć, stopień niepełnosprawności / niesamodzielności?</td><td>
Wśród uczestników dominowały kobiety, mieszkańcy terenów miejskich oraz osoby starsze w wieku 70 lat i więcej. Stopień niepełnosprawności/niesamodzielności był stosunkowo równomiernie rozłożony wśród pacjentów, co potwierdza adekwatność przyjętych założeń co do kwalifikowania pacjentów.
<table>
<tr><td>Kobiety</td><td>62%</td></tr>
<tr><td>Mężczyźni</td><td>38%</td></tr>
<tr><td>Zamieszkali tereny wiejskie:</td><td>29%</td></tr>
<tr><td>Zamieszkali tereny miejskie</td><td>71%</td></tr>
<tr><td>W wieku poniże 50 lat:</td><td>2%</td></tr>
<tr><td>W wieku 50-54 lat:</td><td>3%</td></tr>
<tr><td>W wieku 55-59 lat:</td><td>4%</td></tr>
<tr><td>W wieku 60- 64 lat:</td><td>6%</td></tr>
<tr><td>W wieku 65-69 lat:</td><td>13%</td></tr>
<tr><td>W wieku 70 lat i więcej:</td><td>71%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Pytanie badawcze	Odpowiedź
	<table><tr><td>Osoby z 40-50 punktami w skali Barthel:</td><td>23%</td></tr><tr><td>Osoby z 50-60 punktami w skali Barthel:</td><td>46%</td></tr><tr><td>Osoby z 60-65 punktami w skali Barthel:</td><td>32%</td></tr></table>
26) Czy intensywność wsparcia była (zdaniem pacjentów) odpowiednia czy też zbyt mała / zbyt duża? Czy i jak należałoby zmodyfikować zapisy *Standardu DDOM* pod tym kątem?	Intensywność wsparcia wg samych pacjentów jest adekwatna. Jednakże w trakcie panelu ekspertów, a także wśród propozycji zmian w *Standardzie DDOM* w badaniu wśród koordynatorów projektów pojawił się postulat możliwości zmniejszenia intensywności wsparcia. Obecne zapisy *Standardu* mówią o wparciu pacjentów w pierwszym miesiącu przez 8-10 godzin przez 5 dni w tygodniu. Dla części osób taka intensywność może być zbyt duża i mogą rezygnować w udziału. Każdorazowo indywidualnie powinna być ustalana częstotliwość pobytu w DDOM (np. 3 razy w tygodniu).
27) Jakie były warunki pobytu (zaplecze) w DDOM? Czy były satysfakcjonujące dla uczestników? Czy były dostosowane do ich specyficznych potrzeb wynikających z ich problemów zdrowotnych / niepełnosprawności? Czy obiekty, w których funkcjonują DDOM są pozbawione barier funkcjonalnych (architektonicznych, technicznych, komunikacyjnych)?	Warunki pobytu w DDOM są zbliżone do domowych, co potwierdzają badania prowadzone wśród pacjentów i ich opiekunów, jak również badania tajemniczego klienta. Są one dostosowane do potrzeb osób niesamodzielnych i pozbawione barier funkcjonalnych.
28) Czy koszt pobytu w DDOM należy ocenić jako optymalny czy zbyt wysoki w stosunku do kosztów pobytu w placówkach stacjonarnych, jakości świadczonych usług oraz możliwości finansowych pacjentów i ich rodzin? Jakie powinny być koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń / procedur (weryfikacja kosztów ze *Standardu*)? Jaki jest koszt osobodnia pobytu pacjenta w DDOM?	Ocena obecnych już poniesionych kosztów pobytu w DDOM nie umożliwia dokonania prostego porównania do kosztów pobytu w innych placówkach stacjonarnych. Wynika to przede wszystkim z faktu krótkiego działania DDOM

Pytanie badawcze	Odpowiedź
29) Czy prowadzone były szkolenia i / lub inne działania edukacyjne dla członków rodzin osób niesamodzielnych w zakresie działań opiekuńczych? Czy opiekunom faktycznym pacjentów brakowało jakiegokolwiek wsparcia?	W ramach każdego projektu przewidziano działania edukacyjne skierowane do opiekunów faktycznych osób przebywających w DDOM. Jednym z problemów w realizacji projektów DDOM-y podawało kłopoty w rekrutacji uczestników tego typu działań. Jednocześnie opiekunowie- respondenci badania jakościowego- którzy uczestniczyli w tego typu działaniach bardzo doceniali ich rolę. Należy podkreślić, że ten rodzaj działań musi być ściśle skorelowany z potrzebami pacjenta. Można sądzić, że opiekunowie pacjentów DDOM nie potrzebują ogólnych zaleceń, a bardzo konkretnych wskazówek i rad związanych z osobą niesamodzielną, którą się zajmują.
30) Czy należy wprowadzić jakiegokolwiek modyfikacje wzorów skierowania lub karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM lub ewentualnie – opracować jeszcze inne dokumenty, niezbędne w procesie udzielania świadczeń przez DDOM?	Uczestnicy badania CAWI wskazywali na potrzebę następujących uzupełnień we wzorach skierowania: dołączenie informacji o konieczności wypełnienia wszystkich pól przez lekarzy, dodanie miejsca na wpisanie kodu ICD 10, ocenę funkcji poznawczych pacjenta. Zwraca się uwagę również na brak na skierowaniu informacji, że rozpoznanie ICD – 10 jest zgodne z rozpoznaniem z wypisu ze szpitala, na podstawie którego pacjent jest kierowany do DDOM, co wyłącza pacjentów z możliwości skorzystania ze wsparcia.

8. Wnioski i rekomendacje

Na podstawie licznych przeprowadzonych w ramach przedmiotowej ewaluacji badań i analiz dowiedziono, że Dzienne Domy Opieki Medycznej, które zostały utworzone i rozpoczęły funkcjonowanie w ramach projektów PO WER są skuteczną i efektywną formą opieki zdrowotnej skierowana do osób niesamodzielnych. Właściwie wypełniają one lukę w opiece medycznej nad pacjentem, którego stan zdrowia nie kwalifikuje go do pobytu szpitalnego czy też w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, ale opieka sprawowana w ramach POZ lub ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego jest niewystarczająca. Dzięki zaangażowaniu wysoko wykwalifikowanego personelu i specjalistów oraz zapewnieniu zindywidualizowanego i kompleksowego podejścia w procesie rehabilitacji, zapewniają wysoki poziom usług zdrowotnych nie tylko swoim pacjentom, ale również ich rodzinom, edukując i rozwijając wiedzę medyczną oraz kompetencje społeczne opiekunów niezbędne do zapewnienia samodzielnie dalszego wsparcia seniorom i innym osobom zależnym (niesamodzielnym). Mając na uwadze powyższe wnioski płynące z niniejszej ewaluacji, zaleca się wpisanie DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych. Jednocześnie, w celu realizacji założeń interwencji z EFS w zakresie wprowadzania deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych proponuje się wdrożenie następującego zestawu rekomendacji o charakterze programowym, w zakresie niezbędnych korekt zapisów *Standardu* testowanego w ramach PO WER, których opis zawiera poniższa tabela rekomendacji.

TABELA REKOMENDACJI Z I ETAPU BADANIA EWALUACYJNEGO PN.

EWALUACJA BIEŻĄCA PROJEKTÓW PO WER DOTYCZĄCYCH TWORZENIE I PROWADZENIA DZIENNYCH DOMÓW OPIEKI MEDYCZNEJ (DDOM)

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
1.	Dzienne Domy Opieki Medycznej wypełniają w sposób właściwy lukę w opiece medycznej nad pacjentem, którego stan zdrowia nie kwalifikuje go do pobytu szpitalnego czy też w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, ale opieka sprawowana w ramach POZ lub ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego jest niewystarczająca. Wsparcie świadczone w DDOM stanowi istotne wsparcie również dla rodzin pacjentów (dzięki zastosowaniu formuły dziennej, a nie stacjonarnej, a także zapewnieniu wysokiej jakości usług zdrowotnych o zindywidualizowanym charakterze).	Rekomenduje się wpisanie Dziennych Domów Opieki do koszyka świadczeń gwarantowanych.	Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Wszczęcie procedury włączenia DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych.	31.12.2017 r.	programowa – strategiczna	rekomendacja zatwierdzona w całości
2.	Wyniki badania wskazują, że przyjęte generalne założenia dotyczące funkcjonowania Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM) należy ocenić pozytywnie. Działania podejmowane w ramach DDOM są skuteczne i efektywne.	W oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji rekomenduje się zmodyfikowanie *Standardu DDOM*, a następnie upowszechnianie rozwiązania (formy wsparcia w zakresie usług zdrowotnych), jakim są Dzienne Domy Opieki Medycznej w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Zmodyfikowanie *Standardu DDOM* pod kątem wyników badania i przekazanie go do wykorzystania w ramach RPO.	31.07.2017 r.	programowa – strategiczna	rekomendacja zatwierdzona w całości

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
3.	Badania ankietowe i jakościowe prowadzone wśród pacjentów biorących udział w programie wskazują na znaczną poprawę stanu zdrowia pacjentów DDOM. Wysokie zadowolenie deklarują także opiekunowie osób objętych opieką – zwracają uwagę na poprawę nie tylko kondycji fizycznej, ale także psychicznej swoich bliskich. Tak wysokie oceny opierają się jednak jedynie na subiektywnych opiniach respondentów.	Na etapie ewaluacji końcowej w roku 2019 warto potwierdzić efekty wsparcia analizą statystyk na temat stanu zdrowia klientów DDOM. Do takiej oceny (badanie kontrfaktyczne) należałoby wykorzystać dane dotyczące częstotliwości i powodów hospitalizacji byłych pacjentów po zakończeniu pobytu w DDOM (próba zasadnicza), a także byłych pacjentów innych podobnych form wsparcia świadczonych przez płatnika publicznego (próba kontrolna). Takie rozwiązanie pozwoliłoby także na bieżącą ocenę rzeczywistych efektów pobytu DDOM oraz efektywność kosztową rozwiązania ocenianą z punktu widzenia całego systemu.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Zaplanowanie w ramach II etapu niniejszego badania ewaluacyjnego (realizowanego na zlecenie MZ w ramach odrębnego zamówienia w 2019 r.) również badania kontrfaktycznego, mającego na celu ocenę ex post skuteczności i efektywności wsparcia udzielonego w ramach DDOM.	31.12.2019 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości
4.	Badania wśród klientów DDOM wskazują na pozytywne efekty zdrowotne i społeczne. Są one osiągane przy stosunkowo długim okresie pobytu pacjentów w DDOM. Jednocześnie personel DDOM i opiekunowie pacjentów wskazują na ryzyko braku trwałości poprawy stanu zdrowia i efektu włączenia społecznego po zakończeniu pobytu w DDOM.	Podtrzymaniu efektów pobytu w DDOM mogą służyć działania stymulujące pacjenta do samodzielnej pracy oraz monitorujące stan pacjentów po opuszczeniu DDOM.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Wprowadzenie zapisów do *Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej* w zakresie: 1) prowadzenia wizyt domowych (1-2) przez fizjoterapeutę, w trakcie których uczyłby on ćwiczeń rehabilitacyjnych i udzielał porad w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w DDOM w warunkach domowych;	31.07.2017 r. (zmiany w Standardzie); 31.12.2019 r. (ewaluacja)	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
				2) prowadzenia konieczności wykonywania rozmów telefonicznych przez personel DDOM (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna danego pacjenta w DDOM), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia; 3) nawiązania współpracy DDOM z pielęgniarką środowiskową, która – w razie zdiagnozowania potrzeby - będzie świadczyła usługi na rzecz pacjenta DDOM w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia. Ocena trwałości poprawy stanu zdrowia pacjentów po zakończeniu pobytu w DDOM będzie również przedmiotem II etapu niniejszej ewaluacji, realizowanego w 2019 r.			

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
5.	Wyniki przeprowadzonej ewaluacji wskazują na problemy związane z określeniem optymalnie dobranej grupy docelowej wsparcia.	Rekomenduje się wprowadzenie następujących zmian w kryteriach kwalifikacji pacjentów do otrzymania wsparcia w ramach DDOM: 1) zmiany w zakresie kryterium wiekowego stosowanego wobec przyjmowanych pacjentów – min. 50% powinny stanowić osoby w wieku 65 lat i więcej; 2) rezygnacji z wymagania hospitalizacji pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy na rzecz oceny ryzyka hospitalizowania w najbliższym czasie; 3) poszerzenia grona lekarzy wystawiających skierowanie do DDOM o wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Wprowadzenie odpowiednich zapisów do *Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej*.	31.07.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości
6.	Najczęściej pojawiającym się problemem, z jakim spotykali się beneficjenci było skompletowanie wielodyscyplinarnego zespołu medycznego. Problemy z pozyskaniem personelu dotyczyły głównie lekarzy geriatrów, których liczbę wciąż można określić jako niesatysfakcjonującą. Zauważono brak potrzeby zatrudniania farmaceuty w ramach zespołu	Ze względu na specyfikę udzielanego wsparcia i troskę o zachowanie jego wysokiej jakości niezbędne jest zatrudnienie lekarza geriatry. Rekomenduje się dołączenie do zespołu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, odbywającego dyżury w DDOM przez min. 5 godzin w tygodniu). Zadaniem lekarza geriatry byłyby konsultacje specjalistyczne	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Wprowadzenie odpowiednich zapisów do *Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej*.	31.07.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
	terapeutycznego oraz ograniczenie roli dietetyka i logopedy jedynie do przypadków, w których istnieje taka potrzeba.	przy opracowywaniu indywidualnego planu leczenia pacjenta. Zaleca się także rezygnację z zatrudniania w zespole medycznym farmaceuty, umożliwienie połączenia funkcji fizjoterapeuty z terapeutą zajęciowym, a także wprowadzenie konsultacji dietetycznych i logopedycznych jedynie w przypadku zdiagnozowania takiej potrzeby u konkretnego pacjenta. Zaleca się ustalenie wymiaru etatu fizjoterapeuty w przeliczeniu na liczbę pacjentów, jaką ma pod opieką DDOM.					
7.	Średni czas przebywania w DDOM wynosi 12 tygodni, co generuje wysokie średnie koszty wsparcie jednego pacjenta. Jednocześnie zgodnie ze standardami rehabilitacji kardiologicznej pacjent jest objęty wsparciem przez 6 tygodni. Czas 6 tygodni jest oceniany przez ekspertów jako wystarczający do osiągnięcia adekwatnych pozytywnych efektów zdrowotnych.	Rekomenduje się skrócenie pobytu pacjentów w DDOM do maksymalnie 30 dni (6 tygodni) i zastosowanie monitoringu jego stanu zdrowia po wyjściu z DDOM. Rekomenduje się wprowadzenie możliwości przedłużenia o kolejne 30 dni roboczych okresu pobytu w DDOM, na wniosek lekarza prowadzącego.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Wprowadzenie odpowiednich zapisów do *Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej*.	31.07.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
8.	Intensywność wsparcia wg samych pacjentów jest właściwa. Jednakże w trakcie panelu ekspertów, a także wśród propozycji zmian w Standardzie DDOM zgłoszonych w badaniu przez koordynatorów projektów pojawił się postulat możliwości zmniejszenia intensywności wsparcia. Obecne zapisy Standardu mówią o wparciu pacjentów w pierwszym miesiącu przez 8-10 godzin przez 5 dni w tygodniu. Dla części osób taka intensywność może być zbyt duża i mogą rezygnować z udziału. Każdorazowo indywidualnie powinna być ustalana częstotliwość pobytu w DDOM (np. 3 razy w tygodniu).	Rekomenduje się uelastycznienie godzin i dni pobytu pacjentów w DDOM – jednakże wyłącznie taka zmiana powinna wynikać z potrzeb pacjenta. Głównym czynnikiem mającym wpływ na zakres pobytu pacjentów powinien być ich stan zdrowia, a także możliwości czasowe i organizacyjne pacjentów i ich opiekunów. W ten sposób DDOM może przyjmować maksymalnie 25 pacjentów, ale tylko pod warunkiem utrzymania wysokiej jakości świadczonych usług.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Wprowadzenie odpowiednich zapisów do *Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej*.	31.07.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości
9.	Zapisy Standardu przewidują dalszy nadzór nad pacjentem po zakończeniu pobytu w DDOM poprzez ewentualne przekierowanie go pod opiekę ośrodków pomocy społecznej. Zgodnie z zapisami tego dokumentu, przed wypisaniem pacjenta z DDOM pracownik socjalny powinien dokonać oceny możliwości powrotu pacjenta do domu poprzez ocenę jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej. Personel DDOM alarmuje jednak, że pacjenci nie godzą się na przeprowadzenie takiej oceny, a w wielu przypadkach nie ma	Wdrożenie zmian w tym zakresie wymaga wprowadzenia zmian systemowych w zakresie współpracy pomiędzy personelem medycznym a pracownikami socjalnymi. Proponuje się, aby kontakt z pracownikiem socjalnym nawiązywać tylko w uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel DDOM uzna, że jest to konieczne. Na potrzeby realizacji projektów w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych warto natomiast wprowadzić do	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Wprowadzenie odpowiednich zapisów do *Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej*.	31.07.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Bazowy status rekomendacji
	takiej potrzeby. Dodatkowo pojawiają się problemy z rozliczeniem pracy pracowników socjalnych, a DDOM nie ma podstawy prawnej do zlecania przeprowadzenia wywiadu środowiskowego.	Standardu zapisy dotyczące konieczności nawiązania współpracy z ośrodkami pomocy społecznej.					
10.	Analiza efektywności kosztowej pokazała wysoki udział kosztów wyżywienia i transportu pacjentów do DDOM w kosztach ponoszonych w projekcie (analiza przeprowadzona wg stanu na dzień 31.03.2017 r.).	W przypadku finansowania świadczenia, jakim jest DDOM przez płatnika publicznego warto zastanowić się nad przeniesieniem kosztów transportu do DDOM i wyżywienia pacjentów na stronę pacjentów (w praktyce często ich opiekunów). W trakcie dalszego finansowania DDOM ze środków EFS, należy utrzymać finansowanie transportu i wyżywienia w ramach kosztów kwalifikowalnych projektów.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Zachowanie obecnych zapisów *Standardu DDOM* w zakresie transportu do placówki i wyżywienia pacjentów.	31.07.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości
11.	Analiza odpowiedzi otwartych w badaniach prowadzonych wśród personelu i koordynatorów projektów DDOM pozwala przypuszczać, że grupy te mają duże wątpliwości w interpretowaniu niektórych zapisów *Standardu DDOM*, o innych natomiast nie pamiętają.	Zaleca się opracowanie FAQ na stronie Ministerstwa Zdrowia z odpowiedziami na najczęściej pojawiające się pytania ze strony beneficjentów DDOM. Warto rozważyć także organizację cyklicznych szkoleń dla koordynatorów DDOM.	Ministerstwo Zdrowia (IP PO WER)	Zamieszczenie FAQ na stronie internetowej MZ i prowadzenie przez MZ szkoleń dla koordynatorów DDOM.	30.09.2017 r.	programowa – operacyjna	rekomendacja zatwierdzona w całości (realizowana)

9. Bibliografia

Publikacje urzędowe i naukowe:

1) Abramowska-Kmon, A. (2011) O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności STUDIA DEMOGRAFICZNE 1(159).

2) Błedowski, P, Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Kubicki, P. (2012) Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.

3) GUS (2014) Prognoza ludności na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

4) GUS (2014a) Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

5) GUS (2016) Tablice trwania życia w 2015r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

6) GUS (2016a) Ludność w wieku 60 lat i więcej. Struktura demograficzna i zdrowie, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

7) GUS (2016b) Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

8) GUS (2017) Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

9) Holzer, J.Z. (2003) Demografia, PWE, Warszawa

10) Kubicki, P. (2012) Wyzwania dla systemu pomocy społecznej ze względu na demograficzne starzenie się ludności. W: Błędowski, P (red.) Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Warszawa.

11) MZ (2016). Informacja Ministra Zdrowia na temat deinstytucjoalizacji opieki. Formy opieki pośredniej pomiędzy opieką domową i opieką stacjonarną – funkcjonowanie dziennych domów opieki medycznej.

12) NIK (2014). Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.

13) Omran, A.R. (1971) The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 49: 509-538.

14) Sanders B.S. (1964) Measuring community health levels. American Journal of Public Health 1964; 54:1063-1070.

15) Sullivan D.F. (1971) A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports 86, 347-354.

16) Szukalski P. (2009) Ageizm – przejawy indywidualne I instytucjonalne. W: Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. M. Halicka, J. Halicki, K. Czykier (red.). Białystok.

17) Robine J.M, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM (eds.) (2003). Determining health expectancies. John Wiley & Sons, Chichester.

18) EHLEIS (2016) Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce. European Health & Life Expectancy Information System, raport krajowy nr. 10

19) WHO, (1984) World Health Organization. The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva: (Technical Report Series 706).

20) Wojtyniak, B., Goryński, P. (2016) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Dokumenty strategiczne i programowe:

1) Standard DDOM i inne zasady dotyczące wsparcia DDOM opisane w załącznikach do Regulaminu naboru nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15
2) Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020,
3) Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)
4) Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020, Program Operacyjny POWER wraz z załącznikami,
5) Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.
6) Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020.

10.Spis ilustracji

Tabela 1. DDOM wg typów własności podmiotów je tworzących. 38

Tabela 2. Personel zatrudniony w Dziennych Domach Opieki Medycznej....56

Tabela 3. Koszty funkcjonowania DDOM....68

Rysunek 1. Metody i techniki badawcze. 15

Wykres 1. Struktura respondentów badania CAPI. 17

Wykres 2. Miesiąc rozpoczęcia przyjmowania pacjentów przez DDOM....36

Wykres 3. Struktura pacjentów DDOM. 39

Wykres 4. Sugerowana grupa odbiorów wsparcia....40

Wykres 5. Dotarcie do potencjalnych pacjentów i ich opiekunów 44

Wykres 6. Źródła informacji o DDOM. 45

Wykres 7. Przyjęcie pacjentów do DDOM. 46

Wykres 8. Ocena precyzyjności zapisów *Standardu DDOM*....48

Wykres 9. Wzory dokumentacji medycznej 49

Wykres 10. Informowanie o zasadach funkcjonowania DDOM. 51

Wykres 11. Argumenty decydujące o wyborze miejsca prowadzenia DDOM....52

Wykres 12. Ocena transportu. 52

Wykres 13. Uczestnictwo w zajęciach organizowanych w DDOM. 53

Wykres 14. Ocena zajęć, w jakich uczestniczył pacjent. 54

Wykres 15. Ocena personelu DDOM 57

Wykres 16. Wpływ pacjentów na udzielane im wsparcie. 59

Wykres 17. Skala intensywności udzielanego wsparcia. 60

Wykres 18. Ocena DDOM. 61

Wykres 19. Efekty wsparcia DDOM....62

Wykres 20. Podejmowanie działań innowacyjnych. 64

Wykres 21. Szacowane koszty pobytu pacjenta w DDOM. 66

Wykres 22. Problemy związane z realizacją projektu. 69