Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój

Rzeczpospolita Polska

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

# EWALUACJA EX POST PROJEKTÓW PO WER DOTYCZĄCYCH TWORZENIA I PROWADZENIA DZIENNYCH DOMÓW OPIEKI MEDYCZNEJ

Raport końcowy

Badanie współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Zamawiający:
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15,
00-952 Warszawa

Wykonawca:
Openfield Sp. z o. o.
ul. Ozimska 4/7
45-057 Opole

Grudzień, 2019 r.

# Streszczenie

Niniejsze badanie miało charakter ewaluacji ex-post, zostało zrealizowane w okresie od października do grudnia 2019 r.

Dzienne Domy Opieki Medycznej stanowią jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zapewniają one opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych, z której korzystają w szczególności osoby powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej, ale jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego czy pielęgniarskiego w trybie stacjonarnym. Niniejsze opracowanie prezentuje wyniki ewaluacji realizowanej w odniesieniu do projektów prowadzonych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, dotyczących tworzenia i prowadzenia właśnie tego typu placówek.

Celem głównym ewaluacji była ocena *ex post* w zakresie skuteczności, użyteczności i trwałości projektów realizowanych w ramach działania 5.2 PO WER, dotyczących deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych oraz ocena ich rezultatów długoterminowych. Cel ten uszczegółowiono, określając cztery cele szczegółowe:

- ocenę skuteczności i użyteczności otrzymanego wsparcia z perspektywy poszczególnych grup interesariuszy – pacjentów i ich rodzin, personelu medycznego, decydentów, w tym (w przypadku pacjentów) ocenę efektu netto tego wsparcia;
- ocenę trwałości zmian, jakie zaszły w wyniku zrealizowanych projektów Dziennych Domów Opieki Medycznej (dotyczącą zarówno pacjentów, jak i zmian instytucjonalnych);
- ocenę wpływu udziału w projekcie Dziennego Domu Opieki Medycznej na poprawę sytuacji uczestników projektów, w tym w szczególności ich stanu zdrowia, a także wykluczenia społecznego – wynikającego z przyczyn zdrowotnych pacjentów Dziennych Domów Opieki Medycznej i członków ich rodzin oraz na zwiększenie szans/możliwości podjęcia pracy (aktywizacji zawodowej) przez ich opiekunów faktycznych;
- oszacowanie korzyści dla poprawy kondycji i rozwoju opieki długoterminowej w Polsce wynikających ze świadczenia usług zdrowotnych w Dziennych Domów Opieki Medycznej, a także wielkości wpływu, jaki miała na to interwencja z PO WER.

Niniejsze badanie ewaluacyjne zostało przeprowadzone z wykorzystaniem zarówno metod ilościowych i jakościowych, a także przy zastosowaniu analizy danych zastanych oraz metody kontrfaktycznej. W zakres ilościowych technik badawczych weszły wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo (CATI), prowadzone z koordynatorami zrealizowanych projektów,

pacjentami Dziennych Domów Opieki Medycznej oraz ich opiekunami – łącznie zrealizowano 773 wywiady. Badania o charakterze jakościowym przeprowadzono dzięki zastosowaniu techniki pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI), którymi objęto przedstawicieli pacjentów Dziennych Domów Opieki Medycznej i ich opiekunów oraz techniki zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI), w których udział wzięli przedstawiciele Dziennych Domów Opieki Medycznej. Ponadto, do oceny efektu netto wsparcia, posłużyła metoda kontrfaktyczna, która została zrealizowana na próbie 360 osób, które spełniają warunki udziału w projektach Dziennych Domów Opieki Medycznej, ale takiego wsparcia nie otrzymały.

Projekty DDOM realizowane były w całym kraju, poza województwami: wielkopolskim oraz lubuskim. Najwięcej projektów prowadzonych było na obszarze województw: małopolskiego (8 projektów), śląskiego (8 projektów) oraz lubelskiego (7 projektów), mazowieckiego (6 projektów). W pozostałych regionach realizowano od 1 do 4 projektów.

W wyniku ogłoszonego konkursu dofinansowanie otrzymały 53 projekty na łączną kwotę 53 265 821,39 zł PLN (w tym dofinansowanie z – EFS oraz krajowe – w wysokości 50 995 374,64 PLN). **Według stanu na koniec 2018 r. w 53 DDOM, które powstały utworzono 682 zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi.** Według danych wskaźnikowych z SL2014 w projektach DDOM samych pacjentów zostało objętych opieką i **ukończyło leczenie 3 101 .** Spośród 360 badanych pacjentów DDOM jedynie 3% nie ukończyło projektu zgodnie z założonym planem, a 97% ukończyło projekt zgodnie z zaplanowaną ścieżką. Na pytanie o powód przerwania świadczenia badani pacjenci najczęściej wskazywali na ponowną hospitalizację (pogorszenie stanu zdrowia). Z uwagi na określone kryteria dostępu do projektu **pacjenci to osoby przede wszystkim w wieku powyżej 65 lat - 68,2% oraz w mniejszości osoby w wieku od 55 do 64 lat – 23%.** Analizy zawarte w przedmiotowym raporcie, przeprowadzone na podstawie zgromadzonego materiału badawczego, wykazały, że wsparcie oferowane w ramach ewaluowanych projektów zostało skierowane do właściwych osób, a grupę docelową dobrano w sposób prawidłowy.

W wielu przypadkach eksperci wskazywali, że **okres do 3 miesięcy jest wystarczający do tego by osiągnąć zaplanowane efekty**. Potwierdzają to również wyniki badań z pacjentami, którzy wskazują, iż najczęściej uczestniczyli w projekcie krócej niż sugerowane przez koordynatorów 90 dni. **Czas pobytu pacjentów był znacznie zróżnicowany, średnia wynosiła 60 dni.** Zgodnie z powyższym każdy przypadek analizowany jest indywidualnie i tak powinno to być w przyszłości ustalane. **Dobre jest określenie granicy czasu jaki jest potrzebny do uzyskania zaplanowanych efektów**.

Jednym z najważniejszych wniosków płynących z niniejszego badania pozostaje to, **że sytuacja osób, które skorzystały z pomocy Dziennych Domów Opieki Medycznej jest nieco lepsza niż pacjentów, którzy z takiej pomocy nie skorzystali.** Ważny jest też wpływ realizowanych

projektów na możliwość skorzystania z usług rehabilitacji. Przyjmując dokonaną powyżej interpretację, dzięki realizacji projektów udało się objąć usługami rehabilitacji dodatkowe 57% pacjentów. Zarówno pacjenci DDOM jak i ich opiekunowie dobrze oceniają jakość wsparcia, jakie otrzymali w placówkach. **Widoczna jest znaczna różnica w odczuwaniu stanu zdrowia między badanymi grupami, różnica pomiędzy pozytywnymi odpowiedziami wynosi 14 p.p., a w przypadku oceny negatywnej jest jeszcze wyższa i wynosi 27 p.p., na korzyść pacjentów DDOM.**

**Wśród oferowanych usług w DDOM najlepiej oceniona została opieka pielęgniarska** – średnia wyniosła 4,8. Równie wysoko oceniono usprawnienia ruchowe (rehabilitacja, fizjoterapia, itp.) – średnia 4,7. Na skali powyżej 4 oceniono również **zajęcia wzmacniające pamięć** – średnia 4,4.

**Zapotrzebowanie na tego typu oferowane wsparcie jest duże** w ocenie zarówno ekspertów jak i większości badanych pacjentów. Trwanie życia będzie się sukcesywnie wydłużało sprzyjając zwiększeniu zarówno liczby, jak i odsetka ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski. Niestety – dla zdecydowanej większości tej grupy ludności nie będzie to życie w zdrowiu. Podkreślenia wymaga także fakt, że obecnie w przypadku osób w wieku sędziwym (80 lat i więcej) ponad 2/3 to osoby owdowiałe. Są to przede wszystkim kobiety (85% osób owdowiałych w tym wieku), przeważnie mieszkające i żyjące samotnie oraz wymagające wsparcia. Zatem, należy liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji przez rosnącą liczebnie zbiorowość osób w wieku starszym, wymagających pomocy – opieki, leczenia i rehabilitacji. **95 % badanych koordynatorów projektów uważa, iż zapotrzebowanie na ofertę DDOM jest duże lub bardzo duże**, potwierdzają to również uczestnicy badania jakościowego kierownicy oraz pracownicy medyczni DDOM (FGI).

Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, iż duże znaczenie w promowaniu oferty DDOM mieli sami pacjenci. Pierwsi, którzy skorzystali z działań placówki, informowali kolejnych, co potwierdzają również wyniki badań ilościowych.

Badanie wykazało również, że ocena trwałości efektów przeprowadzonych projektów jest bardzo wysoka – w tym kontekście podkreśla się kwestię poprawy stanu zdrowia osób z nich korzystających, jak i jakość ich sprawności psychofizycznej. Biorąc pod uwagę opinie pacjentów i koordynatorów projektów, pozytywnie oceniana jest także efektywność udzielonego wsparcia. Potwierdza się to w obserwacji wielu przypadków, w których beneficjenci osiągali wyższe wartości wskaźników niż zostało to zaplanowane we wnioskach.

Na dzień badania, tj. do końca listopada 2019 r. 52 z 53 DDOM utworzonych w PO WER prowadzi swoją działalność, w tym 43 pozostają jedynie w stanie gotowości do przyjęcia pacjentów, a 9 z nich obecnie opiekuje się pacjentami (łącznie pod opieką DDOM znajduje się 157 pacjentów). Tylko 1 DDOM zakończył swoje funkcjonowanie, beneficjent jest w stanie

upadłości. W realizowanych badaniach bardzo wyraźnie wybrzmiała też potrzeba finansowania Dziennych Domów Opieki Medycznej ze środków NFZ. Placówki w okresie trwałości pozostają w stanie gotowości do przyjmowania pacjentów – niestety większość z nich nie ma innych pomysłów na zapewnienie finansowania, niż obciążenie kosztami samych pacjentów. W tym względzie wyłania się wspomniana wyżej potrzeba finansowania Dziennych Domów Opieki Medycznej ze środków NFZ. Planując w przyszłości objęcie DDOM finansowaniem z środków NFZ należy mieć szczególnie na uwadze, zapewnienie środków dla placówek, które już mają doświadczenie oraz klientów, co pozwoli wykorzystać osiągnięte przez projekty efekty.

Przy początkowym założeniu Standardu, iż maksymalnie w DDOM w jednym cyklu może znajdować się 15 osób, koszt osobodnia wyniósł 107 zł. Po wprowadzonych zmianach w Standardzie i zwiększeniu maksymalnej liczby pacjentów do 25 koszt osobodnia zmniejszył się do 64 zł (zmiana o 43 zł). Należy zaznaczyć, iż w kosztach tych ujęto również transport oraz wyżywienie. Średni koszt osobodnia w realizowanych projektach, jest niższy niż założenia AOTMiT, przyjmując wyliczenia dla 20 osób koszt w projektach wyniósł 80 zł, w porównaniu do 94 zł (wyliczenia AOTMiT). Oczywistym jest, iż zastosowana metodyka w niniejszym badaniu odbiega od założeń Rekomendacji. Nie mniej jednak, dzięki temu porównaniu, oraz mając na uwadze powyższe wyliczenia, należy w sposób pozytywny ocenić efektywność realizowanych projektów. Przyjmując powyższe wyliczenia kosztu w odniesieniu do osobodnia i założenia Standardu DDOM szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki DDOM to 404 289,06 zł. Zakładając, iż w przyszłości utrzymane zostaną powstałe w projekcie placówki – tj. 52 (1 wnioskodawca ogłosił upadłość) koszt utrzymania tylko tych podmiotów wyniesie ok. 21 mln zł w skali roku.

Wyniki panelu ekspertów wskazują również na potrzebę finansowania kosztów transportu czy wyżywienia, jednak poddaje się pod wątpliwość, czy jest to konieczne do sfinansowania, w sytuacji ograniczonego budżetu. Dokonane powyżej oszacowanie kosztów realizacji usługi, pokazują, iż udział kosztów transportu oraz wyżywienia, nie stanowi dużego udziału procentowego. Dzienny koszt pobytu z uwzględnieniem wyżywiania, transportu i świadczenia usług medycznych i opiekuńczych dla 25 pacjentów wyniósł 64 zł, bez kosztu wyżywienia odpowiednio 60 zł oraz bez kosztów transportu odpowiednio 55 zł. Planując wsparcie należy rozważyć, na ile korzyści płynące z zaoferowania świadczenia zgodnego ze Standardem, przewyższają ewentualne dodatkowe koszty lub wykorzystać inne środki niż NFZ na sfinansowanie kosztów dojazdu oraz wyżywienia, co było sugerowane na panelu ekspertów.

Pacjenci DDOM co do zasady dobrze oceniają swój stan zdrowia – łącznie 48% pozytywnych odpowiedzi. Łącznie 93% badanych uważa, że udział w projekcie miał wpływ na poprawę ich stanu zdrowia. Uczestnicy projektów bardzo dobrze oceniali pomoc jaka otrzymali w DDOM. Wiele osób, wśród proponowanych zmian w zakresie wskazywało wydłużenie pobytu, z uwagi na wciąż istniejące potrzeby zdrowotne (niekoniecznie te z powodu, których korzystali z

DDOM). Deklaracje te mogą mieć również przełożenie na chęć dalszego wsparcia w ramach DDOM, na którą wskazało 76% badanych. Najczęściej wskazują nadal na potrzeby w zakresie rehabilitacji. Ponadto pojawiają się potrzeby niezwiązane wprost z otrzymanym leczeniem, czyli np. kontakt z innymi, wyżywienie, czy zajęcia manualne. Eksperci w sposób szczególny podkreślali pozytywne efekty zdrowotne jakie osiągali pacjenci w projekcie, dzięki temu, że otrzymywali szeroką diagnostykę.

Wśród nieplanowanych efektów, ponownie pojawia się wskazanie na wysokie korzyści medyczne, jakie pojawiały się również dzięki aktywizacji społecznej pacjentów. Jak wspominali zarówno pacjenci jak i koordynatorzy, osoby uczestniczące w projektach były często wsparciem dla siebie nawzajem. Nawiązywanie relacji, wymiana doświadczeń i organizowanie wzajemnej pomocy pozytywnie wpływa na trwałość osiągniętych efektów (również zdrowotnych) w projektach. Personel DDOM szczególnie podkreślał rolę „zdrowej rywalizacji" między pacjentami, motywowali się wzajemnie widząc jak druga osoba o podobnych schorzeniach nie poddaje się i ćwiczy osiągając pozytywne efekty. Tego elementu, nie można osiągnąć stosując indywidualną rehabilitację, w takim przypadku potrzeba jest mocna chęć po stronie samego pacjenta. W pracy grupowej motywacja jest generowana przez całą grupę, co pozytywnie wpływa na każdego z pacjentów.

Badani pacjenci poproszeni zostali o określenie innych (niż medyczne) efektów udziału w projekcie, jakie zauważyli. Najczęściej wskazywali oni na takie jak (kolejność według najczęstszych wskazań):

- lepsze samopoczucie;
- nawiązywanie przyjaźni, znajomości, relacji z innymi osobami;
- możliwość spędzenia czasu wolnego w towarzystwie, kontakt z ludźmi;
- wymiana doświadczeń z innymi pacjentami;
- możliwość „wyjścia z domu".

# Summary

This study was an ex-post evaluation, carried out in the period from October to December 2019.
Daily Healthcare Facilities (DHF – pol. Dzienne Domy Opieki Medycznej, DDOM) are one of the forms of deinstitutionalisation of care for people who need support in their daily functioning. They provide medical care in conditions similar to home conditions, which are used in particular by people over 65 years of age, whose health condition does not allow them to remain solely under primary care, but at the same time does not require 24-hour stationary medical or nursing supervision. This study presents the results of the evaluation conducted on projects carried out under the Operational Programme Knowledge Education Development (OP KED – pol. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, PO WER), connected with activity of such facilities.
The main goal of the research was ex post evaluation in terms of effectiveness, usefulness and sustainability of projects implemented under Measure 5.2 of the OP KED concerning deinstitutionalisation of health services and assessment of their long-term results. This goal has been refined by setting four specific objectives:

- assessment of the effectiveness and usefulness of the support received from the perspective of individual stakeholder groups - patients and their families, medical staff, decision makers, including (in the case of patients) an assessment of the net effect of this support;
- assessment of the durability of changes that have occurred as a result of implemented projects of DHF (concerning both patients and institutional changes);
- assessment of the impact of participation in the DHF project on improving the situation of project participants, including in particular their health condition as well as social exclusion - resulting from the reasons connected with health of the patients of DHF and their family members, and on increasing opportunities of employment (professional activation) by their actual carer;
- estimation of the benefits for improving the condition and development of long-term care in Poland resulting from the provision of health services in DHF, as well as the amount of impact that the intervention of OP KED had on it.

This evaluation study was conducted using both quantitative and qualitative methods, as well as using desk research data analysis and the counterfactual method. Quantitative research techniques included computer-assisted telephone interviews (CATI), conducted with project coordinators, patients of DHF and their carers (a total of 773 interviews were carried out). Qualitative research was conducted thanks to the use of in-depth individual interviews (IDI), which included representatives of patients from DHF and their carers, as well as focused group interview techniques (FGI), which were attended by representatives of DHF. In addition, the counterfactual method was used to assess the net effect of support, which was

carried out on a sample of 360 people who meet the conditions for participation in DHF projects, but did not receive such support.
DHF projects were implemented throughout the country, except for the Wielkopolskie and Lubuskie voivodships. Most projects were carried out in the following voivodships: Małopolskie (8 projects), Śląskie (8 projects) and Lubelskie (7 projects), Mazowieckie (6 projects). In other regions, 1 to 4 projects were implemented.

As a result of the announced competition, 53 projects received co-financing for a total amount of PLN 53 265 821.39 (including ESF and national co-financing - in the amount of PLN 50 995 374.64). **As at the end of 2018, 682 de-institutionalized care facilities for people who need support in their daily functioning were created in 53 DHF that were created.** According to SL2014 index data, DHF projects have included 3 101 patients that completed treatment. Of the 360 DHF patients surveyed, only 3% did not complete and 97% completed the project as planned. When asked about the reason for discontinuing the service, the examined patients most often pointed to re-hospitalization (deterioration of health). Due to the specified criteria of access to the project, **patients are mostly people above the age of 65 (68.2%) and in the minority people aged from 55 to 64 (23%).** The analyzes contained in the report, carried out on the basis of the collected research material, showed that the support offered under the evaluated projects was directed to the right group of people, the target group was selected correctly.

In many cases, experts pointed out that **a period of up to 3 months is sufficient to achieve the planned effects.** This is also confirmed by the results of studies conducted with patients who indicate that they most often participated in the project shorter than 90 days suggested by the coordinators. **The duration of patients' stay varied significantly, with an average of 60 days.** According to the above, each case is analyzed individually and this approach should be continued in the future. **It is good to specify the time limit that is needed to achieve the planned effects.**

One of the most important conclusions from this study is that **the situation of people who have benefited from DHF is slightly better than patients who have not received such support.** The impact of implemented projects on the possibility of using rehabilitation services is also important. Given the above interpretation, thanks to the implementation of the projects, it was possible to cover rehabilitation services with an additional 57% of patients. Both DHF patients and their carers assess the quality of support they received at the facilities well. **There is a significant difference in the perception of health condition between the surveyed groups - the difference between positive responses is 14 pp, and in the case of negative evaluation is even higher, 27 pp, in favor of DHF patients.**

**Among the services offered in DHF, nursing care was rated best** - the average was 4.8. Movement improvements (rehabilitation, physiotherapy, etc.) were rated equally high - average 4.7. On a scale, memory enhancing classes were also rated above 4 - average 4.4. **The demand for this type of offered support is high** in the opinion of both experts and the majority of surveyed patients. Life expectancy will be successively extended favoring an increase in both the number and the percentage of the elderly in the general population of Poland. Unfortunately - for the vast majority of this population group it will not be a healthy life. It should also be emphasized that currently in the case of people above the age of 80 over 2/3 are widowed. They are primarily women (85% of those who are widowed at this age), usually living alone and in need of support. Therefore, it should be taken into account the serious growth of the problem of independent existence by the growing number of elderly people who need help - care, treatment and rehabilitation. **95% of the surveyed project coordinators believe that the demand for the DHF offer is high or very high,** which is also confirmed by participants in the qualitative survey of managers and medical staff of DHF (FGI).

Qualitative research participants emphasized that the patients themselves were of great importance in promoting the DHF offer. The first who benefited from the institution's activities informed the next ones, which is also confirmed by the results of quantitative research.

The study also showed that the assessment of the durability of the effects of projects is very high - in this context, the issue of improving the health condition of people using the support of DHF and the quality of their psychophysical condition is emphasized. Taking into account the opinions of patients and project coordinators, the effectiveness of the provided support is also assessed positively. This is confirmed in the observation of many cases in which beneficiaries achieved higher values of indicators than was planned in the applications.

As at the day of the study (until the end of November 2019), 52 out of 53 DHF created in OP KED were functioning, including 43 which remain only ready to receive patients, and 9 of them currently look after patients (in total 157 patients are under support of DHF). Only 1 DHF has ceased functioning - the beneficiary is bankrupt. In the conducted research, the need to finance DHF from the National Health Protection Fund (pol. Narodowy Fundusz Zdrowia - NFZ) was also very clear. According to the assumptions of the projects, the facilities during their durability period should be ready to receive patients - unfortunately, most of them have no other ideas to provide funding than the cost of the patients themselves, In this regard, the need to finance DHF from the National Health Protection Fund arises. When planning future coverage of DHF with financing from the National Health Protection Fund, it is necessary to pay particular attention to providing funds for institutions that already have experience and clients, to use the effects achieved by the projects.

With the initial assumption of the Standard, that in DHF a maximum of 15 people can be in one cycle, the cost of one man-day was PLN 107. **After the changes introduced in the Standard and increasing the maximum number of patients to 25, the cost of one man-day decreased to PLN 64 (change by PLN 43). It should be noted that transport and meals were also included in these costs.** The average man-day cost in implemented projects is lower than the assumptions of AOTMiT - **assuming calculations for 20 people, the cost in projects amounted to PLN 80, compared to PLN 94 (AOTMiT)**, given in the above recommendation. It is obvious that the methodology used in this study deviates from the assumptions of the Recommendation. Nevertheless, thanks to this comparison, in connection with bearing in mind the above calculations, the effectiveness of implemented projects should be assessed positively. **Assuming the above cost calculations in relation to one man-day and assumptions of the NHF Standard, the estimated average annual cost of maintaining one NHF is PLN 404 289.06. Assuming that in the future the establishments created in the project will be maintained - 52 (1 applicant declared bankruptcy) the cost of maintaining only these entities will amount to approx. PLN 21 million per year.**

The results of the panel of experts also indicate the need for financing the costs of transport or meals, however, it is questioned whether it is necessary to finance it in a limited budget. The above estimation of the costs of providing the service shows that the share of transport and food costs does not constitute a large percentage. The daily cost of stay, including meals, transport and provision of medical and caring services for 25 patients, was PLN 64 per person, whilst without meals, respectively - PLN 60, and excluding transport, respectively - PLN 55. When planning support, it should be considered to what extent the benefits of offering a service compatible with the Standard assumptions outweigh any additional costs, or otherwise - use funds other than National Health Protection Fund to finance travel and meals, as suggested in the expert panel.
**NHF patients generally assess their health condition well - a total of 48% positive responses.** In total, **93% of respondents believe that participation in the project had an impact on improving their health.** Project participants rated very well the help they received at NHF. Many people, among the proposed changes, indicated the extension of stay, due to the still existing health needs (not necessarily those that were the initial reason of using the support provided by NHF). These declarations may also translate into a desire for further support under NHF, which was indicated by 76% of respondents. Most often they still indicate the needs in terms of rehabilitation. In addition, there are needs not directly related to the treatment received, for example contact with other people, meals or manual classes. Experts also emphasized the positive health effects that patients achieved in the project, thanks to the fact that they received extensive diagnostics.
Among unplanned effects, there is again an indication of high medical benefits, which also appeared due to social activation of patients. As both patients and coordinators mentioned, people involved in projects were often supporting each other. Establishing relationships, exchanging experiences and organizing mutual assistance has a positive impact on the

sustainability of achieved effects (including health effects) in projects. NHF staff particularly emphasized the role of "healthy rivalry" between patients - they motivated each other seeing how other person with similar diseases does not give up and practices achieving positive effects. This element cannot be achieved by using individual rehabilitation, in which case a strong desire is needed on the patient's side. In group work, motivation is generated by the whole group, which positively affects each patient.

The surveyed patients were asked to specify other (non-medical) effects of participation in the project they noticed. Most often they pointed to effects as given below (order according to the most frequent indications):

- better mood;
- making friendships, acquaintances, relationships with other people;
- the opportunity to spend free time in company, contact with people;
- exchange of experiences with other patients;
- the possibility, the chance to "leave the house".

## Wykaz skrótów

| | |
|---|---|
| **AOTMiT** | Agencja Oceny Technologii Medycznych I Taryfikacji |
| **CAPI** | Bezpośredni indywidualny wywiad kwestionariuszowy wspomagany komputerowo |
| **CATI** | Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo |
| **DDOM** | Dzienny Dom Opieki Medycznej |
| **EFRR** | Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego |
| **EFS** | Europejski Fundusz Społeczny |
| **EFSI** | Europejski Fundusz Inwestycji Strategicznych |
| **FGI** | Zogniskowany wywiad grupowy |
| **IDI** | Indywidualny wywiad pogłębiony |
| **KM** | Komitet Monitorujący |
| **MZ** | Ministerstwo Zdrowia |
| **PAPI** | Bezpośredni indywidualny wywiad kwestionariuszowy |
| **POWER** | Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój |
| **PP** | Krajowe ramy strategiczne - Policy paper |
| **SOPZ** | Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia |
| **UP** | Umowa Partnerstwa |

# Spis treści

Streszczenie ..... 2
Summary ..... 7
Wykaz skrótów ..... 12
Spis treści ..... 13
1. Wprowadzenie ..... 14
2. Metodologia badania ..... 17
3. Wyniki badania ..... 21
3.1. Charakterystyka uczestników projektów – Dzienne Domy Opieki Medycznej ..... 21
3.2. Ocena wsparcia oferowanego w Dziennych Domach Opieki Medycznej ..... 26
3.2.1. Ocena udzielonego wsparcia przez Pacjentów Dziennych Domów Opieki Medycznej ..... 26
3.2.2. Ocena personelu Dziennych Domów Opieki Medycznej ..... 39
3.2.3. Dzienne Domy Opieki Medycznej – wnioski na przyszłość ..... 45
3.3. Trwałość i efektywność kosztowa powstałych Dziennych Domów Opieki Medycznej 54
3.4. Efekty społeczne i zdrowotne osiągnięte przez projekty Dziennych Domów Opieki Medycznej ..... 64
4. Tabela rekomendacji ..... 79
5. Spis tabel ..... 83
6. Spis wykresów ..... 83
7. Bibliografia ..... 84
8. Załączniki ..... 86
8.1. Synteza odpowiedzi na pytania badawcze ..... 86
8.2. Wykaz jednostek prowadzących DDOM wraz z aktualnym statusem działalności ... 105

# 1. Wprowadzenie

Zgodnie z zapisami Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020 (dalej: UP), niezbędne jest wspieranie w Polsce przedsięwzięć (ze środków polityki spójności) mających na celu powstawanie i rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad dziećmi, osobami z niepełnosprawnościami, osobami starszymi oraz form wsparcia dla osób wykluczonych społecznie, bądź zagrożonych wykluczeniem społecznym. Cel ten jest realizowany m.in. poprzez Priorytet Inwestycyjny pn. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym (PI 9iv). Jednocześnie obok wspierania procesu deinstytucjonalizacji, ze środków EFS i EFRR wspierane są działania tworzące opiekę środowiskową w ramach usług zdrowotnych (nie wykluczając form stacjonarnych), w szczególności w obszarach wykazujących braki takich świadczeń (np. opieka długoterminowa, geriatryczna). Wsparcie tworzenia efektywnej opieki środowiskowej stanowić ma element równoległy do dostosowania usług społecznych i zdrowotnych do potrzeb społeczeństwa.

Kluczowy dla wspierania reform sektora zdrowia dokument pn. Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (dalej : PP) wspomina, że efektem dostosowania systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian demograficznych będzie rozwój działań na poziomie społeczności lokalnych w zakresie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych w PP bezpośrednio poświęcone zostało Narzędzie nr 18 pn. *Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)*.

Jedną z form deinstytucjonalizacji opieki są właśnie Dzienne Domy Opieki Medycznej (dalej: DDOM), które zostały utworzone w projektach realizowanych w ramach Działania 5.2 *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych PO WER*. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej. W DDOM zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych. Dzienne Domy Opieki Medycznej stanowią formę opieki skierowaną do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 lat, 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. DDOM jest również rozwiązaniem pozwalającym na godzenie życia zawodowego z rodzinnym – w przypadku osób pracujących (które nie mogą być w pełni aktywne zawodowo ze względu na konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu).

Zgodnie z zapisami regulaminu konkursu dotyczącego deinstytucjonalizacji opieki poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi), ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Działania 5.2 PO WER (nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15) w dniu 23.07.2015 r., jednym z podstawowych założeń projektów wybranych do dofinansowania było pilotażowe przetestowanie Standardu, który następnie został upowszechniony w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020 z wykorzystaniem środków regionalnych programów operacyjnych.

W ramach I etapu badania ewaluacyjnego pn. *Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM)* analizie i ocenie zostały poddane 52 projekty pilotażowe dotyczące utworzenia i prowadzenia pierwszych w kraju DDOM, w tym założenia udzielanego z EFS wsparcia, a także jego pierwsze bezpośrednie efekty. Ewaluator dokonał pozytywnej oceny działania DDOM i rekomendował te formę wsparcia do dalszego upowszechniania w ramach regionalnych programów operacyjnych, po dokonaniu niezbędnych korekt zapisów Standardu DDOM oraz finansowanie jej w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych przez płatnika publicznego (po uprzednim zakwalifikowaniu tego świadczenia przez AOTMiT).

Rekomendacje z przedmiotowego badania były prezentowane w trakcie XIV posiedzenia Komitetu Monitorującego PO WER i zostały przyjęte Uchwałą KM PO WER Nr 134 z dnia 20 czerwca 2017 r. Ponadto, zmodyfikowany w wyniku wdrożenia ww. rekomendacji Standard DDOM został przyjęty Uchwałą Nr 49/2017/XIV przez Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia w dniu 19 września 2017 r.

Wyniki ww. ewaluacji posłużyły do aktualizacji Standardu, który został przyjęty uchwałą przez Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: Komitet Sterujący), a następnie przekazany samorządom województw w celu wykorzystania w ramach konkursów dotyczących deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych ogłaszanych przez IZ RPO. Ewaluator I etapu niniejszego badania dokonał nie tylko pozytywnej oceny działania DDOM, ale również rekomendował finansowanie tej formy wsparcia w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych przez płatnika publicznego (po uprzednim zakwalifikowaniu tego świadczenia przez AOTMiT). Pod koniec lipca 2018 r. AOTMiT wydała pozytywną rekomendację w sprawie zasadności kwalifikacji dziennej długoterminowej opieki medycznej jako świadczenia gwarantowanego (rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 76/2018 z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna" jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej), a także rozpoczęły się prace legislacyjne, związane z zakwalifikowaniem tej formy wsparcia do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Mając na uwadze ww. rekomendację Prezesa AOTMiT, 21 grudnia 2018 r. na stronie Rządowego Centrum Legislacji opublikowany został projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w którym wyodrębniono warunki realizacji nowo zakwalifikowanego świadczenia gwarantowanego - dziennej długoterminowej opieki medycznej. Zgodnie z informacją w pkt. 2 Oceny Skutków Regulacji opracowanej projektu niniejszego rozporządzenia, kwalifikacja świadczenia wraz z wyodrębnieniem warunków realizacji świadczenia dzienna długoterminowa opieka medyczna pozwoli na poprawę sprawności oraz aktywności świadczeniobiorców, którzy po zakończeniu hospitalizacji wymagają rekonwalescencji i wdrożenie elementów edukacji w zakresie usprawniania po okresie choroby oraz promocji zdrowia dla świadczeniobiorcy, przyczyni się także do poszerzenia wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, wydolności psychofizycznej, będzie miało wpływ na obniżenie wskaźnika ponownych hospitalizacji oraz odciążenie oddziałów szpitalnych w zapewnianiu opieki, która zapewnia dodatkowo proces usprawniania świadczeniobiorcy i wzmacniania jego umiejętności w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego. Nowe świadczenie poprawi jakość życia, ograniczy niepełnosprawności i zwiększy dostępność do świadczeń z zakresu leczenia, opieki i pielęgnacji oraz fizjoterapii.

Niniejszy raport stanowi podsumowanie badań zrealizowanych na Zlecenie Ministerstwa Zdrowia w okresie od października do listopada 2019 r.

Celem głównym niniejszego badania była ocena ex post w zakresie skuteczności, użyteczności i trwałości projektów z Działania 5.2 PO WER, dotyczących deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych (DDOM) oraz ocena ich rezultatów długoterminowych. Realizacja celu głównego koncentrowała się na 4 obszarach:

- ocena skuteczności i użyteczności otrzymanego wsparcia z perspektywy poszczególnych grup interesariuszy – pacjentów i ich rodzin, personelu medycznego, decydentów, w tym (w przypadku pacjentów) ocena efektu netto tego wsparcia;
- ocena trwałości zmian, jakie zaszły w wyniku zrealizowanych projektów DDOM (dotyczy zarówno pacjentów, jak i zmian instytucjonalnych);
- ocena wpływu udziału w projekcie DDOM na poprawę sytuacji uczestników projektów, w tym w szczególności ich stanu zdrowia, a także wykluczenia społecznego – wynikającego z przyczyn zdrowotnych pacjentów DDOM i członków ich rodzin oraz na zwiększenie szans/możliwości podjęcia pracy (aktywizacji zawodowej) przez ich opiekunów faktycznych;

oszacowanie korzyści dla poprawy kondycji i rozwoju opieki długoterminowej w Polsce wynikających ze świadczenia usług zdrowotnych w DDOM, a także wielkości wpływu, jaki miała na to interwencja z PO WER.

# 2. Metodologia badania

Niniejsze badanie opiera się na koncepcji ewaluacji opartej na teorii (theory-based evaluation, TBE), która stanowi istotne narzędzie, służące usystematyzowaniu zgromadzonej wiedzy o samej interwencji, ale także o innych czynnikach, które mogły mieć na nią wpływ. Taki schemat badawczy składa się z dwóch komponentów: konceptualnego, w ramach którego odtworzona zostanie logika interwencji oraz empirycznego, służącego testowaniu przyjętej teorii programu (*w tym przypadku Działania 5.2 PO WER*) . Stosując tę metodę badacz może opierać się na konstrukcji modelu logicznego. Przy jego stosowaniu ustala on wizję przyświecającą interwencji, tj. ostateczny długoterminowy cel *Działania 5.2 PO WER* oraz łączy go z istniejącymi problemami, a także określa oczekiwania co do rezultatów i oddziaływania. Ponadto, model logiczny zawiera kontekst wdrażania interwencji, reakcje odbiorców oraz inne czynniki wpływające na podejmowanie decyzji i partycypację w interwencji. Opracowana przez Wykonawcę metodologia uwzględnia wszystkie cele i pozwoliła na sprawną i rzetelną realizację badania, którego efektem są przydatne wnioski i rekomendacje. Realizacja celu głównego badania wymagała zastosowania kombinacji wzajemnie uzupełniających się metod badawczych (triangulacja), które pozwoliły na ocenę ex post w zakresie skuteczności, użyteczności i trwałości projektów z *Działania 5.2 PO WER*, dotyczących deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych (DDOM) oraz ocena ich rezultatów długoterminowych. Ze względu na złożoność problematyki oraz stosowanie licznych technik zbierania danych, całość procesu badawczego zostanie podzielona na kluczowe fazy, które będą wyznaczały kolejność prowadzonych prac badawczych:

I. strukturalizacja badania,
II. zbieranie danych,
III. analiza i interpretacja danych,
IV. sformułowanie rekomendacji i stworzenie raportu końcowego.

## I. Strukturalizacja badania

Pierwszy etap prac badawczych miał na celu doprecyzowanie zakresu i metodologii badania poprzez przeprowadzenie wstępnej analizy desk research oraz zapoznanie się z materiałami dotyczącymi przedmiotu badania. Na tym etapie wykorzystując pierwsze wnioski z analizy desk research zespół badawczy szczegółowo zaprojektował cały proces badania.

## II. Zbieranie danych

Na tym etapie zostały zrealizowane badania terenowe oraz przeprowadzona została analiza desk research. Dane uzyskane w ramach badań terenowych, analizy desk research zostały ze sobą skonfrontowane i zsyntezowane w procesie analizy danych (zarówno ilościowych jak i jakościowych). Na tym etapie zrealizowano następujące zadania:

- **Analiza danych zastanych** - analiza informacji pozyskanych ze źródeł (literatury, wyników badań ewaluacyjnych, dokumentów, baz danych) już istniejących, niewymagających realizacji bezpośrednich badań, a jedynie scalenia i uporządkowania rozproszonego materiału informacyjnego. W ramach niniejszego badania analiza desk research podzielona została na dwa etapy:
    - pierwszym etapem było określenie możliwego do analizy zakresu dokumentów i danych zastanych w kontekście realizacji celów badania i przyporządkowania ich zakresów do odpowiednich pytań badawczych;
    - drugim etapem natomiast była już właściwa analiza dokumentów i danych zastanych zidentyfikowanych na etapie przygotowawczym i uzyskiwanie informacji istotnych z uwagi na pytania badawcze.

- **Indywidualne wywiady pogłębione** to jedna z technik badań jakościowych, polegająca na wnikliwej rozmowie z respondentem, której celem jest dotarcie do precyzyjnych informacji oraz poszerzenie wiedzy, związanej z tematem badania. Respondentami w badaniu będą przedstawiciele pacjentów DDOM oraz ich opiekunów. W badaniu udział wzięli przedstawiciele pacjentów DDOM oraz ich opiekunów - łącznie 5 wywiadów pogłębionych z wykorzystaniem diady.

- **Wywiady kwestionariuszowe CATI** to technika badawcza, w której wywiad z respondentem prowadzony jest przy pomocy kwestionariusza internetowego, na którym respondent notuje odpowiedzi. Ankieta kwestionariuszowa zostanie zrealizowana z pacjentami DDOM oraz ich opiekunami, a także koordynatorami projektów. Technika ilościowa (CATI) posłużyła do realizacji badań na grupie:
    - koordynatorów zrealizowanych projektów – 53 wywiady;
    - pacjentów DDOM – 360 wywiadów; błąd szacowania wynosi 4,85.
    - opiekunów pacjentów DDOM – 360 wywiadów; błąd szacowania wynosi 4,80.

- **Zogniskowany wywiad grupowy (FGI)** z przedstawicielami personelu medycznego DDOM oraz kierownikami DDOM. Zebranie respondentów w takich grupach umożliwiło omówienie doświadczeń i wymianę informacji również między badanymi. W badaniu techniką FGI udział wzięli przedstawiciele DDOM: personel oraz kierownicy. Badania zostały zrealizowane z jednostkami prowadzonymi na terenie województwa opolskiego oraz dolnośląskiego.

- Kolejną techniką była realizacja **metody kontrfaktycznej** techniką CATI, PAPI lub CAPI. Celem metod kontrfaktycznych jest pokazanie, jak wyglądałaby sytuacja społeczno-ekonomiczna, gdyby dana interwencja nie była realizowana. Porównanie tej hipotetycznej sytuacji z sytuacją rzeczywistą, jaka zaistniała po interwencji, umożliwia nam zmierzenie efektów netto podjętych działań. Do stworzenia sytuacji kontrfaktycznej („co by było, gdyby nie było interwencji") służą grupy kontrolne. W dużym uproszczeniu są to grupy

podmiotów (osób, firm itp.) nie objętych interwencją, które są w możliwie największym zakresie podobne do grup objętych interwencją. W niniejszej ewaluacji metoda kontrfaktyczna ma na celu analizę i ocenę efektu netto interwencji podjętej w ramach konkursu nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15, a więc oszacowania, na ile podjęte w ramach projektów DDOM działania przełożyły się na obserwowane efekty. Metoda kontrfaktyczna została zrealizowana na próbie 360 osób, które spełniają warunki udziału w projektach DDOM, ale takiego wsparcia nie otrzymały. Do udziału w badaniu zaproszeni zostali:

- Pacjenci którzy skorzystali ze wsparcia w ramach DDOM;
- Pacjenci, którzy spełniają warunki udziału w projektach DDOM, ale takiego wsparcia nie otrzymali.

Badanie przebiegało według następujących etapów:

- Sporządzenie operatu badania;
- Stworzenie listy wskaźników, na które wpływ mogły mieć realizowane projekty - **wspólny wskaźnik oceny oferowanego wsparcia dla grupy eksperymentalnej i kontrolnej;**
- Pozyskanie informacji na temat wartości wskaźników (dane od pacjentów z puli eksperymentalnej i kontrolnej);
- Wyłonienie efektywnej grupy eksperymentalnej oraz grupy kontrolnej. Zastosowane zostaną metody statystyczne dopasowania prób według cech takich jak *propensity score matching* - w metodzie tej chodzi o to aby obserwacje w grupie eksperymentalnej były podobne do osób z grupy kontrolnej pod względem cech, które są powiązane ze zmienną niezależną oraz zmienną zależną. Chodzi o wyrównanie różnic pomiędzy grupami.[1]

Realizacja metody zakładała wykorzystanie techniki Propensity Score Matching (PSM), czyli do każdego respondenta z populacji pacjentów DDOM dobrany został mu „statystyczny bliźniak" z próby kontrolnej (pacjenci, którzy kwalifikują się do opieki w DDOM, ale jej nie otrzymali. Wykonawca dokonał porównania grup zasadniczej i kontrolnej w oparciu o wytypowany zestaw zmiennych (wiek, płeć), który został wykorzystany w modelu regresji logistycznej. Na podstawie przewidywanego przez model prawdopodobieństwa sukcesu obliczone propensity score (PS) posłużyło następnie do wyłonienia par składających się z pacjentów wspartych w ramach DDOM i tych, którzy tego wsparcia nie otrzymali (pomimo spełniania warunków). Wykonawca wykorzysta metodę najbliższego sąsiedztwa (Nearest Neighbour). Każdemu respondentowi z grupy zasadniczej został przypisany respondent z grupy kontrolnej w oparciu o wartość PS.

[1] http://nauka.metodolog.pl/propensity-score-matching-statystyczny-wplyw-netto-zmiennej-niezaleznej-na-zmienna-zalezna/

**W ramach realizacji metody Wykonawca przeprowadził badania na grupie kontrolnej N = 360 pacjentów, którzy kwalifikują się do wsparcia w ramach DDOM, ale go nie otrzymali (przyjmując, że każdy respondent z próby eksperymentalnej znajdzie swój odpowiednik w próbie kontrolnej).**

Wykonawca wykorzystując metodę PSM oszacował prawdopodobieństwo otrzymania wsparcia w grupie kontrolnej. Osoby, które otrzymały wsparcie DDOM (grupa eksperymentalna) były porównywane z osobami, które nie skorzystały ze wsparcia DDOM (grupa kontrolna). Dzięki temu możliwe było zdiagnozowanie tego, jak wyglądałaby sytuacja ostatecznych pacjentów DDOM, gdyby nie zostali objęci projektem. W konsekwencji możliwe było oszacowanie, czy zrealizowane wsparcie przyczynia się do osiągniecia założonych w projektach efektów. Metodą umożliwiającą dokonanie pomiaru czy wsparcie udzielane w ramach konkursu nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15 przyczynia się do osiągnięcia zakładanych w projektach efektów, będzie **różnica pomiędzy efektem całkowitym zdiagnozowanym w grupie poddanej oddziaływaniu, a efektem w przypadku nie poddania tej grupy oddziaływaniu.**

## III. Analiza i interpretacja danych

Istotą ostatniego etapu badania jest analiza wszystkich zgromadzonych danych oraz opracowanie wstępnej wersji wniosków i rekomendacji z badania, które w konsekwencji stanowiły ocenę ex-post w zakresie skuteczności, użyteczności i trwałości projektów z *Działania 5.2 PO WER*, dotyczących deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych (DDOM) oraz ocena ich rezultatów długoterminowych. Wstępne wnioski skonfrontowane zostały podczas panelu ekspertów. Efektem realizacji tego etapu było stworzenie raportu wstępnego z realizacji badania.

## IV. Sformułowanie ostatecznych wniosków i rekomendacji oraz opracowanie raportu końcowego.

Na tym etapie określono wnioski, które przybrały postać propozycji zmian i zawarte zostały w tabeli wdrażania rekomendacji. Po zamknięciu etapu rekomendacyjnego przygotowany został projekt raportu końcowego z badania, który następnie poddany został procesowi konsultacji z Zamawiającym.

# 3. Wyniki badania

## 3.1. Charakterystyka uczestników projektów – Dzienne Domy Opieki Medycznej

*Ilu uczestników projektów objęto wsparciem w DDOM? Ilu z nich ukończyło wsparcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką?*

Zgodnie z zapisami regulaminu konkursu dotyczącego deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi), ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach *Działania 5.2 PO WER* (nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15) w dniu 23.07.2015 r., jednym z podstawowych założeń projektów wybranych do dofinansowania było pilotażowe przetestowanie Standardu, który następnie upowszechniono z wykorzystaniem środków regionalnych programów operacyjnych. W wyniku ogłoszonego konkursu dofinansowanie otrzymały 53 projekty na łączną kwotę 53 265 821,39 zł PLN (w tym dofinansowanie z – EFS oraz krajowe – w wysokości 50 995 374,64 PLN).

Beneficjentami DDOM najczęściej były przedsiębiorstwa – łącznie 33 podmioty, drugim najczęstszym typem były Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej – 12 podmiotów. Pozostałe typy beneficjentów pojawiały się w przypadku 1 do 3 podmiotów. Adekwatnie do liczby podmiotów najwyższą wartość projektów osiągnęły te realizowane przez przedsiębiorców, dalej przez SPZOZ, NGO, Kościół Katolicki, JST, instytut badawczy.

*Tabela 1. Rodzaj podmiotu tworzący DDOM.*

| Typ beneficjenta | Liczba beneficjentów | Wartość ogółem UMD |
|---|---|---|
| przedsiębiorstwa | 33 | 33 263 994,74 zł |
| samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej | 12 | 11 967 025,43 zł |
| NGO | 3 | 2 975 009,37 zł |
| Kościół Katolicki | 2 | 2 029 286,85 zł |
| JST | 2 | 1 999 980,00 zł |
| instytuty badawcze | 1 | 1 030 525,00 zł |
| **Suma** | **53** | 53 265 821,39 zł |

*Źródło: baza SL2014.*

Zgodnie z zapisami PO WER, do końca 2023 r. przedmiotowe projekty miały przyczynić się do powstania 40 DDOM, w ramach których planowano utworzenie docelowo 400 zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi (niesamodzielnymi, w tym starszymi). **Według stanu na koniec 2018 r. w 53 DDOM, które powstały utworzono 682 zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi.**

Standard DDOM określa, że wsparcie skierowane będzie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 lat których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają oni całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów. Pacjenci w wieku powyżej 65 powinni stanowić min. 50% łącznej liczby pacjentów. Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do domu opieki medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką. W dziennym domu opieki medycznej będzie mogło przebywać równocześnie 25 pacjentów.[2]

Zmiana w zaktualizowanej wersji standardu, dotyczyła zmniejszenia odsetka osób po 65 roku życia – przed aktualizacją wynosił on co najmniej 75%, po zmianach było to 50%.

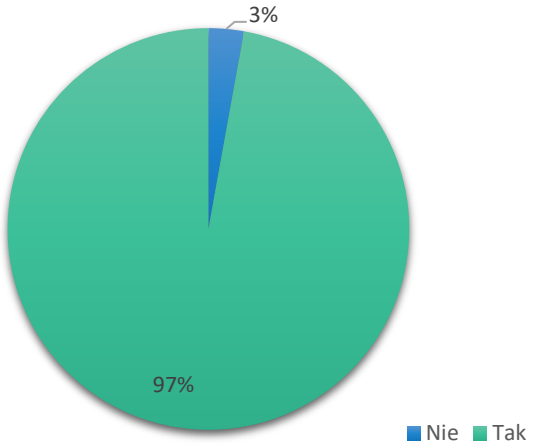
W realizowanych projektach przewidziano wsparcie dla pacjentów jak również dla ich opiekunów, stanowili oni grupę uczestników projektów. Ogółem według udostępnionej bazy uczestników projektów DDOM, wsparcie otrzymało 5 698 osób – grupa pacjentów oraz grupa opiekunów pacjentów, spośród nich 93,5% zakończyło udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką – 3,7% nie ukończyło zaplanowanej ścieżki uczestnictwa. Dla pozostałych 2,8% uczestników nie określono czy dana osoba ukończyła projekt zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa. Według danych wskaźnikowych z SL2014 w projektach DDOM samych pacjentów zostało objętych opieką i ukończyło leczenie 3 101 .

*Z jakich powodów uczestnicy kończyli udział w projekcie przed zakończeniem wszystkich zaplanowanych działań?*

Spośród 360 badanych pacjentów DDOM jedynie 3% nie ukończyło projektu zgodnie z założonym planem, a 97% ukończyło projekt zgodnie z zaplanowaną ścieżką. Na pytanie o powód przerwania świadczenia badani pacjenci najczęściej wskazywali na ponowną hospitalizację (pogorszenie stanu zdrowia). Powody te potwierdzają również koordynatorzy projektów, 52 koordynatorów wskazało, iż powodem przedwczesnej rezygnacji z projektu było pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Jedna osoba dodatkowo wymieniła problemy rodzinne i problemy z transportem.

[2] Dzienny dom opieki medycznej organizacja i zadania, wrzesień 2017 r.

*Wykres 1. Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

### *Jaka była struktura uczestników projektów – w szczególności ze względu na wiek i płeć, miejsce zamieszkania (województwo, powiat, obszar miejski / wiejski), stopień niepełnosprawności / niesamodzielności?*

Dostępne bazy uczestników projektów zawierają informacje łącznie na temat zarówno pacjentów DDOM, jak i ich opiekunów. Na podstawie badania ilościowego z pacjentami stworzono profil społeczno – demograficzny wspomnianej grupy. Pacjenci DDOM to przede wszystkim kobiety – ok. 60%. Z uwagi na określone kryteria dostępu do projektu pacjenci to osoby przede wszystkim w wieku powyżej 65 lat - 68,2% oraz w mniejszości osoby w wieku od 55 do 64 lat – 23%. Natomiast opiekunowie pacjentów charakteryzują się wyższym zróżnicowaniem jeśli chodzi o wiek, tutaj częściej obserwujemy młodsze osoby, co też jest uzasadnione warunkami udziału w projektach. Ponadto osoby będące opiekunami pacjentów częściej mają wykształcenie policealne lub wyższe niż sami pacjenci. W tej drugiej grupie dominuje wykształcenie ponadgimnazjalne – 37,8% badanych.

*Tabela 2. Struktura uczestników DDOM.*

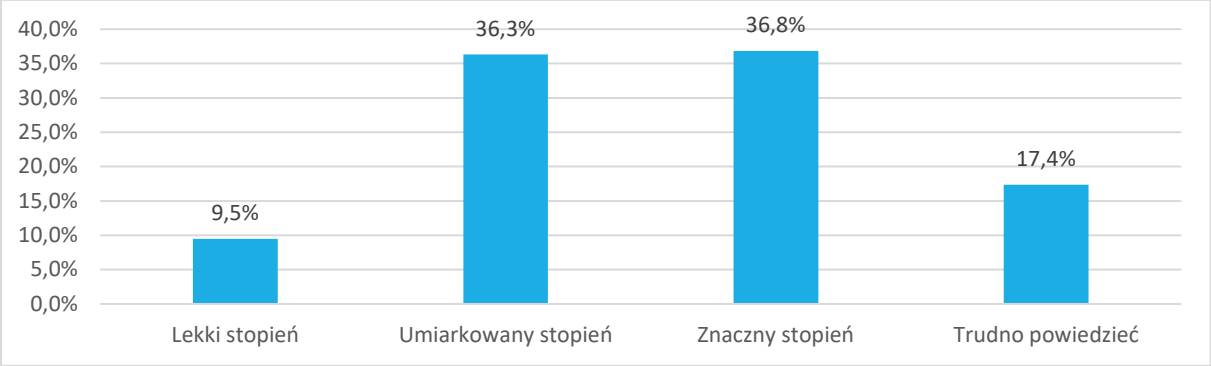
| Cecha | Baza uczestników | Badanie CATI (pacjenci) | Badanie CATI (opiekunowie) |
|---|---|---|---|
| płeć | | | |
| kobieta | 66,9% | 60,2% | 59,8% |
| mężczyzna | 33,1% | 39,8% | 40,2% |
| wiek | | | |
| 17-34 | 5,1% | 1,1% | 7,2% |
| 35 - 44 | 7,5% | 3,1% | 15,0% |
| 45 - 54 | 11,0% | 7,2% | 20,8% |
| 55 - 64 | 17,2% | 20,3% | 23,6% |
| 65 - powyżej | 59,2% | 68,3% | 33,3% |

| Cecha | Baza uczestników | Badanie CATI (pacjenci) | Badanie CATI (opiekunowie) |
|---|---|---|---|
| wykształcenie | | | |
| niższe niż podstawowe | 1,4% | 1,4% | 1,9% |
| podstawowe | 23,6% | 22,2% | 12,8% |
| gimnazjalne | 3,5% | 4,5% | 2,2% |
| ponadgimnazjalne | 32,1% | 37,8% | 28,8% |
| policealne | 18,8% | 18,8% | 23,6% |
| wyższe | 20,6% | 15,3% | 30,7% |

*Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników projektów oraz badania CATI z pacjentami (N=360) oraz opiekunami pacjentów (N=360).*

Badanie ilościowe miało na celu również ustalenie odsetka osób z niepełnosprawnością uczestniczących w projektach. Wśród badanych pacjentów 54% stanowiły osoby z orzeczoną niepełnosprawnością (2,8% odmówiło odpowiedzi). Około 36% badanych (spośród tych, którzy mają orzeczoną niepełnosprawność) określiło swój stopień niepełnosprawności jako znaczny, podobny odsetek wskazał na umiarkowany stopień. Niecałe 10% badanych wskazało na lekki stopień, a nieco ponad 17% badanych odmówiło odpowiedzi.

*Wykres 2. Orzeczony stopień niepełnosprawności – struktura pacjentów DDOM.*



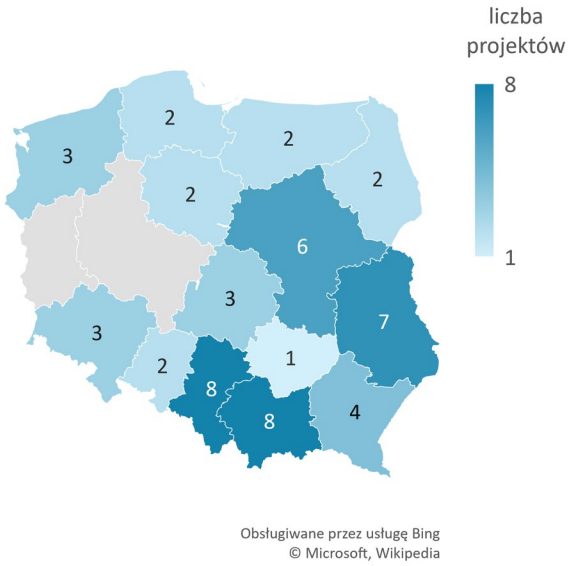

*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

### *Czy uczestnicy projektów stanowili jednorodną grupę docelową, czy też można w niej wyodrębnić podgrupy ? Czy wsparcie zostało skierowane do właściwych pacjentów? Jeżeli nie, dlaczego?*

Projekty DDOM realizowane były w całym kraju, poza województwami: wielkopolskim oraz lubuskim. Najwięcej projektów prowadzonych było na obszarze województw: małopolskiego (8 projektów), śląskiego (8 projektów) oraz lubelskiego (7 projektów), mazowieckiego (6 projektów). W pozostałych regionach realizowano od 1 do 4 projektów. W efekcie czego uczestnicy projektów DDOM pochodzili również z całego kraju (poza województwem wielkopolskim). Pomimo braku realizacji projektu na terenie województwa lubuskiego, z tego obszaru pochodziło 51 uczestników (1% z całości). Analizując uczestników projektów DDOM z

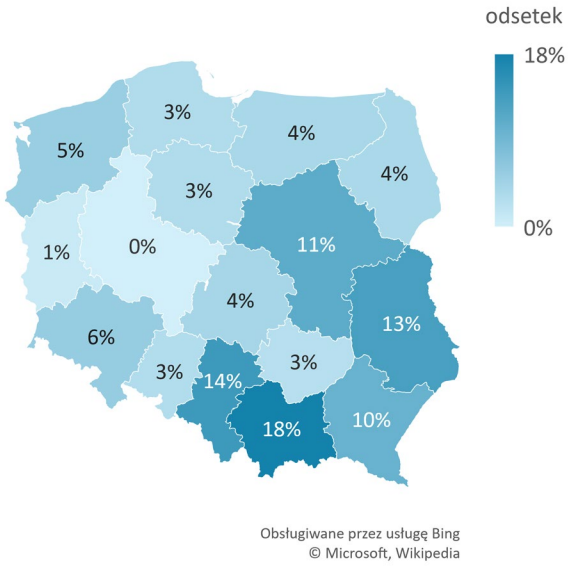
uwagi na wielkość miejscowości rozkład jest zbliżony, 33% zamieszkiwało duże obszary miejskie, 36% małe obszary miejskie, a 31% obszary wiejskie.

*Mapa 1. Liczba projektów DDOM na obszarze danego województwa.*




*Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy beneficjentów.*

*Mapa 2. Odsetek uczestników projektów DDOM na obszarze danego województwa.*




*Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy uczestników projektów.*

Założenia standardu DDOM określają, iż wsparcie powinno zostać udzielone osobom niesamodzielnym, w szczególności osobom powyżej 65 lat, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Jednocześnie określono, iż pacjenci w wieku powyżej 65 lat powinni stanowić min. 50% łącznej liczby pacjentów. Były to jedyne wytyczne odnoszące się do analizowanych zmiennych społeczno – demograficznych. **Analiza baz danych pod względem wieku wszystkich uczestników projektów (pacjentów oraz ich opiekunów) wykazała, iż osoby powyżej 65 lat. stanowiły 59,2%.** Badanie ilościowe wskazało na jeszcze wyższy odsetek osób w wieku 65+, według tych danych było to ok. 68% pacjentów. Badanie ilościowe daje bardziej wiarygodny obraz, gdyż tutaj osobno badaniem objęto grupę pacjentów oraz opiekunów. **Należy zatem potwierdzić, iż grupa docelowa została dobrana w sposób prawidłowy uwzględniając zmienne demograficzne, a wsparcie zostało skierowane do właściwych osób.**

Sami pacjenci stanowili zróżnicowaną grupę, z uwagi na wiek, płeć i wykształcenie. Trudno jednak na tej podstawie wyodrębnić konkretne podgrupy, gdyż jest to naturalne zróżnicowanie wynikające ze struktury ludności.

## 3.2. Ocena wsparcia oferowanego w Dziennych Domach Opieki Medycznej

### 3.2.1. Ocena udzielonego wsparcia przez Pacjentów Dziennych Domów Opieki Medycznej

*W jakim stopniu osiągnięto w projektach i w całym Działaniu 5.2 PO WER wskaźniki określone w Standardzie DDOM, a także w PO WER?*

W standardzie DDOM przewidziano monitorowanie osiągniętych celów poprzez realizację następujących wskaźników:

- *liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi – w każdym z projektów utworzony został Dzienny Dom Opieki Medycznej* - wskaźnik należy uznać za osiągnięty;
- *liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu* – w Standardzie przewidziano utworzenie od 10 do 15 miejsc na projekt, wskaźnik został zrealizowany;
- *liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie*, minimalna liczba pacjentów jaką przewidziano w projekcie wyniosła 60 osób, a maksymalna 141, średnio na projekt przypadały 72 osoby;
- *odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub członków ich rodzin)* – min. 80%. Na podstawie danych zawartych w bazie wskaźników z projektów, na dzień badania w 29 projektach odsetek pozytywnych oceny wyniósł min. 80%.

Wskaźniki specyficzne określone w Programie dotyczące Działania 5.2 zostały osiągnięte. 53 podmioty lecznicze zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, co oznacza wykonanie celu pośredniego w 133% na rok 2018. Ponadto wskaźnik PO WER dla Działania 5.2 *Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu* na poziomie 400 również został osiągnięty, na koniec października 2019 r. wskaźnik wynosił 682 – odsetek realizacji wyniósł 173.

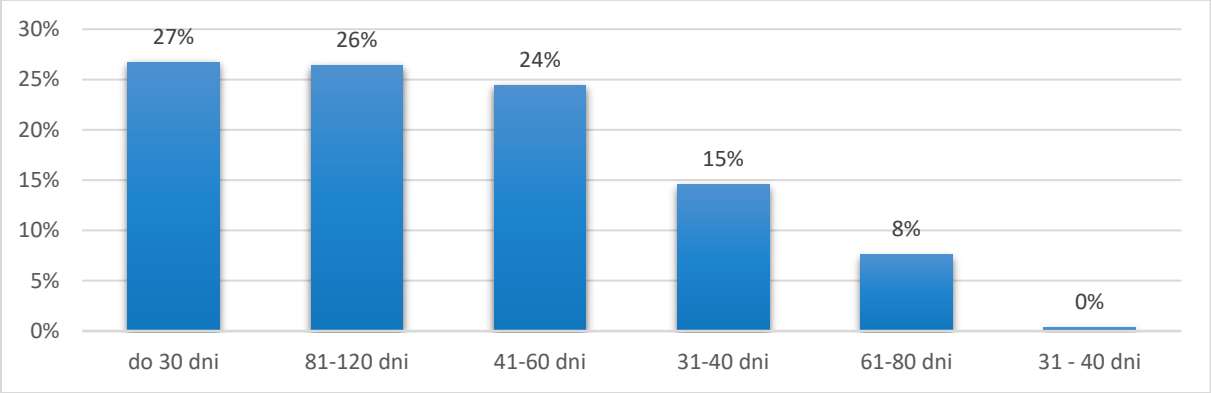
*Jaki był czas pobytu pacjentów – uczestników projektów PO WER w DDOM? Czy był odpowiedni: a) w stosunku do potrzeb pacjentów?; b) w stosunku do osiągnięcia zaplanowanego efektu?*

**Czas pobytu pacjentów był znacznie zróżnicowany, średnia wynosiła 60 dni.** Analizując dane na poszczególne okresy, widać iż najczęściej badani przebywali w DDOM, w takich przedziałach czasowych jak:

- do 30 dni – 27% badanych;
- 81- 100 dni – 26% badanych,

- 41 – 60 dni – 24% badanych.

*Wykres 3. Okres pobytu w DDOM – pacjenci.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Zapisy standardu DDOM w sposób precyzyjny określały czas pobytu pacjentów – uczestników projektów PO WER w DDOM. W jednym momencie w DDOM powinno przebywać maksymalnie 25 pacjentów (przed zmianą Standardu była to liczba maksymalnie 15 pacjentów) Okres ten miał być nie krótszy niż 30 dni roboczych i nie dłuższy niż 120 dni roboczych. Wsparcie w DDOM powinno być realizowane przez 5 dni w tygodniu i przez ok. 8-10 godzin. Badani pacjenci średnio przebywali w placówce ok. 60 dni. Na podobne wyliczenia wskazują wyniki I etapu badania: „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.”[3]

Warto podkreślić, iż w opinii 64% badanych pacjentów długość pobytu w placówce była odpowiednia do ich potrzeb. Wśród opinii negatywnych, czyli wskazań na nieodpowiedni czas pobytu względem potrzeb pojawiały się takie stwierdzenia, jak np. „dłuższa rehabilitacja jeszcze bardziej by mi pomogła”, czy „chętnie zostałabym dłużej”. Badani wskazywali również na problemy zdrowotne, które wymagają dalszej rehabilitacji, np. osoby po udarze odzyskiwały sprawność, ale im dłużej będą rehabilitowane, tym lepszą sprawność uzyskają. W większości przypadków badani ocenili, iż czas pobytu był odpowiedni do ich potrzeb, ale wciąż 36% badanych jest zdania, że ten czas był dla nich za krótki. Osoby które nie były zadowolone z czasu jaki spędziły w projekcie najczęściej uczestniczyły w nim do 30 dni (29 badanych dokonało negatywnej oceny czasu pobytu), wśród osób które przebywały od 41 do 60 dni ocenę negatywną wskazało 22 z nich, od 31 do 40 dni 18 osób. Tylko 14 osób przebywających dłużej niż 61 dni uznało, że czas ten był nieodpowiedni.

[3] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

Koordynatorzy projektów w większości uznali, iż założony czas pobytu pacjenta w placówce był wystarczający do tego, aby zrealizować plan wsparcia przygotowany dla pacjenta, ponad 90% pozytywnych odpowiedzi. Podobny odsetek badanych twierdzi, iż czas pobytu pacjenta w DDOM w przyszłości powinien być podobnie zaplanowany. Niektórzy z koordynatorów wskazują jednocześnie na przykłady takich pacjentów, gdzie okres pobytu w DDOM mógłby być nawet krótszy niż 30 dni, ale są to pojedyncze opinie. Z rozmów z koordynatorami również pojawia się wniosek, iż w wielu przypadkach okres do 3 miesięcy jest wystarczający do tego by osiągnąć zaplanowane efekty. Potwierdzają to również wyniki badań z pacjentami, którzy wskazują, iż najczęściej uczestniczyli w projekcie krócej niż sugerowane przez koordynatorów 90 dni.

Przy ustalaniu terminu pobytu w DDOM w szczególności rozpatrywane są potrzeby pacjentów i możliwości udzielenia pomocy przez placówkę. Według Standardu czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej ustalany jest indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne). W pierwszym miesiącu, zaleca się, aby pacjenci przebywali w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie. Ponadto, istnieje możliwość uelastycznienia godzin i dni pobytu - jednak uzależnione jest to wyłącznie potrzebami zdrowotnymi pacjenta.[4]

Zgodnie z powyższym każdy przypadek analizowany jest indywidualnie i tak powinno to być w przyszłości ustalane. Dobre jest określenie granicy czasu jaki jest potrzebny do uzyskania zaplanowanych efektów. Koordynatorzy projektów wskazywali na takie sytuacje, w których pacjenci prosili o możliwość dłuższego pobytu w placówce, nie zawsze z powodów stricte medycznych. Jak będzie to wskazywane w dalszej części raportu, pacjenci otrzymywali nie tylko pomoc medyczną, ale co ważne wsparcie psychologiczne, mieli okazję spędzić czas z innymi, i to właśnie te elementy powodowały chęć pozostania w projekcie.

*Jakie formy wsparcia zaoferowane w DDOM można uznać za najskuteczniejsze i dlaczego? Jakie dobre praktyki w tym zakresie można wskazać?*

Zgodnie z zapisami Standardu w ramach funkcjonowania DDOM uczestnikom projektu zapewniona zostaje opieka medyczna połączona z kontynuacją terapii i procesem

[4] Dzienny dom opieki medycznej organizacja i zadania, wrzesień 2017 r.

usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Realizowano takie działania jak:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego możliwe było zapewnienie badania diagnostycznego oraz specjalistycznych konsultacji lekarskich. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewniono odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone były zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.

Analiza rodzaju przyznanego wsparcia wskazuje, iż w projektach oferowano przede wszystkim usługę zdrowotną lub medyczną, a także szkolenie lub kurs. Z uwagi na to, iż działalność DDOM zapewniała przede wszystkim pomoc w zakresie rehabilitacji, w połączeniu z innymi działaniami nie jest możliwe wykazanie jednej formy wsparcia zaoferowane w DDOM, którą można uznać za najskuteczniejszą. W badaniu jakościowym FGI przedstawiciele personelu DDOM – w tym lekarz geriatra, szczególnie podkreślali użyteczność wskazanej powyżej oferty DDOM, jako całości. Jak podkreślali, pacjentom oferowano szczegółową diagnostykę, pod kątem sprawności intelektualnej, ogólnego stanu zdrowia i narządów ruchu, a następnie opracowywano odpowiednie leczenie rehabilitacyjne, fizjoterapeutyczne w połączeniu z pomocą psychologa, dietetyka, czy terapeuty zajęciowego. Podkreślana jest tutaj skuteczność nie tyle konkretnych form wsparcia, ale przede wszystkim kompleksowość udzielonej pomocy.

*Oczywiście, że pacjenci różnie do tego podchodzili, ale nie ma to znaczenia bo większość pacjentów bardzo sobie ceniła ta część fizjoterapeutyczną na pewno. Bo mieli na miejscu kompleksową rehabilitację i fizjoterapię, kompleksowe porady lekarskie. DDOM-personel, lekarz geriatra.*

Wyniki I etapu badania pokazują, że: „Pacjenci mieli wpływ na zakres udzielanego im wsparcia w pełnym (48%) bądź w pewnym zakresie (34%). W realizowanej opiece brane były pod uwagę potrzeby pacjentów np. w zakresie dodatkowej pracy z psychologiem, konsultacji lekarskich. Mogli 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."[5]

Fizjoterapeuci zatrudnieni w DDOM, podkreślali ważność realizowanych przez nich działań, najważniejsze w ich opinii było wzmocnienie pacjenta na tyle, aby mógł być on w miarę możliwości samodzielny, nawet w sytuacji, kiedy jeden z narządów ruchu nie jest w pełni sprawny, to dzięki odpowiednim ćwiczeniom, można nauczyć się wykorzystywać się siłę pozostałych narządów.

Kierownicy DDOM, jako dobrą praktykę wskazywali – rehabilitację społeczną, czy aktywizację społeczną, na co również uwagę zwracali lekarze rehabilitacji i psycholodzy. Założenia projektu opierały się na pomocy medycznej pacjentom, zgodnie z zapisanymi powyżej działaniami. Współpraca w grupie, możliwość kontaktu z osobami o podobnych problemach zdrowotnych, możliwość zjedzenia wspólnego posiłku, w dużym stopniu wpływała na poprawę stanu zdrowia pacjentów i ich chęć do aktywnego korzystania z oferowanych form pomocy w DDOM.

Dobrą praktyką, można również nazwać wzmacnianie się wzajemne pacjentów pracujących w grupie. Na ten efekt wskazywali lekarze rehabilitacji oraz fizjoterapeuci zatrudnieni w DDOM. Pacjenci, którzy wspólnie wykonywali ćwiczenia motywowali się wzajemnie do wysiłku, porównywali osiągane efekty, co dodatkowo ich motywowało do podejmowania wzmożonego wysiłku. Efektem czego był powrót do sprawności i chęć utrzymania tego stanu po opuszczeniu DDOM.

*To mobilizowało całą grupę, dzięki temu, że pracowaliśmy w grupie, ci udzie dowiedzieli się np., że mają prawo do świadczeń jako osoba niepełnosprawna. Co dla nich było rzeczą niepojętą, że mogą postarać się o chodzik, o kartę osoby niepełnosprawnej, myśmy na miejscu informowali, prowadzili i załatwiali. DDOM-kierownik DDOM.*

### *Jak oceniają jakość wsparcia udzielonego w DDOM pacjenci, a jak ich opiekunowie? Jak należy ocenić działania edukacyjne dla członków rodzin osób niesamodzielnych w zakresie działań opiekuńczych? Czy opiekunom faktycznym pacjentów brakowało jakiegokolwiek wsparcia?*

Pacjenci DDOM zostali poproszeni o ocenę jakości wsparcia jakie otrzymali w ramach projektów DDOM na skali, gdzie ocena 1 oznaczała bardzo niską jakość, a ocena 5 bardzo

[5] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

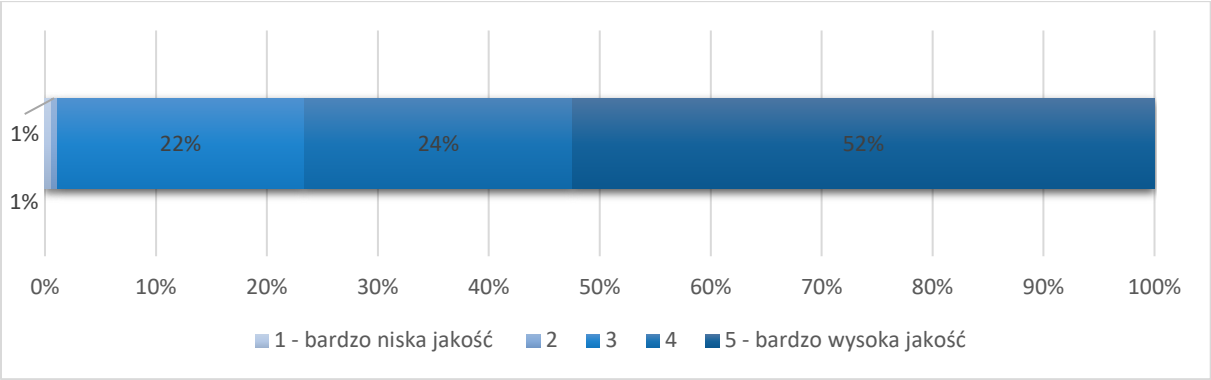
wysoką jakość. **Najlepiej oceniona została opieka pielęgniarska** – średnia wyniosła 4,8. Równie wysoko oceniono usprawnienia ruchowe (rehabilitacja, fizjoterapia, itp.) – średnia 4,7.
Na skali powyżej 4 oceniono również **zajęcia wzmacniające pamięć** – średnia 4,4. Poniżej oceny 4 uzyskały takie działania jak: doradztwo w doborze odpowiednich leków oraz zajęcia wzmacniające umiejętności potrzebne do wykonywania codziennych prac – średnia ocen 3,9.

*Wykres 4. Ocena jakości działań DDOM.*

*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Opiekunowie pacjentów uczestniczący w projektach DDOM również zostali poproszeni o ocenę jakości działań oferowanych w DDOM, były to zajęcia edukacyjne, mające na celu wzmocnienie ich wiedzy, w celu kontynuacji opieki nad osobą zależną po opuszczeniu DDOM. Średnia ocen wyniosła 4,3 na skali 5 punktowej, co oznacza, iż w opinii badanych działania te były wysokiej jakości.

*Wykres 5. Ocena jakości zajęć/działań edukacyjnych mających na celu kontynuację opieki nad osobą.*



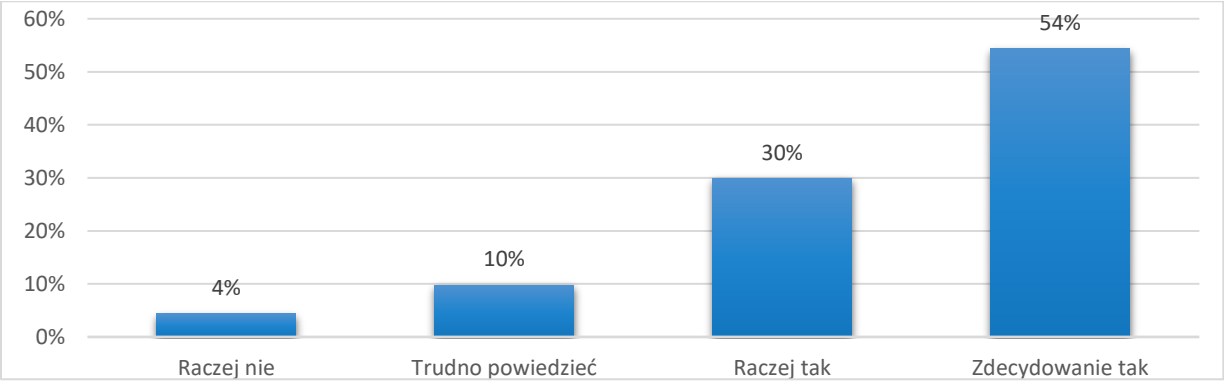

*Źródło: CATI opiekunowie (N=360).*

Na wysoką ocenę jakości zajęć organizowanych w DDOM wskazują również wyniki I etapu badania: „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. 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."[6]

Zarówno pacjenci DDOM jak i ich opiekunowie dobrze oceniają jakość wsparcia, jakie otrzymali w placówkach. Pojawiają się drobne różnice w ocenie poszczególnych form, ale co do zasady badani nie wykazali zastrzeżeń w tym obszarze. Co istotne, w ich opinii pomoc jaką otrzymali od personelu dziennego domu miała wpływ na poprawę stanu zdrowia osoby, którą się opiekowali – 30% odpowiedzi zdecydowanie tak oraz 54% zdecydowanie tak.

*Wykres 6. Wpływ działań edukacyjnych oferowanych w DDOM, na stan zdrowia pacjenta – perspektywa opiekuna.*

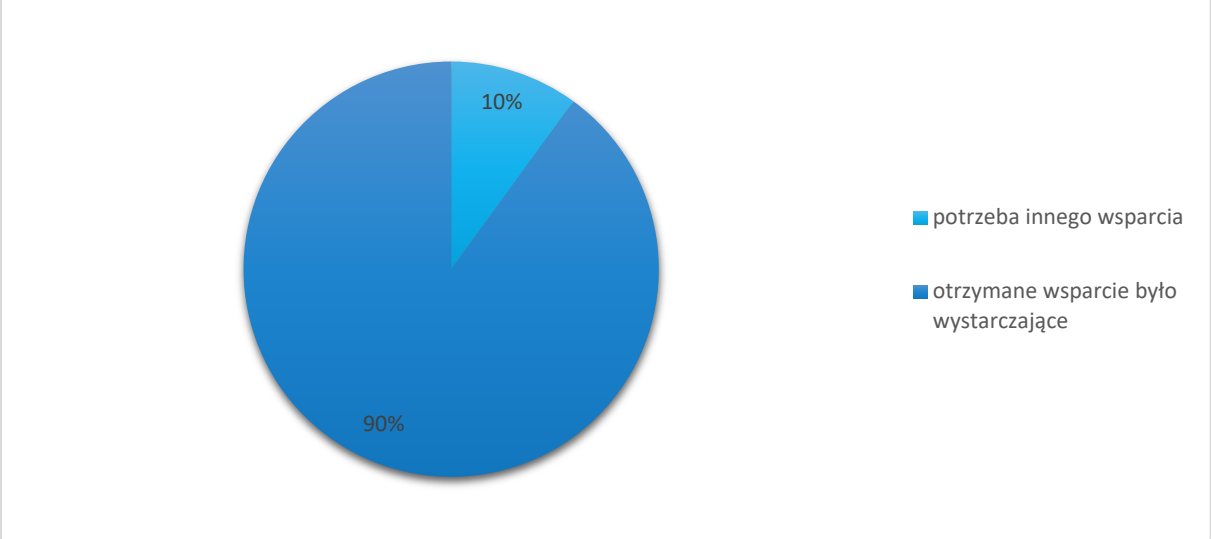



*Źródło: CATI opiekunowie (N=360).*

Jedynie 10% badanych na pytanie o to, czy brakowało jakiegokolwiek wsparcia udzieliło odpowiedzi pozytywnej. Zdecydowana większość badanych 90%, jest zdania, iż wsparcie jakie otrzymali odpowiadało ich potrzebom i w tym względzie było wystarczające. Wśród odpowiedzi wskazujących na potrzebę innego wsparcia, badani nie wskazywali na elementy związane ze wsparciem oferowanym w DDOM. Były to raczej subiektywne potrzeby i opinie dotyczące sposobu świadczenia usługi, np. niedopasowanie godzin pobytu do godzin pracy opiekuna, zbyt krótki czas pobytu, braki personelu (w tym zbyt mała liczba godzin pracy specjalistów, np. psychologa, logopedy), problemy z dojazdem.

[6] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

*Wykres 7. Zapotrzebowanie na inne wsparcie, niż to oferowane w DDOM – perspektywa opiekuna.*




*Źródło: CATI opiekunowie (N=360).*

Na podstawie przytoczonych wyników badania, należy pozytywnie ocenić wsparcie jakie otrzymali opiekunowie pacjentów i podkreślić, iż w opinii badanych opiekunów pacjentów, zaoferowane wsparcie było dla nich wystarczające, nie mają w tym względzie dodatkowych potrzeb.

### *Czy sytuacja uczestników projektów jest lepsza niż świadczeniobiorców, którzy nie korzystali z tej lub podobnej formy wsparcia współfinansowanej z EFS?*

Do badania metodą kontrfaktyczną zostały zaproszone osoby, które powinny spełniać wymogi stawiane pacjentom DDOM. W realizacji badania w terenie ankieterów wspierały pielęgniarki środowiskowe oraz organizacje pozarządowe działające na rzecz pacjentów. Ankieter przed zakwalifikowaniem osoby do badania był zobowiązany zweryfikować wiek respondenta oraz poziom samodzielności respondenta na skali Barthel (ocena w granicach 40-65 punktów kwalifikowała osobę do badania).

Odpowiadając na pytanie, czy możliwe byłoby osiągniecie podobnych efektów przy wykorzystaniu innych środków, należy przytoczyć wyniki badań techniką kontrfaktyczną. Analiza efektu netto obrazuje, jaki odsetek działań został zrealizowany dzięki wsparciu środkami EFS, im wyższy odsetek różnicy pomiędzy odpowiedziami w grupie kontrolnej i eksperymentalnej, tym większy wpływ środków EFS na osiągnięcie danego efektu. Badani pacjenci, którzy nie skorzystali ze wsparcia w ramach DDOM raczej negatywnie oceniają swój stan zdrowia. Łącznie 71% negatywnych odpowiedzi, a 27% pozytywnych. W grupie pacjentów DDOM, ocena ta jest bardziej zróżnicowana, 48% pozytywnych odpowiedzi w porównaniu do 38% negatywnych odpowiedzi. Różnica pomiędzy grupą eksperymentalną a kontrolną w przypadku odpowiedzi pozytywnych wynosi 21 p.p, oznacza to, iż pacjenci DDOM lepiej oceniają swój stan zdrowia, niż osoby, które nie skorzystały z takiej formy leczenia.

*Tabela 3. Metoda kontrfaktyczna – efekt netto – samoocena stanu zdrowia.*

| subiektywna ocena stanu zdrowia | grupa eksperymentalna | grupa kontrolna | efekt netto |
|---|---|---|---|
| Zdecydowanie dobrze | 9% | 1% | 8 p.p. |
| Raczej dobrze | 39% | 26% | 13 p.p. |
| Raczej źle | 26% | 46% | -20 p.p. |
| Zdecydowanie źle | 12% | 25% | -13 p.p. |
| Trudno powiedzieć | 14% | 2% | 12 p.p. |

*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360, pacjenci N=360.*

Na pytanie o to, do jakich usług mają dostęp pacjenci niekorzystający ze wsparcia w ramach DDOM, najczęściej pojawiały się takie odpowiedzi jak: pomoc medyczna – 94% wskazań, rehabilitacja – 41% wskazań, usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne – 30% wskazań. Pojawiały się jedynie sporadyczne wskazania na pozostałe wymienione działania: zajęcia manualne, edukacyjne. Interpretując efekt netto w przypadku korzystania z danej usługi istotne są odpowiedzi zarówno negatywne jak i pozytywne. Interpretacja efektu netto:

a) zajęcia towarzyskie: efekt netto wynosi 78 p.p., oznacza to, że realizacja tego typu wsparcia występuje tylko w przypadku pacjentów DDOM, bez tej interwencji pacjenci nie otrzymaliby takiej usługi;
b) zajęcia edukacyjne: efekt netto wynosi 53 p.p., oznacza to, iż 1% pacjentów otrzymałby usługę w postaci zajęć edukacyjnych bez realizacji projektów DDOM, ale dzięki realizacji tych projektów, usługę taką otrzymało dodatkowo 53% pacjentów;
c) zajęcia manualne: efekt netto wynosi 73 p.p., oznacza to, iż 4% pacjentów otrzymałby usługę w postaci zajęć manualnych bez realizacji projektów DDOM, ale dzięki realizacji tych projektów, usługę taką otrzymało dodatkowo 73% pacjentów;
d) rehabilitacja: efekt netto wynosi 73 p.p., oznacza to, iż 41% pacjentów otrzymałby usługę w postaci zajęć manualnych bez realizacji projektów DDOM, ale dzięki realizacji tych projektów, usługę taką otrzymało dodatkowo 57% pacjentów;

Analiza pokazuje, iż bez wsparcia DDOM pacjenci, nie mają przede wszystkim dostępu do zajęć towarzyskich. W ograniczonym stopniu osoby niekorzystające z oferty DDOM mają dostęp do zajęć edukacyjnych i zajęć manualnych, w obu przypadkach udział grupy eksperymentalnej w dostępności do wskazanych usług jest zdecydowanie wyższy niż w grupie kontrolnej. Wymienione usługi stanowią element dodatkowy oferty DDOM i nie są stosowane w leczeniu pacjentów poza DDOM, w konsekwencji obserwowany jest wysoki wpływ środków EFS na dostępność do wymienionych usług. **Ważny jest natomiast wpływ realizowanych projektów na możliwość skorzystania z usług rehabilitacji. Przyjmując dokonaną powyżej interpretację, dzięki realizacji projektów udało się objąć usługami rehabilitacji dodatkowe 57% pacjentów.**

*Tabela 4. Metoda kontrfaktyczna – efekt netto – dostępność do usług, działań lub miejsc mających wpływ na poprawę stanu zdrowia pacjenta.*

| rodzaj usług | grupa eksperymentalna | | grupa kontrolna | | efekt netto |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | tak | nie | tak | nie | 5=4-2 |
| Zajęcia towarzyskie | 78% | 22% | 0% | 100% | 78 p.p. |
| Zajęcia edukacyjne | 54% | 46% | 1% | 99% | 53 p.p. |
| Zajęcia manualne | 77% | 23% | 4% | 96% | 73 p.p. |
| Rehabilitacja | 98% | 2% | 41% | 59% | 57 p.p. |
| Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne | n/d | n/d | 30% | 70% | n/d |
| Pomoc medyczna (dobór leków, badania, dostęp do specjalistów, itp.) | n/d | n/d | 94% | 6% | n/d |
| Nie posiadam dostępu do takich osób lub miejsc | n/d | n/d | 2% | 98% | n/d |

*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360, pacjenci N=360.*

Spośród wszystkich badanych metodą kontrfaktyczną, 41% ma dostęp do usług rehabilitacyjnych, na których skupia się działalność DDOM. Dlatego też porównano subiektywną ocenę stanu zdrowia tych osób z oceną pacjentów DDOM. **Widoczna jest znaczna różnica w odczuwaniu stanu zdrowia między badanymi grupami, różnica pomiędzy pozytywnymi odpowiedziami wynosi 14 p.p., a w przypadku oceny negatywnej jest jeszcze wyższa i wynosi 27 p.p.** Pacjenci DDOM częściej nie byli w stanie jednoznacznie ocenić swojego stanu zdrowia, niż miało to miejsce w przypadku grupy kontrfaktycznej. Pacjenci w grupie kontrolnej mogli mieć problem z jednoznaczną oceną swojego stanu zdrowia, gdyż poddani byli wsparciu w placówkach DDOM, co mogło powodować poczucie, iż powinni czuć się lepiej (wyższa ocena stanu zdrowia), ale być może z powodu wielu współwystępujących chorób nie mogli jednoznacznie tego ocenić. Nie chcąc negatywnie wypowiadać się na temat efektów projektu (które ocenili pozytywnie) woleli wskazać odpowiedź neutralną.

*Tabela 5. Metoda kontrfaktyczna – efekt netto – samoocena stanu zdrowia, osoby korzystające z rehabilitacji.*

| subiektywna ocena stanu zdrowia - rehabilitacja | grupa eksperymentalna | grupa kontrolna | difference-in-differences |
|---|---|---|---|
| Zdecydowanie dobrze | 9% | 1% | 8% |
| Raczej dobrze | 39% | 33% | 6% |
| Raczej źle | 26% | 37% | -11% |
| Zdecydowanie źle | 12% | 28% | -16% |
| Trudno powiedzieć | 14% | 1% | 13% |

*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360, pacjenci N=360.*

Wskazywane przez pacjentów objętych metodą kontrfaktyczną usługi najczęściej realizowane były w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w szpitalach, w ośrodkach pomocy społecznej, u prywatnych rehabilitantów, w sanatoriach, przez organizację pozarządową lub przez innych członków rodziny. W zależności od podmiotu, który realizuje wskazane działania, pojawia się odpowiadające mu finansowanie, są to zarówno środki publiczne, prywatne, możliwe było również łączenie obu tych źródeł finansowania.

Zdaniem jedynie 36% badanych pacjentów (metoda kontrfaktyczna), oferowana w tych miejscach pomoc, jest wystarczająca, aby poradzić sobie ze swoimi problemami zdrowotnymi. W odniesieniu do pacjentów DDOM, pomoc jaką otrzymali oni w placówkach w ich opinii w dużym stopniu wpłynęła na poprawę ich stanu zdrowia i wystarczyła do tego, aby mogli poradzić sobie ze swoimi problemami zdrowotnymi – łącznie 93% pozytywnych odpowiedzi. Z uwagi na odmienne podejście do oceny wpływu udzielonej pomocy na poprawę stanu zdrowia w grupie eksperymentalnej i kontrolnej, nie wyliczono efektu netto. Dla celów niniejszego badania można jednak porównać wartości pozytywnych odpowiedzi w obu przypadkach. Różnica wynosi 57 p.p., co oznacza, ze właśnie taki odsetek badanych uzyskał pomoc dzięki realizacji projektów DDOM. Pozostałe osoby (36%), otrzymałyby wsparcie pomimo wprowadzenia interwencji.

*Tabela 6. Wpływ udzielonej pomocy na poprawę stanu zdrowia.*

| Czy pobyt w dziennym domu wpłynął na poprawę Pana/Pani stanu zdrowia: | | Czy pomoc jaką Pan/Pani otrzymał/otrzymała w tych miejscach lub od tych osób jest wystarczająca, aby poradzić sobie ze swoimi problemami zdrowotnymi: | |
|---|---|---|---|
| grupa eksperymentalna | | grupa kontrolna | |
| odpowiedź | odsetek | odpowiedź | odsetek |
| Zdecydowanie tak | 65% | jest wystarczająca | 9% |
| Raczej tak | 28% | raczej jest wystarczająca | 27% |
| Raczej nie | 3% | raczej nie jest wystarczająca | 37% |
| Zdecydowanie nie | 1% | nie jest wystarczająca | 27% |
| Nie mam zdania | 2% | | |

*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360, pacjenci N=360.*

Jednocześnie badani, którzy nie mają dostępu do specjalistycznych placówek, najczęściej realizują je przy udziale najbliższej rodziny, czy znajomych, lub nie realizują ich w ogóle (tak jak np. w przypadku usług pielęgniarskich). Jedynie w przypadku usprawnień ruchowych badani w zbliżonym odsetku realizują takie działania: samodzielnie, z pomocą najbliższej rodziny, znajomych lub w ogóle ich nie realizują (odpowiednio 34%,36%, 30% wskazań).

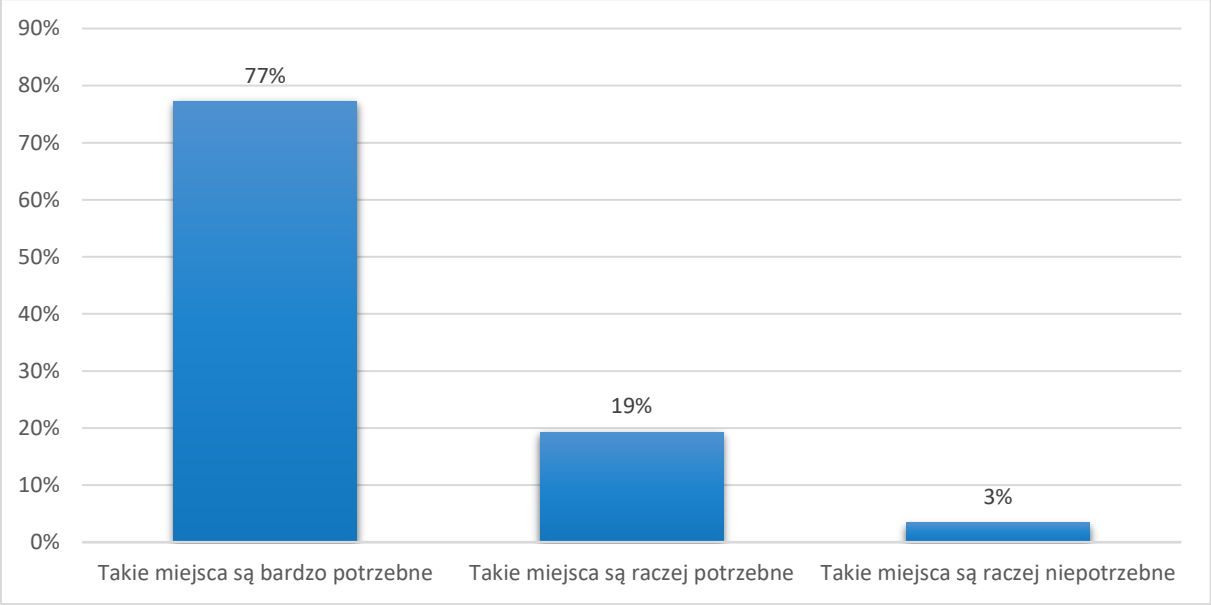
*Tabela 7. Sposób dbania o zdrowie w przypadku braku możliwości skorzystania z usług realizowanych w podmiotach do tego celu przygotowanych.*

| rodzaj usługi | samodzielnie | z pomocą najbliższej rodziny, znajomych | nie realizuję takich działań |
|---|---|---|---|
| opieka pielęgniarska | 12% | 36% | **52%** |
| doradztwo w doborze odpowiednich leków | 19% | **44%** | 19% |
| usprawnienia ruchowe (rehabilitacja, fizjoterapia, itp.) | 34% | **36%** | 30% |
| zajęcia/ćwiczenia wzmacniające pamięć, orientację, myślenie, mowę, itp. | 25% | **42%** | 34% |
| zajęcia/ ćwiczenia wzmacniające umiejętności potrzebne do wykonywania codziennych prac (przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, ubieranie się, korzystanie z komputera, telefonu, itp.) | 27% | **37%** | 36% |

*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360.*

**Łącznie 90% badanych jest zdania, iż dostęp do usług oferowanych w DDOM miałby pozytywny wpływ na możliwość powrotu do zdrowia.** Zdaniem pacjentów objętych badaniem metodą kontrfaktyczną funkcjonowanie miejsc, w których zapewnia się szeroki wachlarz wsparcia takiego jak: pomoc medyczna (dobór leków, badania, rehabilitacja, itp.), usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, zajęcia pozamedyczne (organizowanie czasu wolnego, pomoc w codziennych czynnościach) jest bardzo potrzebne (77% badanych uznało, że jest bardzo potrzebne, a 19%, że raczej potrzebne, tylko 3% uznało, że są one raczej niepotrzebne).

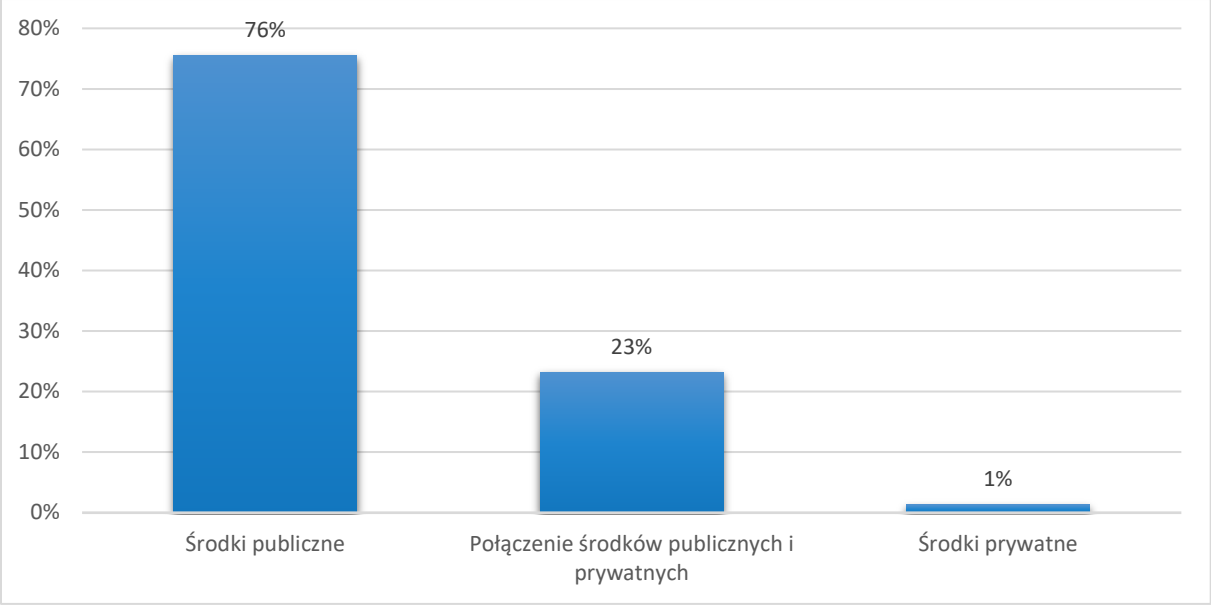
*Wykres 8. Potrzeba funkcjonowania miejsc oferujących usługi takie jak w DDOM – grupa kontrolna.*




*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360.*

Co istotne 76% badanych zakłada, iż dostępność takich placówek, jak DDOM powinna zostać zapewniona z środków publicznych, a 23% badanych zakłada możliwość łączenia środków publicznych oraz prywatnych, tylko 1% badanych uznał, że mogłyby być finansowane tylko z środków prywatnych.

*Wykres 9. Z jakich środków powinny być finansowane placówki, takie jak DDOM.*




*Źródło: badanie własne, metoda kontrfaktyczna N=360.*

Podsumowując można powiedzieć, iż sytuacja osób, które skorzystały z pomocy DDOM jest nieco lepsza niż pacjentów, którzy z takiej pomocy nie skorzystali. **Subiektywna ocena stanu zdrowia w grupie eksperymentalnej jest wyższa niż w grupie kontrolnej, o czym traktują powyższe wyniki badań.** Co ważne, osoby niekorzystające z oferty DDOM, nie wskazały, iż mają oni możliwość otrzymania podobnej pomocy w innych miejscach. Należy również zwrócić szczególną uwagę, iż tylko 42% badanych ma dostęp do usług rehabilitacyjnych, a 30% do usług opiekuńczych. Ponadto nie pojawiają się w ogóle wskazania na te obszary, które bardzo wysoko cenili zarówno pacjenci jak i personel DDOM (takie jak: zajęcia edukacyjne, manualne, towarzyskie), jako te, które przyczyniają się do osiągania bardzo dobrych efektów medycznych u osób przebywających w DDOM. Pod tymi względami sytuacja zdrowotna pacjentów DDOM powinna zostać lepiej oceniona niż pacjentów niekorzystających z tego typu świadczeń.

*Jakie są koszty alternatywne wsparcia w DDOM?*

Realizacja badania w grupie osób, które nie otrzymały wsparcia DDOM, pozwoliła na określenie, w jaki inny sposób i czy w ogóle osoby te realizują swoje potrzeby w zakresie zbliżonym do oferty DDOM. Spośród wszystkich badanych pacjentów metodą kontrfaktyczną, 41% ma dostęp do usług rehabilitacyjnych, na których skupia się działalność DDOM.
W ramach realizowanych projektów spośród 360 badanych pacjentów, z usług rehabilitacyjnych skorzystało 98 % badanych (wsparcie to było podstawowym działaniem DDOM, objęcie tym wsparciem 98% badanych mieści się w zakładanym błędzie statystycznym). Oznacza to, że gdyby nie zastosowano wsparcia w obszarze DDOM, wsparcie rehabilitacyjne otrzymałoby tylko ok 40% osób, które go potrzebowało. W odniesieniu do wsparcia DDOM, rozwiązaniem alternatywnym może być np. pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym. Należy pamiętać, iż rozwiązania stosowane w DDOM stanowią unikalne rozwiązanie w skali kraju, nie ma tutaj możliwości zapewnienia podobnego wsparcia pacjentów przez inne placówki. Jeżeli alternatywne rozwiązanie dałoby lepsze efekty niż realizowany wariant (koszt alternatywny przewyższa korzyści uzyskane z realizacji przyjętego wariantu), to oznacza, że projekty DDOM nie są konieczne do realizacji. Jednakże jak wskazują eksperci uczestniczący w badaniach jakościowych, w sytuacji braku alternatywnych rozwiązań, dających podobne efekty medyczne i społeczne opisana powyżej sytuacja nie zachodzi.

### 3.2.2. Ocena personelu Dziennych Domów Opieki Medycznej

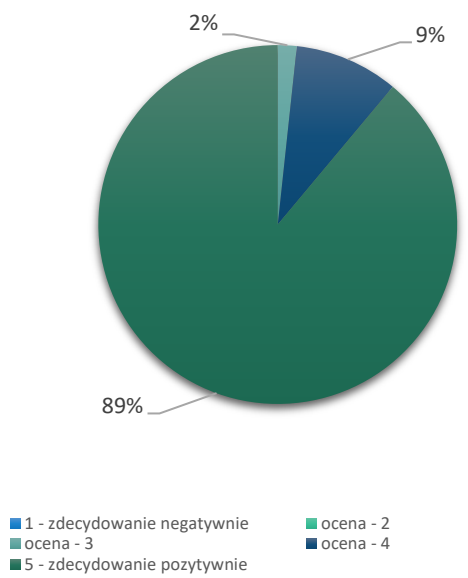
*Czy kwalifikacje personelu DDOM były dostosowane do potrzeb pacjentów DDOM?*

Pacjenci DDOM bardzo dobrze ocenili jakość pracy personelu placówek, zarówno pod kątem jakości wykonywanej przez nich pracy, życzliwości wobec pacjentów, sposobu komunikacji (w tym dostępności personelu dla pacjentów), jak i wiedzy i umiejętności w wykonywaniu swoich zadań. Średnia ocen dla poszczególnych elementów dokonywanej oceny jest następująca:

a) umiejętności wykonywania pracy – średnia ocena 4,9;
b) życzliwości w stosunku do pacjenta – średnia ocena 4,9;
c) wiedzy, umiejętności udzielenia fachowej porady/pomocy – średnia ocena 4,8;
d) sposobu komunikacji (stosowany język, dostępność, itp.) – średnia ocena 4,9.

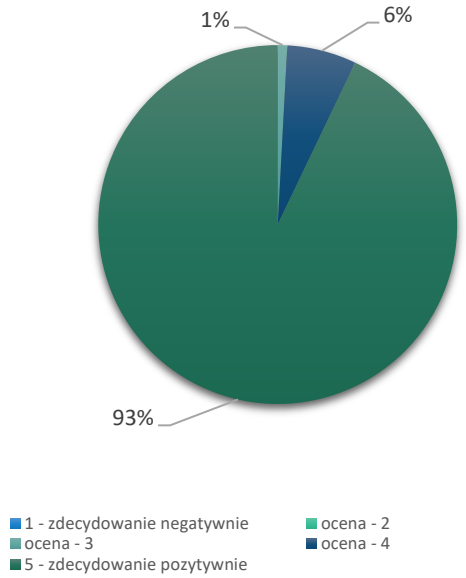
Szczegółowy rozkład ocen zawierają wykresy na kolejnej stronie.

*Wykres 10. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: umiejętności wykonywania pracy.*



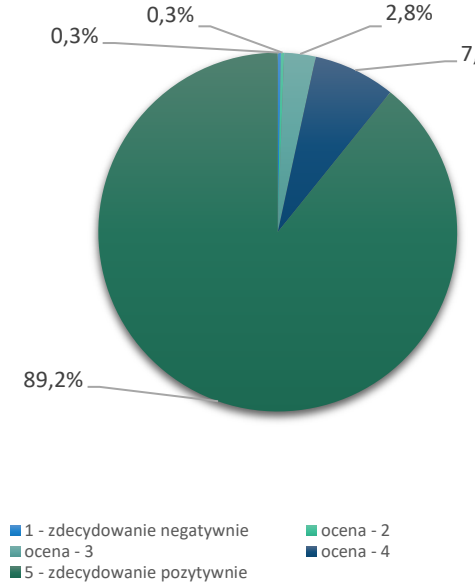

*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

*Wykres 11. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: życzliwości w stosunku do pacjenta.*



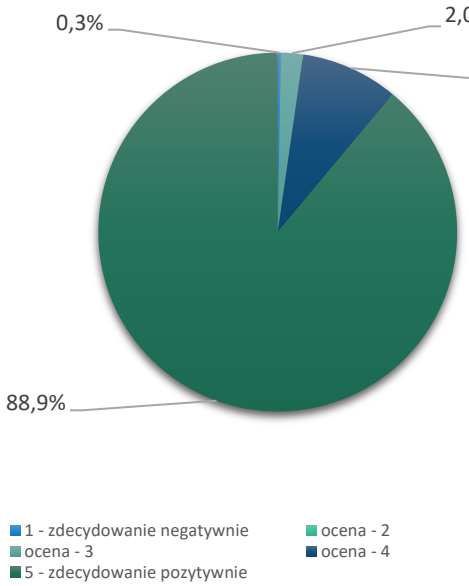

*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

*Wykres 12. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: wiedzy, umiejętności udzielenia fachowej porady lub pomocy*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

*Wykres 13. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: sposobu komunikacji (stosowany język, dostępność, itp.)*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Podobne oceny pracy personelu określono w I etapie badania: „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%.”. Ponadto wyniki I etapu badania wskazują, że: „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)."[7]

Eksperci obecni na panelu podkreślali, że wymogi stawiane w świadczeniu gwarantowanym wymagają określonych kompetencji i kwalifikacji jakimi dysponuje personel. Nie mogą być zatrudniane osoby, które tych wymagań nie spełniają, tym samym świadczenie nie może zawierać wymagań, jakich nie spełnią specjaliści. Nie widzą w tym względzie potrzeby zmian, gdyż zaplanowane świadczenie gwarantowane zawiera wszystkie aktualne wymogi, co do kwalifikacji personelu.

O jakości kwalifikacji personelu można pośrednio wnioskować z oceny jakości opieki, która była wysoka oraz o korzyściach zdrowotnych, które potwierdzają wyniki uzyskane metodą kontrfaktyczną. Wyniki te są wypadkową metodyki działania DDOM, ale także, a może przede wszystkim jakości pracy profesjonalistów. Pomimo tych generalnie wysokich ocen, bardziej szczegółowa analiza uzyskanych w ewaluacji wyników pozwala zidentyfikować te obszary kwalifikacji, które mogą być zoptymalizowane i podwyższone (m.in. wyodrębnione ze względu na niższą ocenę odbiorców). Należą do nich:

- Umiejętności psychologiczne w zakresie prowadzenia grupy i wykorzystywania wsparcia w grupie dla efektywności oddziaływań (społeczny wymiar zdrowia);
- Metodyka nowoczesnej edukacji zdrowotnej kierowanej do odbiorców o specyficznych potrzebach (m. in. osób starszych, niżej wykształconych). Idzie tu zarówno o treści jak i formy kształcenia i stosowane środki dydaktyczne. Edukacja może dotyczyć, m. in. samoopieki i samopielęgnacji ale także edukacji opiekunów.
- Umiejętności pracy w zespole interdyscyplinarnym, wykorzystania superwizji. Idzie tu z jednej strony o rozumienie korzyści z takiej organizacji oddziaływań profesjonalnych, ale także codziennej metodyki działania związanej z przepływem informacji oraz uzupełnianiem oddziaływań różnych profesjonalistów.

Generalnie metodyka pracy DDOM i ewaluacja ich dotychczasowej działalności wskazują, iż pracujący w nich profesjonaliści powinni umieć „przełamywać" w pracy paradygmat, w którym byli kształceni. Oznacza to, że personel lekarski i pielęgniarski wykształcony w paradygmacie medycznym musi w swojej pracy (ale i w modelu kształcenia ustawicznego) rozumieć i wdrażać elementy paradygmatu humanistycznego. Z kolei personel wykształcony

[7] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

w paradygmacie humanistycznym, np. psycholodzy, musi rozumieć założenia i wymagania paradygmatu medycznego, który także jest w placówkach DDOM realizowany.
Kształcenie może być realizowane w trybie formalnym w postaci specjalnie (do)finansowanych (np. ze środków UE) studiów podyplomowych lub włączenie takich treści kształcenia do studiów w akademiach medycznych i innych uczelniach kształcących potrzebnych do pracy w DDOM profesjonalistów.
Z drugiej strony należy rozważyć stymulowanie możliwości kształcenia pozaformalnego i nieformalnego, np. poprzez stwarzanie możliwości do wymiany doświadczeń, między różnymi DDOM (np. podczas konferencji dla profesjonalistów tego typu placówek) lub dedykowanych sesji na konferencjach dla profesjonalistów medycznych. Tego typu model sprawdza się w szkoleniu kadr placówek leczenia uzależnień (udział profesjonalistów w tych formach kształcenia finansowany jest ze środków prywatnych, przez samorządy lokalne lub organizacje pozarządowe, np. ze środków grantowych).

*Czy należy w jakiś sposób zreformować system kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie dziennej długoterminowej opieki medycznej, tak aby lepiej przygotowywał do pracy z osobami niesamodzielnymi, którzy będą korzystać z tego rodzaju świadczeń?*

W celu pozyskania informacji na temat tego, czy i w jaki sposób należy zreformować system kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie dziennej długoterminowej opieki medycznej, tak aby lepiej przygotowywał do pracy z osobami niesamodzielnymi, którzy będą korzystać z tego rodzaju świadczeń, wykorzystano badanie techniką wywiadu pogłębionego z przedstawicielami kierowników DDOM oraz jego personelu. Badani jednogłośnie uznali, że w tym zakresie nie mają takich potrzeb, czego potwierdzeniem jest poniższy cytat:

> *Pytanie czy zabrakło to nie jest dobre stwierdzenia. Po studiach mamy pewną wiedzę bazową, z punktu widzenia fizjoterapii i geriatrii ta wiedza jest wystarczająca, żeby spokojnie zacząć pracę w takim projekcie. Personel DDOM – fizjoterapeuta.*

*Czy w wyniku realizacji projektów DDOM można wskazać jakieś konkretne kompetencje/umiejętności przedstawicieli zawodów medycznych, które można byłoby nadal wspierać z EFS? Jeśli tak, to na jakich zasadach udzielać dalszego wsparcia z EFS dotyczącego rozwoju kwalifikacji personelu medycznego w przedmiotowym obszarze?*

W sposób szczegółowy na temat kwalifikacji personelu DDOM wypowiadali się uczestnicy badań jakościowych (FGI) – personel oraz kadra kierownicza. Badani byli zdania, iż personel DDOM był przygotowany w taki sposób, aby w pełni realizować swoje zadania. Pojawiały się jedynie wątpliwości co do tego, czy dobrze oszacowano liczbę godzin niektórych specjalistów, ale problem ten nie wiąże się z kompetencjami, czy umiejętnościami. Praktyka realizacji działań z pacjentami pokazała, iż np. w jednej z placówek zapewniono zbyt dużo godzin pracy dietetyka, a za mało terapeuty zajęciowego. Jak przyznali badani, sami nie przewidzieli tak dużej potrzeby pracy terapeuty zajęciowego. Na tę potrzebę mogą wskazywać również

odpowiedzi badanych pacjentów, którzy w sposób pozytywny ocenili pomoc inną niż medyczna (rehabilitacja).

W odniesieniu do kwalifikacji badani przedstawiciele DDOM podkreślają, iż w tej pracy najważniejsze jest doświadczenie. Ponadto każdy, kto pracuje w tym zawodzie powinien być „na bieżąco", gdyż medycyna jest dziedziną podlegającą szybkim zmianom i aktualizacja wiedzy jest niezbędna do wykonywania zawodu na wysokim poziomie.

*Medycyna się teraz bardzo szybko rozwija, jest coraz więcej sposobów pracy z pacjentem i opieki nad tym pacjentem, nie da się nie kształcić.*

Badani potwierdzają, iż wymagania względem zespołu, jakie zapisano w „Standardzie", są odpowiednie i powinny zostać utrzymane. Zgodnie ze Standardem DDOM w placówce powinna być zapewniona opieka, realizowana przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie:

1) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;
2) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
3) lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
4) pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu, magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej"
5) pielęgniarka - posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej"
6) osoba prowadząca fizjoterapię – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej"; – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;

7) opiekun medyczny – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” - 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów
8) terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo
9) psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo

Dopuszcza się możliwość angażowania do zespołu terapeutycznego w przypadku zdiagnozowania u pacjenta potrzeby w tym zakresie:

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

Dodatkowo, w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.[8]

Kierownicy DDOM oraz osoby zatrudnione jako personel, podkreślały, iż największą trudność powoduje współwystępowanie chorób u osób starszych. Nawet jeśli pacjent został przyjęty do placówki DDOM, z zaleceniem rehabilitacji, to nie oznacza, iż jest to jego jedyne schorzenie. Personel musi być przygotowany na pomoc takiej osobie w każdej sytuacji. Dlatego tak ważne jest, aby zbudować zespół różnorodny, w którym dostępni będą specjaliści z wielu dziedzin, wzajemnie uzupełniających swoje kwalifikacje, co udało się osiągnąć w realizowanych projektach, dzięki stosowanemu Standardowi.

*Z racji tego, że nakłada się wiele jednostek chorobowych, trzeba umieć reagować na każdą z tych jednostek. Jeśli pacjent zasłabnie podczas ćwiczeń, bo spadł mu cukier, też muszę umieć reagować. Tu pojawia się problem, żeby reagować na wszystkie jednostki, z którymi pacjenci przychodzą.*

**Kierownicy DDOM oraz personel medyczny zatrudniony w placówce, potwierdzają, iż wiedza jaką otrzymują na studniach jest wystarczająca do pełnienia zawodu, czują się pod tym względem przygotowani i nie widzą potrzeby modyfikacji w tym zakresie.** Ważne jest zdobywanie doświadczenia i uczenie się przez całe życie.

[8] Dzienny dom opieki medycznej - organizacja i zadania, aktualizacja wrzesień 2017 r.

*Natomiast myślę, ze kwestia jest tez tego, że cały czas potrzebujemy się rozwijać generalnie zawodowo a nie, że nas DDOM zmusza. Każdy jeden pacjent, z którym pracujemy wnosi coś do naszego doświadczenia zawodowego.*

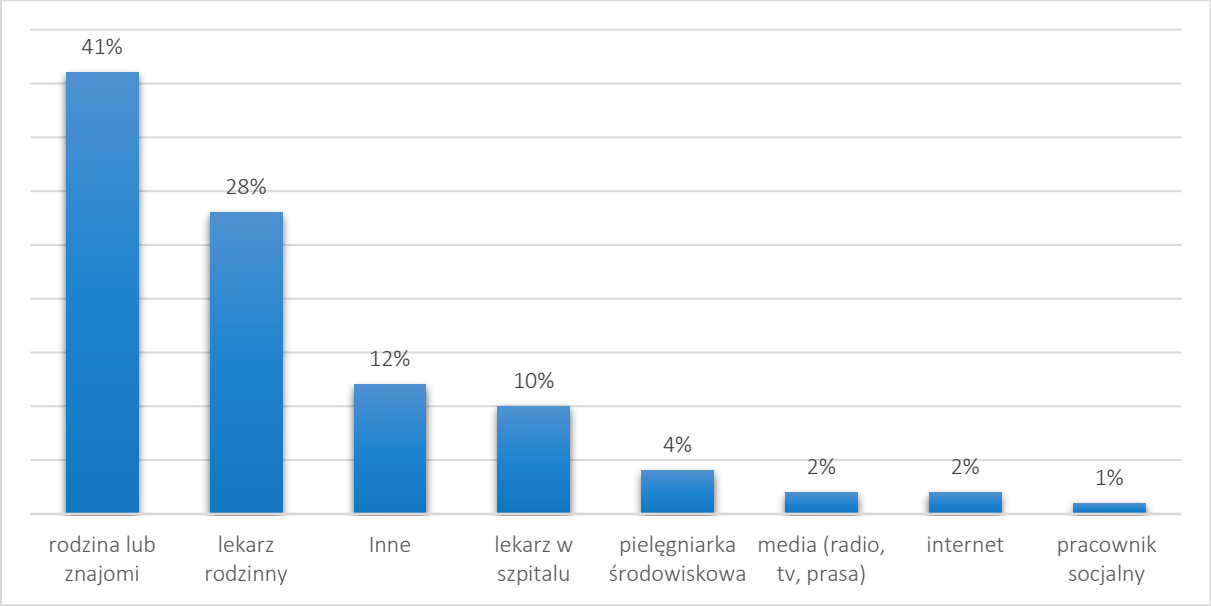
Badani nie wskazywali na konkretne kompetencje, czy kwalifikacje jakie w ich opinii należałoby nadal rozwijać. Jak sami podkreślają, jest to obszar dynamicznych zmian, dlatego trudno jest zaplanować jakie kwalifikacje będą potrzebne w przyszłości. Badani zwrócili raczej uwagę na potrzebę poznawania nowych rozwiązań, innowacyjnych nie wykorzystywanych w tradycyjnych ośrodkach. Pracownicy takich placówek powinni mieć **możliwość udziału w wizytach studyjnych, np. w DDOM powstałych na terenie kraju ze środków w ramach regionalnych programów operacyjnych**. Celem takich wizyt byłoby poszukiwanie nowych rozwiązań, niestosowanych w placówce. Mogłaby również powstać **platforma wymiany doświadczeń osób prowadzących DDOM**, szczególnie w sytuacji, kiedy zastosowane rozwiązanie jest nową praktyką.

### 3.2.3. Dzienne Domy Opieki Medycznej – wnioski na przyszłość

*Skąd pacjenci dowiadywali się o wsparciu DDOM? Czy powinny być podejmowane działania upowszechniające tę formę wsparcia w przyszłości, a jeśli tak, to jakie działania byłyby najskuteczniejsze i w jaki sposób / z wykorzystaniem jakich kanałów komunikacji należy docierać z informacją do pacjentów?*
*Skąd rekrutowali się uczestnicy projektów? Czy uczestnikami byli pacjenci z blisko funkcjonującego szpitala? Jaka była rola/udział POZ w kierowaniu pacjentów do DDOM?*

Pacjenci DDOM najczęściej wskazywali, iż o możliwości skorzystania z takiego projektu dowiadywali się od **znajomych lub rodziny (41% wskazań), od lekarza rodzinnego informację uzyskało 28% badanych, a od personelu szpitala – 10%**. Wśród innych kanałów informacji badani wskazywali lekarzy specjalistów, inne osoby np. osoby odwiedzające chorych w szpitalu, przechodnie na przystanku, pracowników klubu seniora lub podobnych placówek, czy też plakaty i ulotki w przychodni, czy też w skrzynce pocztowej.

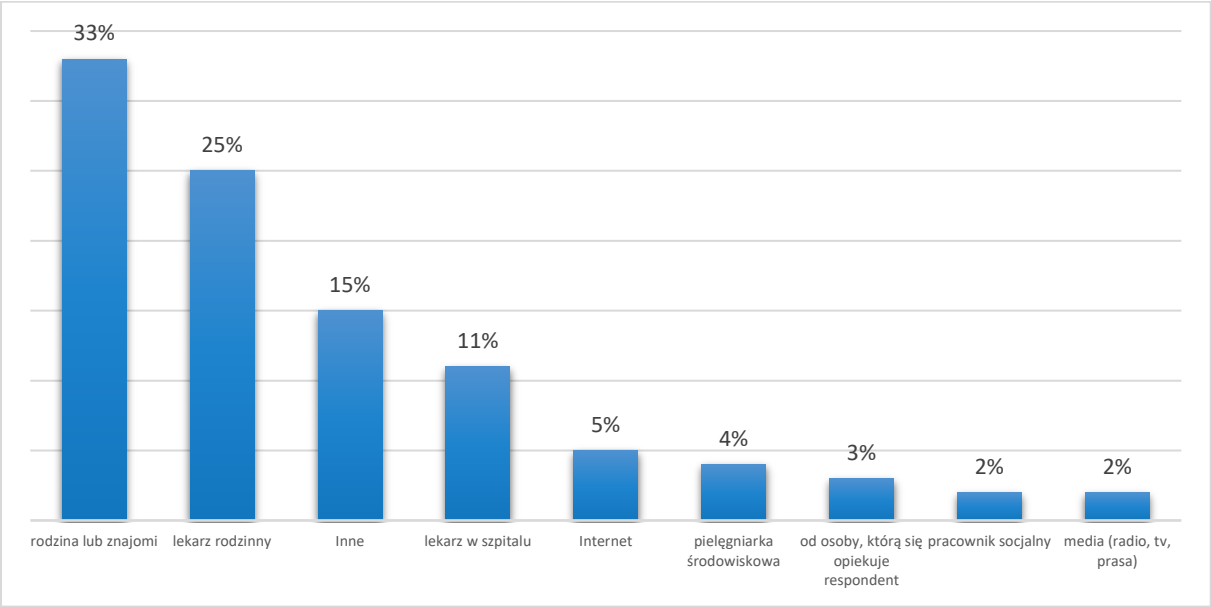
*Wykres 14. Źródła informacji o możliwości otrzymania pomocy - pacjenci.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Na podobne kanały informacji wskazywali opiekunowie pacjentów, tutaj ponownie najczęściej dowiadywali się od rodziny lub znajomych (33%) oraz od lekarza rodzinnego (25%), ważnym źródłem informacji byli także pracownicy szpitala (15%). Wśród odpowiedzi inne, pojawiały się wskazania na: osoby były zatrudnione w tych placówkach, od innych lekarzy lub personelu medycznego, ogłoszenia w kościele, inne osoby przypadkowo spotkane, pracownicy organizacji pozarządowych działających w podobnym obszarze, reklama w tym np. plakaty, ulotki (17%).

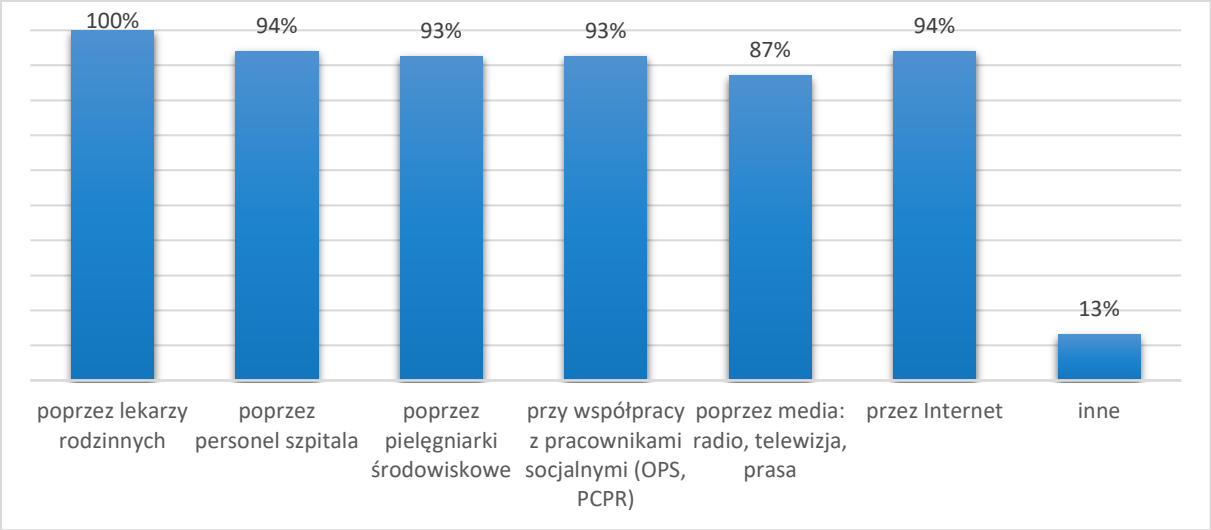
*Wykres 15. Źródło informacji o możliwości otrzymania pomocy w dziennym domu.*




*Źródło: CATI opiekunowie (N=360).*

Sami koordynatorzy najczęściej wskazywali, iż przy rekrutacji wykorzystywali bardzo dużo kanałów dotarcia. Byli to przede wszystkim lekarze POZ (100% wskazań), ale również pozostałe kanały, czyli: personel szpitala, pielęgniarki środowiskowe, współpraca z pracownikami socjalnymi (OPS, PCPR) czy Internet. Najrzadziej wykorzystywano tradycyjne media: prasę, telewizję, radio.

*Wykres 16. Źródło informacji o możliwości otrzymania pomocy w dziennym domu.*




*Źródło: CATI koordynatorzy (N=53).*

**Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, iż duże znaczenie w promowaniu oferty DDOM mieli sami pacjenci. Pierwsi, którzy skorzystali z działań placówki, informowali kolejnych, co potwierdzają również wyniki badań ilościowych.**

Podobne wnioski wskazano w I etapie badania: „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".[9]

Wszystkie wspomniane powyżej kanały informacji na temat możliwości skorzystania z oferty DDOM oceniane są pozytywnie i powinny być wykorzystywane w przyszłości. Żaden z koordynatorów projektu nie zgłosił problemu w rekrutacji odpowiedniej liczby uczestników. Jednocześnie nie zidentyfikowano potrzeby w podejmowaniu działań upowszechniających tę

[9] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

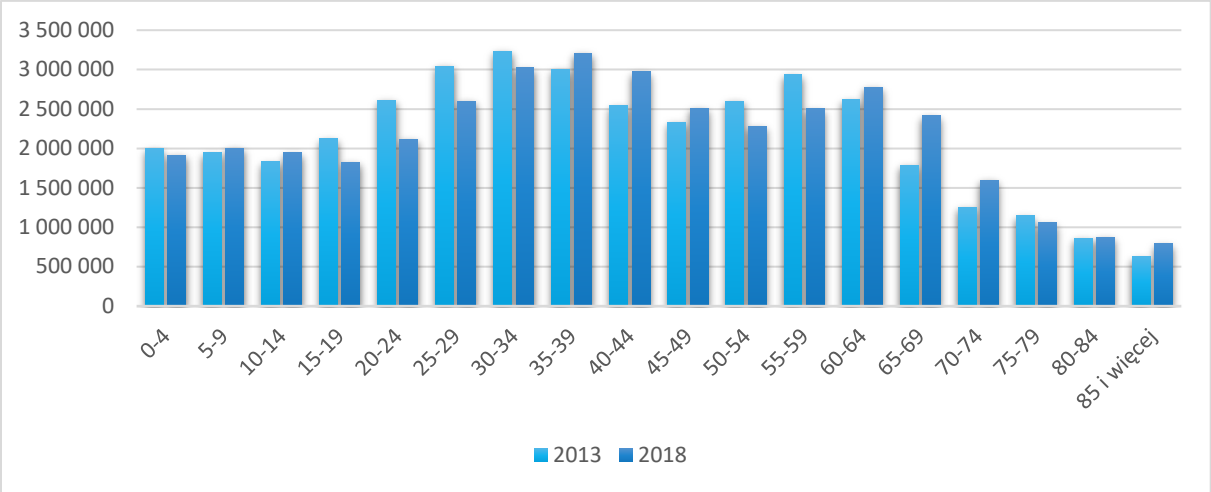
formę wsparcia w przyszłości, gdyż jest ona znana w środowisku pacjentów i lekarzy, a stosowane i opisane powyżej kanały dotarcia są najskuteczniejsze.

Jak już wspomniano powyżej najczęściej pacjenci rekrutowani byli z polecenia znajomych lub rodziny, ale istotny był też udział lekarzy POZ, czy personelu szpitali. Wielu pacjentów rekrutowanych było z pobliskiego szpitala, szczególnie w tych sytuacjach, gdy DDOM tworzone były właśnie przy takich placówkach.

### *Jaki był / jest popyt na usługi zdrowotne / medyczne skierowane do osób niesamodzielnych, realizowane w DDOM? Jaki jest prognozowany popyt na świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej ?*

W okresie nawet ostatnich 5 lat obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców (proces ten jest już widoczny nawet w okresie ostatnich 25 lat). Trwający proces starzenia się ludności Polski (wykres poniżej) powodowany jest wydłużaniem się trwania życia, oraz pogłębiany niskim poziomem dzietności. Zmiany te są jednocześnie zintensyfikowane przez zwiększoną emigrację młodych osób[10].

*Wykres 17. Ludność według wieku w roku 2018 w Polsce.*

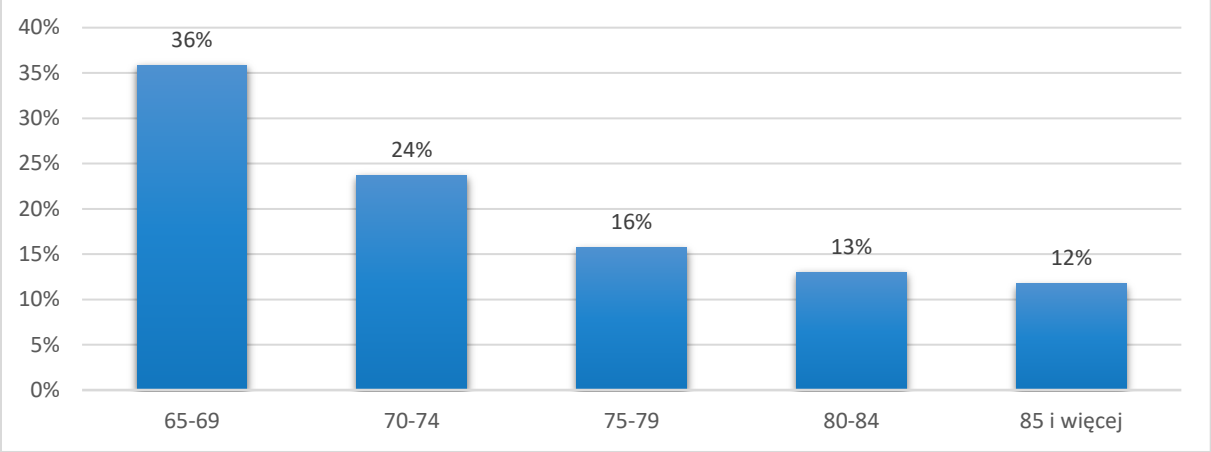



*Źródło: GUS – BDL.*

Liczba ludności Polski zmniejsza się począwszy od 2012 r. Z danych GUS wynika, że niezmiennie rośnie grupa osób w wieku 65 lat i więcej – w 2018 r. zwiększyła się o 212 tys. osób do wielkości ponad 6,7 mln. W roku 2018 liczba ludności Polski wyniosła 38,41 mln, w tym 6,73 mln stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat (18%). W subpopulacji osób starszych najliczniejszą grupę (36%) stanowią osoby 65-69-letnie. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego, odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat będzie systematycznie wzrastał. W 2035 r. ma on wynieść 23,2 ,przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (24,3) niż na wsi (21,7).

[10] Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie, GUS, 2016 r.

*Wykres 18. Osoby w wieku 65 lat i więcej - udział procentowy grup wieku.*




*Źródło: GUS – BDL.*

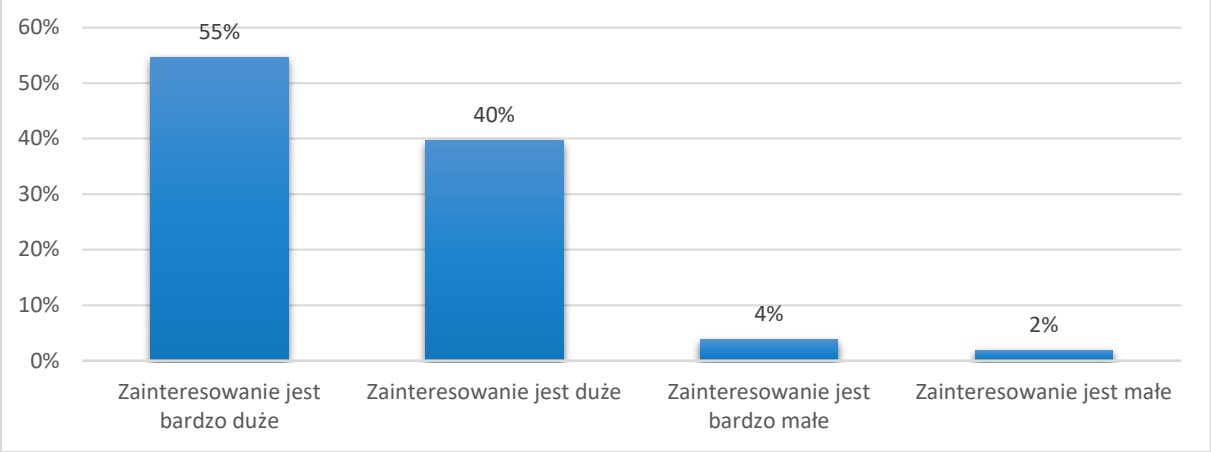
Autorzy dokumentu „Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie" zwracają uwagę na przesuwanie – wśród osób starszych – największego odsetka zgonów w stronę coraz to starszych grup wieku, co może wskazywać na poprawę stanu zdrowia ludności. W latach 90. ub. wieku wśród zmarłych osób starszych największy odsetek stanowiły osoby w grupie wieku 80-84 lata, począwszy od 2000 r. jest to grupa w wieku 85 lat i więcej. Zmiany te znajdują odzwierciedlenie w wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia ludności.[11]

Trwanie życia będzie się sukcesywnie wydłużało sprzyjając zwiększeniu zarówno liczby, jak i odsetka ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski. Niestety – dla zdecydowanej większości tej grupy ludności nie będzie to życie w zdrowiu. Podkreślenia wymaga także fakt, że obecnie w przypadku osób w wieku sędziwym (80 lat i więcej) ponad 2/3 to osoby owdowiałe. Są to przede wszystkim kobiety (85% osób owdowiałych w tym wieku), przeważnie mieszkające i żyjące samotnie oraz wymagające wsparcia. Zatem, należy liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji przez rosnącą liczebnie zbiorowość osób w wieku starszym, wymagających pomocy – opieki, leczenia i rehabilitacji[12].

**95 % badanych koordynatorów projektów uważa, iż zapotrzebowanie na ofertę DDOM jest duże lub bardzo duże**, potwierdzają to również uczestnicy badania jakościowego kierownicy oraz pracownicy medyczni DDOM (FGI).

[11] Ibidem.
[12] Ibidem.

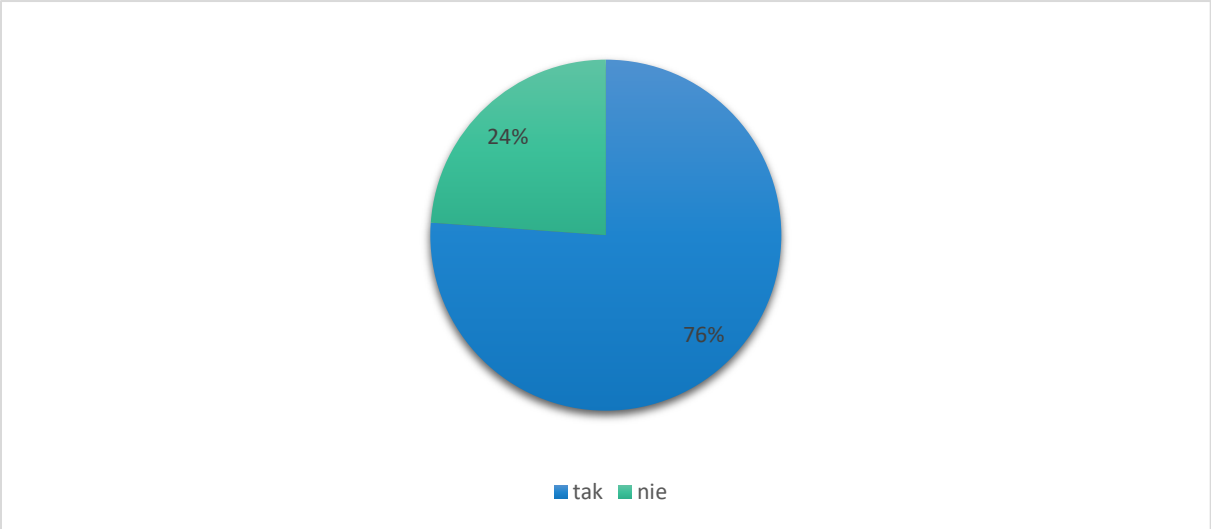
*Wykres 19. Ocena zainteresowania pomocą oferowaną w dziennym domu.*




*Źródło: CATI koordynatorzy (N=53).*

Sami pacjenci oceniając indywidualne zapotrzebowanie na dalsza pomoc DDOM w większości uznali, że jest ono im nadal potrzebne – 76% pozytywnych odpowiedzi.

*Wykres 20. Konieczność dalszej pomocy oferowanej w dziennym domu.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Uczestniczący w badaniach jakościowych eksperci nie przewidują, iż zapotrzebowanie na świadczenie usług dziennej długoterminowej opieki medycznej zmniejszy się w kolejnych latach. Sam popyt na ich usługi nie był problemem. Częściej musieli odmawiać pacjentom wsparcia, z uwagi na niedopasowanie do wymogów jakie musi spełniać osoba korzystająca z oferty DDOM. Często zgłaszały się osoby młodsze niż 65 lat, które potrzebowały pomocy, a możliwość zakwalifikowania ich do projektu była ograniczona (zgodnie ze standardem DDOM, osoby poniżej 65 roku życia mogą stanowić 50% wszystkich uczestników). Koordynatorzy projektów zwracali również uwagę na to, iż na udział we wsparciu mogły zdecydować się tylko te osoby, którym dojazd do DDOM nie zajmował dłużej niż 45 minut w jedną stronę. Z uwagi na to, iż działania w DDOM realizowane były 5 dni w tygodniu, codzienne dłuższe dojazdy znacznie obciążałyby, szczególnie osoby starsze.

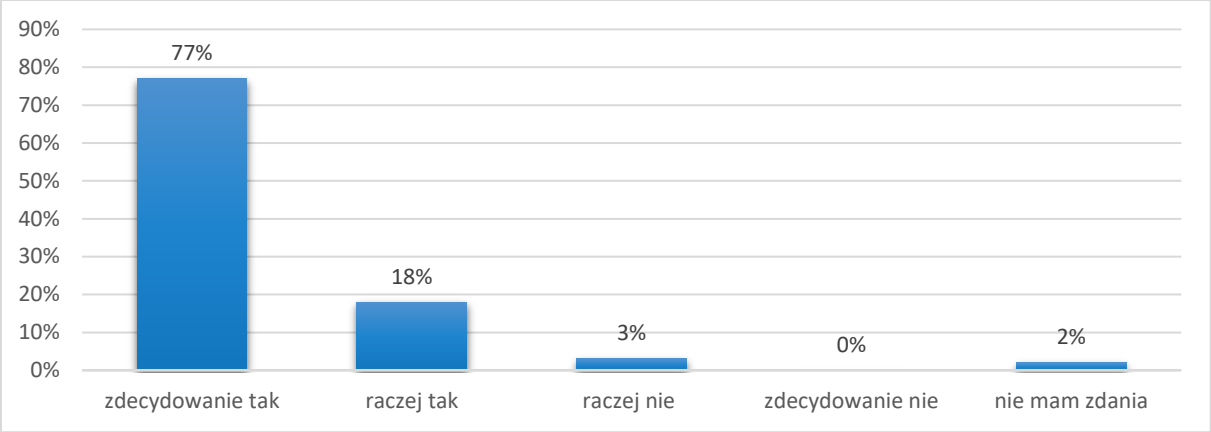
Wszystkie badane grupy (pacjenci DDOM, ich opiekunowie, koordynatorzy projektów, kierownicy i personel medyczny DDOM) podkreślają duże zainteresowanie pacjentów usługami oferowanymi w placówkach. Na co wskazują przytoczone powyżej wyniki badań. Można zatem powiedzieć, iż popyt na oferowane usługi medyczne był wysoki. Prognozując zapotrzebowanie na świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej w sposób szczególny należy zwrócić uwagę na to, iż społeczeństwo Polski starzeje się. Oznacza to, że w kolejnych latach wzrasta liczba osób starszych, wraz ze spadkiem urodzeń. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego, odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat będzie systematycznie wzrastał. W 2035 r. ma on wynieść 23,2, przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (24,3) niż na wsi (21,7). Trwanie życia będzie się sukcesywnie wydłużało sprzyjając zwiększeniu zarówno liczby, jak i odsetka ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski. Niestety – dla zdecydowanej większości tej grupy ludności nie będzie to życie w zdrowiu. Należy liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji przez rosnącą liczebnie zbiorowość osób w wieku starszym, wymagających pomocy – opieki, leczenia, czy rehabilitacji. Analizy te w połączeniu z wynikami badań, świadczącymi o tym, iż sami pacjenci deklarują potrzebę dalszej pomocy oferowanej w dziennym domu świadczyć mogą o wysokim popycie na świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej w przyszłości.

### *Czy oferta DDOM uwzględniała wszystkie świadczenia / usługi niezbędne pacjentom? Czy pacjenci / ich opiekunowie / personel projektu dodaliby jakiekolwiek usługi/działania, a jeżeli tak – to jakie i dlaczego?*

Pacjenci DDOM co do zasady byli zadowoleni z oferty placówki, która udzielała im wsparcia, 95% badanych nie widzi potrzeby wprowadzania nowych, innych usług. Jeśli już pojawiały się odpowiedzi pozytywne, to wskazywano na takie usługi lub działania jak:

- masaże;
- rehabilitacja wodna;
- zwiększenie ilości godzin już realizowanej rehabilitacji;
- pomoc dla osób niewidzących i słabowidzących (np. audiobooki, gry, itp.).

*Wykres 21. Dopasowanie pomocy do potrzeb pacjentów.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Uczestnicy badań jakościowych (kierownicy DDOM oraz personel medyczny) w sposób szczególny podkreślali, iż pacjenci DDOM mieli zapewnioną kompleksową pomoc, jak opisują:

> *Mieli tam szeroką diagnostykę całościową, bardzo głęboką kompleksową ocenę rehabilitacyjną, pod kątem i sprawności intelektualnej i ogólnego stanu zdrowia i narządów ruchu, czym się zajmowała pani doktor. Zaplanowane pod tym kątem odpowiednie postępowanie fizjoterapeutyczne, które w DDOMU było realizowane. FGI 1*
>
> *Trudno nie ocenić pozytywnie założeń, przez kilkadziesiąt dni starsza osoba jest zaopiekowania możliwie na najwyższym poziomie, czyli ma na miejscu całą opiekę: rehabilitację, fizjoterapię, terapię zajęciową, diagnostykę, psychologa, dietetyka, lekarza rehabilitacji, cały przekrój lekarzy leczenia zachowawczego. FGI 1*

**Jako problem wskazywano brak współpracy z NFZ**, czego konsekwencją było to, iż np. w sytuacji kiedy lekarz DDOM widział potrzebę skierowania na dodatkowe badania lub też chciał zapisać inne lub dodatkowe leki, w każdej takiej sytuacji musiał przekazywać dyspozycje do lekarzy POZ. Badani w tym miejscu podkreślali potrzebę nawiązania takiej współpracy, aby móc skutecznie realizować cele medyczne DDOM.

*Czy i jakich ewentualnie usprawnień wymaga dalsze świadczenie usług zdrowotnych skierowanych do osób niesamodzielnych w trybie dziennym z punktu widzenia pacjentów / ich opiekunów / personelu projektu?*

Jak już opisano powyżej biorący udział w badaniu ilościowym **pacjenci, nie widzą potrzeby wprowadzania znacznych zmian w ofercie DDOM**, w większości byli oni zadowoleni z tego jaką pomoc otrzymali. Wyrazem tego, są również wyniki badania jakościowego (IDI), w którym zarówno pacjenci jak ich opiekunowie podkreślają wielowymiarowość otrzymanej pomocy. Wszyscy wyrażają chęć i nadzieję na kontynuację podobnych działań bardzo wysoko oceniając ich jakość. Można zatem powiedzieć, iż usprawnieniem powinien być stały dostęp do podobnego wsparcia. Pacjenci podkreślali, iż w ich przypadku stała rehabilitacja pomogłaby w utrzymaniu osiągniętych efektów. **Opiekunowie doceniali efekty pozamedyczne, szczególnie aktywizację społeczną osób chorych**, widzą potrzebę kontynuacji podobnej oferty.

**Personel DDOM uczestniczący w wywiadach FGI negatywnie ocenia warunek kwalifikacji pacjenta DDOM na podstawie niedawnej hospitalizacji**. Podkreślają słuszność założenia, iż minimalizuje to liczbę ponownych hospitalizacji, ale w ich opinii powinno to być tylko jedno z kryteriów. Zgłaszało się wielu pacjentów o podobnym stanie zdrowia, ale niespełniających tego warunku, którym pobyt w DDOM pomógłby wrócić do sprawności. Badani sugerują, iż w przyszłości można byłoby dokonywać oceny prawdopodobieństwa powrotu do szpitala w oparciu analizę stanu zdrowia pacjenta. Wielokrotnie pojawiała się propozycja obniżenia kryterium wieku, oferta DDOM w opinii koordynatorów mogłaby być z powodzeniem dostępna również dla osób młodszych niż 65 lat. Standard wskazywał, iż z oferty DDOM powinno skorzystać co najmniej 50% osób w wieku 65 lat i więcej, co często postrzegane było

jako problem. Wynikało, to z tego, iż osób chętnych do udziału w projekcie w wieku poniżej 65 lat, było znacznie więcej niż osób powyżej tego wieku. W efekcie, częściej odmawiano pomocy osobom młodszym niż starszym, gdyż to ta grupa była uprzywilejowana i mogła stanowić wyższy odsetek wszystkich pacjentów.

Szczególnie podkreślana była również kwestia transportu, który nie zawsze był odpowiednio dopasowany do potrzeb i możliwości ruchowych danej osoby. **Szczególnie należy zwrócić uwagę na możliwość zapewnienia dojazdu osobom z niepełnosprawnością**. Nie zawsze mogą oni skorzystać z pomocy rodziny, czy znajomych w tym względzie, dlatego należy zapewnić możliwość organizacji profesjonalnego dojazdu przez placówkę DDOM.

*W jaki sposób zapewnić ciągłość, dostępność i wysoką jakość usług/świadczeń skierowanych do osób niesamodzielnych w trybie dziennym? Jak można rozwiązać istniejące niedobory kadrowe, finansowe, inwestycyjne w tym zakresie?*

Uczestniczący w badaniu koordynatorzy projektów (zarówno w badaniu ilościowym jak i jakościowym) w sposób szczególny podkreślają potrzebę finansowania DDOM ze środków NFZ. Założenia w projektach zakładały, iż placówki w okresie trwałości pozostaną w stanie gotowości do podjęcia świadczenia usług. Większość placówek nie otrzymała środków zewnętrznych na utrzymanie swoich placówek, co tylko potwierdza, że nie mają oni pomysłu w jaki inny sposób zapewnić finansowanie, niż obciążenie kosztami samych pacjentów. Niektóre placówki korzystają z dotacji udzielonych przez miasto. Jedna z placówek na bazie DDOM realizuje świadczenia zdrowotne zakontraktowane przez NFZ, których zakresem jest świadczenie dzienne psychiatryczne/geriatryczne (psychogeriatria). Podejmowane działania stanowią jednak w każdym z przypadków indywidualne podejście do utrzymania utworzonych placówek. Zrealizowane badanie nie wykazało niedoborów kadrowych czy inwestycyjnych, jedynym, albo aż jedynym problemem są kwestie finansowe. **Analiza wyników ewaluacji oraz opinie ekspertów wskazują, że finansowanie DDOM jako usługi medycznej z koszyka świadczeń gwarantowanych jest jedynym rozwiązaniem zapewniającym stabilne utrzymanie i rozwój takich placówek.** Eksperci zwrócili uwagę, również na sytuację, w której (jak zidentyfikowano w dalszej części raportu) aktualnie powstało lub powstanie ok. 105 ośrodków finansowanych ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych. Jednakże, ponownie pojawia się problem w zapewnieniu ciągłości świadczeń. **Celem zapewnienia dostępności i ciągłości świadczonych usług powinny być stosowane jednolite sposoby finansowania dla wszystkich placówek. W tym względzie istotne będzie zapewnienie finansowania DDOM ze środków NFZ.** Należy przy tym pamiętać, iż ostatnie projekty zakończyły się w styczniu 2019 r., a pierwsze nawet już w marcu 2018. Na moment badania okres od zakończenia projektów waha się od 11 do 21 miesięcy. W tym czasie DDOM w wielu przypadkach nie świadczą już swoich usług, a więc wypracowany potencjał jest niewykorzystywany. **Planując w przyszłości objęcie DDOM finansowaniem z środków NFZ należy mieć szczególnie na uwadze, zapewnienie środków dla placówek, które już mają doświadczenie oraz klientów**, co pozwoli na efektywne wykorzystanie zakontraktowanych środków.

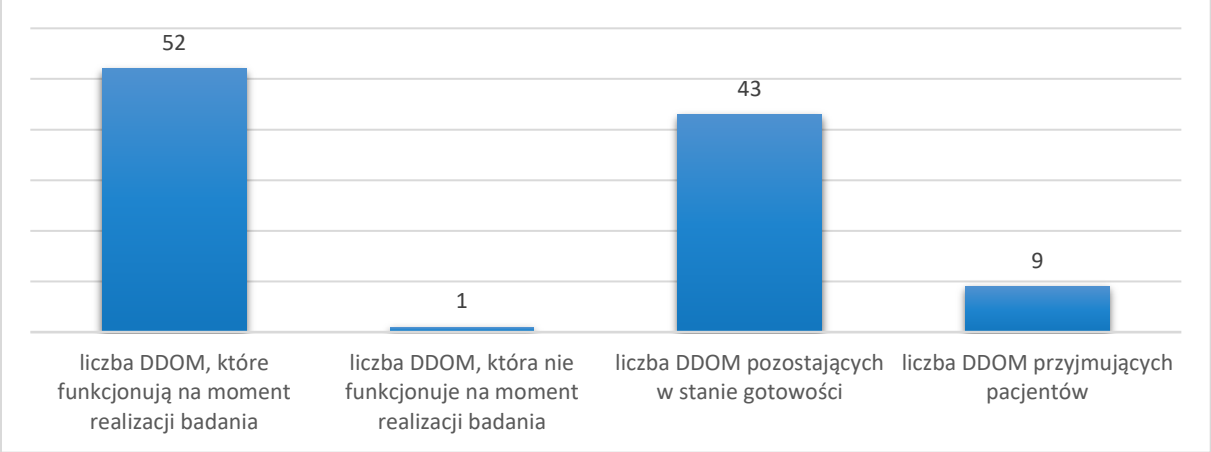
## 3.3. Trwałość i efektywność kosztowa powstałych Dziennych Domów Opieki Medycznej

*Ile DDOM (spośród utworzonych w PO WER) nadal działa?*

Dzienne Domy Opieki Medycznej utworzone w PO WER w ramach Działania 5.2 *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych* powstawały w okresie od kwietnia do października 2016 r., ostatni projekt zakończono na początku 2019 r.

Badanie techniką CATI miało na celu weryfikację, ile spośród 53 utworzonych DDOM aktualnie funkcjonuje. Na dzień badania, tj. do końca listopada 2019 r. 52 z 53 DDOM utworzonych w PO WER prowadzi swoją działalność, w tym 43 pozostają jedynie w stanie gotowości do przyjęcia pacjentów, a 9 z nich obecnie opiekuje się pacjentami (łącznie pod opieką DDOM znajduje się 157 pacjentów). Tylko 1 DDOM zakończył swoje funkcjonowanie, beneficjent jest w stanie upadłości.

*Wykres 22. Status DDOM w momencie realizacji badania.*




*Źródło: CATI koordynatorzy (N=53).*

*Jakie są perspektywy na utrzymanie trwałości funkcjonowania tych placówek do końca 2019 r. i w kolejnych latach?*

Obecnie 43 DDOM, które pozostają w stanie gotowości utrzymują powstałą infrastrukturę z środków własnych, pozostałe 9 DDOM, które przyjmują pacjentów finansują swoją działalność:

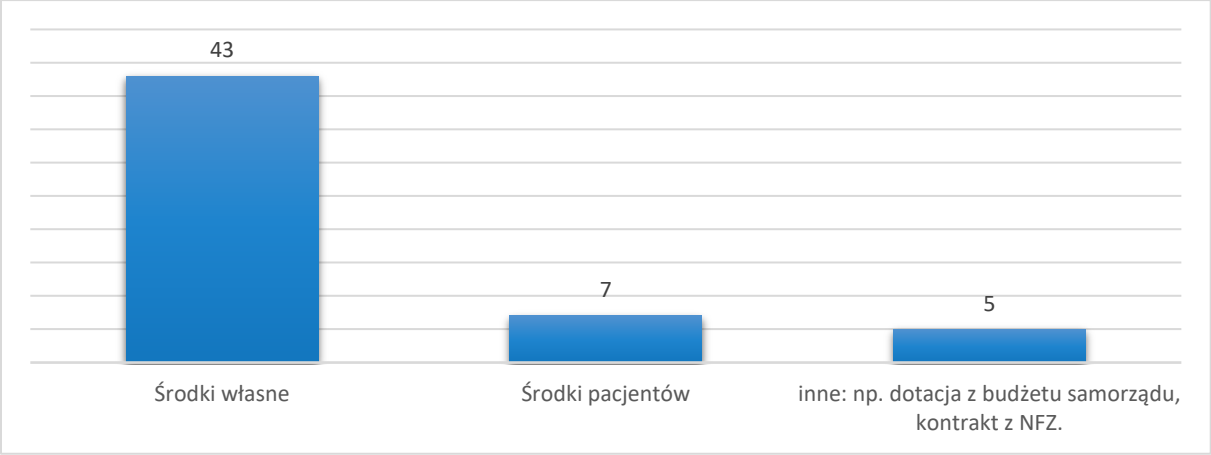
- wykorzystując środki pacjentów (5 DDOM);
- wykorzystując środki własne (1 DDOM)
- wykorzystując środki przekazane przez samorząd, kontrakt z NFZ (zmieniono zakres funkcjonowania DDOM) (1 DDOM);
- pozostałe niedoprecyzowane środki (2 DDOM).

Do końca 2019 r. w okresie trwałości funkcjonować będą 52 powstałe DDOM, pierwsze projekty zakończyły swoją realizację w I kwartale 2018 r., zatem 3 letni okres trwałości projektu zakończy się na początku 2021 r. Wśród 43 DDOM, które obecnie nie przyjmują pacjentów, nie przewiduje się, zmiany sytuacji, a więc zapewnienie trwałości w kolejnych latach może być trudne. W przypadku 9 przyjmujących obecnie pacjentów DDOM, przewiduje się utrzymanie trwałości po roku 2019.

*Czy możliwe będzie utrzymanie finasowania już utworzonych placówek (DDOM)? Z jakich źródeł planuje się ich dalsze finasowanie?*

Uczestniczący w badaniu jakościowym kierownik jednego z DDOM deklarował, iż podejmował działania mające na celu pozyskanie środków zewnętrznych na utrzymanie DDOM, ale niestety z powodu innych obciążeń budżetu samorządu nie udało się uzyskać żadnej kwoty (przedstawiciel 1 DDOM). Sami pacjenci, nie są zainteresowani pełnopłatną opieką, gdyż proponowane koszty są dla nich zbyt wysokie, dzienny koszt jaki proponowano pacjentom wynosił od 140 do 160 zł. Ponadto pracownicy DDOM deklarowali w wywiadzie grupowym (FGI), iż sprawdzali, czy pacjenci byliby skłonni częściowo partycypować w kosztach opieki, tutaj pojawiały się niejednoznaczne opinie. Jeśli już pacjent decydował się na współfinansowanie, było to ok. 25 zł dziennie. **Koordynatorzy DDOM nie widzą możliwości finansowania oferty DDOM innymi środkami niż budżet zapewniony w ramach NFZ.** Dodatkowo jak podkreślają, aby móc uruchomić wsparcie w akceptowanych przez beneficjentów kwotach minimalna liczba osób w grupie powinna wynieść ok. 10. Zebranie takiej grupy w warunkach rynkowych jest trudne do zaplanowania w czasie, gdyż często osoby te potrzebują jej w monecie zgłoszenia się do placówki, nie mogą „czekać" na zebranie się grupy. Zapewnienie środków na stałe funkcjonowanie placówki wpłynęłoby pozytywnie na realizowanie oferty DDOM.

*Wykres 23. Sposoby zapewnienia finansowania DDOM.*

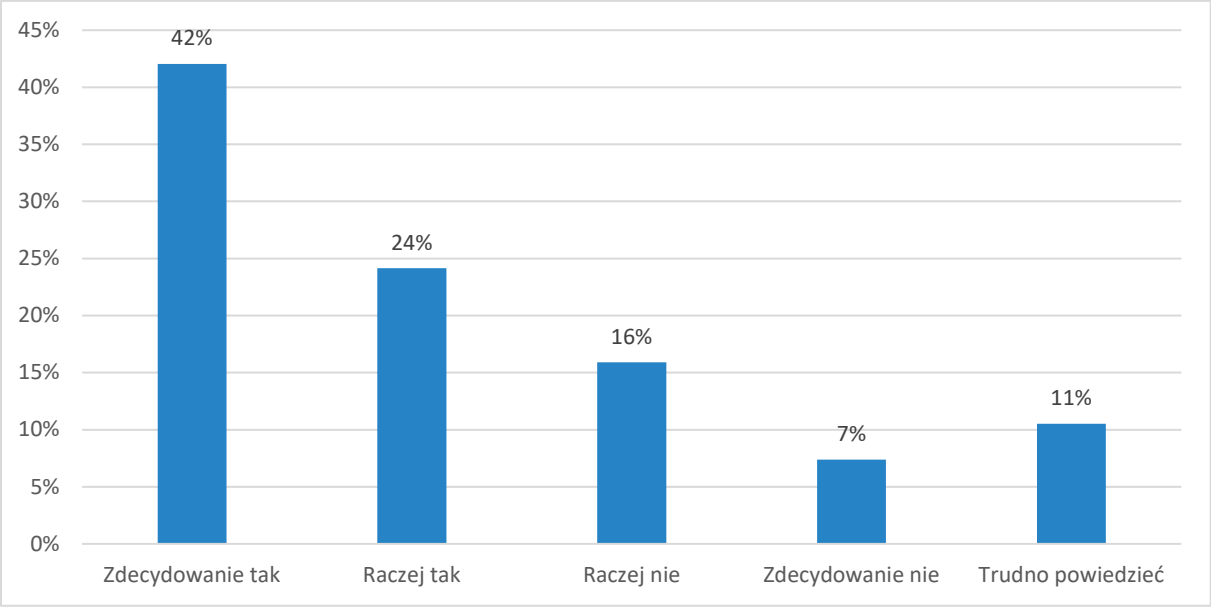



*Źródło: CATI koordynatorzy (N=53).*
**pytanie z możliwością udzielenia odpowiedzi wielokrotnej.*

*Czy wsparcie otrzymane przez pacjentów DDOM jest trwałe (czy nadal odczuwają jego efekty)?*

Przy ocenie trwałości wsparcia otrzymanego przez pacjentów w DDOM należy mieć na uwadze, iż rodzaj schorzeń z jakimi zgłaszali się pacjenci jest bardzo zróżnicowany. Często pacjenci podkreślali, iż pomimo widocznych efektów poprawy stanu zdrowia, chcieliby nadal korzystać z pomocy, gdyż w ich odczuciu pomogłoby to utrzymać uzyskane efekty. Badania jakościowe z pacjentami (IDI) pokazują przykłady osób, których schorzenia wymagają stałej rehabilitacji, aby utrzymywać codzienną sprawność (np. amputacja nóg). Jednocześnie **łącznie 66% badanych pacjentów, uważa iż nadal odczuwa efekty udzielonej pomocy**, odmiennego zdania jest łącznie 23% badanych.

*Wykres 24. Trwałość efektów wsparcia udzielonego pacjentom DDOM.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

O trwałości efektów realizowanych projektów najlepiej świadczą opinie samych pacjentów, którzy skorzystali z pomocy DDOM, poniżej przedstawiono kilka przykładów:

*Są te zmiany widoczne cały czas, ale potrzebne są takie spotkania, ćwiczenia, bo to i rozrywka i ruch, dobrze się potem czułam. Pacjent 1*

*Byłam po wypadku w szpitalu i tam się dowiedziałam. Nie chodziłam po operacji nogi i rehabilitacja mi pomogła, ale to nie tylko rehabilitacja, cała kompleksowa opieka mi pomogła. Spotkania z ludźmi, to też mi pomogło. Nie mogłam chodzić, a teraz jestem sprawna. Dobrze sobie radzę. Musiałam jeszcze potem kontynuować rehabilitację, a to nie było już takie łatwe jak w projekcie. Ponadto nawiązałam przyjaźnie, jeżdżę i odwiedzam koleżanki i z panią, która przed chwilą tu była też się zaprzyjaźniłam. Teraz jestem już sprawna, ale te spotkanie i zajęcia w grupie są bardzo potrzebne. Pacjent 3*

*Byłem po wypadku i miałem operację i niewładną rękę, nie potrafiłem nic nią robić. Była wcześniej prywatnie rehabilitacja, ale to nie było tak jak tu. Każdego dnia były ćwiczenia, zabawy, gry, teraz ruszam ręką bez problemu. Nadal chodzę tu na zajęcia dwa razy w tygodniu, żeby nie siedzieć w domu, żeby była mobilizacja do działania, chęć wyjścia, ubrania i uczestnictwa w tych zajęciach. Pacjent 4*
*Był wycofany, wyciszony teraz jest otwarty, ma werwę, chęć pomagania w domu, obierania ziemniaków, pomoc w ogrodzie, przy remoncie. Opiekun 4*

**Ocena trwałości efektów jest bardzo wysoka.** Pacjenci dostrzegają pozytywne efekty udzielonego wsparcia zarówno pod kątem zdrowotnym jak i społecznym. Wiele osób wyraża chęć podtrzymywania nawiązanych relacji, które pozytywnie wpłynęły na poprawę stanu zdrowia. Należałoby rozważyć możliwość nawiązania współpracy DDOM z organizacjami pozarządowymi, albo placówkami takimi jak domy seniora, które przejmowałyby pacjentów DDOM i wspierali ich w organizowaniu czasu wolnego. Grupy uczestniczące we wspólnych zajęciach mogłyby nadal aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym, dzięki zajęciom organizowanym przez inne podmioty.

### *Jaki był rzeczywisty, całkowity koszt pobytu pacjenta w DDOM w przeliczeniu na osobodzień? Czy wsparcie w DDOM zostało udzielone w sposób efektywny (wydajny)?*

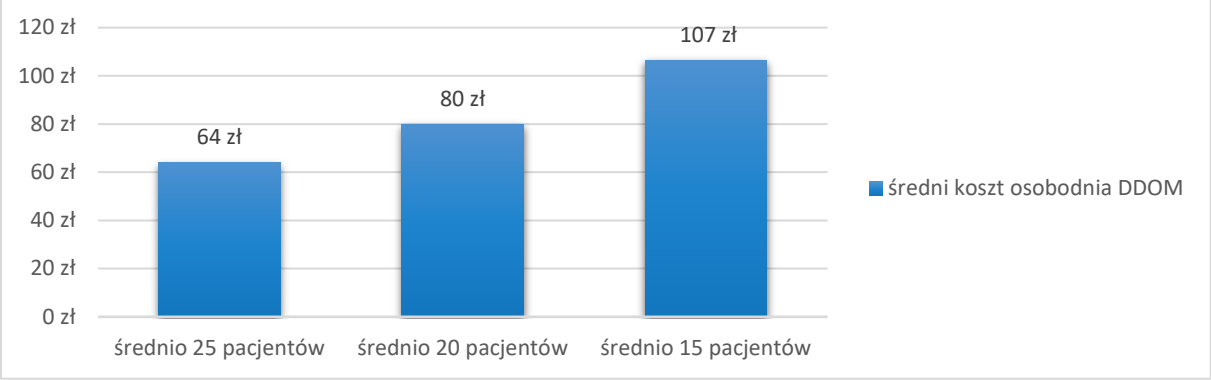
Dla celów analitycznych przyjęto, iż analiza kosztów pobytu pacjenta uwzględniać powinna zmienne, jakie wskazali beneficjenci we wnioskach o dofinansowanie. Do obliczeń wzięto zatem pod uwagę:

- liczbę dni, w których funkcjonował DDOM (obliczona na podstawie dat rozpoczęcia i zakończenia i realizacji projektu);
- koszt prowadzenia DDOM (pole z budżetu dotyczące tylko wydatków na prowadzenie jednostki, w kosztach uwzględniono wydatki na świadczenie usług, jak i wyżywienie oraz dojazd).

Ponadto przyjęto, zgonie ze Standardem, iż liczba pacjentów w DDOM w jednym cyklu może wynosić maksymalnie 25 osób. Przy interpretacji wyników dokonanej analizy kosztów pobytu pacjenta w DDOM, należy mieć na uwadze, iż niektóre z ponoszonych kosztów mają charakter stały, w tym: koszt personelu, koszty eksploatacyjne. Dlatego te elementy nie będą zależne od ilości pacjentów w DDOM.

W pierwszej kolejności obliczono dzienny koszt utrzymania DDOM dla roku 2017. Wybrano ten rok, gdyż obejmował on wszystkie miesiące (w latach 2016 i 2018 DDOM funkcjonowały tylko w niektórych miesiącach danego roku). W roku 2017 liczba dni pracy wyniosła 250. Minimalny dzienny koszt utrzymania całego DDOM w roku 2017 wyniósł 883,75 zł, a maksymalny 2159,71zł, średnia wyniosła 1597,98 zł. Dokonano również symulacji kosztów, w sytuacji gdy liczba pacjentów będzie mniejsza o 5 i o 10 osób od zakładanej w Standardzie.

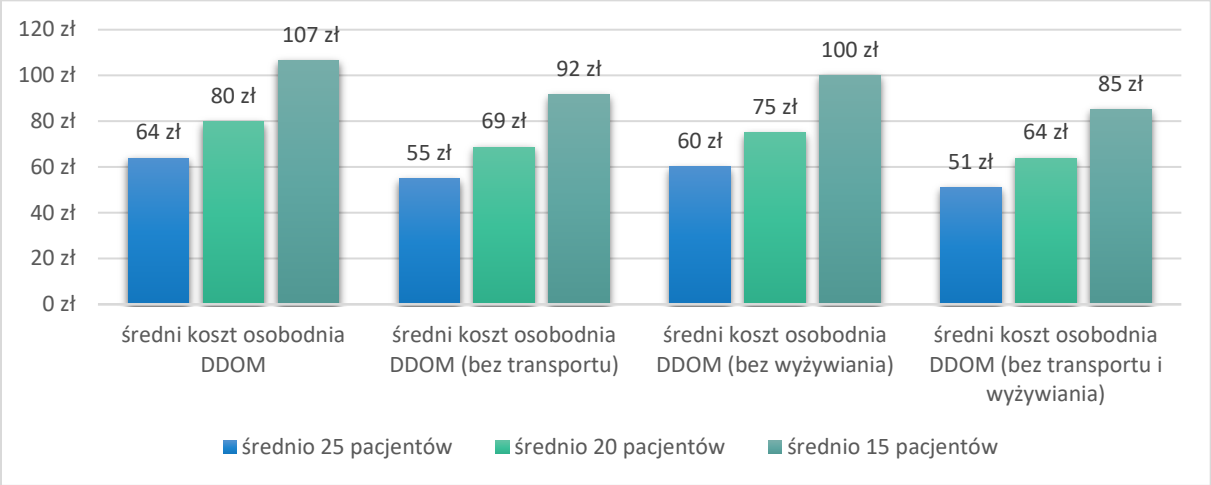
*Wykres 25. Rzeczywisty, całkowity koszt pobytu pacjenta w DDOM w przeliczeniu na osobodzień.*




*Źródło: obliczenia własne na podstawie WOD.*

Powyższy wykres obrazuje spadek średniego kosztu osobodnia DDOM w zależności od liczby pacjentów objętych świadczeniem. Przy początkowym założeniu Standardu, iż maksymalnie w DDOM w jednym cyklu może znajdować się 15 osób, koszt osobodnia wyniósł 107 zł. Po wprowadzonych zmianach w Standardzie i zwiększeniu maksymalnej liczby pacjentów do 25 koszt osobodnia zmniejszył się do 64 zł (zmiana o 43 zł). Należy zaznaczyć, iż w kosztach tych ujęto również transport oraz wyżywienie. Przyjmując, iż według informacji z budżetu projektów koszty te mogą stanowić odpowiednio 14% i 6%, koszt osobodnia będzie odpowiednio niższy. Dla pełnego obłożenia, czyli 25 pacjentów średni osobodzień to koszt bez transportu w wysokości 55 zł, a bez wyżywiania 60 zł, natomiast z wyłączeniem obu tych kosztów – 51 zł. Wyniki I etapu badania określają średnie koszty osobodnia w sposób następujący: „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.”[13]

*Wykres 26. Rzeczywisty, całkowity koszt pobytu pacjenta w DDOM w przeliczeniu na osobodzień – koszty bez transportu i bez wyżywienia oraz przy uwzględnieniu tych elementów.*




*Źródło: obliczenia własne na podstawie WOD.*

[13] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

Zgodnie z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna" jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, średni koszt jednostkowy osobodnia wyceniono na 94 zł - z uwzględnieniem kosztów pośrednich w wariancie optymalnym (koszt osobodnia prawdopodobny).

Jak zauważyli autorzy raportu ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDOM): „większa liczba pacjentów może oznaczać konieczność zlecania większej liczby badań itp., więc rzeczywiste koszty mogą być nieco wyższe. Jednakże wyniki badania pokazują, 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". Dokonane analizy w ramach niniejszego badania pokazują, że przy zmienionych zapisach Standardu, który mówi o maksymalnie 25 pacjentach DDOM koszt osobodnia wyniósł 64 zł, w wariancie z wyżywieniem i transportem oraz 51 zł, bez wspomnianych kosztów. Wartości te są zatem niższe niż przywoływany koszt pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/ pielęgnacyjno-opiekuńczym, a także niższy niż koszty wskazane w rekomendacji Prezesa AOTMiT (odpowiednio 94 zł).

Wyniki niniejszej ewaluacji potwierdzają wnioski z I etapu badania, w którym również podkreślano potrzebę uwzględnienia w finansowaniu przyszłej działalności DDOM kosztów transportu oraz wyżywienia, jednocześnie wskazując na to, że: „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".[14]

Średni koszt osobodnia w realizowanych projektach, jest niższy niż założenia AOTMiT, przyjmując wyliczenia dla 20 osób koszt w projektach wyniósł 80 zł, w porównaniu do 94 zł, podanych w rekomendacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna" jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Oczywistym jest, iż zastosowana metodyka w niniejszym badaniu odbiega od założeń Rekomendacji. Nie mniej jednak, dzięki temu porównaniu, oraz mając na uwadze powyższe wyliczenia, należy w sposób pozytywny ocenić efektywność realizowanych projektów.

Uczestnicy badań jakościowych nie zidentyfikowali takich kosztów, które nie zostałyby ujęte w budżecie projektu. Pojawiały się sytuacje niedoszacowania kosztów transportu. Wiązało się

[14] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

to z koniecznością zapewnienia np. specjalistycznego transportu osobom z niepełnosprawnością ruchową. Koszt taki nie jest możliwy do przewidzenia, gdyż nie jest wiadome ile osób z taką potrzebą, będzie chciało skorzystać z pomocy DDOM w danym np. roku. Podsumowując wyniki analiz finansowych oraz opinie pacjentów i koordynatorów projektów, **należy pozytywnie ocenić efektywność udzielonego wsparcia**. Beneficjenci w wielu przypadkach osiągali wyższe wskaźniki niż zaplanowano to we wniosku. Oznacza to, iż za te same środki udzielono pomocy większej liczbie osób lub przez dłuższy czas.

*Jakie koszty należy zapewnić ze środków płatnika na sfinansowanie tych świadczeń? Jaka powinna być prognozowana wielkość środków finansowych w budżecie NFZ, które są niezbędne (średniorocznie), aby zapewnić dostęp doświadczeń dotyczących dziennej długoterminowej opieki medycznej potencjalnym pacjentom?*

**Przyjmując powyższe wyliczenia kosztu w odniesieniu do osobodnia i założenia Standardu DDOM szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki DDOM to 404 289,06 zł.** Do obliczeń przyjęto iż średnio w 1 placówce może przebywać dziennie ok 25 pacjentów, przyjmując koszt uczestnika na poziomie 64 zł, koszt dzienny utrzymania placówki średnio wynosić powinien ok. 1 597,98 zł. Przyjmując założenia dla roku 2020, w którym liczba dni pracujących wyniesie 253, szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki w tym roku może wynieść wspomniane 404 289,06 zł. **Zakładając, iż w przyszłości utrzymane zostaną powstałe w projekcie placówki – tj. 52 (1 wnioskodawca ogłosił upadłość) koszt utrzymania tylko tych podmiotów wyniesie ok. 21 mln zł rocznie.** Założenie to jest hipotetyczne, gdyż nie ma pewności, że beneficjenci po zapoznaniu się z nowymi warunkami świadczenia usługi nadal będą chcieli realizować wsparcie.
Rekomendacja Prezesa AOTMiT zakłada podobne kwoty, ale przy uwzględnieniu dużych rozpiętości. Wyniki przeprowadzonej analizy wpływu na budżet płatnika, przez AOTMiT, wskazują na dużą rozpiętość możliwych wydatków płatnika publicznego. W wariancie podstawowym wydatki płatnika publicznego mogą wynosić 24,7 mln zł. Natomiast w wariantach skrajnych wydatki mieszczą się w zakresie od 2,6 mln zł w wariancie minimalnym do 3 704 mln zł w scenariuszu maksymalnym. Wielkość tych kwot jest powiązana z długością pobytu danego pacjenta w placówce. Założono, iż średnio będzie on przebywał 59 dni, jednakże Standard daje możliwość pobytu przez minimalnie 30 dni oraz maksymalnie 120 dni.[15] Przywołane kwoty na podstawie budżetów DDOM powstałych w projektach w *Działaniu 5.2 PO WER* są zbliżone do tych, które są rekomendowane w opracowaniu AOTMiT. Podobnie jak to wskazano w opracowaniu AOTMiT wyliczenia te są uzależnione od wielu niepewnych czynników, tj. liczba potencjalnych pacjentów, liczba dni w których będą oni przebywali w placówce. Chcąc zapewnić świadczenie usług na podobnym poziomie, czyli według opracowanego Standardu, placówki DDOM powinny otrzymywać co najmniej taką samą

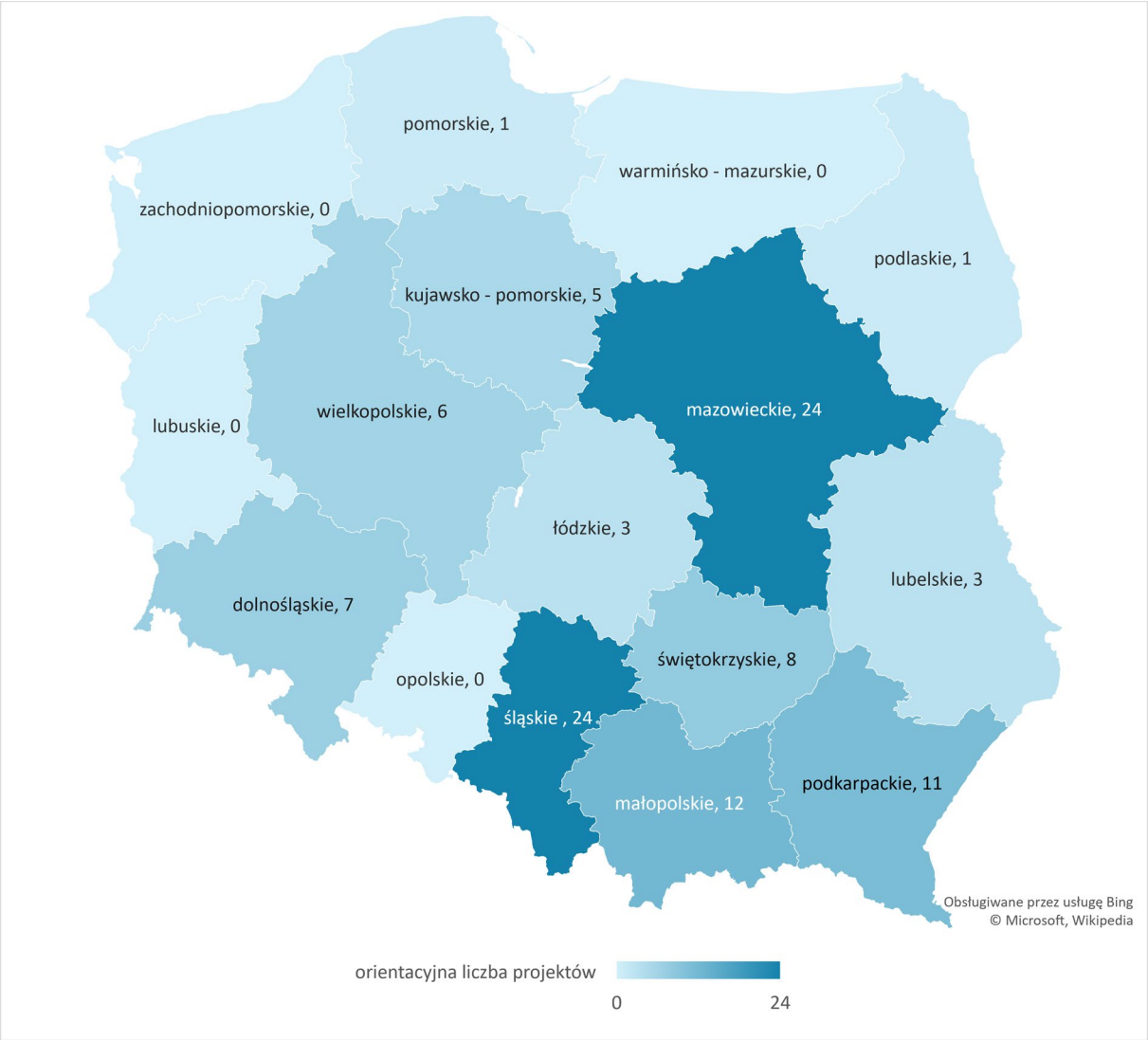
[15] Rekomendacja nr 76/2018 z dnia 31 lipca 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna" jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

kwotę na pacjenta jak to zaplanowano w projektach. Należy mieć jednocześnie na uwadze, iż dane te dotyczą stawek za wynagrodzenie w roku 2017, należałoby odpowiednio urealnić te kwoty dla danego roku, w którym miałoby rozpocząć się finansowanie.

### *Jaka jest prognozowana liczba nowych DDOM, która może powstać w Polsce do 2023 r.?*

Celem dokonania oceny ile nowych DDOM, która może powstać w Polsce do 2023 r. przeanalizowano zapisy wszystkich Regionalnych Programów w Polsce. Na podstawie opisów działań lub poddziałań i typów projektów zidentyfikowano te, w ramach których możliwe było wsparcie placówek tożsamy do DDOM lub podobnych. Następnie w ogólnodostępnej bazie beneficjentów wyszukano odpowiednie projekty. Łącznie zidentyfikowano 105 projektów zakładających powstanie DDOM do końca 2023 r. na terenie całego kraju. W sposób szczegółowy informacje na temat liczby i rozmieszczenia projektów obrazuje poniższa mapa.

*Mapa 3. Prognozowana liczba nowych DDOM do końca 2023 r.*




*źródło: Opracowanie własne na podstawie Regionalnych Programów Operacyjnych i bazy beneficjentów, dostępnej na stronie: www.funduszeeuropejskie.gov.pl*

Dostępne dane sugerują, iż ze środków UE dotychczas funkcjonują 52 DDOM (utworzone w ramach *Działania 5.2 PO WER*), dodatkowo zidentyfikowano ok. 105 DDOM, które powstaną ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych. Są to jedynie informacje poglądowe, nie dają pewności, czy powstałe DDOM, będą funkcjonowały w przyszłości.

**Przeprowadzona ewaluacja nie pozwala na wiarygodną predykcję, co do liczby DDOM, które mogą powstać w przyszłości. Ich powstawanie zależeć będzie bowiem od wprowadzenia lub nie rozwiązań dających możliwość stabilnego finansowania, a co za tym idzie chęć podjęcia takich działań przez podmioty, chcące prowadzić tego typu placówki.** Wyniki badania, wprost wykazują, iż zarówno podmioty prowadzące DDOM jak i eksperci, nie znajdują innego rozwiązania, niż proponowane do wprowadzenia świadczenie gwarantowane. Bez zapewnienia odpowiednich środków finansowych świadczeniodawcy nie będą chętni realizować tego zadania.

*Czy prowadzenie DDOM będzie wiązało się z koniecznością zapewnienia współfinansowania kosztów leczenia po stronie pacjenta (współpłacenie)? Jeśli tak, jaki powinien być poziom współpłacenia, który umożliwi świadczenie tych usług w jak optymalnym zakresie, a jednocześnie zapewni możliwie jak największą ich dostępność dla pacjenta?*

Uczestniczący w badaniu jakościowym eksperci w sposób negatywny odnosili się do możliwości przejęcia części płatności przez pacjentów. Należy podkreślić, iż Standard DDOM zakłada osiągnięcie takich celów jak:

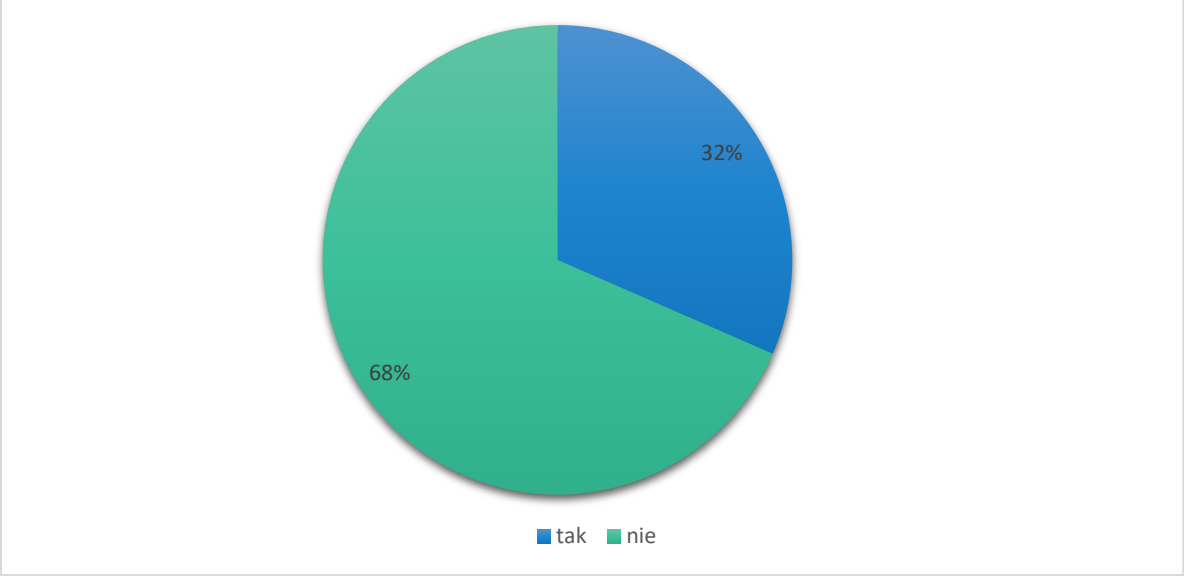
- poprawa jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej;
- rozwój sektora usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych,
- rozwój nowych form dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi;
- poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnych;
- zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnych;
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, rozwój wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych (edukacja, wsparcie psychologiczne).

Osiągnięcie tych celów, będzie zatem wiązało się z poprawą stanu zdrowia osób niesamodzielnych, tym samym ograniczone zostaną potencjalne przyszłe koszty ponownej ich hospitalizacji lub świadczenia usług zdrowotnych w innych miejscach. **Włączanie środków pacjentów do organizowania pomocy w ramach DDOM, może być dla nich niekorzystnym rozwiązaniem, względem np. innych możliwości otrzymania podobnej pomocy w zakresie np. rehabilitacji i ostatecznie spowodować zniechęcenie do tego świadczenia.** W długofalowej

perspektywie poniesienie kosztów na realizacje usług DDOM, może wpłynąć na zmniejszenie kosztów w innych obszarach (np. w szpitalach).

**Pacjenci DDOM co do zasady nie korzystali z innych miejsc świadczących podobne usługi do dziennego domu.** Warto tutaj pokazać, iż nawet jeśli z nich korzystali, to w przypadku 78% badanych były to usługi finansowane zer środków publicznych. Może to świadczyć, o niskiej skłonności pacjentów do finansowania podobnej oferty z własnych środków.

*Wykres 27. Korzystanie z pomocy/usług/świadczeń innych, podobnych do dziennego domu.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

**Badanie metoda kontrfaktyczną pokazuje, że pacjenci, którzy dotychczas nie skorzystali z oferty DDOM w przyszłości chętnie by z niej skorzystali, ale również powinna być finansowana ze środków publicznych.**

O ile pacjenci DDOM, mieli pełną wiedzę na temat oferowanego wsparcia, o tyle grupa kontrolna, nie była w pełni poinformowana na temat możliwości jakie daje usługa DDOM. Nie jest wykluczone, że pacjenci byliby skłonni opłacać koszty np. dojazdu, czy wyżywienia. **Jednakże planując podobne wsparcie w przyszłości, należy mieć na uwadze zapisy Standardu, który uwzględnia właśnie te koszty. Badani kierownicy DDOM oraz personel podkreślał, iż w wielu przepadkach zorganizowanie transportu przez placówkę, było warunkiem koniecznym do tego, aby świadczyć usługę.**

Wyniki panelu ekspertów wskazują również na potrzebę finansowania kosztów transportu czy wyżywienia, jednak poddaje się pod wątpliwość, czy jest to konieczne do sfinansowania, w sytuacji ograniczonego budżetu. Dokonane powyżej oszacowanie kosztów realizacji usługi, pokazują, iż udział kosztów transportu oraz wyżywienia, nie stanowi dużego udziału procentowego. Dzienny koszt pobytu z uwzględnieniem wyżywiania, transportu i świadczenia usług medycznych i opiekuńczych dla 25 pacjentów wyniósł 64 zł, bez kosztu wyżywienia

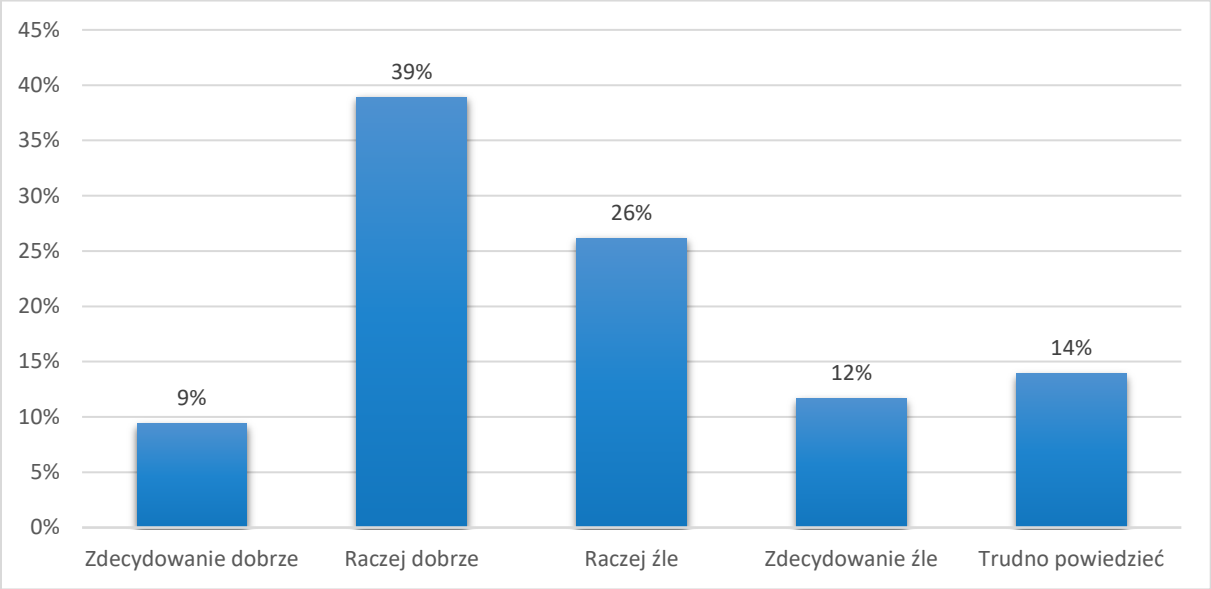
odpowiednio 60 zł oraz bez kosztów transportu odpowiednio 55 zł. **Planując wsparcie należy rozważyć, na ile korzyści płynące z zaoferowania świadczenia zgodnego ze Standardem, przewyższają ewentualne dodatkowe koszty lub wykorzystać inne środki niż NFZ na sfinansowanie kosztów dojazdu oraz wyżywienia, co było sugerowane na panelu ekspertów.**

## 3.4. Efekty społeczne i zdrowotne osiągnięte przez projekty Dziennych Domów Opieki Medycznej

*Jaka jest aktualnie sytuacja zdrowotna pacjentów DDOM? Czy korzystają one z zaleceń otrzymanych w DDOM? Czy biorą udział w innych projektach w ramach dziennego modelu opieki medycznej (dofinansowanych w ramach RPO)? Czy korzystają z innego rodzaju wsparcia medycznego, a jeżeli tak – z jakiej formy i czy są to świadczenia publiczne czy prywatne?*

**Pacjenci DDOM co do zasady dobrze oceniają swój stan zdrowia – łącznie 48% pozytywnych odpowiedzi.** Należy również zwrócić uwagę na wysoki odsetek odpowiedzi negatywnych – 38% badanych ocenia swój stan zdrowia raczej źle lub zdecydowanie źle. Znaczny odsetek badanych nie potrafił jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie (14%).

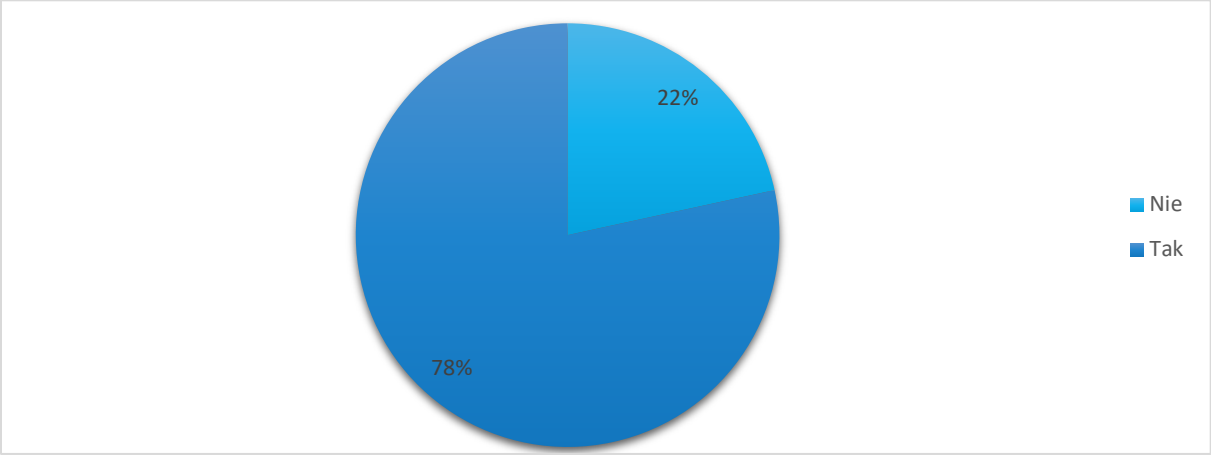
*Wykres 28. Aktualny stan zdrowia pacjentów DDOM.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

**78% badanych pacjentów otrzymało zalecenia, których powinni przestrzegać**, aby utrzymać efekty pomocy, z drugiej strony 22% badanych takich zaleceń nie otrzymało (podobne wyniki otrzymano w grupie opiekunów projektu).

*Wykres 29. Otrzymanie zaleceń po wyjściu z dziennego domu.*

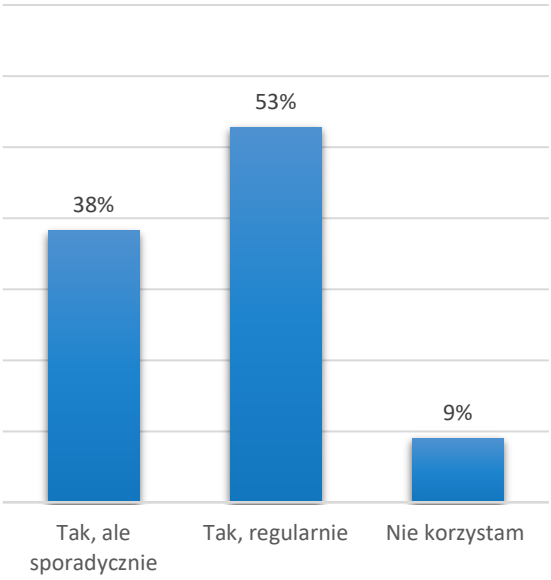



*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

**Wśród osób, które otrzymały zalecenia 53% pacjentów deklaruje, iż korzysta z nich regularnie (63% opiekunów wykonuje regularnie zalecenia z pacjentem)**, 38% badanych pacjentów korzysta z nich sporadycznie (20% opiekunów pomaga sporadycznie w wykonywaniu zaleceń), 9% nie korzysta z nich w ogóle (16% badanych opiekunów nie pomaga wykonywać zaleceń), 4% wśród opiekunów nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie. Wśród powodów dla, których pacjenci nie korzystają z otrzymanych zaleceń badani wskazują:

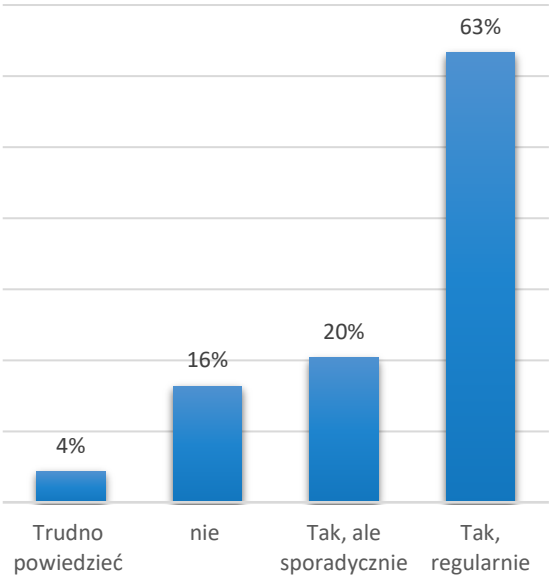
- brak czasu, inne obowiązki domowe;
- brak motywacji;
- brak takiej potrzeby.

*Wykres 30. Korzystanie z zaleceń przez pacjentów.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

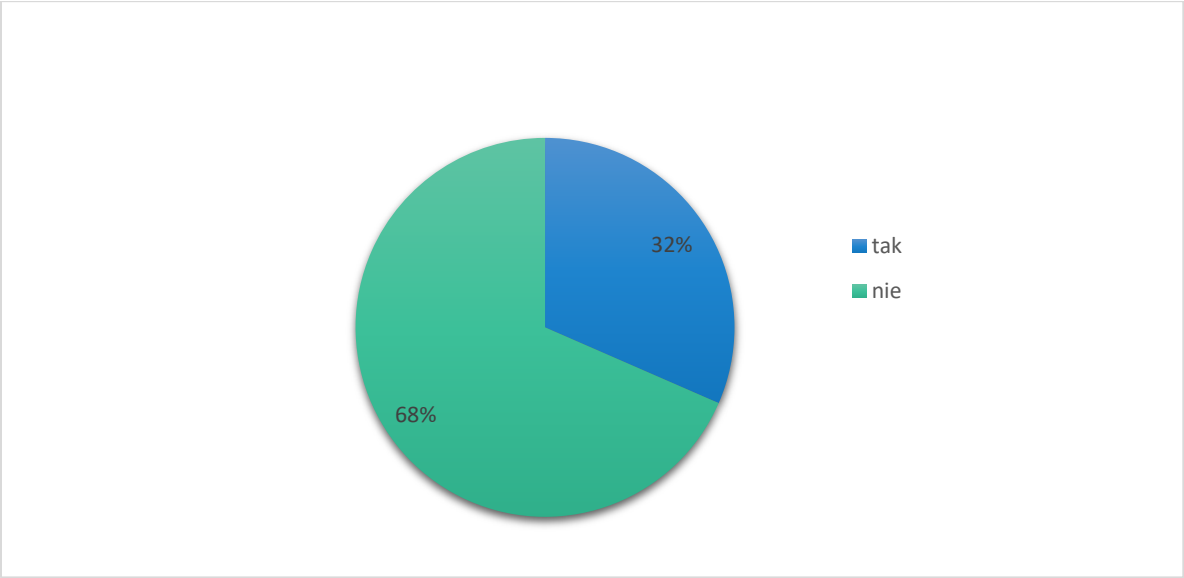
*Wykres 31. Pomoc opiekunów przy wykonywaniu zaleceń.*




*Źródło: CATI opiekunowie (N=360).*

**Po zakończeniu pobytu w dziennym domu z pomocy, usług lub świadczeń, podobnych do otrzymanych w projekcie korzystało 32% badanych pacjentów.**

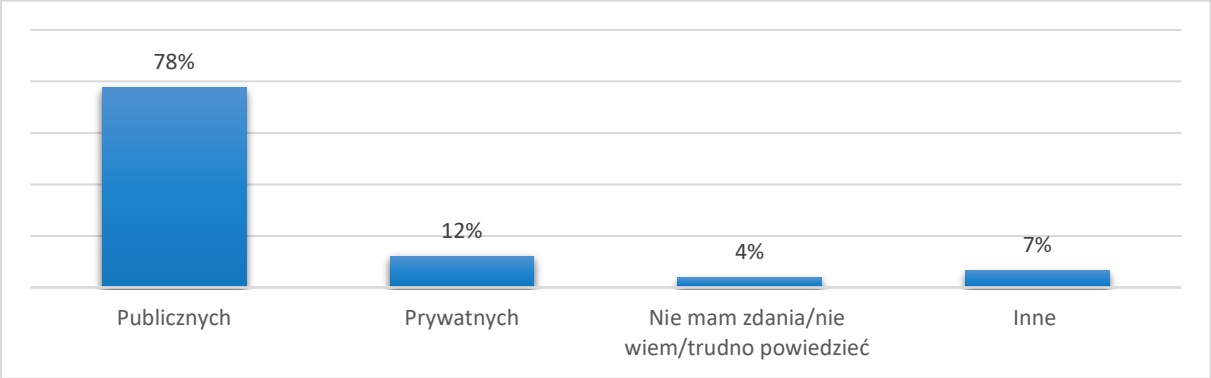
*Wykres 32. Korzystanie z pomocy/usług/świadczeń innych, podobnych do dziennego domu.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Badani wskazywali na zabiegi rehabilitacyjne realizowane w innych miejscach, pobyt w szpitalu, sanatorium, lub miejscach podobnych do DDOM. Najczęściej były to miejsca finansowane ze środków publicznych (78% odpowiedzi), ze środków prywatnych finansowało te działania jedynie 12% badanych, w pozostałych przypadkach było to finansowanie łączone (środki publiczne, prywatne oraz udział NGO). **Tylko jeden z badanych wprost odpowiedział, iż skorzystał z pomocy innego DDOM.**

*Wykres 33. Finansowanie innej pomocy/usług/świadczeń.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

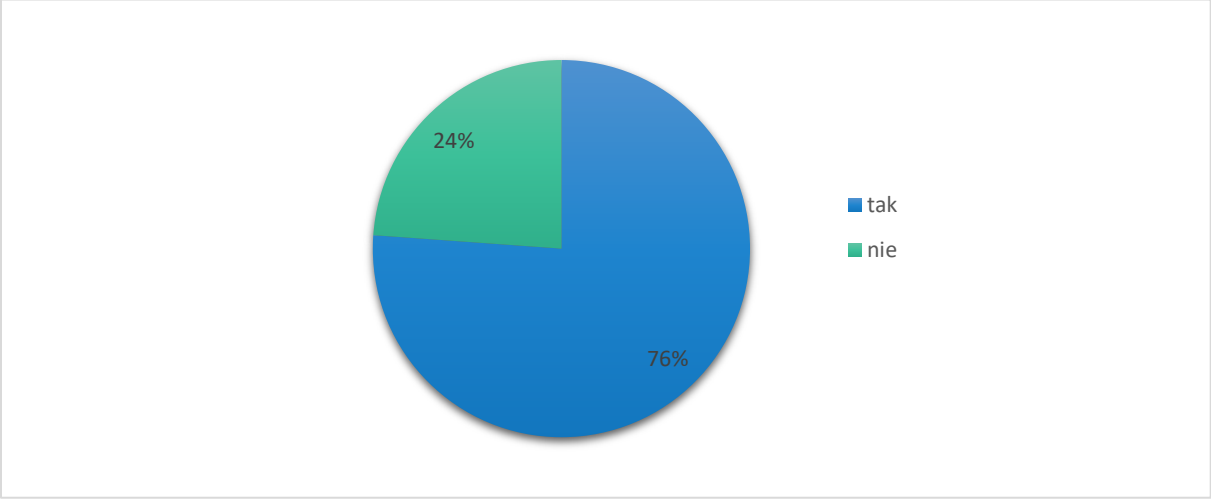
Ewaluacja zidentyfikowała również, że edukacja zdrowotna jest najniżej ocenianym przez odbiorców świadczeniem udzielanym w projekcie. Wyniki ten należy poddać namysłowi i przełożyć na potencjalne rekomendacje. Po pierwsze warto wskazać, że struktura wykształcenia jest odmienna w grupach osób starszych (nadreprezentacja osób z niższym wykształceniem). Jak wskazują badania międzynarodowe, realizowane także w naszym kraju, z

punktu widzenia skuteczności, ale i atrakcyjności dla odbiorców edukacji zdrowotnej niezbędne jest dostosowanie treści i metod takiej edukacji do potrzeb odbiorców. Szczególnie takie dostosowanie powinno dotyczyć osób starszych i o niższym wykształceniu[16]. Należy zatem pomyśleć o skonstruowaniu standardów edukacyjnych dla realizacji w DDOM oraz pogłębionej ewaluacji dotychczas wprowadzanych rozwiązań w tym zakresie.

### *Czy uczestnicy projektów DDOM potrzebują dalszego wsparcia?*

Uczestnicy projektów bardzo dobrze oceniali pomoc jaka otrzymali w DDOM. Wiele osób, wśród proponowanych zmian w zakresie wskazywało wydłużenie pobytu, z uwagi na wciąż istniejące potrzeby zdrowotne (niekoniecznie te z powodu, których korzystali z DDOM). Deklaracje te mogą mieć również przełożenie na chęć dalszego wsparcia w ramach DDOM, na którą wskazało 76% badanych. Najczęściej wskazują nadal na potrzeby w zakresie rehabilitacji. Ponadto pojawiają się potrzeby niezwiązane wprost z otrzymanym leczeniem, czyli np. kontakt z innymi, wyżywienie, czy zajęcia manualne.

*Wykres 34. Konieczność dalszej pomocy oferowanej w dziennym domu.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

### *W jakim stopniu osiągnięte zostały efekty zdrowotne zaplanowane w ramach wparcia w DDOM? Czy w wyniku realizacji projektów DDOM pojawiły się jakieś nieplanowane (pozytywne i negatywne) efekty?*

Biorący udział w badaniu ilościowym koordynatorzy zadeklarowali, że osiągnęli zaplanowane efekty (w tym zdrowotne). Koordynatorzy projektów potwierdzają, że obserwują poprawę stanu zdrowia, ale również szeroko rozumianego samopoczucia. Podobne efekty podkreśla psycholog, zatrudniony w jednym z DDOM, co obrazuje poniższy cytat:

[16] Korzeniowska E, Puchalski K, Goszczyńska E, Pyżalski J. (2014). Should we adjust health education methodology to low-educated employees needs? Findings from Latvia, Poland, Slovenia and Spain. International Journal Occupational Medicine Environmental Health.

*Z punktu widzenia psychologa mogę powiedzieć, że tak jak kolega wspomniał, trafiały do nas osoby samotne, a w grupie miały okazję do aktywizowania się społecznego. Personel DDOM - psycholog*

Personel DDOM, zwraca uwagę to, że pacjenci którymi się opiekują, posiadają więcej niż jedno schorzenie:

*Z różnymi problemami przychodzą pacjenci, często też powikłania z innymi schorzeniami niż to główne, bo na przykład przychodzi pacjent po udarze, to może być pacjent z cukrzycą, z nadciśnieniem, czyli to są pacjenci bardzo złożeni. Ciężko jest powiedzieć, że osiągnie się jakiś określony cel, bo to jest kwestia tego, na ile organizm jest w stanie wyrównać pewne braki. Ja sobie mogłam założyć, że pacjent zacznie ruszać porażoną ręką, ale czasem nie mogłam takich czysto organicznych rzeczy przeskoczyć. Natomiast najważniejsze było to, żeby tych pacjentów uruchomić, żeby byli sprawni, samodzielni. Personel DDOM – fizjoterapeuta.*

Obecny na jednym ze zrealizowanych wywiadów grupowych lekarz geriatra, w sposób szczególny podkreślał pozytywne efekty zdrowotne jakie osiągali pacjenci w projekcie, dzięki temu, że otrzymywali szeroką diagnostykę. Zgodnie z założeniami Standardu najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb również innych obszarów. Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii. Na koniec każdego miesiąca zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Przed wypisaniem pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia. Po wypisaniu pacjenta w celu podtrzymania efektów pobytu prowadzone są działania sprawdzające, w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w dziennym domu opieki medycznej w warunkach domowych. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na wyniki badania, które pokazują, iż zidentyfikowano problem niewielkiego odsetka deklaracji pacjentów, iż regularnie realizują zalecenia po skorzystaniu z oferty DDOM (53% badanych regularnie je wykonuje). Dotyczy to zarówno samych pacjentów, jak i ich opiekunów. Ze względu na to, iż realizacja zaleceń jest kluczowa dla utrzymania efektów zdrowotnych (a także może przyczynić się do braku/opóźnienia kolejnej hospitalizacji) należy utrzymać w świadczeniu rozwiązania dające realne szanse na podwyższenie wskaźnika realizacji zaleceń. Sprawdzonym empirycznie, także w kontekście pracy z osobami starszymi rozwiązaniem jest kontakt osobisty/ telefoniczny/ elektroniczny personelu placówki z pacjentami jakiś czas po opuszczeniu placówki w celu przypomnienia im o zaleceniach i rozmowy o tym, czy i jak takie zalecenia są wdrażane (tzw. follow-up)[17]. Należy zauważyć, że tego typu rozwiązania, bardzo tanie w porównaniu z innymi świadczeniami medycznymi okazują się być bardzo skuteczne

[17] Por. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 28

i powszechnie stosowane w wielu systemach opieki zdrowotnej. Można tu rozważyć wiele kwestii związanych z tym jaki personel ma się kontaktować (lekarz, psycholog, rehabilitant).Trzeba także, w przypadku przyjęcia takich rozwiązań, ustalić kiedy i ile razy ma być kontakt oraz jakiego rodzaju realizacji zaleceń ma dotyczyć. Zapisy Standardu w sposób precyzyjny opisują, kto i kiedy powinien takie działania prowadzić, są to:

- wizyty domowe (1-2), prowadzone przez fizjoterapeutę, w trakcie których uczyłby on ćwiczeń rehabilitacyjnych i udzielał porad w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w dziennym domu opieki medycznej w warunkach domowych;
- rozmowy telefoniczne, realizowane przez personel dziennego domu opieki medycznej (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna danego pacjenta), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia;
- nawiązania współpracy personelu dziennego domu opieki medycznej z pielęgniarką środowiskową, która – w razie zdiagnozowania potrzeby - będzie świadczyła usługi na rzecz pacjenta w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia.

Z uwagi na ograniczenia w możliwości finansowania podobnych działań w przyszłości, rekomenduje się przede wszystkim utrzymanie drugiego rozwiązania, a więc wykonywania rozmów telefonicznych.

Wśród nieplanowanych efektów, ponownie pojawia się wskazanie na wysokie korzyści medyczne, jakie pojawiały się również dzięki aktywizacji społecznej pacjentów. Jak wspominali zarówno pacjenci jak i koordynatorzy, osoby uczestniczące w projektach były często wsparciem dla siebie nawzajem. Nawiązywanie relacji, wymiana doświadczeń i organizowanie wzajemnej pomocy pozytywnie wpływa na trwałość osiągniętych efektów (również zdrowotnych) w projektach. Warto tutaj wskazać, iż zmiany w funkcjonowaniu społecznym powinniśmy rozumieć, w ujęciu holistycznym jako poprawę stanu zdrowia, choćby w rozumieniu powszechnie przyjętej koncepcji Światowej Organizacji Zdrowia[18]. Warto tutaj zaznaczyć, że powiązania otrzymywanego wsparcia społecznego ze stanem zdrowia (mierzonym obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami) został dobrze potwierdzonych w badaniach medycznych oraz z zakresu psychologii medycyny (także w analizach metaanalitycznych)[19] i co więcej, okazuje się, że nie tylko otrzymywanie wsparcia społecznego, ale także jego udzielanie innym (w niektórych przypadkach nawet bardziej) przekłada się na efekty zdrowotne[20]. Należy tu podkreślić, że udzielanie takiego wsparcia pacjentom zidentyfikowano jako powszechne w ramach ewaluowanych projektów. Istnieją

[1818] Por. Witton M, (2005). 'Meeting the holistic needs of dependent older people'. Nursing Standard. 20: s. 13.
[19] Np. Smith, C., Fernengel, K., Holcroft, C., Gerald, K., & Marien, L. (1994). Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. Annals of Behavioral Medicine, 16.
[20] Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. Psychological Science 14

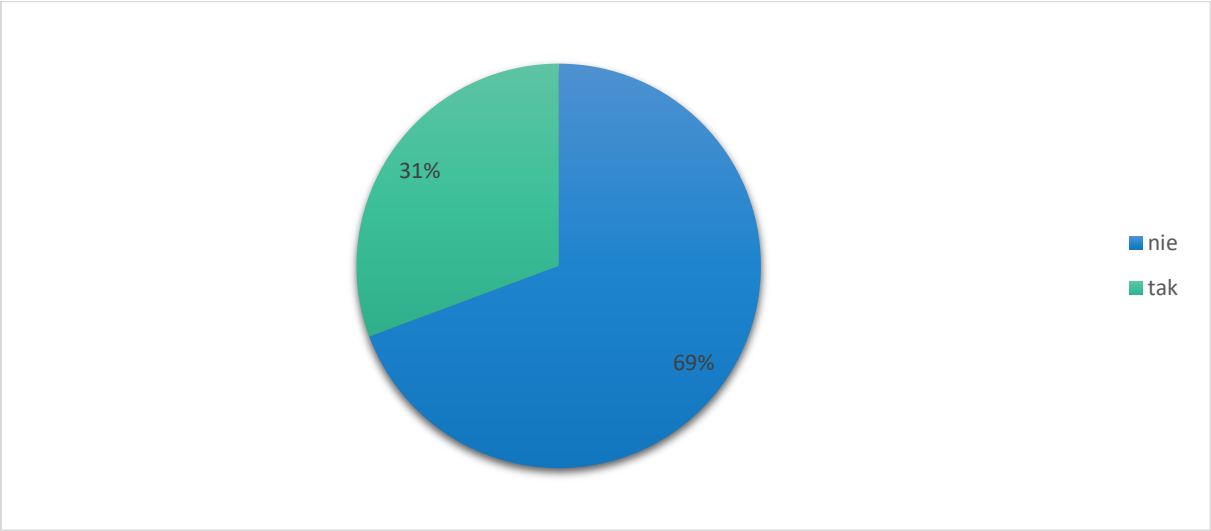
zatem, oprócz wyników ewaluacji silne przesłanki z zakresu medycyny opartej na dowodach za rozwiązaniami projektowym.

Personel DDOM oraz kierownicy poproszeni zostali o oszacowanie korzyści z realizacji projektów w kontekście zmniejszenia ponownej hospitalizacji pacjentów DDOM. Jak sami badani wskazują, nie mierzyli tego w sposób systematyczny. Są jednak zdania, że realizowana w placówce pomoc, ma charakter prewencyjny, tym samym może pojawić się efekt, taki, że osoby te nie będą ponownie hospitalizowane w tym samym zakresie.

*W takich miejscach na pewno będzie większa prewencja, która jak najbardziej przynosi takie skutki, że hospitalizacja nie jest potrzebna, bo pacjent jest zaopiekowany i lekowo i w razie czego można zlecić badania dodatkowe, jest stały nadzór lekarski, psychologiczny i fizjoterapeutyczny, pielęgniarski, ten pacjent jest „ustawiany". Personel DDOM – fizjoterapeuta.*

Wyniki badania ilościowego, potwierdzają niski odsetek ponownych hospitalizacji badanych pacjentów, blisko 70% badanych nie była poddawana ponownej hospitalizacji w zakresie/obszarze zdrowia objętym pomocą po pobycie w dziennym domu, takiej hospitalizacji poddanych zostało nieco ponad 31% badanych pacjentów.

*Wykres 35. Hospitalizacja w zakresie/obszarze zdrowia objętym pomocą po pobycie w dziennym domu.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Badani koordynatorzy wskazując na negatywne efekty projektów, nie wymieniali żadnych wprost powiązanych z samym projektem. Było to zazwyczaj pole, w którym wskazywali, iż w wyniku braku finansowania działań DDOM, po zakończeniu projektu, ich doświadczenie i potencjał są niewykorzystywane.

*Ilu uczestników projektów DDOM doświadczyło poprawy kondycji zdrowotnej dzięki uczestnictwu w zajęciach prowadzonych w DDOM?*

Biorący udział w badaniu ilościowym pacjenci DDOM poproszeni zostali o ocenę tego, czy pobyt w placówce przyczynił się do poprawy ich stanu zdrowia. Wyniki badania potwierdzają, iż łącznie **93% badanych uważa, że udział w projekcie miał wpływ na poprawę ich stanu zdrowia**. Odpowiedzi negatywne stanowią jedynie 4%. Pozostali badani nie byli w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Wyniki badania dla I etapu, wskazywały, iż: „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. 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.”[21]

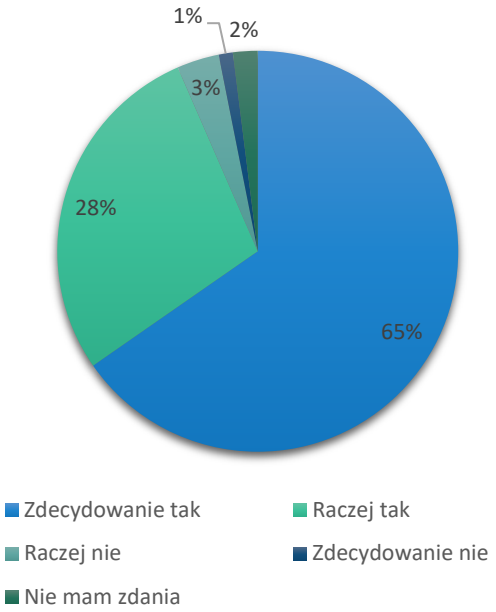
Deklaracje poprawy stanu zdrowia stanowiły nieco niższy odsetek niż w niniejszym badaniu, trzeba jednak zaznaczyć, iż poprzedni etap realizowany był w trakcie świadczenia usługi, a niemniejsze badanie odnosiło się już do znacznej perspektywy czasowej udzielonego wsparcia. Zgodnie z informacją z I etapu: „Do dnia rozpoczęcia prowadzenia badań (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.” Realizacja niniejszego badania przypadła na październik 2019 r., co oznacza, że niektórzy pacjenci mogli zakończyć leczenie nawet 3 lata temu.

Opiekunowie pacjentów, również zostali poproszeni o opinię na temat wpływu otrzymanej pomocy na stan zdrowia osoby, którą się opiekowali. Tutaj jednak zastosowano inną skalę, gdyż trudno pytać opiekuna o jego subiektywną opinię poprawy stanu zdrowia pacjenta. **Opiekunowie w większości potwierdzili, iż stan zdrowia osób, którymi się opiekowali uległ**

[21] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

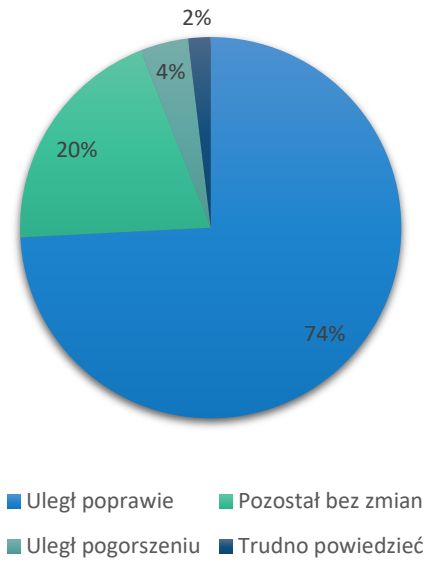
**poprawie w wyniku udzielonej pomocy - 74% odpowiedzi**. Ponadto 20% określiło, iż stan zdrowia tych osób pozostał bez zmian, jedynie 4% wskazało, iż uległ on pogorszeniu. Warto jednak zauważyć, iż pogorszenie stanu zdrowia pacjenta nie jest połączone z działaniami personelu, a jedynie nastąpiło ono w momencie korzystania z usług placówki.

*Wykres 36. Wpływ DDOM na poprawę stanu zdrowia – opinia pacjenta.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

*Wykres 37. Wpływ DDOM na poprawę stanu zdrowia – opinia opiekuna*




*Źródło: CATI opiekunowie (N=360).*

*Czy zmiana stanu zdrowia (poprawa, pogorszenie) wynika, a jeśli tak – to w jakim stopniu z udziału w projekcie DDOM? Jakie jeszcze inne czynniki poza udziałem w projekcie PO WER przyczyniły się do zmiany stanu zdrowia pacjentów DDOM?*

Badani pacjenci poproszeni zostali o określenie innych (niż medyczne) efektów udziału w projekcie, jakie zauważyli. Najczęściej wskazywali oni na takie jak (kolejność według najczęstszych wskazań):

- lepsze samopoczucie;
- nawiązywanie przyjaźni, znajomości, relacji z innymi osobami;
- możliwość spędzenia czasu wolnego w towarzystwie, kontakt z ludźmi;
- wymiana doświadczeń z innymi pacjentami;
- możliwość „wyjścia z domu”.

Badani koordynatorzy częściej zauważają pozytywne efekty realizacji projektu niż negatywne. Około 80% badanych wskazało na pozytywne efekty realizacji projektu. Wśród odpowiedzi pojawiały się takie jak:

- pacjenci chętniej uczestniczą w innych metodach wsparcia;

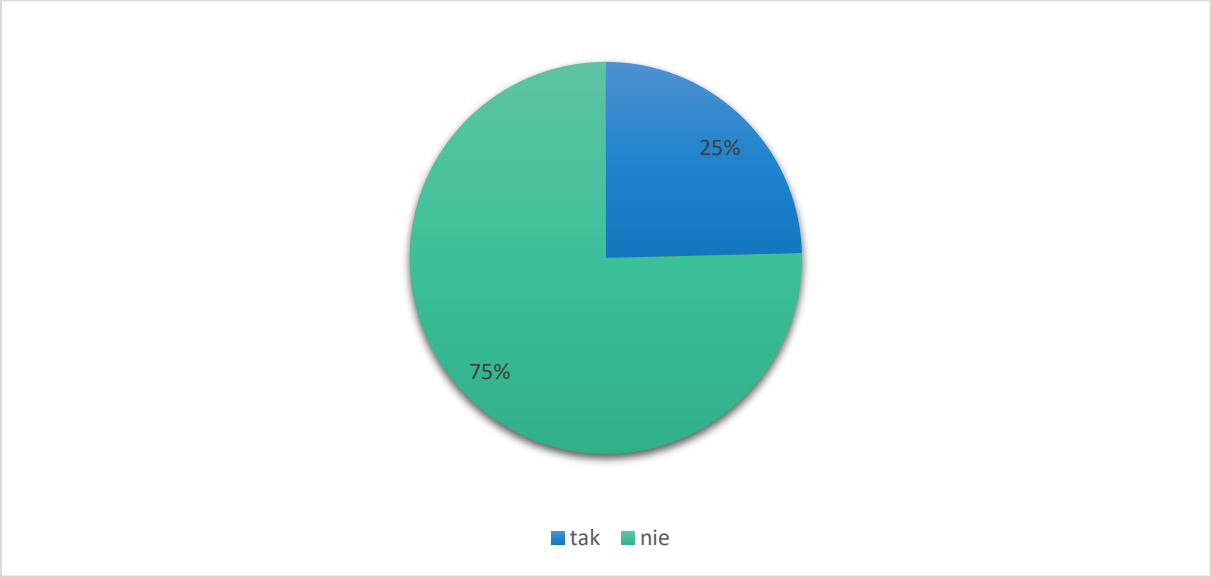
- wzrost kompetencji społecznych uczestników, socjalizacja i nawiązywanie oraz utrzymanie kontaktów społecznych, również poza DDOM, ogólna aktywizacja uczestników;
- satysfakcja i zadowolenie oraz poprawa stanu psychicznego uczestników projektu w związku z przebywaniem w grupie ludzi, wspólne spędzanie czasu z osobami w podobnym wieku;
- sfera ruchowa była celem projektu, ale udało się osiągnąć bardzo dobre efekty psychologiczne i to powinno być kontynuowane;
- sfera emocjonalna była mocno rozwinięta.
- seniorzy odkrywają siłę w grupie;
- wyjście z domu, integracja, usamodzielnienie;
- zintegrowanie środowiska, pacjenci utrzymują kontakty, powstała nieformalna grupa wsparcia tych osób nawzajem, odwiedzają DDOM;
- kontakt pacjentów z rówieśnikami, chęć życia, ubierania się, itp. chęć wstawania rano, czucie się potrzebnym, aktywizacja;
- pacjenci ożywili się, nawiązali znajomości;
- znaczna poprawa stanu psychicznego czasem bardziej niż stanu fizycznego i duża aktywizacja;

Zarówno pacjenci jak i koordynatorzy podkreślają silne efekty psychospołeczne wsparcia. Same projekty zakładały przede wszystkim pomoc medyczną i takie efekty były planowane do osiągnięcia. W sposób szczególny należy podkreślić, iż **zapewnienie odpowiednio przygotowanej kadry i dostępnej dla pacjentów spowodowało osiągnięcie dużo lepszych efektów niż tylko te związane bezpośrednio ze schorzeniami pacjentów**. Koordynatorzy wspominali, że duże znaczenie miały działania psychologów, ale również rozmowy pacjentów z personelem medycznym, który był po prostu dostępny dla pacjentów, w czasie gdy przebywali oni w DDOM. **Ograniczona liczba uczestników pozytywnie wpływała na możliwość nawiązania kontaktu z każdym z pacjentów**, według jego potrzeb. Jak wspominali zarówno pacjenci jak i koordynatorzy, osoby uczestniczące w projektach były często wsparciem dla siebie samych. **Nawiązywanie relacji, wymiana doświadczeń i organizowanie wzajemnej pomocy pozytywnie wpływa na trwałość osiągniętych efektów w projektach**.

Pacjentów DDOM zapytano jeszcze czy na zmianę stanu zdrowia wpływ miały inne czynniki niż udział w projekcie, odpowiedź pozytywną wskazało 25% badanych. Wśród odpowiedzi pojawiały się takie jak:

- operacja,
- dodatkowa rehabilitacja,
- istnienie wielu różnych schorzeń.

*Wykres 38. Wpływ innych sytuacji/działań na stan zdrowia.*




*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

Pacjenci projektów DDOM uczestniczyli w wielu różnych zajęciach. Oprócz rehabilitacji, były to najczęściej zajęcia z psychologiem, psychoterapeutą (86% pacjentów skorzystało z takiej pomocy), zajęcia towarzyskie z innymi pacjentami dziennego domu (78% badanych pacjentów), zajęcia manualne (77% badanych pacjentów) oraz zajęcia edukacyjne (54% badanych pacjentów). Ponadto wśród innych odpowiedzi pojawiały się takie jak: wyjścia na basen, do teatru lub kina, spacery, wyjazdy integracyjne (ognisko, wycieczki), wizyty dzieci i wspólne śpiewanie, czy zajęcia z logopedą. Każde z wymienionych zajęć pacjenci oceniali pod kątem ich wpływu na poprawę zdrowia. Oceny nie różnią się istotnie od siebie, średnia waha się od 4,4 do 4,7. Najwyższą oceną było 5, które oznaczało, iż zajęcia były bardzo pomocne w powrocie do zdrowia. **Najlepiej oceniono zajęcia towarzyskie z pozostałymi pacjentami dziennym domu – średnia ocen wyniosła 4,7. Równie dobrze oceniono wpływ zajęć rehabilitacyjnych i konsultacji z psychologiem, czy psychoterapeutą – średnia ocen równa 4,6.** Najniższe oceny wskazywano dla zajęć edukacyjnych oraz manualnych. Wciąż jednak wszystkie oceny oznaczały, wysoki wpływ na poprawę stanu zdrowia. Co tylko podkreśla użyteczność stosowania wielu form pomocy pacjentom, w powrocie do zdrowia. Szczególną uwagę należy zwrócić na zajęcia „pozamedyczne", które jak już wcześniej wspominano mają bardzo duże znaczenia dla osiągania efektów ściśle medycznych u pacjentów. Pacjent, który ma dobre samopoczucie, chętniej uczestniczy w zajęciach rehabilitacyjnych i ma większą motywację do dbania o swoje zdrowie.

*Tabela 8. Średnia ocena wpływu określonych zajęć na poprawę zdrowia pacjentów DDOM.*

| Rodzaj zajęć | Średnia ocena |
|---|---|
| Zajęcia towarzyskie z pozostałymi pacjentami dziennym domu | 4,7 |
| Rehabilitacja | 4,6 |
| Zajęcia z psychologiem, psychoterapeutą | 4,6 |
| Inne | 4,6 |
| Zajęcia edukacyjne | 4,5 |
| Zajęcia manualne | 4,4 |

*Źródło: CATI pacjenci (N=360).*

### *Czy i w jakim stopniu udział w projektach DDOM przyczynił się do zminimalizowania poziomu wykluczenia społecznego wynikającego z przyczyn zdrowotnych samych pacjentów i ich rodzin oraz wpłynął na zwiększenie szans/możliwości podjęcia pracy (aktywizacji zawodowej) przez ich opiekunów/członków rodzin?*

Opiekunowie pacjentów korzystających z pomocy DDOM poproszeni zostali o informacje dotyczące zatrudnienia i wpływu udziału w projekcie na możliwość utrzymania zatrudnienia lub podjęcia zatrudnienia. 71% badanych zadeklarowało, iż przed przyjęciem osoby, którą się opiekowali podejmowali zatrudnienie, a 29% badanych zatrudniania nie podejmowało. Wśród tych osób 95% nie podejmowało żadnej aktywności w kierunku podjęcia zatrudniania, a pozostałe były zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy. Brak podejmowania zatrudnienia wynikał z przede wszystkich z innych przyczyn niż konieczność zajmowania się osobą zależną, jedynie 18% badanych nie mogło podejmować pracy z wyżej wskazanego powodu. Jednocześnie w przypadku tylko 2 opiekunów, udział osoby zależnej w zajęciach DDOM, umożliwił im podejmowanie aktywności zawodowej, w pozostałych przypadkach opiekunowie  takie bądź to były na emeryturze bądź, z innych dodatkowych przyczyn nie mogły podjąć zatrudniania.

W badaniach jakościowych opiekunowie pacjentów podkreślali, iż uczestnictwo osób zależnych w projekcie pozwalał im, na „spokojne" wykonywanie pracy zawodowej. Deklaracja ta oczywiście zależna była od tego, na ile dany pacjent był samodzielny na co dzień, to znaczy czy mógł samodzielnie dotrzeć do DDOM i z niego wrócić. **Jak wspominali opiekunowie, fakt tego, ze dana osoba jest „zaopiekowana" w czasie godzin ich pracy dawał im wytchnienie i poprawiał samopoczucie.** Pod tym względem w sposób szczególny należy ocenić efekty społeczne oferowanego wsparcia.

Wyniki badań (przytoczone na poprzednich stronach raportu) w sposób dość szczegółowy omawiają, jakie efekty uczestnictwa w projektach DDOM odczuwają zarówno pacjenci, jak i ich opiekunowie. **W wielu przypadkach uzyskane efekty zdrowotne były bardzo wysoko oceniane, co pozwalało pacjentom wrócić do aktywności społecznej.** W wielu przypadkach kontakt z innymi pacjentami przyczynił się do włączenia tych osób w życie społeczne, a

poprzez to w sposób istotny przyczynił się do zminimalizowania poziomu wykluczenia. Warto wspomnieć, iż blisko **90% badanych oceniło, ze udział w projekcie miał wpływ na poprawę ich samopoczucia**, stali się bardziej zadowoleni, mieli więcej chęci do podejmowania działań proponowanych przez pracowników DDOM, ale również do codziennych obowiązków.

Na temat korzyści wynikających z realizacji świadczeń wskazywano już na poprzednich stronach raportu. W obszarze wykluczenia społecznego osób starszych, szczególnie podkreślane były przez ekspertów osiągane efekty, w obszarze aktywizacji społecznej pacjentów. Dostępne publikacje, w zakresie wykluczenia społecznego zwracają uwagę na sytuację, w której starzenie się polskiego społeczeństwa spowoduje zmiany w funkcjonowaniu całego państwa, jak i poszczególnych jednostek i rodzin. W przypadku osób starszych zmniejsza się między innymi rola rodziny, jako podstawowej instytucji wspierającej oraz świadczącej usługi opiekuńcze. Zwiększa się natomiast liczba samotnych osób starszych, coraz większą rolę odgrywać będą także relacje nieformalne z osobami niespokrewnionymi, a główny ciężar opieki przejmą placówki publiczne.[22]

Autorzy rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych podkreślali, wysokie znaczenie kwalifikacji świadczenia wraz z wyodrębnieniem warunków realizacji świadczenia dzienna długoterminowa opieka medyczna, które pozwoli na poprawę sprawności oraz aktywności świadczeniobiorców, którzy po zakończeniu hospitalizacji wymagają rekonwalescencji i wdrożenie elementów edukacji w zakresie usprawniania po okresie choroby oraz promocji zdrowia dla świadczeniobiorcy. W opinii ekspertów przyczyni się ono także do poszerzenia wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, wydolności psychofizycznej, jak również będzie miało wpływ na obniżenie wskaźnika ponownych hospitalizacji. Ponadto realizacja świadczenia odciąży oddziały szpitalne w zapewnianiu opieki, która w proponowanym świadczeniu zapewni dodatkowo proces usprawniania świadczeniobiorcy i wzmacniania jego umiejętności w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, co zminimalizuje poziom wykluczenia społecznego pacjentów, z uwagi na stan ich zdrowia. Nowe świadczenie poprawi tym samym jakość życia pacjentów, ograniczy niepełnosprawności i zwiększy dostępność do świadczeń z zakresu leczenia, opieki i pielęgnacji oraz fizjoterapii.

Wyniki I etapu badania również wskazują na minimalizację poziomu wykluczenia osób starszych wynikających z problemów zdrowotnych, jak wskazują autorzy raportu: „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”. 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

[22] Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych, P. Kubicki, Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH, Zakład Gerontologii Społecznej IPiSS.

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 u 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."[23]

### *Jakie były najważniejsze korzyści osiągnięte w wyniku udziału w projekcie z perspektywy grup docelowych - pacjentów i ich opiekunów?*

Zarówno pacjenci, jak i ich opiekunowie wysoko oceniają korzyści zdrowotne jakie udało się osiągnąć w projekcie. W większości badani pacjenci potwierdzali, iż stan ich zdrowia w wyniku udziału w projekcie uległ poprawie. Wielu badanych podkreślało również, że osiągnięcie efektów zdrowotnych na bardzo wysokim poziomie, możliwe było dzięki zastosowaniu formuły wsparcia jaką objęte były DDOM. Połączenie pomocy stricte medycznej i odpowiedniej diagnostyki z działaniami w obszarze terapeutyki zajęciowej, wsparcia psychologa, dietetyka w opinii badanych daje bardzo dobre efekty. Wielu z nich dzięki temu pierwszy raz miało możliwość skorzystania z takich usług. Regularne ćwiczenia, profesjonalnie prowadzone zajęcia rehabilitacyjne w istotnym stopniu wpływają na poprawę stanu zdrowia. Jak zauważają sami badani, kiedy w wielu przypadkach ustępował ból spowodowany kontuzjami, czy operacjami odzyskiwali oni chęć do dalszej aktywności społecznej. Dodatkowy pozytywny wpływ na pacjentów miało przebywanie w nowym środowisku, nawiązywanie przyjaźni, znajomości. Personel DDOM szczególnie podkreślał rolę „zdrowej rywalizacji" między pacjentami, motywowali się wzajemnie widząc jak druga osoba o podobnych schorzeniach nie poddaje się i ćwiczy osiągając pozytywne efekty. Tego elementu, nie można osiągnąć stosując indywidualną rehabilitację, w takim przypadku potrzeba jest mocna chęć po stronie samego pacjenta. W pracy grupowej motywacja jest generowana przez całą grupę, co pozytywnie wpływa na każdego z pacjentów.

Szczególnie mocno należy podkreślić korzyści niemedyczne w zrealizowanych projektach DDOM. Dodatkowo odpowiednio zmotywowane osoby, chętniej po zakończeniu udziału

[23] Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), czerwiec 2017 r.

w projekcie będą wykonywały zalecenia. Jak sami deklarują, korzystają z zaleceń jakie otrzymali w większej lub mniejszej częstotliwości, ale mają chęć do ich wykonywania.

## 4. Tabela rekomendacji

| Lp. | Wniosek | Rekomendacja | Adresat rekomendacji | Sposób wdrożenia | Termin realizacji | Klasa rekomendacji |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rekomendacje mające wpływ na dalszą realizację świadczenia | | | | | | |
| 1. | Wyniki badania potwierdzają wysokie korzyści medyczne realizowanej pomocy w DDOM (zarówno w badaniu ilościowym jak i jakościowym). Większość placówek nie otrzymała środków zewnętrznych na utrzymanie. Jedynie 9 z 52 funkcjonujących placówek opiekuje się pacjentami, pozostali z braku środków pozostają w stanie gotowości do przyjęcia pacjenta – oferowana jest pełnopłatna opieka, na którą nie zebrano dotychczas odpowiedniej liczby chętnych osób. s. (54) | Włączenie oferty DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych. | Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, NFZ | Podejmowanie dalszych działań mających na celu zakwalifikowanie oferty DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych. | Do końca 2020 r. | rekomendacja operacyjna |
| 2. | Ostatnie projekty zakończyły się w styczniu 2019 r., a pierwsze nawet już w marcu 2018. Na | Przyznanie dodatkowych punktów za | Ministerstwo Zdrowia, NFZ | Przekazanie listy beneficjentów do osób odpowiedzialnych za ocenę i | | rekomendacja operacyjna |

| Lp. | Wniosek | Rekomendacja | Adresat rekomendacji | Sposób wdrożenia | Termin realizacji | Klasa rekomendacji |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | moment badania okres od zakończenia projektów waha się od 11 do 21 miesięcy. W tym czasie DDOM w wielu przypadkach nie świadczą już swoich usług, a więc wypracowany potencjał jest niewykorzystywany. Planując w przyszłości objęcie DDOM finansowaniem z środków NFZ należy mieć szczególnie na uwadze, zapewnienie środków dla placówek, które już mają doświadczenie oraz klientów, co pozwoli na efektywne wykorzystanie zakontraktowanych środków. s. (53) | doświadczenie w prowadzeniu DDOM i posiadanie przygotowanej infrastruktury, DDOM które brały udział w projektach realizowanych w ramach *Działania 5.2 PO WER.* | | wybór świadczeniodawców, którzy mogą otrzymać finansowanie w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Na etapie oceny możliwości przyznania środków na realizację świadczenia wprowadzenie punktów premiujących za doświadczenie w prowadzeniu DDOM oraz za fakt dysponowania odpowiednio przystosowaną placówką, gotową przyjmować pacjentów. | | |
| 3. | Badani pacjenci średnio przebywali w placówce ok. 60 dni. Warto podkreślić, iż w opinii większości badanych długość pobytu w placówce była odpowiednia do ich potrzeb. | Utrzymanie w planowanym świadczeniu określonej w Standardzie maksymalnej i | Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia | Przy ustalaniu terminu pobytu w placówce w szczególności rozpatrywane powinny być nadal potrzeby pacjentów. Każdy przypadek analizować należy | Do końca 2020 r. | rekomendacja operacyjna |

| Lp. | Wniosek | Rekomendacja | Adresat rekomendacji | Sposób wdrożenia | Termin realizacji | Klasa rekomendacji |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Osoby które nie były zadowolone z czasu jaki spędziły w projekcie najczęściej uczestniczyły w nim do 30 dni. Koordynatorzy projektów w większości uznali, iż założony czas pobytu pacjenta w placówce był wystarczający do tego, aby zrealizować plan wsparcia przygotowany dla pacjenta, a podobny czas pobytu pacjenta w DDOM w przyszłości powinien być utrzymany.<br>s. (27) | minimalnej liczby dni udzielanego wsparcia. | | indywidualnie. Dobre jest określenie górnej granicy czasu jaki jest potrzebny do uzyskania zaplanowanych efektów, powinna być również możliwa elastyczność w określaniu dni pobytu w placówce. | | |
| 4. | Poziom i zakres wdrażania zaleceń przez pacjentów i opiekunów po skorzystaniu z oferty DDOM był relatywnie niski.<br>s. (64) | Należy utrzymać zapisy rozporządzenia dotyczące rozwiązania z zakresu „follow-up" czyli kontaktu personelu placówki dotyczącego jakości wdrażania zaleceń. | Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia, NFZ | Na poziomie eksperckim należy ustalić jaki personel byłby najbardziej odpowiedni dla realizacji „follow-up" oraz po jakim czasie i jak często takie rozwiązanie powinno być realizowane. Proponuje się, aby osoba, która będzie odpowiedzialna za kontakt z | Do końca 2020 r. | rekomendacja operacyjna |

| Lp. | Wniosek | Rekomendacja | Adresat rekomendacji | Sposób wdrożenia | Termin realizacji | Klasa rekomendacji |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | pacjentem, dotyczący jakości wdrażania zaleceń, została rozliczona z zadania po wykonaniu tego działania. | | |
| Rekomendacje mające na celu wykorzystanie zdobytego doświadczenia w realizacji projektów DDOM, nie odnoszące się w sposób bezpośredni do planowanego w rozporządzeniu świadczenia. | | | | | | |
| 5. | Relatywnie nisko (w porównaniu z innymi świadczeniami) oceniono edukację zdrowotną. s. (66) | Wzmocnienie pacjentów w obszarze edukacji zdrowotnej, przygotowanie personelu do świadczenia tego typu porad w ramach świadczonej usługi. | Ministerstwo Zdrowia | Należy propagować standardy treściowe i metodyczne dotyczące edukacji zdrowotnej szczególnie w odniesieniu do specyficznych grup wsparcia związanych ze statusem wykształcenia i wiekiem. Działania mogłyby być powiązane z kształceniem kadry z środków UE w przyszłej perspektywie. | perspektywa finansowa UE 2020 + | rekomendacja operacyjna |

## 5. Spis tabel

Tabela 1. Rodzaj podmiotu tworzący DDOM. ..... 21
Tabela 2. Struktura uczestników DDOM. ..... 23
Tabela 3. Metoda kontrfaktyczna – efekt netto – samoocena stanu zdrowia. ..... 34
Tabela 4. Metoda kontrfaktyczna – efekt netto – dostępność do usług, działań lub miejsc mających wpływ na poprawę stanu zdrowia pacjenta. ..... 35
Tabela 5. Metoda kontrfaktyczna – efekt netto – samoocena stanu zdrowia, osoby korzystające z rehabilitacji. ..... 35
Tabela 6. Wpływ udzielonej pomocy na poprawę stanu zdrowia. ..... 36
Tabela 7. Sposób dbania o zdrowie w przypadku braku możliwości skorzystania z usług realizowanych w podmiotach do tego celu przygotowanych. ..... 37
Tabela 8. Średnia ocena wpływu określonych zajęć na poprawę zdrowia pacjentów DDOM. . 75

## 6. Spis wykresów

Wykres 1. Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa. ..... 23
Wykres 2. Orzeczony stopień niepełnosprawności – struktura pacjentów DDOM. ..... 24
Wykres 3. Okres pobytu w DDOM – pacjenci. ..... 27
Wykres 4. Ocena jakości działań DDOM. ..... 31
Wykres 5. Ocena jakości zajęć/działań edukacyjnych mających na celu kontynuację opieki nad osobą. ..... 31
Wykres 6. Wpływ działań edukacyjnych oferowanych w DDOM, na stan zdrowia pacjenta – perspektywa opiekuna. ..... 32
Wykres 7. Zapotrzebowanie na inne wsparcie, niż to oferowane w DDOM – perspektywa opiekuna. ..... 33
Wykres 8. Potrzeba funkcjonowania miejsc oferujących usługi takie jak w DDOM – grupa kontrolna. ..... 37
Wykres 9. Z jakich środków powinny być finansowane placówki, takie jak DDOM. ..... 38
Wykres 10. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: umiejętności wykonywania pracy. ..... 40
Wykres 11. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: życzliwości w stosunku do pacjenta. ..... 40
Wykres 12. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: wiedzy, umiejętności udzielenia fachowej porady lub pomocy ..... 40
Wykres 13. Ocena jakości pracy personelu DDOM pod kątem: sposobu komunikacji (stosowany język, dostępność, itp.) ..... 40
Wykres 14. Źródła informacji o możliwości otrzymania pomocy - pacjenci. ..... 46
Wykres 15. Źródło informacji o możliwości otrzymania pomocy w dziennym domu. ..... 46

Wykres 16. Źródło informacji o możliwości otrzymania pomocy w dziennym domu. ..... 47
Wykres 17. Ludność według wieku w roku 2018 w Polsce. ..... 48
Wykres 18. Osoby w wieku 65 lat i więcej - udział procentowy grup wieku. ..... 49
Wykres 19. Ocena zainteresowania pomocą oferowaną w dziennym domu. ..... 50
Wykres 20. Konieczność dalszej pomocy oferowanej w dziennym domu. ..... 50
Wykres 21. Dopasowanie pomocy do potrzeb pacjentów. ..... 51
Wykres 22. Status DDOM w momencie realizacji badania. ..... 54
Wykres 23. Sposoby zapewnienia finansowania DDOM. ..... 55
Wykres 24. Trwałość efektów wsparcia udzielonego pacjentom DDOM. ..... 56
Wykres 25. Rzeczywisty, całkowity koszt pobytu pacjenta w DDOM w przeliczeniu na osobodzień. ..... 58
Wykres 26. Rzeczywisty, całkowity koszt pobytu pacjenta w DDOM w przeliczeniu na osobodzień – koszty bez transportu i bez wyżywienia oraz przy uwzględnieniu tych elementów. ..... 58
Wykres 27. Korzystanie z pomocy/usług/świadczeń innych, podobnych do dziennego domu. 63
Wykres 28. Aktualny stan zdrowia pacjentów DDOM. ..... 64
Wykres 29. Otrzymanie zaleceń po wyjściu z dziennego domu. ..... 65
Wykres 30. Korzystanie z zaleceń przez pacjentów. ..... 65
Wykres 31. Pomoc opiekunów przy wykonywaniu zaleceń. ..... 65
Wykres 32. Korzystanie z pomocy/usług/świadczeń innych, podobnych do dziennego domu. 66
Wykres 33. Finansowanie innej pomocy/usług/świadczeń. ..... 66
Wykres 34. Konieczność dalszej pomocy oferowanej w dziennym domu. ..... 67
Wykres 35. Hospitalizacja w zakresie/obszarze zdrowia objętym pomocą po pobycie w dziennym domu. ..... 70
Wykres 36. Wpływ DDOM na poprawę stanu zdrowia – opinia pacjenta. ..... 72
Wykres 37. Wpływ DDOM na poprawę stanu zdrowia – opinia opiekuna ..... 72
Wykres 38. Wpływ innych sytuacji/działań na stan zdrowia. ..... 74

# 7. Bibliografia

1) Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020
2) Krajowe Ramy Strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020
3) Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014-2020
4) Ewaluacja on-going projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDOM)
5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i projekt rozporządzenia zmieniającego ww. rozporządzenie z dnia 22 grudnia 2018 r.
6) Standard DDOM i inne zasady dotyczące wsparcia DDOM opisane w załącznikach do Regulaminu naboru nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15

7) Rekomendacja nr 76/2018 z dnia 31 lipca 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna" jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
8) Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017, MRPiPS.
9) Raport krajowy – POLSKA. Informacja na temat podejmowanych w Polsce działań na rzecz osób starszych–Realizacja madryckiego planu działania na rzecz osób starszych w okresie 2012–2016, Warszawa 2017, MRPiPS.
10) Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania, NIK, 2018 r.
11) Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie, GUS, 2016 r.
12) Korzeniowska E, Puchalski K, Goszczyńska E, Pyżalski J. (2014). Should we adjust health education methodology to low-educated employees needs? Findings from Latvia, Poland, Slovenia and Spain. International Journal Occupational Medicine Environmental Health.
13) Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 28
14) Por. Witton M, (2005). 'Meeting the holistic needs of dependent older people'. Nursing Standard. 20: s. 13.
15) Np. Smith, C., Fernengel, K., Holcroft, C., Gerald, K., & Marien, L. (1994). Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. Annals of Behavioral Medicine, 16.
16) Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. Psychological Science 14.

# 8. Załączniki

## 8.1. Synteza odpowiedzi na pytania badawcze

<table>
<tr><th>Pytanie badawcze</th><th>Odpowiedź</th></tr>
<tr><td>Ilu uczestników projektów objęto wsparciem w DDOM? Ilu z nich ukończyło wsparcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką? Z jakich powodów uczestnicy kończyli udział w projekcie przed zakończeniem wszystkich zaplanowanych działań?</td><td>W realizowanych projektach przewidziano wsparcie dla pacjentów jak również dla ich opiekunów, stanowili oni grupę uczestników projektów. Ogółem według udostępnionej bazy uczestników projektów DDOM, wsparcie otrzymało 5 698 osób – grupa pacjentów oraz grupa opiekunów pacjentów, spośród nich 93,5% zakończyło udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką – 3,7% nie ukończyło zaplanowanej ścieżki uczestnictwa. Dla pozostałych 2,8% uczestników nie określono czy dana osoba ukończyła projekt zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa. Według danych wskaźnikowych z SL2014 w projektach DDOM samych pacjentów zostało objętych opieką i ukończyło leczenie 3 101 .<br>Spośród 360 badanych pacjentów DDOM jedynie 3% nie ukończyło projektu zgodnie z założonym planem, a 97% ukończyło projekt zgodnie z zaplanowaną ścieżką. Na pytanie o powód przerwania świadczenia badani pacjenci najczęściej wskazywali na ponowną hospitalizację (pogorszenie stanu zdrowia). Powody te potwierdzają również koordynatorzy projektów, 52 koordynatorów wskazało, iż powodem przedwczesnej rezygnacji z projektu było pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Jedna osoba dodatkowo wymieniła problemy rodzinne i problemy z transportem.</td></tr>
<tr><td>Jaka była struktura uczestników projektów – w szczególności ze względu na wiek i płeć, miejsce zamieszkania (województwo, powiat, obszar miejski / wiejski), stopień niepełnosprawności / niesamodzielności? Czy uczestnicy projektów stanowili jednorodną grupę docelową, czy też</td><td>
<table>
<tr><th>Cecha</th><th>Baza uczestników</th><th>Badanie CATI (pacjenci)</th><th>Badanie CATI (opiekunowie)</th></tr>
<tr><td colspan="4">płeć</td></tr>
<tr><td>kobieta</td><td>66,9%</td><td>60,2%</td><td>59,8%</td></tr>
<tr><td>mężczyzna</td><td>33,1%</td><td>39,8%</td><td>40,2%</td></tr>
<tr><td colspan="4">wiek</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

| Pytanie badawcze | Odpowiedź | | | |
|---|---|---|---|---|
| można w niej wyodrębnić podgrupy ? Czy wsparcie zostało skierowane do właściwych pacjentów? Jeżeli nie, dlaczego? | 17-34 | 5,1% | 1,1% | 7,4% |
| | 35 - 44 | 7,5% | 3,1% | 15,9% |
| | 45 - 54 | 11,0% | 7,4% | 22,2% |
| | 55 - 64 | 17,2% | 23,9% | 25,0% |
| | 65 - powyżej | 59,2% | 68,2% | 34,1% |
| | wykształcenie | | | |
| | niższe niż podstawowe | 1,4% | 1,4% | 1,9% |
| | podstawowe | 23,6% | 22,2% | 12,8% |
| | gimnazjalne | 3,5% | 4,5% | 2,2% |
| | ponadgimnazjalne | 32,1% | 37,8% | 28,8% |
| | policealne | 18,8% | 18,8% | 23,6% |
| | wyższe | 20,6% | 15,3% | 30,7% |

Badanie ilościowe miało na celu również ustalenie odsetka osób z niepełnosprawnością uczestniczących w projektach. Wśród badanych pacjentów 54% stanowiły osoby z orzeczoną niepełnosprawnością (2,8% odmówiło odpowiedzi). Około 36% badanych (spośród tych, którzy mają orzeczoną niepełnosprawność) określiło swój stopień niepełnosprawności jako znaczny, podobny odsetek wskazał na umiarkowany stopień. Niecałe 10% badanych wskazało na lekki stopień, a nieco ponad 17% badanych odmówiło odpowiedzi.

Założenia standardu DDOM określają, iż wsparcie powinno zostać udzielone osobom niesamodzielnym, w szczególności osobom powyżej 65 lat, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Jednocześnie określono, iż pacjenci w wieku powyżej 65 lat powinni stanowić min. 50% łącznej liczby pacjentów. Były to jedyne wytyczne odnoszące się do analizowanych zmiennych społeczno – demograficznych. Analiza baz danych pod względem wieku wszystkich uczestników projektów (pacjentów oraz ich opiekunów) wykazała, iż osoby powyżej 65 lat. stanowiły 59,2%. Badanie ilościowe wskazało na jeszcze wyższy odsetek osób w wieku 65+, według tych danych było to ok. 68% pacjentów. Badanie ilościowe daje bardziej wiarygodny obraz, gdyż tutaj osobno badaniem objęto grupę pacjentów oraz opiekunów. Należy zatem potwierdzić, iż grupa docelowa została dobrana w sposób prawidłowy uwzględniając zmienne demograficzne, a wsparcie zostało skierowane do właściwych osób.<br><br>Sami pacjenci stanowili zróżnicowaną grupę, z uwagi na wiek, płeć i wykształcenie. Trudno jednak na tej podstawie wyodrębnić konkretne podgrupy, gdyż jest to naturalne zróżnicowanie wynikające ze struktury ludności. |
| Jaki był czas pobytu pacjentów – uczestników projektów PO WER w DDOM? Czy był odpowiedni: a) w stosunku do potrzeb pacjentów?; b) w stosunku do osiągnięcia zaplanowanego efektu? | Czas pobytu pacjentów był znacznie zróżnicowany, średnia wynosiła 60 dni. Analizując dane na poszczególne okresy, widać iż najczęściej badani przebywali w DDOM, w takich przedziałach czasowych jak:<br>• do 30 dni – 27% badanych;<br>• 81- 100 dni – 26% badanych,<br>• 41 – 60 dni – 24% badanych.<br>Warto podkreślić, iż w opinii 64% badanych pacjentów długość pobytu w placówce była odpowiednia do ich potrzeb. Wśród opinii negatywnych, czyli wskazań na |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | nieodpowiedni czas pobytu względem potrzeb pojawiały się takie stwierdzenia, jak np. „dłuższa rehabilitacja jeszcze bardziej by mi pomogła”, czy „chętnie zostałabym dłużej”. Badani wskazywali również na problemy zdrowotne, które wymagają dalszej rehabilitacji, np. osoby po udarze odzyskiwały sprawność, ale im dłużej będą rehabilitowane, tym lepszą sprawność uzyskają. Koordynatorzy projektów w większości uznali, iż założony czas pobytu pacjenta w placówce był wystarczający do tego, aby zrealizować plan wsparcia przygotowany dla pacjenta, ponad 90% pozytywnych odpowiedzi. |
| W jakim stopniu osiągnięte zostały efekty zdrowotne zaplanowane w ramach wparcia w DDOM? Czy w wyniku realizacji projektów DDOM pojawiły się jakieś nieplanowane (pozytywne i negatywne) efekty? | Biorący udział w badaniu ilościowym koordynatorzy zadeklarowali, że osiągnęli zaplanowane efekty (w tym zdrowotne). Koordynatorzy projektów potwierdzają, że obserwują poprawę stanu zdrowia, ale również szeroko rozumianego samopoczucia. Obecny na jednym ze zrealizowanych wywiadów grupowych lekarz geriatra, w sposób szczególny podkreślał pozytywne efekty zdrowotne jakie osiągali pacjenci w projekcie, dzięki temu, że otrzymywali szeroką diagnostykę. Wśród nieplanowanych efektów, ponownie pojawia się wskazanie na wysokie korzyści medyczne, jakie pojawiały się również dzięki aktywizacji społecznej pacjentów. Jak wspominali zarówno pacjenci jak i koordynatorzy, osoby uczestniczące w projektach były często wsparciem dla siebie nawzajem. Nawiązywanie relacji, wymiana doświadczeń i organizowanie wzajemnej pomocy pozytywnie wpływa na trwałość osiągniętych efektów (również zdrowotnych) w projektach. |
| Ilu uczestników projektów DDOM doświadczyło poprawy kondycji zdrowotnej dzięki uczestnictwu w zajęciach prowadzonych w DDOM? | Biorący udział w badaniu ilościowym pacjenci DDOM poproszeni zostali o ocenę tego, czy pobyt w placówce przyczynił się do poprawy ich stanu zdrowia. Wyniki badania potwierdzają, iż łącznie 93% badanych uważa, że udział w projekcie miał wpływ na |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | poprawę ich stanu zdrowia. Odpowiedzi negatywne stanowią jedynie 4%. Pozostali badani nie byli w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi.<br>Opiekunowie w większości potwierdzili, iż stan zdrowia osób, którymi się opiekowali uległ poprawie w wyniku udzielonej pomocy - 74% odpowiedzi. Ponadto 20% określiło, iż stan zdrowia tych osób pozostał bez zmian, jedynie 4% wskazało, iż uległ on pogorszeniu. |
| Czy zmiana stanu zdrowia (poprawa, pogorszenie) wynika, a jeśli tak – to w jakim stopniu z udziału w projekcie DDOM? Jakie jeszcze inne czynniki poza udziałem w projekcie PO WER przyczyniły się do zmiany stanu zdrowia pacjentów DDOM? | Biorący udział w badaniu ilościowym pacjenci DDOM poproszeni zostali o ocenę tego, czy pobyt w placówce przyczynił się do poprawy ich stanu zdrowia. Wyniki badania potwierdzają, iż łącznie 93% badanych uważa, że udział w projekcie miał wpływ na poprawę ich stanu zdrowia.<br>Pacjentów DDOM zapytano jeszcze czy na zmianę stanu zdrowia wpływ miały inne czynniki niż udział w projekcie, odpowiedź pozytywną wskazało 25% badanych. Wśród odpowiedzi pojawiały się takie jak:<br>• operacja,<br>• dodatkowa rehabilitacja,<br>• istnienie wielu różnych schorzeń.<br><br>Badani pacjenci poproszeni zostali o określenie innych (niż medyczne) efektów udziału w projekcie, jakie zauważyli. Najczęściej wskazywali oni na takie jak (kolejność według najczęstszych wskazań):<br>• lepsze samopoczucie;<br>• nawiązywanie przyjaźni, znajomości, relacji z innymi osobami;<br>• możliwość spędzenia czasu wolnego w towarzystwie, kontakt z ludźmi;<br>• wymiana doświadczeń z innymi pacjentami; |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | • możliwość „wyjścia z domu”. |
| Jaka jest aktualnie sytuacja zdrowotna pacjentów DDOM? Czy korzystają oni z zaleceń otrzymanych w DDOM? Czy biorą udział w innych projektach w ramach dziennego modelu opieki medycznej (dofinansowanych w ramach RPO)? Czy korzystają z innego rodzaju wsparcia medycznego, a jeżeli tak – z jakiej formy i czy są to świadczenia publiczne czy prywatne? Czy uczestnicy projektów DDOM potrzebują dalszego wsparcia? | Pacjenci DDOM co do zasady dobrze oceniają swój stan zdrowia – łącznie 48% pozytywnych odpowiedzi. Należy również zwrócić uwagę na wysoki odsetek odpowiedzi negatywnych – 38% badanych ocenia swój stan zdrowia raczej źle lub zdecydowanie źle. Znaczny odsetek badanych nie potrafił jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie (14%). 78% badanych pacjentów otrzymało zalecenia, których powinni przestrzegać, aby utrzymać efekty pomocy, z drugiej strony 22% badanych takich zaleceń nie otrzymało (podobne wyniki otrzymano w grupie opiekunów projektu). Wśród osób, które otrzymały zalecenia 53% pacjentów deklaruje, iż korzysta z nich regularnie (63% opiekunów wykonuje regularnie zalecenia z pacjentem), 38% badanych pacjentów korzysta z nich sporadycznie (20% opiekunów pomaga sporadycznie w wykonywaniu zaleceń), 9% nie korzysta z nich w ogóle (16% badanych opiekunów nie pomaga wykonywać zaleceń), 4% wśród opiekunów nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie. Wśród powodów dla, których pacjenci nie korzystają z otrzymanych zaleceń badani wskazują:<br>• brak czasu, inne obowiązki domowe;<br>• brak motywacji;<br>• brak takiej potrzeby.<br><br>Po zakończeniu pobytu w dziennym domu z pomocy, usług lub świadczeń, podobnych do otrzymanych w projekcie korzystało 32% badanych pacjentów. Badani wskazywali na zabiegi rehabilitacyjne realizowane w innych miejscach, pobyt w szpitalu, sanatorium, lub miejscach podobnych do DDOM. Najczęściej były to miejsca finansowane ze środków publicznych (78% odpowiedzi), ze środków prywatnych finansowało te |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | działania jedynie 12% badanych, w pozostałych przypadkach było to finansowanie łączone (środki publiczne, prywatne oraz udział NGO). Tylko jeden z badanych wprost odpowiedział, iż skorzystał z pomocy innego DDOM.<br>Uczestnicy projektów bardzo dobrze oceniali pomoc jaka otrzymali w DDOM. Wiele osób, wśród proponowanych zmian w zakresie wskazywało wydłużenie pobytu, z uwagi na wciąż istniejące potrzeby zdrowotne (niekoniecznie te z powodu, których korzystali z DDOM). Deklaracje te mogą mieć również przełożenie na chęć dalszego wsparcia w ramach DDOM, na którą wskazało 76% badanych. Najczęściej wskazują nadal na potrzeby w zakresie rehabilitacji. Ponadto pojawiają się potrzeby niezwiązane wprost z otrzymanym leczeniem, czyli np. kontakt z innymi, wyżywienie, czy zajęcia manualne. |
| Czy sytuacja uczestników projektów jest lepsza niż świadczeniobiorców, którzy nie korzystali z tej lub podobnej formy wsparcia współfinansowanej z EFS? | Analiza efektu netto obrazuje, jaki odsetek działań został zrealizowany dzięki wsparciu środkami EFS, im wyższy odsetek różnicy pomiędzy odpowiedziami w grupie kontrolnej i eksperymentalnej, tym większy wpływ środków EFS na osiągnięcie danego efektu. Badani pacjenci, którzy nie skorzystali ze wsparcia w ramach DDOM raczej negatywnie oceniają swój stan zdrowia. Łącznie 71% negatywnych odpowiedzi, a 27% pozytywnych. W grupie pacjentów DDOM, ocena ta jest bardziej zróżnicowana, 48% pozytywnych odpowiedzi w porównaniu do 38% negatywnych odpowiedzi. Różnica pomiędzy grupą eksperymentalną a kontrolną w przypadku odpowiedzi pozytywnych wynosi 21 p.p, oznacza to, iż pacjenci DDOM lepiej oceniają swój stan zdrowia, niż osoby, które nie skorzystały z takiej formy leczenia. Ważny jest wpływ realizowanych projektów na możliwość skorzystania z usług rehabilitacji. Przyjmując dokonaną powyżej interpretację, dzięki realizacji projektów udało się objąć usługami rehabilitacji dodatkowe 57% pacjentów. |
| Jak oceniają jakość wsparcia udzielonego w DDOM pacjenci, a jak ich opiekunowie? | Pacjenci DDOM zostali poproszeni o ocenę jakości wsparcia jakie otrzymali w ramach projektów DDOM na skali, gdzie ocena 1 oznaczała bardzo niską jakość, a ocena 5 |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | bardzo wysoką jakość. Najlepiej oceniona została opieka pielęgniarska – średnia wyniosła 4,8. Równie wysoko oceniono usprawnienia ruchowe (rehabilitacja, fizjoterapia, itp.) – średnia 4,7.<br>Na skali powyżej 4 oceniono również zajęcia wzmacniające pamięć – średnia 4,4.<br>Poniżej oceny 4 uzyskały takie działania jak: doradztwo w doborze odpowiednich leków oraz zajęcia wzmacniające umiejętności potrzebne do wykonywania codziennych prac – średnia ocen 3,9.<br>Opiekunowie pacjentów uczestniczący w projektach DDOM również zostali poproszeni o ocenę jakości działań oferowanych w DDOM, były to zajęcia edukacyjne, mające na celu wzmocnienie ich wiedzy, w celu kontynuacji opieki nad osobą zależną po opuszczeniu DDOM. Średnia ocen wyniosła 4,3 na skali 5 punktowej, co oznacza, iż w opinii badanych działania te były wysokiej jakości. |
| Czy i w jakim stopniu udział w projektach DDOM przyczynił się do zminimalizowania poziomu wykluczenia społecznego wynikającego z przyczyn zdrowotnych samych pacjentów i ich rodzin oraz wpłynął na zwiększenie szans/możliwości podjęcia pracy (aktywizacji zawodowej) przez ich opiekunów/członków rodzin? | W wielu przypadkach uzyskane efekty zdrowotne były bardzo wysoko oceniane, co pozwalało pacjentom wrócić do aktywności społecznej. W wielu przypadkach kontakt z innymi pacjentami przyczynił się do włączenia tych osób w życie społeczne, a poprzez to w sposób istotny przyczynił się do zminimalizowania poziomu wykluczenia. Warto wspomnieć, iż blisko 90% badanych oceniło, ze udział w projekcie miał wpływ na poprawę ich samopoczucia, stali się bardziej zadowoleni, mieli więcej chęci do podejmowania działań proponowanych przez pracowników DDOM, ale również do codziennych obowiązków. W obszarze wykluczenia społecznego osób starszych, szczególnie podkreślane były przez ekspertów osiągane efekty, w obszarze aktywizacji społecznej pacjentów. Dostępne publikacje, w zakresie wykluczenia społecznego zwracają uwagę na sytuację, w której starzenie się polskiego społeczeństwa spowoduje zmiany w funkcjonowaniu całego państwa, jak i poszczególnych jednostek i rodzin. W |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | przypadku osób starszych zmniejsza się między innymi rola rodziny, jako podstawowej instytucji wspierającej oraz świadczącej usługi opiekuńcze. Zwiększa się natomiast liczba samotnych osób starszych, coraz większą rolę odgrywać będą także relacje nieformalne z osobami niespokrewnionymi, a główny ciężar opieki przejmą placówki publiczne.<br>Zdaniem ekspertów zrealizowane świadczenie przyczyni się do poszerzenia wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, wydolności psychofizycznej, jak również będzie miało wpływ na obniżenie wskaźnika ponownych hospitalizacji. Ponadto realizacja świadczenia zapewni proces usprawniania świadczeniobiorcy i wzmacniania jego umiejętności w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, co zminimalizuje poziom wykluczenia społecznego pacjentów, z uwagi na stan ich zdrowia. Nowe świadczenie poprawi tym samym jakość życia pacjentów, ograniczy niepełnosprawności i zwiększy dostępność do świadczeń z zakresu leczenia, opieki i pielęgnacji oraz fizjoterapii.<br>Opiekunowie pacjentów korzystających z pomocy DDOM poproszeni zostali o informacje dotyczące zatrudnienia i wpływu udziału w projekcie na możliwość utrzymania zatrudnienia lub podjęcia zatrudnienia. 71% badanych zadeklarowało, iż przed przyjęciem osoby, którą się opiekowali podejmowali zatrudnienie, a 29% badanych zatrudniania nie podejmowało. Wśród tych osób 95% nie podejmowało żadnej aktywności w kierunku podjęcia zatrudniania, a pozostałe były zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy. Brak podejmowania zatrudnienia wynikał z przede wszystkich z innych przyczyn niż konieczność zajmowania się osobą zależną, jedynie 18% badanych nie mogło podejmować pracy z wyżej wskazanego powodu. |
| Jakie były najważniejsze korzyści osiągnięte w wyniku udziału w projekcie z perspektywy grup | Zarówno pacjenci, jak i ich opiekunowie wysoko oceniają korzyści zdrowotne jakie udało się osiągnąć w projekcie. W większości badani pacjenci potwierdzali, iż stan ich zdrowia w wyniku udziału w projekcie uległ poprawie. Wielu badanych podkreślało również, że |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| docelowych - pacjentów i ich opiekunów? Jakie elementy wsparcia spotkały się z krytyką? | osiągnięcie efektów zdrowotnych na bardzo wysokim poziomie, możliwe było dzięki zastosowaniu formuły wsparcia jaką objęte były DDOM. Połączenie pomocy stricte medycznej i odpowiedniej diagnostyki z działaniami w obszarze terapeutyki zajęciowej, wsparcia psychologa, dietetyka w opinii badanych daje bardzo dobre efekty. Wielu z nich dzięki temu pierwszy raz miało możliwość skorzystania z takich usług. Regularne ćwiczenia, profesjonalnie prowadzone zajęcia rehabilitacyjne w istotnym stopniu wpływają na poprawę stanu zdrowia.<br>Personel DDOM szczególnie podkreślał rolę „zdrowej rywalizacji" między pacjentami, motywowali się wzajemnie widząc jak druga osoba o podobnych schorzeniach nie poddaje się i ćwiczy osiągając pozytywne efekty. Tego elementu, nie można osiągnąć stosując indywidualną rehabilitację, w takim przypadku potrzeba jest mocna chęć po stronie samego pacjenta. W pracy grupowej motywacja jest generowana przez całą grupę, co pozytywnie wpływa na każdego z pacjentów.<br>Nie zidentyfikowano elementów, które byłyby krytykowane na tyle wyraźnie, aby uznać je za nietrafione. Opinie krytyczne stanowiły raczej bardzo subiektywne opinie badanych. |
| Czy oferta DDOM uwzględniała wszystkie świadczenia / usługi niezbędne pacjentom? Czy pacjenci / ich opiekunowie / personel projektu dodaliby jakiekolwiek usługi/działania, a jeżeli tak – to jakie i dlaczego? | Pacjenci DDOM co do zasady byli zadowoleni z oferty placówki, która udzielała im wsparcia, 95% badanych nie widzi potrzeby wprowadzania nowych, innych usług. Jeśli już pojawiały się odpowiedzi pozytywne, to wskazywano na takie usługi lub działania jak:<br>• masaże;<br>• rehabilitacja wodna;<br>• zwiększenie ilości godzin już realizowanej rehabilitacji;<br>• pomoc dla osób niewidzących i słabowidzących (np. audiobooki, gry, itp.). |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| Czy i jakich ewentualnie usprawnień wymaga dalsze świadczenie usług zdrowotnych skierowanych do osób niesamodzielnych w trybie dziennym z punktu widzenia pacjentów / ich opiekunów / personelu projektu? | Jak już opisano powyżej biorący udział w badaniu ilościowym pacjenci, nie widzą potrzeby wprowadzania znacznych zmian w ofercie DDOM, w większości byli oni zadowoleni z tego jaką pomoc otrzymali. Wyrazem tego, są również wyniki badania jakościowego (IDI), w którym zarówno pacjenci jak ich opiekunowie podkreślają wielowymiarowość otrzymanej pomocy. Wszyscy wyrażają chęć i nadzieję na kontynuację podobnych działań bardzo wysoko oceniając ich jakość. Można zatem powiedzieć, iż usprawnieniem powinien być stały dostęp do podobnego wsparcia. Pacjenci podkreślali, iż w ich przypadku stała rehabilitacja pomogłaby w utrzymaniu osiągniętych efektów. Opiekunowie doceniali efekty pozamedyczne, szczególnie aktywizację społeczną osób chorych, widzą potrzebę kontynuacji podobnej oferty. |
| Czy kwalifikacje personelu DDOM były dostosowane do potrzeb pacjentów DDOM? Czy należy w jakiś sposób zreformować system kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie dziennej długoterminowej opieki medycznej, tak aby lepiej przygotowywał do pracy z osobami niesamodzielnymi, którzy będą korzystać z tego rodzaju świadczeń? | Eksperci obecni na panelu podkreślali, że wymogi stawiane w świadczeniu gwarantowanym wymagają określonych kompetencji i kwalifikacji jakimi dysponuje personel. Nie mogą być zatrudniane osoby, które tych wymagań nie spełniają, tym samym świadczenie nie może zawierać wymagań, jakich nie spełnią specjaliści. Nie widzą w tym względzie potrzeby zmian, gdyż zaplanowane świadczenie gwarantowane zawiera wszystkie aktualne wymogi, co do kwalifikacji personelu. |
| Jaki był / jest popyt na usługi zdrowotne / medyczne skierowane do osób niesamodzielnych, realizowane w DDOM? Jaki jest prognozowany popyt na świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej? | W okresie nawet ostatnich 5 lat obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców (proces ten jest już widoczny nawet w okresie ostatnich 25 lat). Trwający proces starzenia się ludności Polski (wykres poniżej) powodowany jest wydłużaniem się trwania życia, oraz pogłębiany niskim poziomem dzietności. Zmiany te są jednocześnie zintensyfikowane przez zwiększoną emigrację młodych osób. Autorzy dokumentu „Ludność w wieku 60+. |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | Struktura demograficzna i zdrowie" zwracają uwagę na przesuwanie – wśród osób starszych – największego odsetka zgonów w stronę coraz to starszych grup wieku, co może wskazywać na poprawę stanu zdrowia ludności. W latach 90. ub. wieku wśród zmarłych osób starszych największy odsetek stanowiły osoby w grupie wieku 80-84 lata, począwszy od 2000 r. jest to grupa w wieku 85 lat i więcej. Zmiany te znajdują odzwierciedlenie w wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia ludności. Trwanie życia będzie się sukcesywnie wydłużało sprzyjając zwiększeniu zarówno liczby, jak i odsetka ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski. Należy liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji przez rosnącą liczebnie zbiorowość osób w wieku starszym, wymagających pomocy – opieki, leczenia i rehabilitacji. 95 % badanych koordynatorów projektów uważa, iż zapotrzebowanie na ofertę DDOM jest duże lub bardzo duże, potwierdzają to również uczestnicy badania jakościowego kierownicy oraz pracownicy medyczni DDOM (FGI). |
| Skąd pacjenci dowiadywali się o wsparciu DDOM? Czy powinny być podejmowane działania upowszechniające tę formę wsparcia w przyszłości, a jeśli tak, to jakie działania byłyby najskuteczniejsze i w jaki sposób / z wykorzystaniem jakich kanałów komunikacji należy docierać z informacją do pacjentów?<br>Skąd rekrutowali się uczestnicy projektów? Czy byli to pacjenci z blisko funkcjonującego szpitala? Jaka była rola/udział POZ w kierowaniu pacjentów do DDOM? | Pacjenci DDOM najczęściej wskazywali, iż o możliwości skorzystania z takiego projektu dowiadywali się od znajomych lub rodziny (41% wskazań), od lekarza rodzinnego informację uzyskało 28% badanych, a od personelu szpitala – 10%. Wśród innych kanałów informacji badani wskazywali lekarzy specjalistów, inne osoby np. osoby odwiedzające chorych w szpitalu, przechodnie na przystanku, pracowników klubu seniora lub podobnych placówek, czy też plakaty i ulotki w przychodni, czy też w skrzynce pocztowej. Na podobne kanały informacji wskazywali opiekunowie pacjentów. Sami koordynatorzy najczęściej wskazywali, iż przy rekrutacji wykorzystywali bardzo dużo kanałów dotarcia. Byli to przede wszystkim lekarze POZ (100% wskazań), ale również pozostałe kanały, czyli: personel szpitala, pielęgniarki środowiskowe, współpraca z pracownikami socjalnymi (OPS, PCPR) czy Internet. Najrzadziej |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | wykorzystywano tradycyjne media: prasę, telewizję, radio. Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, iż duże znaczenie w promowaniu oferty DDOM mieli sami pacjenci. Pierwsi, którzy skorzystali z działań placówki, informowali kolejnych, co potwierdzają również wyniki badań ilościowych. Jednocześnie nie zidentyfikowano potrzeby w podejmowaniu działań upowszechniających tę formę wsparcia w przyszłości, gdyż jest ona znana w środowisku pacjentów i lekarzy, a stosowane i opisane powyżej kanały dotarcia są najskuteczniejsze. Jak już wspomniano powyżej najczęściej pacjenci rekrutowani byli z polecenia znajomych lub rodziny, ale istotny był też udział lekarzy POZ, czy personelu szpitali. Wielu pacjentów rekrutowanych było z pobliskiego szpitala, szczególnie w tych sytuacjach, gdy DDOM tworzone były właśnie przy takich placówkach. |
| W jaki sposób zapewnić ciągłość, dostępność i wysoką jakość usług/świadczeń skierowanych do osób niesamodzielnych w trybie dziennym? Jak można rozwiązać istniejące niedobory kadrowe, finansowe, inwestycyjne w tym zakresie? | Celem zapewnienia dostępności i ciągłości świadczonych usług powinny być stosowane jednolite sposoby finansowania dla wszystkich placówek. W tym względzie istotne będzie zapewnienie finansowania DDOM ze środków NFZ. Należy przy tym pamiętać, iż ostatnie projekty zakończyły się w styczniu 2019 r., a pierwsze nawet już w marcu 2018. Na moment badania okres od zakończenia projektów waha się od 11 do 21 miesięcy. W tym czasie DDOM w wielu przypadkach nie świadczą już swoich usług, a więc wypracowany potencjał jest niewykorzystywany. Planując w przyszłości objęcie DDOM finansowaniem z środków NFZ należy mieć szczególnie na uwadze, zapewnienie środków dla placówek, które już mają doświadczenie oraz klientów, co pozwoli na efektywne wykorzystanie zakontraktowanych środków. |
| Czy w wyniku realizacji projektów DDOM można wskazać jakieś konkretne kompetencje/umiejętności przedstawicieli zawodów medycznych, które można byłoby nadal wspierać z EFS? Jeśli tak, to na jakich | W odniesieniu do kwalifikacji badani przedstawiciele DDOM podkreślają, iż w tej pracy najważniejsze jest doświadczenie. Ponadto każdy, kto pracuje w tym zawodzie powinien być „na bieżąco”, gdyż medycyna jest dziedziną podlegającą szybkim zmianom i aktualizacja wiedzy jest niezbędna do wykonywania zawodu na wysokim poziomie. |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| zasadach udzielać dalszego wsparcia z EFS dotyczącego rozwoju kwalifikacji personelu medycznego w przedmiotowym obszarze? | Badani potwierdzają, iż wymagania względem zespołu, jakie zapisano w „Standardzie", są odpowiednie i powinny zostać utrzymane. Kierownicy DDOM oraz personel medyczny zatrudniony w placówce, potwierdzają, iż wiedza jaką otrzymują na studniach jest wystarczająca do pełnienia zawodu, czują się pod tym względem przygotowani i nie widzą potrzeby modyfikacji w tym zakresie. Ważne jest zdobywanie doświadczenia i uczenie się przez całe życie. |
| Jaki był rzeczywisty, całkowity koszt pobytu pacjenta w DDOM w przeliczeniu na osobodzień? | Przy początkowym założeniu Standardu, iż maksymalnie w DDOM w jednym cyklu może znajdować się 15 osób, koszt osobodnia wyniósł 107 zł. Po wprowadzonych zmianach w Standardzie i zwiększeniu maksymalnej liczby pacjentów do 25 koszt osobodnia zmniejszył się do 64 zł (zmiana o 43 zł). Należy zaznaczyć, iż w kosztach tych ujęto również transport oraz wyżywienie. Przyjmując, iż według informacji z budżetu projektów koszty te mogą stanowić odpowiednio 14% i 6%, koszt osobodnia będzie odpowiednio niższy. Dla pełnego obłożenia, czyli 25 pacjentów średni osobodzień to koszt bez transportu w wysokości 55 zł, a bez wyżywiania 60 zł, natomiast z wyłączeniem obu tych kosztów – 51 zł. |
| Czy wsparcie w DDOM zostało udzielone w sposób efektywny (wydajny)? Jakie są koszty alternatywne wsparcia w DDOM? Jakie koszty należy zapewnić ze środków płatnika na sfinansowanie tych świadczeń? | Podsumowując wyniki analiz finansowych oraz opinie pacjentów i koordynatorów projektów, należy pozytywnie ocenić efektywność udzielonego wsparcia. Beneficjenci w wielu przypadkach osiągali wyższe wskaźniki niż zaplanowano to we wniosku. Oznacza to, iż za te same środki udzielono pomocy większej liczbie osób lub przez dłuższy czas. Przyjmując powyższe wyliczenia kosztu w odniesieniu do osobodnia i założenia Standardu DDOM szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki DDOM to 404 289,06 zł.<br>Do obliczeń przyjęto iż średnio w 1 placówce może przebywać dziennie ok 25 pacjentów, przyjmując koszt uczestnika na poziomie 64 zł, koszt dzienny utrzymania placówki średnio wynosić powinien ok. 1 597,98 zł. Przyjmując założenia dla roku 2020, |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| | w którym liczba dni pracujących wyniesie 253, szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki w tym roku może wynieść wspomniane 404 289,06 zł. Zakładając, iż w przyszłości utrzymane zostaną powstałe w projekcie placówki – tj. 52 (1 wnioskodawca ogłosił upadłość) koszt utrzymania tylko tych podmiotów wyniesie ok. 21 mln zł. Założenie to jest hipotetyczne, gdyż nie ma pewności, że beneficjenci po zapoznaniu się z nowymi warunkami świadczenia usługi nadal będą chcieli realizować wsparcie. Gdyby nie zastosowano wsparcia w obszarze DDOM, wsparcie rehabilitacyjne otrzymałoby tylko ok 40% osób, które go potrzebowało. W odniesieniu do wsparcia DDOM, rozwiązaniem alternatywnym może być np. pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym. Należy pamiętać, iż rozwiązania stosowane w DDOM stanowią unikalne rozwiązanie w skali kraju, nie ma tutaj możliwości zapewnienia podobnego wsparcia pacjentów przez inne placówki. Jeżeli alternatywne rozwiązanie dałoby lepsze efekty niż realizowany wariant (koszt alternatywny przewyższa korzyści uzyskane z realizacji przyjętego wariantu), to oznacza, że projekty DDOM nie są konieczne do realizacji. Jednakże jak wskazują eksperci uczestniczący w badaniach jakościowych, w sytuacji braku alternatywnych rozwiązań, dających podobne efekty medyczne i społeczne opisana powyżej sytuacja nie zachodzi. |
| Czy wsparcie otrzymane przez pacjentów DDOM jest trwałe (czy nadal odczuwają jego efekty)? | Przy ocenie trwałości wsparcia otrzymanego przez pacjentów w DDOM należy mieć na uwadze, iż rodzaj schorzeń z jakimi zgłaszali się pacjenci jest bardzo zróżnicowany. Często pacjenci podkreślali, iż pomimo widocznych efektów poprawy stanu zdrowia, chcieliby nadal korzystać z pomocy, gdyż w ich odczuciu pomogłoby to utrzymać uzyskane efekty. Badania jakościowe z pacjentami (IDI) pokazują przykłady osób, których schorzenia wymagają stałej rehabilitacji, aby utrzymywać codzienną sprawność (np. amputacja nóg). Jednocześnie łącznie 66% badanych pacjentów, uważa iż nadal odczuwa efekty udzielonej pomocy, odmiennego zdania jest łącznie 23% badanych. |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| Ile DDOM (spośród utworzonych w PO WER) nadal działa?<br>Jakie są perspektywy na utrzymanie trwałości funkcjonowania tych placówek do końca 2019 r. i w kolejnych latach?<br>Czy możliwe będzie utrzymanie finasowania już utworzonych placówek (DDOM)? Z jakich źródeł planuje się ich dalsze finasowanie? | Badanie techniką CATI miało na celu weryfikację, ile spośród 53 utworzonych DDOM aktualnie funkcjonuje. Na dzień badania, tj. do końca listopada 2019 r. 52 z 53 DDOM utworzonych w PO WER prowadzi swoją działalność, w tym 43 pozostają jedynie w stanie gotowości do przyjęcia pacjentów, a 9 z nich obecnie opiekuje się pacjentami (łącznie pod opieką DDOM znajduje się 157 pacjentów). Tylko 1 DDOM zakończył swoje funkcjonowanie, beneficjent jest w stanie upadłości. |
| Jaka jest prognozowana liczba nowych DDOM, która może powstać w Polsce do 2023 r.? | Celem dokonania oceny ile nowych DDOM, która może powstać w Polsce do 2023 r. przeanalizowano zapisy wszystkich Regionalnych Programów w Polsce. Na podstawie opisów działań lub poddziałań i typów projektów zidentyfikowano te, w ramach których możliwe było wsparcie placówek tożsamy do DDOM lub podobnych. Następnie w ogólnodostępnej bazie beneficjentów wyszukano odpowiednie projekty. Łącznie zidentyfikowano 105 projektów zakładających powstanie DDOM do końca 2023 r. na terenie całego kraju. |
| Jaka powinna być prognozowana wielkość środków finansowych w budżecie NFZ, które są niezbędne (średniorocznie), aby zapewnić dostęp do świadczeń dotyczących dziennej długoterminowej opieki medycznej potencjalnym pacjentom? Czy prowadzenie DDOM będzie wiązało się z koniecznością zapewnienia współfinansowania kosztów leczenia po stronie pacjenta (współpłacenie)? Jeśli tak, jaki powinien być poziom współpłacenia, który umożliwi świadczenie tych | Przyjmując powyższe wyliczenia kosztu w odniesieniu do osobodnia i założenia Standardu DDOM szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki DDOM to 404 289,06 zł.<br>Do obliczeń przyjęto iż średnio w 1 placówce może przebywać dziennie ok 25 pacjentów, przyjmując koszt uczestnika na poziomie 64 zł, koszt dzienny utrzymania placówki średnio wynosić powinien ok. 1 597,98 zł. Przyjmując założenia dla roku 2020, w którym liczba dni pracujących wyniesie 253, szacowany średnioroczny koszt utrzymania 1 placówki w tym roku może wynieść wspomniane 404 289,06 zł.<br>Zakładając, iż w przyszłości utrzymane zostaną powstałe w projekcie placówki – tj. 52 (1 wnioskodawca ogłosił upadłość) koszt utrzymania tylko tych podmiotów wyniesie ok. 21 |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| usług w jak optymalnym zakresie, a jednocześnie zapewni możliwie jak największą ich dostępność dla pacjenta? | mln zł. Założenie to jest hipotetyczne, gdyż nie ma pewności, że beneficjenci po zapoznaniu się z nowymi warunkami świadczenia usługi nadal będą chcieli realizować wsparcie. Wyniki panelu ekspertów wskazują również na potrzebę finansowania kosztów transportu czy wyżywienia, jednak poddaje się pod wątpliwość, czy jest to konieczne do sfinansowania, w sytuacji ograniczonego budżetu. Dokonane powyżej oszacowanie kosztów realizacji usługi, pokazują, iż udział kosztów transportu oraz wyżywienia, nie stanowi dużego udziału procentowego. Dzienny koszt pobytu z uwzględnieniem wyżywiania, transportu i świadczenia usług medycznych i opiekuńczych dla 25 pacjentów wyniósł 64 zł, bez kosztu wyżywienia odpowiednio 60 zł oraz bez kosztów transportu odpowiednio 55 zł. Planując wsparcie należy rozważyć, na ile korzyści płynące z zaoferowania świadczenia zgodnego ze Standardem, przewyższają ewentualne dodatkowe koszty lub wykorzystać inne środki niż NFZ na sfinansowanie kosztów dojazdu oraz wyżywienia, co było sugerowane na panelu ekspertów. |
| Jakie formy wsparcia zaoferowane w DDOM można uznać za najskuteczniejsze i dlaczego? Jakie dobre praktyki w tym zakresie można wskazać? | Analiza rodzaju przyznanego wsparcia wskazuje, iż w projektach oferowano przede wszystkim usługę zdrowotną lub medyczną, a także szkolenie lub kurs. Z uwagi na to, iż działalność DDOM zapewniała przede wszystkim pomoc w zakresie rehabilitacji, w połączeniu z innymi działaniami nie jest możliwe wykazanie jednej formy wsparcia zaoferowane w DDOM, którą można uznać za najskuteczniejszą. W badaniu jakościowym FGI przedstawiciele personelu DDOM – w tym lekarz geriatra, szczególnie podkreślali użyteczność wskazanej powyżej oferty DDOM, jako całości. Jak podkreślali, pacjentom oferowano szczegółową diagnostykę, pod kątem sprawności intelektualnej, ogólnego stanu zdrowia i narządów ruchu, a następnie opracowywano odpowiednie leczenie rehabilitacyjne, fizjoterapeutyczne w połączeniu z pomocą psychologa, dietetyka, czy terapeuty zajęciowego. Podkreślana jest tutaj skuteczność nie tyle konkretnych form wsparcia, ale przede wszystkim kompleksowość udzielonej pomocy. |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
|---|---|
| W jakim stopniu osiągnięto w projektach i w całym Działaniu 5.2 PO WER wskaźniki określone w Standardzie DDOM, a także w PO WER? | W standardzie DDOM przewidziano monitorowanie osiągniętych celów poprzez realizację następujących wskaźników:<br>• *liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi – w każdym z projektów utworzony został Dzienny Dom Opieki Medycznej* - wskaźnik należy uznać za osiągnięty;<br>• *liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu* – w Standardzie przewidziano utworzenie od 10 do 15 miejsc na projekt, wskaźnik został zrealizowany;<br>• *liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie*, minimalna liczba pacjentów jaką przewidziano w projekcie wyniosła 60 osób, a maksymalna 141, średnio na projekt przypadały 72 osoby;<br>• *odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub członków ich rodzin)* – min. 80%. Na podstawie danych zawartych w bazie wskaźników z projektów, na dzień badania w 29 projektach odsetek pozytywnych oceny wyniósł min. 80%.<br><br>Wskaźniki specyficzne określone w Programie dotyczące Działania 5.2 zostały osiągnięte. 53 podmioty lecznicze zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, co oznacza wykonanie celu pośredniego w 133% na rok 2018. Ponadto wskaźnik PO WER dla Działania 5.2 *Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu* na poziomie 400 również został osiągnięty, na koniec października 2019 r. wskaźnik wynosił 682 – odsetek realizacji wyniósł 173. |

| Pytanie badawcze | Odpowiedź |
| --- | --- |
| **Jak należy ocenić działania edukacyjne dla członków rodzin osób niesamodzielnych w zakresie działań opiekuńczych? Czy opiekunom faktycznym pacjentów brakowało jakiegokolwiek wsparcia?** | Opiekunowie pacjentów uczestniczący w projektach DDOM również zostali poproszeni o ocenę jakości działań oferowanych w DDOM, były to zajęcia edukacyjne, mające na celu wzmocnienie ich wiedzy, w celu kontynuacji opieki nad osobą zależną po opuszczeniu DDOM. Średnia ocen wyniosła 4,3 na skali 5 punktowej, co oznacza, iż w opinii badanych działania te były wysokiej jakości. Na podstawie przytoczonych wyników badania, należy pozytywnie ocenić wsparcie jakie otrzymali opiekunowie pacjentów i podkreślić, iż w opinii badanych opiekunów pacjentów, zaoferowane wsparcie było dla nich wystarczające, nie mają w tym względzie dodatkowych potrzeb. |

## 8.2. Wykaz jednostek prowadzących DDOM wraz z aktualnym statusem działalności.

| Lp. | Numer projektu | Tytuł projektu | Beneficjent wiodący - nazwa | Czy utworzony Dzienny Dom Opieki Medycznej w dniu badania prowadzi swoją działalność |
|---|---|---|---|---|
| 1. | POWR.05.02.00-00-0003/15 | Wsparcie deinstytucjonalizacji nad osobami zależnymi poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Hajnówce. | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | TAK |
| 2. | POWR.05.02.00-00-0006/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej przy NZOZ PRAXIS w Nowym Sączu | "PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 3. | POWR.05.02.00-00-0008/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY W KRAKOWIE | TAK |
| 4. | POWR.05.02.00-00-0009/15 | Poprawa opieki nad osobami zależnymi poprzez utworzenie i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej na ul. Warszawskiej w Zgorzelcu | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU | TAK |
| 5. | POWR.05.02.00-00-0012/15 | Poprawa jakości życia osób starszych i niesamodzielnych poprzez działalność Dziennego Domu Opieki Medycznej w Zgłobniu | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | TAK |
| 6. | POWR.05.02.00-00-0016/15 | DDOM Kożuchów | PRZEDSIĘBIORSTWO LECZNICZE "GERIAMED" WIESŁAWA LESZCZAK | TAK |
| 7. | POWR.05.02.00-00-0021/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej "Zdrowie" w Szumowie | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE "ZDROWIE" | TAK |
| 8. | POWR.05.02.00-00-0022/15 | KOBIMED - Dzienny Dom Opieki Medycznej | "KOBIMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 9. | POWR.05.02.00-00-0025/15 | Zapewnienie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych dla społeczności lokalnej powiatu świdwińskiego i łobeskiego poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w MED-BIS Jolanta Zagowałko Zakład Usług Pielęgniarsko-Opiekuńczych | MED-BIS JOLANTA ZAGOWAŁKO ZAKLAD USŁUG PIELEGNIARSKO-OPIEKUŃCZYCH | TAK |
| 10. | POWR.05.02.00-00-0028/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej „Nestor” | NIEPUBLICZNY PIELĘGNIARSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IZ-MED IZABELA PILARZ ZBIGNIEWA LINDERT | TAK |
| 11. | POWR.05.02.00-00-0032/15 | Rozszerzenie działalności SPG ZOZ w Jedliczu o działalność Dziennego Domu Opieki Medycznej w Żarnowcu | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JEDLICZU | TAK |
| 12. | POWR.05.02.00-00-0036/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej w Wierzchosławicach - Twoja droga do zdrowia | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SP. Z O.O. | TAK |
| 13. | POWR.05.02.00-00-0037/15 | Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej 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 i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym | CENTRUM MEDYCYNY PROFILAKTYCZNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 14. | POWR.05.02.00-00-0040/15 | Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Wysowej-Zdroju | JADWIGA GRĄDALSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK | TAK |
| 15. | POWR.05.02.00-00-0044/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej Maja | ŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | TAK |
| 16. | POWR.05.02.00-00-0045/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej w Orzechówce | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA DAR-MED JOLANTA LEŃ | TAK |
| 17. | POWR.05.02.00-00-0046/15 | Utworzenie zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi w | VRATISLAVIA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |

| Lp. | Numer projektu | Tytuł projektu | Beneficjent wiodący - nazwa | Czy utworzony Dzienny Dom Opieki Medycznej w dniu badania prowadzi swoją działalność |
|---|---|---|---|---|
| | | ramach DDOM w strukturze WCRiMS sp. z o.o. | | |
| 18. | POWR.05.02.00-00-0047/15 | DDOM W ESKULAPIE | "LEKARZE RODZINNI-ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ | TAK |
| 19. | POWR.05.02.00-00-0048/15 | Kompleksowa dzienna opieka medyczna nad osobami niesamodzielnymi | SCANMED MULTIMEDIS SPÓŁKA AKCYJNA | TAK |
| 20. | POWR.05.02.00-00-0050/15 | Utworzenie dziennego domu opieki medycznej na terenie miasta Zabrze w celu poprawy jakości życia osób niesamodzielnych poprzez ich powrót do sprawnego funkcjonowania oraz umożliwienie rodzinom prowadzenia aktywnego życia zawodowego | REVITAMED SP. Z O.O. | TAK |
| 21. | POWR.05.02.00-00-0051/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej PKPS w Milanówku | POLSKI KOMITET POMOCY SPOŁECZNEJ | TAK |
| 22. | POWR.05.02.00-00-0052/15 | Rozszerzenie działalności Gabinetów Rehabilitacji RUDEK o Dzienny Dom Opieki Medycznej | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RUDEK GABINETY REHABILITACJI MEDYCZNEJ ANDRZEJ RUDEK | TAK |
| 23. | POWR.05.02.00-00-0055/15 | Zdrowiej w domu. Dzienny Dom Opieki Medycznej - wsparcie dla rodziny w czasie choroby | CARITAS ARCHIDIECEZJI WARMIŃSKIEJ | TAK |
| 24. | POWR.05.02.00-00-0057/15 | Długo-sprawni - utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Tarnogrodzie | ARION SZPITALE | NIE/ ogłoszono upadłość jednostki |
| 25. | POWR.05.02.00-00-0065/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej w Klonowcu Starym k. Kutna jako alternatywna forma opieki nad osobami zależnymi | "DERMEX" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 26. | POWR.05.02.00-00-0066/15 | Dzienny dom opieki medycznej w Barlinku | SZPITAL BARLINEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 27. | POWR.05.02.00-00-0071/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej w Limanowej | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA SZOT LESŁAW | TAK |
| 28. | POWR.05.02.00-00-0073/15 | Poprawa jakości życia osób niesamodzielnych, w tym szczególnie osób starszych, poprzez utworzenie DDOM przy NZOZ MOŻ-MED w Poddębicach | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MOŻ-MED" S.J. MOŻDŻAN | TAK |
| 29. | POWR.05.02.00-00-0074/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej Pod Kasztanami | FUNDACJA "UNIA BRACKA" | TAK |
| 30. | POWR.05.02.00-00-0078/15 | DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J. P. II w Katowicach | EMC SILESIA SP. Z O.O. | TAK |
| 31. | POWR.05.02.00-00-0080/15 | Utworzenie DDOM w SP ZOZ we Włodawie jako kontynuacja leczenia osób starszych niesamodzielnych poprzez realizację świadczeń opiekuńczo-leczniczych i rehabilitacyjnych w celu przywrócenia im sprawności i zdolności funkcjonowania w środowisku. | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | TAK |
| 32. | POWR.05.02.00-00-0085/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej "Familia" | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 33. | POWR.05.02.00-00-0087/15 | Domowy Szpital | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ | TAK |
| 34. | POWR.05.02.00-00-0088/15 | Przyjazny DDom | SAR SPÓŁKA JAWNA | TAK |
| 35. | POWR.05.02.00-00-0089/15 | Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowie Podlaskim - pomoc osobom niesamodzielnym poprzez zintensyfikowanie działań w zakresie poprawy jakości życia w powiecie sokołowskim | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKOŁOWIE PODLASKIM | TAK |

| Lp. | Numer projektu | Tytuł projektu | Beneficjent wiodący - nazwa | Czy utworzony Dzienny Dom Opieki Medycznej w dniu badania prowadzi swoją działalność |
|---|---|---|---|---|
| 36. | POWR.05.02.00-00-0096/15 | Zaopiekuj się mną! SPZZOZ w Żurominie naprzeciw potrzebom osób niesamodzielnych, zwłaszcza w wieku 65+ | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻUROMINIE | TAK |
| 37. | POWR.05.02.00-00-0098/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej ZOOM w Janowie Lubelskim | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ 'LEKARZ RODZINNY" S.C. PIOTR ZWOLSKI, EDMUND ZWOLSKI | TAK |
| 38. | POWR.05.02.00-00-0104/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej w Nowym Mieście Lubawskim | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 39. | POWR.05.02.00-00-0105/15 | DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH | CARITAS DIECEZJI KIELECKIEJ | TAK |
| 40. | POWR.05.02.00-00-0106/15 | Poprawa jakości życia osób niesamodzielnych, w tym szczególnie osób starszych, poprzez utworzenie DDOM przy Pabianickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Pabianicach | PABIANICKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | TAK |
| 41. | POWR.05.02.00-00-0109/15 | DDOM w Lublinie | INSTYTUT MEDYCYNY WSI IM. WITOLDA CHODŹKI | TAK |
| 42. | POWR.05.02.00-00-0114/15 | Rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi w SANUS SP. Z O.O. | SANUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 43. | POWR.05.02.00-00-0116/15 | Stawiamy na DDOM – wsparcie rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM. JANA PAWŁA II W GRODZISKU MAZOWIECKIM | TAK |
| 44. | POWR.05.02.00-00-0117/15 | Bydgoski Dzienny Dom Opieki Medycznej | SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W BYDGOSZCZY | TAK |
| 45. | POWR.05.02.00-00-0119/15 | Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego. | "CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 46. | POWR.05.02.00-00-0120/15 | Szpital Środowiskowy dla Międzyrzecczyzny | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYRZECU PODLASKIM | TAK |
| 47. | POWR.05.02.00-00-0129/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej | KRAKOWSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII | TAK |
| 48. | POWR.05.02.00-00-0131/15 | „Zostań w domu" | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY IM. KS. JERZEGO POPIEŁUSZKI W TORUNIU | TAK |
| 49. | POWR.05.02.00-00-0138/15 | Utworzenie i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej ETER-MED dla osób niesamodzielnych, przede wszystkim po 65 roku życia, które ze względu na wiek, czy niepełnosprawność potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu. | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ETER-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | TAK |
| 50. | POWR.05.02.00-00-0139/15 | Dzienny Dom Opieki Medycznej | CARITAS ARCHIDIECEZJI GDAŃSKIEJ | TAK |
| 51. | POWR.05.02.00-00-0142/15 | Utworzenie, uruchomienie i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Stobrawskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Kup, mającego na celu kontynuację leczenia osób w wieku senioralnym w warunkach zbliżonych do domowych, jako alternatywna forma opieki nad osobami niesamodzielnymi. | STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | TAK |
| 52. | POWR.05.02.00-00-0144/15 | Zdrowie, edukacja, rozwój. SPZOZ ZOZ w Głuchołazach dla Seniorów i osób niesamodzielnych. | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GŁUCHOŁAZACH | TAK |
| 53. | POWR.05.02.00-00-0148/15 | Opieka medyczna dla powiatu sławieńskiego | MARIUSZ PACZKOWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARS MEDICA | TAK |