

*Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera*

## RAPORT Z EWALUACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

Badanie realizowane na zlecenie Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej



MAZOWIECKIE  
CENTRUM POLITYKI  
SPOŁECZNEJ



Kraków, listopad 2021

## Zespół badawczy

dr hab. Jolanta Perek-Białas, prof. UJ, - Koordynatorka

dr hab. Paweł Bronowski, prof. APS

dr hab. Hubert Kaszyński, prof. UJ

prof. dr hab. Katarzyna Szczerbińska

mgr Regina Skiba

Współpraca przy opracowaniu danych: mgr Jakub Czerw, lic. Marcin Bauman

## Spis treści

**PODSUMOWANIE WYNIKÓW BŁĄD! NIE ZDEFINIOWANO ZAKŁADKI.**

**REKOMENDACJE** **9**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA I CELE PROJEKTU** **10**

**KLUCZOWE INFORMACJE O ZADANIU PUBLICZNYM** **10**

**CHARAKTERYSTYKA GRUPY DOCELOWEJ REALIZOWANEGO ZADANIA** **12**

**ZAKRES I CEL BADANIA EWALUACYJNEGO** **16**

**CELE EWALUACJI** **16**

**ZAKRES EWALUACJI** **16**

**METODOLOGIA** **17**

**GŁÓWNE WYNIKI** **21**

**OPIS DZIAŁAŃ** **21**

**OCENA REALIZACJI CELÓW** **23**

**WYNIKI Z OCEN POMIARU** **42**

## Wprowadzenie

Niniejszy dokument przedstawia główne wyniki i rekomendacje wraz założeniami i przebiegiem badania ewaluacyjnego zaplanowanego w ramach zadania „Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera”. Raport został przygotowany przez zewnętrzny, niezależny zespół ekspertów Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ.

Zebrane w procesie ewaluacji dane pozwoliły na ocenę podjętych (do momentu prowadzenia badania, tj. listopad 2021) działań w sześciu Dziennych Domach Pobytu (DDP, w dalszej części określane także jako wykonawcy zadania), które zostały utworzone i finansowane w ramach zadania publicznego przez Samorząd Województwa Mazowieckiego (realizator zadania: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej).

## Podsumowanie głównych wyników

1. Realizacja pilotażowego i unikalnego zadania publicznego w postaci utworzenia Dziennych Domów Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera dla mieszkańców woj. mazowieckiego jest bardzo potrzebnym działaniem ze względu na kontekst społeczny (włączenia i aktywizacji).
2. Podjęte działania dotyczące wypracowania innowacyjnego modelu wsparcia osób z zespołami otępiennymi i ich opiekunów oraz otoczenia osób starszych w kontekście lokalnym finansowanym z środków publicznych z misją promocji jak i zapewnienia kontynuacji takich działań po zakończeniu tego zadania powinno być dalej rozpowszechniane nie tylko w skali województwa mazowieckiego, ale też powinno być inspiracją do podobnych działań poza województwem.
3. Wynika to z tego, że zaproponowane w programie i realizowane działania wpisują się w dobrze zdiagnozowaną potrzebę wsparcia osób starszych z chorobami otępiennymi (w tym chorobą Alzheimera) jak i ich opiekunów.
4. Utworzenie DDP, w których realizowany jest specjalistyczny program terapeutyczny dla pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami ma istotne znaczenie dla: spowolnienia rozwoju otępienia, dłuższego utrzymania samodzielności chorych, lepszej ich integracji w lokalnym środowisku i w

efekcie prowadzi do dłuższego pozostawania w środowisku zamieszkania. Tym samym prowadzone działania w znaczącym stopniu mogą przyczynić się do poprawy sytuacji życiowej osób chorujących na zespoły otępienne i ich opiekunów (jakość życia).

5. Rozwiązanie z organizacją oparcia (wsparcia) dla tych osób i ich rodzin – DDP – jest trafne wraz z wyzwaniem demograficznymi (w tym starzeniem się ludności).
6. Działania są realizowane w formie ośrodków dziennych, co lokuje je w nowoczesnym nurcie środowiskowego modelu pomocy, a oferowane uczestnikom wsparcie jest kompleksowe i zindywidualizowane, członkowie rodzin i opiekunowie są również objęci pomocą.
7. Tworzenie takich ośrodków stanowi ponadto, istotne wsparcie dla opiekunów nieformalnych, którzy poznając istotę choroby (w wyniku informacji, edukacji, wsparcia) i otrzymując opiekę psychologiczną oraz odciążenie w formie zorganizowanych zajęć z chorym, mogą wypełniać w dalszym ciągu swoje obowiązki zawodowe, rodzinne i towarzyskie, mieć też możliwość odpoczynku/wytchnienia. Taka pomoc opiekunom sprawia, że częściej decydują się kontynuować opiekę w domu lub odraczają moment przekazania podopiecznego do instytucji (co dla systemu jest korzystne z finansowego punktu widzenia). Rozwój tej formy opieki może istotnie przyczynić się do poprawy jakości życia osób chorych i ich opiekunów.

Szczegółowy opis podsumowania wyników podzielony został według odpowiedzi na pytania:

- **Czy realizowane są cele zadania publicznego?**
- **Czy udzielane wsparcie wpływa na codzienną aktywność osób starszych z chorobami otępiennymi?**
- **Czy realizowane zadania są wystarczające?**
- **Czy powinny być podjęte inne działania? Jakich działań zabrakło?**

#### **I. Czy realizowane są cele zadania publicznego?**

1. Organizacje prowadzące Dnienne Domy Pobytu DDP prowadzą działania, które odnoszą się do zakładanych celów zadania publicznego, co zostanie szczegółowo przedstawione w dalszej części raportu.  
Każdy DDP tworzy indywidualną ofertę usług wsparcia zgodnie ze złożoną ofertą. Tylko w jednym z DDP nie podjęto jeszcze kroków (na moment

prowadzenia ewaluacji, XI 2021) zapewnienia kontynuacji działania DDP po zakończeniu konkursu. I tylko w jednym domu nie podjęto działań związanych z budowaniem międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych (między innymi w wyniku pandemii).

## II. Czy udzielane wsparcie wpływa na codzienną aktywność tych osób?

1. Ocena ekspercka udzielanego wsparcia wykazuje, że prowadzona działalność ma duży i pozytywny wpływ na codzienną aktywność osób starszych z zespołami otępiennymi<sup>1</sup> (w tym z chorobą Alzheimera).
2. Na podstawie danych dostarczonych z DDP zauważono wartościowe łączenie zadań z zakresu podejścia medycznego/psychologicznego oraz społecznego. We wszystkich ewaluowanych DDP zapewniono różnorodne wsparcie, w tym m.in., opiekę pielęgniarstwa, psychologiczną, fizjoterapię, terapię zajęciową, trening funkcji poznawczych oraz żywienie dietetyczne.
3. U pacjentów z chorobą Alzheimera lub innymi otępieniami szczególne znaczenie w spowalnianiu progresji zaburzeń mają nefarmakologiczne formy terapii jak np. trening funkcji poznawczych, terapia zajęciowa. Z kolei dla poprawy ogólnego stanu zdrowia ważny jest nadzór nad żywieniem i przyjmowaniem leków, co we wszystkich DDP zostało zapewnione (w miarę możliwości, w trakcie pobytu w domu).

## III. Czy realizowane zadania są wystarczające?

1. Można uznać, że model działania ośrodków dziennych jest wystarczający dla efektywnego wsparcia osób z zespołami otępiennymi. Programy DDP są kompleksowe i odpowiadają zarówno na potrzeby chorych, ich rodzin i opiekunów.
2. W ramach postępowania terapeutycznego istotne znaczenie mają różne formy terapii nefarmakologicznej, a zwłaszcza trening funkcji poznawczych, zajęcia w zakresie samoobsługi itp. W sprawozdaniach z I okresu działania zabrakło bardziej szczegółowych opisów ich zakresu i tym samym nie było możliwości pełnej oceny w jakim stopniu ich realizacja jest wystarczająca (to też po

---

<sup>1</sup> Otępienie nie jest chorobą tylko zespołem objawów, które mogą występować w przebiegu wielu różnych chorób

dłuższym okresie działania i w kolejnym okresie sprawozdawczym może być dodane). Precyzyjny i szczegółowy opis zakresu tych terapii jest bardzo potrzebny do dalszych ocen. Intensywność udziału w tego typu zajęciach (jak i innych uwarunkowań, wyzwań, problemów) powinna być odnotowana w dokumentacji, aby móc ocenić efektywność terapii i czynników ją zaburzających lub dodatkowo wzmacniających.

3. O jakości udzielanych świadczeń w tym zakresie stanowią kwalifikacje personelu realizującego poszczególne terapie, potwierdzone np. poprzez udział w szkoleniach czy posiadane certyfikaty. Sam organizator zadania (MCPS) nie miał wpływu na rekrutację tych osób, za co odpowiadał wykonawca zadania.
4. Każdy DDP realizuje inne działania dla swoich uczestników, ale wszystkie mają podobne/takie same cele zgodnie z zapisami konkursu. Sprawozdania są składane na podstawie złożonych odrębnych ofert przez organizacje pozarządowe, które biorą udział jako wykonawcy tego zadania. Każda oferta zawiera zaplanowane inne działania (w tym, np. inną liczbę godzin prowadzonych zajęć). Pełna ocena wpływu wymaga dalszego pogłębienia analizy podobieństw i różnic w praktykach poszczególnych DDP, a także dokonania oceny skuteczności terapeutycznej każdej formy wsparcia.

#### **IV. Czy powinny być podjęte inne działania? Jakich działań brakuje?**

1. Prowadzone programy oferują bardzo różnorodną formę wsparcia, jak jest to opisane bardziej szczegółowo w dalszej części raportu. Przedstawiona dokumentacja (do końca 2020 oraz w wyniku konsultacji, oraz dokumentacji uczestników zadania) wskazuje na wiele potrzebnych działań, które byłyby rekomendowane w tego typu placówkach. Wszystkie placówki podejmowały istotne działania do realizacji zadania.
2. Niewielka część działań, szczególnie tych związanych z integracją chorych ze środowiskiem lokalnym, z powodu pandemii COVID-19 było utrudnione w znacznym stopniu i dlatego zostało ograniczone, ale w prawie wszystkich DDP realizowane.

Tabela 1. Deklaracje realizowanych działań, w ramach określonych celów zadania

Czy cel zadania jest realizowany? Tak ✓ Nie ✗	DDP					
	1	2	3	4	5	6
CEL 1: Zorganizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie usług społecznych	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 2: Zapewnienie form wsparcia w zakresie usług społecznych w środowisku zamieszkania	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 3: Próba częściowego utrzymania codziennych aktywności	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 4: Integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności	✓	✓	✓	✗	✓	✓
CEL 5: Wsparcie osób sprawujących opiekę (osób sprawujących faktyczną opiekę, w szczególności członków rodzin) poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 6: zapewnienie kontynuacji działania DDP po zakończeniu konkursu zgodnie z potrzebami środowiska lokalnego (oferent przedstawi w ofercie wizję podjęcia działań do kontynuacji działalności DDP po zakończeniu konkursu);	✓	✓	✓	✓	✗	✓
CEL 7: systematyczne podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych przy projekcie w kierunku zdobycia wysokich kwalifikacji w budowaniu usług i opiece nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby, w zakresie usług społecznych;	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 8: promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP;	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 9: implementowanie modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim;	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 10: budowa międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych.	✓	✓	✓	✗	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie konsultacji z wykonawcami zadania (organizatorami DDP).



## Kluczowe rekomendacje

- Zaleca się dalszą kontynuację działań w różnych formach, intensywności dostosowanej indywidualnie do osoby starszej, również w uzgodnieniu z funkcjonowaniem poza DDP (rola opiekunów), oraz angażowanie lokalne.
- Zaleca się dalsze prowadzenie działań włączających lokalnie działających organizacji pozarządowych, rozwijanie wolontariatu także międzypokoleniowego, w tym szeroko pojmowanych form odciążania opiekunów przez DDP oraz inne grupy, których dotyczyć mogą kwestie pomocy, wsparcia osób z zespołami otępiennymi.
- Zaleca się przygotowanie szerszej informacji dotyczącej potrzeby istnienia tego typu placówek, w tym promocję dobrych praktyk wskazując przykłady rozwiązań wartych powielania w DPS, DDPS oraz DDP.
- Rekomenduje się ustalenie i określenie dalszych działań, które przełożą się na zapewnienie funkcjonowania tego typu placówek także po zakończeniu zadania.

## Przedmiot zamówienia i cele projektu

### Kluczowe informacje o zadaniu publicznym

Założenia zadania publicznego zostały opracowane w oparciu o „Strategię Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020”<sup>2</sup>, „Roczny program współpracy Województwa Mazowieckiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na 2020 rok”<sup>3</sup>, „Mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa mazowieckiego”<sup>4</sup>, „Raport Najwyższej Izby Kontroli nr LKA.410.009.2016”<sup>5</sup> oraz „Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2017–2022”<sup>6</sup>. W ramach otwartego konkursu ofert dla organizacji pozarządowych oraz innych podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na realizację w latach 2020–2022 zadania publicznego Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym” **wyłoniono 6 podmiotów realizujących zadanie.**

---

<sup>2</sup>[http://www.mcps.com.pl/images/docs/uchwala/20141700\\_zalacznik.pdf](http://www.mcps.com.pl/images/docs/uchwala/20141700_zalacznik.pdf)

<sup>3</sup>[http://www.dialog.mazovia.pl/files/Programy%20wsp%C3%B3lpracy/2020/program\\_wspolpracy\\_2020.pdf](http://www.dialog.mazovia.pl/files/Programy%20wsp%C3%B3lpracy/2020/program_wspolpracy_2020.pdf)

<sup>4</sup>[http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz\\_choroby\\_neuro\\_wieku\\_podeszlego\\_mazowieckie.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_neuro_wieku_podeszlego_mazowieckie.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13694,vp,16130.pdf>,

<sup>6</sup> <http://bip.mcps.com.pl/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/Wojew%C3%B3dzki-Program-Przeciwdzia%C5%82ania-Przemocy-w-Rodzinie-na-lata-2017-2020.pdf>

Tabela 2. Nazwa podmiotów realizujących zadanie oraz adres ośrodków DDP

**Organizator oraz nazwa i adres DDPu**

Stowarzyszenie Na Rzecz Wspierania Rodzin, "Nowe Perspektywy" Dzienny Dom Pobytu „Radosna Przystań”, ul. Lubońskiego 2, 26-600 Radom	Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Dzienny Dom Pobytu, „Zakątek Seniora” w Serocku, ul. Wyzwolenia 31, 05-140 Serock	Fundacja "Mocni Mocą Nadziei", Dzienny Dom Pobytu „Przystań”, Myśliborzyce 26, 09-414 Brudzeń Duży
Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Dzienny Dom Pobytu „Kotwica”, ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce	Płockie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Dzienny Dom Pobytu – Płockie Centrum Alzheimera, ul. Otolińska 6, 09-407 Płock (lokal zastępczy)	Fundacja ZDROWIE W GŁOWIE, Dzienny Dom Pobytu „Drewnicka Przystań”, ul. Rychlińskiego 1, 05-091 Ząbki

Źródło: dane MCPS

UWAGA! Kolejność wymienionych powyżej wykonawców zadania (organizacji, DDP) nie odzwierciedla porządku prezentowania ich działalności (czyli inaczej zakodowania DDP) w dalszej części raportu.

**Celami realizacji zadania są:**

- 1) zorganizowanie **specjalistycznych usług opiekuńczych** w zakresie usług społecznych<sup>7</sup> w ramach Dziennych Domów Pobytu<sup>8</sup> (DDP) dla osób starszych<sup>9</sup> cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby oraz posiłku w ramach pilotażowego programu,

<sup>7</sup> M. Grewiński, *Usługi społeczne i socjalne jako wspólny obszar polityki i ekonomii społecznej*, (w:) „Ekonomia społeczna”, nr 3/2013.

<sup>8</sup> Przez DDP należy rozumieć dzienny dom pomocy, tj. zgodnie z art. 51 ust. 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

<sup>9</sup> Pojęcie osoba starsza użyte w rozumieniu Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej na lata 2019-2021.

przygotowującego do opracowania wojewódzkiej strategii na rzecz chorych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera;

- 2) zapewnienie **form wsparcia w zakresie usług społecznych**, w szczególności dedykowanym osobom chorym umożliwiającym jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie osoby starszej cierpiącej z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby w środowisku zamieszkania;
- 3) próba **częściowego utrzymania codziennych aktywności osób starszych** cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby;
- 4) integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności;
- 5) **wsparcie osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego** w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby (osób sprawujących faktyczną opiekę, w szczególności członków rodzin) poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne;
- 6) w miarę możliwości **zapewnienie kontynuacji działania DDP** po zakończeniu konkursu zgodnie z potrzebami środowiska lokalnego;
- 7) **systematyczne podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych** przy projekcie w kierunku zdobycia wysokich kwalifikacji w budowaniu usług i opiece nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby, w zakresie usług społecznych;
- 8) promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP;
- 9) implementowanie modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim;
- 10) budowanie międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych.

### **Charakterystyka grupy docelowej realizowanego zadania**

Odbiorcami realizacji zadania są osoby starsze cierpiące z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby z terenu województwa mazowieckiego.

Jak czytamy w dokumencie „Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o sytuację społeczną i demograficzną Województwa Mazowieckiego za 2019 rok” Mazowsze jest regionem o największej liczbie ludności (5 423,2 tys. osób mieszkało w 2019 r., co stanowiło 14,1% ogółu ludności Polski). Z każdym rokiem ludność województwa mazowieckiego nieznacznie się starzeje (trend także dotyczy całego kraju). Widoczny jest też stały wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (m.in. osoby urodzone w wyższym demograficznym lat 50. XX wieku). **Osób w wieku 65+ w ludności ogółem było 14,4% w 2010 r. a w 2019 r. już 18,1%, liczebność tej grupy ludności wzrosła do 983,7 tys. osób. W 2010 r. na 100 dzieci w wieku 0–14 lat przypadały 94 osoby w wieku 65 lat i więcej, w 2019 r. było to już 110 osób<sup>10</sup>.**

Z punktu widzenia potrzeb w zakresie usług pielęgnacyjnych i zdrowotnych ważne jest określenie udziału osób powyżej 84 lat w populacji osób starszych (w wieku 65 lat i więcej). W latach 2010–2016 wartość tego wskaźnika sukcesywnie zwiększała się z 11,0% do 13,4%, a od 2017 r. stopniowo malała do 13,0% w 2019 r. Z kolei analiza liczby osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50–64 lata wskazuje, że w latach 2010–2019 w województwie mazowieckim (a także w kraju) obserwowano systematyczny wzrost tego współczynnika. O ile w 2010 r. na 100 osób w wieku 50–64 lata przypadało ponad 7 osób w wieku 85 lat i więcej, to w 2019 r. było to 13 osób (w Polsce odpowiednio: ponad 6 i prawie 11 osób). **Wraz ze wzrostem tego współczynnika maleją szanse na zapewnienie nieformalnej opieki najstarszym osobom<sup>11</sup>.**

Choroba Alzheimera, ze względu na swoją częstość występowania i rodzaj zaburzeń jakie powoduje nie jest tylko problemem medycznym ale i społecznym. Chorzy, ze względu na narastające trudności poznawcze i zaburzenia zachowania, wymagają nie tylko leczenia, ale szczególnej formy opieki. Zazwyczaj są to osoby po 65 roku życia, mające także inne choroby, postępujące zaburzenia pamięci, myślenia i wielu innych funkcji poznawczych stopniowo ograniczają ich możliwości rozumienia własnej sytuacji zdrowotnej i społecznej oraz samodzielnego podejmowania działań w codziennym funkcjonowaniu, w tym zapewnieniu odpowiedniego leczenia i pomocy. Opiekę nieformalną nad nimi sprawują często też osoby starsze (członkowie rodziny,

---

<sup>10</sup> Na podstawie „Ocena zasobów pomocy społecznej w oparciu o sytuację społeczną i demograficzną Województwa Mazowieckiego za 2019 rok”, Warszawa 2020, s. 12.

<sup>11</sup> Tamże.

dzieci, rodzeństwo), mające własne problemy zdrowotne, ograniczone możliwości fizyczne, a często także i psychiczne<sup>12</sup>.

Choroba Alzheimera to schorzenie o charakterze neurodegeneracyjnym, którego przyczyny nie są jeszcze znane. Obecnie badania koncentrują się na analizie rozmaitych mechanizmów biochemicznych prowadzących do uszkodzenia i przyspieszonego obumierania komórek nerwowych. W konsekwencji tych zmian dochodzi do zaniku części struktur mózgowych (objętość mózgu ulega zmniejszeniu) i wystąpienia zaburzeń przewodnictwa nerwowego. Chory staje się coraz mniej samodzielny, następuje bowiem utrata tzw. wyższych funkcji umysłowych, tj. pamięci, orientacji, rozumienia, oceny sytuacji, umiejętności liczenia czy mowy. W zaawansowanym stadium choroby, osoby z tą dolegliwością są zupełnie zależne od wsparcia bliskich/opiekunów. **Osoby dotkniętej chorobą Alzheimera nie można wyleczyć.** Dostępne formy leczenia prowadzą jednak do spowolnienia postępów choroby i złagodzenia jej przebiegu w wyniku działania objawowego podawanych leków. Stosowane formy oddziaływań wobec osób chorych to:

- **farmakoterapia** (nastawiona na podtrzymywanie funkcji poznawczych i kontrolę zaburzeń zachowania);
- **oddziaływania psychospołeczne** obejmujące również różne formy terapii niefarmakologicznych (terapia zaburzeń zachowania, emocji i sfery poznawczej poprzez np. muzykoterapię, fizjoterapię, rehabilitację neurosensoryczną, ćwiczenia i zabawy rekreacyjne);
- **opieka** (wprowadzanie w otoczeniu chorego zmian wspomagających jego funkcjonowanie np. etykietowanie przedmiotów, rozdrabnianie pokarmów, a w końcowej fazie choroby łagodzenie występujących dolegliwości)<sup>13</sup>.

Szacunki dotyczące tego, ile osób cierpi na demencję są różne. W jednym z opracowań NIK wskazano, że według danych Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie w 2016 r. żyło 47,5 mln osób cierpiących na demencję, z których od 28,5 mln do 33,3 mln chorowało na chorobę Alzheimera. WHO przewiduje, że łączna liczba osób dotkniętych demencją w 2030 r. wyniesie 75,6 mln i do roku 2050 wzrośnie do 135,5 mln.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Na podstawie „Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce Raport RPO”, Warszawa 2016.

<sup>13</sup> „Opieka nad osobami chorymi na chorobę alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”, NIK, Warszawa 2016.

<sup>14</sup> Tamże.

**Brak jest precyzyjnych danych statystycznych dotyczących liczby osób w Polsce (a tym bardziej na poziomie woj. mazowieckiego) dotkniętych chorobą Alzheimera.**

Według szacunkowych danych liczba osób, u których w Polsce w 2015 r. występowało otępienie typu alzheimerowskiego zawierała się w przedziale od 360 do 470 tys. i była niemal o 20% wyższa od liczby szacowanej w 2005 roku<sup>15</sup>.

Celowość działań dot. wsparcia osób chorych na tą chorobę i ich rodzin najlepiej podsumowuje opinia prof. dr hab. n. med. Grzegorza Opali, eksperta w dziedzinie neurologii, który w swoim artykule zamieszczonym w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z 2014 r. pn. „Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera” stwierdził: *Nawet niewielkie zmniejszenie liczby przypadków otępienia jest niezwykle ważne. [...] Podkreśla się, że zapobieganie czy opóźnianie początku choroby może mieć ogromne znaczenie. Jeśli byłoby możliwe opóźnienie początku wystąpienia objawów o 5 lat, to skutkowałoby to 50% redukcją ryzyka związanego z wiekiem. Zmniejszenie liczby przypadków po 10 latach kształtowałoby się na poziomie 1,15 mln, a po 50 latach – 4,04 mln. Nawet niewielkie opóźnienie początku objawów choroby o 6 miesięcy zmniejszyłoby liczbę chorych po 10 latach o 100 tys., a po 50 latach – o 380 tys.*<sup>16</sup> Dlatego wszelkie działania podejmowane w celu spowolnienia procesu otępienia i jak najdłuższego utrzymania chorego w środowisku domowym mają znaczenie na poziomie indywidualnym tj. dla chorego i jego rodziny, oraz społeczno-ekonomicznym w kontekście obciążeń wynikających z konieczności zapewnienia opieki instytucjonalnej.

---

<sup>15</sup> Tamże.

<sup>16</sup> Tamże.

## Zakres i cel badania ewaluacyjnego

Ewaluacja to ocena jakości i efektów prowadzonych działań. Oceny dokonuje się biorąc pod uwagę odpowiednie kryteria (trafności, skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości) oraz standardy dostosowane do celu i potrzeb. Dzięki informacjom uzyskanym w procesie ewaluacyjnym możliwe jest uzyskanie informacji na temat oddziaływania interwencji, ale także poznanie słabych stron realizowanych zadań, procesu wdrażania w celu poprawy jakości działań podejmowanych w ramach bieżących, jak i planowanych działań.

Wyboru podejścia ewaluacyjnego dokonujemy ze względu na moment, w którym ewaluacja jest realizowana. Rozróżniamy:

- ewaluację ex-ante (przed rozpoczęciem realizacji interwencji),
- ewaluację on-going (w trakcie wdrażania interwencji),
- ewaluację ex-post (po zakończeniu realizacji interwencji).

W niniejszym badaniu zastosowano podejście ewaluacji on-going, ponieważ realizowane jest ono na etapie wdrażania interwencji. Realizacja ewaluacji on-going umożliwia dokonywanie korekt i usprawnień rzutujących na końcowe efekty programu.

## Cele ewaluacji

Celem przedmiotu zamówienia jest weryfikacja, czy zostały spełnione cele określone w zadaniu publicznym pod tytułem „Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera”.

Rolą zleconej ewaluacji jest pomiar poziomu realizacji celów wraz z identyfikacją i oceną czynników w udzielanym wsparciu, mających wpływ (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera.

## Zakres ewaluacji

W przygotowanej ocenie wybrano dwa kryteria ewaluacyjne, które najlepiej odnoszą się do zakładanych celów realizacji badania: skuteczność oraz użyteczność.



- „**skuteczność** (effectiveness) ocenia stopień realizacji zakładanych celów (czy osiągnięto to, co zaplanowano), skuteczność użytych metod, instytucji oraz wpływ czynników zewnętrznych na ostateczne efekty;
- **użyteczność** (utility) ocenia całość rzeczywistych efektów wywołanych przez interwencję (zarówno tych planowanych, jak i nieplanowanych, tzw. ubocznych), odnosząc je do wyzwań społeczno-ekonomicznych (często już zmienionych w czasie)”<sup>17</sup>.

## Metodologia

W badaniu ewaluacyjnym zastosowano kilka metod, aby uzyskać odpowiedzi na postawione pytania badawcze: analizę danych zastanych, badania konsultacyjne z przedstawicielami DDP oraz ocenę ekspercką.

### Analiza danych zastanych

W pierwszej kolejności przeanalizowano przekazane dane ze źródeł udostępnionych przez Zlecającego oraz wykonawców zadania publicznego (DDP).

Przez Zlecającego przekazane zostały sprawozdania częściowe z okresu od 01.08.2020 r. do 31.12.2020 r., złożone przez sześć organizacji realizujących zadanie. Zgodnie z zawartą umową na realizację zadania są one składane w terminie do 30 dni od dnia zakończenia realizacji zadania w danym roku budżetowym. Raporty zawierające informacje z 2021 roku zostaną przekazane w styczniu 2022 r. Sprawozdania posiadają wystandaryzowaną formę, składają się z trzech części. Pierwsza część ma charakter merytoryczny - zawiera informacje dotyczące opisu wykonywanych zadań oraz osiągniętych rezultatów. Druga część to sprawozdanie finansowe. Trzecia część dotyczy informacji dodatkowych. Ponadto, organizatorzy DDP przekazali wyniki z badań uczestników dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

Prócz wymienionych materiałów zespół zapoznał się z:

- Wojewódzkim Programem Polityki Senioralnej na lata 2019-2021 dla województwa mazowieckiego;
- Oceną zasobów pomocy społecznej w oparciu o sytuację społeczną i demograficzną Województwa Mazowieckiego za 2019 r.;

---

<sup>17</sup> „Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej“, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego Warszawa 2012, s. 18.

- Danymi statystycznymi (GUS) w podziale na powiaty województwa;
- Informacją o wynikach kontroli „Opieka nad osobami chorymi na chorobę alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”, NIK (2016);
- Opracowaniem BRPO (2016);
- Innymi opracowaniami naukowymi (w tym wynikami badania POLSENIOR).

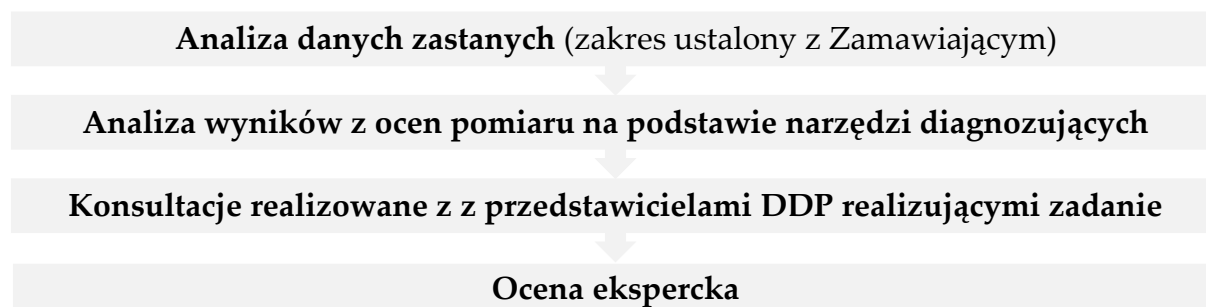
### Dodatkowe badania konsultacyjne

Zebrane informacje i zestawienia statystyk zostały pogłębione przez konsultacje z sześcioma przedstawicielami DDP realizującymi zadanie. Celem było także uchwycenie informacji za okres od 1.01.2021 do 31.10.2021, który nie był uwzględniony w udostępnionych sprawozdaniach. Konsultacje polegały na zebraniu od organizacji bieżących informacji w formie ankiety oraz danych z pomiarów dot. uczestników (załącznik nr 1 - ankieta).

### Ocena ekspercka

Analiza realizacji działań wg celów programu została poddana wewnętrznej ocenie ekspertów w ramach zespołu badawczego (Karta oceny, załącznik nr 2).

### Rysunek 1. Użyte metody



### W niniejszym badaniu zastosowano podejście ewaluacji on-going.

- Badanie realizowane jest na etapie wdrażania interwencji
- Możliwe jest dokonywanie korekt i usprawnień rzutujących na końcowe efekty programu

Tabela 3. Obszary badania i pytania badawcze w odniesieniu do zakładanych celów realizowanego zadania

Źródło	Cel	Pytania badawcze	Kryterium ewaluacyjne
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy są organizowane (tak/nie)?</li> <li>• Jakie usługi są oferowane?</li> <li>• Jak często?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• W jakim stopniu udzielane wsparcie osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób?</li> </ul>	UŻYTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy są organizowane (tak/nie)?</li> <li>• Jakie?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• W jakim stopniu udzielane wsparcie osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób?</li> </ul>	UŻYTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy działanie jest podjęte?</li> <li>• Jakie działania?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• W jakim stopniu udzielane wsparcie osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób?</li> </ul>	UŻYTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen- Konsultacje	Cel 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy działanie jest podjęte?</li> <li>• Jakie działania?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• W jakim stopniu udzielane wsparcie osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób?</li> </ul>	UŻYTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy działanie jest podjęte?</li> <li>• Jakie działania?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ

		<ul style="list-style-type: none"> <li>W jakim stopniu udzielane wsparcie przyczynia się, jest pomocne osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywności tych osób?</li> </ul>	UŻYTECZNOŚĆ
- Konsultacje	Cel 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jakie są planowane działania, czy podjęto kroki?</li> <li>Jakie są wyzwania/ryzyko?</li> <li>Analiza SWOT</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ UŻYTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Czy działanie jest podjęte?</li> <li>Jakie działania?</li> <li>W jakim stopniu udzielane wsparcie przyczynia się, jest pomocne osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywności tych osób?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ UŻYTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Czy działanie jest podjęte?</li> <li>Jakie działania?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ
- Konsultacje - Dane ogólnodostępne	Cel 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Czy inne podmioty (w gminie, regionie) przejęły model wsparcia?</li> <li>Czy oferują podobne działania, prowadzą takie działania jak DDP?</li> <li>Czy organizacje promują DDP?</li> <li>Czy inne organizacje/podmioty publiczne mogły zapoznać się z taką formą wsparcia?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ
- Sprawozdania - Wyniki ocen - Konsultacje	Cel 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Czy działanie jest podjęte?</li> <li>Jakie działania?</li> <li>W jakim stopniu udzielane wsparcie przyczynia się, jest pomocne osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywności tych osób?</li> <li>Jakie są korzyści tych zadań?</li> </ul>	SKUTECZNOŚĆ UŻYTECZNOŚĆ

Źródło: opracowanie własne

## Główne wyniki

W raporcie przedstawiono wyniki odpowiadając na dwa główne pytania:

- 1) Czy cele zadania publicznego są realizowane/spełniane?
- 2) Czy wsparcie udzielane osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób?

## Opis działań

**Informacje szczegółowe specyfikujące zadanie określone w wytycznych w sprawie otwartego konkursu ofert na realizację w latach 2020–2022 zadania publicznego Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym”, zadanie: Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera<sup>18</sup>:**

- 1) Zadanie publiczne realizowane na podstawie umów 3-letnich, polegające na utworzeniu i działaniu DDP:
  - do DDP mogą być przyjęte tylko osoby starsze, cierpiące z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby;<sup>19</sup>
  - oferent zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacyjnego działania DDP, który będzie określał w szczególności godziny pracy;
  - DDP funkcjonuje przez cały rok (w ramach niniejszego zadania publicznego max. 3 lata budżetowe), we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania DDP może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.
- 2) W ramach zadania publicznego Oferent zapewnia rekrutację beneficjentów zadania:

---

<sup>18</sup> Źródło: Uchwała nr 284 / 107 / 20, Zarządu Województwa Mazowieckiego, z dnia 25 lutego 2020 r.

<sup>19</sup> Na tym etapie ewaluacji nie było celem sprawdzenie formalnych wymogów kwalifikacji uczestników tego zadania.

- należy podać opis rekrutacji beneficjentów zadania;
  - ewaluacja beneficjentów prowadzona przez Oferenta co 3 miesiące. Wynik ewaluacji decyduje o dalszym uczestnictwie beneficjenta w projekcie.
- 3) Liczba beneficjentów DDP nie mniej niż 15 osób. Należy opisać potrzeby i oczekiwania beneficjentów DDP.
  - 4) Usługi w DDP są odpłatne. Oferent określi szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi, w tym szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat w formie uchwały organu statutowego oferenta.
  - 5) Należy opisać potencjał Oferenta.
  - 6) Należy opisać sposób zarządzania zadaniem i DDP.
  - 7) W przypadku zgłoszenia takiej konieczności przez beneficjenta, Oferent zapewnia transport dla beneficjentów zadania.
  - 8) Oferent zapewnia odpowiednio indywidualnie skomponowaną dietę adekwatną do schorzenia dla osób starszych (np. dieta MIND&DASH) cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby.
  - 9) Zapewnienie bezpieczeństwa dla uczestników DDP (Oferent zatrudni min. 2 opiekunów w DDP).
  - 10) Kadra DDP zatrudniana jest zgodnie z wskaźnikiem zatrudnienia na poziomie nie mniej niż 0,5 na jednego beneficjenta DDP.
  - 11) Oferent zapewnia specjalistyczne usługi opiekuńcze na terenie DDP zgodnie ze standardami, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. poz. 1598 oraz z 2006 r. poz. 943), w zakresie aktywizacji:
    - fizycznej;
    - intelektualnej;
    - integracyjnej;
    - kulturalno-oświatowej;np. pielęgniarki, opiekuna, terapeuty zajęciowego, logopedy, organizatora życia kulturalnego.

- 12) Oferent będzie prowadził działania terapeutyczne oraz aktywizujące w tym zapewni zajęcia prowadzone na świeżym powietrzu.
- 13) Oferent utworzy grupy wsparcia dla opiekunów osób starszych cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera w I etapie choroby.
- 14) Oferent zapewni pomoc psychologiczną dla opiekunów osób starszych cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby.
- 15) Oferent przedstawi koncepcje funkcjonowania oraz finansowania DDP po zakończeniu realizacji zadania publicznego. W przypadku braku możliwości finansowania DDP przez Oferenta po zakończeniu realizacji projektu, zobowiązany jest do utrzymania gotowości do prowadzenia DDP i prowadzenia działań informacyjnych o możliwości korzystania z DDP.
- 16) Oferent zapewnia zaplecze DDP zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa budowlanego.
- 17) Sposób realizacji zadania przez Zleceniobiorcę poddany będzie corocznej ewaluacji poprzez zespół zewnętrzny powołany przez Zleceniodawcę.
- 18) Przez świadczone usługi w DDP nie należy rozumieć świadczeń medycznych.

## Ocena realizacji celów

**Cel 1: Zorganizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie usług społecznych w ramach DDP dla osób starszych cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby oraz posiłku w ramach pilotażowego programu, przygotowującego do opracowania wojewódzkiej strategii na rzecz chorych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera**

*Specjalistyczne usługi opiekuńcze* są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Udzielane wsparcie obejmuje

pomoc w codziennych potrzebach życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem<sup>20</sup>.

Wszystkie organizacje realizują zadania określające Cel 1. Nie ma jednego wzoru oferty realizowanych form usług opiekuńczych co można uznać za podejście zindywidualizowane i odpowiednie, dostosowane do potrzeb osób starszych. Każdy DDP stworzył indywidualną ofertę wsparcia z różną listą usług. Wsparcie realizowane było dodatkowo oferowane w formie m.in. opieki pielęgniarstwa, wsparcia terapeutycznego, psychologicznego, logopedycznego, terapii i treningów, rehabilitacji (zajęć z fizjoterapeutą), a także obejmowało wyżywienie. Formy opieki zostały dostosowane do warunków epidemicznych. W 2020 roku była prowadzona opieka oraz zajęcia w miejscu zamieszkania. W 2021 roku takie formy opieki były sprawowane w powstałych DDP pomimo pandemii. Organizacje wskazują, że prowadzone jest wyżywienie i dieta uwzględniająca indywidualne potrzeby wynikające ze schorzeń (dwa posiłki, jeden ciepły) oraz artykułów spożywczych w formie przekąsek. W 2020 roku z powodu warunków epidemiologicznych i prowadzenia zajęć w domach beneficjentów realizowany był catering. W sprawozdaniach nie wszystkie organizacje udzieliły odpowiedzi na temat czasu pracy (np. codziennie w godzinach od 8. do 16).

Dodatkowo w dokumentach zabrakło informacji na temat opisu liczby godzin wsparcia zajęciowego. Jedna organizacja w sprawozdaniu wskazała, że w ciągu miesiąca oferuje 120 godzin usług specjalistycznych oferowanych uczestnikom DDP w zakresie usług społecznych, druga wskazała liczbę godzin tygodniowo poszczególnych terapeutów (terapeuta zajęciowy 8 godzin tygodniowo na pacjenta, fizjoterapeuta i osoba prowadząca gimnastykę korekcyjno-kompensacyjną dla seniorów – 2 godz. na dwa tygodnie, usługi pielęgniarki – 2 godz./7dni dyżuru).

---

<sup>20</sup> USTAWA z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Art. 50. - [Usługi opiekuńcze; specjalistyczne usługi opiekuńcze] - Pomoc społeczna. Dz.U.2020.1876 t.j. | Akt obowiązujący Wersja od: 30 października 2021 r. do: 31 grudnia 2021 r. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup> z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych



Tabela 4. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 1

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań

Tabela 5. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP

Forma wsparcia	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Opieka pielęgniarska	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka medyczna / lekarska	✓	✓	-	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: neurologa	-	-	-	✓	-	-
Wsparcie i terapia psychologiczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: logopedy	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: fizjoterapeuty	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: neuropsychologa	-	✓	-	-	-	-
Opieka specjalisty: dietetyka	✓	-	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: psychiatry	-	-	✓	-	✓	✓
Trening/podtrzymywanie funkcji poznawczych	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Socjoterapia	✓	✓	✓	-	✓	-
Terapia zajęciowa (np. arteterapia/biblioterapia/ choreoterapia/śpiew/relaksacja)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trening kulinarny	✓	-	✓	-	✓	-
Specjalistyczna dieta	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dostęp do leków	✓	-	✓	-	-	-

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań

Przedstawiciele wykonawców zadania (DDP) raportują, że **udzielane wsparcie w tym zakresie ma duży wpływ** na codzienną aktywność podopiecznych. Korzyści, jakie wymieniają organizacje odnoszą się do stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.

Poniższa tabela opisuje korzyści, które zauważają organizacje.

Tabela 6. Korzyści zauważane przez organizatorów DDP związane z oferowanym wsparciem

#### Wymienione korzyści

<b>DDP 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapewniają lepszy komfort codziennego funkcjonowania życia chorych i ich rodzin.</li> <li>• Wzmocniona została nie tylko kondycja fizyczna (wytrzymałość oraz siła), ale i psychiczna.</li> <li>• Wywierają pozytywny wpływ na stan zdrowia pacjenta z Alzheimerem już w początkowym stadium choroby.</li> <li>• Usprawniona została właściwa postawa, koordynacja ruchowa i cechy motoryczne</li> </ul>
<b>DDP 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podtrzymanie funkcji poznawczych i aktywności społecznej u 20 osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne choroby otępienne.</li> <li>• Wzrost poziomu aktywności u min. 40 opiekunów/rodzin osób chorych na chorobę Alzheimera lub ich choroby otępienne.</li> </ul>
<b>DDP 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wzrost samodzielności osób chorych. Wzmacnianie poczucia możliwości samodzielnego działania dla osób chorych poprzez możliwość wyjścia z domu bez opiekunów.</li> </ul>
<b>DDP 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wydłużenie okresu samodzielności osób z chorobą Alzheimera.</li> <li>• Zniwelowanie negatywnych skutków choroby.</li> </ul>
<b>DDP 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wydłużenie aktywności psychicznej oraz fizycznej na wczesnym etapie choroby.</li> <li>• Podtrzymanie codziennej aktywności osób chorych oraz ich samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym.</li> <li>• Zacieśnienie się więzi między chorym a rodziną.</li> </ul>
<b>DDP 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podtrzymanie samodzielności jak i sprawności ruchowej pacjenta oraz utrzymania zainteresowania a także chęci do pracy.</li> </ul>

*Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań*

Prowadzona działalność ma duży pozytywny wpływ na codzienną aktywność osób z zespołami otępiennymi, w tym z zespołem Alzheimera. Forma wsparcia dziennego

wydaje się szczególnie skuteczna w przypadku tego typu schorzeń (postępujących i silnie ograniczających funkcjonowanie).

Zgodnie z założeniami projektu grupa osób objętych pomocą doświadczała wstępnej fazy choroby, dlatego też zasadnym wydaje się skupienie uwagi na świadczeniach łączących usługi medyczne, psychologiczne oraz społeczne, które wpisują się w działania o charakterze profilaktycznym.

**Cel 2: Zapewnienie form wsparcia w zakresie usług społecznych, w szczególności dedykowanym osobom chorym umożliwiającym jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie osoby starszej cierpiącej z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby w środowisku zamieszkania<sup>21</sup>.**

Wszystkie organizacje realizują zadania określające Cel 2. W związku z podejściem zindywidualizowanym i różnym między DDP (co wynika z idei konkursu) nie ma jednego modelu oferowanych usług takiego samego dla wszystkich DDP. Wsparcie w zakresie usług społecznych w środowisku zamieszkania oferowane przez DDP dotyczą kształtowania umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności funkcjonowania w codziennym życiu. To wsparcie pracownika socjalnego, ale również np. porady prawne. Pomoc udzielana jest również w formie telekonsultacji.

Organizacje definiują takie zadania jak:

- motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji;
- podtrzymywanie treningów samoobsługi i umiejętności społecznych;
- podtrzymywanie umiejętności dbania o higienę i wygląd;
- kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi;
- współpracę z rodziną poprzez kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorej;
- pomoc w czynnościach samoobsługowych w sytuacjach koniecznych, życiowych;
- pomoc w rozwiązywaniu indywidualnych problemów;
- działania zaspokajające potrzeby towarzyskie, rekreacyjno- kulturalne<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> W przypadku usług społecznych, trzeba uwzględniać także usługi pracownika socjalnego, asystenta osoby starszej/rodziny, radcy prawnego, psychologa, pomagających w prowadzeniu domu, załatwianiu codziennych spraw.

<sup>22</sup> Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań

Podejmowane są działania, które wykraczają poza planowany zakres, m. in. jedna organizacja zaproponowała integracje dwóch par pacjentów, którzy poza zajęciami i wspólnym realizowaniem zadań spotykają się oraz wspólnie odbywają spacer.

Tabela 7. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 2

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

Zdaniem organizacji, udzielane wsparcie w tym zakresie ma duży wpływ na codzienną aktywność podopiecznych ale również ich rodzin. **Obecność DDP „dawała nadzieję opiekunom” osób chorych na dalsze ich funkcjonowanie, niwelowała samotność oraz przeciwdziałała wykluczeniu osób starszych z chorobami otępiennymi.**

Realizowane wsparcie odciążało opiekunów od codziennych stałych obowiązków opieki nad chorym, dało możliwość odpoczynku oraz załatwienia spraw urzędowych czy rodzinnych. Działania koncentrowały się na rozwijaniu i uaktywnianiu u chorych tych funkcji poznawczych, które zostały zachowane. Wizyty zespołu wspierająco - aktywizującego miały pozytywny wpływ na osoby starsze „zamknięte” w domach z powodu pandemii.

Szczegółowa analiza aktywności poszczególnych DDP pozwala wyodrębnić co najmniej 5 podejść aplikacyjnych, które w dużym uproszczeniu można opisać jako:

- psychoterapeutyczne;
- otwarte na potrzeby;
- społeczne;
- holistyczne;
- psychospołeczne;
- aktywizujące.

Każde z nich wpisuje się w realizację celu, jakim jest samodzielne funkcjonowanie osoby chorującej w miejscu zamieszkania.

Ośrodki dzienne pozwalają na udzielanie wsparcia w miejscu zamieszkania co jest szczególnie ważne w kontekście założeń nowoczesnego modelu środowiskowego.

Unika się dzięki temu odrywania uczestników od naturalnych źródeł wsparcia społecznego (tak jak to się zwykle dzieje w przypadku ośrodków całodobowych).

Pomoc w zakresie usług społecznych została wymieniona przez wszystkie badane DDP, jednakże każdy z nich wymieniał inne formy działania, których większość mieści się w ramach wskazanych powyżej usług specjalistycznych<sup>23</sup>. Można uznać, że wszystkie podejmowane działania pomagają pacjentowi w utrzymaniu go w środowisku domowym.

Biorąc pod uwagę fakt, że u pacjentów z otępieniem najpierw dochodzi do zaburzeń złożonych czynności codziennego życia (IADL), najbardziej potrzebnym do utrzymania ich w środowisku domowym jest: trening umiejętności samoobsługowych i zaradności życiowej, trening umiejętności społecznych i interpersonalnych, trening umiejętności spędzania czasu wolnego, edukacja opiekunów rodzinnych na temat istoty choroby oraz wsparcie ze strony pracownika socjalnego lub asystenta rodziny/osoby starszej w wykonywaniu codziennych zadań. Niektóre z tych form wsparcia wymienione zostały tylko w dwóch DDP.

### **Cel 3: Próba częściowego utrzymania codziennych aktywności osób starszych cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby**

W ramach działań dotyczących utrzymania codziennych aktywności prowadzone są treningi, rozwijające i podtrzymujące umiejętności, które są niezbędne do funkcjonowania w życiu codziennym, np. zajęcia z zakresu samoobsługi (m.in. przygotowywanie posiłków), wzajemna pomoc w wykonywaniu różnych czynności w ośrodku (pomoc w ubieraniu, w wykonywaniu ćwiczeń etc.), samoobsługa w zakresie czynności fizjologicznych i higienicznych, codzienne spacerowanie na świeżym powietrzu, hortiterapia, wprowadzenie systemu dyżurów w opiece nad florą i fauną w placówce i wokół niej, trening kulinarny, trening orientacji w terenie.

---

<sup>23</sup> Por. <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/specjalistyczne-uslugi-opiekuncze> [14.XI.2021]

Tabela 8. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 3

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

We wszystkich DDP poza jednym (DDP 4) odbywają się treningi w zakresie samoobsługi (np. przygotowywanie posiłków, pomoc w ubieraniu, czynnościach fizjologicznych i higienicznych)<sup>24</sup>.

Tabela 9. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP

#### Przykładowe formy wsparcia

**Działania częściowego utrzymania codziennych aktywności: zajęcia z zakresu samoobsługi (przygotowywanie posiłków), wzajemna pomoc w wykonywaniu różnych czynności w ośrodku ( pomoc w ubieraniu , w wykonywaniu ćwiczeń etc.), samoobsługa w zakresie czynności fizjologicznych i higienicznych, codzienne spacery na świeżym powietrzu, hortiterapia, wprowadzenie systemu dyżurów w opiece nad florą i fauną w placówce i wokół niej.**

**Podczas naszej pracy uczestnicy z uwagi na intensywność działań, a także w dużej mierze bazowanie na czynnościach życia codziennego (np. gotowanie, ogrodnictwo itp.) pozbywają się blokad, wywołanych marazmem i pomijaniem ich w czynnościach życia codziennego w ich domach z uwagi na ich stan związany z chorobą. Wśród naszych uczestników nie dość, że czynią widoczne postępy w zakresie bardziej samodzielnego funkcjonowania widzimy również, że osoby te są w stanie rozwijać swoje zainteresowania, czy też nawet talenty (przykład obrazów malowanych przez jedną z naszych uczestniczek).**

**Trening umiejętności codziennych, trening kulinarny, trening dbałości o higienę i wygląd, trening umiejętności społecznych, trening umiejętności samoobsługi, trening orientacji w**

<sup>24</sup> Trzeba pamiętać, że te funkcje ulegają upośledzeniu na późniejszym etapie otępienia, dlatego trzeba mieć na uwadze spójność kryteriów kwalifikujących uczestników do programu (wczesny etap otępienia) i zakresu terapii np. treningu samodzielności, która ograniczeniu ulega w otępieniu umiarkowanym, a jest nie do odtworzenia w otępieniu głębokim.

**rzeczywistości W ramach powyższych treningów rozwijane są kształtowane i podtrzymywane umiejętności, które są niezbędne do funkcjonowania w życiu codziennym, co jest niezmiernie ważne u osób samotnie gospodarujących.**

**Terapie: reminiscencyjna, zajęciowa, choreoterapia, dogoterapia, biblioterapia, treningi funkcji poznawczych, treningi umiejętności codziennych, treningi pamięci, arteterapia, muzykoterapia, treningi kulinarne, fizjoterapia, gimnastyka korekcyjno-kompensacyjna dla seniorów, spacer, zajęcia w ogrodzie-hortiterapia, terapia prokognitywna, zajęcia logopedyczne, zajęcia z dietetykiem, spotkania kulturalno-oświatowe, spotkania okazjonalne<sup>25</sup>.**

*Źródło: opracowanie na podstawie konsultacji z wykonawcami*

Zdaniem organizatorów DDP zajęcia terapeutyczne i specjalistyczne podtrzymują codzienną aktywność osób chorych, a co za tym idzie ich samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym. Organizatorzy zauważają, że wsparcie w zakresie częściowego utrzymania codziennych aktywności jest niezmiernie ważne u osób samotnie gospodarujących. Zaobserwowano również, że poprzez uczestnictwo w spotkaniu okazjonalnym zacieśniły się więzi między osobą chorą a jej rodziną.

Analiza aktywności poszczególnych DDP również i w tym obszarze pozwala na wyodrębnienie kilku strategii praktycznych zorientowanych na utrzymanie codziennych aktywności:

- kształtowanie aktywnego milieu terapeutycznego,
- otwartego na kreatywność uczestnika,
- stosowanie różnych form treningu umiejętności społecznych,
- skupionego na organizacji czasu wolnego,
- włączanie treningu aktywności społecznych,
- bazującego na relacji terapeuta-pacjent. I w tym wypadku należy pogłębiać analizę podobieństw i różnic w praktykach oraz ich skuteczności terapeutycznej.

Kompleksowy i zindywidualizowany zestaw zajęć i oddziaływań prowadzonych w ramach DDP przyczynia się do utrzymania codziennych aktywności i pozwala zapobiegać negatywnym dla funkcjonowania skutkom zespołów otępiennych. Należy jednak podkreślić, zakres i stopień szczegółowości raportowanych usług istotnie różnił

---

<sup>25</sup> Ten DDP realizował (już do grudnia 2020 na podstawie sprawozdań) terapię zajęciową sprofilowaną na poprawę funkcji poznawczych: terapia reminiscencyjna, treningi funkcji poznawczych, treningi umiejętności codziennych, treningi pamięci, terapia prokognitywna, zajęcia logopedyczne.

się pomiędzy ocenianymi placówkami. We wszystkich (poza jednym) realizowano terapię zajęciową, natomiast tylko jeden DDP raportuje realizację specjalistycznej terapii funkcji poznawczych, która ma zasadnicze znaczenie zwłaszcza we wczesnym stadium otępienia.

#### Cel 4: Integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności

Działania integracyjne oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności interpretowane są jako działania wewnątrz integracyjne między podopiecznymi oraz zewnętrzne w ramach współpracy z innymi lokalnymi organizacjami np. Świetlicą Środowiskową, Środowiskowym Domem Samopomocy. Działania różnią się między DDP formą.

Praktyki w niewielkim stopniu zorientowane były na faktyczne działania integrujące uczestników ze środowiskiem lokalnym. W trzech DDP opisano te działania w sposób szczegółowy, a w pozostałych DDP – w sposób ogólnikowy, co może świadczyć o braku konkretnych działań w tym zakresie. Poważnym utrudnieniem w prowadzeniu tego typu oddziaływań była (i jest) pandemia COVID-19.

Tabela 10. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 4

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✗	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

Praktyki w niewielkim stopniu zorientowane były na faktyczne działania integrujące uczestników ze środowiskiem lokalnym; stan zamknięcia sanitarnego może wyjaśniać taki stan rzeczy.

We wczesnym stadium otępienia integracja społeczna ma przeciwdziałać izolacji i osamotnieniu oraz utrzymywać zdolność komunikacji i współdziałania, dlatego tego typu działania stymulujące udział w życiu lokalnej społeczności mają istotne znaczenie w utrzymywaniu ogólnego dobrostanu. W zaawansowanym stadium otępienia problemem stają się zaburzenia zachowania, które utrudniają współdziałanie w ramach aktywności grupowych. Działania integrujące powinny być zatem dostosowane do stopnia otępienia.



**Cel 5: Wsparcie osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby (osób sprawujących faktyczną opiekę, w szczególności członków rodzin) poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne**

We wszystkich DDP działania wspierające opiekunów były realizowane. Relacje dotyczące sposobu realizacji różniły się jednak stopniem szczegółowości opisu podjętych działań.

Tabela 11. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 5

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

Podejmowano dwa rodzaje wsparcia, z uwzględnieniem podziału na:

- osoby chore mieszkające samotnie – wsparcie realizowane poprzez kontakt telefoniczny
- osoby mieszkające z rodzinami, opiekunami faktycznymi – wsparcie realizowane w miejscu zamieszkania przez grupy wsparcia, które udzielały wsparcia zarówno w formie dojazdu do beneficjenta jak i w postaci kontaktu telefonicznego.

Celem podejmowanych działań było zapewnienie komplementarności procesu wsparcia całych rodzin. Pomoc obejmowała elementy profilaktyki ewentualnych chorób i innych problemów społecznych towarzyszących chorobie osoby bliskiej i konieczności opieki nad taką osobą, która może prowadzić do wyłączenia z życia społecznego. Podjęte działania nieznacznie różniły się formą. Poniższa tabela zawiera informacje na temat udzielonego wsparcia w poszczególnych DDP.

Tabela 12. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP

### Przykładowe formy wsparcia

Formy wsparcia, m.in.: psychoedukacja prowadzona przez wielu specjalistów (np. dietetyk itd.), szkolenia i kursy doskonalące o określonej tematyce, spotkania grupy wsparcia (1x m-c), spotkania w ramach Dnia Otwartego (1x m -c), wspólne wyjazdy integracyjne w terenie, indywidualne porady specjalistyczne, terapeuta rodzin, neurologopeda itd. Wszystkie powyższe formy wsparcia są nieodpłatne dla opiekunów.

Działania wspomagające rodzinę osoby starszej, niesamodzielnej, mają wymiar indywidualny i polegają na współpracy z rodziną w zakresie rozwiązywania problemów podopiecznych, wskazywaniu rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania podopiecznego, np. wskazywaniu instytucji zajmujących się problematyką będącą źródłem trudności, udzielaniu wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych i nawiązywaniu kontaktów z współuczestnikami, przeprowadzaniu rozmów wspierających, udzielaniu wskazówek i informacji pomagających opiekunom rodzinnym w opiece nad bliskim. Dodatkowo organizowane są spotkania, warsztaty wytchnieniowe dla opiekunów. Opiekunowie chętnie brali udział w następujących przedsięwzięciach i warsztatach: z arteterapii w połączeniu z aromaterapią – tworzenie kolorowych pachnących mydełek, warsztatach pt. „Moje uczucia i emocje”- sposoby przeżywania i wyrażania emocji poprzez taniec, warsztatach pt. „Mapa Marzeń”.

Są organizowane, takie formy wsparcia jak: wykłady tematyczne dotyczące stricte chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, poradnictwo psychologiczne, systematyczne rozmowy zarówno stacjonarnie, jak i stały kontakt telefoniczny z opiekunami, wykłady specjalistów pracujących z naszymi uczestnikami: psycholog, pielęgniarka, dietetyk itd., grupy wsparcia dla opiekunów: wymiana poglądów i doświadczenie, udzielanie cennych wskazówek opiekunom dotyczących funkcjonowania osoby dotkniętej chorobą.

Pomoc psychologiczna, konsultacje z neurologiem, systematyczne spotkania grup wsparcia opiekunów, edukacja opiekunów, poradnictwo prawne.

Grupa wsparcia prowadzona przez psychiatrę i psychologa, konsultacje z prawnikiem, psychologiem, logopedą, dietetykiem, pracownikiem socjalnym, zajęcia integracyjne (np. spotkania okazjonalne, wycieczki), szkolenia, udział w konferencjach i warsztatach szkoleniowych.

Otwarte spotkania seminaryjne bezpośrednich opiekunów uczestników projektu oraz innych członków rodzin, mieszkańców miasta Siedlce i powiatu siedleckiego. Spotkania przygotowane oraz prowadzone przez specjalistów: psychologa, psychogeriatrę,

**dietetyka, pielęgniarkę. Aktywizacja opiekunów do powrotu na rynek pracy. Spotkania cykliczne bezpośrednich opiekunów uczestników projektu oraz innych członków rodzin. Spotkania przygotowane i prowadzone przez moderatora z udziałem m.in. specjalistów: psychologa, dietetyka, pielęgniarki. Punkt konsultacyjny obsługiwany przez realizatora zadania (terapeuta, pedagog, logopeda, psycholog, prawnik) w formie kontaktów telefonicznych, bezpośrednich, e-mailowych dla opiekunów bezpośrednich oraz innych osób zainteresowanych funkcjonowaniem DDP.**

*Źródło: opracowanie na podstawie konsultacji z wykonawcami*

Stan zdrowia fizycznego i psychicznego opiekunów osób z otępieniem ma istotne znaczenie dla przebiegu procesu opieki. Wiele badań wskazuje na występowanie stresu opiekuńczego w wyniku sprawowania długotrwałej opieki nad pacjentami ze złym rokowaniem. Dlatego wspieranie opiekunów może przyczyniać się do dłuższego opiekowania się podopiecznym w środowisku domowym i odsuwać moment instytucjonalizacji.

**Dzięki wsparciu opiekunowie mogli efektywniej wspierać swoich podopiecznych, nie zapominając o własnej regeneracji fizycznej i psychicznej.** Pomoc skierowana do opiekunów zwiększyła ich wiedzę i umiejętności w zakresie sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, a także wspierała ich w pokonywaniu bieżących trudności związanych z chorobą bliskiej osoby. Co więcej, organizacje wśród korzyści realizowanego wsparcia wskazują, że działania skierowane do opiekunów poszerzają wiedzę lokalnej społeczności na temat sprawowania właściwej opieki i wsparcia osób niesamodzielnych.

DDP stosowały interesujące formy wzmacniania osób sprawujących faktyczną opiekę. Uwagę zwracają przede wszystkim takie główne formy jak:

- terapia rodzin;
- formy wykładowo-konsultacyjne lub seminaryjne;
- grupy wsparcia.

Katalog form oferowanego wsparcia, mógłby zostać poszerzony dodatkowo o formy samopomocy.

Działania prowadzone w ramach DDP pozwalają na udzielanie skutecznego wsparcia członkom rodzin i opiekunom uczestników chorujących na zespoły otępienne. Pozwala to na zmniejszenie konsekwencji psychologicznych związanych z przeciążeniem opieką nad osobami wymagającymi coraz intensywniejszej pomocy wywołanej postępowaniem choroby.

**Cel 6: Zapewnienie kontynuacji działania DDP po zakończeniu konkursu zgodnie z potrzebami środowiska lokalnego (oferent przedstawi w ofercie wizję podjęcia działań do kontynuacji działalności DDP po zakończeniu konkursu)**

Pięć na sześć organizacji deklaruje, że podjęło działania dotyczące kontynuacji zadania DDP. Wśród nich wskazano:

- prowadzenie rozmów z lokalnymi władzami (z przedstawicielami Jednostek Samorządu Terytorialnego, z władzami miasta oraz władzami powiatu, rozmowy z Wójtem Gminy o dalszej współpracy i wsparciu);
- wzbudzenie zainteresowania projektem lokalnych radnych – poprzez rozmowy na temat konieczności kontynuowania działalności, wskazywanie efektów pracy z seniorami;
- prezentowanie wdrożonego modelu wspierania beneficjentów tego zadania i ich rodzin na spotkaniach informacyjnych, w mediach oraz w środowisku lokalnym;
- prowadzenie współpracy z przedszkolem i domem dziecka;
- realizowanie integracji międzypokoleniowej z placówkami działającymi lokalnie;
- organizowanie spotkań roboczych z placówkami DDP z Mazowsza (wymiana doświadczeń) – rozmowy, cykliczne przeprowadzanie badań ewaluacyjnych wewnętrznych i zewnętrznych, w celu wykazania skuteczności podejmowanych działań w ośrodku, spotkania sieciujące w celu poszukiwania środków finansowych na dalsze funkcjonowanie placówki), m.in. utworzenie wolontariatu, podwyższenie opłat od uczestników.

Tabela 13. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 6

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✗	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

Największym zagrożeniem dalszego funkcjonowania DDP jest brak uzyskania finansowania w przyszłości. Organizacje zwróciły uwagę na brak alternatywnych

źródeł finansowania tego typu placówek, zwłaszcza dla uczestników lub i ich rodzin, których nie będzie stać na finansowanie pobytu w pełnym zakresie.

*Musimy podkreślić, że choćby w przypadku naszych podopiecznych trafiamy na osoby pochodzące w dużej mierze z ubogich rodzin, których nie będzie stać na finansowanie w pełnym zakresie pobytu uczestników, a gminy jeszcze nie są ustawowo zobowiązane do finansowania pobytu w tego typu placówkach. Dlatego też konieczne jest podjęcie działań w celu podtrzymania finansowania z zewnętrznych źródeł typu środki unijne, może krajowe, samorządowe tak by DDP-Y mogły dalej funkcjonować w pełnym zakresie. Zwłaszcza, iż w skali kraju stanowią one innowację społeczną, która może być promowana w ramach tego typu programów*

[DDP 2]

### **Cel 7: Systematyczne podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych przy projekcie w kierunku zdobycia wysokich kwalifikacji w rozwijaniu usług i opieki nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby, w zakresie usług społecznych**

Osoby zatrudnione w projekcie brały udział w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych (w formie stacjonarnej ale również on-line) oraz wyjazdowych podnoszących ich kompetencje. W niektórych placówkach warsztaty były prowadzone przez kierownika placówki DDP, dietetyka, psychologa i pielęgniarki. Możliwy był również udział w konferencjach ogólnopolskich organizowanych na temat opieki nad seniorami. Pracownicy z niektórych placówek mieli możliwość odbywania wizyt studyjnych, podczas których obserwowali pracę innych opiekunów (ang. *job shadowing*). Prowadzone były też szkolenia kadry zatrudnionej przy realizacji zadania w formie spotkań dyskusyjnych, podczas których omawiano przebieg realizacji projektu. Jedna organizacja wskazała, że prowadziła comiesięczne konsylia z udziałem wszystkich specjalistów zatrudnionych w ośrodku. Część pracowników zdecydowała się na podniesienie kwalifikacji we własnym zakresie i podjęła studia uzupełniające.

Tabela 14. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 7

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

### Cel 8: Promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP

Najczęstszą formą promocji jest udostępnianie informacji na temat działań DDP w mediach społecznościowych i na dedykowanej stronie internetowej. Informacje są również rozpowszechniane w mediach lokalnych i ogólnopolskich (TVN, TVP 3, Dami TV). Idea dotycząca ośrodków wsparcia DDP była również promowana poprzez drukowanie i rozpowszechnianie plakatów i ulotek informacyjnych. Jeden DDP zadeklarował zorganizowanie seminariów i otwartych szkoleń na terenie miasta oraz powiatów.

Tabela 15. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 8

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji

Tabela 16. Wybrane formy promocji w poszczególnych DDP

**Formy promocji:** informacje cykliczne z realizowanych działań zamieszczane w social mediach, prowadzenie strony internetowej, informacje w mediach lokalnych i ogólnopolskich (TVN, TVP 3, Dami TV), publikacje w prasie, wywiady w radiu, rozpropagowanie *plakatów, bannerów, ulotek* (poradnie lekarskie, uczelnie wyższe, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, domy pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, ośrodki pomocy społecznej, centra pomocy rodzinie, placówki edukacyjne), wydanie autorskich publikacji specjalistycznych.

**Wszystkie działania DDP na bieżąco były udostępniane w mediach społecznościowych, na dedykowanej stronie internetowej.**

**Przeprowadzono różnorodne działania z zakresu działań promocyjnych: założona została strona na portalu społecznościowym „Facebook”: DDP, gdzie relacjonowane są poczynania z działalności Dziennego Domu Pobytu, założona została strona, gdzie zamieszczane są informacje na temat funkcjonowania DDP, realizowane zostały również plakaty i ulotki promocyjne oraz banery reklamujące naszą placówkę. W ramach materiałów promocyjnych zamieszczone zostały informacje nt. naszego funkcjonowania w prasie lokalnej w powiatach objętych projektem. Dodatkowo lokalni dziennikarze zainteresowali się naszym domem, co poskutkowało owocnym artykułem w prasie.**

**Plakaty i ulotki informacyjne, bieżąca współpraca z lokalnymi mediami, prowadzenie Facebooka – aktualności, zorganizowanie spotkań edukacyjnych dla opiekunów, członków rodzin, osób i podmiotów działających w danym obszarze merytorycznym, zorganizowanie dnia otwartego w DDP.**

**Plakaty, ulotki, informatory przekazywane do instytucji świadczących usługi opiekuńcze i zdrowotne. Umieszczanie aktualnych wiadomości na temat działalności DDP na Facebooku. Ogłoszenia na stronie Urzędu Miasta. W okresie przedświątecznym informacje dot. DDP były umieszczane także na stronie internetowej Szkoły Podstawowej. Artykuły w lokalnej prasie.**

**Prezentacja placówki w środowisku lokalnym, ulotki, plakaty, baner, informatory, prowadzona strona internetowa, Facebook, prezentację w lokalnych mediach, audycje radiowe, wywiady, artykuły w prasie, prowadzenie kroniki Dziennego Domu Pobytu, organizowanie seminariów, otwartych szkoleń na terenie miasta oraz powiatów**

*Źródło: opracowanie na podstawie konsultacji z wykonawcami*

## Cel 9: Implementowanie modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim

Wszystkie organizacje prowadziły promocję swoich działań lokalnie, niektóre podjęły się współpracy z mediami ogólnopolskimi. Tym samym idea DDP jest rozpowszechniana. Cztery na sześć DDP nie stwierdziły, aby podobny model wsparcia został przyjęty w najbliższym rejonie (ani w gminie, ani w powiecie). Niemniej, zauważają potrzebę dzielenia się doświadczeniem zdobytym w trakcie wdrażania modelu opieki w DDP oraz możliwości implementacji dobrych praktyk w domach pomocy społecznej i innych placówkach realizujących wsparcie dla osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych.

*Poprzez stałą i bezpośrednią współpracę z DPS-ami, MOPS w (...), Klubami Seniora, organizacjami pozarządowymi mamy możliwość przedstawienia naszego modelu wsparcia przeznaczonego dla osób z zespołem otępiennym oraz dla ich opiekunów.*

*Zapoznajemy przedstawicieli tych placówek z nowymi formami terapii, które wprowadzamy na różnych etapach pracy ośrodka, w zależności od potrzeb (m.in: dogoterpia, terapia ręki). Dzięki takiej współpracy podobny model wsparcia w formie dobrych praktyk przejęły inne DPSy (...) Cykliczne szkolenia prowadzone przez nasz ośrodek dla kadr instytucji pomocowych pozwala na systematyczną wymianę informacji, przekazywanie dobrych praktyk, dzielenie się pozytywnymi i negatywnymi spostrzeżeniami*

[DDP 1]

## Cel 10: Budowa międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych

Pięć na sześć organizacji współpracowało z wolontariuszami w ramach zadania. Wolontariusze angażowani byli w organizację okazjonalnych wydarzeń (np. „Andrzejki”, „Mikołajki”), a także odwiedzali uczestników projektu w ich domach.

Tabela 17. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 10

	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Czy formy wsparcia są organizowane?	✓	✓	✓	✗	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie przekazanych sprawozdań i konsultacji



Tabela 18. Działania związane z wolontariatem

**Przykładowe podejmowane działania na podstawie informacji z trzech DDP**

- Klub Wolontariatu DDP, łączna liczba godzin przepracowanych przez wolontariuszy to 140 godzin.
  - Klub ten zrzesza podopiecznych placówki oraz młodzież i osoby w wieku produkcyjnym z terenu objętego działaniami projektowymi. Klub ten wspiera działania placówki oraz organizowane w ramach DDP działania społeczne.
  - Organizacja okazjonalnych wydarzeń.
- 
- Pozyskani wolontariusze - 7 osób świadczących pracę na rzecz projektu na podstawie umowy wolontariackiej lub oświadczenia wolontarystycznego.
  - Młodzież szkolna (jedna klasa), która przygotowała karty i ozdoby świąteczne dla podopiecznych DDP.
- 
- Wizyty opiekunów w domach uczestników projektu spełniają rolę spotkań międzypokoleniowych, ponieważ zespół to ludzie młodzi, pełni pomysłów, realizujący się w swojej pracy.

*Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań*

Przedstawiciele wszystkich organizacji przyznali, że udzielane w ramach DDP wsparcie w zakresie określonych celów w zadaniu w dużym stopniu wpływa na codzienną aktywność osób uczestniczących w zajęciach. Natomiast sposób realizacji tego celu został przedstawiony tylko przez trzy DDP spośród sześciu.

## Wyniki z ocen pomiaru

Jednym z celów zadania publicznego było bezpośrednie wsparcie chorych, aby ich sytuacja zdrowotna nie uległa pogorszeniu. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez organizatorów DDP, każdy uczestnik, który wchodził do programu był odpowiednio badany za pomocą powszechnie stosowanych narzędzi przesiewowych i diagnostycznych (wystandaryzowanych) jak i dodatkowych, na które placówki się decydowały. DDP miały stosować narzędzia diagnozujące funkcje psychospołeczne dla osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w zajęciach realizowanych w ramach pracy dziennych domów pobytu na terenie Mazowsza – dla osób w pierwszej fazie chorób otępiennych, w tym osób chorych na chorobę Alzheimera (opracowane przez mgr Marzenę Jazowską, Warszawa 2020). Wśród wspomnianych narzędzi, oprócz wywiadu psychologicznego z uczestnikiem projektu (historia życia, aktualna sytuacja), realizowany był wywiad z opiekunem (z określeniem potrzeb uczestnika) a w dalszej części krótka ocena poziomu funkcji poznawczych (funkcje językowe, pamięć, prakcja, myślenie, funkcje wykonawcze), test MMSE (krótka skala oceny stanu umysłowego<sup>26</sup>) oraz test rysowania zegara (CDT) – jako testy przesiewowe wraz z podsumowaniem ocen, opinią psychologa. Dodatkowo była możliwość oceny funkcjonowania uczestnika podczas zajęć terapeutycznych prowadzonych w ramach projektu i podsumowania rocznego wyników uczestnika projektu (ze względu na czas przeprowadzenia ewaluacji kolejne planowane na koniec grudnia 2021).

Jednak forma, skala i systematyczność (częstość pomiarów) tych badań różniła się między placówkami. Tym samym otrzymana dokumentacja nie była na tym etapie pełna i odpowiednio przygotowana do pogłębionej analizy wszystkich aspektów wsparcia. Należy wyraźnie podkreślić, że badania diagnostyczne i kontrolne były prowadzone przez osoby z odpowiednimi uprawnieniami (np. psychologa).

Na podstawie analizy dokumentów z tych badań (zanonimizowanych danych uczestników) ustalono, że we wszystkich placówkach były prowadzone badania uczestników. Należy zwrócić uwagę, że analizy wpływu udziału w projekcie nie są w pełni możliwe, dlatego, że część uczestników dopiero w roku 2021 (czerwiec, lipiec, sierpień) dołączyła do zajęć. Pomiary będą realizowane np. w IV kwartale 2021 (w odstępach 3 miesięcznych). W próbie analizy zmian oceny stanu psychicznego osób biorących udział w DDP przede wszystkim wykorzystano MMSE – Mini-Mental State Examination (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego).

---

<sup>26</sup> Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Gary Fanijang (2010), *Mini – Mental State Examination (MMSE)*, polskie opracowanie Joanna Stańczak.

Istotne jest to, że placówki zbierały/zbierają dane o wszystkich uczestnikach, którzy byli w programie, dlatego też liczba badanych jest różna na początku i na końcu okresu sprawozdawczego. Przykładowo dla jednego z domów (DDP 4) zebrano informację od **25 uczestników** w sumie przez cały okres realizowania zadania, z tym, że **tylko 9 osób** było badanych na wszystkich etapach/pomiarach, co też ogranicza możliwość porównań.

Tabela 19. Liczba uczestników deklarowana przez organizatorów w ramach konsultacji

	Liczba uczestników biorących udział w projekcie wg deklaracji instytucji 01.01.2021	Liczba uczestników w danym okresie raportowania wg deklaracji instytucji 9.11.2021	Liczba wszystkich uczestników dla których udostępniono wyniki pomiarów <sup>27</sup>	Liczba uczestników, którzy brali udział minimum 2 razy w badaniach diagnostycznych
DDP 1	15	18	20	14
DDP 2	20	20	25	20
DDP 3	20	19	30	11
DDP 4	14	20	25	9
DDP 5	10	23	33	12
DDP 6	14	17	12	7

Źródło: opracowanie na podstawie konsultacji z wykonawcami

Małe liczebności nie dają mocnych podstaw statystycznych do wnioskowania w skali całej populacji DDP (ze względu na to należałoby rozpatrywać zmiany bardziej jakościowo niż ilościowe, jako tzw. przypadki – case study, w ocenie zmian muszą być brane wiek, wykształcenie jak i inne czynniki, które w ramach narzędzia diagnozującego obowiązkowo obecnie wdrożonego przez MCPS są brane pod uwagę – m.in. sytuacja życiowa, zdrowotna, opinia opiekuna itp.). Oceniając z kolei efekt grupowy, należy brać pod uwagę przyczyny rezygnacji uczestników z udziału w zajęciach oferowanych przez DDP, czyli osoby, które nie miały powtórnych pomiarów (których wyniki mogłyby zawyżać lub zaniżać wyniki średnie dla grupy). A wśród

<sup>27</sup> Ze względu na rezygnację z udziału w projekcie liczba pomiarów jest różna między okresem początkowym i końcowym

przyczyn rezygnacji (ustalonych z dokumentacji przekazanej przez DDP) można wskazać (na przykładzie jednego z DDP): udar, zły stan zdrowia, zły stan somatyczny, nowotwór, sprawy osobiste, postęp choroby, podjęcie dializ, wypadek. W kilku przypadkach rezygnacji nie podano powodu.

Tabela 20. Liczba otrzymanych wyników testów wraz z informacją o zastosowanych narzędziach w poszczególnych DDP

	<b>Liczba przypadków do analizy</b>	<b>Zastosowane narzędzia (np. MMSE, CDT, inne – jakie)</b>	<b>Liczba pomiarów (np. 1, kilka – ile)</b>
<b>DDP 1</b>	20	MMSE, Test Rysowania Zegara (CDT), Kwestionariusz dla osób w pierwszej fazie chorób otępiennych  MMSE i Test Rysowania Zegara (CDT)	dwa pomiary
<b>DDP 2</b>	25	MMSE, Test Rysowania Zegara (CDT), Kwestionariusz dla osób w pierwszej fazie chorób otępiennych, test przesiewowy choroby Alzheimera  MMSE i Test Rysowania Zegara (CDT)	dwa pomiary
<b>DDP 3</b>	30	MMSE, Test Rysowania Zegara (CDT), Kwestionariusz dla osób w pierwszej fazie chorób otępiennych, Trening pamięci	dwa pomiary
<b>DDP 4</b>	25	MMSE, Test Rysowania Zegara (CDT), kwestionariusz "Dla osób w pierwszej fazie chorób otępiennych"	4 (w różnym okresie i nie dot. wszystkich)
<b>DDP 5</b>	33	MMSE, Test Rysowania Zegara (CDT) (trzy próby) KTSP, "Kwestionariusz oceny funkcjonowania psychospołecznego dla osób w pierwszej fazie chorób otępiennych", kwestionariusz "Dla osób w pierwszej	4 (w różnym okresie i nie dot. wszystkich)

fazie chorób otępiennych",  
geriatryczna skala oceny depresji -  
wersja skrócona.

**DDP 6** 12 MMSE, Test Rysowania Zegara (CDT), 2 (nie wszyscy brali udział  
kwestionariusz "Dla osób w pierwszej we wszystkich badaniach)  
fazie chorób otępiennych"

*Źródło: opracowanie na podstawie otrzymanych materiałów od wykonawców zadania*

Cześć dokumentacji badań uczestników dotyczyła tylko jednego pomiaru i tym samym mimo tego, że podmioty DDP prowadziły pomiary//badania to jeśli uczestnik dołączył w późniejszym okresie jeszcze nie miał możliwości być powtórnie oceniony.

Mimo tych uwag i zastrzeżeń, podjęto się analizy dla wybranych DDP (dla których były pełne wyniki i wystarczające liczebności min. 10), aby sprawdzić stabilność wyników uzyskanych dla tych samych uczestników testu MMSE.

Tabela 21. Wyniki testów MMSE

	Mediana	Mediana
	MMSE1	MMSE2
<b>Dom A</b>	15.00	15.50
<b>Dom B</b>	19.50	20.00
<b>Dom C</b>	20.00	22.00

*Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji z wybranych domów*

Przykładowo w jednym z domów w pierwszym pomiarze testu MMSE (wynik ogółem):  
średnia 17,357, mediana= 15;  
w drugim pomiarze:  
średnia 16,07, mediana = 15,5.

Porównanie samej średniej nie jest dobrym rozwiązaniem ze względu na rozrzut (skrajne wyniki) i małą liczebność. Dlatego zastosowano test mediany różnic między pomiarami 1 i 2 (test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych), który nie wskazał istotnych statystycznie różnic ( $p=0,378$ ). Można przypuszczać, że dla tych osób, które brały udział w zajęciach i były badane (ta sama grupa) nie nastąpiła zmiana w ich sytuacji zdrowotnej, co wynika ze specyfiki chorób otępiennych.

Jednak trzeba podkreślić, że ogólny stan zdrowia mógł się zmienić i sprawić, że funkcje poznawcze się czasowo pogorszyły. Brak zmian statystycznie istotnych (szczególnie w zakresie pogorszenia sytuacji chorych) może wskazywać na pozytywny efekt oddziaływania działalności DDP. Trzeba jednak zastrzec, że są to wstępne analizy, nie uwzględniające wielu czynników dodatkowych, które zarówno negatywnie jak i pozytywnie mogą wpływać na wyniki badań. Na obecnym etapie analiz nie ma możliwości dodania innych zmiennych (jak np. wsparcie rodziny, przyjmowane leki itp.), które w przyszłości powinny być brane pod uwagę. Znaczenie ma tutaj nie tylko zbyt mała grupa, ale też nie znamy innych czynników zakłócających.

Jako rekomendacje można wskazać, że w przyszłości będzie można podjąć próbę oceny efektywności modelu, pod warunkiem, że będą nie tylko brane jednolite: kryteria rekrutacji (włączenia i wyłączenia), narzędzia oceny oraz dokumentacja prowadzonych terapii, ale też kontekst każdej osoby i jej otoczenia w sposób jakościowy, gdyż wtedy można ocenić jaki jest efekt działań na daną osobę w ramach każdego z DDP, niemożliwe będzie porównywanie między DDP (ale też nie jest to celem zadania) z racji jak podkreślano wcześniej różnych form wsparcia oferowanych. Spojrzenie na jednostkę i jej sytuację rodzinną, otoczenia z udzielonym wsparciem musi też oprzeć się na jakościowym a nie tylko statystycznym podejściu.

Warto podkreślić, że możemy nie uzyskać istotnej poprawy funkcji poznawczych, ale nawet zatrzymanie lub spowolnienie procesu degradacji tych funkcji jest sukcesem. Ponadto, ocena satysfakcji z opieki (wyrażana przez opiekunów i pacjentów) i ocena jakości ich życia jest właściwym miernikiem efektywności takiego modelu opieki.

Warto byłoby rozwinąć system stałych analiz w tym zakresie jako ważne narzędzie dla oceny skuteczności działań DDP. Niezbędne przy tym jest nie tylko kontynuowanie prac związanych ze zbieraniem danych, ale i wypracowanie odpowiedniego systemu ich opracowywania i przekazywania z DDP, który będzie mógł być wykorzystany w kolejnych etapach ewaluacji. Ważne aby dodać, że nie chodzi tylko wyłącznie o ocenę funkcjonowania DDP. Rutynowe zastosowanie narzędzi całościowej oceny geriatrycznej (w postaci wystandaryzowanych skal/kwestionariuszy, np. do oceny

otępienia, depresji, niesamodzielności, zaburzeń odżywiania) w tych placówkach obiektywizuje ocenę kliniczną i pozwala na precyzyjne dostosowanie terapii i ocenę jej skuteczności. Tym samym pomaga pracownikom placówki w realizacji profesjonalnej opieki nad pacjentem z otępieniem, a to, z oceną bieżącą funkcjonowania tych osób i ich aktywności, pozwoli na skuteczne działania placówek.

Należy nadmienić, że oprócz porównania średnich wyników testów między DDP, warto byłoby rozpatrywanie każdego przypadku indywidualnie. Biorąc pod uwagę rozpatrywanie małych liczebności grup, lepszą analizą byłoby indywidualne porównanie wyników uczestników, jak pokazuje poniższa Tabela nr 22. W tym wypadku w zestawieniu wyników ocen z dwóch pomiarów testu MMSE w Domu E zauważyć można pozytywne efekty.

Tabela 22. Przykładowe porównanie wyników testów MMSE uczestników DDP

Dom E					
Płeć	Wykształcenie	Wiek	MMSE1	MMSE2	Różnica
mężczyzna	zawodowe	66	20	18	-2
kobieta	średnie	70	24	22	-2
b/d	wyższe	75	25	26	1
mężczyzna	wyższe	86	20	22	2
kobieta	podstawowe	80	24	28	4
mężczyzna	podstawowe	83	16	18	2
mężczyzna	podstawowe	82	17	18	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji z wybranych domów

### Spis załączników:

Załącznik nr 1 – Karta oceny eksperta

Załącznik nr 2 – Ankieta skierowana do DDP (w czasie trwania ewaluacji)

### Spis tabel:

Tabela 1. Deklaracje realizowanych działań, w ramach określonych celów zadania.....	8
Tabela 2. Nazwa podmiotów realizujących zadanie oraz adres ośrodków DDP .....	11
Tabela 3. Obszary badania i pytania badawcze w odniesieniu do zakładanych celów realizowanego zadania.....	19
Tabela 4. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 1 .....	25
Tabela 5. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP .....	25
Tabela 6. Korzyści zauważane przez organizatorów DDP związane z oferowanym wsparciem .....	26
Tabela 7. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 2 .....	28
Tabela 8. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 3 .....	30
Tabela 9. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP .....	30
Tabela 10. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 4.....	32
Tabela 11. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 5.....	33
Tabela 12. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP .....	34
Tabela 13. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 6.....	36
Tabela 14. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 7.....	38
Tabela 15. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 8.....	38



Tabela 16. Formy promocji w poszczególnych DDP .....	39
Tabela 17. Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP - zestawienie odpowiedzi DDP nt. celu nr 10.....	40
Tabela 18. Działania związane z wolontariatem .....	41
Tabela 19 Liczba uczestników deklarowana przez organizatorów w ramach konsultacji .....	43
Tabela 20. Liczba otrzymanych wyników testów wraz z informacją o zastosowanych narzędziach w poszczególnych DDP .....	44
Tabela 21. Wyniki testów MMSE .....	45
Tabela 22 Przykładowe Wyniki testów MMSE uczestników DDP E.....	47