

2021

Regionalny Ośrodek Polityki
Społecznej w Toruniu

[ZARYS REGIONALNEGO MODELU USŁUG OPIEKUŃCZYCH]

Opracowanie zostało przygotowane w Dziale Analiz i Programowania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu. Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonywane z podaniem źródła.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
I. SKRÓT DIAGNOZY	5
II. SKALA ZABEZPIECZENIA USŁUG OPIEKUŃCZEGO WSPARCIA SENIORÓW W GMINACH WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO	8
III. REGIONALNY MODEL USŁUG OPIEKUŃCZYCH – PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA	35
IV. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA POSZCZEGÓLNYCH FORM WSPARCIA OPIEKUŃCZEGO DLA SENIORÓW	39

WSTĘP

Opracowanie Regionalnego Modelu Usług Opiekuńczych (RMUO) zostało oparte na prezentacji form pomocy środowiskowej, pośredniej, instytucjonalnej i medycznej adresowanych do osób starszych, które były i są realizowane na obszarze naszego województwa. Przedstawione zostały różne rodzaje pomocy świadczonej na wszystkich możliwych poziomach oddziaływania w obszarze szeroko rozumianego wsparcia opiekuńczego. Niektóre z nich cieszą się dużą popularnością (usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania), inne są mniej popularne (wolontariat opiekuńczy), czy bardzo mało wykorzystywane (rodzinne domy pomocy). Część wstępną opracowania stanowi diagnoza wraz z prezentacją skali zabezpieczenia usług opiekuńczego wsparcia seniorów w gminach i powiatach województwa kujawsko-pomorskiego.

W najbliższej przyszłości, uwzględniając prognozy demograficzne, trzeba będzie podejmować wysiłki, aby rozszerzać zarówno skalę, jak i zakres, dostępnej w gminach pomocy dla seniorów. Temu celowi ma służyć niniejsze opracowanie. Stanowi ono krótki zarys Regionalnego Modelu Usług Opiekuńczych poprzez scharakteryzowanie poszczególnych form wsparcia, z uwzględnieniem ich opisu definicyjnego, podstawy prawnej, informacji na temat formy organizowania wsparcia, kadry, zakresu świadczonych usług, odpłatności oraz źródeł finansowania. Dla każdej z przedstawionych form wsparcia scharakteryzowana została grupa odbiorców. Na tej podstawie opracowany został model usług opiekuńczych, zakładający przede wszystkim: potrzebę wdrożenia możliwie jak najszerszego wachlarza form wsparcia, zwłaszcza środowiskowego i pośredniego, wraz z zapewnieniem możliwości wyboru najwłaściwszego rodzaju pomocy ze względu na indywidualną sytuację rodzinną, zdrowotną i życiową osoby starszej wymagającej opiekuńczego wsparcia.

Załącznikiem do niniejszego zarysu Regionalnego Modelu Usług Opiekuńczych jest opracowanie prezentujące katalog rekomendowanych form wsparcia wraz ze szczegółowymi informacjami w zakresie ich organizacji i świadczenia. Materiał ten będzie stanowił wstęp do podjęcia działań w kierunku opracowania regionalnych wytycznych odnośnie realizacji różnych form wsparcia adresowanego do seniorów, a w przyszłości może również do zainicjowania prac nad standaryzacją usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych.

I. SKRÓT DIAGNOZY

- Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się w regionie **sukcesywny wzrost liczby osób starszych** świadczący o coraz bardziej postępującym zjawisku starzenia się społeczeństwa

Polska jest jednym z najbardziej dynamicznie starzejących się krajów w Europie. W naszym regionie osoby w wieku poprodukcyjnym stanowią już ponad 20%. Prognozy demograficzne do roku 2050 w tym zakresie są niekorzystne, przewiduje się dalszy spadek liczby ludności województwa, malejący współczynnik przyrostu naturalnego i dzietności kobiet.

- Najwięcej osób w wieku poprodukcyjnym zamieszkuje w największych miastach regionu: Bydgoszczy (ponad 25% mieszkańców Bydgoszczy to osoby w wieku poprodukcyjnym), Toruniu, Włocławku, Grudziądzu i Inowrocławiu.
- Ponad 30% populacji osób w wieku poprodukcyjnym stanowią osoby 75+ (najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w powiecie radziejowskim – blisko 35%, mieście Bydgoszczy oraz powiecie włocławskim).
- Analizując wskaźniki dotyczące liczebności seniorów w wieku sędziwym w populacji osób w wieku poprodukcyjnym **w regionie wyróżnia się powiat radziejowski z najwyższymi wartościami nie tylko dla grupy 75+, ale również 85+ (dotyczy to również gmin powiatu włocławskiego).**

Zjawisku starzenia się społeczeństwa w naszym regionie towarzyszy:

- nasilenie tzw. **fenomenu podwójnego starzenia się**,
- zjawisko **singularyzacji** starości,
- **wydłużanie się czasu trwania życia** ludzkiego,
- niewielka skala **przystosowania mieszkań do potrzeb i możliwości seniorów** (m.in. poprzez wyposażenie w odpowiednie udogodnienia oraz usprawnienia dla osób starszych i niesamodzielnych).

- Niesamodzielność, rozumiana jako niemożność zaspokajania potrzeb i wykonywania czynności dnia codziennego, związanych z samoobsługą, jak i prowadzeniem gospodarstwa domowego, jest bardzo silnie skorelowana z wiekiem.
- Zgodnie z danymi Eurostatu, **prawie co druga osoba w wieku 60+ zaliczała się do grupy osób z niepełnosprawnością biologiczną** (tj. w mniejszym lub większym stopniu o ograniczonej zdolności do wykonywania różnych czynności).
- **Po ukończeniu 70 roku życia** zjawisko niesamodzielności w znaczący sposób rośnie, gdy **co trzecia osoba ma problemy z samoobsługą i wykonywaniem prac domowych.**

→ Według danych GUS, nie każdy niesamodzielny senior może liczyć na pomoc, gdyż aż **45% osób starszych musi radzić sobie we własnym zakresie i nie może liczyć na wsparcie.**

→ Pomoc w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego jest znacznie bardziej dostępna niż wsparcie w zakresie czynności higieniczno-pielęgnacyjnych (w samoobsłudze).

→ Obecnie, **polski model wspierania niesamodzielnych osób starszych opiera się przede wszystkim na rodzinie.** Komisja Europejska szacuje, że formalne usługi opieki domowej i stacjonarnej trafiają w Polsce do niespełna 10% populacji osób niesamodzielnych, w tym osób w podeszłym wieku.

→ Szacunki dotyczące **liczby osób objętych opieką nieformalną wahają się od 80% do ponad 90%.**

→ **Polskie rodziny zaczyna charakteryzować zmniejszający się potencjał opiekuńczy,** na co wpływ ma ich mniejsza liczebność, zmieniający się kształt rodziny, słabsza intensywność więzi w jej ramach, a także migracje zarobkowe.

→ W regionie nadal **występują gminy, w których nie są realizowane usługi opiekuńcze** (w 2019 roku – 9), stanowiące podstawową formę wsparcia opiekuńczego dla samotnych seniorów mających problemy z wykonywaniem czynności dnia codziennego.

→ W ostatnich latach nastąpił **znaczący wzrost liczby dziennych domów pobytu/pomocy** (z ok. 30 w 2017 do 55 w 2019).

Wiąże się to z możliwością finansowania tworzenia tego rodzaju placówek ze środków RPO WKP oraz w ramach Programu MRPiPS „Senior+”. Należy jednak uwzględnić, iż wraz z zakończeniem projektów unijnych placówki te zazwyczaj kończą również swoją działalność.

→ Od lat na tym samym, **niewystarczającym poziomie** (10 placówek dedykowanych seniorom) utrzymuje się **całodobowe wsparcie instytucjonalne** w formie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku

Dostęp do takiego instytucjonalnego wsparcia jest niższy niż w skali kraju (czwarta najniższa wartość wskaźnika I-by msc w DPS dla osób w podeszłym wieku na 1000 mieszkańców w wieku 60 lat i więcej).

- Analizując specyfikę polskiego systemu wsparcia społecznego osób starszych, można wskazać, iż występuje różnorodność form pomocy (zarówno funkcjonujących od wielu lat, jak i nowych), jednak ich skala jest niewystarczająca.
- Największy wachlarz możliwości wsparcia opiekuńczego występuje w dużych miastach, jednak tu odnotowuje się jednocześnie największe natężenie zapotrzebowania na nie. Powoduje to niekiedy brak możliwości dotarcia z pomocą do większego grona potrzebujących.
- W średnich miastach sytuacja prezentuje się w sposób zróżnicowany, gdyż są ośrodki prężnie działające w zakresie zabezpieczenia różnych form wsparcia seniorów, ale są i te, które ograniczają się jedynie do świadczenia w niewielkiej skali usług opiekuńczych.
- Najtrudniejsza rzeczywistość dotyczy obszarów wiejskich, gdzie zazwyczaj seniorzy są zdani jedynie na pomoc rodziny, ewentualnie Kościoła.

Wyzwania w zakresie kreowania polityki senioralnej w najbliższych latach powinny się odnieść do następujących kwestii (m.in. zgodnie z wnioskami pokontrolnymi NIK):

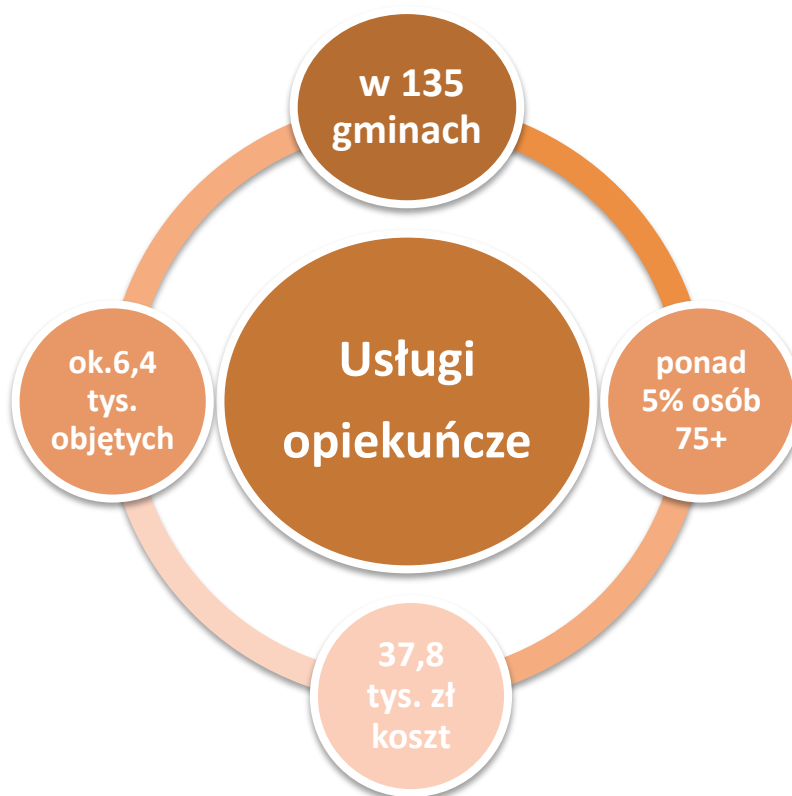
- wypracowania spójnego, całościowego i zintegrowanego systemu pomocy udzielanej seniorom,
- rozwoju skali opieki geriatrycznej,
- nawiązania i rozwoju ścisłej współpracy między instytucjami pomocy społecznej a ochrony zdrowia,
- współdziałania samorządów z organizacjami pozarządowymi na rzecz zapewnienia wsparcia opiekuńczego seniorom,
- wypracowania przez gminy sposobów rzetelnej diagnozy zapotrzebowania na usługi społeczne wśród osób starszych,
- zwiększenia stanu infrastruktury społecznej wykorzystywanej do świadczenia usług wsparcia i organizowania aktywności osób starszych,
- zwiększenia liczby kadr wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi o różnym stopniu samodzielności.

II. SKALA ZABEZPIECZENIA USŁUG OPIEKUŃCZEGO WSPARCIA SENIORÓW W GMINACH WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

ŚRODOWISKOWE WSPARCIE OPIEKUŃCZE SENIORÓW

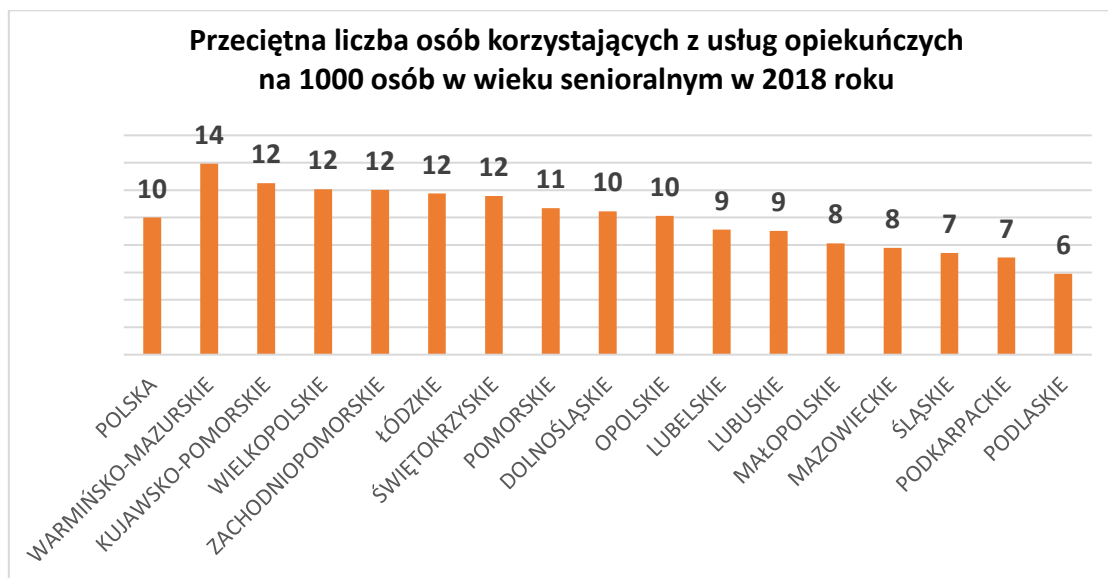
USŁUGI OPIEKUŃCZE

Rysunek 1 Usługi opiekuńcze w WKP w liczbach w 2018 roku



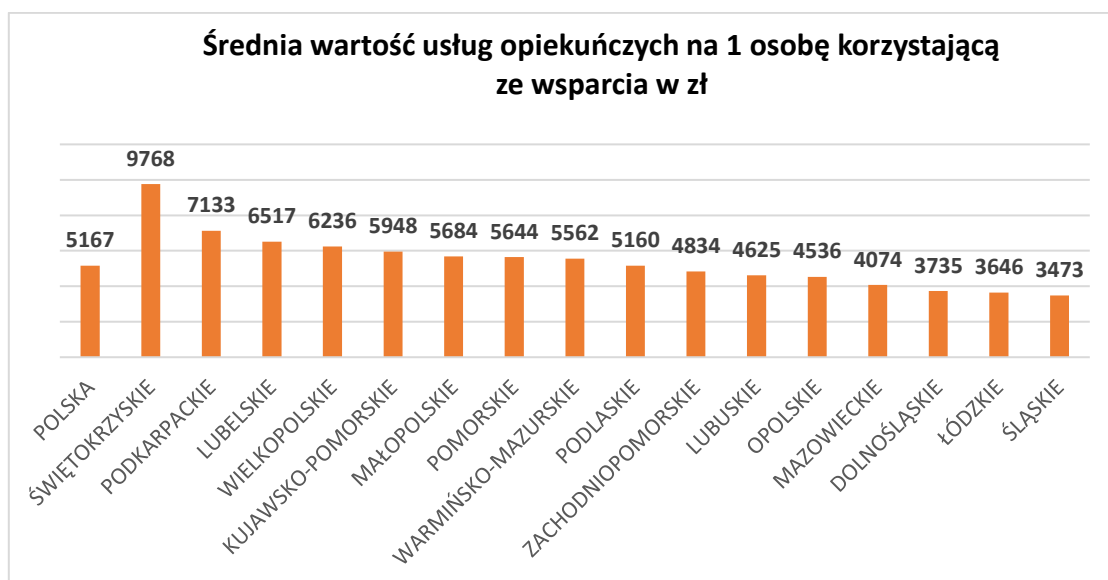
- Najczęstszymi powodami braku realizacji usług opiekuńczych, zdaniem pracowników OPS, jest niewystępowanie potrzeb w tym zakresie oraz zabezpieczenie opieki przez rodzinę lub pomoc sąsiedzką.
- W mniejszym stopniu wskazuje się na brak wykwalifikowanych osób do świadczenia tej formy wsparcia oraz niedysponowanie środkami finansowymi na ten cel.

Wykres 1. Świadczenie usług opiekuńczych osobom w wieku 60 lat i więcej w roku 2018 w skali województw



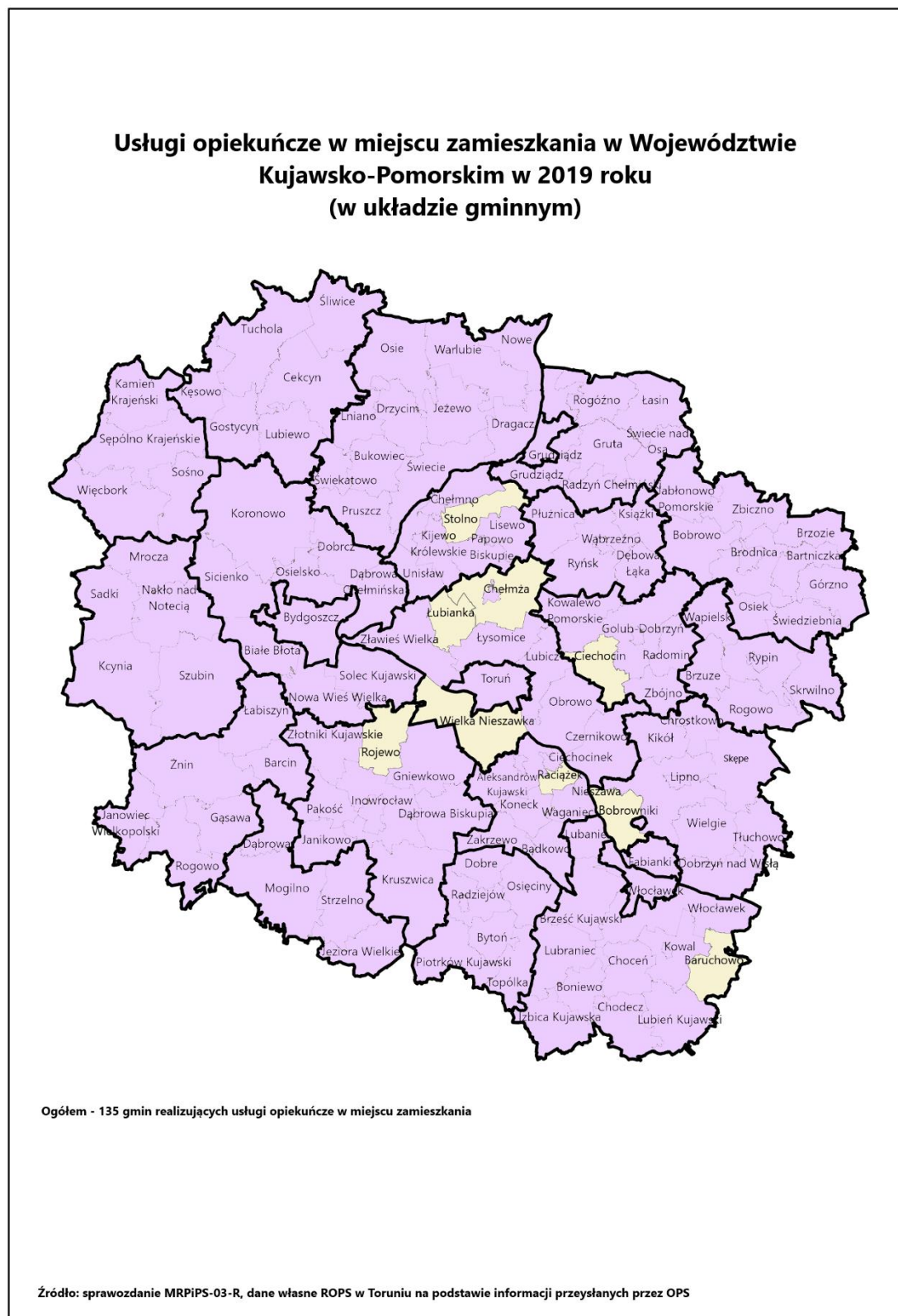
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS [w:] Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.

Wykres 2. Koszt świadczenia usług opiekuńczych w 2018 roku w skali województw



Źródło: dane GUS [w:] Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.

Mapa 1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w WKP w 2019 roku

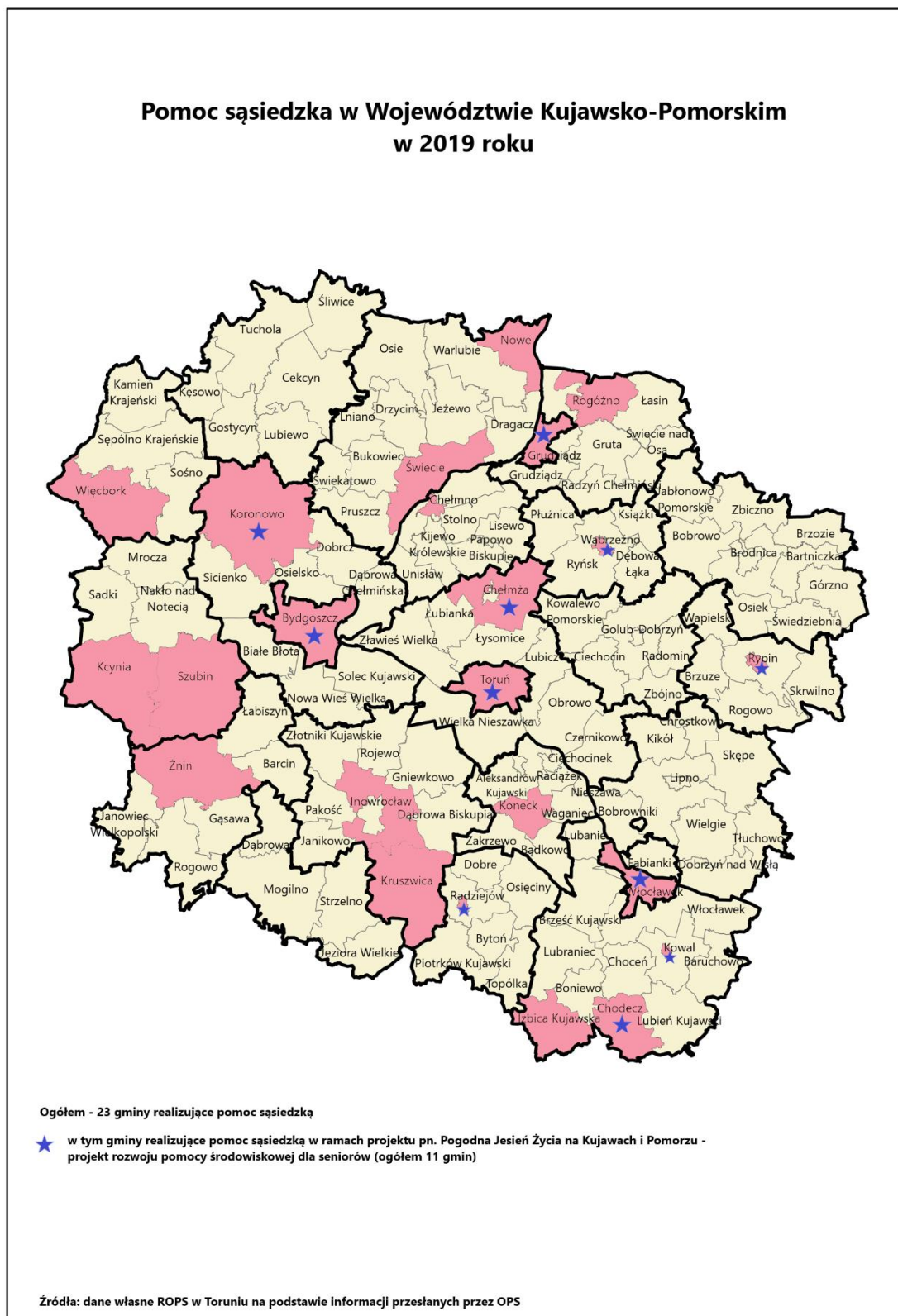


Mapa 2. Usługi dziennego opiekuna na obszarach wiejskich w WKP w 2019 roku



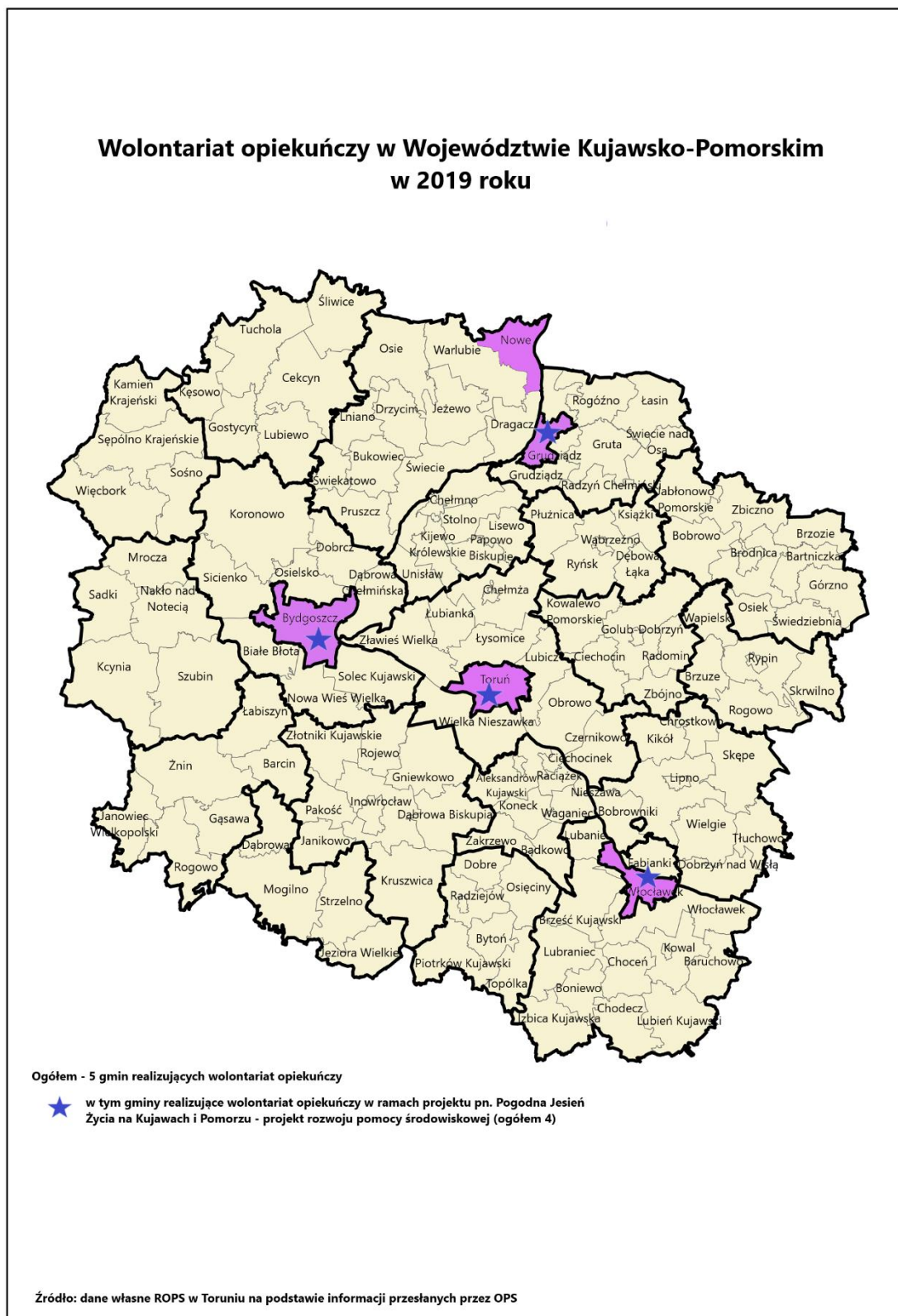
POMOC SĄSIEDZKA

Mapa 3. Pomoc sąsiedzka w WKP w 2019 roku



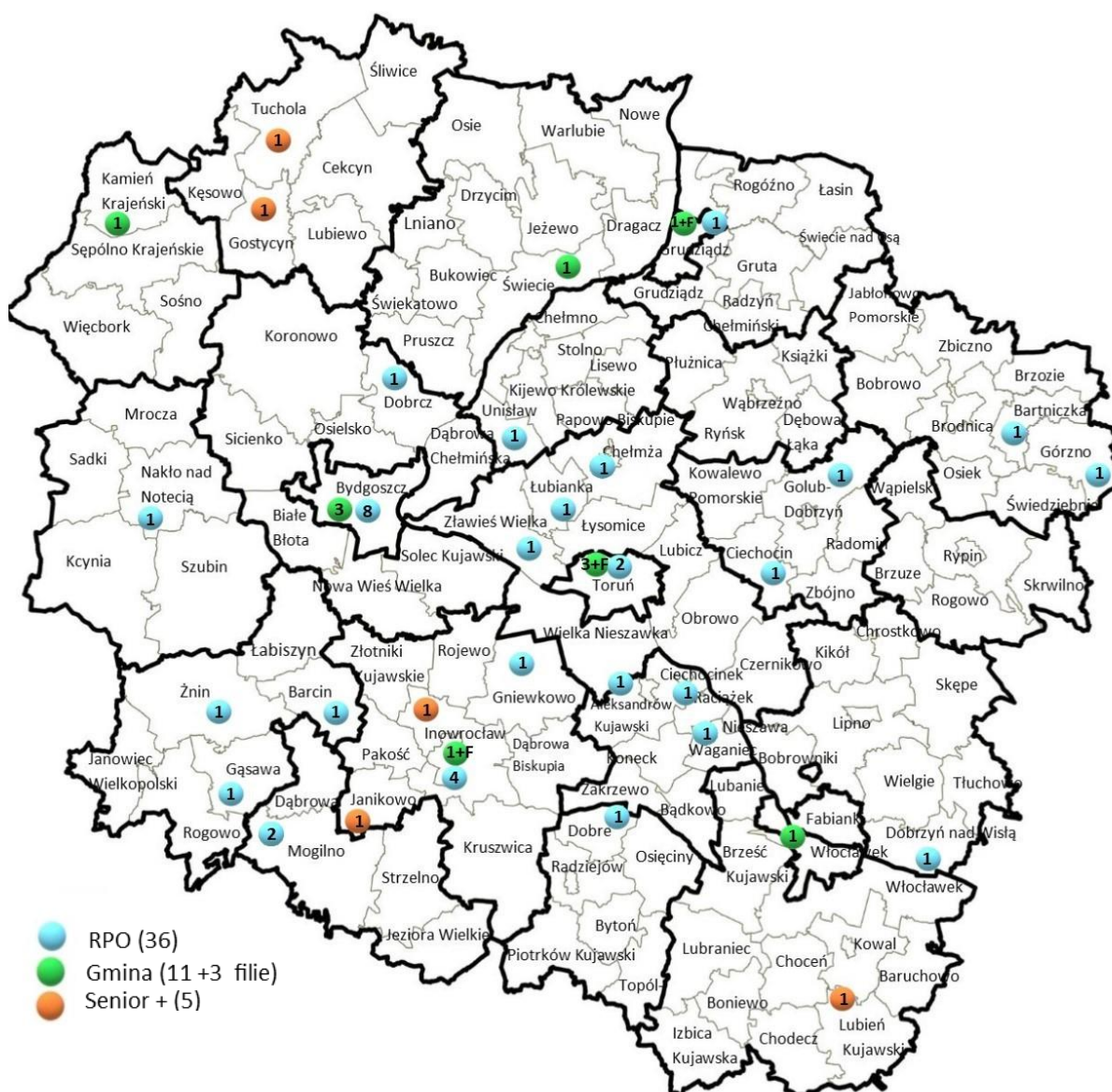
WOŁONTARIAT OPIEKUŃCZY

Mapa 4. Wolontariat opiekuńczy w WKP w 2019 roku



Mapa 5. Dzielne domy pomocy/pobytu w WKP w 2019 roku

Dzienne domy pomocy/pobytu w województwie kujawsko-pomorskim ze względu na rodzaj finansowania



Dzienne domy pomocy to **rozwiązanie korzystne zarówno dla seniorów** (umożliwiają osobom nie w pełni samodzielnym funkcjonowanie w dotychczasowym środowisku zamieszkania), **jak i samorządów** (generują koszty zdecydowanie mniejsze niż tradycyjne, całodobowe formy opieki). Tworzenie i prowadzenie tego rodzaju placówek nie jest zadaniem obligatoryjnym gminy, dlatego **dostępność do tej formy wsparcia pozostaje na niskim poziomie**. Mimo niezaprzeczalnych korzyści na działalność dziennych domów pomocy, nie decyduje się większość gmin, wskazując na brak środków finansowych lub potrzeb, co świadczy o niewystarczającym rozpoznaniu sytuacji osób starszych na własnym terenie.

Patrząc na lata 2015-2018 można zaobserwować znaczny wzrost dziennej infrastruktury pomocy i wsparcia w postaci dziennych domów pobytu z 11 w 2015 do 50 w 2018 roku z uwagi na możliwość dofinansowania tej formy wsparcia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych) oraz programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Senior+”. Istnieje jednak **zagrożenie, że przy braku dofinansowania proces ten zostanie zahamowany, a placówki, które w tym czasie powstały, zakończą działalność.**

Większość gmin nadal nie zdecydowała się na utworzenie tego rodzaju placówek (w 2019 funkcjonowały jedynie w ok. co piątej gminie - w 32 ze 144 gmin WKP). Sytuację tą tłumaczy się zazwyczaj brakiem wystarczających środków finansowych. Dostępność DDP w regionie w ujęciu powiatowym:

- w 3 powiatach nie funkcjonuje DDP (powiaty: grudziądzki, rypiński i wąbrzeski);
- w 9 powiatach działa tylko 1 DDP (powiaty: bydgoski, chełmiński, lipnowski, nakielski, sępoleński, świecki, radziejowski, włocławski, miasto Włocławek);
- w 8 powiatach funkcjonują po 2 lub 3 DDP (2 w powiatach: brodnicki, golubsko-dobrzyński, mogileński, tucholski oraz 3: aleksandrowski, miasto Grudziądz, toruński, żniński);
- w mieście Toruniu działa 6 DDP, w powiecie inowrocławskim 9 (w tym 6 w mieście Inowrocław) oraz 11 w mieście Bydgoszcz.

KLUBY SAMOPOMOCY / KLUBY SENIORA

KLUBY SAMOPOMOCY

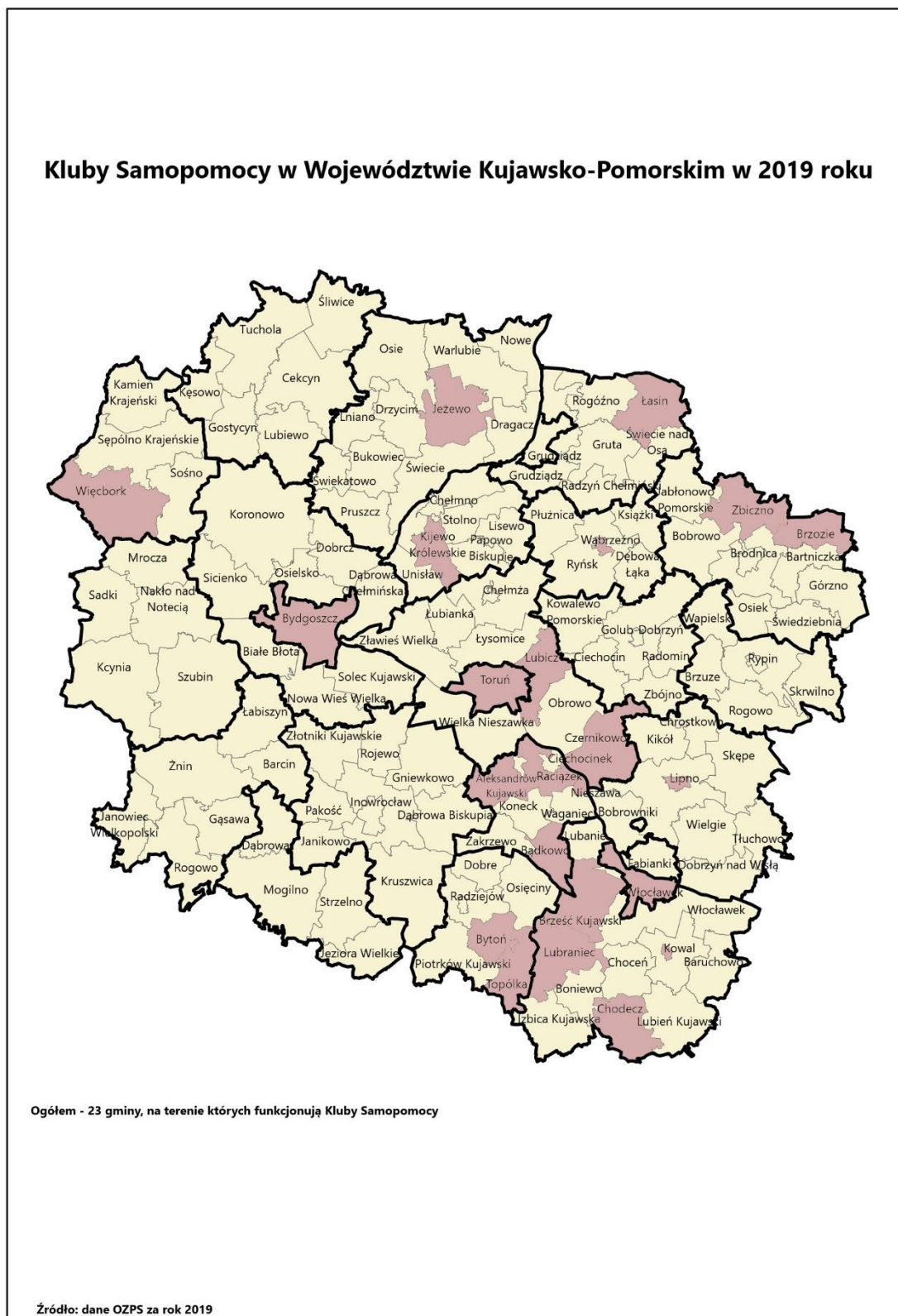
W 2019 roku kluby samopomocy (jako placówki z ofertą przede wszystkim dla osób z zaburzeniami psychicznymi) działały w 23 gminach województwa kujawsko-pomorskiego¹.

KLUBY SENIORA

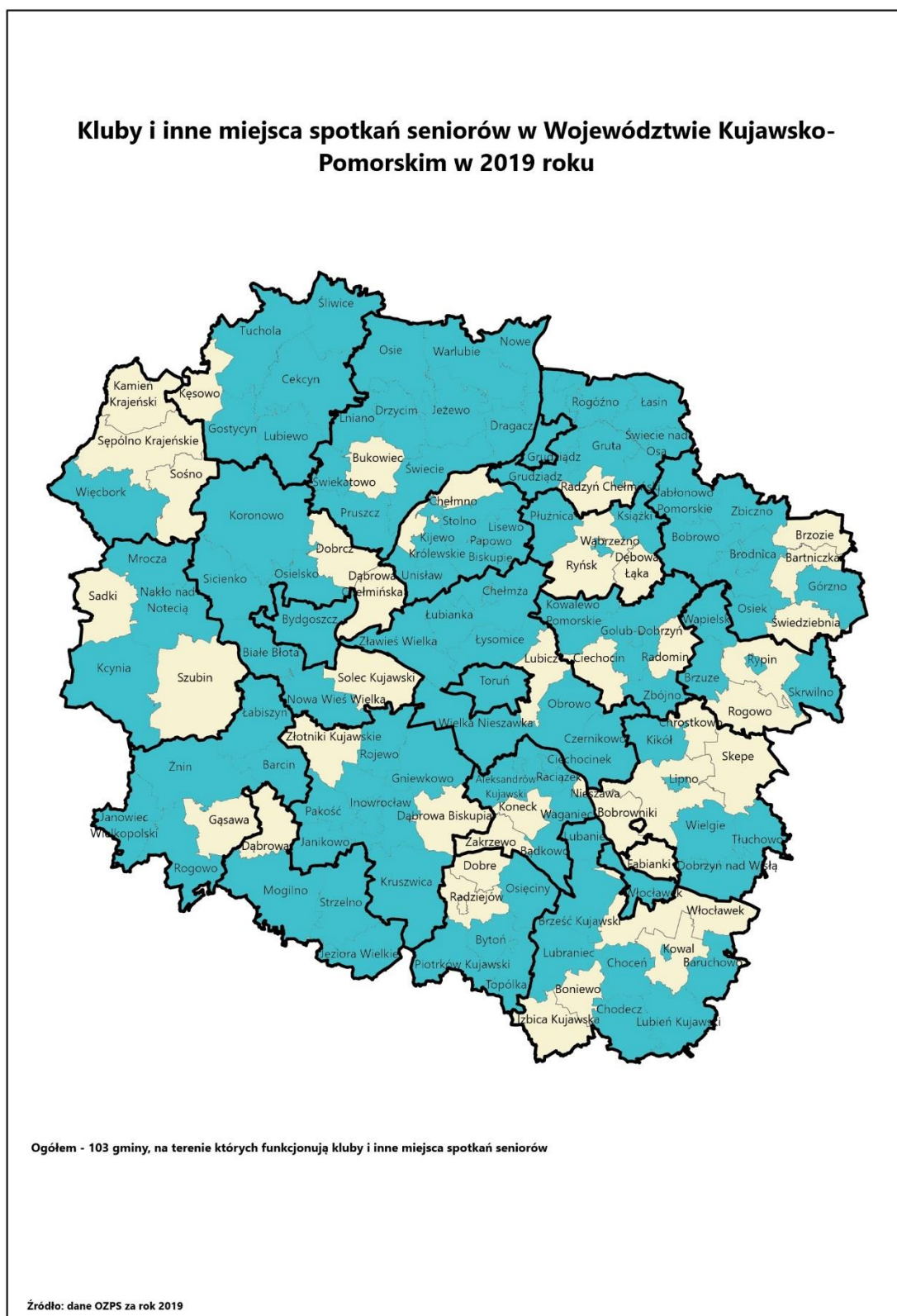
Na przestrzeni ostatnich lat można zaobserwować, że liczba klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów, aktywizujących i edukacyjnych dedykowana tej grupie stale rośnie. W 2019 roku infrastruktura tego typu dostępna była na terenie 103 gmin (kluby i inne miejsca spotkań dla seniorów nie funkcjonowały nadal w 41 gminach naszego województwa).

¹ Zgodnie z danymi Oceny Zasobów Pomocy Społecznej za rok 2019.

Mapa 6. Kluby samopomocy w WKP w 2019 roku



Mapa 7. Kluby i inne miejsca spotkań seniorów w WKP w 2019 roku



MIESZKANIA CHRONIONE

Mapa 8. Mieszkania chronione dla osób niesamodzielnych w WKP w 2019 roku



Mieszkania chronione to forma pomocy przyznawana zazwyczaj usamodzielniającym się osobom opuszczającym placówki opiekuńczo-wychowawcze i zakłady poprawcze, czy wychodzącym z bezdomności, niestety rzadziej rozwiązanie to stosowane jest w przypadku osób starszych². Większość gmin oferuje pomoc jedynie w postaci usług opiekuńczych lub w uzasadnionych przypadkach umieszczenia w DPS, zaś **w niewielkim zakresie rozwija inne alternatywne formy**, m.in. w zakresie mieszkań chronionych (zwłaszcza dla osób, które wymagają już trwałego wsparcia, ale jeszcze nie całodobowego)³.

W regionie wciąż mamy do czynienia ze **słabo rozwiniętą siecią mieszkań chronionych dla osób starszych** (na przestrzeni ostatnich lat liczba ta utrzymuje się na podobnym poziomie).

RODZINNE DOMY POMOCY

Infrastruktura rodzinnych domów pomocy nie rozwija się, głównie z powodu niechęci gmin do zawierania umów z osobami prywatnymi w zakresie usług dla osób wymagających wsparcia, jak również z powodu trudności w spełnianiu standardów bytowych, w szczególności w zakresie likwidacji barier architektonicznych i spełnienia wymogów sanitarnych⁴.

W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonują dwa Rodzinne Domy Pomocy („Nad Jordanem” w miejscowości Złotoria z 8 miejscami oraz „Dwór Jedwabno” również z 8 miejscami w Jedwabnie), z którymi miała podpisane umowy gmina miasto Toruń. Zgodnie z danymi MOPR w Toruniu na umieszczenie w tych placówkach oczekiwało 68 osób⁵. Oba domy są zlokalizowane w ościennej gminie wiejskiej (gmina Lubicz) i zgodnie z wprowadzoną nowelizacją ustawy o pomocy społecznej nie jest już dopuszczalna ich działalność w oparciu o umowę z miastem Toruniem. Prowadzący placówki odwołali się w tej sprawie składając stosowną petycję do senatu (sprawa jest w trakcie rozpatrzenia).

GOSPODARSTWA OPIEKUŃCZE

- w 2019 roku w naszym regionie funkcjonowało 13 gospodarstw opiekuńczych, finansowanych w ramach projektu „*Opieka w zagrodzie – gospodarstwa opiekuńcze w województwie kujawsko-pomorskim*” ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;
- projekt realizowany jest przez Kujawsko-Pomorski Ośrodek Doradztwa Rolniczego w Minikowie w okresie od września 2018 do sierpnia 2020 roku;
- działaniami opiekuńczo-aktywizacyjnymi w ramach projektu zostanie objętych 225 osób;
- w tej edycji projektu gospodarstwa funkcjonują w 9 powiatach: brodnickim, golubsko-dobrzyńskim, mogileńskim, rypińskim, sępoleńskim, świeckim, tucholskim, wąbrzeskim i znińskim.

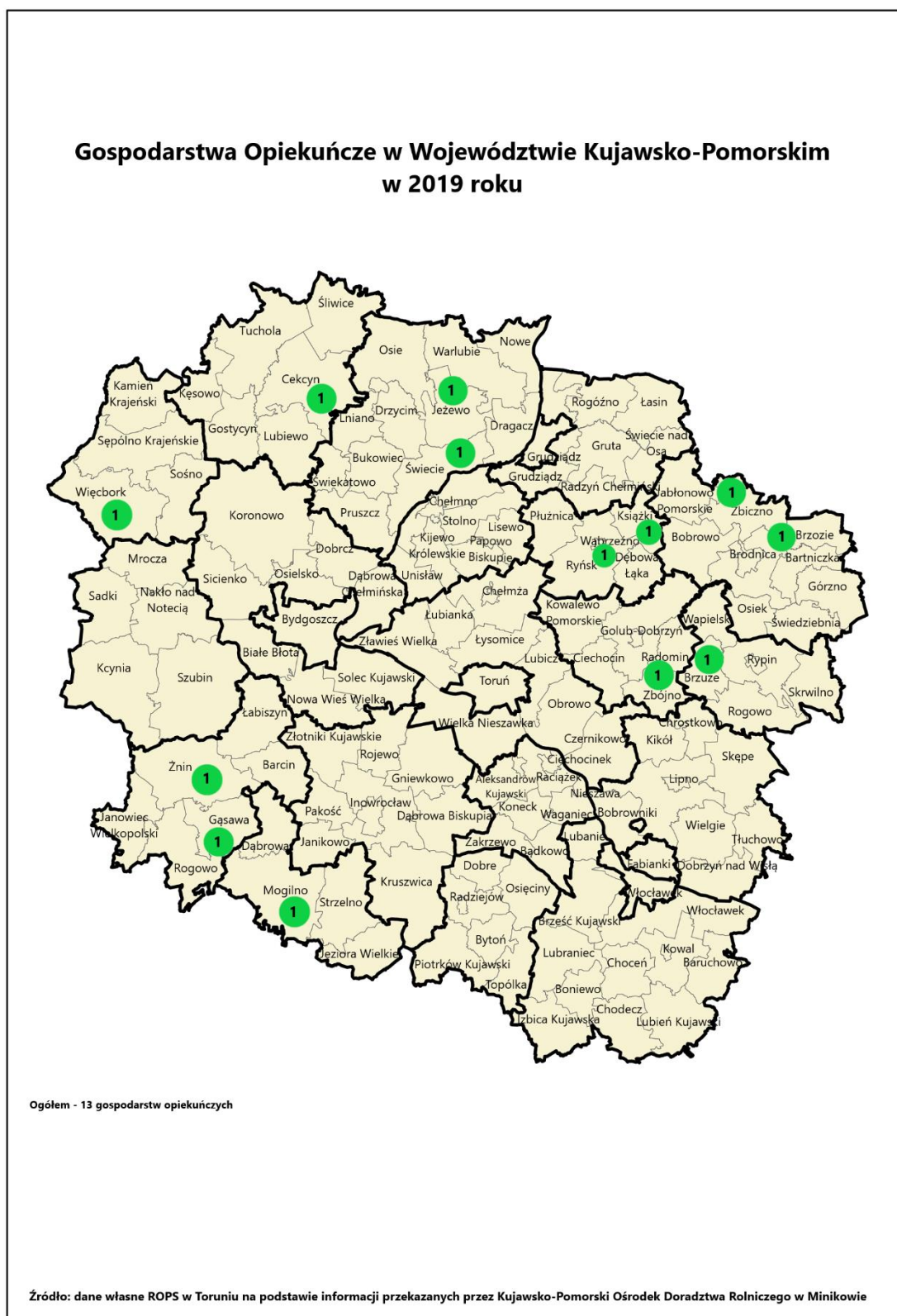
² Jak gminy i powiaty pomagają osobom starszym? Wyniki kontroli NIK [w:] Polityka Senioralna, nr 3, s. 14.

³ Informacja o wynikach kontroli NIK OPIEKA..., op. cit., s. 15.

⁴ Opieka długoterminowa w Polsce, Opis, diagnoza, rekomendacje, s. 92

⁵ <http://www.mopr.torun.pl/index.php/informacja-publiczna/struktura-organizacyjna-mopr/104-dzial-wspierania-rodziny-i-systemu-pieczy-zastepczej> (data korzystania: 10.04.2020)

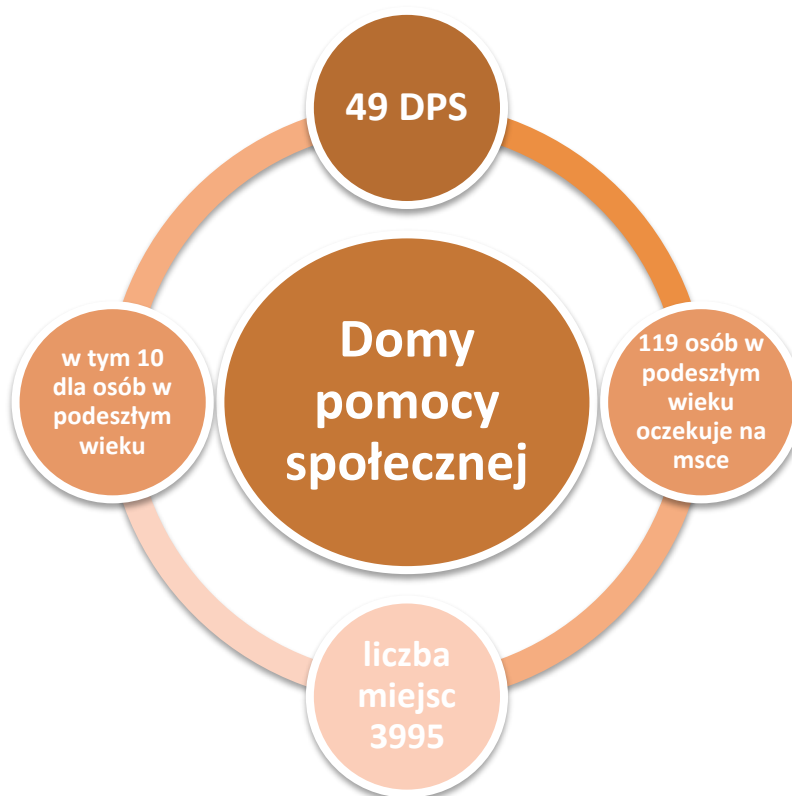
Mapa 9. Gospodarstwa opiekuńcze w WKP w 2019 roku



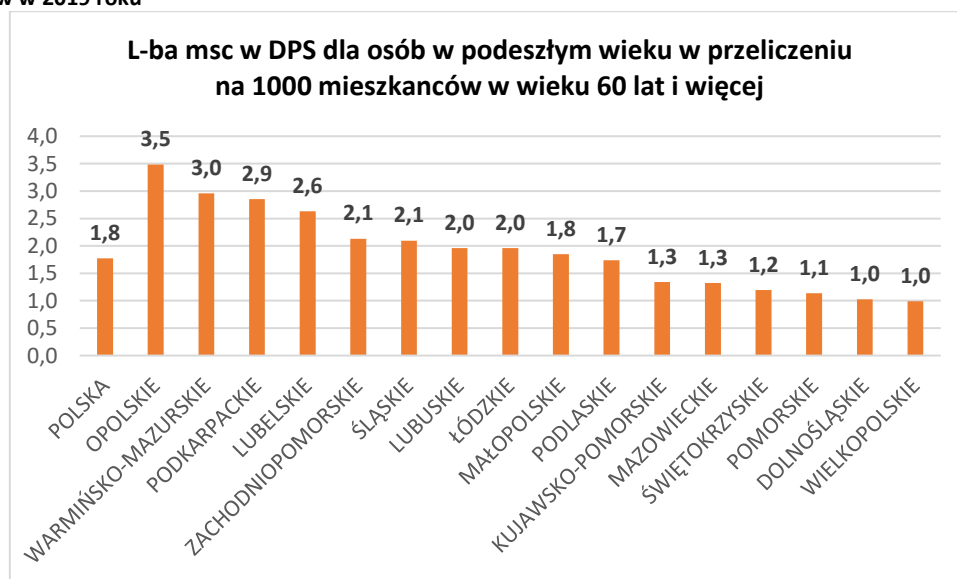
CAŁODOBOWA INFRASTRUKTURA OPIEKUŃCZA DLA SENIORÓW

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Rysunek 2. Domy pomocy społecznej w WKP w liczbach



Wykres 3. L-ba msc w DPS dla osób w podeszłym wieku na 1000 mieszkańców w wieku 60 lat i więcej w skali województw w 2019 roku



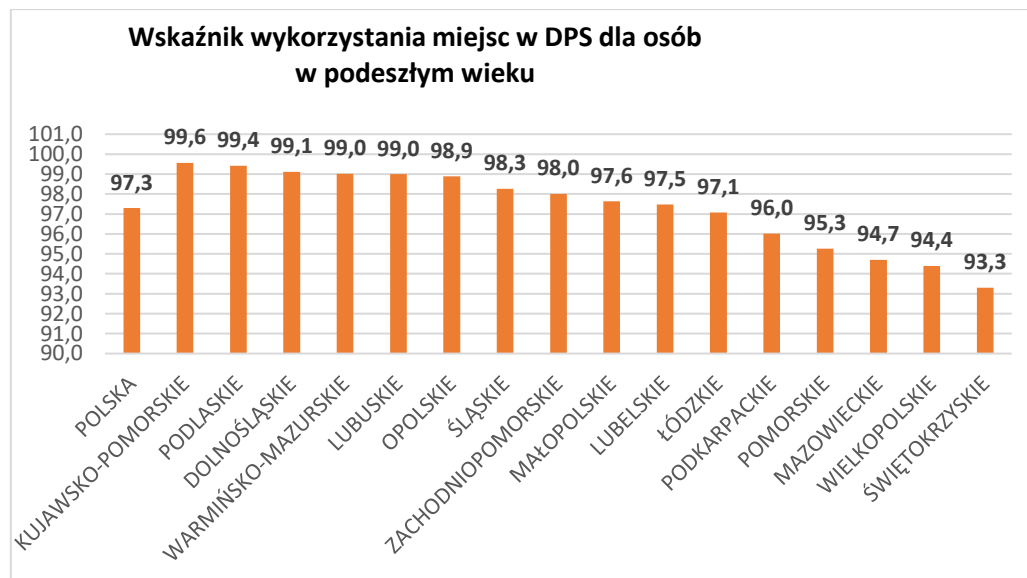
Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRPiPS-05 za rok 2019 i danych GUS za rok 2019

→ Analizując kwestię dostępności miejsc w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (wliczając również typy mieszane placówek), wyrażoną wskaźnikiem liczby miejsc w tego rodzaju

domach na 1000 mieszkańców w wieku 60 lat i więcej, można stwierdzić, iż w województwie kujawsko-pomorskim dostęp do takiego instytucjonalnego wsparcia jest niższy niż w skali kraju (nasz region uzyskał czwartą najniższą wartość tego wskaźnika).

- Liczba DPS dla osób w podeszłym wieku na przestrzeni lat nie wzrasta (w roku 2019 została nawet zlikwidowana jedna tego typu placówka zmniejszając ich liczbę w województwie z 11 do 10);

Wykres 4. Procentowy wskaźnik wykorzystania msc w DPS dla osób w podeszłym wieku w skali województw w 2019 roku



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRPiPS-05 za rok 2019

- Wskaźnik wykorzystania miejsc w DPS dla osób w podeszłym wieku⁶, w skali województw i kraju, ukazuje, iż w znaczącym stopniu pula miejsc w tego rodzaju placówkach jest zajęta (w ponad 90%). Najtrudniejsza sytuacja dotyczy naszego regionu, w którym w największym stopniu miejsca w tego rodzaju placówkach są zajęte⁷ (w województwie kujawsko-pomorskim wskaźnik ten został odnotowany na poziomie 99,6%).
- Biorąc pod uwagę, iż miejsca w DPS, również dla osób w podeszłym wieku, są w naszym regionie w znaczącym stopniu zajęte, należy z niepokojem wskazywać na fakt odnotowywania listy osób oczekujących na umieszczenie w tego rodzaju placówce (średni czas oczekiwania trwa nawet do 30 m-cy). Na miejsce w DPS dla osób w podeszłym wieku w skali województwa w 2019 roku oczekiwało 119 osób (potrzeby w tym zakresie wykazało 20 gmin, w tym największe w mieście Bydgoszczy – 42 osoby oczekujące i w mieście Włocławek – 26)⁸.
- Trudną sytuację naszego regionu pod względem dostępności możliwości uzyskania całodobowego wsparcia instytucjonalnego dla osób starszych ilustruje również wskaźnik zaspokojenia potrzeb w zakresie miejsc w DPS⁹, który w przypadku placówek dla osób w podeszłym wieku

⁶ Wskaźnik został wyliczony na podstawie danych ze sprawozdania MRPiPS-05, jako stosunek liczby miejsc oraz liczby mieszkańców na koniec roku 2019 pomnożony przez 100, dla uzyskania wyniku procentowego (uwzględnione zostały placówki o typie mieszanym, w których jeden stanowił dla osób w podeszłym wieku).

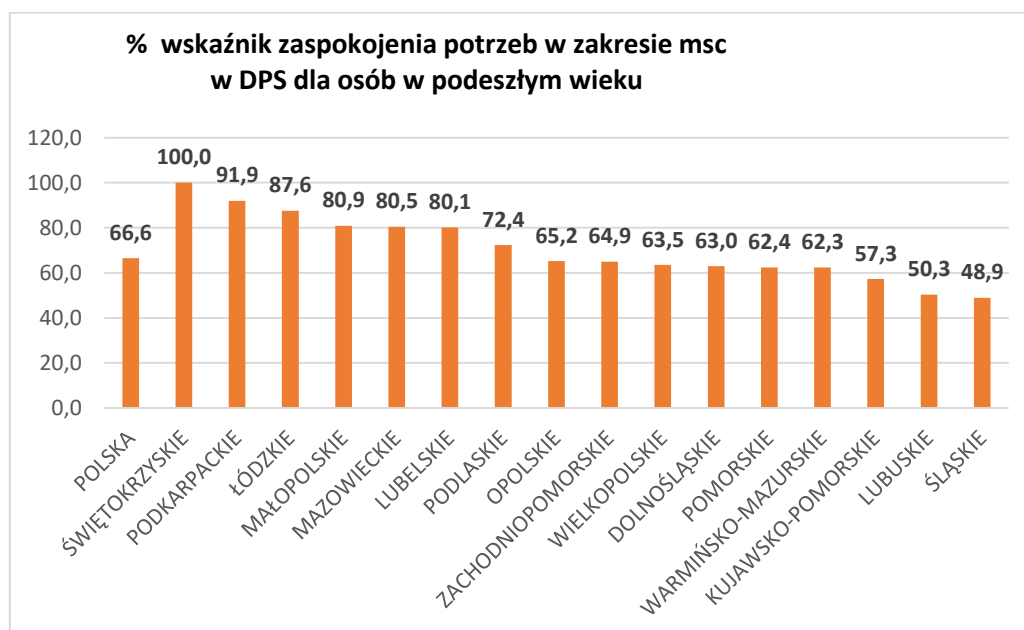
⁷ Podobnie kwestia ta prezentuje się przy uwzględnieniu miejsc w domach pomocy społecznej ogółem (najwyższy wskaźnik wykorzystania w województwie kujawsko-pomorskim na poziomie 99,7%).

⁸ Dane własne ROPS Toruń uzyskane w ramach OZPS za rok 2019.

⁹ Wskaźnik zaspokojenia potrzeb osób oczekujących na umieszczenie w DPS jest liczony w ramach sprawozdania MRPiPS-05 jako stosunek liczby osób umieszczonych w DPS w danym roku do sumy osób umieszczonych i oczekujących na miejsce w tych placówkach w tym okresie pomnożony przez 100 (aby uzyskać wynik procentowy).

(z uwzględnieniem typów mieszanych), wskazuje na niską skalę zaspokojenia tego rodzaju potrzeb w naszym regionie (trzeci najniższy wynik wśród województw w kraju – 57%).

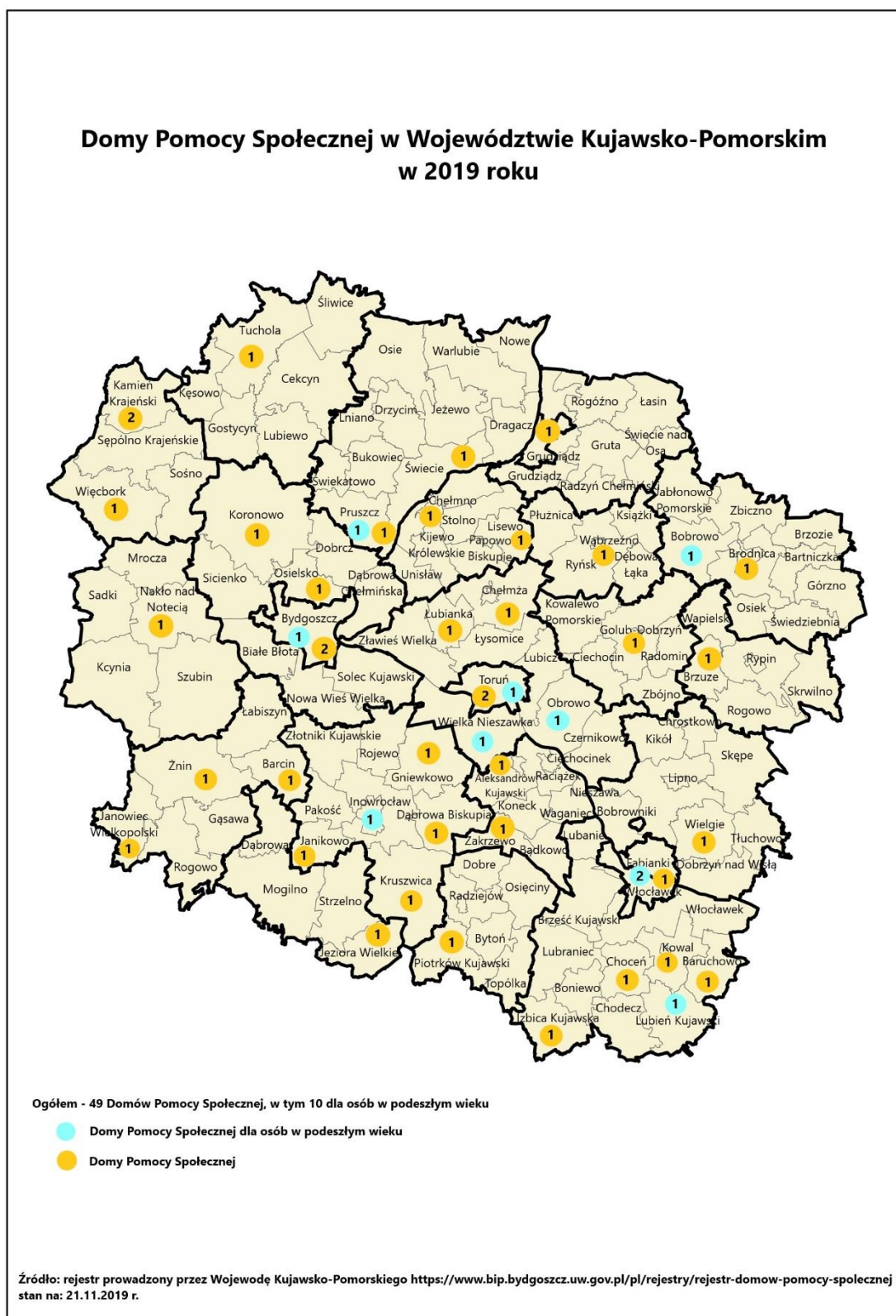
Wykres 5. Procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb w zakresie msc w DPS dla osób w podeszłym wieku w skali województw w 2019 roku



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRPIPS-05 za rok 2019

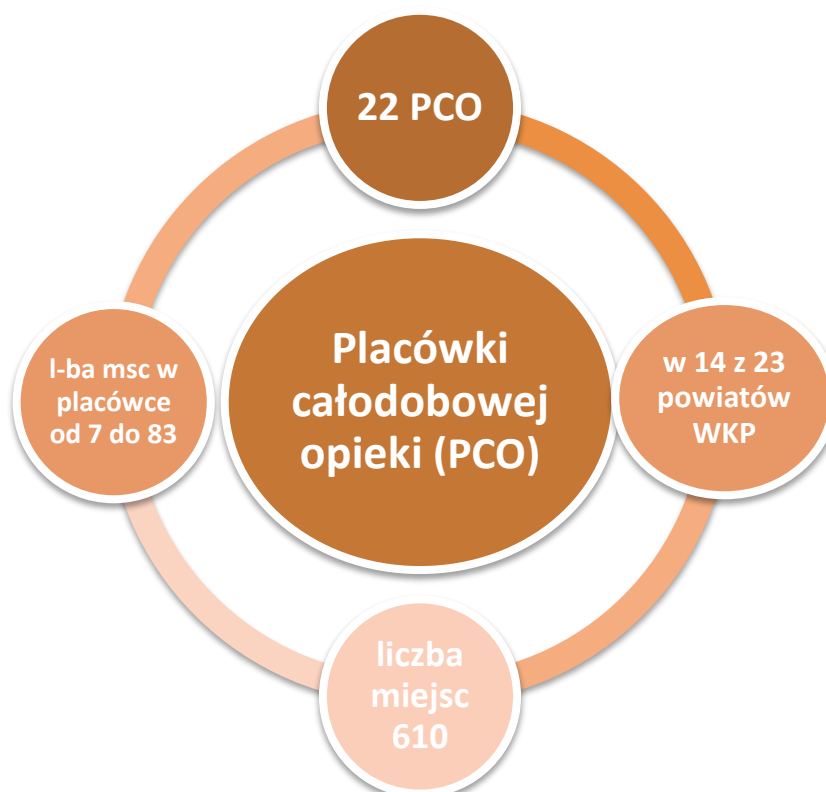
→ Warto podkreślić również zagadnienie związane z kierowaniem do DPS osób w cięższym stanie zdrowia, wymagających opieki leczniczej i pielęgnacyjnej, które powinny znaleźć miejsce w zakładach opieki długoterminowej (w tych placówkach natomiast zdarza się, iż przetrzymywane są osoby, których stan tego nie wymaga, lecz brakuje dla nich miejsca w DPS).

Mapa 10. Domy pomocy społecznej w WKP w 2019 roku



PLACÓWKI CAŁODOBOWEJ OPIEKI

Rysunek 3. Placówki całodobowej opieki w WKP w liczbach



Rozwojowi placówek całodobowej opieki, sprzyja fakt, iż **samorządy gminne nie podejmują działań w zakresie tworzenia form pomocy, alternatywnych wobec DPS oraz PCO**, pomimo odpowiednich w tym zakresie przepisów w ustawie o pomocy społecznej, które przewidują możliwość organizowania zróżnicowanej oferty wsparcia opiekuńczego świadczonego przez: mieszkania chronione, rodzinne domy pomocy, czy dzienne domy pomocy/pobytu. Gminy z tej możliwości korzystały w niewielkim zakresie, mimo że są to rozwiązania społecznie bardziej akceptowalne i kilkukrotnie tańsze niż pobyt w całodobowej placówce specjalistycznego wsparcia, jaką jest DPS¹⁰. Z kolei władze powiatów odpowiedzialnych za rozwój sieci ponadgminnych domów pomocy społecznej, w niewielkim stopniu realizowały to zadania, głównie ze względu na ograniczone możliwości finansowe i skupiały się na zarządzaniu siecią placówek już istniejących DPS. Dodać przy tym należy, że świadczenie pomocy osobom starszym jest ustawowym obowiązkiem gmin i powiatów.

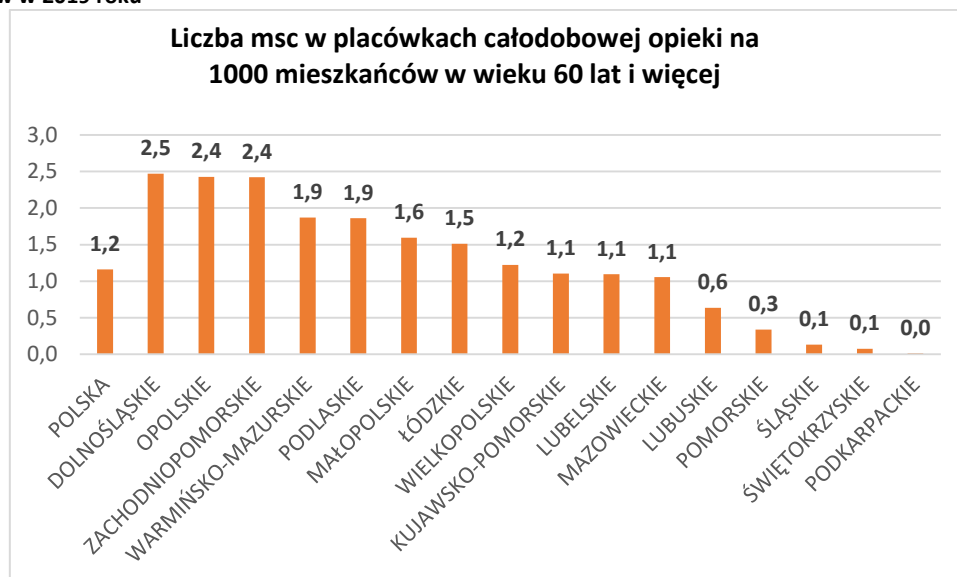
Ponadto, należy zauważyć, iż przewaga oferty prywatnych placówek nad DPS polega przede wszystkim na **natychmiastowym przyjęciu, bez procedury postępowania administracyjnego**, jak również przyjmowania na **pobyty krótkotrwałe**. Często odmienny jest także sposób traktowania podopiecznych przez personel, ze względu na potrzebę zabiegania o mieszkańców placówki, którzy w każdej chwili mogą przejść do konkurencji.

Placówki całodobowej opieki zaczynają zatem odgrywać bardziej znaczącą i coraz większą rolę w opiece nad osobami w podeszłym wieku, niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi. W ostatnich latach można zauważyć **znaczną dynamikę wzrostu liczby tych placówek i miejsc, które oferują**. W okresie kontrolowanym przez NIK nastąpił znacząco zwiększyła się liczby osób przebywających w tego typu placówkach (na przestrzeni lat 2015-2018 o blisko 50%), a wzrost ten był o wiele wyższy od

¹⁰ Informacja o wynikach kontroli NIK, *Działania...*, op. cit., s. 25.

odnotowanego dla domów pomocy społecznej (niecałe 3%)¹¹. Podobna sytuacja dotyczy województwa kujawsko-pomorskiego, w którym tylko w roku 2019 zarejestrowanych zostało aż 8 z 22 placówek działających w regionie (wzrost o 36%).

Wykres 6. L-ba msc w PCO dla osób w podeszłym wieku na 1000 mieszkańców w wieku 60 lat i więcej w skali województw w 2019 roku



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRPiPS-05 za rok 2019 i danych GUS za rok 2019

- Porównując skalę dostępności miejsc w całodobowych placówkach opiekuńczych w skali województw i kraju, można zauważyć, iż sytuacja w województwie kujawsko-pomorskim jest zbliżona do średniej krajowej, jeśli chodzi o liczbę miejsc w tego rodzaju placówkach w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w wieku 60 lat i więcej (szczegóły prezentuje wykres poniżej).

¹¹Tamże, s. 24.

Mapa 11. Placówki całodobowej opieki w WKP w 2019 roku



MEDYCZNE FORMY WSPARCIA OPIEKUŃCZEGO DLA SENIORÓW

DZIENNE DOMY OPIEKI MEDYCZNEJ

Samorząd województwa kujawsko-pomorskiego realizuje projekt utworzenia kompleksowego systemu wsparcia osób wymagających opieki długoterminowej finansowany ze środków RPO. Pierwszym etapem projektu było podzielenie naszego województwa na subregiony (bydgoski, toruński, inowrocławski, grudziądzko-brodnicki i włocławski) i wyłonienie w ramach konkursów Centrów Koordynacji Opieki Medycznej dla każdego subregionu. **Wybrane centra są odpowiedzialne za utworzenie i prowadzenie DDOM oraz pomocy domowej:**

- subregion bydgoski - Pallmed sp. z o.o.,
- subregion toruński – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu,
- subregion inowrocławski – Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy oraz Centrum Medyczne Sir Med sp. z o. o.,
- subregion brodnicko-grudziądzki – Novamed sp. z o.o.

W 2019 r. DDOM funkcjonowały w Bydgoszczy, Świeciu, Tucholi, Chełmnie, Brodnicy, Toruniu i Inowrocławiu, natomiast w analizowanym roku nie wyłoniono jeszcze centrum koordynacji dla subregionu włocławskiego.

Mapa 12. Dzielne domy opieki medycznej w WKP w 2019 roku

Dzielne Domy Opieki Medycznej w Województwie Kujawsko-Pomorskim w 2019 roku



Ogółem - 10 Dzielnych Domów Opieki Medycznej

Źródła: dane z Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu

ZAKŁADY OPIEKUŃCZE

Analizując infrastrukturę zakładów opiekuńczo-leczniczych na przestrzeni ostatnich pięciu lat, można zauważyć, że utrzymuje się ona w naszym regionie na podobnym poziomie. Niewielki spadek, bo o 2 placówki w porównaniu do lat 2015-2018 odnotowano w 2019 roku, kiedy to funkcjonowało 25 zakładów opiekuńczo-leczniczych¹².

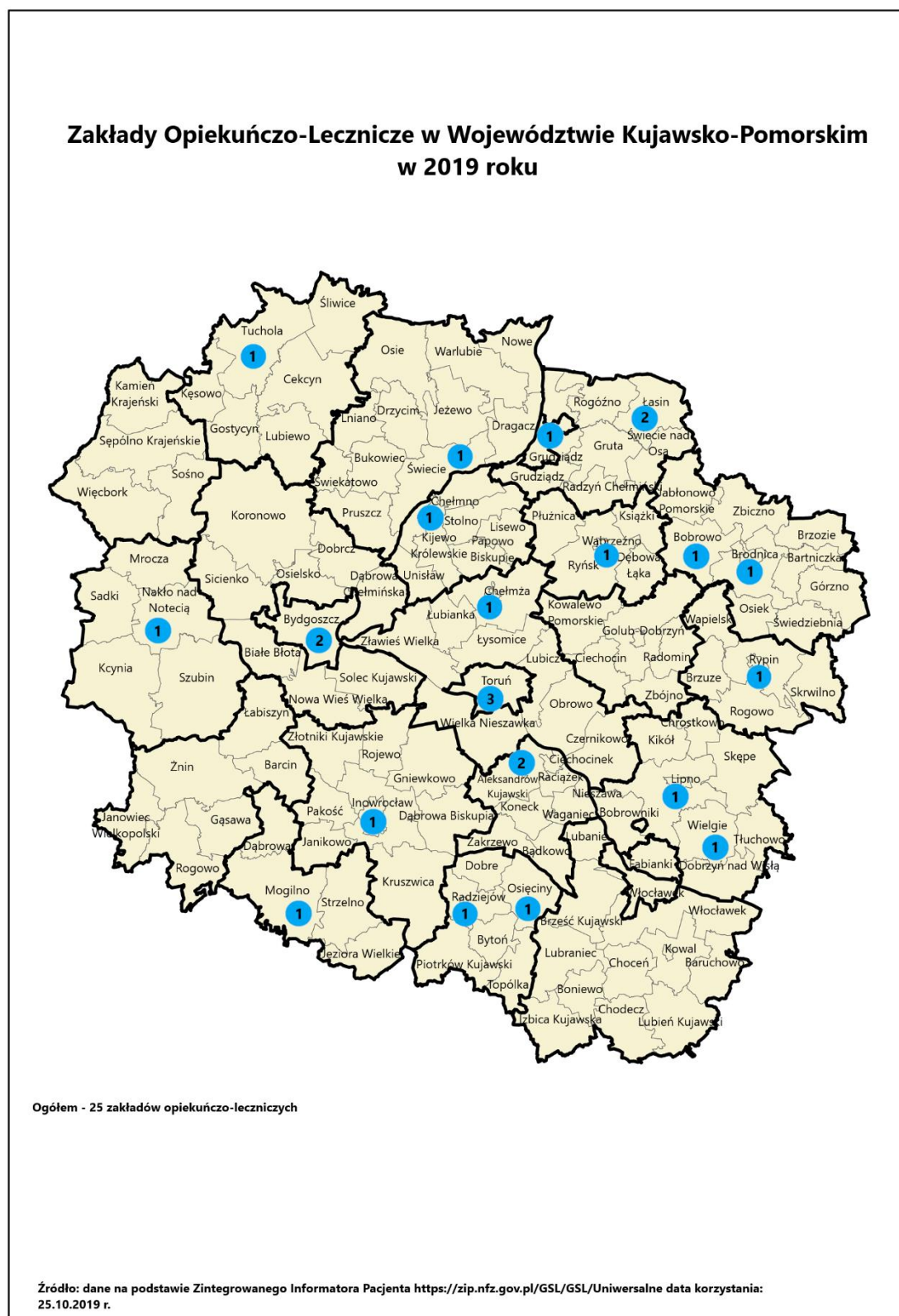
W analizowanym roku (tj. 2019) zakłady opiekuńczo-lecznicze funkcjonowały w 20 gminach naszego województwa, dokładnie w 3 miastach na prawach powiatu: w Bydgoszczy, Grudziądzu, Toruniu oraz w 14 powiatach ziemskich: aleksandrowskim, brodnickim, chełmińskim, grudziądzkim, inowrocławskim, lipnowskim, mogileńskim, nakielskim, radziejowskim, rypińskim, świeckim, toruńskim, tucholskim oraz wąbrzeskim.

DŁUGOTERMINOWA OPIEKA PIELĘGNIARSKA

Długoterminowa opieka pielęgniarska świadczona w ramach kontraktu z NFZ jest realizowana (stan aktualny na koniec lipca 2020) w 34 gminach województwa kujawsko-pomorskiego (24%), najczęściej w miejscowościach powiatowych (szczegóły prezentuje mapka 15). W każdym z 23 powiatów jest zakontraktowany przynajmniej jeden podmiot realizujący to zadanie, łącznie w skali regionu 69 podmiotów.

¹² Wykaz zakładów opiekuńczo-leczniczych/pielęgniacyjno-opiekuńczych na podstawie Zintegrowanego Informatora Pacjenta <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Uniwersalne> (data korzystania: 25.10.2019)

Mapa 13. Zakłady opiekuńczo-długoterminowej w WKP w 2019 roku



Mapa 14. Długoterminowa opieka pielęgniarstwa w gminach WKP w 2019 roku



HOSPICJA

„(...) opieka paliatywna rozwijała się do tej pory w sposób nieco chaotyczny i z dużymi trudnościami różnej natury. Istnieją znaczne różnice między województwami, ale są one widoczne także na terenie poszczególnych województw. Problemem jest ograniczanie przez NFZ liczby świadczeń zapewnianych przez hospicja domowe, skutkiem czego są kolejki, chociaż sieć hospicjów domowych jest dobrze rozwinięta – istnieją niemal w każdym powiecie. Poradnie medycyny paliatywnej funkcjonują przy większych ośrodkach i mają do odegrania ważną rolę we wprowadzaniu opieki wczesnej, choć brak właściwej kalkulacji kosztów wizyt domowych utrudnia ich rozwój. Niedofinansowane są jednostki stacjonarne, zwłaszcza prowadzone w ramach publicznych szpitali, które nie mają możliwości pozyskiwania funduszy z innych źródeł. Szczególnie wysokie są koszty oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach klinicznych uniwersytetów medycznych, których jest zaledwie kilka w Polsce: w Poznaniu, Bydgoszczy, Łodzi, Krakowie i Gdańsku, a które odgrywają bardzo ważną rolę zarówno w opiece nad pacjentami, jak i w prowadzeniu szkoleń przed- i podyplomowych w zakresie opieki paliatywnej”¹³.

W województwie kujawsko-pomorskim pod koniec 2019 roku działało 9 hospicjów stacjonarnych (szczegóły na poniższej mapie). Hospicja domowe funkcjonują w 19 powiatach województwa kujawsko-pomorskiego¹⁴ (w 4 miastach na prawie powiatu – Bydgoszcz, Grudziądz, Toruń, Włocławek i w 15 powiatach ziemskich, wszystkich poza powiatami graniczącymi z miastami grodzkimi, tj. powiatem bydgoskim, grudziądzkim, toruńskim i włocławskim).

¹³ <https://www.termedia.pl/mz/Prof-Leppert-o-zmianach-w-medycynie-paliatywnej,36396.html> (data korzystania: 03.06.2020)

¹⁴ Wykaz hospicjów domowych na podstawie Zintegrowanego Informatora Pacjenta <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Uniwersalne> (data korzystania: 03.06.2020)

Mapa 15. Hospicja stacjonarne w WKP w 2019 roku

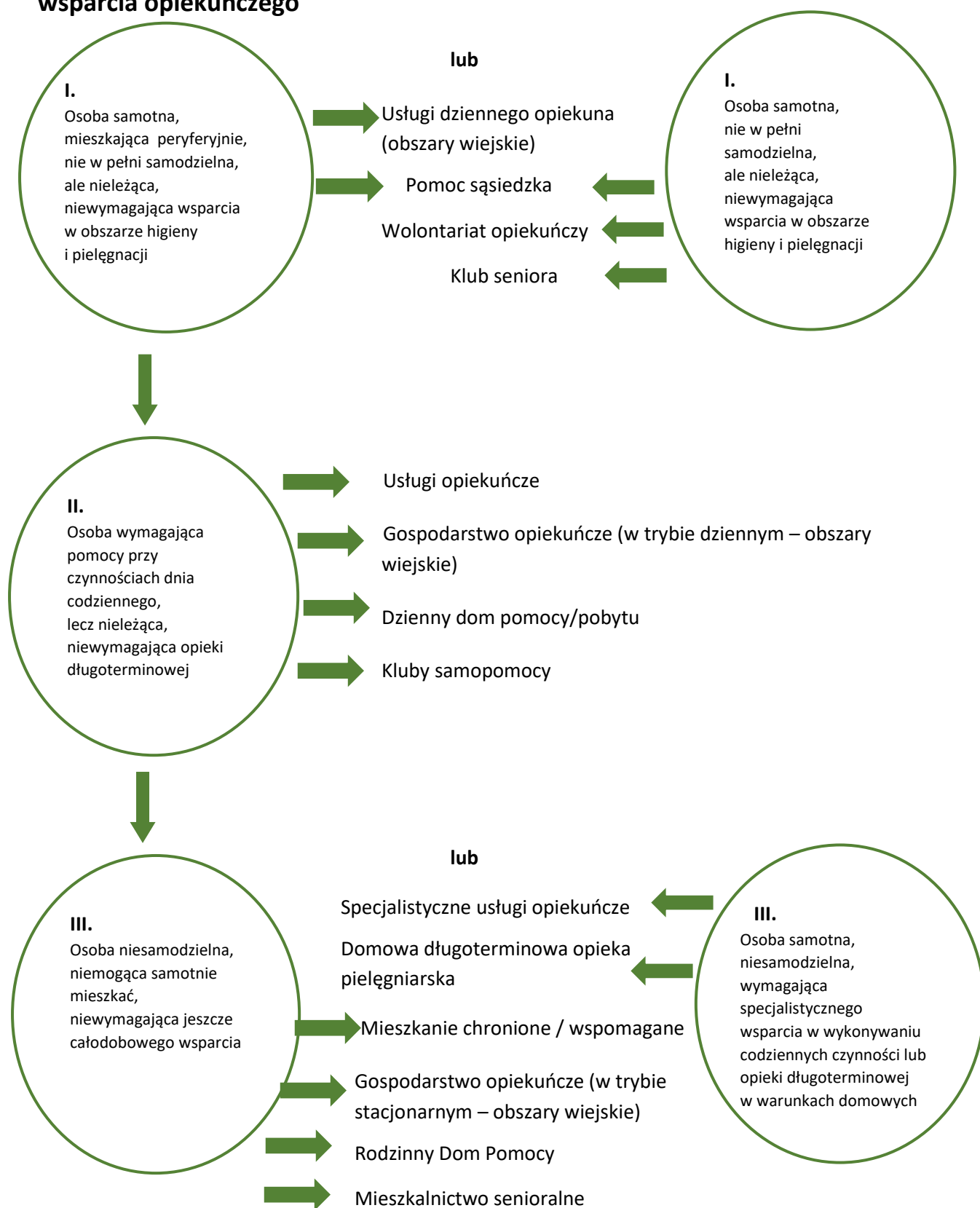


III. REGIONALNY MODEL USŁUG OPIEKUŃCZYCH – PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA

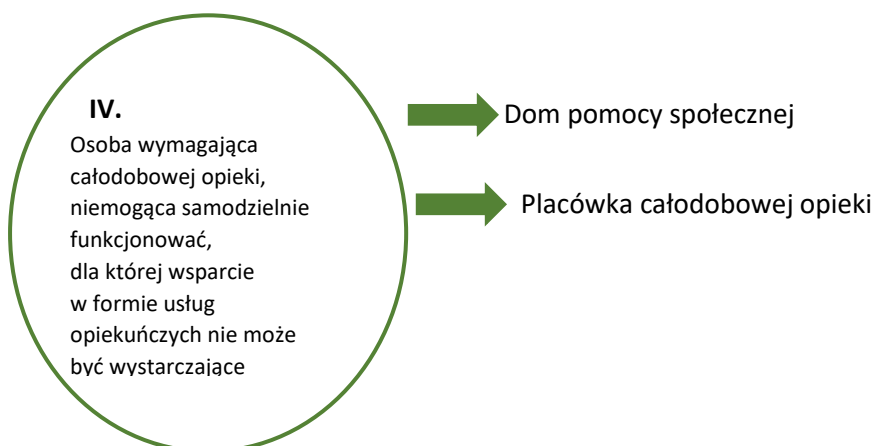
Zasadą leżącą u podstaw Regionalnego Modelu Usług Opiekuńczych jest podejmowanie działań na rzecz organizowania w gminach województwa **możliwie jak najszerszego wachlarza dostępnych form pomocy** przyczyniających się do utrzymania seniorów w środowisku. RMUO zakłada zatem, iż w społecznościach lokalnych uruchomiony zostanie możliwie jak najszerszy katalog form opiekuńczego wsparcia, poprzez zaangażowanie szerokiego grona podmiotów, które mogłyby włączyć się w ten obszar działań. Szczęólnego zaangażowania wymagać będzie tworzenie alternatywnych form usług opiekuńczych (pomocy sąsiedzkiej, wolontariatu opiekuńczego, usług dziennego opiekuna), gdyż nie wymagają one specjalistycznego przygotowania, a mogą stanowić niezastąpione ogniwo wsparcia środowiskowego, nie do przecenienia w kwestii jak najdłuższego utrzymania seniora w miejscu zamieszkania. Różnorodność form wsparcia to kwestia istotna ze względu na **potrzebę tworzenia warunków do indywidualnego doboru najbardziej trafnego zakresu pomocy** opiekuńczej, ze względu na sytuację zdrowotną, rodzinną i życiową oraz psychofizyczną kondycję osoby starszej.

Z tego względu niezbędne jest wyjście od właściwej i szczegółowej diagnozy, z uwzględnieniem posiadanych zasobów wsparcia, jak i potencjału w zakresie samoobsługi. Trafna diagnoza potrzeb leży u podstaw zaprojektowania niezbędnej skali wsparcia. Następnie, znając już szczegółowo indywidualną sytuację seniora, możemy dokonać wyboru optymalnego wsparcia, biorąc pod uwagę przedstawione poniżej założenia modelowe.

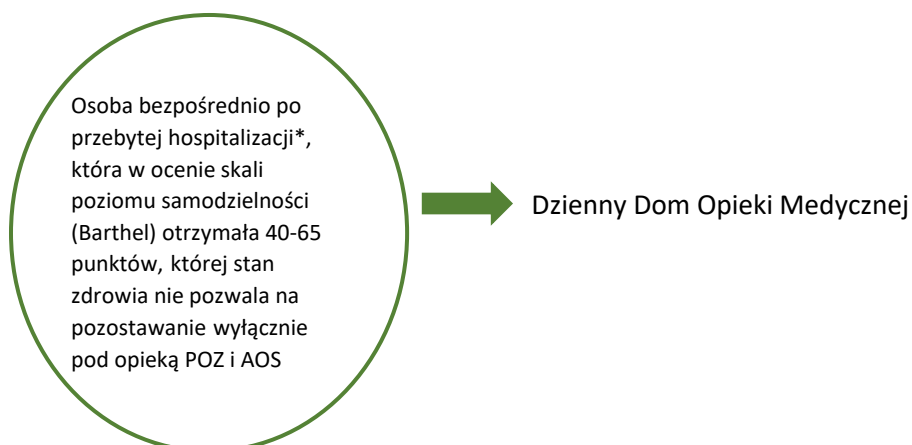
Katalog usług opiekuńczych w środowisku zamieszkania i pośrednich form wsparcia opiekuńczego



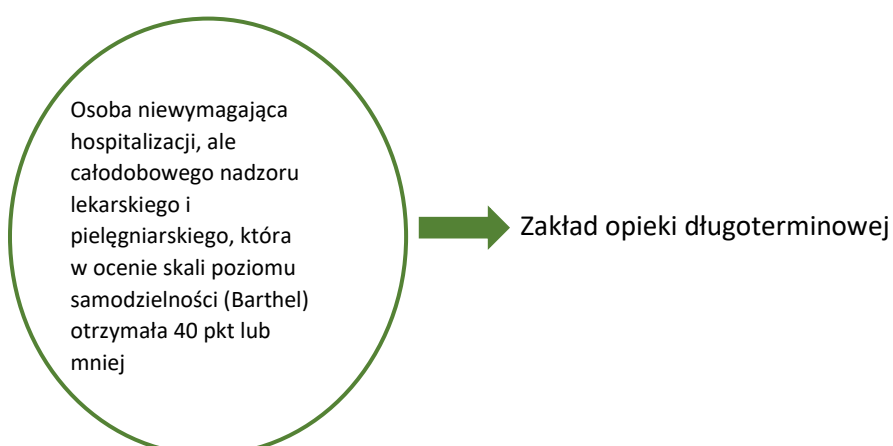
Katalog instytucjonalnych form wsparcia opiekuńczego

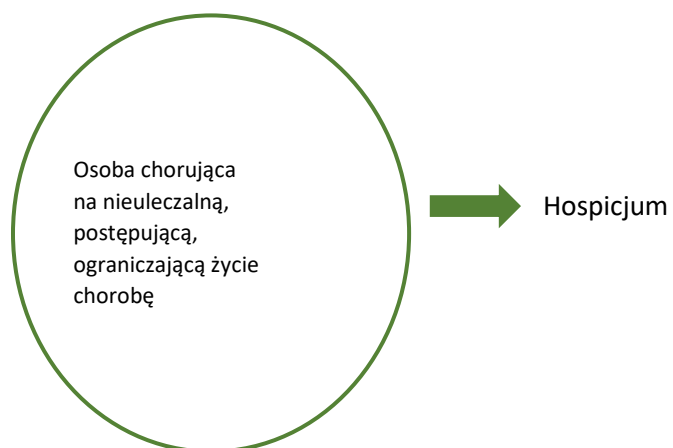


Katalog medycznych form wsparcia opiekuńczego



* Dla osób starszych po przebytej hospitalizacji przewidziana jest również forma wsparcia w ramach działalności Centrum Opieki Domowej (rozwiązanie modelowe opieki koordynowanej opracowane przez Bank Światowy).





IV. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA POSZCZEGÓLNYCH FORM WSPARCIA OPIEKUŃCZEGO DLA SENIORÓW

POMOC ŚRODOWISKOWA

1.1 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	
<u>DEFINICJA</u>	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania to: → niepieniężne świadczenie z pomocy społecznej; → zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym (decyzję o ich przyznaniu, zakresie i miejscu świadczenia podejmuje ośrodek pomocy społecznej).
<u>ODBIORCA</u>	→ osoba (w głównej mierze samotna), która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn, wymaga pomocy innych przy wykonywaniu czynności dnia codziennego, w tym w obszarze pielęgnacyjno-higienicznym (osoby leżące wymagające opieki długoterminowej winny być objęte usługami pielęgniarstwa w ramach sektora ochrony zdrowia)
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), art. 50
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ samodzielnie przez ośrodek pomocy społecznej (zatrudniając opiekunki w strukturach ośrodka) → na zlecenie OPS, realizowane przez NGO, czy firmę zewnętrzną → forma mieszana (zarówno samodzielnie przez OPS, jak i częściowo na zlecenie)
<u>KADRA</u>	→ brak określonych wymogów, czy standardów → część osób zaangażowanych w wykonywanie usług opiekuńczych, nie posiada jakiegokolwiek formalnego przygotowania do tej pracy (braki kadrowe, niski poziom wynagrodzeń, duża rotacja zatrudnienia, ograniczony dostęp do specjalistycznych szkoleń)
<u>ZAKRES USŁUG</u>	W ramach usług świadczona jest pomoc w zakresie: → zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, → opieki higienicznej, → pielęgnacji zaleconej przez lekarza, → kontaktów z otoczeniem (w miarę możliwości).
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ usługi opiekuńcze są odpłatne (z tego względu tą formą pomocy mogą zostać objęci wszyscy potrzebujący, bez względu na sytuację materialną), → gmina określa w drodze uchwały szczegółowe warunki przyznawania, odpłatności (w tym częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat), jak również tryb ich pobierania
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki gminne, → dotacje z budżetu państwa (m.in. Program MRiPS pn. Opieka 75+ oraz Program Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych ze środków Solidarnościowego Funduszu Wspierania Osób Niepełnosprawnych)

1.2 Usługi dziennego opiekuna	
<u>DEFINICJA</u>	→ wsparcie dziennego opiekuna zatrudnionego przez organizatora usług, dotyczy przede wszystkim czynności gospodarczo-porządkowych i jest świadczone w miejscu zamieszkania niesamodzielnych osób starszych
<u>ODBIORCA</u>	→ osoba starsza, nie w pełni samodzielna, która wymaga wsparcia w czynnościach dnia codziennego (nieleżąca, niewymagająca wsparcia higieniczno-pielęgnacyjnego) → osoba mieszkająca na obszarach wiejskich, peryferyjnych, wyludnionych, o dużym rozproszeniu ludności (zdyskwalifikowana do tradycyjnymi usługami opiekuńczymi, czy pomocą sąsiedzką)
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ brak regulacji prawnych
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ bezpośrednio przez gminę (za pośrednictwem OPS) → zlecane przez gminę organizacjom pozarządowym w drodze konkursu w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie → realizowane przez spółdzielnie socjalne
<u>KADRA</u>	Wymagania wobec kandydatów na dziennych opiekunów : → posiadanie prawo jazdy oraz samochodu do dyspozycji (lub samochód zapewniony przez organizatora usług), → pierwszeństwo dla osób przeszkolonych w zawodzie opiekuna, → osoba zaufana i zdolna do pracy (ocena dokonywana przez gminnego koordynatora wsparcia środowiskowego seniorów) → osoba dyspozycyjna, potrafiąca natychmiast reagować w przypadku pojawiających się problemów
<u>ZAKRES USŁUG</u>	Według modelu węgierskiego, nacisk położony jest przede wszystkim na realizację czynności gospodarczo-porządkowych , w tym zaspokajanie najistotniejszych potrzeb życiowych, tj. → zakupy, → dostarczenie/przygotowanie posiłków, → usługi transportowe, → dozór przyjmowanych leków, → pomoc w sprzątaniu, → doradztwo w zakresie przysługujących praw i świadczeń, → w miarę potrzeb: ogrzewanie domu, odśnieżanie, drobne remonty.
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ usługi dziennego opiekuna były wdrażane w ramach projektu unijnego; → w rozwiązaniu węgierskim (stanowiącym pierwowzór tej formy wsparcia) opiekun jest formalnie zatrudniony przez gminę (jego wynagrodzenie jest finansowane ze środków samorządu lub unijnych), uzyskuje również dotację na zakup paliwa pochodzącą z budżetu państwa
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki gminne

1.3 Usługi pomocy sąsiedzkiej

<u>DEFINICJA</u>	→ usługi świadczone w formule sąsiedzkiej jako inicjatywa oddolna lub usługi zakontraktowane dotyczą udzielania opiekuńczego wsparcia przede wszystkim samotnym seniorom przez osoby z ich najbliższego otoczenia, kluczową cechą tej formy pomocy jest elastyczność, m.in. zakresu i form wsparcia → usługi pomocy sąsiedzkiej należy traktować jako uzupełnienie istniejącej oferty wsparcia (zapewnianego przez rodzinę, czy w szerszym zakresie środowisko lokalne) oraz jako tzw. formę „pomostową”, która po pierwsze pozwala przełamać opór seniorów przed korzystaniem ze wsparcia osób trzecich (usługa świadczona jest przez zaufanego sąsiada), po drugie ułatwia w przyszłości akceptację usług opiekuńczych, kiedy wymaga tego stan seniora
<u>ODBIORCA</u>	→ osoba stosunkowo samodzielna, mająca różnego rodzaju ograniczenia zdrowotne, lecz chodząca i mogąca samodzielnie zadbać o własną higienę
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ brak bezpośredniego uwzględnienia w regulacjach prawnych; Forma usług wskazana w: → <i>Krajowym Programie Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2021-2027 z perspektywą do roku 2030</i> → <i>Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020</i>
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ realizacja usług pomocy sąsiedzkiej przez organizacje pozarządowe (na zlecenie samorządu) → usługi pomocy sąsiedzkiej realizowane bezpośrednio przez ośrodki pomocy społecznej (w sytuacji braku organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy) → zlecanie usług sąsiedzkich prywatnym firmom (rozwiązanie nierekomendowane)
<u>KADRA</u>	→ osoba z bliskiego otoczenia podopiecznego (najlepiej, jeśli jest mu znana i przez niego wskazana jako ciesząca się zaufaniem i akceptacją) <i>Granice sąsiedztwa powinno się wyznaczać uwzględniając czas i możliwość dotarcia do podopiecznego, kiedy tylko zaistnieje taka potrzeba. Rekomendowany czas to kwadrans, a maksymalny (dopuszczony tylko w uzasadnionych przypadkach) to godzina</i> → osoba pozostająca w codziennym kontakcie z podopiecznym → osoba posiadająca praktyczne umiejętności życiowe nabyte w ramach własnego doświadczenia (warto zapewnić przyuczenie do wykonywania wskazanych czynności opiekuńczych)
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ zakres świadczonych usług dotyczy przede wszystkim pomocy w czynnościach organizacyjnych, gospodarczych i żywieniowych (zazwyczaj z pominięciem obszaru higieniczno-pielęgnacyjnego) → usługa sąsiedzka jest oferowana, gdy zakontraktowane czynności nie wymagają specjalistycznych kwalifikacji zawodowych i mogą być prawidłowo oraz bezpiecznie wykonane bez specjalnego przygotowania lub po przyuczeniu

	→ formuła sąsiedzka powinna także służyć zapewnianiu kontaktów z otoczeniem (obszar praktycznie nierealizowany w ramach tradycyjnych usług opiekuńczych)
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ usługi sąsiedzkie jako forma usług opiekuńczych są budżetowane w ramach zadań własnych gminy realizowanych przez OPS (usługa jest odpłatna dla korzystającego, wysokość odpłatności i zasady zwolnienia z opłaty winny być uwzględnione w uchwale rady gminy określającej szczegółowe zasady przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze), → opiekun świadczący usługę sąsiedzka zazwyczaj wykonuje ją za wynagrodzeniem (ustalonym na podstawie stawki godzinowej lub ryczałtu) na podstawie umowy określającej wymiar i zakres usługi wraz ze zwrotem niezbędnych poniesionych kosztów związanych z świadczeniem opieki (np. koszty paliwa, telefonu) → koszty świadczenia usług sąsiedzkich są niższe od tych potrzebnych na zapewnienie usług opiekuńczych – sąsiedzka formuła usług opiekuńczych pozwala efektywnie wykorzystać czas opiekuna (m.in. osoby świadczące usługę nie zużywają czasu na dojazdy do podopiecznych), jak również nie zachodzi konieczność zapłaty za nadgodziny w porach wieczornych i w dni wolne od pracy
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki gminne

1.4 Usługi wolontariatu opiekuńczego	
<u>DEFINICJA</u>	→ WOLONTARIAT to bezpłatne, dobrowolne, świadome działanie na rzecz innych osób, które nie jest realizowane na bazie więzi o charakterze rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskich, lecz świadczone przez osobę fizyczną, która dobrowolnie, ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w przepisach prawa (jako wolontariusz), → wolontariat jest zjawiskiem różnorodnym, może przybierać przeróżne formy, których nie obejmują nawet zapisy ustawowe (wolontariat nieformalny)
<u>ODBIORCA</u>	→ osoba, która z powodu wieku, stanu zdrowia, czy innych czynników nie radzi sobie sama w codziennym życiu i nie może liczyć na pomoc innych
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie - uodpp (Dz.U. z 2019 r. poz. 688 z późn. zm.), definiuje pojęcie wolontariatu i wolontariusza (art. 2 pkt 3) oraz określa wytyczne dot. organizacji oraz świadczenia wolontariatu; → kwestia wolontariatu opiekuńczego została uwzględniona w <i>Krajowym Programie Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2021-2027 z perspektywą do roku 2030</i>
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	Zgodnie z uodpp (art. 42 ust. 1), aktywność w ramach wolontariatu polega na wykonywaniu czynności określanych jako świadczenia na rzecz korzystających, którymi w myśl ustawowych zapisów mogą być: → organizacje pozarządowe (np. stowarzyszenia, fundacje) – z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej, → kościelne osoby prawne i jednostki organizacyjne (np. parafie, zakony) – jw., → stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego – jw., → spółdzielnie socjalne, → organy administracji publicznej (np. urzędy gmin) oraz podległe im jednostki administracyjne (np. OPS, PCPR, szkoły, biblioteki), → podmioty lecznicze w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej.
<u>KADRA</u>	→ Uodpp nie wprowadza istotnych ograniczeń dotyczących regulacji na temat osób mogących świadczyć działania w ramach wolontariatu: może to być każdy, kto chce pomagać i dzielić się z innymi swoim czasem, wiedzą i umiejętnościami (w przypadku osób niepełnoletnich wymagana jest zgoda rodzica). → W sytuacji świadczenia wolontariatu przez okres dłuższy niż 30 dni, współpraca z organizacją, która korzysta z działalności wolontariusza, powinna zostać zawarta w sposób formalny poprzez podpisanie stosownego porozumienia na piśmie
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ Zakres świadczonych usług świadczonych jest ustalany indywidualnie (pomiędzy koordynatorem, wolontariuszem i podopiecznym), w zależności od potrzeb podopiecznych, zasad działalności placówki realizującej wsparcie wolontariackie oraz wieku, możliwości czasowych oraz preferencji wolontariusza

	→ najczęściej wolontariat stanowi odpowiedź na potrzeby podopiecznych w zakresie obecności drugiego człowieka, zapewnienia kontaktów z otoczeniem, wsparcia w drobnych czynnościach dnia codziennego (m.in. robienie drobnych zakupów, proste prace porządkowe, zmiana pościeli i ścielenie łóżek, asystowanie przy posiłkach). → ważne, aby praca wolontariuszy stanowiła uzupełnienie działań wykonywanych przez pracownika socjalnego czy opiekuna społecznego, a nie zastępowała te działania
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ wolontariusz za wykonanie świadczenia na rzecz korzystającego nie pobiera wynagrodzenia, co oznacza, że nie jest pracownikiem i pracuje na podstawie porozumienia wolontariackiego (nie umowy o pracę)
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki gminne → środki z budżetu państwa (program FIO, program AKTYWNOŚĆ+)
1.5 Dzienny dom pomocy/pobytu	
<u>DEFINICJA</u>	→ ośrodek wsparcia stanowiący jednostkę organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu (w której mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu), świadczący pomoc w ciągu dnia w postaci usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, posiłku → prowadzenie i zapewnienie miejsc w ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki, stanowi zadanie własne gminy o charakterze nieobowiązkowym
<u>ODBIORCA</u>	→ osoba, która ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych → osoby cierpiące na choroby otępienne (rekomendowane jest tworzenie placówek profilowanych)
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), art. 51, ust. 4
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ przepisy ustawowe nie regulują trybu i zasad prowadzenia tych placówek, ani standardów świadczonych przez nie usług, w tym kwalifikacji personelu i wymaganej infrastruktury → określone programy dotacyjne (m.in. „SENIOR+”), wytyczne EFS obowiązujące dla przedsięwzięć projektowych, czy regionalnie sformułowane wytyczne, określają wymagania dotyczące organizowania i świadczenia usług opiekuńczych w formie opieki świadczonej w dziennych domach pomocy
<u>KADRA</u>	→ najczęściej określany wskaźnik zatrudnienia dotyczy co najmniej 3 pracowników (w tym 2 opiekunów) w placówce do 30 miejsc (maksymalna odpuszczalna liczba miejsc w placówce) Usługi opiekuńcze mogą być świadczone przez osoby: → posiadające kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w DPS → posiadające doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych

	(zawodowe, wolontariackie lub osobiste) → po minimum 80h szkoleniu
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ Zakres i formy oferowanego wsparcia są zróżnicowane. Modelowym rozwiązaniem jest placówka zapewniająca posiłek, integrację, rozwój zainteresowań, w połączeniu z usługami opiekuńczymi i rehabilitacyjno-zdrowotnymi oraz pomocą w załatwianiu różnych spraw, np. urzędowych → dzienny dom funkcjonuje co najmniej 8h dziennie, we wszystkie dni robocze, przez cały rok, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin → rekomendowane jest zapewnienie usługi dowozu uczestników do i z placówki → placówka może świadczyć usługi otwarte (zewnątrzne /terenowe) np. w formie dowożenia posiłków lub świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób niebędących uczestnikami, tj. na rzecz społeczności lokalnej
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ zgodnie z art. 97 ust. 1 i 5 ustawy o pomocy społecznej kryteria odpłatności za pobyt w placówce seniora ustala jednostka samorządu w drodze uchwały → osoby nie ponoszą opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego (art. 97 ust. 1) → W niektórych jednostkach pobyt jest bezpłatny, a płatność dotyczy jedynie kosztów wyżywienia i ewentualnie kosztów dojazdu
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki z budżetu państwa (Program MRiPS „Senior+”) → środki gminne

1.6 Klub samopomocy	
<u>DEFINICJA</u>	→ klub samopomocy dla osób niesamodzielnych, w tym starszych i niepełnosprawnych (funkcjonujący jako rodzaj ośrodka wsparcia z ustawy o pomocy społecznej), jednostka organizacyjna pomocy społecznej dziennego pobytu, adresowana zazwyczaj do seniorów o różnych potrzebach wynikających z posiadanych chorób, którzy potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu → klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zadanie zlecone jednostkom samorządu terytorialnego z zakresu administracji rządowej, finansowane z budżetu państwa)
<u>ODBIORCA</u>	→ osoby niesamodzielne w związku z wiekiem i chorobami, m.in. po przebytych udarach, z zespołem otępiennym czy chorobą Alzheimera, → osoby z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.) - art. 51.
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ JST może prowadzić klub samopomocy w ramach własnych struktur organizacyjnych lub zlecić realizację zadania podmiotowi uprawnionemu do przyjęcia zlecenia, na zasadach określonych w art. 25 ustawy o pomocy społecznej
<u>KADRA</u>	→ pracą klubu samopomocy winien kierować koordynator, zatrudniony przez podmiot prowadzący placówkę, → w działalność klubu zaangażowani są również animatorzy, → powinna być zagwarantowana współpraca z ekspertami i specjalistami, w zależności od potrzeb uczestników
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ kluby działają od poniedziałku do piątku, oferując wsparcie przez 6-8 godzin dziennie, zazwyczaj grupie do 20 podopiecznych → oferta wsparcia dotyczy szerokiej gamy zajęć aktywizujących, ich zakres zależy od wysokości pozyskanych środków na działalność → zapewnienie ciepłego posiłku (zazwyczaj w formie „zupy z wkładką”) → niekiedy również zapewnienie dowozu do placówki, a po skończonych zajęciach powrotu do miejsca zamieszkania → bywa, że wsparcie jest realizowane nie tylko na terenie klubu, ale również w środowisku rodzinnym i zamieszkania, czy np. w trakcie pobytu w szpitalu, → dobra praktyka dotyczy podejmowania współpracy z wolontariuszami, którzy wzbogacają tematykę i poziom realizowanych zajęć oraz zapewnienie specjalistycznego wsparcia W przypadku klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi zakres świadczonych usług ustalany jest w uzgodnieniu z wojewodą przez właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej placówkę

<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ zwyczajowo działalność klubu jest finansowana ze środków gminy, uczestnicy ponoszą odpłatność za sam posiłek (ustalenia w tym zakresie zawiera uchwała rady gminy/powiatu w sprawie ustalenia szczegółowych zasad ponoszenia odpłatności za pobyt w ośrodkach wsparcia); → kluby samopomocy działające jako ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są dla uczestników nieodpłatne.
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki z budżetu państwa → środki gminne
1.7 Klub seniora	
<u>DEFINICJA</u>	→ miejsce spotkań seniorów stwarzające możliwość integracji, wymiany doświadczeń i poglądów oraz realizacji własnych pasji, którego misją jest przeciwdziałanie osamotnieniu i marginalizacji osób starszych
<u>ODBIORCA</u>	→ zazwyczaj uczestnikami są osoby spełniające jedno kryterium dotyczące podeszłego wieku (wyjątki dotyczą realizacji działań projektowych)
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ wytyczne w zakresie organizowania i prowadzenia klubów seniora zostały zawarte w Wieloletnim Programie MRPiPS „SENIOR+” na lata 2015-2020, jak również w <i>Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020</i> , opracowanych przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju.
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	Kluby seniora mogą powstawać przy bardzo różnych instytucjach, takich jak np. ośrodki pomocy społecznej, domy kultury, biblioteki, spółdzielnie mieszkaniowe, parafie, szkoły wyższe, związki zawodowe. W naszym regionie: → najczęściej podmiotem prowadzącym klub seniora są organizacje pozarządowe (rzadko kluby seniora formalizują swoją strukturę i przekształcają się w stowarzyszenie) → drugim najczęściej występującym podmiotem prowadzącym są ośrodki i domy kultury → w trzeciej kolejności kluby seniora powstają przy spółdzielniach mieszkaniowych Powstanie klubu seniora to zazwyczaj inicjatywa podejmowana przez osoby aktywnie działające w środowisku lokalnym. Program „SENIOR+” jest adresowany do jednostek samorządu szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, które mogą uzyskać dotację na utworzenie i funkcjonowanie „Klubów Senior+”.
<u>KADRA</u>	→ zgodnie z wytycznymi Programu Senior+, kwalifikacje pracowników i współpracowników realizujących usługi w ramach działalności klubu seniora określa jednostka samorządu, na terenie której działa placówka (minimalne wytyczne mówią o odbyciu co najmniej 20-godzinnego kursu przygotowującego do prowadzenia takiej działalności)

<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ działalność klubu odnosi się przede wszystkim do aktywowania środowiska seniorów do wspólnego i zorganizowanego spędzania czasu wolnego, kształtowanie poczucia przynależności do grupy oraz przeciwdziałanie osamotnieniu poprzez okazję do obcowania w rodzinnej i przyjacielskiej atmosferze → działalność prozdrowotna (m.in. edukacja zdrowotna, spotkania z lekarzami, zajęcia sportowe), kulturalna (wyjścia do kina, czy teatru) i edukacyjna (m.in. nauka obsługi komputera, korzystania z Internetu); → poradnictwo prawne, psychologiczne, rodzinne → klub seniora pełni niejednokrotnie funkcje pomocowe, podejmując się zadania niesienia pomocy najbardziej potrzebującym, schorowanym i samotnym uczestnikom, zazwyczaj promując działalność samopomocową
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ zwyczajowo członkowie klubów seniora uiszczają SKŁADKI CZŁONKOWSKIE przeznaczone na działalność placówki
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki z budżetu państwa (m.in. Programy MRiPS: „Senior+” oraz „Aktywność+”) → środki gminne → sponsorzy i darczyńcy → środki własne organizacji pozarządowych i spółdzielni mieszkaniowych (fundusz na działalność kulturalno-oświatową)

POŚREDNIE FORMY WSPARCIA OPIEKUŃCZEGO

2.1. Mieszkalnictwo senioralne	
<u>MIESZKANIA INDYWIDUALNE „POD OPIEKĄ”</u>	→ DEFINICJA: mieszkanie wraz z opieką medyczno-socjalną, typ pośredni pomiędzy mieszkaniem całkowicie samodzielnym, a pobytem w całodobowej placówce; → mieszkania mogą być profilowane i dostosowane do opieki nad osobami z chorobą Alzheimera czy innymi formami demencji; → wyposażone w odpowiednie systemy alarmowo-przywoławcze, umożliwiające wezwanie niezbędnej pomocy lub usługi pielęgniarstwa przez całą dobę; → w budynku zapewnione są również pomieszczenia do wspólnego wykorzystania (m.in. świetlice, kluby, dzienne domy, czy gabinety lekarskie, pielęgniarstwa, rehabilitacyjne) → ODBIORCY: rozwiązanie skierowane do osób starszych niebędących w stanie żyć samodzielnie, ale jednocześnie niepotrzebujących stałej, wykwalifikowanej opieki medycznej. Przykłady tego typu mieszkalnictwa to: → mieszkania chronione, → projekty trans generacyjne, → mieszkania asekurowane (assisted living) / serwisowane DOBRA PRAKTYKA: program realizowany przez gminę miasto Toruń wraz z Toruńskim TBS
<u>GMINNE PROGRAMY oparte na tzw. „łańcuchu zamiany mieszkań”</u>	→ realizacja łańcucha zamiany mieszkań wymaga zaangażowania środków gminy (np. udział w TBS, pomoc w przeprowadzce i zagospodarowaniu starszego gospodarstwa), ale jest to rozwiązanie zdecydowanie tańsze niż budowa mieszkań socjalnych oraz społecznie bardziej uzasadnione, gdyż nie tworzy gett ludzi biednych i starszych
<u>KONCEPCJA TZW. MIKSÓW SPOŁECZNYCH/ LOKATORSKICH</u>	Eksperyment mieszkaniowy w zakresie miksu społecznego został zaprojektowany w ramach Warszawskiej Dzielnicy Społecznej (WDS). To model osiedla, które jest zaplanowane holistycznie w sposób umożliwiający spełnianie oczekiwań różnych grup społecznych. Program zakłada: → określenie procentowego udziału miksu społecznego mieszkańców, w tym osób starszych; → zapewnienie typów mieszkań skoncentrowanych na potrzebach seniorów: mieszkania wspomagane i chronione czy „podążające za wiekiem”; → uzupełnienie funkcji mieszkaniowej zagwarantowaniem dostępu osobom z dysfunkcjami, w tym seniorom, do innych usług i wspólnych przestrzeni; → adaptacja istniejących budynków na funkcje społeczne (wielopokoleniowy dom spotkań, dom kultury, biblioteka, centrum aktywności).
<u>KONCEPCJA TZW. DOMÓW WIELO-/MIĘDZY-POKOŁENIOWYCH</u>	W centrum miasta Łodzi, gmina postanowiła utworzyć pierwszy w Polsce DOM WIELOPOKOŁENIOWY. Jest to budynek mieszkalny, którego sposób zasiedlenia oraz funkcjonowania mieszkańców ma być skuteczny dla tworzenia więzi sąsiedzkich oraz wytworzenia mechanizmów współpracy. Planowane jest, iż dom stanie się miejscem zamieszkania dla trzech lub większej liczby generacji mieszkańców, którymi będą:

	seniorzy, rodziny wielodzietne, osoby niepełnosprawne, samotne, żyjące w nieformalnych związkach, usamodzielniający się po opuszczeniu pieczy zastępczej. Urząd Miasta przeprowadził proces rekrutacji mieszkańców oraz wyłonienia operatora – organizacji pozarządowej odpowiedzialnej za działania animacyjne oraz prowadzenie domu
COHOUSING	Podstawowe zasady cohousingu to: → mieszkańcy samodzielnie zarządzają miejscem zamieszkania / wspólnotą, → wyodrębnione przestrzenie są wspólnie użytkowane, → proces partycypacyjny jest oparty na zaangażowaniu mieszkańców w zaprojektowanie sąsiedztwa i budynku, → społeczność nie dysponuje wspólnymi finansami, zazwyczaj działa wolontariacko, → niehierarchiczna struktura (podział jedynie na grupy zadaniowe), wszyscy są równi i mają takie samo prawo głosu, → praca na rzecz wspólnoty (np. sześć godzin miesięcznie). Badania potwierdzają, że cohousing jest rozwiązaniem lepszym od tradycyjnych form zamieszkania osób starszych, gdyż opiera się na integracji, która sprzyja zdrowemu i szczęśliwemu życiu.
2.2. Mieszkanie chronione / wspomagane	
DEFINICJA	→ forma pomocy społecznej, w której pod opieką specjalistów osoby przebywające w mieszkaniu są przygotowywane do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagane w codziennym funkcjonowaniu, otrzymują świadczenia w zakresie usług bytowych (w postaci miejsca całodobowego pobytu) oraz pracy socjalnej; → dużym atutem mieszkania chronionego wspieranego jest zapewnienie możliwości podtrzymywania lub rozwijania samodzielności i zaradności życiowej seniorów na poziomie ich możliwości psychofizycznych; → ustawa o pomocy społecznej zalicza prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych do obowiązkowych zadań własnych gminy
ODBIORCA	→ osoby, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki (zwłaszcza osoby niepełnosprawne, osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chore)
PODSTAWA PRAWNA	→ ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 271, 730, 752) - art. 53 → rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 roku w sprawie mieszkań chronionych → wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania mieszkań chronionych, w tym wspomaganych, zostały określone również w ramach <i>Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020</i>, opracowanych przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju

<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego
<u>KADRA</u>	→ opiekun mieszkania wspomaganego – osoba posiadająca <u>kwalifikacje</u> do wykonywania jednego z zawodów: pedagog, psycholog, pracownik socjalny, terapeuta środowiskowy lub zajęciowy, pielęgniarka, asystent osoby niepełnosprawnej, <u>doświadczenie w pracy</u> z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym (poza zatrudnieniem zalicza się staże, praktyki oraz wolontariat) oraz odbyte minimum 80h szkolenie → specjaliści w danej dziedzinie posiadający stosowne uprawnienia i kwalifikacje, zatrudniani do realizowania określonych rodzajów usług społecznych
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ zapewnienie osobom starszym warunków mieszkaniowych dostosowanych do ich potrzeb i możliwości, → zapewnienie całodobowego wsparcia ze strony opiekunów, → zwiększenie samodzielności mieszkańców dzięki zastosowaniu innowacyjnych rozwiązań i udogodnień technicznych
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ jednostka samorządu (na mocy uchwały rady powiatu lub gminy) określa, w zakresie zadań własnych, szczegółowe zasady ponoszenia odpłatności za pobyt w ośrodkach wsparcia i mieszkaniach chronionych → pobyt w mieszkaniu chronionym jest odpłatny, w praktyce, podstawą do ustalenia wysokości odpłatności jest miesięczny koszt utrzymania mieszkania (najemca jest zobowiązany pokrywać koszty czynszu i opłat związanych z korzystaniem z mieszkania)
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki unijne → środki gminne i powiatowe
2.3. Gospodarstwo opiekuńcze	
<u>DEFINICJA</u>	→ gospodarstwo rolne, które oferuje wsparcie i opiekę nad osobami potrzebującymi pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Świadczenie usług społecznych opiera się na wykorzystaniu zasobów działalności tradycyjnego gospodarstwa rolnego. Uczestnictwo w codziennych zajęciach w gospodarstwie ma na celu zapewnienie rozwoju i polepszenie dobrostanu podopiecznych, zwłaszcza poprzez poprawę ich samopoczucia i kondycji fizycznej
<u>ODBIORCA</u>	Gospodarstwa opiekuńcze świadczą swe usługi dla bardzo różnych grup wymagających wsparcia, w tym dla: → seniorów – osób wymagających opieki, terapii, rehabilitacji, zajęć integracyjnych ze względu na wiek
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ brak bezpośredniego uwzględnienia w regulacjach prawnych; Forma wsparcia wskazana w: → opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego (EKES), uwzględniającej znaczenie tzw. zielonych usług terapeutyczno-opiekuńczych w obszarze polityki społecznej i zdrowotnej (2013) → Programie Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 → Programie MRPiPS <i>Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ</i>, (stanowiącego element Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju i wyznaczającego kierunki rozwoju polityki społecznej wobec osób starszych oraz ich wykonawców)

<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ Podstawowa zasada dotycząca działalności gospodarstw opiekuńczych zakłada, iż w powstawanie i prowadzenie gospodarstwa opiekuńczego muszą być zaangażowane osoby prowadzące działalność rolniczą, bądź osoby będące domownikami w gospodarstwie rolnym → Obecnie w polskim systemie prawnym istnieją dwie główne możliwości – prowadzenie gospodarstwa opiekuńczego jako podmiotu ekonomii społecznej albo prowadzenie gospodarstwa opiekuńczego w ramach działalności gospodarczej → Forma prawna najchętniej wybierana przez prowadzących lub potencjalnie zainteresowanych prowadzeniem go to utworzenie dziennych form opiekuńczych w ramach własnej działalności gospodarczej
<u>KADRA</u>	Na podstawie doświadczeń projektowych przyjęto następujące rozwiązania w zakresie zaangażowanej kadry: → przedstawiciel gospodarstwa pełniący rolę opiekuna odbywa stosowny kurs (osoby te zazwyczaj posiadają jakiś rodzaj doświadczenia w opiece nad osobami niesamodzielnymi) → opiekunowie w świadczeniu usług opiekuńczych są wspierani przez wolontariuszy → cyklicznie co miesiąc gospodarstwo odwiedza psycholog, który służy wsparciem w organizowaniu sposobu opieki nad seniorem, uczestniczy w formułowaniu i aktualizacji indywidualnych programów wsparcia oraz motywuje podopiecznych do dalszej aktywności
<u>ZAKRES USŁUG</u>	Zgodnie z wypracowaną koncepcją funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych zakłada się, iż mogą one przyjmować jedną z trzech form organizacyjnych: → dziennego domu pobytu (pomocy), → rodzinnego domu pomocy, → placówki całodobowej opieki, prowadzonej w ramach działalności gospodarczej. Dobór odpowiedniej formy uzależniony jest m.in. od oferowanego rodzaju pobytu (pobyt dzienny czasowy/ciągły lub pobyt całodobowy krótko-/długoterminowy). Uwzględniając najczęstszą formułę dziennego wsparcia, podstawowy zakres przewiduje dzienną opiekę w dni robocze w ustalonych godzinach, wyżywienie oraz transport. Analizując formę organizacyjną działających już gospodarstw opiekuńczych można wskazać, iż przeważająca jest formuła funkcjonowania w trybie świadczenia opieki dziennej od poniedziałku do piątku, zazwyczaj w godzinach 8-16. Rodzaj i zakres świadczonych usług w gospodarstwie opiekuńczej wynika z przyjętej formy organizacyjnej oraz uwzględnia stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości uczestnika. Oferta dziennej opieki powinna zawierać możliwość zapewnienia: → usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, → usług aktywizująco-usprawniających, → usług wspomagających, adresowanych zarówno do uczestników, jak i ich rodzin.
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ w formule projektowej uczestnictwo w zajęciach w ramach gospodarstwa opiekuńczego jest nieodpłatne → dostępne źródła finansowania umożliwiają pozyskanie dotacji jedynie w celu rozpoczęcia działalności, nierozwiązany problemem pozostaje

	możliwość finansowania dalszego funkcjonowania gospodarstwa; na chwilę obecną dostępnym rozwiązaniem jest działanie na zasadach komercyjnych, jednak ze względu na ograniczone możliwości finansowe podopiecznych determinowane niskimi kwotami ich rent i emerytur, wysiłki te nie mają szansy powodzenia.
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ programy rządowe, których celem jest wspieranie aktywności seniorów (Wieloletni Program Rządowy Senior+, Rządowy Program Aktywność+) → środki unijne (dofinansowujące powstawanie i funkcjonowanie placówek opiekuńczych: w ramach RPO, PO WER – Inkubatory Innowacji Społecznych; kierowane na obszary wiejskie w związku z rozwojem przedsiębiorczości: PROW oraz środki, którymi dysponują LGD, przeznaczone na rozwój ekonomii społecznej poprzez tworzenie spółdzielni socjalnych), → środki PFRON na realizację programów specjalnych Potrzebne jest stworzenie możliwości stałego dofinansowywania tej alternatywnej formy wsparcia opiekuńczego seniorów z zewnętrznych źródeł.
2.4. Rodzinny Dom Pomocy	
<u>DEFINICJA</u>	→ forma usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo, na poziomie określonego standardu, w kameralnych warunkach rodzinnych, dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób jednocześnie, wspólnie zamieszkujących i wymagających wsparcia ze względu na wiek, jak i niepełnosprawność → podstawowe założenie dotyczy kreowania otoczenia umożliwiającego spędzenie tzw. jesieni życia w warunkach i atmosferze zbliżonej do naturalnej rodziny → stanowi w polskim systemie pomocy społecznej ogniwo pośrednie pomiędzy usługą społeczną świadczoną w miejscu zamieszkania a umieszczeniem w DPS
<u>ODBIORCA</u>	→ osoby, których stan nie pozwala na samodzielną egzystencję poprzez zapewnienie usług w miejscu ich zamieszkania, jednak nie wymaga jeszcze umieszczenia w domu pomocy społecznej
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), art. 52 → rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy, które regulują kwestie standardu, rodzaju i zakresu świadczonych usług a także warunków kierowania, odpłatności i nadzoru nad domami
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	Placówka może być prowadzona (na podstawie umowy zawartej z gminą właściwą ze względu na miejsce położenia RDP) przez: → osobę fizyczną, która w tym domu zamieszkuje, → organizację pożytku publicznego w warunkach maksymalnie zbliżonych do warunków rodzinnych, gdyż osoba kierująca domem zobowiązana jest do zamieszkania z osobami objętymi wsparciem w RDP Placówki te funkcjonują na zasadach określonych dla rodzinnych domów dziecka. Wyróżnia się dwa rodzaje RDP: → dla osób wymagających wsparcia z powodu wieku lub z powodu wieku i niepełnosprawności, tzw. rodzinny dom pomocy dla osób starszych; → dla osób wymagających wsparcia z powodu niepełnosprawności
<u>KADRA</u>	→ Osoba fizyczna prowadząca rodzinny dom pomocy lub osoba kierująca rodzinnym domem pomocy z ramienia organizacji pożytku publicznego może korzystać z pomocy innych osób przy świadczeniu usług bytowych i

	opiekuńczych. → Liczba osób zaangażowanych do pomocy powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości osób przebywających w RDP.
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ zakres czynności świadczonych w RDP jest dostosowany do indywidualnych potrzeb jego mieszkańców i uwzględnia ich poziom samodzielności → podstawowa oferta dotyczy wsparcia w ramach usług opiekuńczych oraz bytowych → osobom niepełnosprawnym umożliwia się korzystanie z usług terapeutycznych i rehabilitacyjnych oraz udział w aktywizacji zawodowej
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ pobyt jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom → w decyzji w sprawie skierowania do RDP określona jest wysokość miesięcznej odpłatności przekazywanej do osoby kierującej domem
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki gminne

3.1 Dom Pomocy Społecznej	
<u>DEFINICJA</u>	→ placówka świadcząca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających → DPS dzielą się na typy, ze względu na odbiorców wsparcia
<u>ODBIORCA</u>	→ osoba wymagająca całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, → osoba niemogąca samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, → osoba, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn.zm.), art.: 54 – 66 → rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012, poz. 964) → ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (t. j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.)
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	Domy pomocy społecznej mogą prowadzić: → jednostki samorządu terytorialnego; → Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia; → inne osoby prawne; → osoby fizyczne.
<u>KADRA</u>	→ ww. rozporządzeniu określony został standard dot. kadry DPS (w tym wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego składającego się z pracowników placówki, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców)
<u>ZAKRES USŁUG</u>	Placówka świadczy następujące usługi: → bytowe; → opiekuńcze; → wspomagające Działania realizowane w ramach DPS-ów prowadzone są zgodnie z indywidualnym planem wsparcia mieszkańca, opracowywanym w oparciu o jego potrzeby, przy jego udziale (jeżeli jest to możliwe).
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ pobyt w DPS jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania (corocznie ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym) → wskazany jest zamknięty katalog zobowiązanych do ponoszenia opłat
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ środki gminne i powiatowe

3.2 Placówka całodobowej opieki	
<u>DEFINICJA</u>	→ placówka prowadzona przez prywatne podmioty (w ramach komercyjnej działalności gospodarczej), stanowi pożądaną alternatywę ze względu na brak miejsc w DPS → opieka oferowana w placówce uwzględnia świadczenie przez całą dobę usług opiekuńczych i bytowych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz w podeszłym wieku → sposób świadczenia usług winien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną podopiecznego, jego potrzeby i możliwości, jak również podstawowe prawa do wolności, intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa
<u>ODBIORCA</u>	Placówki zapewniają całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), art. 67-69 i 126-134
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	Prowadzenie działalności gospodarczej polegającej na świadczeniu całodobowej opieki wymaga spełnienia konkretnych warunków i uzyskania zgody Wojewody. O prowadzenie takiej placówki mogą się ubiegać: → osoby prawne i fizyczne oraz jednostki nieposiadające osobowości prawnej prowadzące działalność gospodarczą; → kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia; → przedsiębiorcy z państw UE, Norwegii, Islandii i Liechtensteinu, którzy chcą ją prowadzić czasowo
<u>KADRA</u>	→ osoby wykonujące usługi opiekuńcze powinny posiadać określone kwalifikacje i być zatrudnione w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce (nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy)
<u>ZAKRES USŁUG</u>	Placówka całodobowej opieki jest zobligowana świadczyć następujący zakres czynności: → pomoc w realizacji podstawowych czynności życia codziennego; → pielęgnacja i opieka higieniczna; → niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych; → organizacja czasu wolnego i zapewnienie kontaktów z otoczeniem
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ kwestia wysokości odpłatności określona jest w zapisach umowy cywilno-prawnej, kształtują się one (w zależności od lokalizacji i standardu świadczonych usług) od 2 do nawet 15 tys. zł
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	Jedynie w sytuacji, gdy brakuje miejsc w publicznych domach pomocy społecznej, gmina może umieścić mieszkańców w placówce całodobowej opieki i współ-/finansować koszty pobytu.

4.1. Dzienny Dom Opieki Medycznej	
<u>DEFINICJA</u>	→ jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi (w szczególności osobami starszymi), placówka działająca jako wyodrębniona strukturalnie część podmiotu leczniczego, w której zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych
<u>ODBIORCA</u>	→ osoby niesamodzielne (zwłaszcza 65+), których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym → osoby, które w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40-65 punktów → pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji (w okresie max 12 m-cy po hospitalizacji)
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ standard organizacji i funkcjonowania DDOM został przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ DDOM może być prowadzony przez podmiot leczniczy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ
<u>KADRA</u>	→ wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, którego skład został szczegółowo określony w standardzie
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ opieka pielęgniarstwa, 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) → świadczenia opieki zdrowotnej → wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia → udział w dodatkowych zajęciach, pozwalających na zagospodarowanie czasu wolnego → bezpłatny transport z/do miejsca zamieszkania → niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ usługi świadczone w DDOM były wdrażane w ramach projektu unijnego
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ finansowanie wsparte przez środki UE (pilotaż w ramach PO WER i kontynuacja ze środków RPO) → podejmowane są działania na rzecz wprowadzenia pobytu w DDOM jako gwarantowanego świadczenia opieki zdrowotnej

4.2. Zakłady opieki długoterminowej	
<u>DEFINICJA</u>	→ zakład stacjonarny funkcjonujący w ramach systemu ochrony zdrowia jako zakład opieki długoterminowej, zapewniający pacjentom całodobowe stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne, a także kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego w dłuższym okresie czasu
<u>ODBIORCA</u>	→ osoby niewymagające hospitalizacji → osoby, które w ocenie skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel) otrzymały 40 punktów lub mniej
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ Ustawa o działalności leczniczej → Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ opieka długoterminowa jest realizowana przez podmioty prowadzące działalność leczniczą (oprócz placówek z podpisanym kontraktem z NFZ, działa również wiele podmiotów świadczących usługi komercyjnie, poza systemem)
<u>KADRA</u>	→ ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia szczegółowo określa wymagania dotyczące zatrudnionego personelu (tj. m.in. lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego)
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ pielęgnacja i rehabilitacja pacjentów → zapewnienia leków, wyrobów medycznych, miejsca pobytu i żywienia → edukacja zdrowotna pacjentów i ich rodzin oraz przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ koszty żywienia i zakwaterowania ponoszą pacjenci (m-czna opłata 250% minimalnej emerytury, max 70% m-cznego dochodu pacjenta) → za pobyt w zakładzie opiekuńczym płaci jedynie pacjent (rodzina i gmina nie mają obowiązku partycypowania w tych kosztach)
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ budżet NFZ → w przypadku działalności komercyjnej pobyt opłaca pacjent

4.3. Hospicja stacjonarne	
<u>DEFINICJA</u>	→ podmiot świadczący opiekę paliatywną, ukierunkowaną na łagodzenie bólu i cierpienia pacjenta w schyłkowym okresie jego życia
<u>ODBIORCA</u>	→ osoby chorujące na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe (wykaz określa załącznik do niżej wskazanego rozporządzenia)
<u>PODSTAWA PRAWNA</u>	→ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej
<u>FORMY ORGANIZOWANIA</u>	→ opieka hospicyjno-paliatywna jest realizowana w podmiotach prowadzących działalność leczniczą inną niż szpitalna → wiele podmiotów funkcjonuje jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i zostało utworzonych przez organizacje pozarządowe
<u>KADRA</u>	→ ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia określa minimalne wymagania dotyczące personelu świadczącego stacjonarnie opiekę hospicyjno-paliatywną (tj. lekarzy, pielęgniarów, psychologa, fizjoterapeuty)
<u>ZAKRES USŁUG</u>	→ wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne choroby, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu, postępują oraz ograniczają funkcje życiowe → opieka mająca na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych → placówkę odróżnia dbałość o utrzymanie domowego klimatu poprzez zapewnienie większej swobody, możliwości przebywania członków rodziny, czy obecności osobistych przedmiotów
<u>ODPŁATNOŚĆ</u>	→ pobyt w hospicjum stacjonarnym jest bezpłatny
<u>ŹRÓDŁA FINANSOWANIA</u>	→ budżet NFZ → dotacje sponsorów

2020

Regionalny Ośrodek Polityki
Społecznej w Toruniu

**[ZAŁĄCZNIK DO
REGIONALNEGO MODELU
USŁUG OPIEKUŃCZYCH –
KATALOG FORM WSPARCIA]**

Opracowanie zostało przygotowane w Dziale Analiz i Programowania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu. Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonywane z podaniem źródła.

Spis treści

Diagnoza	5
1. Pomoc środowiskowa	12
1.1 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	13
1.2 Usługi dziennego opiekuna na obszarach wiejskich.....	27
1.3 Pomoc sąsiedzka	33
1.4 Wolontariat opiekuńczy	43
1.5 Dzielne domy pomocy.....	49
1.6 Kluby samopomocy / kluby seniora	60
2. Pośrednie formy wsparcia opiekuńczego.....	65
2.1Mieszkalnictwo senioralne.....	66
2.2 Mieszkania chronione dla osób niesamodzielnych	72
2.3 Gospodarstwa opiekuńcze (Zielona opieka)	77
2.4 Rodzinne domy pomocy	83
3. Pomoc instytucjonalna	87
3.1 Domy pomocy społecznej	88
3.2Placówki całodobowej opieki	95
4. Pomoc medyczna.....	104
4.1 Centrum opieki domowej (forma opieki koordynowanej).....	105
4.2 Dzielne domy opieki medycznej.....	114
4.3 Zakłady opieki długoterminowej (ZOL / ZPO)	121
4.4 Hospicja stacjonarne	129
SPIS TABEL / WYKRESÓW / MAP	133

Diagnoza

Zmiany demograficzne

➡ Według analiz i prognoz demograficznych, **Polska jest jednym z najbardziej dynamicznie starzejących się krajów w Europie**. Do 2050 roku procentowy udział ludności w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie obywateli wzrośnie aż dwukrotnie z 15,8% (2015 r.) do 32,7%, tj. z nieco ponad 6 mln do ponad 11 mln osób. Znacznie zwiększy się także udział w populacji osób najstarszych, w tzw. wieku sędziwym, czyli powyżej 80. roku życia. W 2050 roku będą one stanowiły 10,4% ludności kraju, podczas gdy w 2013 roku stanowiły niecałe 4%¹.

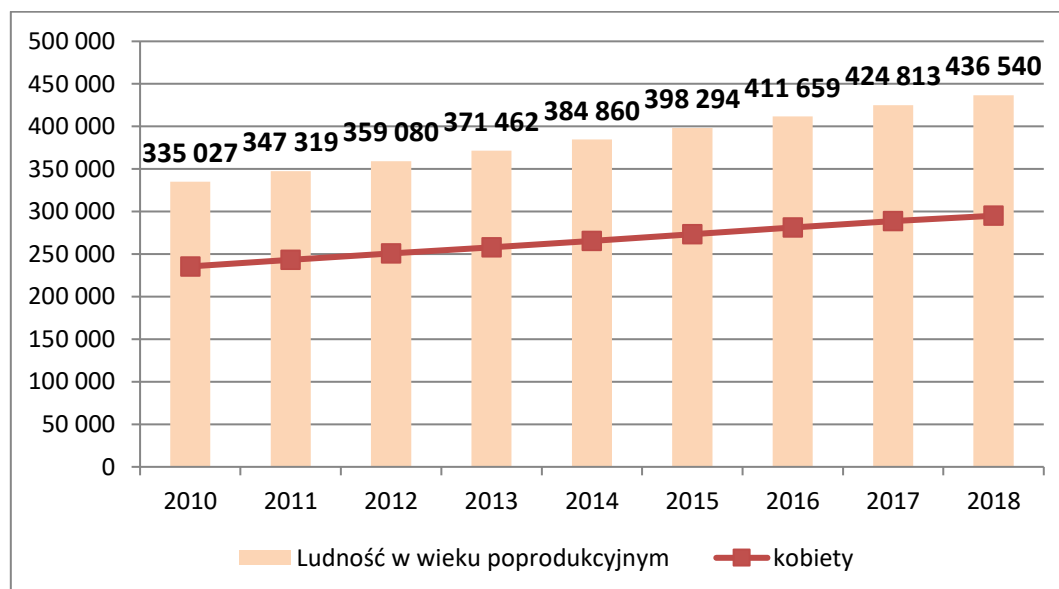
➡ Ten trend obserwuje się również **w województwie kujawsko-pomorskim, na przestrzeni ostatnich lat można było zaobserwować sukcesywny wzrost liczby osób starszych** świadczący o coraz bardziej postępującym zjawisku starzenia się społeczeństwa. Według danych GUS w 2018 roku w naszym województwie było już 436 540 osób w wieku poprodukcyjnym², co w porównaniu do 2010 roku oznacza wzrost o 101 513 osób (tj. o ponad 30%).

Tabela 1 Liczba osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim

Lata	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Liczba osób w wieku poprodukcyjnym	335 027	347 319	359 080	371 462	384 860	398 294	411 659	424 813	436 540
Liczba osób w wieku 75+	123 718	126 730	129 369	131 812	134 083	135 737	137 262	138 057	137 826
w tym liczba osób w wieku 85+	26 192	27 922	29 436	31 101	33 115	35 154	36 982	38 481	39 234

Źródło: dane BDL GUS na lata 2010-2018

Wykres 1 Ludność w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010-2018



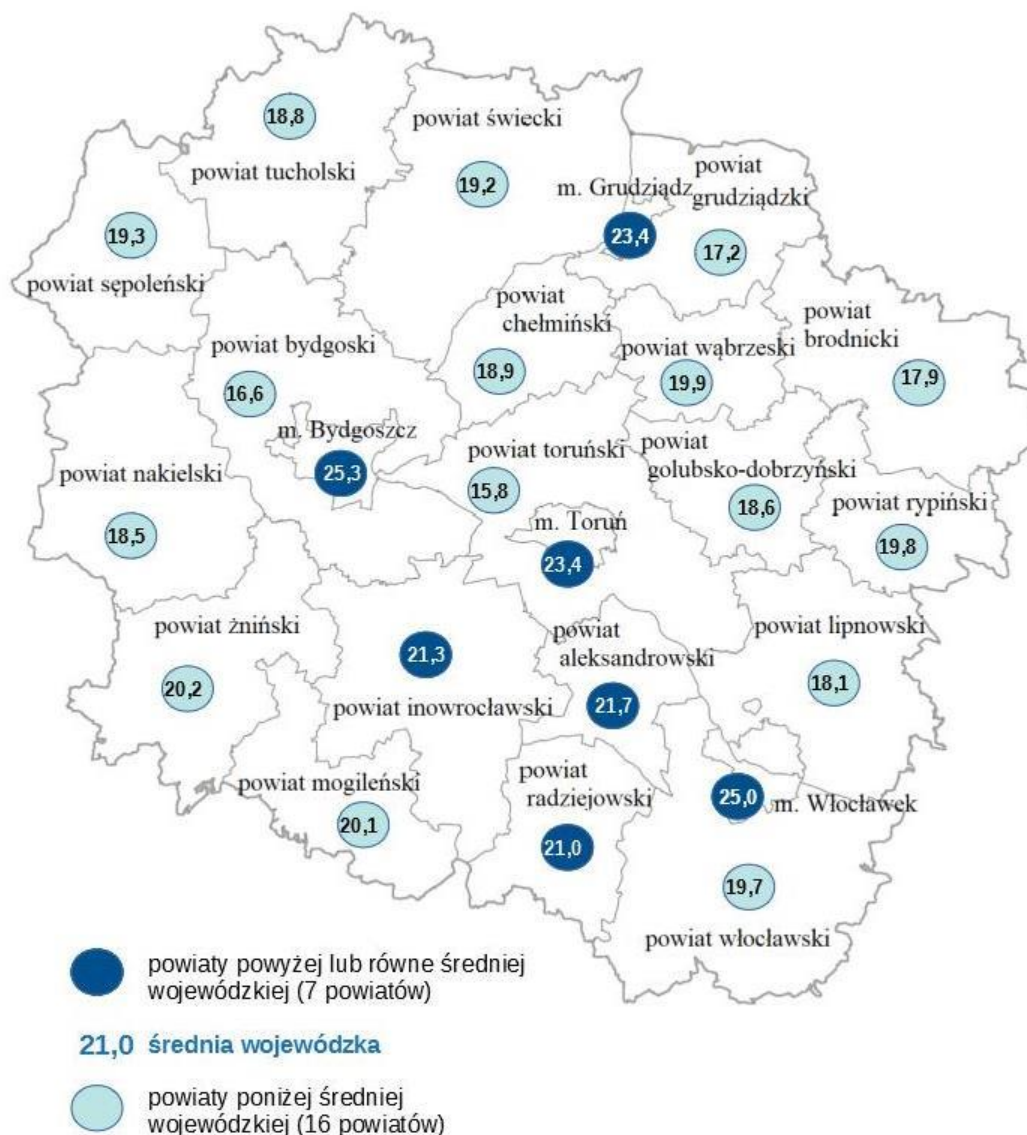
Źródło: dane BDL GUS na lata 2010-2018

¹ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze mieć sąsiada*, ISP W-wa 2015, s. 5.

² Wiek poprodukcyjny: kobiety w wieku 60 lat i więcej, mężczyźni w wieku 65 lat i więcej.

➡ W skali wszystkich mieszkańców regionu, **osoby w wieku poprodukcyjnym stanowiły ponad 21% ogółu**. Ponadto, wśród osób w wieku 60 lat i więcej dominują kobiety, których w 2018 roku było ponad dwa razy więcej niż mężczyzn (stanowiły one blisko 68% wszystkich osób w wieku poprodukcyjnym).

Mapa 1 Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (w ludności ogółem) w powiatach i w miastach na prawach powiatu w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 roku



Źródło: dane BDL GUS za rok 2018

➡ **Najwięcej osób w wieku poprodukcyjnym zamieszkiwało w mieście Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku, Grudziądzu i Inowrocławiu.** Co istotne w samej Bydgoszczy mieszkał co piąty mieszkaniec regionu w wieku poprodukcyjnym (ponad 20%), a populacja tych osób wśród mieszkańców miasta stanowiła ponad 25%. Sytuację dotyczącą zróżnicowania w zakresie natężenia zjawiska starzenia się społeczeństwa w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego prezentuje powyższa mapa.

➡ **Powiatami, gdzie wskaźnik udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie mieszkańców jest najniższy, są: powiat toruński (ponad 15%), bydgoski (ponad 16%) i grudziądzki (ponad 17%).** Powiaty te, okalające duże miasta, zazwyczaj charakteryzują się

dodatnimi saldami migracji, a w związku z napływem nowych mieszkańców, ich specyfiką staje się również dodatni przyrost naturalny. Zjawiska te łącznie wpływają na fakt największej w regionie skali udziału osób młodych wśród mieszkańców³.

➡ Analizując strukturę wiekową osób starszych, przede wszystkim w przedziale 75+ i 85+, należy stwierdzić, iż sytuacja w latach 2010-2018 kształtowała się analogicznie jak w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym, tj. odnotowano stały, systematyczny wzrost liczby osób w tych przedziałach wiekowych. W 2018 roku w naszym województwie było 137 826 osób wieku 75+, co daje wzrost o 14 108 osób w porównaniu do roku 2010 (tj. o ponad 11%). **Odsetek osób w wieku 75+ w populacji osób w wieku poprodukcyjnym wyniósł dla województwa blisko 32%. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w powiecie radziejowskim (blisko 35%), mieście Bydgoszczy (nieco ponad 34%) oraz powiecie włocławskim (blisko 34%).** Z kolei najniższe wystąpiły w powiatach bydgoskim (ponad 28%), żnińskim (blisko 29%) oraz toruńskim (29%).

➡ Podobna sytuacja dotyczy osób w wieku 85 lat i więcej. Na przestrzeni lat 2010-2018 odnotowano wzrost ludności w tym przedziale wiekowym o blisko 50% (tj. o 13 042 osoby). **Odsetek osób w wieku 85+ w populacji osób w wieku poprodukcyjnym wyniósł dla województwa blisko 9%. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano również w powiecie radziejowskim (blisko 11%) oraz włocławskim (ponad 10%).** Najniższe natomiast można dotyczyły powiatu żnińskiego, miasta Włocławka i powiatu świeckiego (blisko 8%).

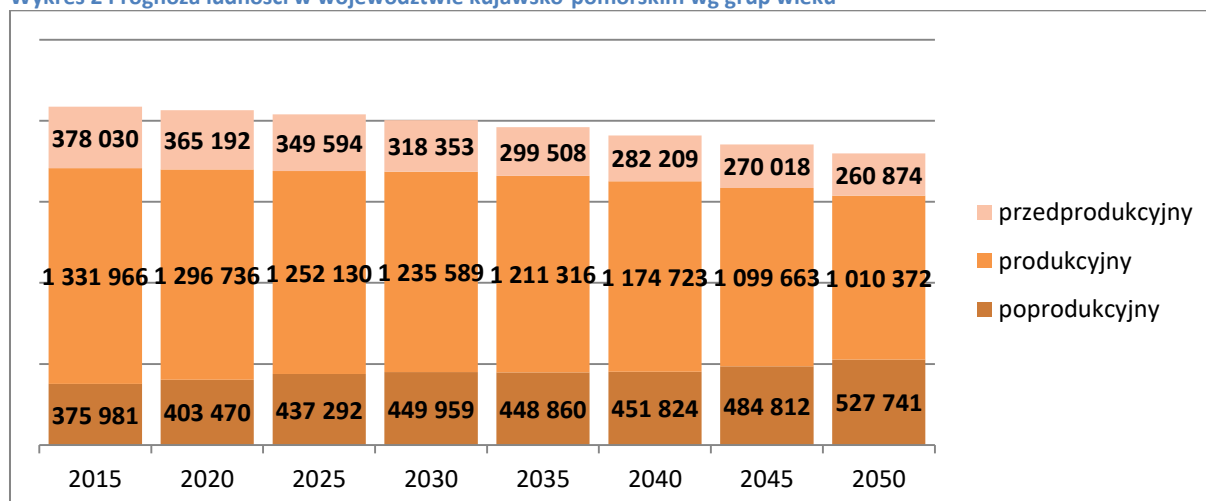
➡ **Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi⁴** w 2018 r. w województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 25,3, co klasyfikuje region na 10. miejscu w skali kraju. Sytuację tę można ocenić jako dobrą. Jednakże w odniesieniu do roku 2012 odnotowano wzrost współczynnika o 6,3 osoby (w 2012 r. współczynnik wyniósł 19,0). Powiatami, w których współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi był najwyższy były miasta na prawach powiatu: Bydgoszcz (współczynnik wyniósł w 2018 roku ponad 32 osoby w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym), Włocławek (ponad 30 osób), Grudziądz oraz Toruń (ponad 28 osób). Powiatami najmniej obciążonymi „starością” były: powiat toruński oraz bydgoski, gdzie wskaźnik wynosił poniżej 20 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym.

➡ **Prognozy demograficzne dla województwa kujawsko-pomorskiego w perspektywie do roku 2050** są niekorzystne. Przewiduje się dalszy spadek liczby ludności województwa o 13,6% mieszkańców, przy malejącym współczynniku przyrostu naturalnego i niskiej dzietności kobiet. Poza tym, prognozy wskazują na dalszą zmianę struktury demograficznej ludności przejawiającą się wzrostem odsetka osób w wieku poprodukcyjnym [stan obecny: 2017r.-20,4%, 2018r.-21,0%; prognozowany: 2035r.-22,9%, 2050r.-29,3%, GUS BDL 2014], przy czym w miastach będzie się on kształtował na poziomie 25,5%-2035r., 32,1%-2050r., zaś na wsi 19,7%-2035r., 26,2%-2050r. [GUS BDL 2014], co oznacza, że odsetek starszej ludności mieszkającej w miastach będzie utrzymywał się na wyższym poziomie.

³<https://www.powiattoruński.pl/plik,41371,program-rozwoju-powiatu-toruńskiego-na-lata-2017-2020.pdf> (data korzystania 7.04.2020)

⁴ Ludność w wieku 65 lat i więcej na 100 osób w wieku produkcyjnym (BDL GUS).

Wykres 2 Prognoza ludności w województwie kujawsko-pomorskim wg grup wieku



Źródło: dane BDL GUS 2014

➡ Prognozuje się **nasilenie tzw. fenomenu podwójnego starzenia się**, czyli szybszego niż ogółem tempa wzrostu w grupie osób powyżej 60 r.ż., liczebności osób w tzw. wieku sędziwym (liczących 80 lat i więcej), którego przebieg - jak wskazują prognozy - będzie spektakularny [stan obecny: 11,3%-2018r., prognozowany: 24,7%-2035r., 25,9%-2050r., GUS BDL 2014]. W odniesieniu do zmian w relacjach pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi, prognozuje się znaczny spadek udziału dzieci i młodzieży [stan obecny: 18,1%-2017r., 18,0%-2018r.; prognozowany: 15,3%-2035r., 14,5%-2050r., GUS BDL 2014] oraz osób w wieku produkcyjnym [stan obecny: 2017r.-61,5%, 2018r.- 60,9%; prognozowany: 2050r.-56,2%, GUS BDL 2014].

➡ Kolejną istotną kwestią jest **singularyzacja starości** przejawiająca się wysokim odsetkiem osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Parząc na prognozy GUS dla Polski, w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby 80 lat i więcej. Znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych są i będą pozostawać kobiety⁵. Proces singularyzacji odnoszący się do środowiska seniorów jest z pewnością aspektem, który ma istotne znaczenie w kontekście prognoz zapotrzebowania na usługi opiekuńcze⁶.

➡ Warto zwrócić również uwagę na **współczynnik wsparcia pokoleniowego**, obliczany jako relacja między dwoma pokoleniami, tj. osób w wieku 85 lat i więcej oraz pokolenia ich dzieci w wieku 50-64 lata. Wraz ze zmniejszaniem się współczynnika dzietności, przy równoczesnym wydłużaniu się czasu trwania życia ludzkiego, wartość tego wskaźnika będzie się zwiększać. Zgodnie z danymi GUS w 2018 r. wartość współczynnika wsparcia pokoleniowego w województwie kujawsko-pomorskim wynosiła 9,5 osób w wieku 85+ na 100 osób w wieku 50-64 lata. Prognozowana wartość tego wskaźnika w roku 2035 wyniesie 14,8 osób, w roku 2050 - 30 osób. Ponadto, zgodnie z badaniami zrealizowanymi przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie w roku 2015 pn. „Opiekunowie rodzinni osób starszych”, nawet jeśli osoba ma możliwość otrzymania wsparcia z rodziny, opiekunowie faktyczni borykają się z brakiem informacji i umiejętności mogących ułatwić im opiekę sprawowaną nad niesamodzielnymi podopiecznymi.

⁵ [w:] Rządowy Program ASOS 2013.

⁶ Ta forma wsparcia jest kierowana do osób samotnych oraz tych, którym rodzina nie może zapewnić odpowiedniego wsparcia i opieki.

Jak wynika z powyższych analiz wskazujących na wyzwania dla obecnej polityki społecznej regionu, nieuniknione i konieczne staje się niewątpliwie zabezpieczenie potrzeb w formie wsparcia i opieki starzejącego się społeczeństwa naszego województwa. Priorytetowe znaczenie nabiera zatem intensyfikacja działań obecnych oraz poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań w tym zakresie. Podstawowym narzędziem w obszarze wspierania osób starszych jest **realizacja usług opiekuńczych**, pierwsza z kategorii w katalogu form wsparcia w ramach usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej wymienionych w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*. Usługi te – mówiąc najprościej - to forma pomocy świadczona osobie, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zgodnie z definicją zawartą w ww. *Wytycznych* wsparcie w ramach usług opiekuńczych udzielane jest osobie, której stan zdrowia lub niepełnosprawność nie pozwala samodzielnie wykonywać co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Z tego punktu widzenia, biorąc pod uwagę stopień zapotrzebowania na taką formę wsparcia, należy uwzględniać poza zmianami demograficznymi, które będą sprzyjać wzrostowi odsetka osób w stanie niepełnosprawności (z uwagi na wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym, a w nim odsetka ludzi starych – 80 lat i więcej), również skalę występowania zjawiska niepełnosprawności wśród ogółu mieszkańców regionu.

Najbardziej aktualne dane w tym zakresie pochodzą z NSP z 2011 roku i prezentują liczbę osób niepełnosprawnych w poszczególnych ekonomicznych grupach wiekowych. W badaniu uwzględnione zostało **zjawisko niepełnosprawności** zarówno w aspekcie prawnym (tj. osoby posiadające odpowiednie orzeczenie wydane przez organ), jak również biologicznym (tj. osoby nieposiadające orzeczenia, lecz odczuwające ograniczenie sprawności w wykonywaniu podstawowych czynności). Dla oszacowania skali zapotrzebowania na usługi opiekuńcze warto uwzględniać dane odnoszące się do obu aspektów niepełnosprawności. Jak wynika z NSP z 2011 roku, obszar województwa kujawsko-pomorskiego zamieszkiwało łącznie 247 513 osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym (w wieku produkcyjnym - 136 537 os. i w wieku poprodukcyjnym – 110 976 os.).

W 2018 roku z pomocy społecznej z tytułu niepełnosprawności skorzystało 23 513 rodzin, w tym 46 371 osób. Od kilku lat obserwuje się **wzrost liczby osób korzystających z pomocy społecznej z tytułu długotrwałej lub ciężkiej choroby** [l. rodzin: 19 466 – 2011r.; 22 529 – 2012r.; 22 564 – 2013r., 24 062os. – 2017r.; 24 867 – 2018r. oraz osób w tych rodzinach: 47 116 – 2011r., 49 919 – 2012r., 51 570 – 2013r.; 47 728 – 2017r.; 47 563 – 2018r.⁷]. Oznacza to, iż wzrasta liczba osób z różnymi dysfunkcjami zdrowotnymi, które z uwagi na niskie dochody, nie są w stanie zapewnić sobie opieki we własnym zakresie⁸.

Niesamodzielność, rozumiana jako **niemożność zaspokajania potrzeb i wykonywania czynności dnia codziennego**, związanych z samoobsługą, jak i prowadzeniem gospodarstwa domowego, jest bardzo silnie skorelowana z wiekiem⁹. Zgodnie z danymi Eurostatu za rok

⁷ OZPS 2011,2012, 2013,2017; MPiPS-03-2018.

⁸ Potwierdza to raport MRPiPS „Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017”, w którym wskazano, iż 2/3 osób powyżej 60 roku życia doświadcza długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, które trwają (lub przewiduje się że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy (częściej sytuacja ta dotyczy kobiet).

⁹ M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Poznań 2012.

2014, prawie co druga osoba w wieku 60+ zaliczała się do grupy osób z niepełnosprawnością biologiczną (tj. w mniejszym lub większym stopniu o ograniczonej zdolności do wykonywania różnych czynności). Po ukończeniu 70 roku życia zjawisko niesamodzielności w znaczący sposób rośnie, gdy co trzecia osoba ma problemy z samoobsługą i wykonywaniem prac domowych¹⁰. Według danych GUS, nie każdy niesamodzielny senior może liczyć na pomoc, gdyż aż 45% takich osób musi radzić sobie we własnym zakresie i nie może liczyć na wsparcie. Pomoc w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego jest znacznie bardziej dostępna niż wsparcie w zakresie czynności higieniczno-pielęgnacyjnych (w samoobsłudze). Wiąże się to z pewnością z mniej regularnym charakterem tego rodzaju pomocy, ale przede wszystkim ze zdecydowanie mniejszymi barierami psychologicznymi po stronie seniorów, związanymi z dopuszczeniem innych osób do bardzo intymnej i osobistej sfery życia¹¹.



W kontekście wsparcia opiekuńczego seniorów, należy zwrócić uwagę na **jakość życia i sytuację bytową seniorów**. Na podstawie przeprowadzonego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu w 2013 roku badania pn. „*Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa*” wynika, iż ponad 3/4 badanych seniorów zamieszkiwało we własnym domu lub mieszkaniu. Ponad połowa osób starszych miała do swojej dyspozycji pokój, a co trzecia dysponowała we własnym zakresie dwoma pokojami. Jednoosobowe gospodarstwa domowe tworzyła 1/3 seniorów, a dwuosobowe co czwarty badany. W liczniejszych rodzinach, razem z osobami starszymi zamieszkują najczęściej współmałżonkowie, dzieci, a nieco rzadziej wnuki. Na wsiach dominują gospodarstwa trzy- oraz czteroosobowe, w miastach gospodarstwa domowe są mniej liczne¹². **Mieszkania seniorów w niewielkim stopniu posiadają udogodnienia i usprawnienia dla osób starszych i niepełnosprawnych** – posiada je jedynie 13,7% badanych. Najczęściej pożądanym udogodnieniem jest dostosowanie poszczególnych pomieszczeń w mieszkaniu/ domu do wieku i sprawności fizycznej seniorów (np. uchwyty pod prysznicem, kabiny prysznicowej zamiast wanny, likwidacja progów, zamontowanie poręczy przy schodach, wyposażenie mieszkania w toaletę, czy położenie podłogi antypoślizgowej)¹³.



Biorąc pod uwagę naświetloną powyżej sytuację wraz z prognozami, w zakresie zapotrzebowania osób starszych na różnego rodzaju pomoc, należy uwzględnić potrzeby w zakresie nie tylko zwiększenia skali, ale również **zapewnienia różnorodności form wsparcia, co pozwoli je dostosować do indywidualnych uwarunkowań**. Obecnie, polski model wspierania niesamodzielnych osób starszych opiera się przede wszystkim na rodzinie¹⁴. Komisja Europejska szacuje, że formalne usługi opieki domowej i stacjonarnej trafiają w Polsce do niespełna 10% populacji osób niesamodzielnych, w tym osób w podeszłym wieku. Zatem szacunki dotyczące liczby osób objętych opieką nieformalną wahają się od 80% do ponad 90%¹⁵. Polskie rodziny zaczyna charakteryzować zmniejszający się potencjał opiekuńczy, na co wpływ ma ich mniejsza liczebność, zmieniający się kształt rodziny, słabsza intensywność więzi

¹⁰http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60._struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf.

¹¹ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 10.

¹² *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa*, ROPS Toruń, 2014, s. 27.

¹³ Tamże, str. 30.

¹⁴ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 6.

¹⁵ Model 3 Podręcznik wdrożenia opieki koordynowanej, World Bank Group 2017, s. 60.

w jej ramach, a także migracje zarobkowe¹⁶. Zatem oparcie ciężaru opieki nad seniorami, jedynie na zasobach rodziny, staje się podejściem coraz bardziej niewystarczającym, czego nie jest w stanie nadrobić słabo rozwinięta skala usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania¹⁷.

 Analizując specyfikę polskiego systemu wsparcia społecznego osób starszych¹⁸, można wskazać, iż występuje różnorodność form pomocy (zarówno funkcjonujących od wielu lat, jak i nowych), jednak ich skala jest niewystarczająca. Największy wachlarz możliwości wsparcia opiekuńczego występuje w dużych miastach, jednak tu odnotowuje się jednocześnie największe natężenie zapotrzebowania na nie. Powoduje to niekiedy brak możliwości dotarcia z pomocą do większego grona potrzebujących. W średnich miastach sytuacja prezentuje się w sposób zróżnicowany, gdyż są ośrodki prężnie działające w zakresie zabezpieczenia różnych form wsparcia seniorów, ale są i te, które ograniczają się jedynie do świadczenia w niewielkiej skali usług opiekuńczych. Najtrudniejsza rzeczywistość dotyczy obszarów wiejskich, gdzie zazwyczaj seniorzy są zdani jedynie na pomoc rodziny, ewentualnie Kościoła.

Podsumowując: „Niezadowalający jest stan infrastruktury społecznej wykorzystywanej do świadczenia usług wsparcia i organizowania aktywności osób starszych. Brakuje kadr wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi o różnym stopniu samodzielności, różnym potencjale kulturowym i kapitale społecznym”¹⁹. Przede wszystkim, należy podkreślić, iż nie został wypracowany spójny, całościowy i zintegrowany system pomocy udzielanej seniorom. Gminy nie wypracowały sposobów rzetelnej diagnozy zapotrzebowania na usługi społeczne wśród osób starszych. Niezbędne rozeznanie w tym zakresie opiera się zazwyczaj jedynie na wiedzy pracowników socjalnych i informacji pozyskiwanych w ramach prowadzonej pracy socjalnej. Na takiej podstawie prognozuje się zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, miejsce w DPS, czy objęcie innymi formami wsparcia²⁰. Ponadto, na co zwrócono szczególną uwagę w raporcie pokontrolnym NIK, nawet najbardziej skutecznie działający system pomocy społecznej, nie zapewni wystarczającego wsparcia starzejącemu się społeczeństwu, bez rozwoju opieki geriatrycznej, ścisłej współpracy między instytucjami pomocy społecznej a ochrony zdrowia oraz nawiązywania przez samorządy współdziałania z organizacjami pozarządowymi w realizacji wspólnego celu, jakim jest zapewnienie wsparcia opiekuńczego seniorom²¹. Są to wyzwania, z którymi trzeba będzie zmierzyć się w najbliższych latach. Ze względu na nasilające się zjawisko starzenia społeczeństwa, należy na poziomie województwa podejmować działania na rzecz upowszechnienia modelowych rozwiązań w zakresie organizowania całego wachlarza usług z myślą o seniorach mających problemy z samodzielną egzystencją. Szczególne znaczenie mają usługi środowiskowe oraz pośrednie wsparcie, poprzedzające okres konieczności umieszczenia w domu pomocy społecznej. Ten kierunek oddziaływania jest zwłaszcza ważny z perspektywy gmin, których zadaniem własnym jest zapewnienie usług opiekuńczych i to one odpowiadają za zapewnienie i wybór właściwego rodzaju świadczeń z punktu widzenia potrzeb mieszkańców, efektywności ich realizacji, a nade wszystko wysokości kosztów przeznaczanych na ten cel.

¹⁶ „Program Opieka 75+” – zacznij nowego instrumentu polityki senioralnej, Polityka senioralna nr 4.

¹⁷ Blisko 20% gmin w Polsce nie zapewnia wsparcia w formie usług opiekuńczych, mimo iż jest to ich obowiązkowe zadanie własne [raport NIK].

¹⁸[w:] *System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce*, Polityka senioralna nr 3, s. 12.

¹⁹ Tamże.

²⁰ Informacja o wynikach kontroli NIK *OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI W DZIENNYCH DOMACH POMOCY*, W-wa 2017, s. 28.

²¹ Tamże, s. 3.

1.

Pomoc

środowiskowa

1.1 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Celem usługi jest umożliwienie osobie niesamodzielnej (potrzebującej do normalnego funkcjonowania pomocy osób trzecich) **jak najdłuższego funkcjonowania we własnym środowisku zamieszkania**, tak by nie musiała korzystać z instytucjonalnych form opieki całodobowej (placówek stałego pobytu)²².

RODZAJE USŁUG OPIEKUŃCZYCH

-  **usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania**, zgodnie z przedstawioną powyżej definicją i podstawą prawną;
-  **specjalistyczne usługi opiekuńcze**, realizowane, w przypadku występowania szczególnych potrzeb zdrowotnych wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności²³, przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Rodzaje specjalistycznych usług oraz wymogi dotyczące kwalifikacji kadry zostały określone w stosownym rozporządzeniu²⁴. Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowane są jako zadanie zlecone.

PODMIOTY ŚWIADCZĄCE USŁUGI OPIEKUŃCZE

-  Opiekunowie zatrudnieni w OPS świadczą usługi w dni robocze w godzinach pracy ośrodka. Popularna jest praktyka, że dla zapewnienia ciągłości opieki w godzinach wieczornych, nocnych oraz w soboty, niedziele i święta, ośrodek dodatkowo zatrudnia opiekunów na umowy cywilno-prawne, bądź zawiera umowę na realizację usług z podmiotem zewnętrznym²⁵.
-  **Nadzór nad realizacją i jakością usług opiekuńczych winien sprawować ośrodek pomocy społecznej.** Zdecydowanie najczęściej organizacja i świadczenie usług opiekuńczych jest realizowane przez samorząd, rzadziej zadanie to jest zlecane na zewnątrz:
 - 38% gmin świadczy usługi opiekuńcze poprzez zatrudnienie opiekunek w strukturach OPS lub gminy na umowę o pracę (etaty);
 - 28% gmin zakupuje realizację usług opiekuńczych w drodze postępowań przetargowych lub zapytań ofertowych w oparciu o zapisy ustawy PZP;
 - 6% gmin zleca realizację usług opiekuńczych organizacjom pozarządowym w trybie konkursowym w ramach ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
 - 11% gmin wykorzystuje mieszaną formę realizacji usług opiekuńczych w gminie;
 - 16% gmin nie świadczy usług opiekuńczych²⁶.

²² M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, Jak dobrze..., op. cit., s. 19.

²³ Ustawa o pomocy społecznej, art. 50 ust. 4

²⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. nr 189, poz. 1598).

²⁵ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 85.

²⁶ Dane za rok 2017 ze sprawozdania jednorazowego, Program Opieka 75+ na rok 2020, s. 6.

➡ Zapewne wyzwaniem przyszłości stanie się **rozszerzenie skali kontraktowania usług społecznych**, w tym usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Istnieje jednak poważne ryzyko związane z obecnym trendem zlecania tego zadania prywatnym podmiotom ze względu na brak odpowiedniej kadry i/lub oszczędności. Wybór wykonawcy odbywa się wówczas na podstawie kryterium ceny, co znacząco wpływa na obniżenie jakości świadczonych usług. Zatem dobra praktyka w tym zakresie wymagałaby wprowadzenia przepisów, które uniemożliwiałyby wyłanianie wykonawców jedynie na podstawie zaoferowanej przez nich ceny.

ZAMÓWIENIA PUBLICZNE

Założenia zawarte w pokontrolnym raporcie NIK²⁷ dotyczyły m.in. zasad prowadzenia „podprogowego” postępowania na usługi społeczne, w tym usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, określone przez ustawodawcę:

➡ Stosownie do treści znowelizowanej ustawy – Prawo zamówień publicznych²⁸, zamawiający udzielający zamówienia na usługi społeczne o wartości poniżej wskazanych progów²⁹, ma **możliwość udzielenia zamówienia zgodnie z określoną przez siebie procedurą**, spełniającą minimalne wymogi wskazane w ustawie³⁰.

➡ Zamawiający zatem, znając specyfikę danego postępowania, sam określa szczegółowe rozwiązania prawne procedury, w ramach której udzieli w przyszłości zamówienia publicznego na usługi społeczne. Wskazane przepisy zobowiązują zamawiającego, udzielającego podprogowych zamówień społecznych, do **przeprowadzenia postępowania w sposób przejrzysty, obiektywny i niedyskryminujący**.

➡ Zamawiający zobowiązany jest zamieścić na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a jeżeli nie ma strony podmiotowej BIP, na stronie internetowej, ogłoszenie o zamówieniu, które zawiera informacje niezbędne z uwagi na okoliczności jego udzielenia, w szczególności:

- 1) termin składania ofert uwzględniający czas niezbędny do przygotowania i złożenia oferty;
- 2) opis przedmiotu zamówienia oraz określenie wielkości lub zakresu zamówienia;
- 3) kryteria oceny ofert.

➡ Niezwłocznie po udzieleniu zamówienia w tym samym miejscu jest zobowiązany podać informację o udzieleniu zamówienia (podając nazwę albo imię i nazwisko podmiotu, z którym zawarł umowę w sprawie zamówienia publicznego) lub o jego nieudzieleniu.

²⁷ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 113.

²⁸ Ustawa – Prawo zamówień publicznych, art. 138o ust. 1

²⁹ Ustawa – Prawo zamówień publicznych, art. 138g

³⁰ Zamawiający jest zobowiązany jedynie do uwzględnienia norm zawartych w art. 138o ust. 2–4 znowelizowanej ustawy PZP.

ZATRUDNIONA KADRA

Kadrę świadczącą usługi opiekuńcze charakteryzuje:

różny zakres i poziom kwalifikacji, czyli stopień przygotowania do świadczenia powierzonych zadań

Osoby te posiadają najczęściej jedynie zaświadczenia o ukończeniu krótkich (zazwyczaj kilkudniowych) szkoleń dla opiekunek domowych, rzadziej legitymują się świadectwami ukończenia szkół policealnych w zawodach: opiekun osoby starszej i opiekunka środowiskowa, realizowanych zgodnie z podstawą programową określoną przez Ministra Edukacji Narodowej³¹.

Zdarza się, że przy zatrudnianiu opiekunów nie bierze się pod uwagę ich kierunkowego przygotowania, w konsekwencji czego, część osób zaangażowanych w wykonywanie usług opiekuńczych, nie posiada jakiegokolwiek formalnego przygotowania do tej pracy, a w niektórych ośrodkach świadczą je również osoby bezrobotne w ramach prac społecznie użytecznych³². Jedną z głównych przyczyn takiej sytuacji są braki kadrowe związane z wysokością zarobków.

niski poziom wynagrodzeń

Praca opiekunki/a jest uznawana za zajęcie mało prestiżowe i niskopłatne, co prowadzi do konieczności angażowania do tej roli osób o niskich kwalifikacjach. Wpływa na to również sytuacja zlecania usług na zewnątrz poprzez wybór wykonawców w oparciu głównie o kryterium ceny. Podmioty te zatrudniają wówczas osoby o niskich kwalifikacjach, oferując im jak najniższe wynagrodzenie.

duża rotacja zatrudnienia

Niskie zarobki kadry opiekuńczej wpływają na niską jakość świadczonych usług, a dodatkowo prowadzą do częstej rotacji w zatrudnieniu, co bardzo niekorzystnie wpływa na odbiorców usług – osoby starsze, dla których kolejne zmiany opiekuna/ki w znaczący sposób obniżają poczucie bezpieczeństwa³³.

ograniczony dostęp do specjalistycznych szkoleń

Zdarza się, że osobom zatrudnionym do świadczenia usług opiekuńczych nie oferuje się możliwości podnoszenia kwalifikacji w formie udziału w specjalistycznych szkoleniach w obszarze związanym z szeroko pojętą problematyką pomocy osobom starszym³⁴. Nieliczne ośrodki zapewniają szkolenia superwizyjne, czy przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu. Dobrą praktyką w tym zakresie jest wprowadzenie tzw. superwizji koleżeńskiej, zalecanej zwłaszcza w sytuacji braku superwizji prowadzonej przez specjalistów. Praktyka ta opiera się na organizowaniu spotkań koleżeńskich służących rozwiązywaniu problemów merytorycznych i emocjonalnych związanych z wykonywaniem pracy opiekuna/ki, pomagających skutecznie radzić sobie z kryzysem, spadkiem satysfakcji, efektywności w pracy i wypaleniem zawodowym³⁵.

³¹ [w:] *System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce*, Polityka Senioralna nr 3, s. 8.

³² Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 82.

³³ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 23.

³⁴ Tamże, s. 22.

³⁵ Tamże, s. 81.

STANDARDY

Standard³⁶ usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania opracowany w ramach projektu systemowego 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” PO KL, określa wymagania kwalifikacyjne opiekuna/ki świadczącego usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania.

W przypadku **realizacji czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych niezbędne jest posiadanie kwalifikacji** do wykonywania jednego z następujących zawodów:

- opiekunka środowiskowa;
- asystent osoby niepełnosprawnej;
- asystent medyczny;
- pielęgniarka;
- opiekun osoby starszej;
- opiekun medyczny;
- opiekun w domu pomocy społecznej,

oraz

- ukończenie szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej³⁷.

Do **realizacji czynności związanych z: prowadzeniem gospodarstwa domowego**; dostarczaniem żywności i przygotowywaniem posiłków; pomocą w załatwianiu spraw osobistych, mogą być zaangażowane osoby niespełniające powyższych wymagań, które spełniają łącznie następujące warunki:

- ukończyły kurs umiejętności zawodowych, przeprowadzony według programu nauczania uwzględniającego podstawę programową kształcenia ww. zawodach, albo inny kurs w wymiarze nie mniejszym niż 60 godzin lekcyjnych umożliwiający uzyskanie i uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w zakresie świadczenia usług opiekuńczych, w szczególności planowania, organizowania i wykonywania czynności opiekuńczych, higienicznych i pielęgnacyjnych;
- posiadają udokumentowaną praktykę w świadczeniu usług opiekuńczych w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin (w tym wolontarystyczną), odbytą w jednostkach świadczących usługi opiekuńcze w środowisku zamieszkania lub w ośrodkach wsparcia, domu pomocy społecznej, rodzinnym domu pomocy, hospicjum;
- ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej,

oraz

- Wykonawca usług zapewni im możliwość konsultacji z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze, posiadającymi wymagane kwalifikacje zawodowe.

Ponadto w każdym przypadku warunkiem dopuszczenia do świadczenia usług jest przedłożenie Wykonawcy zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zadań zawodowych opiekuna środowiskowego.

Wykonawcy usługi mogą również wymagać przedstawienia zaświadczenia o niekaralności.

W przypadkach utrudnionego dostępu do usług pielęgniarki środowiskowej, gdy osoba korzystająca z usług opiekuńczych nie jest w stanie przyjmować samodzielnie leków, zaleca się jako zasadne

³⁶ <http://ozrss.pl/wp-content/uploads/2015/04/Standardy-uslug-pomocy-spoecznej.pdf>

³⁷ K. Balon, J. Starega Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, *Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania*, 2011. Wersja elektroniczna standardu dostępna na stronie internetowej <http://wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SUO2601.pdf> (data korzystania: 14.04.2020)

(czasem niezbędne) zapewnienie w składzie kadry świadczącej usługi opiekuńcze osoby/osób, które posiadają uprawnienia do podawania leków (w tym insuliny).

ODPŁATNOŚĆ ZA USŁUGI OPIEKUŃCZE

➡ Możliwość ponoszenia całkowitej odpłatności sprawia, iż usługi opiekuńcze to forma pomocy, którą mogą zostać objęci wszyscy potrzebujący, **bez względu na sytuację materialną**. Ze względu na brak wiedzy w tym zakresie, wsparcie nie dociera do wszystkich osób potrzebujących (pokutuje w tym zakresie przeświadczenie, iż świadczenia pomocy społecznej mogą być kierowane jedynie do osób spełniających określone kryterium dochodowe).

➡ **Od 2017 roku**, wraz z wprowadzeniem minimalnej godzinowej stawki wynagrodzenia, nastąpił **znaczny wzrost ceny usług opiekuńczych**, a w niektórych gminach podwyżki wyniosły nawet 200%³⁸. W konsekwencji przyczyniło się to do zwiększenia liczby rezygnacji z usług lub ograniczenia ich zakresu poprzez zmniejszenie liczby godzin świadczonego wsparcia, również na prośbę osób, które są nim objęte i ponoszą całkowitą lub częściową odpłatność.

MOPS w Bydgoszczy: *Zdarza się, iż świadczeniobiorcy zmniejszają wymiar przyznanych im godzin usług, ze względu na odpłatność, zbyt wysoką w relacji do możliwości finansowych. Odnotowuje się także przypadki rezygnacji z powodu zbyt wysokich opłat*³⁹.

➡ Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są aż **czterokrotnie tańsze od usług stacjonarnych**, przez co pozwalają na objęcie nimi większej liczby osób potrzebujących⁴⁰, nie są też ograniczone możliwościami w zakresie dostępności miejsc w placówkach stacjonarnych.

➡ Zauważa się potrzebę wprowadzenia rozwiązań, które wspierałyby finansowo gminy w organizowaniu i świadczeniu usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, przynajmniej w zakresie powstałych dysproporcji pomiędzy rynkowymi cenami usług a gminnymi środkami na ten cel, należałoby uwzględnić dofinansowanie z budżetu państwa⁴¹.

➡ Warto w tym względzie wspomnieć o wprowadzonym w 2018 roku **Programie MRPiPS⁴² pn. Opieka 75+**, który umożliwia udzielenie wsparcia finansowego na realizację usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania:

- ➔ dla osób w wieku 75 lat i więcej;
- ➔ na zwiększenie liczby godzin usług dla osób korzystających już z tej formy wsparcia;
- ➔ na dofinansowanie usług dla osób, które dotychczas jej nie otrzymywały;
- ➔ na dofinansowanie usług dla osób, którym przedmiotowe usługi były świadczone w ramach programu i będą kontynuowane w 2020 roku (edycja Programu 2020);
- ➔ wartość dotacji nie może przekraczać 50% kosztów realizacji usług opiekuńczych;
- ➔ edycja Programu na rok 2020 przewidywała udział gmin do 60 tys. mieszkańców⁴³ oraz rozszerzyła możliwość uzyskania dofinansowania nie tylko w przypadku świadczenia usług

³⁸ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 21.

³⁹ Tamże, s. 77.

⁴⁰ Tamże, s. 9.

⁴¹ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 78.

⁴² Inny program MRPiPS pn. „*Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych*”, finansowany ze środków Solidarnościowego Funduszu Wspomagania Osób Niepełnosprawnych, przewiduje możliwość finansowania usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, osobom w wieku do 75 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym. Środki są przyznawane w trybie naboru wniosków w ramach corocznie ogłaszanych edycji konkursów.

⁴³ Edycje w poprzednich latach były adresowane do gmin do 20 tys. mieszkańców.

przez pracowników OPS/urzędu gminy/innych gminnych jednostek organizacyjnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, ale również w sytuacji zlecenia tego zadania organizacji pozarządowej lub zakupu jej od podmiotów sektora prywatnego.

ZWOLNIENIE Z OPŁAT

Rada Gminy na mocy uchwały określa warunki przyznania i odpłatności za usługi. Wysokość opłat uzależnia się m.in. od posiadanego dochodu osoby starszej. Wprowadza się również warunki, których spełnienie upoważnia do otrzymywania usług nieodpłatnie. Zazwyczaj warunki te są uzależnione od sytuacji finansowej, gdy:

- dochód osoby objętej usługami nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego;
lub
- dochód nie przekracza, ustalonego przez gminę, progu procentowego kryterium dochodowego (np. 150% kryterium);
lub
- dochód nie przekracza kwoty najniższej emerytury i renty.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach – na wniosek osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności, wniosek pracownika socjalnego lub z urzędu – istnieje możliwość całkowitego lub częściowego zwolnienia z opłat z przyczyn pozafinansowych. Najczęstsze powody zwolnień pozafinansowych to m.in.:

- kosztowne leczenie,
- długotrwała lub ciężka choroba,
- niepełnosprawność,
- zadłużenie,
- wysokie koszty utrzymania mieszkania,
- duża liczba godzin usług, których całkowity koszt przekracza możliwości finansowe świadczeniobiorcy,
- stosowanie specjalistycznej diety,
- ukończony wiek uprawniający (np. 80 lat – zgodnie z obowiązującą uchwałą) do nieodpłatnych usług⁴⁴.

ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH

 Zapewnienie każdej osobie starszej objętej wsparciem, określenia **szczegółowego, zindywidualizowanego zakresu usługi opiekuńczej**, stanowi jeden z pokontrolnych wniosków sformułowanych przez NIK⁴⁵.

 Zakres czasowy wykonywania usług oraz czynności, które obejmują, jest zależny od możliwości finansowych gminy, jak i osób nimi objętych. Środki przeznaczane na ten cel oraz zasoby kadrowe bywają bardzo ograniczone, co wiąże się z ogólnym niedoinwestowaniem pomocy społecznej.

W praktyce świadczona pomoc ogranicza się głównie do czynności w zakresie:

- wsparcia w codziennych czynnościach typu sprzątanie, gotowanie, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych,

⁴⁴ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 21.

⁴⁵ Tamże, s. 27.

- pomocy związanej z codzienną samoobsługą, tj. myciem, kąpaniem, ubieraniem czy karmieniem;
- niekiedy wsparciem w zakresie dozowania lekarstw, siania łóżka, ogólnej pielęgnacji.

Powyższe wsparcie jest priorytetowe z punktu widzenia osób chorych, fizycznie niesprawnych, czy leżących. Jednak pomoc świadczona jedynie w takim zakresie sprzyja kształtowaniu relacji bardziej o charakterze formalnym, niż emocjonalnym⁴⁶.

- Osoby wymagające długoterminowej opieki i pielęgnacji w warunkach domowych mogą ubiegać się o **usługi środowiskowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej**. O przydzieleniu tej formy pomocy decyduje lekarz pierwszego kontaktu, a finansuje je NFZ na podstawie osobnych przepisów⁴⁷.

- Najczęściej całkowicie **pomijany jest obszar związany z zapewnieniem seniorowi kontaktów z otoczeniem**, głównie ze względu na niedostateczny wymiar czasowy przydzielonych usług. Biorąc pod uwagę potrzeby odbiorców usług, jako osób cierpiących i osamotnionych, tego rodzaju zaniechanie może mieć znaczący wpływ na pogorszenie ich kondycji psychicznej.

- Rezygnacja z działań w zakresie dbałości o utrzymywanie przez seniora kontaktów z otoczeniem (sąsiedzkim, rodzinnym, koleżeńskim), może być również nieopłacalne z punktu widzenia interesu publicznych służb pomocowych. Poprzez działania w obszarze relacji społecznych, mogłoby okazać się możliwym, przejęcie części czynności w ramach wsparcia opiekuńczego do realizacji przez chętne osoby zaprzyjaźnione, z bliskiego otoczenia seniora.

- W wielu przypadkach usługi opiekuńcze zapewniane przez gminy są jedyną formą wsparcia, na jaką mogą liczyć seniorzy. Z tego powodu **istotny jest poziom i jakość opieki domowej**. Jakość usług opiekuńczych powinna być jak najwyższa, gdyż dotyczą one często indywidualnych czynności pielęgnacyjnych i higienicznych, podejmowanych wobec osób niesamodzielnych.

- Niejednokrotnie senior zdany jest wyłącznie na obcą osobę i w związku z tym potrzebuje poczucia bezpieczeństwa i zaufania do osoby pomagającej. Potrzeba bezpieczeństwa to jedna z podstawowych potrzeb każdego człowieka. Wśród czynników podwyższających jakość usług, a tym samym poczucie bezpieczeństwa, niewątpliwie **zasadnicze znaczenie ma stały nadzór i monitoring przeprowadzany u bezpośrednich odbiorców usług**⁴⁸.

STANDARDY

Zgodnie z opracowanym standardem usług opiekuńczych⁴⁹, zakres świadczonych usług należy określić w załączniku lub w treści decyzji administracyjnej o przyznaniu tego świadczenia. W trakcie realizacji usług możliwe jest korygowanie ich zakresu, zgodnie z bieżącą sytuacją i potrzebami podopiecznego. Katalog czynności do realizacji w ramach standardu usług opiekuńczych został uwzględniony w podziale na cztery obszary wsparcia wyróżnione w ustawie o pomocy społecznej.

Obszar **zaspokajania codziennych potrzeb życiowych**:

- czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie,

⁴⁶ Tamże, s. 66.

⁴⁷ *Seniorzy w systemie wsparcia* – usługi opiekuńcze, Polityka Senioralna nr 2, s. 82.

⁴⁸ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, op. cit., s. 87.

⁴⁹ K. Balon, J. Staręga Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, *Standard...*, op. cit.

- czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych,
- czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego,
- pomoc przy przemieszczaniu się.

Obszar **opieki higienicznej**:

- czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej,
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
- pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej,
- zmiana bielizny pościelowej,
- układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji.

Obszar **pielęgnacji zalecanej przez lekarza**:

- czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarstwa środowiskowego.

Obszar **kontaktów z otoczeniem**:

- czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z najbliższego otoczenia podopiecznego i społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług,
- czynności wspomagające uczestnictwo w życiu lokalnej społeczności.

Podstawowe założenia zawarte w standardzie podkreślają, iż usługi opiekuńcze mają mieć charakter wspierająco-aktywizujący, co oznacza, iż głównym celem przyświecającym ich realizacji winna być aktywizacja osoby starszej, zamiast jej wyręczania. Niezbędne jest zatem takie organizowanie usług, aby zapewnione było możliwie szerokie uczestnictwo osoby objętej wsparciem, jak również ścisła współpraca z jej najbliższym otoczeniem⁵⁰.

STANDARYZACJA USŁUG OPIEKUŃCZYCH⁵¹

Standaryzacja to proces tworzenia, przyjmowania, wdrażania i realizowania norm w określonym obszarze. Standard natomiast to zestaw wymagań (norm, wytycznych) określonych np. w stosunku do usługi opiekuńczej. Kwestie, które powinny być uwzględnione w ramach standardu:

- jasne zasady i kompetencje w odniesieniu do: wykonawców, odbiorców usług i ich rodzin;
- katalog optymalnych usług w zakresie niezbędnym do skutecznej realizacji określonych celów;
- normy realizacji oraz sposoby pracy tj. trybu postępowania, gwarantującego pożądaną jakość działań;
- **częstotliwość wykonywania czynności opiekuńczych** (w tym ustalenie zasad możliwości ich świadczenia np. w godzinach popołudniowych i wieczornych, w dni wolne od pracy, w formie usług całodobowych; warto uwzględnić również, czy w nagłych, uzasadnionych przypadkach,

⁵⁰ Standardy usług pomocy społecznej, Praca zbiorowa, OZRSS 2013.

⁵¹ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI...*, s. 17, 49, 58-59.

możliwe jest objęcie podopiecznego natychmiastową opieką, w ciągu kilku godzin, np. 6-8 od chwili zgłoszenia zapotrzebowania);

- szczegółowe regulacje w zakresie obowiązków dot. rozliczania się opiekunów z pieniędzy otrzymanych od podopiecznego;
- wymagania dotyczące kwalifikacji i umiejętności opiekunów;
- częstotliwość, sposoby i osoby odpowiedzialne za prowadzenie monitoringu i nadzoru realizacji usług;
- wskazanie rodzaju i sposobu prowadzenia dokumentacji potwierdzającej wykonanie usługi.

DOBRA PRAKTYKA - STANDARD ELBLĄSKI

W ramach opracowanego przez MOPS w Elblągu standardu usług opiekuńczych określone zostało m.in.

I. **Trzy poziomy usług** – wyróżnione ze względu na stopień sprawności osoby objętej usługami oraz jej sytuację życiową (mieszka samotnie, czy z rodziną)

- **poziom podstawowy:** zabezpieczający podstawowe potrzeby osoby częściowo niesprawnej, ale poruszającej się samodzielnie i samodzielnie wykonującej czynności samoobsługowe, wymagającej wsparcia i pomocy w wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego;
- **poziom rozszerzony:** zabezpieczający potrzeby osoby niezdolnej do samodzielnego wykonywania czynności samoobsługowych i wymagającej wykonywania za nią wielu czynności związanych z zaspokojeniem jej codziennych potrzeb życiowych;
- **poziom wieloprofilowy:** zabezpieczający potrzeby osoby obłożnie, somatycznie chorej, leżącej, mieszkającej samotnie, wymagającej pełnego zakresu czynności pielęgnacyjnych i związanych z zaspokojeniem jej codziennych potrzeb życiowych.

II. **Podział usług na dwa typy** (dla każdego typu usługi określony został zakres oraz szczegółowy rodzaj czynności przewidzianych do wykonania na każdym z ww. poziomów)

- Usługi opiekuńcze dotyczące zaspokajania codziennych potrzeb życiowych (**usługi bytowe**); dla usług bytowych określono 14 zakresów czynności: od dokonywania zakupów artykułów niezbędnych w sklepie położonym najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, przez utrzymywanie w czystości jego odzieży i bielizny osobistej, do załatwiania spraw urzędowych, po współpracę z pracownikiem socjalnym i zapewnienie kontaktu z otoczeniem, np.:
 - dokonywanie zakupów
 - na poziomie podstawowym opiekun powinien asystować podczas zakupów dokonywanych przez seniora, pomagać przy wyborze produktów oraz transporcie zakupów do domu;
 - na poziomie rozszerzonym opiekun asystuje podczas zakupów dokonywanych przez świadczeniobiorcę lub na jego prośbę samodzielnie dokonuje zakupów, a także pomaga przy wyborze produktów oraz przy transporcie zakupów do domu,
 - na poziomie wieloprofilowym – zakupy, wybór produktów i transport dokonywane są przez opiekuna.
 - pomoc przy załatwianiu spraw urzędowych
 - na poziomie rozszerzonym – asysta opiekuna przy załatwianiu takich spraw przez świadczeniobiorcę lub na jego wniosek załatwianie niektórych spraw tylko przez opiekuna,
 - na poziomie wieloprofilowym – załatwianie przez opiekuna wszystkich spraw urzędowych świadczeniobiorcy na podstawie pełnomocnictwa notarialnego.

- Usługi opiekuńcze dotyczące pielęgnacji oraz korzystania ze świadczeń zdrowotnych (**usługi opiekuńcze**); dla usług opiekuńczych przewidziano pięć zakresów: opieka higieniczno-sanitarna, ubieranie, zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych, pomoc w dotarciu do placówki medycznej i powrocie z niej, realizacja recept, zaopatrzenie w środki sanitarne i opatrunkowe (przy czym pomoc w opiece higieniczno-sanitarnej oraz ubieraniu może być świadczona tylko na poziomie rozszerzonym i wieloprofilowym, gdyż usług tych nie świadczy się na poziomie podstawowym).

III. **Obowiązki spoczywające na wykonawcy usług, m.in.:**

- realizacja usług jest przewidziana na dni powszednie oraz dni wolne od pracy, w godzinach od 6.00 do 22.00, a w wyjątkowych, uzasadnionych przypadkach także przez całą dobę;
- w nagłych wypadkach wykonawca jest zobowiązany do objęcia podopiecznego opieką natychmiastową, nie później niż sześć godzin od chwili zgłoszenia zapotrzebowania;
- zapoznanie osób wykonujących usługi z zasadami wynikającymi z obowiązujących standardów;
- prowadzenie *Kart pracy opiekunów*, w których świadczeniobiorca własnoręcznie potwierdza wykonanie usługi;
- prowadzenia zeszytu rozliczeń, w którym każdorazowo opiekun powinien zapisywać wszystkie informacje o otrzymaniu i rozliczeniu pieniędzy, w celu dokonywania zakupów, realizacji recept lub uregulowania rachunków. Środki otrzymane od podopiecznego należy rozliczyć w tym samym dniu, na podstawie paragonów i potwierdzeń (standard sopocki).

IV. **Wymagania dotyczące kwalifikacji i umiejętności opiekunów**

- osoby zatrudnione w charakterze opiekunów powinny posiadać odpowiednie przygotowanie zawodowe,
- złożyć zaświadczenie o niekaralności
- wykazywać się dobrym stanem zdrowia potwierdzonym stosownym zaświadczeniem lekarskim.

V. **Sposoby monitoringu**

- monitoring usług w środowisku podopiecznego prowadzony jest przez właściwych miejscowo pracowników socjalnych, nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy;
- MOPS został zobowiązany także do sprawowania nadzoru merytorycznego i finansowego nad realizacją usług;
- do monitorowania jakości świadczonych usług został także zobowiązany ich wykonawca;
- opracowano narzędzia monitoringu m.in.: analizę i nadzór dokumentów, nadzór i analizę czasu pracy i innych elementów pracy, systematyczne spotkania opiekunów z koordynatorem usług, obserwację pracy opiekunów oraz okresowe wywiady pogłębione ze świadczeniobiorcami.

 Efektywna pomoc powinna być dostosowywana do zmieniających się potrzeb. Długi czas korzystania z usług stanowi podstawę do podjęcia działań w kwestii ewentualnej zmiany lub korekty zakresu świadczonych czynności w ramach wsparcia. Starania o **dostosowanie usług do zmieniających się potrzeb** są w praktyce rzadko realizowane.

Określenie standardu w zakresie świadczenia usług opiekuńczych wpływa na:

- zakres świadczonych usług (opiekunowie dysponują zestawem precyzyjnych wskazówek dot. sposobu i częstotliwości wykonywania danych czynności);
- zadowolenie świadczeniobiorcy z uzyskiwanego wsparcia (standardy stanowią punkt odniesienia dla podopiecznych, którzy dysponują konkretnym wskazaniem co do ilości i jakości wsparcia, jakie im przysługuje, dzięki czemu wiedzą, na co mogą liczyć);

- 
- ocenę jakości świadczonych usług niezbędną do sprawowania nadzoru nad ich realizacją (standardy umożliwiają porównanie i ocenę wsparcia opiekuńczego świadczonego przez poszczególne osoby, stwarzają warunki do korygowania podejmowanych działań i zwiększania ich skuteczności);
 - polepszenie relacji opiekunów z podopiecznymi, gdyż świadczenie usług w oparciu o standardy zmniejsza ryzyko powstawania konfliktów;
 - ułatwienie obsługi przetargów lub konkursów, w których przy opisie przedmiotu zamówienia wystarczy się odwołać do opracowanego standardu;
 - wydatkowanie publicznych środków w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów⁵².

Sytuacją, która wskazuje na szczególną potrzebę opracowania standardu, jest zlecenie przez OPS realizacji usług na zewnątrz. Wówczas standard winien być wypracowany we współpracy ze zleceniobiorcą, poddany pilotażowemu wdrożeniu, zmieniany i poprawiany w trakcie pilotażu, a w ostatecznej formie zatwierdzony i wprowadzony jako obowiązujący.

MOPS w Sopocie: *Wprowadzenie i wdrożenie, przy udziale organizacji pozarządowych świadczących usługi, lokalnego standardu przyczyniło się do większej profesjonalizacji usług. Uważam, że należy wprowadzić takie standardy w całym kraju. Za tym powinny jednak pójść większe środki finansowe. Administracja rządowa winna pomóc samorządom w finansowaniu zadania po wprowadzeniu standardów. Ich wprowadzenie nie będzie łatwe, ale uporządkuje kwestie proceduralne. Ogólnopolskie stosowanie standardów przyczyni się do poprawy jakości życia osób starszych korzystających z usług.*



Pomimo niezaprzeczalnych korzyści wynikających z opracowania i wdrożenia standardu świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, **zdecydowana większość OPS nie podjęła się wprowadzenia standaryzacji w tym obszarze**. Zazwyczaj fakt ten tłumaczony jest brakiem przepisów prawa, które nakładałyby na gminy taki obowiązek.

Konsekwencją braku przyjęcia standardu świadczenia usług opiekuńczych jest zazwyczaj nieokreślenie szczegółowego katalogu czynności przewidzianych do wykonania w ramach usług (w decyzjach przyznających usługi są często kopiowane ustawowe zapisy w tym zakresie).



Ogranicza to możliwość prowadzenia skutecznego nadzoru prawidłowości i jakości świadczonych usług. W rezultacie bowiem nie kontroluje się faktycznego zakresu realizacji usług, a jedynie liczbę zrealizowanych godzin w celu rozliczenia finansowego. Kontrola NIK wskazała, iż przeprowadzany przez OPS nadzór oraz monitoring prawidłowości i jakości realizowanych usług opiekuńczych miał często charakter czysto formalny. Pracownicy socjalni z reguły nie stwierdzali żadnych nieprawidłowości i uchybień, co nie korespondowało z opiniami niemal 70% seniorów uczestniczących w anonimowym badaniu ankietowym, według których otrzymywane wsparcie bywało niezadawalające. Stwierdzono również przypadki, gdy gminy nie prowadziły żadnego nadzoru nad realizowanymi usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania.

⁵²Tj. realizacji w praktyce zasady określonej w art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077).

➡ Biorąc pod uwagę, że niektóre z gmin wprowadzają standard, inne zaś nie mają wdrożonych takich regulacji, należy uwzględnić, iż wpływa to na **zróżnicowanie jakości usług ze względu na miejsce zamieszkania** i sprawia, że osoby starsze mieszkające w różnych rejonach kraju nie otrzymują wsparcia na porównywalnym poziomie, co z kolei może być postrzegane jako nierówne traktowanie. Z tego względu, jednym z wniosków pokontrolnych NIK, jest rekomendacja dot. opracowania i wdrożenia ogólnopolskich standardów, które pozwoliłyby na zniwelowanie różnic, a także na ujednolicenie i uporządkowanie oferty w zakresie świadczenia usług opiekuńczych.

➡ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej rozpoczęło prace w tym zakresie, ogłaszając pod koniec 2016 roku konkurs, którego celem było opracowanie standardu usług opiekuńczych służącego profesjonalizacji opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielności. Określone miały być standardy świadczenia usług oraz kształcenia w zakresie usług asystenckich i opiekuńczych, w tym teleopieki, co w istotny sposób miałoby przyczynić się do podniesienia jakości opieki świadczonej w miejscu zamieszkania oraz umożliwić właściwy poziom kształcenia i przygotowanie profesjonalnych służb. Efekty tych prac nie zostały jednak jeszcze upowszechnione.

➡ Część osób, dostrzegając zalety standardów, wyraża jednocześnie obawy związane z ich wprowadzaniem, jak np. zwiększenie kosztów, czy też brak odpowiednio przygotowanego personelu.

MOPS Ostróda: Obecnie wprowadzenie kompleksowej, w pełni funkcjonującej standaryzacji, wydaje się nierealne. Oznacza bowiem objęcie wsparciem o wiele większej grupy osób, niż obecnie i zaproponowanie im o wiele szerszego i zróżnicowanego zakresu świadczeń, niż ma to miejsce obecnie. Wymaga także potężnego zwiększenia nakładów w tym obszarze. W przypadku realizatorów usług wiązałoby się to z istotnym zwiększeniem obciążeń formalno-administracyjnych, szkoleniowych i koniecznością zapewnienia, co obecnie zaczyna być problemem, zróżnicowanego personelu, o różnorodnych kwalifikacjach, doświadczeniu i umiejętnościach. Także rozbudowane funkcje organizacyjne oraz nadzorczo-kontrole ze strony gminy wymagałyby zapewnienia dodatkowego personelu do realizacji tego zadania.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

A. Zgłoszenie potrzeby otrzymywania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Wniosek do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ośrodka pomocy społecznej jest składany przez:

- ➔ osobę starszą / zainteresowaną pomocą w ramach usług
- ➔ inną osobę (np. członka rodziny, sąsiada)
- ➔ instytucję (np. placówkę służby zdrowia, parafię, policję, spółdzielnię/wspólnotę mieszkaniową)
- ➔ OPS z urzędu.

Zwyczajowo wszystkie formalnie złożone wnioski są rozpatrywane praktycznie na bieżąco⁵³.

⁵³ Informacja o wynikach kontroli NIK *USŁUGI OPIEKUŃCZE ŚWIADCZONE OSOBOM STARSZYM W MIEJSCU ZAMIESZKANIA*, W-wa maj 2018, s. 15.

B. Wywiad środowiskowy i analiza sytuacji osoby starszej

-  Wywiad środowiskowy jest przeprowadzany w celu ustalenia sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej⁵⁴ wnioskodawcy, ocenie podlega zatem sytuacja życiowa, w tym potrzeby wnioskodawcy oraz możliwości zapewnienia opieki i pomocy przez rodzinę.
-  Wywiad środowiskowy przeprowadza się w ciągu 14 dni roboczych licząc od dnia powzięcia wiadomości o potrzebie przyznania świadczenia (w sprawach niecierpiących zwłoki, wymagających pilnej interwencji, np. wypisu ze szpitala - niezwłocznie, nie później niż w terminie dwóch dni roboczych)⁵⁵.
-  Dodatkowo niezbędna jest dokumentacja potwierdzająca sytuację zdrowotną wnioskodawcy, w tym opinia lekarza. Na podstawie powyższych dokumentów ustalany jest zakres i wymiar usług oraz okres i miejsce ich świadczenia.

C. Kompletowanie dokumentacji i ewentualne wszczęcie postępowania u osób zobowiązanych do alimentacji⁵⁶

D. Wydanie przez OPS decyzji przyznającej usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

-  W decyzji przyznającej usługi opiekuńcze, ośrodek pomocy społecznej określa zakres, okres i miejsce świadczenia oraz szczegółowe warunki płatności⁵⁷.
-  Przeciętny czas oczekiwania na przyznanie decyzji o objęciu wsparciem zasadniczo nie przekracza dwóch tygodni⁵⁸.

ODMOWA PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

OPS rzadko udzielają odmów przyznania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

-  **MOPS w Bydgoszczy:** *Rosnąca liczba osób starszych skutkuje wzrostem zapotrzebowania na środowiskową pomoc opiekuńczą. Przekłada się to na sytuację, w której liczba godzin świadczonej opieki nie zaspokaja często faktycznych potrzeb. Zdarza się też, że osoby oczekujące pomocy są w sytuacji finansowej umożliwiającej zorganizowanie opieki przez podmiot niepubliczny. Uzyskują wówczas informację o takich podmiotach. Reasumując, nie wszystkie osoby otrzymały wsparcie w formie usług, ale każda, która zgłosiła się, otrzymała informację o możliwości zorganizowania pomocy bez udziału ośrodka⁵⁹.*

Najczęstszymi powodami decyzji odmownych są⁶⁰:

-  → sprawność fizyczna w samodzielnym poruszaniu się,
-  → możliwość sprawowania opieki przez rodzinę,
-  → brak współdziałania osoby wymagającej opieki z pracownikiem socjalnym.

⁵⁴ Ustawa o pomocy społecznej, art. 107.

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1788). Par. 2 ust. 1 i 2

⁵⁶ Informacja o wynikach kontroli NIK USŁUGI ... op. cit., s. 44.

⁵⁷ Tamże, s. 111.

⁵⁸ Tamże, s. 15

⁵⁹ Informacja o wynikach kontroli NIK USŁUGI..., op. cit., s. 38.

⁶⁰ Tamże, s. 14-15.

Ocena możliwości zapewnienia właściwej opieki przez bliskie otoczenie jest uznaniowa.



Warto podkreślić problem, który dotyczy formalnych możliwości objęcia wsparciem osób starszych, które na co dzień znajdują się pod opieką członka rodziny. Z reguły, osobie mieszkającej wraz z rodziną trudno takie wsparcie uzyskać, a jest to praktycznie niemożliwe w sytuacji, gdy opiekun zrezygnował z pracy i otrzymuje świadczenia pieniężne z tytułu opieki (tj. zasiłek dla opiekuna lub specjalny zasiłek opiekuńczy). Uznaje się bowiem, iż fakt otrzymywania świadczeń za sprawowanie stałej opieki, przekreśla możliwość uzyskania dodatkowego wsparcia w formie usług. Takie rozwiązanie powinno być dostępne, aby doraźna pomoc w formie usług, mogła stanowić wsparcie w ramach polityki wytnieniowej⁶¹ i umożliwić, osobie na co dzień zajmującej się podopiecznym, chwilę odpoczynku lub czas na załatwienie różnych spraw poza domem.

UPROSZCZONY TRYB OBJĘCIA USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI



Kontrola NIK potwierdziła zasadność podnoszonego przez pracowników OPS postulatu o wprowadzenie do ustawy o pomocy społecznej możliwości uproszczonego / interwencyjnego trybu przyznawania usług opiekuńczych, jako wyjątku od obowiązku przeprowadzenia pełnej procedury administracyjnej. Dotyczy to przypadków, gdy pilnej pomocy wymagają osoby samotne, które nie są w stanie własnym staraniem zabezpieczyć podstawowych potrzeb życiowych, np. po opuszczeniu szpitala lub nagłym zgonie opiekuna. W takich sytuacjach, niejednokrotnie ośrodki reagują bezzwłocznie i obejmują osobę niezbędnym wsparciem, jeszcze przed wydaniem decyzji administracyjnej, co skutkuje łamaniem prawa⁶².

MOPR w Grudziądzu: *Usługi opiekuńcze to specyficzny rodzaj pomocy, przyznawany nierzadko niezwłocznie, tj. w ciągu kilku godzin od zgłoszenia takiej potrzeby. Należy rozważyć wprowadzenie przepisu umożliwiającego przyznanie w sytuacji nagłej stosownej pomocy⁶³.*

⁶¹ Od 2019 roku, w ramach programu MRPiPS pn. „Opieka wytnieniowa”, finansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wspomagania Osób Niepełnosprawnych, w trybie corocznego naboru wniosków w ramach konkursów, przekazywane są gminom i powiatom środki na realizację usług opieki wytnieniowej adresowanej do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

⁶² Informacja o wynikach kontroli NIK USŁUGI..., op. cit., s. 26.

⁶³ Tamże, s. 68.

1.2 Usługi dziennego opiekuna na obszarach wiejskich

ZAŁOŻENIA DOT. ORGANIZACJI WSPARCIA

➡ Przykładowe sytuacje, gdy **gminna oferta usług opiekuńczych nie może zaspokoić w pełni potrzeb** w zakresie pomocy wszystkim osobom wymagającym opiekuńczego wsparcia, a uzasadnione byłoby organizowanie usług dziennego opiekuna:

- ➔ w specyficznych gminach wiejskich, o rozległej strukturze, z dużą liczbą sołectw oraz sporymi odległościami między miejscowościami przy braku połączeń komunikacji publicznej;
- ➔ w gminach miejsko-wiejskich, gdy oprócz podopiecznych na obszarze miejskim, pojedyncze osoby wymagają wsparcia, a zamieszkują w różnych, oddalonych od siebie wsiach, pomiędzy którymi brakuje dogodnych połączeń. Zapewnienie wsparcia przez opiekunkę środowiskową wiązałoby się z koniecznością przeznaczenia znacznego czasu na dojazdy, kosztem faktycznej realizacji usługi opiekuńczej.

➡ Usługi dziennego opiekuna na obszarach wiejskich to **forma wsparcia opiekuńczego dla osób starszych testowana w ramach projektu partnerskiego** pn. *„Pogodna jesień życia na Kujawach i Pomorzu – projekt rozwoju pomocy środowiskowej dla seniorów”* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020. Projekt realizowany jest

w partnerstwie przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu oraz Kujawsko-Pomorski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża.

➡ Pomysł na wdrożenie usług opiekuna dziennego na obszarach wiejskich został zaczerpnięty z rozwiązań w zakresie integracji starzejącego się społeczeństwa propagowanych i upowszechnianych w ramach projektu *„Starzec się godnie w Europie – różnorodne wizje samorządów lokalnych”*. W 2010 roku przedstawiciele ROPS w Toruniu uczestniczyli w wizycie studyjnej na Węgrzech, w trakcie której poznali założenia funkcjonującego w tym kraju modelu wsparcia samotnych osób starszych w ramach tzw. **projektu Tonio, dot. usług dozorczy na wsi (village warden service)**. Metoda ta została zaadaptowana na grunt regionalny i upowszechniona do wdrażania poprzez cykl warsztatów przeprowadzonych w ramach ww. projektu.

➡ Rozwiązanie to od lat funkcjonuje na Węgrzech i z oddolnej inicjatywy zostało zaszczipione na skalę krajową. Jego twórcą był jeden człowiek, który w 1988 roku po przejściu na emeryturę, zorganizował 25 grup wyposażonych w samochody i niosących pomoc osobom potrzebującym, zamieszkującym małe miejscowości w rejonach „odciętych od świata”. Na początku tzw. dozorczy na wsiach działali bez oparcia w przepisach prawnych. Pierwsze uregulowania znalazły się w ustawie socjalnej z 1993 r., a pełne doprecyzowanie prawne nastąpiło w 2000 r.

PODMIOTY PROWADZĄCE

W projekcie „Pogodna jesień życia...” realizowany był model organizowania i monitorowania sposobu świadczenia usług opiekuna dziennego, przez specjalistów ds. usług dziennej opieki zatrudnionych w oddziałach PCK (będącego Liderem projektu).

ZATRUDNIONA KADRA

➡ Zgodnie z modelem węgierskim, **osoba świadcząca usługi opiekuna nie musi posiadać kierunkowego wykształcenia** (w zamian odbywa odpowiednie szkolenie), **musi być dyspozycyjna** i natychmiast reagować w przypadku pojawiających się problemów, a co najważniejsze posiadać odpowiednią osobowość i indywidualne predyspozycje. Wyboru odpowiedniego kandydata dokonuje społeczność lokalna, w trakcie zebrania wiejskiego przeprowadza się głosowanie i wyłania osobę godną zaufania, z nieposzlakowaną opinią, dyspozycyjną i gotową podjąć się roli opiekuna, która zostaje formalnie zatrudniona przez gminę.

➡ Przykładowe wymagania zaprezentowane w procedurze konkursowej przeprowadzonej przez OPS **na stanowisko opiekuna społecznego**⁶⁴:

- ➔ Wykształcenie: minimum zawodowe;
- ➔ Dyplom ukończenia szkoły na jednym z kierunków: opiekun/ka w domu pomocy społecznej / środowiskowa / medyczny / osoby niepełnosprawnej, lub ukończony kurs potwierdzający posiadanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu opiekuna (przewiduje się możliwość zatrudnienia osoby będącej w trakcie nauki na jednym z ww. kierunków/kursów lub rozpoczęcia nauki w okresie realizacji pracy opiekuna).
- ➔ Mile widziane doświadczenie w pracy opiekuna osoby starszej, chorej lub niepełnosprawnej.
- ➔ Wymagane umiejętności i uprawnienia:
 - umiejętność skutecznego komunikowania się,
 - umiejętność organizowania pracy w domu podopiecznego,
 - samodzielność,
 - dyskrecja,
 - wysoka kultura osobista.

FINANSOWANIE USŁUG OPIEKUNA DZIENNEGO

W rozwiązaniu węgierskim opiekun zostaje formalnie zatrudniony przez gminę (jego wynagrodzenie jest finansowane ze środków samorządu lub unijnych), uzyskuje również dotację na zakup paliwa pochodzącą z budżetu państwa.

ZAKRES USŁUG DZIENNEGO OPIEKUNA

Zakres wsparcia udzielanego przez opiekuna dziennego obejmuje w szczególności pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zalecaną przez lekarza, jak również w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem (zakres podobny jak w przypadku tradycyjnych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania). Jest on **ustalany na mocy trójstronnych kontraktów** (zawieranych pomiędzy seniorem, opiekunem, a koordynatorem wsparcia) na świadczenie usług dziennej opieki określających Indywidualny Plan Wsparcia Seniora⁶⁵.

⁶⁴<http://www.mops.lubliniec.pl/art,133,mops-w-lublincu-poszukuje-osoby-na-stanowisko-opiekun-spoeczny> (data korzystania: 16.04.2020)

⁶⁵ Założenia projektu „Pogodna jesień Życia...” (szczegóły w załączniku).



Według modelu węgierskiego, nacisk położony jest przede wszystkim **na realizację czynności gospodarczo-porządkowych**, w tym zaspokajanie najistotniejszych potrzeb życiowych związanych z:

- robieniem zakupów ze środków finansowych podopiecznego;
- dostarczaniem lub przygotowaniem, a także podaniem posiłków;
- zapewnieniem usług transportowych (np. dowóz do lekarza, na zabiegi rehabilitacyjne);
- dopilnowaniem regularnego przyjmowania leków;
- przynoszeniem opału, paleniem w piecu, odśnieżaniem;
- wykonywaniem niezbędnych drobnych remontów;
- doradztwem w zakresie przysługujących praw i świadczeń.



W ramach projektu „Pogodna jesień życia...” **opracowany został zakres usług dziennej opieki** będący zbiorem czynności, który wraz z niezbędnymi informacjami o podopiecznym, stanowi podstawę do opracowania Indywidualnego Planu Wsparcia Seniora. Zakres świadczonych czynności odnosi się do wyróżnionych czterech obszarów wsparcia (charakterystycznych dla usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania) i uwzględnia bardzo podobny wymiar realizowanej pomocy.

I. Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych – przewidywany zakres czynności obejmować będzie w szczególności:

- dostarczanie produktów żywnościowych,
- przygotowywanie lub dostarczanie posiłków (z uwzględnieniem zaleceń lekarza),
- pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie,
- dbałość o higienę żywności i jej przechowywanie,
- sprzątanie polegające na utrzymaniu w czystości najbliższego otoczenia osoby starszej (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych),
- utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych,
- utrzymanie bieżącej czystości sprzętów codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych, wynoszenie śmieci,
- utrzymanie w czystości sprzętu pomocniczego ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. balkonik, podnośnik, wózek inwalidzki, łózko rehabilitacyjne),
- pranie odzieży, bielizny pościelowej, ręczników niesamodzielnej osoby starszej, niezbędne prasowanie lub zanoszenie i odbiór z pralni,
- dokonywanie niezbędnych zakupów i prowadzenie w tym zakresie zeszytu rozliczeń kosztów ponoszonych na ten cel (po ustaleniu z osobą starszą),
- pomoc w czynnościach regulowania opłat i dysponowania środkami finansowymi na ten cel (po uzgodnieniu z osobą starszą),
- załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach i innych instytucjach, czy organizacjach,
- pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, realizacja recept lekarskich
- kontrola zawartości domowej apteczki pod kątem terminów trwałości leków,
- pomoc w organizacji wolnego czasu, np. spacer, czytanie książek, przynoszenie gazet i książek z biblioteki, pomoc w korespondencji (w tym prowadzonej drogą elektroniczną), pomoc w opiece nad zwierzętami domowymi,

- zgłaszanie do naprawy urządzeń i instalacji domowych,
- przynoszenie opału, palenie w piecu, o ile nie ma innego źródła ogrzewania (z wyłączeniem palenia w kotłowniach),
- inne niezbędne i uzasadnione czynności.

II. Opieka higieniczna – przewidywany zakres czynności obejmować będzie w szczególności:

- mycie ciała, mycie głowy, kąpiel,
- czesanie, obcinanie paznokci, golenie,
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych,
- zmianę pieluch – majtek z uwzględnieniem czynności higieniczno – pielęgnacyjnych,
- pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej,
- zmianę bielizny pościelowej,
- sianie łóżka,
- zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzeń,
- czyszczenie protez zębowych,
- w uzasadnionych przypadkach inne czynności wynikające z indywidualnych zaleceń lekarskich, pielęgniarstwa opieki środowiskowej lub indywidualnych potrzeb osoby starszej.

III. Opieka pielęgnacyjna – przewidywany zakres czynności obejmować będzie w szczególności:

- oklepywanie, stosowanie okładów i kompresów, zmiana opatrunków,
- podawanie leków drogą doustną, doodbytniczą, wziewną (inhalacje) lub przez skórę (wcieranie),
- mierzenie temperatury, ciśnienia krwi, poziomu cukru,
- inne czynności wynikające z indywidualnych zleceń lekarskich lub pielęgniarstwa pomocy środowiskowej.

IV. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem – przewidywany zakres czynności obejmować będzie w szczególności:

- czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia oraz społecznością lokalną,
- pomoc w uczestniczeniu w życiu społeczności lokalnej, organizowaniu wyjść z miejsca zamieszkania,
- pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych,
- pomoc w zaspokojeniu potrzeb kulturalnych, sportowych, rekreacyjnych,
- inne, niezbędne czynności.

Warto podkreślić, iż w przypadku, **gdy senior korzysta z teleopieki**, dzienny opiekun powinien odpowiadać za systematyczne sprawdzanie stanu technicznego urządzenia przywoławczego, jak również jego rolą może być szybka interwencja na prośbę Centrum Alarmowego (w sytuacji braku kontaktu z podopiecznym) i przekazywanie pracownikom Centrum informacji o wszelkich niepokojących sygnałach.



Warunki niezbędne do realizacji usług w miejscu zamieszkania osoby starszej w pierwszej kolejności zapewnia sam podopieczny lub jego rodzina. Niezależnie od sytuacji materialnej i mieszkaniowej usługa będzie świadczona z dostosowaniem do indywidualnych warunków. Do prawidłowej realizacji usługi niezbędne jest dokonanie podczas pierwszej wizyty:



- oceny stanu sanitarnego lokalu umożliwiającego świadczenie usług dziennej opieki,
- oceny wyposażenia niezbędnego do wykonywania zleconych czynności opiekuńczych, w szczególności:
 - oceny podstawowego sprzętu gospodarstwa domowego,
 - zaopatrzenia w miskę, myjki, ręczniki,
 - zaopatrzenia w środki czystości i przybory toaletowe,
 - zaopatrzenia w środki kosmetyczne, materiały higieniczne, pielęgnacyjne, opatrunkowe, pieluchomajtki, wkładki urologiczne,
- oceny samodzielności osoby starszej.



Monitoring zakresu realizacji usług dziennego opiekuna jest prowadzony w oparciu o:

- bieżącą wymianę informacji pomiędzy specjalistą ds. usług dziennej opieki, osobą starszą i jej rodziną oraz dziennym opiekunem (nie rzadziej niż 1 raz w miesiącu);
- wizyty monitorujące – przeprowadzane przez specjalistę ds. usług dziennej opieki (co najmniej 1 raz w miesiącu przez pierwszy kwartał, co najmniej 1 raz na pół roku po pierwszym kwartale świadczenia usług);
- nadzór nad realizacją usług zgodnie ze zleceniem przez specjalistę ds. usług dziennej opieki (nie rzadziej niż 1 raz w miesiącu);
- analizę i sprawdzanie terminowości realizacji harmonogramów pracy opiekunek przez specjalistę ds. usług dziennej opieki (co najmniej 1 raz w miesiącu);
- analizę poprawności prowadzonej dokumentacji przez specjalistę ds. usług dziennej opieki – (1 raz w miesiącu);
- wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez osobę starszą.



W ramach realizacji usług dziennej opieki **prowadzona jest następująca dokumentacja**:

- Indywidualny Plan Wsparcia Seniora (IPWS)
- Dziennik usług dziennej opieki
- Karta usług dziennej opieki
- Formularz wizyty monitorującej
- Ankieta ewaluacyjna.

DOBRA PRAKTYKA

Aktualnie, w dobie pandemii koronowirusa, ROPS w Opolu podjął się realizacji działań związanych z zapewnieniem **usług kuriera społecznego**, który dociera ze wsparciem do osób potrzebujących, samotnych, niesamodzielnych, odosobnionych. Jest to wsparcie świadczone w związku z pandemią i wprowadzonymi zasadami bezpieczeństwa oraz rekomendacjami w tym zakresie, dotyczącymi możliwie ograniczanie opuszczania miejsca zamieszkania przez osoby starsze i schorowane.

- Kurier społeczny ma za zadanie zrobić i dostarczyć zakupy, kupić lekarstwa, przywieźć ciepły posiłek, ewentualnie w uzasadnionych przypadkach dokonać niezbędnych napraw, czy udzielić doraźnej pomocy.
- Wobec kandydatów nie stawia się żadnych wymogów formalnych, związanych z wykształceniem, poszukuje się osób z odpowiednim poziomem empatii, zrozumienia dla innych. Zależy również, aby były to osoby godne zaufania, dlatego wytypowanie ich zostało powierzone gminom.
- Utworzone nowe miejsca pracy są dedykowane przede wszystkim osobom, które z powodu pandemii dotknęło bezrobocie, aby w planowanym okresie (od kwietnia do czerwca, z

możliwością przedłużenia), uzyskały jakąś formę zatrudnienia. W projekcie przewidziano zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA USŁUG DZIENNEGO OPIEKUNA

Dotychczasowe doświadczenia dotyczą organizowania usług dziennego opiekuna w ramach realizacji projektu unijnego „Pogodna jesień życia...”. Aby wziąć udział w projekcie należało spełniać określone kryteria rekrutacyjne. Procedura rekrutacji do projektu i ustalenia zakresu wsparcia przewidywała:

- A. Złożenie przez osobę starszą dokumentów rekrutacyjnych określonych w Regulaminie uczestnictwa w projekcie (tj. karty zgłoszenia, zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgody na udostępnianie wizerunku, innych niezbędnych dokumentów) wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie kryteriów premiujących (jeżeli osoba takie kryteria spełnia);
- B. Przeprowadzenie analizy spełniania przez osobę starszą kryteriów rekrutacyjnych umożliwiających uczestnictwo w projekcie oraz wybór osób, na rzecz których będą świadczone usługi dziennej opieki;
- C. Rozpoznanie potrzeb i opracowanie trójstronnego kontraktu przez opiekuna dziennego, osobę starszą i specjalistę ds. usług dziennej opieki, czyli tzw. Indywidualnego Planu Wsparcia Seniora (IPWS) określającego zakres wsparcia i wymiar godzinowy usług opiekuńczych.
Zakres wsparcia i wymiar godzinowy uzależniony jest między innymi od stanu zdrowia i poziomu niesamodzielności danej osoby, jej sytuacji osobistej i materialnej, sytuacji jej rodziny, warunków lokalowych w jakich przebywa i w jakich świadczona będzie usługa.

1.3 Pomoc sąiedzka

RODZAJE POMOCY SĄIEDZKIEJ

Pomoc sąiedzka jako ODDOLNA INICJATYWA SAMOPOMOCOWA



dotyczy nieprofesjonalnych, oddolnych, spontanicznych i nieformalnych działań samopomocowych, których podstawą jest przede wszystkim wzajemność i zaufanie budowane na bazie naturalnych więzi ukształtowanych w wyniku wspólnego zamieszkiwania określonej przestrzeni lokalnej⁶⁶. Cechy te odróżniają pomoc sąiedzka od instytucjonalnych usług opiekuńczych i przybliżają ją bardziej do rodzinnych form opieki. Idea ta odwołuje się do zakorzenionej od lat w różnych środowiskach (zwłaszcza wiejskich) instytucji samopomocy sąiedzkiej, funkcjonującej w formie świadczenia drobnych przysług na rzecz sąiadów, takich jak robienie zakupów czy pilnowanie mieszkania podczas ich nieobecności. Taka forma wsparcia jest najbardziej tradycyjnym i utrwalonym sposobem wspierania w sąiedztwie osób starszych.

Pomoc sąiedzka jako SĄIEDZKIE USŁUGI OPIEKUŃCZE



dotyczy regularnych, zakontraktowanych usług świadczonych na rzecz osób starszych przez osoby z ich najbliższego otoczenia, niezbędnych w sytuacji, gdy ze względu na stan osoby potrzebującej, opieka musi być świadczona regularnie, w sposób z góry ustalony i niezawodny. Różnice pomiędzy usługą opiekuńczą świadczoną w formule sąiedzkiej a w ramach opieki środowiskowej dotyczą następujących aspektów:

→ **więzi emocjonalnej z podopiecznym**

O przewadze sąiedzkiej formuły usług opiekuńczych decyduje przede wszystkim więź sąiedzka, dająca poczucie bezpieczeństwa osobie korzystającej z usługi oraz zapewniająca elastyczność i gotowość sąiada do reagowania na bieżące potrzeby podopiecznego.

→ **kwestii fizycznego oddalenia**

→ **możliwego trybu pracy**

Zakontraktowanie usług pomocy sąiedzkiej dotyczy obowiązku codziennego odwiedzenia podopiecznego zarówno w dni powszednie, jak i soboty, niedziele oraz święta. Formuła ta nie wyklucza jednak możliwości elastycznego rozplanowania czasu pracy, gdyż dokładne pory odwiedzin mogą być uzgadniane przez świadczącego usługę bezpośrednio z podopiecznym zależnie od jego potrzeb.

→ **rekrutacji i przygotowania do pracy**

Brak formalnych kwalifikacji osoby sprawującej opiekę (sąiada) należy wyrównywać poprzez wprowadzenie możliwości odpowiedniego przyuczenia;

→ **oparcia w instytucji kontraktującej usługę i odpowiadającej za jej realizację⁶⁷**

Ograniczoną łączność z instytucją realizującą usługi i jej zespołem warto rekompensować poprzez wdrożenie form bieżącego wsparcia;

⁶⁶ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, Jak dobrze..., op. cit., s. 14.

⁶⁷ Tamże, s. 19-20.

→ możliwości złagodzenia biurokracji

Dokumentacja związana z realizacją usług powinna być prosta i ograniczona do niezbędnego minimum, aby sztucznie nie formalizować sąsiedzkich relacji opartych na więzi i zaufaniu. Z tego względu rekomendowane jest złagodzenie formalnego rygoru ich funkcjonowania w porównaniu z usługą świadczoną przez zatrudnioną obcą osobę.

W przypadku zakontraktowanych usług pomocy sąsiedzkiej **rekomenduje się stały charakter wsparcia**, opartego na świadczeniu pomocy przynajmniej raz dziennie przez 1 godzinę usługi bezpośrednio na rzecz podopiecznego we wszystkie dni tygodnia⁶⁸. W wyniku indywidualnej



diagnozy należy określić potrzebną liczbę godzin wsparcia tygodniowo. Z drugiej strony, opracowania tematyczne, podkreślają kluczową cechę tej formy pomocy, którą powinna być **elastyczność**, m.in. w obszarze ustalania zakresu i form wsparcia⁶⁹. Podkreśla się również, że **usługi pomocy sąsiedzkiej należy traktować raczej jako uzupełnienie istniejącej oferty wsparcia** dla niesamodzielnych osób starszych zapewnianego przez rodzinę, czy

w szerszym zakresie środowisko lokalne. Pomoc sąsiedzka nie może zatem stanowić panaceum na problem niewystarczającej skali usług opiekuńczych w gminie⁷⁰.

PODMIOTY ORGANIZUJĄCE USŁUGI OPIEKUŃCZE W FORMULE SĄSIEDZKIEJ

OGÓLNE ZASADY ORGANIZOWANIA USŁUG POMOCY SĄSIEDZKIEJ



Upowszechnianie i organizowanie sąsiedzkich usług opiekuńczych **zależy w dużej mierze od specyfiki danego środowiska i wprowadzonych już rozwiązań** w zakresie środowiskowego wsparcia dla seniorów. Nie jest to zadanie proste i nie nadaje się do wdrażania we wszystkich środowiskach lokalnych. Istotny w tym aspekcie jest rodzaj i typ relacji dominujący w danym środowisku oraz znaczenie roli społeczności sąsiedzkich dla lokalnych środowisk⁷¹.



Niekiedy uzupełnienie oferty usług opiekuńczych o formułę sąsiedzką wymaga od organizatorów w pierwszej kolejności **podjęcia działań animacyjnych** ukierunkowanych na budowanie wspólnotowych relacji w danej społeczności lokalnej oraz mobilizowania istniejących w niej zasobów⁷².



Wprowadzenie do gminnej oferty usług wsparcia opiekuńczego w formie pomocy sąsiedzkiej **wymaga od organizatorów dużej ostrożności i rozwagi**, aby nie zaprzepaścić funkcjonujących już w środowisku oddolnych, spontanicznych działań samopomocowych na rzecz potrzebujących osób starszych⁷³.



Kontraktowanie usług sąsiedzkich może odbywać się tylko tam, gdzie **istnieją więzi sąsiedzkie** (między sąsiadami występuje zażyłość, która jest motorem podejmowania wzajemnych przysług) lub gdzie jest możliwość ich zainicjowania.

⁶⁸ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, MłIR, W-wa 2019, s. 68.

⁶⁹ B. Głuszak, C. Miżejewski, *Usługi...*, op. cit., s. 11.

⁷⁰ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 7.

⁷¹ Tamże, s. 14.

⁷² Tamże, s. 15.

⁷³ Tamże, s. 7.



Usługi sąsiedzkie warto traktować jako **formę uzupełniającą dla innych działań w ramach środowiskowego wsparcia opiekuńczego lub rodzaj pomocy świadczonej w miejscach, gdzie inna oferta pomocowa byłaby niemożliwa lub nieefektywna do wdrożenia**. Przykładowe sytuacje, gdy pomoc sąsiedzka sprawdza się bardziej od tradycyjnych usług opiekuńczych:

- lokalizacja i miejsce zamieszkania osób potrzebujących opieki (np. zamieszkanie na oddalonych obszarach wiejskich, w rozproszeniu);
- potrzeba wsparcia w czasie odmiennym od godzin pracy opiekunów środowiskowych (np. godziny popołudniowe, wieczorne, weekend);
- zmienny stan podopiecznego utrudniający wskazanie stałej pory zapotrzebowania na usługi (w przebiegu choroby występują okresy lepszego i gorszego funkcjonowania ze względu np. na skoki ciśnienia, nie sprawdza się wówczas stały grafik odwiedzin i skuteczniejsza jest elastyczna usługa sąsiedzka pozwalająca reagować na zmianę stanu podopiecznego);
- brak zgody na opiekę ze strony obcych, nieznanych podopiecznemu osób⁷⁴,
- jako forma „pomostowa”, która po pierwsze pozwala przełamać opór seniorów przed korzystaniem ze wsparcia osób trzecich (usługa świadczona jest przez zaufanego sąsiada), po drugie zaś ułatwia w razie potrzeby późniejszą akceptację usług opiekuńczych, kiedy wymaga tego stan seniora (tj. gdy niezbędne są zaawansowane czynności pielęgnacyjne).

WYMAGANIA WOBEC OPIEKUNA-SĄSIADA

Tabela 2 Różnice pomiędzy usługą opiekuńczą świadczoną przez opiekuna/kę środowiskową a usługą w formule sąsiedzkiej

OPIEKUN(KA) ŚRODOWISKOWY(A)	OPIEKUN(KA) ŚWIADCZĄCY(A) POMOC SĄSIEDZKĄ
1. OSOBA OBCA	1. OSOBA ZNANA, ZAUFANA
→ Rekomendowane jest, aby osobę świadczącą pomoc sąsiedzką wskazywał sam świadczeniobiorca, czyli osoba korzystająca z tej pomocy⁷⁵. Natomiast zgodnie z wytycznymi EFS¹⁵⁵, ocena kandydata dokonywana jest przez organizatora usługi (projektodawcę) w uzgodnieniu z osobą będącą odbiorcą usługi lub jej opiekunem faktycznym/prawnym. → W sytuacji, gdy pomoc sąsiedzka stanowi formę wsparcia uzupełniającego, zastępczego lub wytchnieniowego, opiekun musi być również osobą akceptowaną przez członka rodziny, który stale sprawuje opiekę nad osobą potrzebującą. → W wyjątkowych sytuacjach, gdy niemożliwe jest zapewnienie usług opiekuńczej środowiskowej, a osoba potrzebująca wsparcia nie jest w stanie wskazać wśród swoich sąsiadów potencjalnego opiekuna, organizator może spróbować zaangażować nieznaną podopiecznemu osobę z sąsiedztwa. Powinna być ona dobrze znana organizatorowi wsparcia, by mógł ręczyć i ponosić odpowiedzialność za jej rzetelność i przygotowanie do pełnienia obowiązków opiekuńczych⁷⁶. → Funkcja opiekuna-sąsiada wiąże się nie tylko ze sprawowaniem opieki i wykonaniem szeregu zakontraktowanych czynności, lecz również, a może przede wszystkim na budowaniu relacji, w której ogromne znaczenie mają otwartość, empatia, wyrozumiałość i wrażliwość.	

⁷⁴ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, Jak dobrze..., op. cit., s. 21.

⁷⁵ B. Głuszak, C. Miżejewski, Usługi..., op. cit., s. 12.

⁷⁶ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, Jak dobrze..., op. cit., s. 36.

OPIEKUN(KA) ŚRODOWISKOWY(A)	OPIEKUN(KA) ŚWIADCZĄCY(A) POMOC SĄSIEDZKĄ
2. ZNAJDUJE SIĘ DALEKO	2. ZNAJDUJE SIĘ BLISKO (krótki czas dotarcia, niski koszt dotarcia, zwiększone poczucie bezpieczeństwa podopiecznego)
W odniesieniu do rekomendacji sformułowanych na podstawie doświadczeń organizatorów tej formy wsparcia, granice sąsiedztwa powinno się wyznaczać uwzględniając czas i możliwość dotarcia do podopiecznego, kiedy tylko zaistnieje taka potrzeba. Rekomendowany czas to kwadrans, a maksymalny dopuszczony tylko w uzasadnionych przypadkach to godzina ⁷⁷ .	
3. STAŁY, Z GÓRY USTALONY GRAFIK USŁUG	3. ELASTYCZNOŚĆ I DYSPOZYCYJNOŚĆ POD WZGLĘDEM REALIZACJI USŁUG
Opiekun-sąsiad winien być w codziennym kontakcie z podopiecznym ¹⁵⁵ , a częstotliwość świadczonych przez niego usług ma być uzależniona od potrzeb podopiecznego, przy czym przewiduje się możliwość ich realizacji w nagłych przypadkach również w nocy (np. nagłe zachorowanie lub złe samopoczucie).	
4. RELACJA: 1 NA WIELU PODOPIECZNYCH	4. RELACJA: 1 NA 1
5. FORMALNE KWALIFIKACJE	5. OPIEKUN POSIADA REKOMENDACJĘ PODOPIECZNEGO i praktyczne umiejętności życiowe nabyte w ramach własnego doświadczenia
→ Wraz z zakontraktowaniem usługi sąsiedzkiej, organizator przekazuje opiekunowi-sąsiadowi niezbędne informacje i wskazówki dotyczące świadczenia wsparcia (zakres usług oraz inne informacje związane ze stanem zdrowia i specjalnymi potrzebami podopiecznego) oraz zapewnia przyuczenie do wykonywania wskazanych czynności opiekuńczych w niezbędnym zakresie, wyrównującym brak formalnych kwalifikacji do świadczenia usług opiekuńczych (tj. ukończonych stosownych kursów i szkoleń)⁷⁸. → Zgodnie z wytycznymi EFS¹⁵⁵, osoba świadcząca sąsiedzkie usługi opiekuńcze winna odbyć minimum 8-godzinne przygotowanie z zakresu realizacji usługi (np. przestrzegania zasad etycznych, zasad współżycia społecznego, dbałości o dobro osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym o jej mienie).	
6. CZŁONEK WIĘKSZEGO ZESPOŁU (łatwe zastępstwo, rotacja)	6. WSPARCIE OGRANICZONE DO OSOBY SĄSIADA (konflikt lojalności i poczucie zobowiązania)
→ W związku ze specyfiką usług sąsiedzkich, niezbędne jest wprowadzenie podopiecznego seniora w zagadnienia związane z możliwym konfliktem lojalności. Organizator usług powinien udzielić instrukcji, co można i trzeba zrobić w sytuacji zastrzeżeń dotyczących świadczenia wsparcia opiekuńczego przez sąsiada (komu zgłosić swoje uwagi, w jaki sposób by nie mieć obawy o posądzenie o brak sąsiedzkiej lojalności oraz jakie działania zostaną podjęte przez organizatora w tym zakresie)⁷⁹. → W sytuacji, gdy sąsiad rezygnuje ze świadczenia usługi lub nie wywiązuje się właściwie ze swoich obowiązków, na jego miejsce zostaje zrekrutowana inna osoba z sąsiedztwa, a jeśli nie jest to możliwe, usługi opiekuńcze przejmuje opiekunka środowiskowa.	

⁷⁷ B. Głuszak, C. Miżejewski, *Usługi...*, op. cit., s. 12.

⁷⁸ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 37.

⁷⁹ Tamże, s. 35.

OPIEKUN(KA) ŚRODOWISKOWY(A)	OPIEKUN(KA) ŚWIADCZĄCY(A) POMOC SĄSIEDZKĄ
7. WŁĄCZENIE W FUNKCJONOWANIE INSTYTUCJI (dostęp do szkoleń, superwizji, wsparcia)	7. OSOBA SPOZA STRUKTUR INSTYTUCJI
→ Rekomendowane jest, aby organizator zapewniał osobie świadczącej usługi sąsiedzkie, stałe i systematyczne wsparcie w prawidłowym jej świadczeniu. Wsparcie może przybierać różne formy, m.in. poradnictwa, konsultacji, superwizji, czy szkolenia. Sąsiad-opiekun powinien mieć możliwość skorzystania w szczególności ze wsparcia psychologa, pracownika socjalnego, bądź pielęgniarki środowiskowej. → Projektując ww. działania, należy uwzględniać fakt, iż osoby świadczące pomoc sąsiedzką, mogą nie mieć możliwości poświęcenia dodatkowego czasu na skorzystanie z form wsparcia. Warto zatem, aby niezbędne informacje mogli otrzymać na miejscu i korzystając na bieżąco ze specjalistycznych porad⁸⁰.	

FINANSOWANIE SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

➔ **Koszty świadczenia usług sąsiedzkich są niższe** od tych potrzebnych na zapewnienie usług opiekuńczych oraz nieporównywalnie niskie w zestawieniu z wydatkami, jakie trzeba by ponieść na zapewnienie opieki instytucjonalnej (tj. w placówce stałego pobytu). **Sąsiedzka formuła usług opiekuńczych pozwala efektywnie wykorzystać czas opiekuna** (m.in. osoby świadczące usługę nie zużywają czasu na dojazdy do podopiecznych), jak również nie zachodzi konieczność zapłaty za nadgodziny w porach wieczornych i w dni wolne od pracy (co stanowiłoby obowiązek w przypadku personelu etatowego)⁸¹.

➔ **Kwestia odpłatności za usługi sąsiedzkie jest zagadnieniem problematycznym.** Najczęstszą praktyką w tym zakresie, było organizowanie tej formy usług na podstawie zawierania umów cywilno-prawnych. W obliczu zmiany przepisów obowiązującej po 1 stycznia 2016 w zakresie ubezpieczeń społecznych, to rozwiązanie przestaje być korzystne.

➔ Wytyczne EFS wskazują na możliwość ustalenia formy wynagrodzenia za sąsiedzkie usługi opiekuńcze lub funkcjonowania ich na zasadach wolontariatu.

Zazwyczaj **opiekun świadczący usługę sąsiedzką wykonuje ją za wynagrodzeniem na podstawie umowy określającej wymiar i zakres usługi.** Sąsiadowi powinno przysługiwać wynagrodzenie za wykonywane w ramach usługi czynności, jak i zwrot niezbędnych poniesionych kosztów związanych z jej świadczeniem (np. koszty przejazdu związane z towarzyszeniem podopiecznemu w związku z wizytami u lekarza, koszty rozmów telefonicznych związanych z umawianiem tych wizyt). Wysokość wynagrodzenia określana jest zależnie od wymiaru usługi. Wynagrodzenie może być ustalone na podstawie stawki godzinowej lub ryczałtu.

➔ **Zaletą rozliczania pracy na podstawie stawki godzinowej i liczby przepracowanych godzin jest wysoki stopień przejrzystości.** Rozwiązanie to w sposób jednoznaczny i czytelny wiąże wysokość wynagrodzenia z nakładem pracy, daje jasny obraz i uzasadnienie wydatkowania

⁸⁰ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, Jak dobrze..., op. cit., s. 37.

⁸¹ Tamże, s. 22.

środków przeznaczonych na usługi opiekuńcze⁸². Wadą jest duży stopień formalizacji, ponieważ taka forma rozliczenia wymaga prowadzenia przez opiekuna-sąsiada ewidencji czasu pracy (karta czasu pracy) potwierdzanej przez podopiecznego, co może stanowić uciążliwość i być elementem zakłócającym spontaniczny charakter sąsiedzkich relacji, których istotą jest wzajemna więź. Jeśli jednak taki obowiązek zostanie wprowadzony od samego początku realizacji usług, nie powinien budzić oporu ani zastrzeżeń. Wprowadzenie obciążeń formalnych, w sytuacji gdy wcześniej usługa funkcjonowała w sposób mniej sformalizowany (np. na podstawie ryczałtu), może spotkać się ze sprzeciwem i niezrozumieniem⁸³.

➡ **Zaletą formy ryczałtowej** jest niski stopień sformalizowania rozliczeń i daleko posunięta elastyczność. Nacisk jest położony na zaspokojenie określonych potrzeb podopiecznego, co może wiązać się z wymogiem zróżnicowanego i zmiennego nakładu pracy opiekuna-sąsiada oraz bieżącego dostosowywania się przez niego do sytuacji. W tej formule nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji czasu pracy, stanowi ona rekompensatę dyspozycyjności opiekuna, jak również dodatkowych kosztów, które ponosi w związku z wykonywaniem usługi (przejazdy, rozmowy telefoniczne). System ryczałtowy nie generuje rozbudowanej dokumentacji, więc niższe są koszty administracyjne związane z jego obsługą (z obiegiem i kontrolą dokumentów)⁸⁴.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

➡ Usługa sąsiedzka jest oferowana, gdy **kontraktowane czynności nie wymagają specjalistycznych kwalifikacji zawodowych** i mogą być prawidłowo oraz bezpiecznie wykonane bez specjalnego przygotowania lub po przyuczeniu. Dotyczy to większości czynności wchodzących w zakres usług opiekuńczych⁸⁵.

➡ Ustalając zakres i wymiar usługi, należy przede wszystkim mieć na uwadze, aby osoba korzystająca ze wsparcia zachowywała **jak najdalej idącą niezależność i samodzielność** w zaspokajaniu swoich potrzeb i była motywowana do aktywności⁸⁶.

➡ Zgodnie z wytycznymi EFS¹⁵⁵, **warunki wykonywania sąsiedzkiej usługi opiekuńczej są określone w trójstronnym kontrakcie** zawartym pomiędzy odbiorcą usługi (lub jego opiekunem prawnym), sąsiadem-opiekunem a organizatorem usług. W uzasadnionych stanem zdrowia sytuacjach dopuszcza się podpisanie kontraktu przez opiekuna faktycznego (w sytuacji braku opiekuna prawnego).

➡ **Podopieczny powinien otrzymać spisany wykaz czynności objętych usługą.** W przypadku opiekuna-sąsiada wykaz czynności oraz wymiar usługi jest określony w umowie (kontrakcie). Ważne jest, żeby dla obu stron – dla osoby świadczącej usługę i dla osoby z niej korzystającej – było jasne, co wchodzi w zakres zakontraktowanego wsparcia. Uchroni to przed nieporozumieniami i ewentualnymi konfliktami. Posiadanie spisanej listy czynności opiekuńczych pozwala na bieżąco sprawdzać, co wchodzi, a czego nie obejmuje zakres usługi.

⁸² Tamże, s. 37.

⁸³ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, Jak dobrze..., op. cit., s. 39.

⁸⁴ Tamże, s. 38-39.

⁸⁵ Tamże, s. 20.

⁸⁶ Tamże, s. 34.

➡ W ramach wytycznych EFS¹⁵⁵ został zaproponowany następujący **katalog czynności opiekuńczych możliwych do wykonywania przez sąsiada-opiekuna**:

- ➔ pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów;
- ➔ pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków;
- ➔ pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym;
- ➔ pomoc w praniu odzieży i bielizny;
- ➔ pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów, w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą, towarzyszenie na spacerach;
- ➔ informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych;
- ➔ odwiedziny w szpitalu.

W rekomendacjach organizatorów usług sąsiedzkich⁸⁷, wskazuje się na **możliwość włączenia czynności higieniczno-pielęgnacyjnych** (m.in. układanie osoby leżącej, pomoc przy zmianie pozycji, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych) w zakres sąsiedzkiej usługi opiekuńczej, ale pod określonymi warunkami. Czynności te wymagają bezwzględnie przyuczenia przeprowadzonego przez opiekunki środowiskowe lub pielęgniarzki środowiskowe. Zakres czynności pielęgnacyjnych musi być uprzednio zalecony przez lekarza w wystawionym przez niego zaświadczeniu. Ponadto, o tym, jakie czynności potrzebne w ramach usługi opiekuńczej będzie mogła wykonywać osoba z sąsiedztwa, decydować będzie jej gotowość do ich wykonywania. Dotyczy to zwłaszcza czynności związanych z higieną osobistą podopiecznego.

➡ Rekomenduje się, aby w zakresie czynności dot. robienia zakupów i regulowania opłat, prowadzony był tzw. **zeszyt rozliczeń**. Robienie zakupów to najczęstsze z czynności świadczonych w ramach pomocy sąsiedzkiej. Wydaje się, że jeśli obie strony mają do siebie zaufanie, rozliczenia mogą być dokonywane na bieżąco bez żadnej ewidencji. Biorąc pod uwagę fakt, że pamięć ludzka bywa zawodna, a kwestia pieniędzy często może prowadzić do różnego rodzaju konfliktów i nieporozumień, warto kwitować przekazane kwoty i rozliczać wydatkowane środki na podstawie zamieszczonych w zeszycie dowodów zapłaty (paragonów). Dobrze jest ponadto ustalić z podopiecznym, w których sklepach mają być realizowane zakupy, tak by nie narażać go na nadmierne koszty⁸⁸.

➡ Nie można zapominać o tym, że **formuła sąsiedzka powinna także służyć zapewnianiu kontaktów z otoczeniem** (obszar praktycznie nierealizowany w ramach tradycyjnych usług opiekuńczych). Czynności o charakterze organizacyjnym powinny obejmować również przygotowanie wyjść z domu, pomoc w zapewnianiu potrzeb duchowych czy religijnych, towarzyszenie w wyjściach do kina, teatru itd.⁸⁹

➡ W przypadku, gdy **senior korzysta z teleopieki**, opiekun-sąsiad powinien odpowiadać za systematyczne sprawdzanie stanu technicznego urządzenia przywoławczego, jak również jego rolą jest szybka interwencja na prośbę Centrum Alarmowego (w sytuacji braku kontaktu z podopiecznym) i przekazywanie pracownikom Centrum informacji o wszelkich niepokojących sygnałach.

⁸⁷ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 33.

⁸⁸ Tamże, s. 39.

⁸⁹ Tamże, s.32.

➡ Nie należy zapominać o **etycznych aspektach organizowania i świadczenia sąsiedzkich usług opiekuńczych**. Trzeba pamiętać o zindywidualizowanym podejściu do potrzeb i problemów, z którymi mogą się borykać zarówno usługobiorcy, jak i usługodawcy. Ze względu na specyfikę tej formy wsparcia warto w sposób szczególny zagwarantować obu stronom podmiotowe podejście oparte na przestrzeganiu prawa do wolności, prywatności, intymności i godności.

➡ W przypadku sąsiedzkich usług opiekuńczych należy w sposób szczególnie przemyślany i dostosowany do specyfiki tej formy wsparcia wdrażać **procedury służące monitoringowi i kontroli jakości świadczonych usług**. Organizator usługi każdorazowo powinien planować sposób monitoringu w oparciu o uwarunkowania lokalne, znajomość odbiorców tego działania, posiadane zasoby itd. Niewskazane jest stałe monitorowanie sposobu realizacji wsparcia, gdyż mogłoby to podważać wzajemne zaufanie stanowiące podstawę sąsiedzkiej więzi. Rekomendowane na podstawie doświadczeń organizatorów usług sposoby to:

- ➔ dokumentacja w formie kart czasu pracy i dziennika wykonanych czynności;
- ➔ stały kontakt (np. telefoniczny) opiekunów-sąsiadów i ich podopiecznych z pracownikami socjalnymi OPS (zgłaszanie ewentualnych problemów),
- ➔ konsultacje z etatowymi opiekunkami środowiskowymi w kwestiach związanych z zakresem wykonywanych czynności,
- ➔ systematyczne wizyty (również niezapowiedziane) w środowiskach podopiecznych sąsiedzkich usług opiekuńczych ze strony przedstawicieli organizatora usług/OPS; Z dotychczasowych doświadczeń, jako najbardziej skuteczne rekomenduje się wizyty o charakterze „towarzyskim” bezpośrednio z sąsiadem-opiekunem i prowadzone na tej podstawie obserwacje, w oparciu o które można podejmować ewentualnie dalsze kroki czy interwencje⁹⁰.

STANDARDY SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

W ramach Programu MRPiPS na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) w 2015 roku Instytut Spraw Publicznych przeprowadził badanie pn. „*Sąsiedzkie usługi opiekuńcze – idea*

➡ *i standardy*”. Jego celem było wypracowanie propozycji standardów jakości sąsiedzkich usług opiekuńczych, z których mogłyby skorzystać gminy gotowe do wprowadzenia na swoim terenie takiego rozwiązania. W RMUO przedstawione zostały efekty tych prac, tj. wypracowane rekomendacje, które nie opierały się jedynie na pracy ekspertów, ale wynikały wprost z doświadczeń, potrzeb i problemów wszystkich użytkowników tego rozwiązania (organizatorów usług, realizatorów, jak i odbiorców). Standardy określają, co stanowi wyznacznik jakości świadczonych usług oraz jakich zasad należy przestrzegać i w jaki sposób postępować, żeby wymóg jakości był spełniony. Wypracowane standardy można podzielić na etyczne (odnoszące się do zasad postępowania) oraz zarządzania (dotyczące sposobów postępowania tzw. procedur). W opinii badaczy, standardy usług opiekuńczych powinny obowiązywać, bez względu na to, czy forma wsparcia świadczona jest przez opiekunkę środowiskową, czy sąsiada. Różnica dotyczy jedynie zakresu standardów zarządzania⁹¹.

⁹⁰ B. Głuszak, C. Miżejewski, *Usługi...*, op. cit., s. 16.

⁹¹ M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 28.

-  **Standardy etyczne** odnoszą się przede wszystkim do poszanowania praw i godności drugiego człowieka, poczucia odpowiedzialności i uczciwość. Można je przełożyć na szczegółowe wskazówki postępowania sąsiada-opiekuna, jego podopiecznego, jak i rodziny osoby starszej korzystającej z usług. Podobne zasady powinny obowiązywać, również gdy pomoc sąsiedzka ma formę nieodpłatnego wsparcia, lecz wówczas szczególnie ważna staje się zasada wzajemności.
-  **Standardy zarządzania**, dotyczą sposobu projektowania usług sąsiedzkich w oparciu o odpowiednie rozwiązania organizacyjne i procedury, które powinny zapewnić:
- adekwatność usług – powinny odpowiadać na realne potrzeby osób podopiecznych;
 - prawidłowość i niezawodność wykonania – usługi powinny być świadczone w sposób rzetelny i skuteczny, zgodnie z podjętymi zobowiązaniami, zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz współżycia społecznego;
 - sprawność dostarczenia – usługi powinny być świadczone w sposób terminowy i regularny oraz sprawnie wykonywane;
 - bezpieczeństwo – usługi powinny być realizowane w sposób zapewniający ochronę zdrowia i danych osobowych zaangażowanych stron oraz mienia osoby korzystającej z usługi;
 - przejrzystość – usługi powinny być przyznawane, świadczone i rozliczane w oparciu o jasne i czytelne zasady znane zainteresowanym;
 - efektywność – usługa powinna lepiej odpowiadać na zidentyfikowane potrzeby niż inne dostępne formy wsparcia lub zapewniać porównywalne efekty mniejszym nakładem środków;
 - dostępność – każdy potencjalnie potrzebujący usługi powinien mieć realną szansę dowiedzieć się o niej, a o dostępie do usług powinny decydować jawne i sprawiedliwe zasady⁹².

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

A. Zgłoszenie potrzeby objęcia sąsiedzkimi usługami opiekuńczymi

Informacja o kryteriach i trybie przyznawania usługi powinna być jawna i publicznie dostępna. Kryteria przyznawania usług opiekuńczych przez gminę w ramach pomocy społecznej określa uchwała gminy, która powinna również odnosić się do usług w formule sąsiedzkiej.

B. Wywiad środowiskowy i analiza sytuacji osoby starszej

Pracownik socjalny OPS przeprowadza wywiad środowiskowy z potrzebującym wsparcia i ewentualnie jego rodziną, aby określić potrzeby, stan zdrowia i stopień jego niesamodzielności. W sytuacji zapotrzebowania na wsparcie w realizacji czynności pielęgnacyjnych niezbędne jest zaświadczenie lekarskie, w którym określony zostanie zakres koniecznej pielęgnacji. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i zakresie samodzielności seniora stanowi również obiektywne źródło informacji o jego potrzebach. Zdarza się bowiem, że osoba wymagająca opieki wyolbrzymia lub minimalizuje, czy nawet ignoruje, własne potrzeby wsparcia. W obu przypadkach (zarówno wyolbrzymienia, jak i zignorowania zapotrzebowania opiekuńczego) szkodzi to jakości świadczonych usług. Zdiagnozowane potrzeby seniora winny podlegać weryfikacji i aktualizacji.

⁹² M. Koziarek, P. Sobiesiak-Penszko, *Jak dobrze...*, op. cit., s. 30.

C. Przyznanie sąsiedzkich usług opiekuńczych

Przy przyznawaniu sąsiedzkiej usługi opiekuńczej, określaniu jej wymiaru i zakresu powinno się uwzględniać:

- indywidualne potrzeby seniora, jego stan zdrowia oraz stopień niesamodzielności;
- umiejętności i kwalifikacji potrzebne do wykonywania określonych czynności (ocenie podlega, czy daną czynność będzie mógł wykonywać sąsiad po przyuczeniu, czy wymaga formalnych kwalifikacji);
- sytuację rodzinną osoby starszej (czy osoba jest samotna, czy żyje w rodzinie; ocenie podlega, w jakim zakresie i wymiarze niezbędne jest uzupełnienie wsparcia zapewnianego przez rodzinę, czy zapewnienia pomocy wytchnieniowej);
- sytuację socjalno-bytową osoby starszej, w szczególności dochód osoby potrzebującej wsparcia;
- dostępność i możliwość wykorzystania bądź udzielenia alternatywnego wsparcia (w tym koszty i efektywność poszczególnych rozwiązań).

1.4 Wolontariat opiekuńczy

Eksperci szacują, że w Polsce jest ponad 6 000 000 wolontariuszy, niosących pomoc innym. Co więcej z roku na rok liczba zainteresowanych wolontariatem rośnie i w ciągu następnych lat będzie rosła. Wolontariuszami w Polsce są głównie ludzie młodzi i bardzo młodzi, ale nie brakuje ludzi starszych, nawet tych w podeszłym wieku⁹³.

Rosnąca liczba osób starszych, w tym chorych i niesamodzielnych, często samotnych, sprawia, że potrzeba wsparcia i opieki będzie coraz pilniejsza. Projekty związane z organizowaniem wolontariatu przy parafiach i wolontariatu sąsiedzkiego są czasami jedyną formą pomocy osobom potrzebującym wsparcia w lokalnych społecznościach⁹⁴.

RODZAJE WOLONTARIATU

Wolontariat jest zjawiskiem różnorodnym, może przybierać przeróżne formy, których nie obejmują nawet zapisy ustawowe (wolontariat nieformalny). Z tego względu trudno wyodrębnić zamknięty katalog prezentujący wszystkie możliwe rodzaje działalności w jego ramach.

Opierając się na założeniach sformułowanych w ramach *Długofalowej polityki na rzecz rozwoju wolontariatu w Polsce*, można wskazać na ramową typologię wolontariatu, który został podzielony ze względu na⁹⁵:



formalny i nieformalny charakter

WOLONTARIAT FORMALNY (świadczony na rzecz różnego rodzaju organizacji i instytucji; określony w ramach obowiązujących w Polsce regulacji prawnych w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie) i NIEFORMALNY (mający charakter samopomocy, czy wsparcia udzielanego poza wszelkimi strukturami instytucjonalnymi, bezpośrednio potrzebującym tego osobom; skala takich oddolnych działań nie jest znana, tradycja w tym zakresie dotyczy zwłaszcza społeczności wiejskich, ale pojawia się również w miastach, głównie ze względu na zbyt ograniczony zakres realizacji usług opiekuńczych⁹⁶);



okres angażowania się wolontariusza

WOLONTARIAT KRÓTKO- i DŁUGOTERMINOWY, WOLONTARIAT JEDNORAZOWY I SYSTEMATYCZNY, jak również DŁUGOFALOWY (rozumiany jako „zaangażowanie wolontariackie przez dłuższy okres w życiu”, dotyczące nie tyle samego działania, lecz bardziej pewnej postawy życiowej);



wiek lub inną cechę demograficzną wolontariuszy

WOLONTARIAT MŁODZIEŻOWY, OSÓB DOROSŁYCH, SENIORÓW/OSÓB DOJRZAŁYCH, MIĘDZYPOKOLENIOWY (mający w najbliższych dekadach duży potencjał rozwojowy, dotyczy różnorodnych form współdziałania i współpracy osób dojrzałych oraz dzieci i młodzieży stanowiąc odpowiedź na potrzebę budowania i podtrzymywania słabnących więzi międzypokoleniowych; jako podmioty, które szczególnie powinny promować ten rodzaj relacji wskazuje się przede wszystkim na szkoły⁹⁷);

⁹³<https://www.infor.pl/prawo/praca/wolontariat/298841,Wolontariat-w-osrodkach-pomocy-spoecznej.html>
korzystania: 09.04.2020)

⁹⁴ Podręcznik..., op. cit., s. 12.

⁹⁵ F. Pazderski, P. Sobiesiak-Penszko, *Wolontariat osób dojrzałych w Polsce*, W-wa 2012, s. 11.

⁹⁶ Tamże, s. 18.

⁹⁷ Tamże.

- ➡ **główny obszar tematyczny aktywności, której dotyczy**
WOŁONTARIAT HOSPICYJNY, W KULTURZE, EDUKACYJNY, OPIEKUŃCZY (świadczony na rzecz osób chorych, samotnych, starszych, niesamodzielnych, jego zakres jest ustalany w zależności od potrzeb i stanu zdrowia podopiecznego, jak i możliwości oraz kompetencji wolontariusza. W praktyce zazwyczaj polega na zapewnieniu towarzystwa, kontaktu z drugim człowiekiem, organizacji czasu wolnego, ale również pomocy w codziennych czynnościach, które stały się trudne bądź niemożliwe do samodzielnego wykonania przez podopiecznego);
- ➡ **obszar lub sferę życia społecznego, w której jest prowadzony**
WOŁONTARIAT WIEJSKI I MIEJSKI, PRACOWNICZY – CZASU lub KOMPETENCJI, SZKOLNY, INDYWIDUALNY I GRUPOWY.

ZAŁOŻENIA PRAWNE

- ➡ Stosunek prawny łączący wolontariusza z podmiotem korzystającym z jego działalności wolontariackiej nie jest stosunkiem pracy, lecz stosunkiem cywilnoprawnym a wykonywane przez wolontariusza świadczenie jedynie „odpowiada świadczeniu pracy”, lecz nim nie jest. Z tego względu, w przypadku spraw nieuregulowanych w porozumieniu z wolontariuszem i ustawie o działalności pożytku publicznego, należy **stosować przepisy kodeksu cywilnego** (nie kodeksu pracy)⁹⁸.
- ➡ W sytuacji, gdy świadczenia wolontariusza wykonywane są przez okres dłuższy niż 30 dni, współpraca z organizacją, która korzysta z jego działalności wolontarystycznej, powinna zostać **zawarta w sposób formalny poprzez podpisanie stosownego porozumienia na piśmie**.
- ➡ **Obowiązki podmiotu korzystającego z działalności wolontariuszy:**
 - informowanie wolontariuszy o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanego z wykonywanymi przez nich świadczeniami;
 - zapewnienie wolontariuszom bezpiecznych i higienicznych warunków wykonywania świadczeń, w tym odpowiednich środków ochrony osobistej (na zasadach określonych dla pozostałych pracowników);
 - pokrywanie kosztów podróży służbowych i diet (na zasadach określonych dla pozostałych pracowników), przy czym wolontariusz może w formie pisemnej zwolnić w całości lub części z obowiązku finansowania powyższych kosztów;
 - możliwość opłacenia ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
 - możliwość zgłoszenia i opłacenia składki ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli wolontariusz nie podlega tego rodzaju ubezpieczeniu z innego tytułu;
 - ewentualne pokrywanie innych kosztów, w tym kosztów szkoleń w zakresie wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń.
- ➡ W organizacjach, którym zależy na korzystaniu ze świadczeń wolontariuszy, winien zostać powołany **koordynator wolontariatu**, odpowiedzialny za organizację wolontariatu, tj.:
 - pozyskiwanie chętnych do podjęcia działalności wolontariackiej,
 - prowadzenie szkoleń,
 - wprowadzanie wolontariuszy do zespołu i pełnienie roli łącznika między pracownikami a wolontariuszami,
 - dbanie o stałą formację wolontariuszy, poprzez bieżące wspieranie i motywowanie,

⁹⁸ Jak zgodnie z prawem współpracować z wolontariuszem?, Stowarzyszenie Kon/Jawor, W-wa 2005, s. 11.

- planowanie, koordynowanie i monitorowanie pracy wolontariuszy,
- ewentualne zakończenie współpracy z wolontariuszem.



Rekrutacja wolontariuszy winna obejmować następujące etapy:

- ustalenie realnych potrzeb i celów stawianych względem wolontariuszy oraz zadań planowanych do realizacji przez nich;
- przygotowanie oferty wolontariackiej dla potencjalnych kandydatów do wolontariatu;
- zaplanowanie promocji idei wolontariatu;
- wstępne rozmowy z kandydatami;
- przeprowadzenie szkolenia dotyczącego zasad organizacji i świadczenia wolontariatu;
- okres próbny kandydatów do wolontariatu;
- podpisanie porozumienia wolontariackiego⁹⁹.



W zależności od potrzeb i zasad organizacji wolontariatu, zazwyczaj kandydaci mogą się zgłaszać przez cały rok. Organizowane są również akcje promujące wolontariat.

WOLONTARIUSZ OPIEKUŃCZY

Wolontariuszem może zostać osoba fizyczna, bez ograniczeń wiekowych, z tym że:



- osoby, które nie ukończyły 13 lat, w świetle prawa nieposiadające zdolności do czynności prawnych, nie mogą samodzielnie podjąć decyzji o przystąpieniu do wolontariatu – porozumienie zawiera za nich przedstawiciel ustawowy (w tej roli z reguły występują rodzice);
- osoby pomiędzy 13 a 18 rokiem życia potrzebują zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica) na zawarcie porozumienia. W przypadku osób niepełnoletnich, na podjęcie takiej działalności, wymagana jest się zgoda przedstawiciela ustawowego¹⁰⁰.



Zgodnie z ustawą, wykonywanie świadczeń przez wolontariuszy wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji i spełniania odpowiednich wymagań, o ile stanowią tak odrębne przepisy. Zadania przeznaczone do realizacji w ramach wolontariatu powinny być odpowiednio dobrane do predyspozycji osób je świadczących. **Ważne, aby praca wolontariuszy stanowiła uzupełnienie działań wykonywanych przez pracownika socjalnego czy opiekuna społecznego, a nie zastępowała te działania¹⁰¹.**



Zakres działalności wolontariackiej winien być dostosowany do wieku, możliwości czasowych oraz preferencji osób chcących się jej podjąć (z uwzględnieniem posiadanych przez nie talentów, umiejętności, doświadczeń życiowych lub zawodowych). Potencjalny wolontariusz może znaleźć odpowiadającą dla siebie ofertę wśród organizacji samorządowych, pozarządowych, czy wyznaniowych, bądź wspierać osoby potrzebujące w sposób bezpośredni (tzw. wolontariat bezpośredni), tzn. bez współpracy z odpowiednią organizacją.



Według modelu wdrażanego przez Fundację Hospicyjną z Gdańska, **w wolontariat opiekuńczy mogą angażować się osoby pełnoletnie, dobrze przygotowane do tego zadania** (po zakończonym cyklu szkoleń w formie wykładów i warsztatów, niekiedy kończącym się egzaminem), posiadające wiedzę, w jaki sposób mogą pomagać, na co wracać szczególną uwagę, a czego nie powinni robić. W przypadku świadczenia bezpośredniej opieki nad osobami

⁹⁹ Podręcznik..., op. cit., s. 43.

¹⁰⁰ <https://www.infor.pl/prawo/praca/wolontariat/298841,Wolontariat-w-osrodkach-pomocy-spoecznej.html>

¹⁰¹ Tamże.

niesamodzielnymi (chorymi, starszymi), niezbędne jest odpowiednie przygotowanie i zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności¹⁰².



Wolontariat seniorów/osób dojrzałych może stanowić doskonały sposób na życie dla osób, które poszukują dla siebie miejsca i nowych zadań, które chcą czuć się potrzebne¹⁰³. Potwierdzają to **wyniki badań wskazujące na seniorów jako wolontariuszy o silniejszej i bardziej bezinteresownej motywacji do działania** (wynikającej z potrzeby pomocy innym, integracji, współpracy).



Zgodnie z zapisami ustawowymi¹⁰⁴, **wolontariuszowi może przysługiwać:**

- świadczenie zdrowotne (na zasadach przewidzianych w stosownych przepisach),
- zaopatrzenie z tytułu wypadku przy wykonywaniu świadczeń (w przypadku zawarcia porozumienia na okres dłuższy niż 30 dni – świadczenie finansowane ze środków budżetu państwa¹⁰⁵),
- ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (obowiązek zapewnienia ubezpieczenia dla wolontariuszy wykonujących świadczenia przez okres nie dłuższy niż 30 dni - opłacenie składki leży po stronie podmiotu korzystającego z działalności wolontariusza),
- ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (w zakresie wykonywanych świadczeń).

FINANSOWANIE WOLONTARIATU OPIEKUŃCZEGO

Przykładowe, dostępne **źródła finansowania działań związanych z organizacją usług wolontariatu opiekuńczego** na rzecz seniorów:



PROGRAM FIO¹⁰⁶

W ramach Priorytetu 2. *Aktywne społeczeństwo* przewiduje się realizację projektów, które powinny w różnych formach angażować obywateli, dając im możliwość aktywnego działania, m.in. w obszarze:

- promowania wolontariatu poprzez organizację akcji charytatywnych w społeczności lokalnej;
- promowania aktywności społecznej (np. projekty mające na celu rozwój wolontariatu; integrację społeczności lokalnej).

Zakres działań, możliwych do zrealizowania w ramach Programu FIO, obejmuje wszystkie obszary działalności pożytku publicznego, w tym pomocy społecznej, tj. pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji.

Dotacje (od 20 do 120 tys. zł) przyznawane są w drodze konkursu. Zgodnie z regulaminem FIO 2020, do wzięcia udziału w konkursie uprawnione są:

- organizacje pozarządowe, m.in. stowarzyszenia (w tym stowarzyszenia zwykłe) oraz jednostki terenowe stowarzyszeń posiadające osobowość prawną, związki stowarzyszeń, fundacje, kółka rolnicze, cechy rzemieślnicze, izby rzemieślnicze, izby gospodarcze, samorządy gospodarcze i wspólnoty mieszkaniowe itd.;

¹⁰² Podręcznik..., op. cit., s. 13.

¹⁰³ Tamże, s. 7.

¹⁰⁴ Ustawa o działalności pożytku i o wolontariacie, art. 46.

¹⁰⁵ L.Pawłowski, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Wolontariat...*, op. cit., s. 128.

¹⁰⁶ <https://www.niw.gov.pl/nasze-programy/fio-2/fio-2020/>

- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego;
 - stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego;
 - spółdzielnie socjalne o których mowa w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1205, z późn. zm.) w zakresie działalności społecznie użytecznej w sferze zadań publicznych;
 - spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz kluby sportowe działające non profit;
 - Koła Gospodyń Wiejskich działające na podstawie przepisów z dnia 9 listopada 2018 r. o Kołach Gospodyń Wiejskich (jeżeli zysk przeznaczają na cele statutowe).
- Podmioty uprawnione do aplikowania nie muszą posiadać statusu organizacji pożytku publicznego (opp).



PROGRAM ASOS¹⁰⁷

- W ramach Priorytetu II *Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową*, przewiduje się możliwość realizacji działań wolontarystycznych osób młodych na rzecz osamotnionych osób starszych, np. usługi świadczone na rzecz osób o ograniczonej samodzielności.
- Priorytet III *Partycypacja społeczna osób starszych*, uwzględnia finansowanie działań na rzecz rozwoju zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechniania wolontariatu.
- Priorytet IV *Usługi społeczne dla osób starszych*, ma na celu zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji („usługi zewnętrzne”), m.in. poprzez:
 - szkolenia wolontariuszy i opiekunów (z zakresu pomocy osobom starszym),
 - wspieranie różnych form samopomocy,
 - wspieranie rodzin w opiece nad osobą starszą poprzez rozwój usług,
 - rozszerzanie dostępności do usług społecznych m.in. opiekuńczych, kulturalnych, edukacyjnych, poradniczo-doradczych, sportowych i turystycznych,
 - rozwój systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla wieku podeszłego potrzeb, w szczególności osobom starszym o ograniczonej samodzielności, w tym rozwojowi usług usprawniających, umożliwiających jak najdłuższe utrzymanie/ podtrzymanie samodzielności.

Projekty realizowane w Priorytecie IV powinny polegać na bezpośrednim świadczeniu usług asystenckich i opiekuńczych na rzecz osób starszych. Dopuszczalny jest udział młodszych beneficjentów ostatecznych i wynosi maksymalnie 50% ogólnej liczby osób objętych działaniami, jednakże odbiorcami usług społecznych świadczonych w ramach projektów mogą być wyłącznie osoby w wieku 60+¹⁰⁸.
- Katalog podmiotów uprawnionych do korzystania z dotacji (w wysokości od 20 do 200 tys. zł) jest taki sam, jak w przypadku przedstawionego powyżej Programu FIO (nieuwzględnione zostały jedynie koła gospodyń wiejskich). Również w tym przypadku,

¹⁰⁷ http://senior.gov.pl/program_asos/pokaz/458 (data korzystania: 10.04.2020)

¹⁰⁸ file:///C:/Users/dom/Downloads/Regulamin_Programu_ASOS_-_Edycja_2020.pdf (data korzystania: 11.04.2020)

podmioty uprawnione do aplikowania nie muszą posiadać statusu organizacji pożytku publicznego (opp).

PROGRAM SENIORZY W AKCJI¹⁰⁹

W ramach konkursu przyznawane są dotacje (od 9 do 15 tys. zł) na realizację projektów wpisujących się w cele programu, w tym m.in. w jeden z czterech wyróżnionych obszarów związany z działaniami wzmacniającymi uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym. Finansowane mogą być zatem działania:

- promujące postawy i wartości obywatelskie,
- na rzecz udziału osób starszych w rozwiązywaniu lokalnych i ponadlokalnych problemów,
- włączające osoby starsze do aktywnej i długofalowej współpracy z organizacjami pozarządowymi,
- w zakresie tworzenia przestrzeni przyjaznych osobom starszym w środowiskach lokalnych.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

 **Wolontariusz określa swoje oczekiwania co do formy i stopnia zaangażowania w działania pomocowe.** Następnie koordynator w odniesieniu do przedstawionych oczekiwań, formułuje założenia dotyczące rodzaju pracy do realizacji w ramach działań wolontariackich, ustala szczegółowe formy pomocy i zaangażowania wolontariusza z określeniem ram czasowych i kompetencyjnych.

 W przypadku, **gdy senior korzysta z teleopieki**, wolontariusz powinien odpowiadać za systematyczne sprawdzanie stanu technicznego urządzenia przywoławczego.

 W ramach projektu „Pogodna jesień życia...” opracowany został zakres usług świadczonych w ramach wolontariatu opiekuńczego¹¹⁰, który wraz z niezbędnymi informacjami o podopiecznym, stanowi podstawę do opracowania Indywidualnego Planu Wsparcia Seniora. Zakres świadczonych czynności dotyczy **pomocy w dwóch obszarach: zaspokajania codziennych potrzeb życiowych oraz kontaktów z otoczeniem** (szczegółowy wykaz czynności został przedstawiony w części dot. usługi dziennego opiekuna na obszarach wiejskich).

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA WOLONTARIATU OPIEKUŃCZEGO

Dotychczasowe doświadczenia dotyczą organizowania wolontariatu opiekuńczego w ramach realizacji projektu unijnego „Pogodna jesień życia...”. Aby wziąć udział w projekcie należało spełniać określone kryteria i przejść ustaloną procedurę rekrutacyjną (więcej szczegółów w rozdziale dot. usługi dziennego opiekuna na obszarach wiejskich).

¹⁰⁹https://seniorzywakcji.pl/wp-content/uploads/2017/02/Regulamin_XIII-edycja_konkursuSWA_2020.pdf
(data korzystania: 10.04.2020)

¹¹⁰ Zgodnie z założeniami projektu ten sam zakres czynności (dot. obszaru pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych oraz kontaktów z otoczeniem) został przewidziany do realizacji w ramach usług pomocy sąsiedzkiej.

1.5 Dzielne domy pomocy

DEFINICJA I PODSTAWY PRAWNE

Definicja sformułowana w ramach wytycznych EFS¹¹¹: *Dzienny domy pomocy (DDP) jest ośrodkiem wsparcia przeznaczonym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zapewniającym całodzielne usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz aktywizację w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej.*

Ze względu na brak uregulowań prawnych jednoznacznie określających wymagania infrastrukturalne i podstawowy zakres usług, **organizator posiada dużą swobodę** w tym zakresie.

Zakres i formy oferowanej w tych placówkach pomocy są zróżnicowane. Najczęściej są to usługi opiekuńcze, działalność kulturalno-oświatowa oraz możliwość skorzystania z przynajmniej jednego posiłku, niekiedy stanowią one miejsca spotkań osób starszych. Modelowym rozwiązaniem jest placówka zapewniająca posiłek, integrację, rozwój zainteresowań, w połączeniu ze świadczeniem usług opiekuńczych i rehabilitacyjno-zdrowotnych oraz pomocą w załatwianiu spraw urzędowych¹¹².

Od lat **DDP prowadzą działalność na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej** i w oparciu o uregulowania prawa miejscowego. Placówki te, jako budynki użyteczności publicznej, powinny być dostępne dla osób niepełnosprawnych i seniorów o ograniczonych możliwościach poruszania się, zatem muszą w tym zakresie spełniać wymogi określone przez Ministra Infrastruktury¹¹³.

DDP „Senior-Wigor” i „Senior+”¹¹⁴ funkcjonują w oparciu o standardy określone w tych programach MPiPS/MRPiPS, ustalające minimalny poziom zatrudnienia, rodzaju usług wspomagających i infrastruktury. Za funkcjonowanie tych placówek, utrzymanie liczby miejsc i dowożenie seniorów, zwłaszcza mających trudności w poruszaniu się, odpowiada jednostka samorządu terytorialnego.

Wymagania dotyczące organizowania i świadczenia usług opiekuńczych w formie stacjonarnej opieki dziennej realizowanej przez dzielne domy pomocy zostały również określone w ramach *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*, opracowanych przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju.

W niektórych regionach opracowano tzw. wskazówki dla standardu, jakiemu powinien odpowiadać dzienny dom pobytu (np. „Rekomendacje do prowadzenia placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych na terenie Małopolski” przyjęte Uchwałą nr 151/2016 Zarządu Województwa Małopolskiego z dn. 2 lutego 2016 r.).

¹¹¹ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, MliR, W-wa 2019, s. 65-66.

¹¹² Informacja o wynikach kontroli NIK OPIEKA..., op. cit., s. 3.

¹¹³ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1422).

¹¹⁴ Wieloletni Program MRPiPS „SENIOR+” na lata 2015-2020

RODZAJE DZIENNYCH DOMÓW

Placówki wsparcia dziennego seniorów w formie dziennych domów, choć **mają zróżnicowane nazwy**, prowadzą działalność na zbliżonych zasadach. Można spotkać się z następującymi nazwami tych ośrodków:

- Dzienny Dom Pomocy
- Dzienny Dom Pomocy Społecznej
- Dzienny Dom Pobytu
- Dzienny Dom Opieki
- Dzienny Dom Senior+ / Senior-Wigor

PODMIOTY PROWADZĄCE DZIENNE DOMY POMOCY

Program „SENIOR+” jest adresowany do jednostek samorządu szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, które uzyskują **dotacje na utworzenie i funkcjonowanie Dziennych Domów „Senior+”**. Program dopuszcza, iż podmiotami prowadzącymi placówkę może być:

- samodzielnie jednostka samorządu,
- samodzielnie inny podmiot (zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie¹¹⁵) na zlecenie jednostki samorządu,
- jednostka samorządu w partnerstwie z innym podmiotem (jw.),
- wspólna realizacja zadania przez kilka jednostek samorządu.

ZATRUDNIONA KADRA

Tabela 3 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania DDP (w zakresie kadry)

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW MERYTORYCZNYCH		
Co najmniej 3 osoby stale pracujące, w tym dwóch opiekunów (w placówce do 30 osób);	Co najmniej 1 pracownik na 15 seniorów oraz fizjoterapeuta lub terapeuta zajęciowy lub instruktor terapii lub pielęgniarka lub ratownik medyczny w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb placówki; W przypadku placówek o liczbie miejsc większej niż 15, a mniejszej niż 30, jednostka samorządu we współpracy z urzędem pracy może zaangażować stażystę.	Nie mniej niż 3 osoby, w tym dwóch opiekunów (w placówce do 30 osób), z których jeden powinien mieć uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej (terapeuta zajęciowy/instruktor terapii zajęciowej); W placówce z ofertą skierowaną do osób wymagających specjalistycznej pomocy rekomendowany wskaźnik zatrudnienia wynosi nie mniej niż jeden etat na pięciu uczestników.

¹¹⁵ Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, art. 3 ust. 2 i 3.

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
W przypadku podopiecznych ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z zaburzeniami psychicznymi, powinno zapewnić się stałą pracę nie mniej niż jednego opiekuna na dwóch uczestników		W przypadku podopiecznych ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z zaburzeniami psychicznymi, powinno zapewnić się stałą pracę nie mniej niż jednego opiekuna na dwóch uczestników
DODATKOWE WYMAGANIA WOBEC KADRY PLACÓWKI		
Pozostali specjaliści zatrudniani są w miarę potrzeb;	W zależności od potrzeb, w placówce może być zatrudniony inny specjalista w odpowiednim wymiarze czasu;	Skład personelu zatrudnionego w placówce winien być dostosowany do liczby i potrzeb uczestników placówki ¹¹⁶ .
Usługi opiekuńcze w ramach DDP może świadczyć: - osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej; - osoba, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.	Kwalifikacje pracowników i współpracowników realizujących usługi w ramach działalności jednostki samorządu, na terenie której działa placówka.	Usługi opiekuńcze w ramach DDP może świadczyć: - osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej; - osoba, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi.

¹¹⁶ Dodatkowy personel merytoryczny placówki stanowią m.in. animator kulturalny; pracownik socjalny; asystent osoby niepełnosprawnej (AON); psycholog; fizjoterapeuta; pielęgniarka.

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W DZIENNYM DOMU POMOCY

➡ Opłatę za pobyt w dziennym domu pomocy **ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną**, uwzględniając przyznany zakres usług. Osoby nie ponoszą opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego (ust. 1¹¹⁷);

➡ Rada powiatu lub rada gminy **w drodze uchwały** ustala, w zakresie zadań własnych, szczegółowe zasady ponoszenia odpłatności za pobyt w placówce (ust. 5²⁰³). W drodze uchwały określone zostają szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za pobyt i korzystanie z posiłków w DDP (ośrodku wsparcia), warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat, jak również trybu ich pobierania.

➡ W niektórych jednostkach pobyt jest bezpłatny, a **płatność dotyczy jedynie kosztów wyżywienia i ewentualnie kosztów dojazdu**.

➡ Wnoszona odpłatność pozwalała na częściowe zrefundowanie kosztów funkcjonowania placówki¹¹⁸. Należy jednak mieć na względzie, iż **większość podopiecznych stanowią seniorzy częściowo lub całkowicie zwolnieni z opłat**¹¹⁹.

➡ Jednym ze źródeł finansowania działalności dziennych domów są dotacje przyznawane **w ramach programu MRPiS „Senior+”**.

Skorzystanie z programowego wsparcia finansowego jest związane z zobowiązaniem do utrzymania trwałości funkcjonowania placówek przez okres co najmniej 3 lat następujących od dnia zakończenia realizacji zadania w ramach Programu (w tym czasie należy składać do właściwego Wojewody coroczne sprawozdania z kontynuacji działalności placówki).

Program zakłada realizację dwóch modułów:

Moduł I – wsparcie finansowe na utworzenie (tj. przebudowę lub remont pomieszczeń/budynków) oraz wyposażenie placówek Senior+ w wysokości do 80% całkowitych kosztów realizacji zadania, przy czym określone zostały maksymalne kwoty dofinansowania (w przypadku dziennych domów – 300 tys. zł, w tym na utworzenie nie więcej niż 250 tys. zł, na wyposażenie – 80 tys. zł; w przypadku klubów seniora – 150 tys. zł, w tym na utworzenie nie więcej niż 125 tys. zł, na wyposażenie – 25 tys. zł).

Wymagany wkład własny – min. 20%.

Moduł II – dofinansowanie funkcjonowania istniejących placówek Senior+, kwota dotacji stanowi nie więcej niż 40% całkowitego kosztu realizacji zadania (przyjmuje się w Programie koszt miesięcznego utrzymania miejsca w dziennym domu w wysokości nie więcej niż 300 zł, a w przypadku klubu seniora – 200 zł).

¹¹⁷ Ustawa o pomocy społecznej, art. 97.

¹¹⁸ Informacja o wynikach kontroli NIK OPIEKA..., op. cit., s. 12.

¹¹⁹ Tamże, s. 16.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

Tabela 4 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania DDP

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
WARUNKI LOKALOWE		
Zapewnienie miejsca do bezpiecznego i godnego spędzania czasu;	Placówki powinny być usytuowane w miejscu dostępnym dla seniorów i pozbawione barier funkcjonalnych oraz przystosowane do potrzeb oraz możliwości osób niepełnosprawnych;	Placówka zapewnia przede wszystkim możliwość pobytu w miejscu spełniającym odpowiednie warunki lokalowe ¹²⁰ , gwarantującym prawidłową realizację usług; Budynek i jego otoczenie oraz pomieszczenia placówki są pozbawione barier architektonicznych (m.in. w budynku wielokondygnacyjnym pomieszczenia użytkowane znajdują się na parterze lub jest zainstalowany dźwig osobowy dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych);
Dwa pokoje dziennego pobytu (do terapii grupowej, rehabilitacji i wypoczynku), jadalnię (może być urządzona w pokoju dziennego pobytu);	Jedno pomieszczenie ogólnodostępne wyposażone w stoły i krzesła (lub kanapy i fotele) pełniące funkcję sali spotkań, jadalni;	Dwa pokoje dziennego pobytu (do zajęć terapeutycznych grupowych, terapii ruchowej, wypoczynku), wyposażone w miękkie krzesła lub fotele, kanapy, sprzęt ¹²¹ tv audio-video, jadalnię (może być urządzona w pokoju dziennego pobytu) wyposażoną w stoły i krzesła;
Kuchenkę pomocniczą (lub aneks kuchenny urządzony w pokoju dziennego pobytu);	Pomieszczenie albo pomieszczenia kuchenne lub aneks kuchenny, wyposażone w sprzęty, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożycia posiłku;	Pomieszczenie kuchenne (lub aneks kuchenny) wyposażony w niezbędne urządzenia i naczynia umożliwiające samodzielne przygotowanie posiłków i napojów przez seniorów;
Jedno pomieszczenie do prowadzenia terapii indywidualnej oraz pokój do wypoczynku;	Jedno pomieszczenie do utrzymania lub zwiększenia aktywności ruchowej lub kinezyterapii wyposażone w podstawowy sprzęt,	Pomieszczenie do prowadzenia terapii indywidualnej, poradnictwa oraz pokój do wypoczynku wyposażony w co najmniej jedno miejsce

¹²⁰ Powierzchnia użytkowa przypadająca na 1 uczestnika wynosi nie mniej niż 5 m² (w specjalistycznych placówkach nie mniej niż 8m²); ponadto zapewnione jest utrzymanie czystości i porządku w lokalu, pomieszczenia są utrzymywane w odpowiednim stanie oraz są przeprowadzane ich okresowe remonty i konserwacje.

¹²¹ Ponadto, w ogólnodostępnych pomieszczeniach placówki konieczne jest zorganizowanie dla uczestników co najmniej jednego stanowiska komputerowego z dostępem do Internetu.

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
	odpowiedni do potrzeb i sprawności seniorów (np. materace, leżanka, rotory, drabinki, drobny sprzęt do ćwiczeń indywidualnych itp.)	do leżenia, fotele z zastrzeżeniem, że liczba miejsc do leżenia powinna odpowiadać potrzebom;
	Pomieszczenie pełniące funkcję szatni dla seniorów i personelu z indywidualnymi szafkami;	Pomieszczenie / wydzielone miejsce na szatnię dla uczestników;
Co najmniej 2 łazienki, z których jedna jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością z możliwością kąpieli lub prysznica.	1 łazienka wyposażona w 2 toalety (dla kobiet i mężczyzn), umywalkę i prysznic z krzeselkiem, uchwyty pod prysznicem;	Co najmniej 2 łazienki, z których jedna jest wyposażona w kabinę natryskową lub wannę do kąpieli, w tym jedno pomieszczenie przystosowane dla osób niepełnosprawnych;
	Pokój zabiegowo-pielęgniarski;	
	Dodatkowo rekomenduje się posiadanie m.in.: • pomieszczenia klubowego z biblioteczką i prasą, wyposażone w sprzęt RTV, komputer z dostępem do Internetu, kanapy i fotele, • pomieszczenia do odpoczynku z miejscami do leżenia, • pomieszczenia do terapii indywidualnej lub poradnictwa rozumianego jako szeroko pojęta praca socjalna, • wydzielone miejsce na pralkę i odpowiednio wyposażone miejsce do prasowania.	Dodatkowo rekomenduje się posiadanie m.in.: • pomieszczenia do prowadzenia terapii zajęciowej, wyposażone w niezbędne meble, urządzenia i sprzęty, w zależności od rodzaju stosowanych oddziaływań terapeutycznych; • pomieszczenia do terapii ruchowej wyposażone w sprzęt i akcesoria do usprawniania ruchowego seniorów; • zapewnienie (w miarę możliwości) bezpośredniego wyjścia na teren otwarty (ogród, zieloną przestrzeń), wyposażony w elementy drobnej architektury, ławki, altanę.
ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNE		
	Program umożliwi udzielenie wsparcia seniorom, nieaktywnym	Oferta placówki jest skierowana do osób niesamodzielnych ¹²² powyżej

¹²² Co do zasady, uczestnik placówki nie może być osobą całkowicie niesamodzielną, czyli niemogącą korzystać z usług usprawniająco-aktywizujących placówki (np. osobą leżącą, bez kontaktu, bez kontaktu logicznego itp.). Uczestnikami

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
	zawodowo, w wieku 60+; kryteria uczestnictwa seniorów określa jednostka samorządu, która jest beneficjentem Programu, w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej;	60 roku życia, w szczególności do osób borykających się z różnego rodzaju problemami ¹²³ ; dla osób cierpiących na choroby otępienne rekomenduje się tworzenie placówek profilowanych ¹²⁴ ;
Liczba miejsc w DDP jest nie większa niż 30;	Brak limitu;	Liczba uczestników objętych wsparciem, przebywających stacjonarnie w placówce nie przekroczy 30 osób ¹²⁵ ;
Placówka funkcjonuje co najmniej 8 godzin dziennie, we wszystkie dni robocze, przez cały rok, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin;	Placówka zapewnia co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku;	Placówka funkcjonuje co najmniej 8 godzin dziennie we wszystkie dni robocze ¹²⁶ , przez cały rok, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin;
W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania DDP może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb;		Oferta placówki w zakresie dostępności czasowej jest dostosowana do potrzeb podopiecznych, zwłaszcza ze względu na skuteczne wsparcie opiekunów nieformalnych osób starszych;
DDP może prowadzić hostel;	W placówkach nie mogą być tworzone miejsca całodobowego pobytu;	Placówki mogą prowadzić miejsca okresowego pobytu całodobowego, jeżeli wynika to z potrzeb grupy docelowej;
DDP może świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób niebędących uczestnikami, tj. na rzecz społeczności lokalnej, szczególnie dla osób wymagających całodobowej		Placówka może świadczyć usługi otwarte (zewnątrzne /terenowe) np. w formie dowożenia posiłków lub świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług

może być osoba wymagająca pomocy w czynnościach samoobsługowych i samopielegnacyjnych (tj. podczas korzystania z toalety, spożywania posiłków, poruszania się).

¹²³ M.in. obniżenie sprawności psychofizycznej; ograniczenie możliwości podejmowania działań związanych z codziennym funkcjonowaniem; konieczność pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych; choroba; niepełnosprawność; pogorszenie sytuacji materialnej; poczucie osamotnienia i inne niekorzystne stany emocjonalne.

¹²⁴ Profil placówki powinien być dostosowany do potrzeb osób z konkretnymi schorzeniami, wymagającymi specjalistycznej opieki i terapii, w tym osób po udarach mózgu, cierpiących na chorobę Parkinsona, Alzheimera i zespoły otępienne innego rodzaju. Ww. grupy podopiecznych mogą być uczestnikami placówek bez określonego profilu, o ile możliwości organizacyjne placówki na to pozwalają.

¹²⁵ Liczba ta winna być dostosowana do lokalnych potrzeb oraz uwarunkowana koniecznością zapewnienia określonej bazy lokalowej i spełnienia standardów w zakresie organizacji przestrzeni i zatrudnienia personelu.

¹²⁶ Z wyjątkiem okresu przeprowadzania prac remontowych lub sytuacji awaryjnych.

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
opieki;		opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób niebędących uczestnikami, tj. na rzecz społeczności lokalnej.
		Rekomendowany zasięg działania placówki to obszar jednej gminy ¹²⁷ ;
		Podopieczni placówki mogą tworzyć samorząd np. radę domu, która reprezentuje interesy ogółu uczestników.
ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG		
Organizacja DDP oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności;	Zakres działania placówek typu „Senior+” określa jednostka samorządu, która jest beneficjentem Programu;	Rodzaj i sposób świadczenia usług ¹²⁸ powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości uczestnika, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.
Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, w tym pomoc w utrzymaniu higieny osobistej;	Realizacja podstawowych usług mających na celu udzielanie pomocy w czynnościach dnia codziennego;	Placówka zapewnia udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych oraz opiekę higieniczną w niezbędnym zakresie;
Dwa posiłki w siedzibie DDP (w miarę potrzeb na wynos lub w formie dowozu do miejsca zamieszkania);	Zapewnienie minimum jednego posiłku, w szczególności gorącego;	Zapewnienie dwóch posiłków dziennie w siedzibie placówki ¹²⁹ , na wynos lub w formie dowozu do miejsca zamieszkania, w tym co najmniej jeden ciepły posiłek;
Działalność DDP zakłada realizację na rzecz swoich podopiecznych następującej oferty usług: → udział w zajęciach	Świadczenie innych usług wspomagających, dostosowanych do potrzeb seniorów ¹³⁰ : • socjalnych,	Wachlarz usług obligatoryjnie obejmuje: → usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, → usługi aktywizująco-

¹²⁷ Jest to istotne z uwagi na charakter idei pomocy środowiskowej (ze względów organizacyjno-ekonomicznych dopuszcza się także tworzenie placówek obejmujących większy obszar, wówczas rekomenduje się tworzenie filii na terenie wszystkich gmin objętych wsparciem).

¹²⁸ Świadczenie usług odbywa się w oparciu o indywidualne plany działania. W celu ich określenia oraz ustalenia zakresu świadczonych usług placówka powołuje zespoły terapeutyczne, składające się w szczególności z pracowników merytorycznych.

¹²⁹ W razie potrzeby personel zapewnia pomoc przy spożywaniu posiłków.

¹³⁰ Do wzięcia udziału m.in. w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących wymagane jest stosowne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w ww. zajęciach.

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+	STANDARD REGIONALNY (MODEL MAŁOPOLSKI)
terapeutycznych, plastycznych, muzycznych i wspierających ruchowo; → dostęp do książek i środków przekazu, organizowanie impresz kulturalnych, rekreacyjnych i towarzyskich; → pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej;	• edukacyjnych, • kulturalno-oświatowych, • aktywności ruchowej lub kinezyterapii, • sportowo-rekreacyjnych, • aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy), • terapii zajęciowej. Dodatkowo jednostka samorządu określa zasady uczestnictwa seniorów w zajęciach oferowanych przez placówkę „Senior+”.	usprawniające (m.in. organizacja czasu wolnego; udział w zajęciach terapeutycznych / podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym; udział w imprezach integracyjnych i rekreacyjno-turystycznych). Zajęcia w placówce odbywają się w formie indywidualnej pracy terapeutycznej oraz zajęć grupowych.
Pomoc psychologiczną, poradnictwo i wsparcie w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych oraz bieżących spraw życia codziennego np. udzielania pomocy w kontaktach z placówkami służby zdrowia i urzędami.		Usługi wspomagające ¹³¹ (w formie udzielania informacji, edukacji, wsparcia i poradnictwa, zarówno dla uczestników jak i ich rodzin, w tym wsparcia psychologicznego);
	Uczestnikom zapewniona jest usługa dowozu do placówki ¹³² .	Powinno zapewniać się usługę dowozu ¹³³ uczestników do i z placówki ¹³⁴ .



Na podstawie kontroli NIK, w ramach której przeprowadzono również badanie opinii podopiecznych dziennych domów pomocy społecznej, stwierdzono, iż w hierarchii potrzeb, **dla większości seniorów najważniejszymi były: możliwość kontaktu z innymi osobami i korzystania z posiłków**, a następnie możliwość udziału w różnych formach aktywizacji fizycznej i umysłowej, edukacji i rekreacji¹³⁵.

¹³¹ Do działań fakultatywnych realizowanych w tym obszarze należą także: kontakty z różnymi instytucjami i organizacjami, w tym reprezentowanie interesów podopiecznych; pomoc w załatwianiu wizyt u lekarza, współpraca ze służbami medycznymi; pomoc w ustaleniu stopnia niepełnosprawności i w innych niezbędnych sprawach w obszarze zdrowia uczestnika; pomoc w załatwianiu różnego rodzaju usług i napraw, w szczególności osobom samotnym; wsparcie rodzin w formie organizacji grup wsparcia, prelekcji i szkoleń dla opiekunów.

¹³² Informacja o wynikach kontroli NIK *OPIEKA...*, op. cit., s. 7.

¹³³ Usługa dowozu może zawierać się w ustalonych kosztach pobytu lub być dodatkowo odpłatna; świadczona przez placówkę lub zlecana na zewnątrz; placówka może ustalić w dokumentach wewnętrznych zasady korzystania z usług dowozu

¹³⁴ Zapewnienie dowozu i odwozu seniorom mieszkającym w dalszej odległości, szczególnie osobom o ograniczonych możliwościach poruszania się, jest istotnym elementem warunkującym uczestnictwo tych osób w zajęciach prowadzonych w DDP. Jest elementem wyrównującym dostęp do świadczeń oferowanych w tych placówkach [w:] Informacja o wynikach kontroli NIK *OPIEKA...*, op. cit., s. 37.

¹³⁵ Informacja o wynikach kontroli NIK *OPIEKA...*, op. cit., s. 30.

➡ Zakres świadczonych usług w skontrolowanych placówkach odpowiadał wymaganiom określonym w statucie lub regulaminie organizacyjnym i obejmował:

- ➔ **podstawowe świadczenia opiekuńcze** (udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, podnoszenie sprawności i aktywizowanie przez udział w terapii zajęciowej, treningach umiejętności, pamięci, zachęcanie do wykonywania prac na rzecz domu i innych osób, wspieranie w załatwianiu spraw osobistych i urzędowych);
- ➔ **zaspokajanie potrzeb zdrowotnych** (porady pielęgniarские, pomoc w kontaktach z placówkami ochrony zdrowia, porady rehabilitacyjne, ogólna gimnastyka usprawniająca grupowa i indywidualna, poradnictwo psychologiczne);
- ➔ **działania wspomagające** (umożliwianie zaspokajania potrzeb kulturalnych, rekreacyjnych, towarzyskich, turystycznych, stymulowanie nawiązywania i utrzymywania kontaktów z rodziną i środowiskiem, przez wspólny udział w festynach, spotkaniach okolicznościowych oraz w spotkaniach grup wsparcia)¹³⁶.

Uczestnictwo w danych formach wsparcia odbywało się na podstawie **indywidualnej diagnozy**, adekwatnie do zainteresowań podopiecznego, jego sprawności psychoruchowej i stanu zdrowia. Ze względu na różnego rodzaju dysfunkcje i kondycję psychoruchową, **nie narzucano**

➡ **uczestnikom obowiązku udziału w organizowanych zajęciach** (sami podejmowali decyzję w tej kwestii). Mając powyższe na uwadze, nie tworzone indywidualnych planów aktywizacji i nie prowadzono zajęć w oparciu o nie, gdyż zdaniem kierowników OPS, ich opracowanie mogłoby zostać odebrane jako nadmiernie ingerujące w poczucie swobody podopiecznych¹³⁷.

➡ Udział w zajęciach był każdorazowo odnotowany w kartach uczestników, które zawierały również opinie prowadzących na temat predyspozycji uczestników, ich pasji, poziomie aktywności. Na tej podstawie sytuacja podopiecznych była systematycznie monitorowana, a w przypadku wystąpienia problemów i trudności podejmowane były działania wspierające, m.in. zmiana rodzaju i formy zajęć, konsultacje psychologiczne.

DOBRA PRAKTYKA

Zakres pomocy i wsparcia jest określany na podstawie:

- ➔ danych w karcie zgłoszeniowej (stanowiącej załącznik do regulaminu organizacyjnego placówki),
- ➔ informacji uzyskanych od podopiecznego i jego rodziny (o stanie zdrowia, możliwości korzystania ze zbiorowego żywienia, zainteresowaniach, potrzebach i oczekiwaniach);
- ➔ obserwacji poczynionych przez opiekunów podczas dni próbnych;
- ➔ w razie potrzeby konsultacji z psychologiem.

Raz na pół roku w grupie terapeutycznej (pracowników merytorycznych) omawiany jest całościowo stan każdego z podopiecznych, następnie sporządzana jest notatka o stanie zdrowia i zdolnościach psychofizycznych. Corocznie przeprowadzane są badania psychologiczne (w razie potrzeb częściowej)¹³⁸.

¹³⁶ Tamże.

¹³⁷ Informacja o wynikach kontroli NIK OPIEKA..., op. cit., s. 31.

¹³⁸ Tamże.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZYNAWANIA MIEJSCA W DZIENNYM DOMU POMOCY

Procedura ubiegania się o miejsce w dziennym domu pobytu odbywa się poprzez ośrodek pomocy społecznej, na wniosek samej osoby zainteresowanej (ale również jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego i może być udzielana z urzędu¹³⁹). W praktyce, procedura skierowania do placówki z urzędu (na wniosek OPS) jest niewykorzystywana. Zgodnie raportem NIK, w żadnym przypadku nie przyznano pomocy w formie pobytu w dziennym domu w trybie z urzędu. W opinii kontrolujących, jest to kolejny dowód świadczący o braku długofalowej strategii i doraźnym działaniu gmin¹⁴⁰.

A. Złożenie pisemnego wniosku (osoby ubiegającej się o skierowanie do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego) do ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania lub pobytu;

B. Zebranie dokumentów niezbędnych do załączenia do wniosku

- zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia emerytury (decyzje o waloryzacji rent i emerytur),
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli dotyczy),
- zaświadczenie lekarskie, które powinno zawierać:
 - określenie najważniejszych informacji o stanie zdrowia pacjenta, w tym opis stopnia samodzielności (m.in. o sposobie poruszania, występowaniu stanów depresyjnych, zaburzeniach pamięci, wzroku i słuchu),
 - określenie dopuszczalnych form usprawniania ruchowego uczestnika, bądź ograniczeń w tym zakresie.

C. Przeprowadzenie wywiadu środowiskowego

Wywiad jest przeprowadzany przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej (właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się) w terminie 14 dni od daty złożenia wniosku, w celu rozpoznania sytuacji osoby starszej i jej rodziny.

Na jego podstawie zostaje określona sytuacja osobista, rodzinna, mieszkaniowa, zdrowotna (ocena stanu zdrowia, w jakim zakresie osoba jest samodzielna, a w jakim obszarze wymaga pomocy innych) i ekonomiczna (dochodowa i majątkowa) osoby ubiegającej się o miejsce w placówce.

W oparciu o te informacje przyznawane jest prawa pobytu uczestnika w placówce oraz prawo do korzystania z usługi dowozu do i z placówki (na podstawie oceny sprawności fizycznej podopiecznych, odległości od ich miejsca zamieszkania, braku możliwości zapewnienia transportu przez rodzinę i osoby bliskie).

D. Wydanie decyzji o przyznaniu miejsca w ośrodku wsparcia (dziennym domu pomocy) wraz z zakresem usług świadczonych w placówce.

Rekomenduje się, aby **prawo pobytu w dziennym domu pomocy było weryfikowane nie rzadziej niż raz na 6 m-cy** za pomocą wywiadu (o którym mowa powyżej). Weryfikacja ma na celu przede wszystkim aktualizację danych uczestnika i bieżące określenie jego sytuacji, zwłaszcza zdrowotnej oraz dostosowanie form oddziaływań terapeutycznych do aktualnych jego potrzeb.

¹³⁹ Ustawa o pomocy społecznej, art. 102.

¹⁴⁰ Informacja o wynikach kontroli NIK *OPIEKA...*, op. cit., s. 6.

1.6 Kluby samopomocy / kluby seniora

RODZAJE KLUBÓW

KLUB SAMOPOMOCY to często forma wsparcia niezbędna oraz bardzo potrzebna dla rodzin i opiekunów seniorów, którzy dzięki opiece nad niesamodzielnym członkiem rodziny, mogą podjąć pracę lub mieć czas na chwilę wytchnienia, czy zajęcie się własnymi potrzebami, w tym zdrowotnymi. Nieformalnym opiekunem seniora jest bowiem najczęściej również osoba starsza (żona lub mąż), która z racji wieku zazwyczaj zmagają się ze swoimi dolegliwościami.

Klub Samopomocy dla osób niesamodzielnych, w tym starszych i niepełnosprawnych - udziela wsparcia osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych¹⁴¹.

Klub Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi – udziela wsparcia w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także integracji społecznej swoich podopiecznych. Na działalność środowiskowych domów oraz klubów samopomocy można uzyskać dotację z budżetu państwa. Zakres usług świadczonych w klubach samopomocy ustalany jest w uzgodnieniu z wojewodą przez właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej placówkę. Udział w zajęciach klubu jest nieodpłatny¹⁴².

KLUB SENIORA to placówka charakteryzująca się większą elastycznością funkcjonowania, co pozwala na lepsze **dostosowanie ich oferty do potrzeb seniorów o wyższym stopniu samodzielności**. Z tego względu **są chętniej tworzone niż dzienne domy pomocy** (na co wskazują doświadczenia programu Senior+, który potwierdza duże zainteresowanie tworzeniem tego rodzaju placówek).

- **klub seniora** to placówka zrzeszająca zazwyczaj osoby w wieku 60+ (niekiedy 55+, a obecnie coraz częściej 50+), proponując swoim członkom ofertę zajęć służących rozwojowi życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego osób starszych;
- **klub Senior+** to placówka prowadząca działalność na zasadach klubu seniora, która została utworzona i/lub dofinansowana w ramach programu MRiPS Senior+.

PODMIOTY PROWADZĄCE

KLUB SENIORA

W odniesieniu do klubów seniora, analizując sytuację w województwie kujawsko-pomorskim można wskazać, iż:

- **najczęściej podmiotem prowadzącym klub seniora są organizacje pozarządowe** (w niektórych przypadkach są to kluby seniora, które sformalizowały swoją strukturę i przekształciły się w stowarzyszenie);
- drugim najczęściej występującym podmiotem są ośrodki i domy kultury;
- w trzeciej kolejności kluby seniora powstają przy spółdzielniach mieszkaniowych, współfinansowane zazwyczaj z funduszu spółdzielni na działalność kulturalno-oświatową.

¹⁴¹ Ustawa o pomocy społecznej, art. 51

¹⁴² Ustawa o pomocy społecznej, art. 51a, 51b, 51c.

Program „SENIOR+” jest adresowany do jednostek samorządu szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, które mogą uzyskać dotację na utworzenie i funkcjonowanie Klubów „Senior+”. Program dopuszcza, iż podmiotami prowadzącymi placówkę może być:

- samodzielnie jednostka samorządu,
- samodzielnie inny podmiot (zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie) na zlecenie jednostki samorządu,
- jednostka samorządu w partnerstwie z innym podmiotem (jw.),
- wspólna realizacja zadania przez kilka jednostek samorządu

ZATRUDNIONA KADRA

KLUB SAMOPOMOCY

Kadra zaangażowana w działalność klubu samopomocy¹⁴³:

- pracą klubu samopomocy winien kierować koordynator, zatrudniony przez podmiot prowadzący placówkę (np. w OPS); zadanie związane z prowadzeniem klubu powinno być wpisane w zakres czynności realizowanych przez koordynatora, który nie musi być zatrudniony na potrzeby działalności klubu w wymiarze pełnego etatu. **Zadaniem koordynatora jest przede wszystkim:**
 - nadzór i monitorowanie pracy klubu,
 - dbanie o rozwój klubu (min. współpraca z partnerami, promocja idei samopomocy),
 - organizacja pracy grup.
- w działalność klubu zaangażowani są również animatorzy grup, których zadaniem jest przede wszystkim:
 - inicjowanie nowych grup,
 - prowadzenie pierwszych spotkań grup,
 - udzielanie informacji na miejscu.
- W klubie powinna być zagwarantowana współpraca z ekspertami i profesjonalistami, np.: psychologiem, prawnikiem, pracownikiem socjalnym, innymi w zależności od potrzeb grup.

DOBRA PRAKTYKA – SIEĆ KLUBÓW SAMOPOMOCY W KRAKOWIE

W klubach z seniorami pracują terapeuci zajęciowi, opiekunowie osób niesamodzielnych, pracownik socjalny i psycholog. Zespół dba o ciekawe zajęcia aktywizujące i podtrzymujące kondycję psychofizyczną podopiecznych. W ośrodkach nie zapomina się także o regularnej rehabilitacji prowadzonej przez fizjoterapeutę z wykorzystaniem sprzętu (np. piłki, taśmy). Do współpracy często zapraszani są specjaliści z różnych dziedzin (np. przy organizacji wakacyjnych potańcówek pomocy udzielała instruktorka zajęć fitness i zumbi). W Klubie Specjalistycznym pracuje również logopeda. Jego zadaniem jest ćwiczenie sprawności i wyrazistości mowy z osobami, które np. w wyniku udarów mają trudności z komunikacją. Nad uczestnikami czuwa też pielęgniarka, która pomaga w razie kłopotów ze zdrowiem i samopoczuciem.

¹⁴³Rekomendacje sformułowane przez stowarzyszenie BORIS: <http://samopomoc.boris.org.pl/o-samopomocy/kluby-samopomocy/> (data korzystania: 12.05.2020)

KLUB SENIORA

Tabela 5 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania klubów seniora (w zakresie kadry)

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	PROGRAM SENIOR+
	Minimalny standard zatrudnienia to jeden pracownik oraz specjalista w pożądanym zakresie zatrudniony w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb placówki; Dodatkowo, w zależności od potrzeb, w placówce mogą być zatrudnieni inni specjaliści (w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb placówki);
Wykształcenie nie stanowi zasadniczego kryterium naboru kandydatów na osoby prowadzące klub seniora;	Kwalifikacje pracowników i współpracowników realizujących usługi w ramach działalności klubu seniora określa jednostka samorządu, na terenie której działa placówka.
Wymagane jest, aby osoby prowadzące klub seniora odbyły co najmniej 20-godzinny kurs przygotowujący do prowadzenia takiej działalności.	

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DZIAŁALNOŚCI KLUBÓW SENIORA

- Jednym z najbardziej popularnych źródeł finansowania działalności klubów seniora, obok składek członkowskich, są środki gminy.
- Kluby pozyskują również dodatkowe środki na działalność od sponsorów i darczyńców.
- Innym źródłem finansowania są środki własne organizacji pozarządowych i spółdzielni mieszkaniowych.
- W ostatnich latach coraz bardziej powszechna stała się możliwość pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania działalności (środki unijne, środki budżetu państwa w ramach programów Senior+¹⁴⁴ oraz ASOS¹⁴⁵).

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

KLUB SAMOPOMOCY DLA OSÓB STARSZYCH

Działalność placówki opiera się przede wszystkim na oddziaływaniu w zakresie:

- aktywowania środowiska seniorów do wspólnego i zorganizowanego spędzania czasu wolnego;
- rozpoznawania potrzeb, rozwijanie zainteresowań, talentów i pasji uczestników;
- tworzenia ruchu samopomocy spośród uczestników Klubu;
- zapewnienia wsparcia i pomocy pracownika socjalnego (czasem również psychologa, prawnika) w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych;
- organizowania zajęć w ramach terapii zajęciowej, zajęć rękodzielniczych, muzykoterapii, ćwiczeń pamięci oraz aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości uczestników;

¹⁴⁴ Szczegółowe założenia programu zostały omówione w załączniku w części dot. działalności dziennych domów pomocy.

¹⁴⁵ Szczegółowe założenia programu zostały omówione w załączniku w części dot. wolontariatu opiekuńczego.

- zaspokajania potrzeb towarzyskich i kulturalnych poprzez organizowanie uroczystości, spotkań i pogadanek oraz umożliwianie uczestnictwa w imprezach kulturalnych oraz wycieczkach;
- zapewniania ciepłego posiłku (zazwyczaj w formie „zupy z wkładką”);
- oferta klubu zawiera niekiedy również możliwość zapewnienia dowozu do placówki, a po skończonych zajęciach powrót do miejsca zamieszkania;

Bywa, że wsparcie jest realizowane nie tylko na terenie Klubu, ale również w środowisku rodzinnym i zamieszkania, w szpitalach, domach pomocy społecznej.

KLUB SENIORA

Według wytycznych¹⁴⁶, w klubie seniora prowadzone są zajęcia, które mają na celu:

- zagospodarowanie czasu wolnego po zakończeniu aktywności zawodowej (m.in. rozwijanie umiejętności i indywidualnych zainteresowań);
- zwiększenie aktywności i uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym;
- działalność prozdrowotną (m.in. edukacja zdrowotna, spotkania z lekarzami), kulturalną (wyjścia do kina, czy teatru) i edukacyjną (m.in. nauka obsługi komputera, korzystania z Internetu);
- prowadzenie zajęć z zakresu kultury fizycznej poprzez organizację zajęć sportowych np. nordic walking, zorganizowane zajęcia w ramach stref aktywności rodzinnej, aerobik, aqua aerobik itp.;
- **tworzenie grup samopomocowych**, których członkowie będą wzajemnie się wspierać w trudnościach życia codziennego;
- poradnictwo prawne realizowane poprzez udzielanie seniorom informacji o obowiązujących przepisach z zakresu m.in. prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów;
- poradnictwo psychologiczne realizowane poprzez proces diagnozowania, profilaktyki i terapii;
- poradnictwo rodzinne obejmujące funkcjonowanie rodziny.

W ramach działalności klubu seniora mogą być realizowane usługi opiekuńcze, zgodnie przynajmniej z minimalnymi wymaganiami określonymi w wytycznych.

Standard dot. warunków lokalowych klubów seniora określony w Programie Senior+ zakłada, iż placówki powinny być usytuowane w miejscu dostępnym dla seniorów i pozbawione barier funkcjonalnych oraz przystosowane do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych. Według określonych wymagań taka placówka powinna posiadać:

- 1 pomieszczenie ogólnodostępne wyposażone w stoły i krzesła (lub kanapy i fotele) pełniące funkcję sali spotkań,
- pomieszczenie albo pomieszczenia kuchenne lub aneks kuchenny, wyposażone w sprzęty, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożycia posiłku,
- 1 łazienka wyposażona w 2 toalety (dla kobiet i mężczyzn) i umywalkę,
- wydzielone miejsce pełniące funkcję szatni dla seniorów.

Ponadto placówka może posiadać między innymi:

- pomieszczenie do zajęć rehabilitacyjno-ruchowych wyposażone w drabinki, materace oraz inne niezbędne wyposażenie stosownie do wieku uczestników,
- pomieszczenie klubowe wyposażone w sprzęt RTV, komputer z dostępem do Internetu, kanapy i fotele,

¹⁴⁶ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, MliR, W-wa 2019, s. 67.

→ łazienkę wyposażoną w prysznic z krzesetkiem oraz uchwyty pod prysznicem.

Działalność Klubu „Senior+” polega na **motywowaniu seniorów do działań na rzecz samopomocy i działań wolontarystycznych na rzecz innych.**

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZYNAWANIA WSPARCIA W RAMACH KLUBU

KLUB SAMOPOMOCY

Zazwyczaj, możliwość udziału w klubie samopomocy, wymaga zgłoszenia się do właściwego ośrodka pomocy społecznej, celem złożenia wniosku i przejścia procedury rekrutacyjnej opartej o wywiad środowiskowy i wydanie stosownej decyzji.

DOBRA PRAKTYKA – KRAKOWSKA SIEĆ KLUBÓW SAMOPOMOCY

Organizator sieci klubów (gmina), przyjął założenie dotyczące zagwarantowania braku zbędnych formalności. Aby otrzymać wsparcie w formie możliwości uczestnictwa w zajęciach klubu nie trzeba przechodzić żadnej procedury kwalifikacyjnej. Należy tylko złożyć deklarację chęci udziału w zajęciach klubu. Zdaniem pracowników MOPS, przyjęcie ścieżki postępowania z pominięciem decyzji administracyjnej, stanowi istotny krok ku zwiększeniu dostępności oferty pomocowej ośrodka.

Wniosek z prośbą o uczestnictwo w klubie można wypełnić w każdej z placówek (lub filii MOPS), złożyć go osobiście lub wysłać pocztą (przez samego zainteresowanego lub jego opiekuna prawnego). Dokument zostaje przekazany do filii ośrodka właściwej ze względu na miejsce zamieszkania zgłaszającego. Do wniosku niezbędne jest dołączenie zaświadczenia o stanie zdrowia, w którym powinny znaleźć się informacje o braku przeciwwskazań do korzystania z oferty Klubu. Po dokonaniu uzgodnień z pracownikiem socjalnym, możliwe jest rozpoczęcie uczestnictwa w zajęciach Klubu.

KLUB SENIORA

O możliwości zapisu do klubu seniora decyduje zazwyczaj kwestia określonego miejsca zamieszkania (w danej gminie), ustalonego wieku (55+ lub 60+), niekiedy przeszłości zawodowej (np. nauczycielski klub seniora).

Chęć udziału w klubie wyraża się poprzez złożenie pisemnej deklaracji o woli uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez tą placówkę oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych i wizerunku.

2.

Pośrednie formy wsparcia opiekuńczego

2.1 Mieszkalnictwo senioralne

SAMODZIELNE MIESZKANIA SENIORÓW

➡ Mieszkania będące w posiadaniu osób w podeszłym wieku żyjących w polskich miastach, pochodzą w większości z lat 50-tych i 60-tych, są wyposażone w niezbędne urządzenia infrastruktury technicznej, a ich powierzchniowe standardy odpowiadają potrzebom niewielkich gospodarstw domowych (jedno- lub dwuosobowych). W pobliżu znajdują się przychodnie zdrowia, sklepy, często niewielkie bazary. **Zasoby mieszkaniowe użytkowane przez seniorów są zazwyczaj zużyte technicznie**¹⁴⁷ i cechuje je:

- ➔ mało elastyczny układ mieszkań, zazwyczaj konsekwencja technologii wielkopłytowej, co uniemożliwia zmianę w rozkładzie mieszkania lub determinuje potrzebę kosztownej gruntownej modernizacji;
- ➔ niedostosowanie mieszkania (głównie łazienki i kuchni), ze względu na zbyt małą powierzchnię manewrową;
- ➔ brak wind w budynkach do 5 kondygnacji, przy małych i wąskich klatkach schodowych, często o „krętych” schodach i wąskich podestach;
- ➔ niewielkie balkony, uniemożliwiające przebywanie na nich osób, które nie są w pełni sprawne;
- ➔ brak urządzeń (pochylni, poręczy, uchwytów), często również możliwości ich zainstalowania, niezbędnych do poruszania się osób z dysfunkcją ruchu;
- ➔ częste zjawisko opanowania klatek schodowych i rekreacyjnych terenów osiedlowych przez grupy tzw. trudnej młodzieży, co tworzy te przestrzenie niebezpiecznymi dla samotnych seniorów;
- ➔ niekorzystne zjawisko narastającego zróżnicowania demograficznego w strukturze przestrzennej miast (na tzw. dzielnice młodych i starych).

➡ Istotne znaczenie dla oceny sytuacji mieszkaniowej osób w starszym wieku jest tzw. **prognoza ubytków zasobów mieszkaniowych**, według której w ciągu najbliższych lat, ok. 1 mln mieszkań (w starych, zdewastowanych domach) będzie kwalifikował się do likwidacji (z tego połowa na wsi). Ocena została dokonana na podstawie wieku, standardu, stopnia technicznego zużycia budynków mieszkalnych, które najczęściej, co trzeba podkreślić, zamieszkują starsi ludzie.

➡ Podejmowanie działań w zakresie tworzenia warunków dla mieszkalnictwa senioralnego jest prawdziwym wyzwaniem. **Osoby starsze w większości żyją w mieszkaniach niedostosowanych do ich potrzeb**, ponadto zazwyczaj są właścicielami swoich lokali mieszkalnych, co ogranicza możliwości gmin w zakresie adaptacji, zmian funkcjonalnych i wyposażenia mieszkań. **Jednym z rozwiązań jest zamiana lokalu**, które jest trudne do akceptacji przez seniorów ze względu na wiążącą się z tym przeważnie potrzebę zmiany społeczności lokalnej i środowiska. Z tej perspektywy niezbędne byłoby organizowanie usług w zakresie pomocy w zamianie mieszkania lub/oraz uzyskania świadczenia finansowego (tzw. dodatku mieszkaniowego).

¹⁴⁷[w:] H. Zaniewska, M.Thiel, *Mieszkanie jutra ludzi starszych – nadzieja czy zagrożenie?*
<http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3681/37.%20Zaniewska.pdf?sequence=1> (data korzystania: 28.04.2020).

➡ **Gminne programy oparte na tzw. „łańcuch zamiany mieszkań”¹⁴⁸.** Przykładowe ogniwa łańcucha mogą prezentować się następująco:

1. ➡ „nowe mieszkania, np. TBS (zbudowane z udziałem gminy), uzyskuje młoda rodzina (z dziećmi) o przeciętnych dochodach, zajmująca komunalne mieszkanie o obniżonym standardzie (np. za małe i bez łazienki)”;
2. ➡ „zwolnione mieszkanie otrzymuje gospodarstwo domowe o niskich dochodach (np. z zaległościami), zajmujące mieszkanie pełnostandardowe w domu komunalnym”;
3. ➡ „zwolnione mieszkanie pełnostandardowe może otrzymać starsze gospodarstwo domowe o przeciętnych dochodach, przeniesione z komunalnego domu o ograniczonym standardzie”.

Realizacja takiego łańcucha zamian wymaga zaangażowania środków gminy (np. udział w TBS, pomoc w przeprowadzce i zagospodarowaniu starszego gospodarstwa), ale jest to rozwiązanie zdecydowanie tańsze niż budowa mieszkań socjalnych oraz społecznie bardziej uzasadnione, gdyż nie tworzy gett ludzi biednych i starszych. W programach tworzenia zasobu mieszkań socjalnych trzeba pamiętać o wpisaniu planów remontów i modernizacji zasobów.

MIESZKALNICTWO DLA SENIORÓW¹⁴⁹

Aspekty formalne (przepisy prawa) dotyczące mieszkalnictwa senioralnego regulują kwestie dotyczące **zapewnienia obiektów dostępnych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich**. Wymogi w tym zakresie dotyczą:

- ➡ szerokości korytarzy i drzwi dostosowanych do przejazdu wózkiem inwalidzkim (90 cm) lub łóżkiem rehabilitacyjnym – (minimum 110 cm w świetle);
- ➡ braku progów pomiędzy pomieszczeniami;
- ➡ dostosowania wielkości pomieszczeń i przestrzeni manewrowej dla osób niepełnosprawnych używających wózków, balkoników itp.;
- ➡ zastosowania poręczy wzdłuż ciągów komunikacyjnych na wys. 85 cm;
- ➡ lokalizacji miejsc siedzących na korytarzach, przy windach, na półpiętrach klatek schodowych itp. (siedziska z oparciem i podłokietnikami);
- ➡ czytelnego oznakowania kolorystycznego wszelkich różnic poziomów na posadzce, wyróżnienia schodów za pomocą prawidłowego oznakowania (zróżnicowanie kolorystyczne podstopnicy), stosowania pochwytów po obu stronach schodów.

Poza tymi aspektami, warto również upowszechniać potrzebę stosowania innych, istotnych, niekiedy nawet niewralgicznych elementów związanych z **kształtowaniem wnętrza z punktu widzenia różnorodnych potrzeb osób starszych**, m.in. oświetlenia czy kolorystyki wnętrza, m.in.:

- ➡ zagwarantowanie wyższego poziomu oświetlenia, gdyż osoby starsze potrzebują dwa razy więcej światła, niż określają to standardy;
- ➡ zaleca się stosowanie ogólnego, jednorodnego oświetlenia o stałym natężeniu na sufitach i ścianach, brak oświetlenia punktowego, np. w postaci reflektorów;
- ➡ stosowanie systemów oświetleniowych opartych na czujnikach ruchu, czasowych wyłącznikach, wyłącznikach działających przy odpowiedniej ilości światła dziennego;
- ➡ optymalne wykorzystanie światła dziennego poprzez zastosowanie odpowiedniej kolorystyki (rozjaśniającej pomieszczenia ciemne, ale i blokującej nadmierną ilość światła dziennego);

¹⁴⁸ Dominowski J., Kulesza H., 1999, Mieszkania socjalne w Polsce. Potrzeby – dostępność – budownictwo, Wyd. IGM, Warszawa

¹⁴⁹ I.Benek, A.Labus, *Przestrzeń mieszkania z perspektywą 60+*, Polityka Senioralna 4 nr 1(4)/2018, s. 65-71.

- wnętrza należy projektować poprzez zastosowanie większego kontrastu i odpowiednich kolorów;
- projektując posadzki należy unikać stosowania wzorów i deseni, gdyż mogą, szczególnie osobom z demencją, kojarzyć się z dziurami lub przeszkodami; nie stosuje się również powierzchni błyszczących; zmianę koloru podłogi należy wprowadzać przy zastosowaniu mniejszego kontrastu, gdyż mocne zróżnicowanie kolorystyczne posadzek może wywoływać wrażenie nierówności.

DOBRE PRAKTYKI

MIESZKANIA INDYWIDUALNE „POD OPIEKĄ”¹⁵⁰

Przykładem dobrej praktyki w zakresie organizowania tego rodzaju mieszkań jest **program realizowany przez gminę miasto Toruń wraz z Toruńskim TBS** dotyczący tworzenia mieszkań dla osób starszych i niepełnosprawnych. Na toruńskim osiedlu Jar oddano dwa dwupiętrowe budynki wielorodzinne z 48 tanimi mieszkaniami przeznaczonymi dla osób starszych i niepełnosprawnych (rozpoczęła się budowa kolejnych dwóch z następnymi 48 mieszkaniami, tym razem przeznaczonymi dla osób starszych spoza zasobu komunalnego, które będą mogły wpłacić 20% wartości budowanego mieszkania). Lokale mają od 33 do 48 m², są to mieszkania dwupokojowe z osobną kuchnią (lub z aneksem kuchennym). Czynsz za mieszkania wynosi od ponad 400 do 600 zł miesięcznie (w tym koszt mediów).

Oferta najmu skierowana jest do osób:

- w wieku 60+, pozbawionych opieki osób bliskich,
 - będących najemcami mieszkań komunalnych należących do gminy miasto Toruń (lub znajdujących się na listach potencjalnych najemców),
 - z ograniczoną samodzielnością ze względu na wiek, niepełnosprawność, chorobę,
 - zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym: korzystających ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikujących się do objęcia przez pomoc społeczną; pierwszeństwo dla osób, których dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego kwalifikującego do pomocy społecznej (tj. dochód dla osoby samotnej – 1 051,50 zł, dochód dla gospodarstwa domowego wieloosobowego 792,00 zł na osobę).
- **Mieszkania są wynajmowane przez gminę** i podnajmowane najemcom wytypowanym na podstawie zatwierdzonego regulaminu przez specjalną komisję.
- **Mieszkania są przystosowane do potrzeb osób starszych**, np. poruszających się na wózkach inwalidzkich, w pełni wykończone i wyposażone w urządzenia sanitarne oraz kuchenkę elektryczną wraz z piekarnikiem. Każde mieszkanie posiada balkon.
- **Mieszkańcom gwarantuje się objęcie pomocą pracowników socjalnych MOPR**. Na parterach obu budynków wydzielone zostały lokale użytkowe o powierzchni 500 m² każdy. W jednym z nich (zarządzanym przez MOPR) powstał klub seniora i dom dziennego pobytu, przeznaczone każdy dla 30 uczestników (również spoza mieszkańców bloków) oraz mieszkanie dla opiekunów (pracowników socjalnych MOPR). Drugi lokal jest wynajęty na potrzeby utworzenia przychodni zdrowia obsługującej całe osiedle.
- Kolejnym ważnym aspektem w zakresie wsparcia opiekuńczego seniorów jest **wdrożenie usługi teleopieki**, w formie dostosowanej do potrzeb mieszkańców. Ponadto do ich dyspozycji zostały oddane atrakcyjnie zaprojektowane tereny zielone z alejkami i ławeczkami. W budynkach są

¹⁵⁰ <https://ototorun.pl/artypul/w-toruniu-powstaly-pierwsze/1020308> (data korzystania: 30.06.2020).

zamontowane windy umożliwiające dostęp do wszystkich pomieszczeń w obiekcie (w tym do komórek lokatorskich oraz innych pomieszczeń wspólnego użytku).

- Budowa mieszkań została sfinansowana ze środków gminy, rządowego Funduszu Doptat, środków toruńskiego TBS oraz funduszy unijnych (na koszty wyposażenia).
- Wraz z mieszkaniami dla seniorów, na tym samym terenie wybudowane zostaną sześćdziesiąt trzy mieszkania dla rodzin z dziećmi.

WZORCOWE MIESZKANIE SENIORA¹⁵¹

Inicjatywa zrealizowana przez dwójkę architektów, oddolna, społeczna, wsparta przez partnerów, którzy udostępniili swoje produkty na wyposażenie przestrzeni. Celem jest **nagłaśnianie problemu niedostosowanego do potrzeb mieszkalnictwa senioralnego** oraz pokazywania wzorców, w jaki sposób aranżować lokale mieszkalne by jak najdłużej mogły służyć samodzielności seniorów.

Mieszkanie zlokalizowane na warszawskich Bielanych, w nowoczesnym budynku zapewniającym wszelkie udogodnienia dla seniorów i osób niepełnosprawnych (m.in. windę, rampy, głośnomówiące domofony). Wielkość mieszkania (trochę ponad 50 m²) jest dostosowana do komfortowego funkcjonowania osoby na wózku i ograniczona ze względu na aspekt ekonomiczny. Zaproponowane wyposażenie, to jednak znacznie większy wydatek (o ok. kilkadziesiąt tysięcy złotych) niż koszt tradycyjnego remontu.

Wykorzystane w mieszkaniu rozwiązania są dostępne na rynku, niekiedy nie opierają się na zaawansowanych technologiach, ale dotyczą prostych patentów, jak np. brak uchwytów w szafkach (łatwo o nie zahaczyć), odpowiednia wysokość siedzisk, kontrastujące kolory).

Zastosowane inteligentne rozwiązania dotyczą, m.in.:

- podnoszenia i opuszczania prysznica bez konieczności przykręcania/odkręcania jakichkolwiek elementów;
- sterowania położeniem łóżka za pomocą prostego pilota;
- modulowania lampami generującymi światło ciepłe i zimne (dobór w zależności od pory dnia/nocy);
- wyposażenia kuchni w opuszczane elektrycznie szafki, płytki zlew pozwalający osobie niepełnosprawnej umyć naczynia bez większego wysiłku, zmywarę;
- zainstalowania podświetlanych listew przypodłogowych działających na fotokomórkę;
- umiejscowienia przy ścianach poręczy, których można złapać się w sytuacji utraty równowagi;
- wyposażenia salonu w kanapę z podwyższonym oparciem pozwalającym łatwiej siadać i wstawać;
- wyposażenia łazienki w prysznic z odpływem podłogowym, nienagrzewające się baterie prysznica i umywalki.

¹⁵¹ <http://mimowiekupl/> (data korzystania: 25.05.2020)

KONCEPCJA TZW. MIKSÓW SPOŁECZNYCH/LOKATORSKICH¹⁵²

Eksperyment mieszkaniowy w zakresie miksu społecznego został zaprojektowany w ramach Warszawskiej Dzielnicy Społecznej (WDS). To model osiedla, które jest zaplanowane holistycznie w sposób umożliwiający spełnianie oczekiwań różnych grup społecznych. Założenie dotyczy zorganizowania przestrzeni dla wielu pokoleń, które stworzą zintegrowaną wspólnotę mieszkańców, w której nikt nie będzie czuł się wykluczony. Poza funkcją mieszkaniową program przewiduje uruchomienie infrastruktury usług publicznych (przedszkola, szkoły, usługi kultury, zdrowia i sportu). Program mieszkaniowy WDS obejmuje mieszkania na wynajem, podzielone na cztery następujące typy:

- A – mieszkania socjalne,
- B – mieszkania komunalne,
- C – mieszkania w zasobach TBS,
- D – komercyjny rynek najmu.

Program zakłada:

- określenie procentowego udziału miksu społecznego mieszkańców, w tym osób starszych;
- zapewnienie typów mieszkań skoncentrowanych na potrzebach seniorów: mieszkania wspomagane i chronione czy „podążające za wiekiem”;
- uzupełnienie funkcji mieszkaniowej zagwarantowaniem dostępu osobom z dysfunkcjami, w tym seniorom, do innych usług i wspólnych przestrzeni;
- adaptacja istniejących budynków na funkcje społeczne (wielopokoleniowy dom spotkań, dom kultury, biblioteka, centrum aktywności).

KONCEPCJA TZW. DOMÓW WIELO-/MIĘDZYPOKOLENIOWYCH¹⁵³

Opuszczony przed 30 laty, **XIX-wieczny budynek w centrum miasta Łodzi, gmina postanowiła przeznaczyć na pierwszy w Polsce DOM WIELOPOKOLENIOWY**. Jest to budynek mieszkalny, którego sposób zasiedlenia oraz funkcjonowania mieszkańców ma być skuteczny dla tworzenia więzi sąsiedzkich oraz wytworzenia mechanizmów współpracy. Planowane jest, iż dom stanie się miejscem zamieszkania dla trzech lub większej liczby generacji mieszkańców, którymi będą: seniorzy, rodziny wielodzietne, osoby niepełnosprawne, samotne, żyjące w nieformalnych związkach, usamodzielniający się po opuszczeniu pieczy zastępczej. Po remoncie powstał kompleks dwóch budynków, w których zlokalizowano:

- jeden lokal usługowy (40 m²);
- pomieszczenie przeznaczone na miejsce spotkań dla mieszkańców domu i okolic (58 m²);
- 16 mieszkań (o zróżnicowanych powierzchniach od 27 do 56 m² i cechach), w tym:
 - 4 mieszkania jako najbardziej optymalne do zasiedlenia przez osoby starsze;
 - 4 mieszkania proponowane do zasiedlenia przez osoby młode;
 - 4 mieszkania jako najbardziej dostosowane do potrzeb rodzin (głównie ze względu na metraż tych lokali i liczbę izb dostępnych do aranżacji lub możliwych do wydzielenia w przyszłości);
 - 4 mieszkania uznano za możliwe do zasiedlenia przez osoby z niepełnosprawnością, z zaznaczeniem, że funkcjonalność tych lokali dla mieszkańca docelowego zależeć będzie od indywidualnych uwarunkowań i potrzeb oraz stopnia czy charakteru niepełnosprawności.

¹⁵² A. Labus, *Zróżnicowane...*, op. cit., s. 139-140.

¹⁵³ A. Labus, *Zróżnicowane...*, op. cit., s. 141-143.

Istnieje wiele możliwych kombinacji zasiedlenia każdego z 16 lokali. Urząd Miasta prowadzi proces rekrutacji mieszkańców oraz wyłonienia operatora – organizacji pozarządowej odpowiedzialnej za działania animacyjne oraz prowadzenie domu.

COHOUSING¹⁵⁴

Rodzaje cohousingu:

→ **cohousing wielogeneracyjny** – osoby starsze stanowią jedną z grup mieszkańców;

Koncepcja ta zaczyna dopiero zyskiwać popularność w Polsce, pierwsze tego typu inicjatywy, nazywane przez ekspertów grupami budowlanymi, pojawiły się w Gdyni, we Wrocławiu, w Warszawie i Białymstoku.

→ **cohousing senioralny** – forma zamieszkania oparta na tworzeniu przez seniorów grup sąsiedzkich użytkujących wspólne przestrzenie i dzielących część codziennych obowiązków. Zakres wspólnych działań członków wspólnoty może obejmować różny stopień nasilenia, od wspólnego przebywania przez całe dni do luźnych kontaktów, które dają seniorom poczucie bezpieczeństwa. Podstawą funkcjonowania wspólnoty jest dobrowolność uczestnictwa oraz akceptacja wspólnego życia codziennego. Każde indywidualne mieszkanie musi posiadać łączność z wyodrębnioną przestrzenią wspólną (może nią być użyczona część mieszkania jednego z członków wspólnoty lub część budynku).

W Polsce nie wdrożono jeszcze żadnej inicjatywy cohousingu senioralnego. Z pewnością wpływ na to może mieć fakt, iż pokolenia seniorów, urodzone po II wojnie światowej, zostały doświadczone realiami życia w czasach komunizmu i z tego względu mają uprzedzenia do idei wspólnotowości. Może następne pokolenia seniorów będą zainteresowane takimi rozwiązaniami. Badania potwierdzają, że cohousing jest rozwiązaniem lepszym od tradycyjnych form zamieszkania osób starszych, gdyż opiera się na integracji, która sprzyja zdrowemu i szczęśliwemu życiu. „Cohousing pozwala zachować niezależność z równoczesnym zapewnieniem wzajemnej pomocy, uczy zaradności i daje poczucie bezpieczeństwa, stwarza możliwość wykorzystania potencjału oraz doświadczenia osób starszych w wykonywaniu różnych obowiązków, tworzy warunki do aktywności ludzi we wspólnocie (nieustanna stymulacja), jest środowiskiem wspierającym – tworząc naturalną asystę społeczną, wychodzi naprzeciw pogarszającej się z wiekiem kondycji psychofizycznej seniorów, potencjalnej niepełnosprawności, trudnościom w orientacji przestrzennej w radzeniu sobie z codziennością, także niskimi kosztami utrzymania, umożliwia budowanie relacji społecznych, przeciwdziała samotności, a w rezultacie tzw. śmierci społecznej”¹⁵⁵.

¹⁵⁴ <http://fundacjablisko.pl/index.php/teoria-co-to-jest-cohousing/> (data korzystania: 10.04.2020)

¹⁵⁵ A. Labus, M. Dobrowolska, *Samotność osób starszych a cohousing*, Społeczeństwo i edukacja, 20 (1) 2016, s. 455.

2.2 Mieszkania chronione dla osób niesamodzielnych

Mieszkalnictwo chronione to relatywnie nowy, rozwijający się i przynoszący duże korzyści instrument wspierania seniorów. Jest to **rozwiązanie pośrednie** pomiędzy wsparciem instytucjonalnym (w ramach długoterminowego pobytu w DPS) a zamieszkiwaniem we własnym mieszkaniu (w sytuacji, gdy

z różnych przyczyn staje się ono dla seniora niemożliwe). Mieszkanie chronione posiada duży atut, w postaci zapewnienia w dalszym ciągu możliwości podtrzymywania samodzielności i zaradności życiowej seniorów. Dzieje się tak, przede wszystkim ze względu na:

- specjalne architektoniczne przygotowanie mieszkań chronionych,
- specjalistyczne wyposażenie ułatwiające autonomiczne funkcjonowanie osobom z ograniczoną sprawnością
- zapewnienie opieki, w sytuacji braku możliwości na samodzielne zamieszkiwanie seniora¹⁵⁶.

RODZAJE MIESZKAŃ CHRONIONYCH

W zależności od celu udzielania wsparcia wyróżnia się następujące rodzaje mieszkań chronionych:

- **mieszkanie chronione treningowe**, w którym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną, w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia;
- **mieszkanie chronione wspierane** (przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej, w szczególności osoby niepełnosprawnej fizycznie lub osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej), w którym zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

Tabela 6 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania mieszkań chronionych

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE MIESZKAŃ CHRONIONYCH
WARUNKI LOKALOWE	
W przypadku, gdy mieszkańcem jest osoba z niepełnosprawnością ruchową (w tym w szczególności poruszająca się na wózku inwalidzkim), mieszkanie oraz budynek, w którym ono się znajduje, są dostępne architektonicznie;	Wszystkie pomieszczenia w mieszkaniu, z którego korzystają osoby niepełnosprawne ruchowo, są pozbawione barier architektonicznych, a mieszkanie jest dostępne dla nich również z zewnątrz;
Powierzchnia użytkowa wynosi minimum 8 m ² na osobę (odstępstwa od tej zasady możliwe są jedynie w wyjątkowych przypadkach);	Minimalna powierzchnia użytkowa przypadająca na jedną osobę w mieszkaniu wynosi 12 m ² ;
Liczba miejsc w mieszkaniu wspomagany nie może być większa niż 7;	Liczba osób wspólnie zamieszkujących nie może być wyższa niż 7 ¹⁵⁷ ;

¹⁵⁶ S. Pawlas-Czyż, *Jak pracować z osobami starszymi*, Polityka Senioralna nr 2/2016, s. 45.

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE MIESZKAŃ CHRONIONYCH
	W pomieszczeniu mieszkalnym zapewnia się każdej osobie: łóżko lub tapczan; szafę ubraniową; szafkę nocną; krzesło lub fotel;
Oprócz pomieszczeń mieszkalnych mieszkanie jest wyposażone w: • kuchnię lub wnękę kuchenną, • łazienkę, • ustęp z umywalką lub miskę ustępową w łazience, • przestrzeń komunikacji wewnętrznej;	Mieszkanie składa się oprócz pomieszczenia mieszkalnego z: • kuchni lub aneksu kuchennego (wyposażonego w kuchenkę; zlewozmywak; chłodziarkę; meble kuchenne, sprzęt i naczynia do przygotowywania i spożywania posiłków); • łazienki (wyposażonej w wannę lub natrysk; umywalkę; miskę ustępową jeżeli nie ma wydzielonego ustępu); • wydzielonego ustępu (wyposażonego w umywalkę) lub miski ustępowej w łazience; • przestrzeni komunikacji wewnętrznej;
Mieszkanie posiada bezpośrednie oświetlenie światłem dziennym, co najmniej w przypadku pomieszczeń mieszkalnych	Mieszkanie jest wyposażone w pralkę automatyczną, a także telewizor lub komputer
Pokoje w mieszkaniu wspomagany mogą być maksymalnie 2-osobowe (większa liczba miejsc w pokoju wynikać może ewentualnie z preferencji mieszkańców);	
W ramach jednej nieruchomości maksymalna liczba mieszkań chronionych lub wspomaganych wynosi 7 i 25% nadwyżki powyżej 7.	
ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG	
Pobyt w mieszkaniu wspomagany wraz z usługami przyznaje się na podstawie umowy cywilnoprawnej lub kontraktu socjalnego;	
Rodzaj oraz zakres usług świadczonych w mieszkaniu wspomagany powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb mieszkańców (z uwzględnieniem zapisów zawartych w kontrakcie);	
Pobyt w mieszkaniu wspieranym może być przyznany na czas określony lub nieokreślony;	
Usługi w ramach mieszkań chronionych, w tym wspomaganych, obejmują: • utworzenie miejsca w mieszkaniu (np. adaptacja lokalu, wyposażenie); • pobyt w mieszkaniu; • usługi wspierające pobyt osoby w mieszkaniu (w szczególności usługi	Minimalny standard usług świadczonych w mieszkaniu chronionym wspieranym obejmuje świadczenie usług w zakresie pomocy w: • wykonywaniu czynności dnia codziennego dotyczących: - przemieszczania się;

¹⁵⁷ Wytyczne obowiązywać będą od 1 stycznia 2022; obecnie w okresie przejściowym dopuszczalna maksymalna liczba to 10 osób).

WYTCZYNE <i>w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020</i>	ROZPORZĄDZENIE W SPRAWIE MIESZKAŃ CHRONIONYCH
opiekuńcze, usługi asystenckie); • usługi wspierające aktywność osoby w mieszkaniu¹⁵⁸, dotyczące nauki; podtrzymania lub powstrzymania regresu w zakresie maksymalnego osiągalnego dla danej osoby poziomu sprawności w obszarze: samoobsługi, samodzielności życiowej, utrzymania lub rozwijania kontaktów społecznych oraz pełnienia ról społecznych; pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym; zagospodarowania czasu wolnego, z wykorzystaniem usług dostępnych w społeczności lokalnej. sfinansowanie kosztów eksploatacji lokalu mieszkalnego.	- utrzymywania higieny osobistej; - ubierania się; - sprzątania; - zakupów i przygotowania posiłków; - załatwiania spraw osobistych; • realizacji kontaktów społecznych poprzez umożliwienie: - utrzymywania więzi rodzinnych; - uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej.
	Pomoc w zakresie: przemieszczania się, utrzymywania higieny osobistej i ubierania się – świadczona jest nie krócej niż 3 godziny dziennie przez 7 dni w tygodniu.

Treningi samodzielności realizowane w ramach usług mieszkania wspomaganego polegają przede wszystkim na¹⁵⁹:

- treningu umiejętności praktycznych, którego celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie samodzielności w zakresie doskonalenia podstawowych czynności dnia codziennego (np. pranie, suszenie odzieży, sprzątanie, korzystanie z urządzeń elektrycznych);
- treningu higieny, którego celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie działań w zakresie utrzymania higieny ciała oraz estetycznego wyglądu zewnętrznego;
- treningu finansowym, którego celem jest rozwijanie umiejętności planowania i wydatkowania dostępnych środków finansowych – w tym związanych z utrzymaniem mieszkania;
- treningu zarządzania mieszkaniem, w tym zarządzania energią;
- treningu kulinarnym, którego celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie umiejętności niezbędnych do życia, jak nauka gotowania, przechowywania żywności itp.;
- treningu umiejętności spędzania czasu wolnego realizowanym np. poprzez rozwijanie zainteresowań literaturą, audycjami radiowymi, telewizyjnymi, Internetem, sportem, udziałem w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych, wspólnych wyjściach do kina i teatru;
- treningu interpersonalnym, którego celem jest nauka rozwiązywania konfliktów i problemów osobistych, ćwiczenie i nauka zachowań w określonych sytuacjach, rozwój umiejętności społecznych;

¹⁵⁸ Usługi wspierające mogą być realizowane poprzez: pracę socjalną – usługa skierowana na wzmacnianie lub odzyskiwanie zdolności do funkcjonowania osoby w społeczeństwie; poradnictwo specjalistyczne, w szczególności psychologiczne i prawne; powinno być nakierowane na umożliwienie samodzielnego rozwiązania problemu lub wskazanie konkretnego rozwiązania i wskazówek do jego zrealizowania; treningi samodzielności; rozwijanie umiejętności integracji ze społecznością lokalną; trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych.

¹⁵⁹ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020, MliR, W-wa 2019, s. 69-72.

- treningu autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;
- treningu umiejętności społecznych umożliwiającym kształtowanie umiejętności komunikacyjnych, współpracy w grupie, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z emocjami oraz modyfikowania zachowań na bardziej aprobowane społecznie.

DOBRA PRAKTYKA¹⁶⁰

Od 2012 roku w Kielcach są tworzone **mieszkania chronione dla osób starszych (po 60 roku życia)** lub niepełnosprawnych, które nie radzą sobie w prowadzeniu czy utrzymaniu własnego mieszkania, ale nie potrzebują specjalistycznej pomocy medycznej. Ta forma pomocy przewidziana jest dla osób, które nie są już w stanie funkcjonować samodzielnie (np. ze względu na zamieszkiwanie na 4 piętrze lub posiadanie pieca węglowego), a nie wymagają jeszcze opieki pielęgniarско-lekarskiej zapewnianej podopiecznym DPS.

- O mieszkanie mogą ubiegać się osoby mieszkające w Kielcach, posiadające własne źródło utrzymania i starające się o przyznanie lokalu socjalnego lub miejsca w DPS, które zostały wskazane przez powołaną do tego celu komisję kwalifikacyjną.
- Warunki lokalowe w mieszkaniu zapewniają standard, jaki wymagany jest dla pobytu osób niepełnosprawnych.
- Lokator przez okres zamieszkiwania funkcjonuje jak właściciel mieszkania, samodzielnie opłaca rachunki, decyduje o zakresie udzielanego wsparcia.
- Oferta wsparcia zakłada możliwość korzystania z żywienia zbiorowego dowożonego do mieszkania.
- Ponadto w każdym z bloków, gdzie zlokalizowane są mieszkania chronione, na parterze jeden z lokali stanowi siedzibę pracownika socjalnego OPS. Pracownicy są zatrudnieni w systemie całodobowym (od 7.00 do 19.00 oraz od 19.00 do 7.00). Mieszkańcy są osobami wymagającymi doraźnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Doraźna pomoc pracownika socjalnego udzielana jest poprzez **wykorzystanie systemu przywoławczego**, np. w sytuacji nagłego zachorowania. Każdy mieszkaniowiec ma możliwość, poprzez naciśnięcie odpowiedniego przycisku, przywołania pracownika, u którego włącza się alarm z konkretnego mieszkania.
- Pracownik socjalny pomaga również w rejestracji wizyt lekarskich, towarzyszeniu w trakcie wizyty, wykupie leków oraz przestrzegania pór ich zażycia.
- Planowane jest funkcjonowanie w tej formule 200 mieszkań chronionych dla seniorów.

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W MIESZKANIU CHRONIONYM

Opłatę za pobyt w mieszkaniach chronionych ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług.

Pobyt w mieszkaniu chronionym jest odpłatny, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub na osobę w rodzinie przekracza kwotę kryterium dochodowego¹⁶¹.

W praktyce, podstawą do ustalenia wysokości odpłatności jest miesięczny koszt utrzymania mieszkania. Najemca jest zobowiązany pokrywać koszty czynszu i opłat związanych z korzystaniem z mieszkania (za wywóz śmieci, prąd, gaz, konserwację windy)¹⁶².

¹⁶⁰<https://www.tvswietokrzyska.pl/wiadomosci/kielce/item/28584-mieszkania-chronione-szansa-na-lepsze-zycie-seniorow.html> (data korzystania: 27.05.2020)

¹⁶¹ Ustawa o pomocy społecznej, art. 97, ust. 1

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZYNAWANIA MIEJSCA W MIESZKANIU CHRONIONYM

- A. Złożenie pisemnego wniosku o przyznanie pomocy w formie usług w mieszkaniu chronionym / wspomagany
- B. Sporządzenie wywiadu środowiskowego i planu pomocy
- C. Zapoznanie się z regulaminem mieszkań chronionych
- D. Podpisanie i przestrzeganie porozumienia dotyczącego zakresu działań podejmowanych przez pracownika socjalnego oraz najemcę mieszkania chronionego w celu przewyciężenia trudnej sytuacji życiowej oraz zobowiązanie strony do aktywnej współpracy

Uzgodnienia są zawarte pisemnie w formie **trójstronnego kontraktu** między osobą ubiegającą się o wsparcie lub jej przedstawicielem ustawowym a pracownikiem socjalnym, który kieruje daną osobą do tej formy pomocy, a także pracownikiem jednostki (organizacji) prowadzącej mieszkanie chronione. Określają one:

- cel i okres pobytu;
- rodzaju i zakresu świadczonego wsparcia;
- poziom odpłatności osoby korzystającej ze wsparcia;
- sposób zgłaszania planowanej nieobecności w mieszkaniu chronionym;
- zasady i sposób realizacji programu wspierania osoby.

- E. Sporządzenie decyzji i wydanie jej osobie ubiegającej się o miejsce w mieszkaniu chronionym

Przyznanie tej formy pomocy jest uzależnione od decyzji administracyjnej dokonywanej po wskazanych powyżej uzgodnieniach. W decyzji określony zostaje czas trwania pobytu w mieszkaniu chronionym¹⁶². W stosunku do osób, które posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach w stosunku do innych osób, może być wydana decyzja o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wspieranym na czas nieokreślony.

WYJĄTEK:

Korzystanie ze wsparcia w mieszkaniu chronionym prowadzonym przez podmioty inne niż gmina, powiat lub na ich zlecenie, odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez podmiot prowadzący z osobą korzystającą z pobytu w mieszkaniu chronionym lub jej przedstawicielem ustawowym.

¹⁶² Regulacje ustalone w zakresie funkcjonowania mieszkań chronionych prowadzonych przez MOPR Kielce.

¹⁶³ <https://mopr.kielce.pl/formy-pomocy/pomoc-spoeczna/mieszkania-chronione-wspierane-dla-osob-starszych-i-niepelnosprawnych-oralokale-aktywizujace/> (data korzystania: 22.05.2020)

2.3 Gospodarstwa opiekuńcze (Zielona opieka)

DEFINICJA

➡ Usługi w zakresie opieki i integracji społecznej są świadczone w oparciu o infrastrukturę gospodarstwa i ściśle powiązane z wykonywaną działalnością rolniczą. **Obiekt, w którym zorganizowane jest gospodarstwo opiekuńcze powinien posiadać zwierzęta gospodarskie lub uprawy rolnicze przeznaczone/możliwe do wykorzystania w agroterapii.**

➡ Rozwiązanie to jest **szansą na rozwój gospodarstw rolnych**, jak również sposobem na lepszą jakość życia dla seniorów i rozwiązanie problemu nierówności w dostępie do usług społecznych, który dotyka mieszkańców wsi i małych miejscowości. Będzie to miało znaczenie nie tylko dla osób wymagających bezpośredniego wsparcia, ale także dla ich opiekunów, którzy nierzadko, ze względu na potrzebę zapewnienia opieki, muszą rezygnować z kariery zawodowej. Z tego względu gospodarstwa opiekuńcze należy postrzegać nie tylko jako instrument polityki społecznej, ale także jako **czynnik rozwoju obszarów wiejskich**.

➡ Świadczenie usług opiekuńczych w formie organizowania gospodarstw opiekuńczych (inaczej nazywanych jako zielona opieka – green care) stanowi jeden z głównych obszarów działalności w ramach tzw. **rolnictwa społecznego**. Jest to zespół działań wykorzystujących zasoby rolne, zarówno roślinne, jak i zwierzęce, do organizowania na obszarach wiejskich lub podmiejskich usług społecznych dla osób o szczególnych potrzebach.

➡ Na rozwój rolnictwa społecznego mają wpływ przede wszystkim dwa główne aspekty związane po pierwsze z poszukiwaniem nowych źródeł dochodu dla gospodarstw rolnych, a po drugie ze zmianami demograficznymi determinującymi wzrost popytu na usługi opiekuńcze. Wraz ze wzrastającymi potrzebami w zakresie wsparcia opiekuńczego, będzie musiał następować wzrost wydatków na opiekę senioralną, ukierunkowaną na deinstytucjonalizację form pomocy, między innymi poprzez **tworzenie nowych usług świadczonych przez alternatywne podmioty na poziomie lokalnym**.

➡ Rolnictwo społeczne zostało uznane przez Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) za **innowacyjne podejście łączące dwie koncepcje**: rolnictwo wielofunkcyjne oraz usługi społeczne/opiekę zdrowotną na poziomie lokalnym¹⁶⁴. Wskazano, iż konieczne jest podjęcie działań zmierzających do uznania tej integracyjnej roli rolnictwa społecznego na szczeblu unijnym oraz stworzenia w tym zakresie ram prawnych. Zalecenia EKES do realizacji na poziomie lokalnym i regionalnym państw UE dotyczą:

- ➔ tworzenia i wzmacniania sieci współpracy, również międzyinstytucjonalnej, w zakresie działalności gospodarstw opiekuńczych;
- ➔ podjęcie badań na temat wpływu rolnictwa społecznego na kwestie społeczne, ekonomiczne, zdrowotne i indywidualne;
- ➔ realizacja szkoleń zarówno instytucji, organizacji, jak i osób bezpośrednio zainteresowanych tworzeniem tego typu działalności.

¹⁶⁴ J. Król, *Idea rolnictwa społecznego i dobre praktyki w zakresie gospodarstw opiekuńczych*, CDR w Brwinowie Oddział w Krakowie.

Do najpilniejszych działań służących rozwojowi sieci gospodarstw opiekuńczych w Polsce należy¹⁶⁵:

- **stworzenie przyjaznego otoczenia prawnego dla osób i podmiotów, które będą prowadzić gospodarstwa opiekuńcze**, co jest niezbędne z uwagi na jakość świadczonych przez nie usług i bezpieczeństwo podopiecznych;

Potrzebne jest przede wszystkim wprowadzenie odpowiednich rozwiązań prawnych, dotyczących możliwości łączenia działalności rolniczej z działalnością opiekuńczą (regulacje prawne dotyczące działalności rolniczej i pomocy społecznej nie są kompatybilne), kontroli jakości usług świadczonych przez rolników, jak również możliwości finansowania pobytu osób potrzebujących wsparcia w gospodarstwach.

- **określenie form prawnych i organizacyjnych gospodarstw opiekuńczych**, wprowadzając jednolitą ścieżkę dla osób i podmiotów zainteresowanych ich tworzeniem;

Rzeczony rozwój sieci gospodarstw opiekuńczych w Polsce wiąże się z koniecznością wypracowania nowych rozwiązań, które stworzyłyby model zielonej opieki w naszym kraju. Gospodarstwa opiekuńcze funkcjonują na styku dwóch systemów: pomocy społecznej oraz rolnictwa, co wymaga formalnego ustalenia zasad współpracy jednostek działających na tych dwóch obszarach. Zadaniem pomocy społecznej byłoby finansowanie usług wraz z kontrolą i monitorowaniem ich jakości, natomiast wsparcie organizacyjne, doradcze i formalno-prawne leżałoby po stronie ośrodków doradztwa rolniczego.

- określenie formy prawnej gospodarstw jest również niezbędne ze względu na kwestię ubezpieczeń społecznych, która jest ważna z perspektywy rolników;

- **konieczne jest zapewnienie adekwatnego systemu kontroli**, np. poprzez włączenie gospodarstw opiekuńczych w już istniejący system pomocy społecznej;

W celu ułatwienia absorpcji środków i uregulowania statusu prawnego podejmowane są działania, aby wprowadzić stosowne zapisy do ustawy o pomocy społecznej, które uwzględniałyby gospodarstwo opiekuńcze jako kolejny typ ośrodków wsparcia. Umożliwiłoby to finansowanie usług na szczeblu powiatowym i gminnym na drodze zlecania zadania pomocy społecznej w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie lub w oparciu o zamówienia w ramach PZP.

- **stworzenie standardów** dotyczących zakresu świadczonej opieki, dostosowania pomieszczeń w gospodarstwie rolnym, żywienia oraz ewentualnego dowozu podopiecznych (w przypadku opieki dziennej).

RODZAJE ODBIORCÓW I FORMY FUNKCJONOWANIA ZIELONEJ OPIEKI¹⁶⁶

Gospodarstwa opiekuńcze świadczą swe usługi dla **bardzo różnych grup wymagających wsparcia**, na co wskazują doświadczenia krajów zachodnich, gdzie usługi terapeutyczne, opiekuńcze i integracyjne realizowane w gospodarstwach są adresowane do:

- seniorów - osób wymagających opieki, terapii, rehabilitacji, zajęć integracyjnych ze względu na wiek,

¹⁶⁵ *Rozwój usług opiekuńczych na terenach wiejskich*, Wyd. KP ODR w Minikowie 2018, s. 13.

¹⁶⁶ K. Stępnik, J. Król, *Gospodarstwa opiekuńcze budowanie sieci współpracy*, Wyd. CDR w Brwinowie Oddział w Krakowie 2017, s. 10.

- osób z niepełnosprawnościami różnego rodzaju, m.in. związanymi z trudnościami w poruszaniu się, deficytami intelektualnymi itd.,
- dzieci, które na czas przejściowy muszą zostać umieszczone w pieczy zastępczej,
- osób chorujących i z zaburzeniami psychicznymi;
- osób zmagających się z uzależnieniami,
- osób wymagających reintegracji społecznej, np. ze względu na fakt opuszczenia zakładu karnego, długotrwałe pozostawanie bez pracy,
- dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, również tzw. „trudnej młodzieży”.

Wyboru grupy odbiorców usług dokonują w głównej mierze osoby zakładające gospodarstwo opiekuńcze. Prognozuje się, że w Polsce w przyszłości powstanie sieć tego typu gospodarstw, które będą świadczyły usługi dla różnych grup potrzebujących wsparcia. Zakłada się, że w pierwszym okresie funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych, swoją ofertę będą one adresowały przede wszystkim do osób starszych, powyżej 60 roku życia, nieaktywnych zawodowo lub niesamodzielnych. Pierwszeństwo w korzystaniu z tej formy opieki powinny mieć zwłaszcza osoby samotne i o niskich dochodach oraz osoby z niepełnosprawnościami. **Ukierunkowanie na wsparcie osób starszych jest uzasadnione wieloma względami:**

- zmianami demograficznymi (starzenie się społeczeństw, wydłużanie się życia, migracje – zwłaszcza odpływ młodych ludzi z obszarów wiejskich),
- szansami biznesowymi (zwiększający się popyt na usługi opiekuńcze; zapotrzebowanie na innowacyjne sposoby opieki i wsparcia wśród zamożnych osób; polityka państwa ukierunkowana na deinstytucjonalizację usług m.in. poprzez tworzenie lokalnych podmiotów oferujących usługi społeczne w społecznościach lokalnych, zaangażowanie w ten proces podmiotów prywatnych; dostępność środków finansowych na powstawanie placówek opiekuńczych dla seniorów oraz na zakładanie działalności gospodarczych, czy spółdzielni socjalnych);
- rozwój obszarów wiejskich (dążenie do zmniejszania nierówności w dostępie do usług społecznych);
- możliwości gospodarstw (świadczenie usług opiekuńczych dla osób starszych jako łatwiejsza forma działalności niż oferta kierowana do innych grup odbiorców – pod względem nabycia odpowiednich kompetencji i dostosowania gospodarstwa).

Analizując formę organizacyjną działających już gospodarstw opiekuńczych można wskazać, iż **przeważająca jest formuła funkcjonowania w trybie świadczenia opieki dziennej od poniedziałku do piątku, zazwyczaj w godzinach 8-16.**

PODMIOTY PROWADZĄCE GOSPODARSTWA OPIEKUŃCZE¹⁶⁷

-  **Podjęcie nowej działalności opiekuńczej wymaga utworzenia nowej formy prawnej.** Obecnie w polskim systemie prawnym istnieją dwie główne możliwości – prowadzenie gospodarstwa opiekuńczego jako podmiotu ekonomii społecznej albo prowadzenie gospodarstwa opiekuńczego w ramach działalności gospodarczej, w odniesieniu do dostępnych form prawnych są to:
- działalność gospodarcza,
 - organizacja pozarządowa (stowarzyszenie, fundacja, bez działalności gospodarczej),

¹⁶⁷A.Jurczyk-Miżejewska, K.Stępnik, J.Król, *Działania na rzecz rozwoju gospodarstw opiekuńczych w Polsce na poziomie regionalnym i lokalnym*, CDR w Brwinowie Oddział w Krakowie, s. 9

- przedsiębiorstwo społeczne, w tym: spółdzielnia socjalna, organizacja pozarządowa z działalnością gospodarczą (fundacja, stowarzyszenie), spółka non-profit,
- świadczenie usług w formie rodzinnych domów pomocy,
- świadczenie usług w formie rodzinnych domów dziecka lub rodzin zastępczych.



Realizacja usług w zakresie gospodarstwa opiekuńczego wymaga zatem utworzenia nowego podmiotu (firmy, bądź podmiotu ekonomii społecznej) lub nawiązania współpracy z już istniejącą firmą, stowarzyszeniem, fundacją lub spółdzielnią socjalną.



Forma prawna najchętniej wybierana przez prowadzących lub potencjalnie zainteresowanych prowadzeniem go to **utworzenie dziennych form opiekuńczych w ramach własnej działalności gospodarczej**.

ZATRUDNIONA KADRA

Doświadczenia projektowe dotyczące funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych potwierdzają **potrzebę doprecyzowania i uwzględniania kryteriów oraz zasad dotyczących niezbędnego przygotowania zawodowego/kwalifikacji/kompetencji osób świadczących opiekę i wsparcie**.

Niezbędna jest realizacja działań na rzecz przygotowania i pracy z osobami, które chciałyby wprowadzić funkcje opiekuńcze do swoich gospodarstw. Istotną barierą w pozyskiwaniu takich kandydatów może być brak jasnych wskazówek odnośnie sposobu działania gospodarstw świadczących opiekę. Z tego względu **dopracowania wymaga metodyka pracy z osobami korzystającymi z usług gospodarstw opiekuńczych**, dotycząca m.in. sposobu organizacji czasu spędzanego w gospodarstwie, zakresu możliwego oddziaływania terapeutycznego na podopiecznych, przygotowania zawodowego osób świadczących opiekę, rozwiązywania możliwych trudności i problemów.

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA GOSPODARSTW OPIEKUŃCZYCH

Dostępne źródła finansowania umożliwiają pozyskanie dotacji jedynie w celu rozpoczęcia działalności. Problemem nierozwiązanym pozostaje możliwość finansowania dalszego funkcjonowania gospodarstwa. Na chwilę obecną **dostępnym rozwiązaniem jest działanie na zasadach komercyjnych**, jednak ze względu na ograniczone możliwości finansowe podopiecznych determinowane niskimi kwotami ich rent i emerytur, wysiłki te nie mają szansy powodzenia. Potrzebne jest stworzenie **możliwości stałego dofinansowywania tej alternatywnej formy wsparcia opiekuńczego seniorów z zewnętrznych źródeł**.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

Dzienna opieka realizowana w ramach gospodarstw opiekuńczych zakłada świadczenie następujących czynności w ramach poszczególnych rodzajów usług:

- **usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych**, m.in. pobyt dzienny w miejscu spełniającym odpowiednie warunki lokalowe, co najmniej jeden ciepły posiłek dziennie, w miarę potrzeb: pomoc przy spożywaniu posiłków, czy w innych podstawowych czynnościach życiowych, opieka higieniczna w niezbędnym zakresie, dowóz uczestników do i z placówki;

- **usług aktywizująco-usprawniających**, m.in. w oparciu o zajęcia indywidualne i grupowe, na bazie potencjału i specyfiki gospodarstwa rolnego różnego rodzaju zajęcia gospodarskie (np. zapewnienie kontaktu ze zwierzętami, udział w pracach ogrodowych, drobnych pracach polowych, uczestnictwo w codziennym funkcjonowaniu gospodarstwa, przygotowywaniu posiłków, robieniu przetworów), organizacja czasu wolnego (np. warsztaty rękodzieła, kulinarne i inne, imprezy integracyjne, wycieczki krajoznawcze), zajęcia ruchowe (spacery, nordic walking, gimnastyka itp.)
- **usług wspomagających**, adresowanych zarówno do uczestników, jak i ich rodzin, m.in. działalność informacyjno-edukacyjna, udzielanie wsparcia i poradnictwa, zapewnianie kontaktu z instytucjami (w tym służbą zdrowia) i organizacjami, w tym reprezentowanie interesów podopiecznych, pomoc w uzyskaniu usług, napraw, ewentualnie prowadzenie grup wsparcia, warsztatów i szkoleń dla opiekunów.

Specyfika opiekuńczego gospodarstwa rolnego ma znaczenie dla utrzymywania dobrostanu psychicznego osób starszych:

- zieleń otoczenia, przebywanie na łonie natury, działa kojąco i wywołuje uczucie spokoju, co sprzyja egzystencji seniorów (rozładowuje lęki, frustracje, niepokoje);
- praca związana z opieką nad roślinami i zwierzętami wymaga odpowiedzialności, co zachęca do refleksji i pomaga poczuć się odpowiedzialnym za siebie samego (efektem tych działań może być znaczący wzrost samooceny);
- codzienne obcowanie z czynnikami, na które bezpośrednio nie ma się wpływu (jakość gleby, pogoda, susza), z czasem prowadzi do akceptacji życia takim, jakie jest (efektem może być uzyskanie wewnętrznego spokoju).

W ramach wsparcia metodycznego dla osób prowadzących gospodarstwa opiekuńcze, został zrealizowany innowacyjny projekt dot. opracowania tzw. **agrotreningów, tj. metod pracy z osobami starszymi na obszarach wiejskich**¹⁶⁸. Jest to zbiór 12 scenariuszy warsztatów tematycznych (na każdy składają się 4 bloki zajęć) do realizacji z udziałem seniorów w ramach działalności opiekuńczej na obszarach wiejskich przez osoby nieposiadające specjalistycznego przygotowania. Scenariusze precyzują nie tylko przebieg zajęć, ale również niezbędny zakres zaangażowania osoby prowadzącej, organizację przestrzeni w gospodarstwie, sposób przygotowania niezbędnych materiałów, niewymagających ponoszenia dużych nakładów finansowych. Dla osób prowadzących gospodarstwa opiekuńcze jest to rodzaj użytecznej instrukcji w zakresie codziennej organizacji czasu i prowadzenia działań terapeutycznych. Zaproponowany został zestaw reguł w zakresie zapewnienia właściwych warunków do funkcjonowania seniorów w gospodarstwach opiekuńczych:

- podejmowanie działań w kierunku zachowania samodzielności osób korzystających z opieki,
- zapewnienie indywidualizacji oferowanego wsparcia określanego przy udziale podopiecznego,
- poszanowanie wolności i uwzględnianie oczekiwań oraz możliwości podopiecznych,
- zaangażowanie seniorów w organizowanie dostosowanej do pór roku pracy w gospodarstwie rolnym,
- osadzanie działalności opiekuńczej w środowisku lokalnym (zapewniając kontakty ze społecznością lokalną),
- wykorzystywanie zasobów charakterystycznych dla wsi.

¹⁶⁸Projekt dofinansowany w ramach działalności Małopolskiego Inkubatora Innowacji Społecznych, utworzonego przez ROPS w Krakowie w ramach projektu PO WER (Działanie 4.1: Innowacje społeczne) i współfinansowanego ze środków EFS.

Z doświadczeń projektowych można wskazać na następujące standardy, jakie obowiązywały gospodarstwa opiekuńcze tworzone w ramach projektu:

- pod względem infrastruktury każde gospodarstwo zapewniało:
 - pokój dziennego pobytu,
 - pokój do odpoczynku i indywidualnych rozmów,
 - łazienkę i toaletę,
 - dostęp do kuchni lub aneksu kuchennego,
 - miejsce do przebywania na świeżym powietrzu;
- pod względem opieki:
 - na rzecz osób niesamodzielnych, wymagających pomocy w codziennych czynnościach,
 - świadczona w małych grupach 4-6 osobowych,
 - 8 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu;
- pod względem zakresu wsparcia:
 - wspólne spożywanie posiłków,
 - spędzanie czasu zarówno w ramach zajęć grupowych, jak i indywidualnych,
 - włączanie się w aktywności i dbanie o kondycję fizyczną;
- pod względem kontaktów z otoczeniem społecznym:
 - organizowanie spotkań integracyjnych podopiecznych z różnych gospodarstw,
 - wspólne wycieczki krajoznawcze.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA WSPARCIA W GOSPODARSTWIE OPIEKUŃCZYM

Dotychczasowe doświadczenia dotyczą **funkcjonowania gospodarstw opiekuńczych w ramach realizacji projektów unijnych**. W województwie kujawsko-pomorskim działalnością na rzecz tworzenia sieci tego typu gospodarstw zajmuje się Kujawsko-Pomorski Ośrodek Doradztwa Rolniczego

w Minikowie. Na stronie internetowej <http://www.opieka.kpodr.pl/pl/front/> zamieszczane są aktualne informacje, w tym o naborach do projektów osób potrzebujących wsparcia w formie opieki w gospodarstwach opiekuńczych. Aby wziąć udział w projekcie należy spełniać określone kryteria rekrutacyjne.

Istnieje również możliwość skorzystania z usług opiekuńczych świadczonych przez gospodarstwa opiekuńcze na zasadach komercyjnych.

2.4 Rodzinne domy pomocy

DEFINICJA I PODSTAWY PRAWNE

➡ Idea, jaka przyświeca tworzeniu i funkcjonowaniu tego typu domów, to **kreowanie otoczenia umożliwiającego spędzenie tzw. jesieni życia w warunkach i atmosferze zbliżonej do naturalnej rodziny**, z zachowaniem wysokiej jakości życia¹⁶⁹.

➡ Podobnie jak w przypadku innych placówek (DPS, PCO) sposób świadczenia usług opiekuńczo-bytowych winien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną, potrzeby i możliwości osoby przebywającej w domu, jak również jej podstawowe prawa do poszanowania i ochrony godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa, jak również ochronę dóbr osobistych.

RODZAJE RODZINNYCH DOMÓW POMOCY

Wyróżniamy dwa rodzaje RDP:

- ➔ dla osób wymagających wsparcia z powodu wieku lub z powodu wieku i niepełnosprawności, tzw. **rodzinny dom pomocy dla osób starszych**;
- ➔ dla osób wymagających wsparcia z powodu niepełnosprawności.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

W zakresie usług opiekuńczych świadczone są następujące czynności¹⁷⁰:

- ➔ udzielanie pomocy w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, w tym w zależności od indywidualnej sytuacji w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu;
- ➔ pielęgnacja, w tym pielęgnacja w czasie choroby, pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, w zakupie niezbędnych leków zaleconych przez lekarza i w ich przyjmowaniu;
- ➔ opieka higieniczna i zapewnienie środków higieny osobistej, środków czystości, przyborów toaletowych i innych przedmiotów niezbędnych do higieny osobistej;
- ➔ kontakty z otoczeniem, w tym zapewnienie możliwości swobodnego kontaktu spokrewnionym lub innym niespokrewnionym bliskim osobom;
- ➔ organizowanie czasu wolnego oraz świąt i uroczystości;
- ➔ zapewnienie czynnego udziału w codziennym życiu rodzinnym;
- ➔ niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych, w tym pomoc w zakupie odzieży i obuwia oraz niezbędnych artykułów osobistego użytku;
- ➔ umożliwienie odbywania praktyk religijnych;
- ➔ inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb;

w zakresie usług bytowych:

- ➔ rodzinny dom pomocy winien być zlokalizowany w budynku jednorodzinnym, a w jednym budynku może być prowadzony nie więcej niż jeden RDP;

¹⁶⁹ file:///C:/Users/dom/Downloads/rg_Rodzinne_domy_pomocy.pdf (data korzystania: 15.06.2020)

¹⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy, art. 5-6.

- swobodny dostęp do budynku, w którym znajduje się RDP i jego otoczenia – zapewnienie miejsca pobytu w budynku, który wraz z otoczeniem pozbawiony jest barier architektonicznych i wyposażony w udogodnienia dla osób niepełnosprawnych; w budynkach wielokondygnacyjnych nieposiadających windy pokoje mieszkalne usytuowane są na parterze w przypadku zamieszkiwania osób o ograniczonych możliwościach swobodnego przemieszczania się;
- pokoje mieszkalne są nie więcej niż dwuosobowe, o powierzchni nie mniej niż 12 m² pokój jednoosobowy oraz po 8 m² na osobę w pokoju dwuosobowym, posiadają wyposażenie w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdej osoby oraz inny niezbędny sprzęt wynikający z indywidualnych potrzeb osoby korzystającej z usług RDP;
- mieszkańcom domu zapewnione jest sprzątanie pomieszczeń, w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie;
- w domu zapewnione są również pomieszczenia wspólnego użytkowania, tj. pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia, kuchnia dostępna dla wszystkich mieszkańców domu, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia oraz pomieszczenia sanitarne (jedna łazienka dla nie więcej niż 5 osób i jedna toaleta dla nie więcej niż 4 osób, wyposażone stosownie do potrzeb osób korzystających z tych pomieszczeń);
- na wyżywienie składają się co najmniej trzy posiłki dziennie (w tym posiłki dietetyczne zgodnie ze wskazaniem lekarza), przerwa między posiłkami jest nie krótsza niż 4 godziny, a ostatni posiłek podawany nie wcześniej niż o godzinie 18. Mieszkańcom zapewnia się dostęp do przekąsek i napojów między posiłkami oraz możliwość spożywania posiłków w pokoju mieszkalnym, w miarę potrzeby z zapewnieniem karmienia. Mieszkańcy domu mogą również samodzielnie korzystać z kuchni.

Wszelkie wymogi ministerialne związane z miejscem pobytu, wyżywieniem i utrzymaniem czystości, są najczęściej spełniane przez Rodzinne Domy Pomocy bez zarzutu. Problemem, który można wskazać, jako słabą stronę funkcjonowania RDP, jest **ograniczenie standardu realizacji wsparcia opiekuńczego, które nie zawsze może być dostosowane do potrzeb mieszkańców**¹⁷¹. Do RDP trafiają zazwyczaj osoby niewymagające stałej opieki, co za tym idzie, zatrudnienia personelu medycznego. W razie pogorszenia stanu zdrowia oraz sprawności, mieszkańcy RDP mogą zostać przeniesieni do domu pomocy społecznej lub innej placówki medycznej (ZOL, ZPO, czy hospicjum). Taka rzeczywistość stoi w sprzeczności z założeniem funkcjonowania RDP jako placówek bazujących na duchu wspólnotowości i rodziny. Może rodzić poczucie lęku, braku bezpieczeństwa, frustracji, związanej z zagrożeniem koniecznością przeniesienia do innych instytucji. **Większą skalą opiekuńczego wsparcia cechują się rodzinne domy przeznaczone dla osób niepełnosprawnych.** Taka formuła musi uwzględniać możliwość pozostania w domu również w sytuacji pogarszającego się stanu zdrowia podopiecznego.

¹⁷¹ Kilian M., J. Czech (2012), Rodzinne Domy Pomocy alternatywną formą instytucjonalnej opieki dla osób w starszym wieku, Praca Socjalna, 4(lipiec-sierpień):39-56.

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W RODZINNYM DOMU POMOCY¹⁷²

Do wnoszenia opłaty za pobyt w rodzinnym domu pomocy zobowiązani są kolejno:

1. mieszkaniec domu lub jego przedstawiciel ustawowy, nie więcej niż 70% swojego dochodu;
2. małżonek, zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki) przed wstępnymi (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie), zgodnie z umową zawartą z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej, przy czym odpłatność lub jej brak zależy od dochodu osoby lub rodziny:
 - w przypadku osoby samotnie gospodarującej odpłatność będzie obowiązywać, jeżeli dochód takiej osoby jest wyższy niż 300 % kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej (aktualnie 701 zł x 3, tj. 2.103 zł), jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium,
 - w przypadku osoby w rodzinie odpłatność będzie obowiązywać, jeżeli dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (aktualnie 528 zł x 3, tj. 1584 zł), jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium;
3. gmina, z której osoba została skierowana do RDP, w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w rodzinnym domu pomocy a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca i jego rodzinę.

ZWOLNIENIE Z OPŁAT

W szczególnie uzasadnionych przypadkach kierownik ośrodka pomocy społecznej może, na pewien określony czas, w całości lub w części zwolnić osobę przebywającą w rodzinnym domu pomocy z ponoszenia odpłatności za pobyt.

Z wnioskiem o takie zwolnienie może wystąpić osoba będąca mieszkańcem rodzinnego domu pomocy lub jej opiekun prawny. W przypadku uzyskania zgody, odpłatność odpowiadającą wysokości zwolnienia ponosi gmina.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIE ORAZ ZASADY PRZYJĘCIA DO RODZINNEGO DOMU POMOCY

I. Wniosek osoby lub opiekuna prawnego o umieszczenie w rodzinnym domu pomocy

Skierowanie na pobyt stały lub okresowy do rodzinnego domu pomocy następuje na wniosek osoby lub za jej zgodą, na wniosek opiekuna prawnego.

Wniosek o umieszczenie w RDP składa się w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

II. Rodzinny wywiad środowiskowy

Pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej, do którego wpłynął wniosek o skierowanie do RDP, przeprowadza z osobą zainteresowaną zamieszkaniem w domu, w trybie i na zasadach przewidzianych w stosownym rozporządzeniu¹⁷³, rodzinny wywiad środowiskowy.

¹⁷²https://empatia.mpips.gov.pl/informacja-dla-partnerow?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_urlTitle=rodzinny-dom-pomocy&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_type=content&_101_inheritRedirect=true&_101_assetEntryId=47664 (data korzystania: 20.04.2020)

III. Kompletowanie dokumentów przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej

Do niezbędnych dokumentów, poza rodzinnym wywiadem środowiskowym, zalicza się:

- decyzję o posiadanym dochodzie (dowód otrzymywania świadczenia emerytalnego, rentowego lub zasiłku stałego),
- zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w RDP, uzupełnione wskazaniem pielęgniarstwa co do zakresu wymaganych usług opiekuńczych.

IV. Decyzja w sprawie skierowania lub odmowie skierowania do rodzinnego domu pomocy wydawana przez ośrodek pomocy społecznej

Decyzja w sprawie skierowania do RDP na pobyt czasowy wydawana jest na okres przystosowawczy trwający nie krócej niż 3 miesiące. Po zakończeniu okresu przystosowawczego, wydawana jest kolejna decyzja o skierowaniu do RDP na pobyt stały.

W decyzji w sprawie skierowania do RDP określona jest również wysokość miesięcznej odpłatności, przekazywana osobie prowadzącej rodzinny dom pomocy. Ustalając kwotę odpłatności od osoby przebywającej w RDP stosuje się zasady przedstawione powyżej w części dot. odpłatności za pobyt¹⁷⁴.

Przed właściwym skierowaniem do RDP, osoba kierująca domem ustala sposób świadczenia usług bytowych i opiekuńczych w rodzinnym domu pomocy i potwierdza to w formie pisemnej z osobą korzystającą z tej formy wsparcia, jej pełnomocnikiem albo opiekunem prawnym¹⁷⁵.

¹⁷³ Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1788). Par. 2 ust. 1 i 2

¹⁷⁴ Ustawa o pomocy społecznej, art. 61.

¹⁷⁵ https://empatia.mpips.gov.pl/informacja-dla-partnerow?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_urlTitle=rodzinny-dom-pomocy&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_type=content&_101_inheritRedirect=true%2Fen&_101_assetEntryId=47664 (data korzystania 30.06.2020)

3.

Pomoc

instytucjonalna

3.1 Domy pomocy społecznej

RODZAJE DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, **dzielą się na następujące typy**, tj. dla osób:

1. w podeszłym wieku;
2. przewlekle somatycznie chorych;
3. przewlekle psychicznie chorych;
4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
5. dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
6. niepełnosprawnych fizycznie;
7. uzależnionych od alkoholu¹⁷⁶.

Typy domów pomocy społecznej mogą być łączone w następujący sposób:

- 1) dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych;
- 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 3) dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 4) dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Ponadto typy domów pomocy społecznej mogą być łączone w inny sposób pod warunkiem usytuowania każdego z nich w odrębnym budynku¹⁷⁷.

PODMIOTY PROWADZĄCE DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ



Zasady dotyczące prowadzenia DPS przez jednostki samorządu terytorialnego:

- prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich osób to zadanie własne powiatu (w tym gmin na prawach powiatu);
- gminy mogą prowadzić domy pomocy społecznej o zasięgu lokalnym;
- samorząd województwa może być podmiotem prowadzącym instytucje o zasięgu regionalnym oraz specjalistycznym;
- jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania zewnętrznym podmiotom zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie¹⁷⁸.



Prowadzenie DPS wymaga uzyskania zezwolenia wojewody właściwego ze względu na umiejscowienie placówki. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. 2012, poz. 964) opracowany został wniosek o wydanie zezwolenia na prowadzenie DPS, który należy złożyć wraz z załącznikami. Aby uzyskać zezwolenie, dom musi spełniać standard usług określony w ww. rozporządzeniu. Po uzyskaniu zezwolenia, placówka zostaje wpisana do rejestru, który corocznie ogłaszany jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym.

¹⁷⁶ Tamże.

¹⁷⁷ Ustawa o pomocy społecznej, art. 56a.

¹⁷⁸ Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, art. 3 ust. 2 i 3.

➡ W odniesieniu do domów pomocy społecznej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego lub na ich zlecenie, stosuje się przepisy dotyczące zasad kierowania i umieszczania osób, ustalania średniego miesięcznego kosztu utrzymania, zasad odpłatności za pobyt w DPS oraz zwalniania z opłat. W przypadku pozostałych placówek całodobowej opieki, ww. przepisy nie obowiązują, a kwestie, których dotyczą mogą być określone w dowolny sposób. Ustawa zezwala gminie na kierowanie mieszkańców do takich placówek, jednak tylko pod warunkiem braku wolnych miejsc w DPS-ach prowadzonych bezpośrednio przez gminę, powiat lub przez podmioty niepubliczne na ich zlecenie.

ZATRUDNIONA KADRA

Standardy zgodne z rozporządzeniem:

- ➡ wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, dla poszczególnych typów DPS wynosi:
- ➔ nie mniej niż 0,4 na jednego mieszkańca DPS – w przypadku placówek dla osób w podeszłym wieku;
 - ➔ nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca DPS – w przypadku pozostałych typów placówek.
- Obliczając wartość wskaźnika uwzględnia się również wolontariuszy, stażystów, praktykantów, jeśli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu (przy czym udział tych osób w wartości wskaźnika nie może przekraczać 10%).
- ➡ pracownik socjalny – nie mniej niż dwóch na stu mieszkańców DPS, w pełnym wymiarze czasu pracy;
- ➡ psycholog – mieszkańcom jest zapewniony kontakt z psychologiem¹⁷⁹.

Pracownicy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego co najmniej raz na dwa lata uczestniczą w szkoleniach na temat: praw mieszkańca DPS, kierunków prowadzonej terapii, metod pracy z mieszkańcami, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej.

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w każdym domu pomocy społecznej ustala w zależności od zasięgu domów pomocy społecznej, dla placówek o zasięgu:

- ➔ gminnym – odpowiednio wójt, burmistrz lub prezydent miasta,
- ➔ powiatowym – starosta,
- ➔ regionalnym – marszałek województwa.

Oblicza się go na podstawie kwoty rocznych kosztów działalności domu wynikających z utrzymania mieszkańców z roku poprzedniego¹⁸⁰. Co roku w specjalnym zarządzeniu zostaje ogłoszony średni miesięczny koszt utrzymania podopiecznego DPS na danym terenie¹⁸¹.

¹⁷⁹ W domach dla osób przewlekle psychicznie chorych i uzależnionych od alkoholu również kontakt z psychiatrą.

¹⁸⁰ Koszt ten uwzględnia się bez kosztów inwestycyjnych, wydatków bieżących na remonty i zakupy związane z realizacją programu naprawczego, powiększony o prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjęty w ustawie budżetowej na dany rok kalendarzowy, podzielony przez liczbę miejsc, ustaloną jako sumę rzeczywistej liczby mieszkańców Domu w poszczególnych miesiącach roku poprzedniego.

¹⁸¹ <https://wyborcza.biz/biznes/7,147582,25174730,komu-nalezy-sie-miejsce-w-domu-opieki.html> (data korzystania: 30.06.2020)

Ustawa oprócz metody ustalania kosztu pobytu w placówce, wskazuje również zamknięty katalog, zobowiązanych do ponoszenia tych opłat. Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w DPS są w kolejności:

- mieszkaniec domu, nie więcej niż 70% swojego dochodu,
- małżonek, zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki) przed wstępnymi (rodzice, dziadkowie, pradziadkowie),
- gmina - do wysokości różnicy wynikającej z kosztów utrzymania w DPS, a odpłatnością wnoszoną przez mieszkańca i jego rodzinę.

Przy czym osoby i gmina określone w pkt 2 i 3 nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność. Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej mogą wnosić osoby inne niż małżonek, zstępni lub wstępni¹⁸². O tym, czy samorząd gminy będzie dopłacał do pobytu, decyduje wysokość dochodów mieszkańca i jego krewnych.

ZWOLNIENIE Z OPŁAT

➡ Wprowadzony w ustawie mechanizm dotyczy uzyskiwania płatności za pobyt w DPS od osoby kierowanej i jej najbliższych, a w przypadku **gdy środowiska te są niewydolne ekonomicznie, opłata uzupełniana jest ze środków gminnych**. W praktyce jednak najczęściej rodzina z racji swoich niskich dochodów jest zwalniana z ponoszenia opłaty i dopełnienie do pełnego kosztu staje się obowiązkiem gminy¹⁸³.

OPS w Tucholi współfinansuje pobyt 13 mieszkańców w DPS i są to w skali roku wydatki w kwocie 361,4 tys. zł [dane za rok 2015]. Tylko w trzech przypadkach pobyt jest współfinansowany przez członków rodziny. Ósrodek ma również problem z wyegzekwowaniem należności za pobyt od osób zobowiązanych do alimentacji, przebywających poza granicami Polski. W opinii pracowników socjalnych, wielu członków rodzin nie ujawnia swoich faktycznych dochodów, gdyż pracuje w szarej strefie¹⁸⁴.

➡ Gmina, jako ostatni podmiot zobowiązany do uiszczania kwot za pobyt w DPS, dokonuje opłaty na rzecz DPS na podstawie wystawionej faktury (pokrywa całość kosztów lub dopłaca brakującą kwotę). Często zdarza się, że pomimo wcześniejszych deklaracji i podpisania umowy z gminą osoby zobowiązane nie są w stanie ponosić odpłatności za pobyt członka rodziny w DPS. Wówczas mogą wystąpić do gminy będącej właściwą ze względu na miejsce skierowania do DPS **o zwolnienie lub częściowe zwolnienie z ponoszenia tej odpłatności**¹⁸⁵. Po otrzymaniu stosownego wniosku o zwolnienie z opłaty, zostaje wszczęte postępowanie administracyjne w tym zakresie.

Zwolnienie z opłaty za pobyt w DPS może mieć charakter:

- ➡
- **kwotowy** (zmniejszeniu ulega wysokość opłaty za miesiąc pobytu na czas nieoznaczony);
 - **okresowy** (zmniejszeniu ulega wysokość opłaty bądź ustala się całkowite zwolnienie z jej wnoszenia w danym okresie w związku z występowaniem okoliczności uzasadniających zmniejszenie ponoszonej opłaty).

¹⁸² <https://www.gov.pl/web/rodzina/dom-pomocy-spolesczonej> (data korzystania: 12.02.2020)

¹⁸³ *Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim*, ROPS w Białymstoku OIS 2013/2014, s. 16.

¹⁸⁴ Informacja o wynikach kontroli NIK: *ŚWIADCZENIE POMOCY OSOBOM STARSZYM PRZEZ GMINY I POWIATY*, W-wa 2016, s. 43.

¹⁸⁵ https://samorząd.infor.pl/sektor/zadania/opieka_spolesczna/673658,Zwolnienie-z-oplaty-za-pobyt-w-DPS.html (data korzystania: 15.05.2020)

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

➡ Jeszcze przed przyjęciem do DPS, pracownik socjalny tej placówki **ustala sytuację przyszłego mieszkańca w jego miejscu zamieszkania lub pobytu**, która stanowi podstawę indywidualnego planu wsparcia opracowywanego w okresie 6 miesięcy od przyjęcia tej osoby do domu. Realizację działań ustalonych w planie koordynuje pracownik domu (tzw. pracownik pierwszego kontaktu) wskazany przez mieszkańca (jeżeli ten wybór jest możliwy).

➡ W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańców oraz zakresu świadczonych usług powoływane są **zespoły terapeutyczno-opiekuńcze** składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców na podstawie opracowanych indywidualnych planów wsparcia.

USŁUGI BYTOWE

➡ **w zakresie miejsca zamieszkania**

- ➔ budynek i jego otoczenie nie mają barier architektonicznych, w tym budynek wielokondygnacyjny ma zainstalowaną windę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- ➔ budynek jest wyposażony w system przyzywowo-alarmowy oraz przeciwpożarowy;
- ➔ liczba miejsc w domu nie jest większa niż 100;
- ➔ w budynku znajdują się następujące pomieszczenia:
 - pokoje mieszkalne
 - jedno- (o powierzchni nie mniejszej niż 9m², odstępstwo max 5%), i wieloosobowe (o powierzchni nie mniejszej niż 6m² na osobę, odstępstwo max 5%),
 - w przypadku osób poruszających się samodzielnie pokój przeznaczony maksymalnie dla 3 osób, w przypadku osób leżących – maksymalnie dla czterech;
 - wyposażone w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca;
 - pokoje dziennego pobytu;
 - jadalnia;
 - gabinet medycznej pomocy doraźnej;
 - pomieszczenia do terapii i rehabilitacji;
 - kuchenka pomocnicza;
 - pomieszczenie do prania i suszenia;
 - palarnia (jeżeli wśród mieszkańców są osoby palące);
 - pokój gościnny;
 - miejsce kultu religijnego (zgodne z wyznaniem mieszkańca domu, jeśli nie ma on możliwości uczestniczenia w nabożeństwach);
 - inne pomieszczenia techniczne służące zaspokajaniu potrzeb sanitarnych mieszkańców.
- ➔ w odniesieniu do pomieszczeń sanitarnych:
 - są one przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych,
 - jedna łazienka może być użytkowana przez nie więcej niż 6 osób, jedna toaleta przez nie więcej niż 4¹⁸⁶,
 - w nowopowstających placówkach na pokój przypada jedna toaleta oraz łazienka wyposażona w wannę lub prysznic,

¹⁸⁶ W domach, w których ponad 50% liczby mieszkańców to osoby leżące, dopuszcza się zmniejszenie liczby łazienek i toalet o 25%.

- w pomieszczeniach związanych z pokojami mieszkalnymi znajduje się: łazienka wyposażona co najmniej w miskę ustępową, umywalkę i prysznic lub toaleta wyposażona co najmniej w miskę ustępową i umywalkę oraz łazienka wyposażona co najmniej w prysznic i umywalkę,
- na każdej kondygnacji domu z pokojami mieszkalnymi znajduje się łazienka przystosowana do kąpieli osób leżących wyposażona w stosowne urządzenia;
- pomieszczenia mieszkalne są czyste, sprzątane w miarę potrzeb (nie rzadziej niż raz dziennie), estetyczne, pozbawione nieprzyjemnych zapachów;



w zakresie wyżywienia i organizacji posiłków

- mieszkańcom zapewnia się co najmniej 3 posiłki dziennie,
- zapewniony jest wybór zestawu posiłków lub możliwość otrzymania dodatkowego posiłku oraz posiłku dietetycznego (zgodnie ze wskazaniem lekarza),
- czas wydawania każdego z posiłków wynosi 2 godziny;
- podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje są dostępne przez całą dobę,
- mieszkaniowiec może spożywać posiłki w pokoju mieszkalnym,
- w razie potrzeby zapewnia się karmienie;



w zakresie zapewnienia odzieży i obuwia

- mieszkańcom domu, którzy nie posiadają wystarczającej ilości odzieży i obuwia i nie mają możliwości ich zakupu z własnych środków, zapewnia się odzież i obuwie¹⁸⁷ odpowiedniego rozmiaru, dostosowane do potrzeb i pory roku (utrzymane w czystości i w razie potrzeby wymieniane);



w zakresie utrzymania czystości

- mieszkańcom domu zapewnia się pomoc w utrzymaniu higieny osobistej oraz w miarę potrzeb (w przypadku, gdy ze względu na brak własnych środków niemożliwy jest zakup) środki higieniczne i czystości:
 - mydło, pastę i szczoteczkę do mycia zębów, środki piorące, szampon, przybory do golenia,
 - co najmniej 2 sztuki ręczników (zmienianych w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz na tydzień),
 - pościel (zmienianą w miarę potrzeb, nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie).

USŁUGI OPIEKUŃCZE

- udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
- pielęgnacja,
- niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych poprzez m.in. świadczenie pracy socjalnej.

USŁUGI WSPOMAGAJĄCE

- umożliwienie udziału w terapii zajęciowej (w placówce realizowane są zajęcia terapeutyczne, w tym terapia zajęciowa, w pracowniach terapii),
- podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców domu, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej (w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej),
- umożliwienie zaspokajania potrzeb religijnych (zapewnienie możliwości kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych zgodnie z wyznaniem mieszkańca),
- umożliwienie zaspokajania potrzeb kulturalnych, poprzez m.in.

¹⁸⁷ Standard określony w rozporządzeniu w sprawie DPS określa szczegółowo ilość oraz rodzaje odzieży, jaką należy zapewnić mieszkańcom domu.

- możliwość korzystania z biblioteki (punktu bibliotecznego) oraz codziennej prasy,
- organizację świąt i uroczystości okazjonalnych oraz udział w imprezach kulturalnych i turystycznych,
- zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
- stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- działania ukierunkowane na (w miarę możliwości) usamodzielnienie mieszkańca domu,
- pomoc w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny (mieszkańcowi, który spełnia warunki do takiego usamodzielnienia),
- zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i wartościowych przedmiotów,
- finansowanie wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku (w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego) mieszkańcom nieposiadającym własnego dochodu,
- zapewnienie przestrzegania praw mieszkańców domu oraz dostępności do informacji o tych prawach,
- sprawne wnoszenie i załatwianie skarg oraz wniosków mieszkańców domu oraz zapewnienie regularnego kontaktu z dyrektorem domu w określonych dniach tygodnia i godzinach, podanych do wiadomości w dostępnym miejscu,
- sprawienie pogrzebu zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca.



Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. DPS może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRZYJĘCIA DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

A. Wniosek osoby lub opiekuna prawnego o umieszczenie w DPS

Wniosek o skierowanie do domu pomocy społecznej składa się w ośrodku pomocy społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania lub pobytu w momencie składania wniosku osoby (lub jej przedstawiciela ustawowego).

Z takim wnioskiem, za zgodą osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego, może wystąpić inna osoba fizyczna (np. członek rodziny) lub prawna, a także powiatowe centrum pomocy rodzinie lub ośrodek pomocy społecznej.

B. Rodzinny wywiad środowiskowy

Pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej, do którego wpłynął wniosek o skierowanie do DPS, przeprowadza z osobą zainteresowaną zamieszkaniem w placówce, w trybie i na zasadach przewidzianych w rozporządzeniu, rodzinny wywiad środowiskowy w jej domu. Jego celem jest uzyskanie informacji o sytuacji osobistej, rodzinnej i dochodowej tej osoby. Wypełniony na tej podstawie formularz wywiadu zostaje zakończony wnioskiem o umieszczenie danej osoby w DPS (w sytuacji, jeśli stwierdzony zostanie brak możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę), bądź wskazaniem innej formy pomocy.

Wywiad powinien zostać przeprowadzony najpóźniej w ciągu 14 dni od daty złożenia wniosku. W sytuacjach wymagających bezzwłocznego przyznania świadczeń wywiad przeprowadza się nie później niż w ciągu 2 dni od daty złożenia wniosku.

C. Kompletowanie dokumentów przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej

Do niezbędnych dokumentów, poza wywiadem środowiskowym, zalicza się:

- decyzję o posiadanym dochodzie (świadczeniu emerytalnym, rentowym czy zasiłku stałym),
- zgodę osoby zainteresowanej zamieszkaniem w DPS na potrącanie określonej należności przez organ wypłacający świadczenie,
- oświadczenie o wysokości dochodu współmałżonka, dzieci zobowiązanych do ponoszenia opłaty (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej),
- zgodę na zamieszkanie w DPS (podpisaną własnoręcznie lub przez opiekuna prawnego),
- badania lekarskie: HBS, WR, EKG, OB, morfologia, podstawowe badanie moczu, RTG klatki piersiowej,
- zaświadczenie lekarskie (w uzasadnionych przypadkach – zaświadczenie lekarza psychiatry) potwierdzające zasadność umieszczenia osoby w DPS o określonym typie.

D. Decyzja o skierowaniu lub odmowie skierowania do domu pomocy społecznej wydawana przez ośrodek pomocy społecznej

Postępowanie nie powinno trwać dłużej niż 30 dni, a gdy zaistnieją szczególne okoliczności, termin wydania decyzji może się wydłużyć maksymalnie do 60 dni. O przedłużeniu terminu należy powiadomić pisemnie osobę ubiegającą się o przyjęcie do DPS.

E. Ustalenie wysokości opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej

Wraz z decyzją o skierowaniu do domu pomocy społecznej, przez organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do DPS, zostaje wydana również decyzja ustalająca opłatę za pobyt w placówce.

F. Decyzja o umieszczeniu i przyjęciu do konkretnego domu pomocy społecznej

Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej.

Osobę wymagającą takiej formy wsparcia kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej jej miejsca zamieszkania, chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w DPS.

W przypadku, gdy przewidywany termin umieszczenia w domu pomocy społecznej zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, można ją skierować do innej placówki tego typu, w której okres oczekiwania jest krótszy.

W sytuacji niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej¹⁸⁸.

¹⁸⁸ Źródło: <http://www.torun.naszdzps.pl/skierowania>, <https://pomocspoleczna24.pl/nr-4-marzec-2018/kierowanie-do-domu-pomocy-spoecznej-przejdz-procedure-krok-po-kroku-118.html> oraz <http://mopr.torun.pl/index.php/informacja-publiczna/struktura-organizacyjna-mopr/dzial-wspierania-rodziny/konsultant-d-s-domow-pomocy-spoecznej/441-pomoc-dla-starszych> (data korzystania: 27.06.2019)

3.2 Placówki całodobowej opieki

➡ Placówki całodobowej opieki mogą być prowadzone **w ramach działalności statutowej** (ok. 15% ogółu tego rodzaju placówek; w WKP – 2 placówki) oraz **w ramach działalności gospodarczej** (85%; w WKP – 20 placówek)¹⁸⁹.

➡ **Placówka całodobowej opieki może prowadzić swoją działalność jedynie na podstawie zezwolenia wydawanego przez Wojewodę¹⁹⁰**, gdyż nie jest to zwykła, standardowa forma działalności. Aby zająć się taką misją, należy zapewnić odpowiednie warunki do egzystencji i posiadać niezbędną wiedzę do zabezpieczenia potrzeb opiekuńczych i bytowych osób, które ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność nie mogą funkcjonować samodzielnie.

Bezwzględnej karze podlega prowadzenie tego rodzaju placówek bez zezwolenia i uwzględnienia w rejestrze, jak również w sposób wskazujący na nieprawidłowości świadczenia usług oraz naruszanie praw mieszkańców. Uzyskanie stosownego zezwolenia wymaga, m.in.:

1. spełniania warunków i standardów określonych w ustawie o pomocy społecznej (szczegóły poniżej),
2. przedstawienia:
 - ➔ stosownego wniosku o zezwolenie na prowadzenie placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (w ramach działalności statutowej lub działalności gospodarczej¹⁹¹),
 - ➔ dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do nieruchomości, na której usytuowana jest placówka (np. odpis z księgi wieczystej, wypis z rejestru gruntów, umowa kupna-sprzedaży, umowa najmu, umowa dzierżawy, umowa użyczenia),
 - ➔ zaświadczenia organu nadzoru budowlanego potwierdzającego możliwość użytkowania obiektu,
 - ➔ koncepcji prowadzenia placówki,
 - ➔ informacji o sposobie finansowania placówki i niezalegania z płatnościami wobec US i ZUS,
 - ➔ informacji z KRS o niekaralności osoby kierującej placówką oraz zaświadczenia, że jej stan zdrowia umożliwia prowadzenia placówki.

➡ W terminie 30 dni od złożenia wniosku o zezwolenie, **służby wojewody dokonują oględzin obiektu**, w którym usytuowana jest placówka, a następnie rozpatrują wniosek w terminie 14 dni od dnia zakończenia oględzin obiektu.

➡ W przypadku stwierdzenia, że placówka gwarantuje zapewnienie odpowiedniej opieki, w szczególności spełnia określone standardy, wojewoda wydaje zezwolenie wydawane na czas określony albo nieokreślony (zgodnie ze złożonym wnioskiem). Zezwolenie wydawane jest z urzędu na czas określony w przypadku braku gwarancji stałego zapewnienia spełniania standardów. Po uzyskaniu zezwolenia placówka zostaje wpisana do rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. **Jawny rejestr placówek prowadzony jest przez Wojewodę i znajduje się na stronie internetowej odpowiedniego urzędu wojewódzkiego.**

¹⁸⁹ Na podstawie danych ze sprawozdania MRPIPS-05 za rok 2019.

¹⁹⁰ Na podstawie rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej (działalności statutowej) w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę.

¹⁹¹ Wybór odpowiedniego wniosku zależy od tego, czy składa go przedsiębiorca, czy osoba reprezentująca inną instytucję np. kościół, związek wyznaniowy lub organizację społeczną, fundację i stowarzyszenie.

➡ **Cofnięcie zezwolenia** następuje **na wniosek** podmiotu prowadzącego placówkę **lub z urzędu**, gdy nie zostały usunięte (po wezwaniu wojewody w wyznaczonym trybie i terminie) stwierdzone nieprawidłowości w prowadzeniu placówki oraz po uzgodnieniu sposobu zapewnienia dalszej opieki osobom w niej przebywającym¹⁹².

➡ Warto podkreślić również fakt, iż działalność placówek całodobowej opieki prowadzona jest pod przeróżnymi formami, najczęściej: (rodzinny) dom seniora; dom (całodobowej) opieki; dom spokojnej starości; dom dla osób starszych; złota jesień. Pomimo zróżnicowania w nazwie, działalność w tych placówkach prowadzona jest na zbliżonych zasadach. W przypadku placówek działających nielegalnie nazewnictwo to przybiera różne określenia związane np. z działalnością w ramach agroturystyki czy usług hotelowych, wynajmu pokoi/lokalii/domów, prowadzenia pensjonatu, schroniska czy noclegowni.

➡ Poważną kwestię problemową stanowi fakt, iż **wiele placówek zapewniających całodobową opiekę działa nielegalnie, bez zezwolenia na prowadzenie tego typu działalności**, nie figuruje w rejestrze wojewody i nie podlega kontroli standardów jakości oraz bezpieczeństwa, co budzi uzasadniony niepokój zwłaszcza uwzględniając, że są to instytucje świadczące opiekę nad bezbronnymi osobami starszymi. Sytuacja ta dotyczy również **województwa kujawsko-pomorskiego, które zostało wskazane jako jedno z czterech w kraju, w którym w ramach kontroli NIK wykryto na koniec 2018 roku największą liczbę działających nielegalnie placówek**¹⁹³. Jednocześnie w naszym regionie nałożono w okresie 2015-2018 kary w stosunku do 13 placówek działających bez zezwolenia (trzeci najwyższy wynik wśród regionów w kraju).

➡ Najczęściej właściciele nielegalnych placówek nie ubiegają się o stosowne zezwolenie na działalność, gdyż nie spełniają standardów określonych w ustawie o pomocy publicznej, czy budynki, w których prowadzą swoje placówki nie są dostosowane do wymogów ochrony przeciwpożarowej. Koszty, które musieliby ponieść na wdrożenie określonych wymogów i standardów są zdecydowanie wyższe, niż ewentualne kwoty kar nakładanych za działalność bez zezwolenia¹⁹⁴.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

W ramach usług opiekuńczych prywatna placówka całodobowej opieki jest zobligowana świadczyć następujący zakres czynności¹⁹⁵:

- ➔ pomoc w realizacji podstawowych czynności życia codziennego, w tym w miarę potrzeb w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu;
- ➔ pielęgnacja, w tym pielęgnacja w czasie choroby oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych;
- ➔ opieka higieniczna i zapewnienie środków higieny osobistej, środków czystości, przyborów toaletowych i innych przedmiotów niezbędnych do higieny osobistej;
- ➔ niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych, w tym pomoc w zakupie odzieży i obuwia;
- ➔ organizacja czasu wolnego i zapewnienie kontaktów z otoczeniem;

¹⁹² Ustawa o pomocy społecznej, art. 129, ust. 1.

¹⁹³ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nadzor-nad-placowkami-opieki-calodobowej.html> (data korzystania 20.07.2020)

¹⁹⁴ Tamże

¹⁹⁵ Ustawa o pomocy społecznej, art. 68

- w przypadku, gdy brak opieki poważnie zagraża zdrowiu lub życiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, dopuszcza się ograniczenie możliwości samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki, na podstawie zaświadczenia wydawanego przez lekarza na czas określony, nie dłuższy niż 6 miesięcy wraz ze wskazaniem jego zasadności. Od ww. ograniczenia przysługuje prawo do złożenia wniosku o jego uchylenie do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka;

w ramach usług bytowych:

- zapewnienie miejsca pobytu w budynku, który wraz z otoczeniem pozbawiony jest barier architektonicznych. W budynkach wielokondygnacyjnych bez dźwigów osobowych pokoje mieszkalne oraz inne pomieszczenia użytkowane przez mieszkańców muszą być usytuowane na parterze. W innym przypadku, budynki wielokondygnacyjne muszą posiadać windę. Wyjątek stanowią placówki, w których przebywa nie więcej niż 5 osób, wówczas w przypadku budynku wielokondygnacyjnego określono wymóg wyposażenia w urządzenie do przemieszczania osób niepełnosprawnych (zamontowana platforma lub krzesółko) oraz zapewnienia pomieszczeń sanitarnych (łazienek i toalet) na tej samej kondygnacji, na której znajdują się pokoje mieszkalne;
- pokoje mieszkalne są maksymalnie trzyosobowe (czteroosobowe jedynie w przypadku zajmowania wyłącznie przez osoby leżące), o powierzchni nie mniej niż 9 m² pokój jednoosobowy oraz po 6 m² na osobę w pokojach dwu-, trzy- i czteroosobowych (odstępstwo od wymaganej powierzchni nie może być większe niż 5%). Pokoje mieszkalne są wyposażone w podstawowe sprzęty (łóżko lub tapczan, szafa, stół, krzesła, szafka nocną dla każdej osoby);
- mieszkańcom placówki zapewnione jest sprzątanie pomieszczeń, w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz dziennie;
- w placówce jest wyodrębniony pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia oraz pomieszczenie pomocnicze służące do prania i suszenia;
- zapewniony jest dostęp do pomieszczeń sanitarnych, dla których określono minimalne proporcje w odniesieniu do liczby mieszkańców: jedna toaleta dla nie więcej niż czterech i jedna łazienka dla nie więcej niż pięciu osób (wyjątek stanowi sytuacja, gdy liczba osób leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców, która dopuszcza zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25%). Pomieszczenia sanitarne muszą być wyposażone w uchwyty ułatwiające korzystanie z nich osobom mniej sprawnym;
- na wyżywienie składają się co najmniej trzy posiłki dziennie (w tym posiłki dietetyczne zgodnie ze wskazaniem lekarza), przerwa między posiłkami jest nie krótsza niż 4 godziny, a ostatni posiłek podawany nie wcześniej niż o godzinie 18. Mieszkańcom zapewnia się dostęp do drobnych posiłków i napojów między posiłkami oraz możliwość spożywania posiłków w pokoju mieszkalnym, w miarę potrzeby z zapewnieniem karmienia.

Na podstawie ustawy o pomocy społecznej zdecydowano się na **określenie standardów minimalnych**¹⁹⁶, gwarantujących usługi podstawowe, zabezpieczające potrzeby osób niepełnosprawnych czy przewlekle chorych, z gwarancjami poszanowania godności tych osób.

- ➔ Poruszana niejednokrotnie kwestia rozszerzenia katalogu standardów obowiązujących w placówkach opieki całodobowej wymaga dogłębnego rozważenia, gdyż placówki te są podmiotami prywatnymi, które zazwyczaj nie korzystają ze środków publicznych. Inna sytuacja dotyczyła bowiem domów pomocy społecznej, w stosunku do których rozszerzono

¹⁹⁶ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/jak-wygl%C4%85da-nadz%C3%B3r-nad-komercyjnymi-plac%C3%B3wkami-opieku%C5%84cznymi-ministerstwo-rodziny-przedstawia> (data korzystania: 25.05.2020)

i uszczegółowiono katalog standardów, któremu towarzyszyło uwzględnienie dotacji przekazywanych samorządom na poprawę funkcjonowania tych placówek.



Zgodnie z nowelizacją ustawy o pomocy społecznej, **od 2020 roku w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, obowiązują nowe standardy**¹⁹⁷. Mają one wyeliminować dotychczasowe nieprawidłowości oraz ułatwić prowadzenie działalności najmniejszym podmiotom. Oprócz wymagań dotyczących zatrudnionej kadry, określono następujące wytyczne:

- w jednym budynku placówki nie może przebywać więcej niż 100 osób, którym jest zapewniana opieka całodobowa (dotyczy sytuacji zwiększenia liczby miejsc w istniejących placówkach oraz nowych placówek);
- opieka w przedmiotowych placówkach może być świadczona tylko osobom pełnoletnim;
- w ramach wprowadzonych zmian, przypomniano również o obowiązku uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego na umieszczenia w placówce osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej (postanowienie sądu powinno znaleźć się w dokumentacji podmiotu prowadzącego placówkę).

NADZÓR I KONTROLA

Szczególnie w przypadku powzięcia wiadomości o prowadzeniu placówki całodobowej pomocy bez stosownego zezwolenia, służby wojewody (właściwe ze względu na miejsce położenia placówki) mają prawo przeprowadzenia czynności w ramach kontroli określonych w ustawie¹⁹⁸. W związku z przeprowadzaniem postępowaniem kontrolnym inspektorzy z urzędu wojewódzkiego mają prawo do:

- żądania informacji, dokumentów i danych, niezbędnych do sprawowania kontroli;
- swobodnego wstępu w ciągu doby do obiektów i pomieszczeń jednostki kontrolowanej;
- przeprowadzania oględzin obiektów, składników majątku kontrolowanej jednostki oraz przebiegu określonych czynności objętych obowiązującym standardem;
- żądania od pracowników kontrolowanej jednostki udzielenia informacji w formie ustnej i pisemnej w zakresie przeprowadzanej kontroli;
- wzywania i przesłuchiwanie świadków;
- zwrócenia się o wydanie opinii biegłych i specjalistów z zakresu pomocy społecznej.

W celu wyeliminowania przypadków utrudniania czy udaremniania prowadzonych kontroli wprowadzono ustawowe przepisy stanowiące o obowiązku zapewnienia wsparcia przez Policję¹⁹⁹.

Przepisy ustawy o pomocy społecznej wskazują również katalog narzędzi nadzorczych, jakimi dysponują służby wojewody w celu reagowania na nieprawidłowości stwierdzone w toku prowadzonych czynności kontrolnych. Są nimi:

- wydanie kontrolowanej jednostce zaleceń pokontrolnych i monitorowanie ich wykonania (art. 128 ust. 1–5)²⁰⁰;

¹⁹⁷ <https://www.infor.pl/prawo/prawa-seniora/opieka-nad-seniorem/3081530,2,Wyzsze-standardy-opieki-w-prywatnych-placowkach-od-2020-r.html> (data korzystania: 20.04.2020).

¹⁹⁸ Ustawa o pomocy społecznej, art. 126-127a.

¹⁹⁹ Ustawa o pomocy społecznej, art. 127a.

- orzeczenie o czasowym lub stałym cofnięciu zezwolenia na prowadzenie placówki (art. 129 ust. 1);
- nałożenie kar pieniężnych (w wysokości od 200 do 6.000 zł) na nierealizującego zaleceń pokontrolnych (art. 130 ust. 1);
- nałożenie kar pieniężnych na podmiot prowadzący placówkę całodobowej pomocy bez zezwolenia – w przypadku placówki, w której przebywa nie więcej niż 10 osób – w wysokości 10 tys. zł, powyżej 10 osób – 20 tys. zł (art. 130 ust. 2);
- nałożenie ponownej kary pieniężnej (40 tys. zł) na podmiot, który nie zaprzestał prowadzenia działalności po nałożeniu kary za prowadzenie placówki bez zezwolenia (art. 130 ust. 4);
- wydanie decyzji nakazującej wstrzymanie prowadzenia placówki, z nadaniem rygoru natychmiastowej wykonalności, w przypadku stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia osób przebywających w placówce prowadzonej bez zezwolenia, do czasu uzyskania zezwolenia (art. 130 ust. 5), jak i w placówce prowadzonej na podstawie zezwolenia (art. 130 ust. 6). W tej sytuacji, gdy występuje pilna konieczność zapewnienia pomocy osobom przebywającym w placówce, wojewoda, przy udziale kierownika ośrodka pomocy społecznej gminy właściwej ze względu na położenie placówki, koordynuje działania w tym zakresie²⁰¹.

Kontrole placówek całodobowej opieki dotyczą pięciu obszarów:

- **wydanie lub zmiana zezwolenia na prowadzenie działalności** – kontrola w zakresie prowadzenia placówki zgodnie z określonymi standardami;
- **cofnięcie zezwolenia na prowadzenie działalności** – kontrola w celu sprawdzenia zapewnienia dalszej opieki osobom przebywającym w placówce;
- **nałożenie kary za prowadzenie placówki bez zezwolenia** – kontrola w celu sprawdzenia działalności placówki, a także ustalenia liczby osób w placówce (wysokość kary uzależniona od liczby osób);
- **sprawdzenie standardów** świadczonych usług socjalnobytowych i przestrzegania praw przebywających w placówce osób – kontrola placówki prowadzonej na podstawie zezwolenia;
- **interwencja ze względu na nieprawidłowości w zakresie standardów** świadczonych usług socjalnobytowych i przestrzegania praw osób przebywających w placówce – kontrola sprawdzająca standardy wybranych usług socjalnobytowych i przestrzegania praw osób przebywających w placówce²⁰².

Spośród nieprawidłowości stwierdzanych w trakcie kontroli służb wojewody **w placówkach** (również posiadających pozwolenia na działalność) największy niepokój budzą:

- sytuacje pozostawienia pacjentów bez opieki, znęcania się oraz wyłudzenia od nich pieniędzy;
- nieodpowiednie wyżywienie, w tym niezapewnienie trzech posiłków dziennie oraz posiłków dietetycznych, zgodnie ze wskazaniami lekarza;
- niepodawanie leków;

²⁰⁰ Kontrolowana jednostka w terminie 7 dni od otrzymania może zgłosić zastrzeżenia do wydanych zaleceń pokontrolnych, a wojewoda ma 14 dni na ustosunkowanie się do nich. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń zgłoszonych przez jednostkę kontrolowaną, ma ona obowiązek realizacji zaleceń, uwag i wniosków w terminie 30 dni do powiadomienia wojewody o (art. 128). W przypadku niewykonania czynności wynikających z zaleceń mających na celu ograniczenie lub likwidację stwierdzonych istotnych uchybień i nieprawidłowości, wojewoda może orzec o czasowym lub stałym cofnięciu zezwolenia na prowadzenie placówki (art. 129).

²⁰¹ Ustawa o pomocy społecznej, art. 131a ust. 3.

²⁰² Ustawa o pomocy społecznej, art. 22 pkt 10; rozporządzenie MPiPS w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej § 7 pkt 1 i 2.

→ prowadzenia placówki w budynku niespełniającym wymagań prawa budowlanego (w tym dotyczących przepisów przeciwpożarowych) oraz z występującymi barierami architektonicznymi (m.in. nieposiadanie windy w budynkach wielokondygnacyjnych);

Działalność bez zezwolenia prowadzona jest zazwyczaj w wynajmowanych domach jednorodzinnych, tylko częściowo zaadaptowanych do potrzeb grupy maksymalnie 10 pensjonariuszy, które nie są poddawane remontom ani modernizacjom (co wiąże się również z możliwym brakiem zgody właścicieli posesji, którzy często nawet nie wiedzą o prowadzonej w nich działalności)²⁰³.

→ niezapewnianie pensjonariuszom właściwych warunków mieszkaniowych (w tym brak wymaganego wyposażenia pokoi mieszkalnych, nieutrzymywanie czystości w pomieszczeniach), brak dostatecznej ilości pomieszczeń sanitarnych, nieposiadanie jadalni, pralni i suszarni;

→ zamieszkiwanie w placówce większej liczby pensjonariuszy niż wynika to z udzielonego pozwolenia;

→ niewłaściwe prowadzenie i braki w dokumentacji, w tym nieprowadzenie ewidencji stosowania przymusu bezpośredniego (krępowania pasami, ograniczaniu kontaktu z otoczeniem), ewidencji przypadków korzystania ze świadczeń zdrowotnych, brak umów dla osób przebywających w placówce.

Ustalenia pokontrolne NIK dotyczące nadzoru nad działalnością całodobowych placówek opiekuńczych odnoszą się w szczególności do następujących kwestii:

➡ **brak wystarczającego rozpoznania i kontroli ze strony urzędów wojewódzkich sprzyjający rozwijaniu szarej strefy**

Kontrole służb wojewody podejmowane są najczęściej w reakcji na napływające skargi (członków rodziny pensjonariuszy, zwolnionych pracowników, czy przedstawicieli konkurencji), niemal nigdy prewencyjnie;

➡ **brak opracowanych przez służby wojewody procedur pozwalających na identyfikację placówek działających bez zezwolenia**

Fakt ten tłumaczy się nieadekwatnymi do potrzeb zasobami kadrowymi oraz błędną interpretacją przepisów prawa²⁰⁴;

➡ **brak współpracy między służbami wojewody a przedstawicielami samorządów w identyfikacji placówek działających bez zezwolenia**

Zdarzają się nawet przypadki współpracy OPS z podmiotami prowadzącymi nielegalne placówki;

➡ **zdarza się, że do kontroli nie dochodzi ze względu na niewpuszczenie kontrolerów na teren placówki (nawet w przypadku asysty policji)**

W opinii NIK zasadnym wydaje się wprowadzenie administracyjnych kar pieniężnych za uniemożliwienie lub utrudnienie tego rodzaju kontroli prowadzonych przez odpowiednie służby;

➡ **brak jest precyzyjnych przepisów pozwalających skutecznie reagować w sytuacjach rażących zaniedbań lub też świadczenia opieki z naruszeniem przepisów i praw osób w nich przebywających²⁰⁵;**

²⁰³ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nadzor-nad-placowkami-opieki-calodobowej.html> (data korzystania: 22.07.2020)

²⁰⁴ Urzędnicy tłumaczą się brakiem precyzji przepisów w uops, w których: „nie określono w jakiej formie i w jakim trybie wojewoda może uzyskiwać potrzebne informacje, a zawarty w niej katalog zadań, nie reguluje kwestii monitorowania tych placówek, rozumianego jako proces systematycznego zbierania i analizowania informacji” [w:] <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nadzor-nad-placowkami-opieki-calodobowej.html> (data korzystania: 22.07.2020)

Ustawa o pomocy społecznej nie przewiduje żadnych instrumentów prawnych umożliwiających wyegzekwowanie przez wojewodę odpowiednich działań zmierzających do zabezpieczenia niezbędnej pomocy osobom potrzebującym przez właściwe OPS.

Brakuje przepisów jednoznacznie określających szczegółowe zadania poszczególnych organów w czasie egzekucji, w tym np. dotyczących zapewnienia specjalistycznego transportu medycznego i opieki medycznej dla osób obłożnie chorych oraz określenia podmiotów zobowiązanych do pokrycia kosztów ewakuacji (obecnie koszty likwidacji ponosi gmina oraz powiat prowadzący DPS, w których zapewniana jest tymczasowo całodobowa opieka dla osób dotychczas przebywających w likwidowanej placówce).

Ponadto uops nie definiuje pojęcia zagrożenia zdrowia lub życia, ani nie zawiera odniesienia do innych definiujących przepisów. Powyższe uniemożliwia dokonanie oceny przez inspektorów przeprowadzających kontrolę, która stanowiłaby wiarygodny dowód w postępowaniu administracyjnym o wstrzymaniu działalności placówki.



niska wysokość kar nakładanych na właścicieli nielegalnych placówek powoduje kontynuację tego procederu i poczucie bezkarności

NIK proponuje podwyższenie i zróżnicowanie kar w zależności od liczby pensjonariuszy²⁰⁶ lub od osiągniętych przychodów (ustalony procent), a w przypadku ponownego nałożenia kary celowym byłoby wydawanie decyzji o likwidacji placówki niepodejmującej żadnych działań w celu uzyskania zezwolenia na prowadzenie działalności oraz niewielka skuteczność w ściąganiu nałożonych kar;

W ramach nowelizacji uops w 2019 roku wprowadzono, m.in. regulacje związane z ograniczaniem szarej strefy w tym obszarze związane z podwyższeniem wysokości kary za prowadzenie działalności bez zezwolenia (z 20 do 40 tys. zł), które nie są w opinii NIK wystarczające i okazuje się nadal nieskuteczne²⁰⁷.

W blisko połowie przypadków nie udało się ściągnąć nałożonych kar (m.in. poprzez przenoszenie działalności na inny podmiot, w inne miejsce lub dokonywanie pozornej zmiany charakteru działalności)²⁰⁸. NIK rekomenduje, aby niemożliwe było odstępianie od wymierzania kary pieniężnej w przypadku zaprzestania prowadzenia placówki bez zezwolenia (przez jej zalegalizowanie lub przeniesienie);

W związku z tym w przypadku, gdy kara zostanie nałożona po raz drugi, zasadnym byłoby umożliwienie wydawania decyzji o natychmiastowym zaprzestaniu prowadzeniu placówki w przypadku, gdy placówka nadal działa bez zezwolenia i nie podejmuje żadnych działań w celu legalizacji prowadzonej działalności. Wymagałoby to jednak zmian w obowiązujących przepisach²⁰⁹.

W opinii MRPiPS, wprowadzone od 2020 roku przepisy, regulują tę kwestię w sytuacji występowania zagrożenia dla zdrowia i życia mieszkańców placówki. W innym przypadku, wydawanie decyzji o likwidacji placówki, byłoby ze względu na jej podopiecznych (dla których przenoszenie do innych placówek bez wyższej konieczności nie jest wskazane), rozwiązaniem

²⁰⁵ M.in. pozwalających służbom wojewody na natychmiastowe wejście na teren całodobowych placówek, oględziny wszystkich pomieszczeń oraz kontakt z mieszkańcami i wgląd w dokumentację. Istotne jest również wprowadzenie skutecznych narzędzi prawnych pozwalających wojewodzie natychmiast zakończyć działalność placówki w sytuacji stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia osób w niej przebywających [w:] <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nadzor-nad-placowkami-opieki-calodobowej.html> (data korzystania: 23.07.2020)

²⁰⁶ Obecnie karze w wysokości 20 tys. zł podlega prowadzenie nielegalnie placówki zarówno dla 11, jak i 100 osób [w:] Informacja NIK, *Działania...*, op. cit., s. 17.

²⁰⁷ Tamże, s. 23.

²⁰⁸ Tamże, s. 17-18.

²⁰⁹ Informacja NIK, *Działania...*, op. cit., s. 55.

zbyt drastycznym i nieuzasadnionym. Ministerstwo podkreśla również, iż „incydentalnie rzadko prowadzenie nielegalnej działalności jest równoważne z naruszeniem praw człowieka, niespełniania standardów opieki, nieludzkiego traktowania, a nawet aktów przemocy”²¹⁰.

➡ w obowiązujących przepisach **nie wskazano instytucji, która byłaby uprawniona do kontroli placówek w zakresie zapewnienia mieszkańcom opieki medycznej**, w szczególności prowadzonej farmakoterapii (zmiany w tym zakresie wymagałyby włączenia do zespołu kontrolerów służb medycznych);

➡ poważny niepokój budzi także **brak dostatecznego rozpoznania przez wojewodów sytuacji osób przebywających w placówkach działających legalnie**

Program kontroli kompleksowych obejmuje wszystkie sfery organizacji i funkcjonowania, w tym standard świadczonych usług. Stwarzają one w praktyce jedyną możliwość pozyskania wystarczających i obiektywnych informacji o działalności placówek. Obejmuje się nimi zaledwie od kilku do kilkunastu procent istniejących placówek. W obecnym stanie prawnym, nawet tego rodzaju kontrole mają ograniczoną skuteczność, ponieważ podmioty prowadzące placówkę kontroli muszą zostać powiadomione o przedmiocie i terminie na 7 dni przed rozpoczęciem kontroli.

Obowiązek przeprowadzania kompleksowych kontroli nie rzadziej niż raz na 3 lata wynika z zapisów stosownego rozporządzenia²¹¹. Jednak przepis ten jest zazwyczaj naruszany, co tłumaczy się koniecznością przeprowadzenia, poza kontrolami kompleksowymi, kontroli doraźnych, kontroli problemowych i sprawdzających.

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W PLACÓWCE CAŁODOBOWEJ OPIEKI²¹²

Na wysokość opłaty za pobyt w placówce wpływa:

- ➔ zaplecze rehabilitacyjne – im bardziej kompleksowa oferta usług opiekuńczo-rehabilitacyjnych, tym wyższa cena pobytu;
- ➔ liczba miejsc w pokojach – w prywatnych placówkach znajdują się zazwyczaj pokoje jedno, dwu lub trzyosobowe (rzadziej czteroosobowe): uśredniony koszt jedyńki wynosi ok. 4000 zł, miejsca w 2 i 3-osobowym pokoju ok. 2500-3000 zł, w pokoju wieloosobowym ok. 2000 zł;
- ➔ lokalizacja - największą popularnością cieszą się placówki znajdujące się w niewielkiej odległości od dużych miast, więc na wysokość kosztów pobytu wpływa kwestia dobrego dojazdu do miasta oraz spokojna, cicha okolica placówki; najwyższe koszty pobytu odnotowuje się w przypadku ośrodków zlokalizowanych np. w miejscowości uzdrowskiej;
- ➔ czas pobytu – pobyt na okres stały (co najmniej 6 miesięcy) wiąże się z niższymi kosztami niż w przypadku pobytów krótkoterminowych.

Duże i wciąż rosnące zainteresowanie pobytem w placówkach całodobowej opieki wiąże się z faktem, że koszty związane z miejscem w nich są zazwyczaj niższe niż w DPS prowadzonych przez samorządy lub na ich zlecenie. Sytuacja ta wynika m.in. z niższych standardów, które muszą być zapewnione w tego rodzaju placówkach w porównaniu z domami pomocy społecznej²¹³. Warto podkreślić również, iż **ofertę niższej odpłatności oferują przede wszystkim placówki działające**

²¹⁰ Tamże, s. 85.

²¹¹ Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (Dz.U. 2005 nr 61 poz. 543), § 5 ust. 2.

²¹² https://kb.pl/porady/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci_med/ (data korzystania: 10.06.2020)

²¹³ Informacja o wynikach kontroli NIK, *Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia*, W-wa 2019, s. 25.

nielegalnie, tworząc w ten sposób nieuczciwą konkurencję i stawiając w niekorzystnej sytuacji na rynku placówki działające zgodnie z obowiązującymi standardami, posiadające stosowne zezwolenie²¹⁴.

ZATRUDNIONA KADRA

W nowelizacji ustawy o pomocy społecznej²¹⁵ **uzupełniono dotychczasowe przepisy o dodatkowe wymagania dotyczące zatrudniania personelu opiekuńczego** tak, aby opieki nie sprawowały osoby bez podstawowej wiedzy w tym zakresie. **Wojewoda będzie mógł kontrolować, czy zatrudnieni pracownicy mają odpowiednie kwalifikacje.**

Czynności w ramach usług opiekuńczych świadczonych w placówce, mogą wykonywać osoby posiadające kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu:

- lekarza / pielęgniarki / ratownika medycznego,
- opiekuna w domu pomocy społecznej / opiekuna osoby starszej / opiekuna medycznego,
- asystenta osoby niepełnosprawnej / opiekunki środowiskowej,
albo
- osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRZYJĘCIA DO PLACÓWKI CAŁODOBOWEJ OPIEKI

Uzyskanie pobytu w prywatnej placówce całodobowej opieki **nie wymaga składania wniosków do ośrodka pomocy społecznej, jak również zazwyczaj oczekiwania na miejsce**. Umieszczanie osób w takich placówkach odbywa się na podstawie umów cywilnoprawnych, a nie decyzji administracyjnych. Osoby potrzebujące usług całodobowych i ich rodziny mają prawo wyboru placówki, która spełnia ich oczekiwania.

Szczególną uwagę należy zwrócić na kwestię podpisywania umów, gdyż **decyzji o umieszczeniu osoby w placówce całodobowej nie może podejmować rodzina z pominięciem zgody samego umieszczonego**²¹⁶.

Decydując się na prywatną placówkę, trzeba jednak pamiętać, że w tym przypadku **zasady funkcjonowania mogą być regulowane niemal dowolnie**. Umowę należy przeanalizować, sprawdzając kwalifikacje zatrudnionego personelu i zakres świadczonych usług, a także zakres odpowiedzialności, który bierze na siebie podmiot prowadzący działalność.

W przypadku osób całkowicie ubezwłasnowolnionych umieszczenie w placówce całodobowej opieki wymaga pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, którą może wyrazić jedynie po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

²¹⁴ Tamże, s. 28.

²¹⁵ Ustawa o pomocy społecznej, art.68a, pkt 4 i 5.

²¹⁶ Na taką rzeczywistość wskazują wyniki postępowania kontrolnego NIK [w:] Informacja o wynikach kontroli NIK, *Działania...*, op. cit., s. 15.

4.

Pomoc

medyczna

4.1 Centrum opieki domowej (forma opieki koordynowanej)

DEFINICJA

CENTRUM OPIEKI DOMOWEJ – model oparty na **wdrożeniu opieki koordynowanej**²¹⁷ realizowanej przez **podmiot tworzony w ramach podstawowej opieki zdrowotnej**, którego rolą jest organizowanie, koordynowanie i częściowo również realizowanie środowiskowych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych **dla osób w wieku 65 lat i więcej**, będących po hospitalizacji i cierpiących na określone, zdiagnozowane problemy zdrowotne.

W prezentowanej propozycji pacjent lub sprawujący opiekę nad nim członek rodziny może liczyć na profesjonalną poradę, zarządzanie procesem terapeutycznym, a także wsparcie pielęgnacyjno-opiekuńcze dla osób po hospitalizacji w ramach centrum opieki domowej (COD).

Model prezentuje pewne zasady dotyczące planowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w skali lokalnej.

PODSTAWY PRAWNE

NFZ podpisał z Bankiem Światowym umowę dotyczącą świadczenia usług doradczych w zakresie opracowania i pilotażowego wdrożenia trzech modeli opieki koordynowanej, w tym modelu zakładającego tworzenie i funkcjonowanie centrów opieki domowej.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA OPIEKI KOORDYNOWANEJ – 3 MODELE²¹⁸

Model 1

dotyczy poziomu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzając rozszerzony pakiet świadczeń opieki zdrowotnej składający się z 4 elementów:

- oryginalny/podstawowy pakiet świadczeń POZ, które są obecnie zapewniane;
- pakiety profilaktyczne i edukacyjne związane z wiekiem i płcią (wśród czterech wyróżnionych, jeden dedykowany dla osób powyżej 65 lat). Pacjenci otrzymują świadczenia w ramach tych pakietów według wieku i płci: obejmuje to **badania przesiewowe i wizyty profilaktyczne**;
- pakiety zarządzania przypadkami 11 najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce (obejmuje to **badania diagnostyczne oraz konsultacje i indywidualne plany opieki medycznej**);
- rehabilitację/fizjoterapię świadczoną w trybie ambulatoryjnym (opcjonalnie).

Wprowadzanie takich modelowych rozwiązań, które poddawane będą fazie pilotażowej, jest o tyle celowe w naszym regionie, gdyż województwo kujawsko-pomorskie jest jednym z trzech w Polsce z średnio największą liczbą beneficjentów przypadającą na jednego świadczeniodawcę w ramach POZ (5073, dla skali porównawczej największa liczba w województwie mazowieckim wynosi 6735, a najniższa w zachodniopomorskim 1617).

Potrzeba wdrażania rozwiązań na rzecz efektywniejszego wykorzystania możliwości realizacji opieki zdrowotnej na poziomie POZ, ma również swoje uzasadnienie w diagnozie sytuacji prezentującej powody wizyt pacjentów w przychodniach. Według danych, drugą najczęściej zgłaszaną **przyczyną konsultacji w POZ był ogólny kontakt z lekarzem** (co może wskazywać na problem samotnych osób

²¹⁷ Informacje dotyczące modelu centrum opieki domowej pochodzą z podręcznika przygotowanego w ramach umowy z NFZ przez Bank Światowy [w:] Model 3 Podręcznik wdrożenia opieki koordynowanej, World Bank Group 2017.

²¹⁸ <https://www.worldbank.org/pl/country/poland/publication/integrated-health-care-in-poland> (data korzystania: 22.07.2020)

starszych, które w spotkaniu z lekarzem w przychodni znajdują sposób na kontakt z drugim człowiekiem i zniwelowanie poczucia osamotnienia).

Model 2

dotyczy poziomu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ukierunkowując się na zapewnienie wszechstronnej, zaplanowanej, ciągłej i koordynowanej opieki ambulatoryjnej oraz lepszego wykorzystania zasobów istniejących w służbie zdrowia.

Model 3

- dotyczy poprawy koordynacji i ciągłości opieki na różnych szczeblach systemu ochrony zdrowia, włączając w to także pomoc społeczną, adresowaną do osób starszych po przebytej hospitalizacji;
- najbardziej innowacyjny z wszystkich trzech, uwzględnia opiekę koordynowaną skoncentrowaną na potrzebach pacjenta w wymiarze zdrowia i jakości życia, w odniesieniu do pacjentów w okresie 12 miesięcy od hospitalizacji;
- jest odpowiedzią na brak integracji między usługami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych;
- łączy najważniejsze elementy obu sektorów, proponując kompleksowe usługi w ramach Centrum Opieki Domowej (COD).

Cele wdrożenia opieki koordynowanej na poziomie środowiskowym:

- poprawa jakości usług;
- ułatwienie dostępu do niezbędnych świadczeń (zdrowotnych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opieki długoterminowej);
- zmniejszenie liczby konsultacji ze specjalistami,
- zmniejszenie ryzyka ponownej hospitalizacji,
- zredukowanie polifarmakoterapii,
- poprawa wykorzystanie zasobów na szczeblu gminy, powiatu i podstawowej opieki zdrowotnej
- obniżenie i racjonalizacja kosztów leczenia.

ŹRÓDŁO FINANSOWANIA

Osobisty plan opieki jest finansowany głównie z:

- budżetu powierzonego POZ, jak również lekarz POZ „kupi” dodatkowe usługi na rynku, dbając jednocześnie o to, by zaspokajały one potrzeby pacjenta;
- gminny ośrodek pomocy społecznej zapewnia wkład rzeczowy lub wsparcie pracowników socjalnych (stosownie do potrzeb);
- współpłaty pacjenta (gdy zdaniem pracownika socjalnego pacjent nie kwalifikuje się do otrzymania wsparcia z pomocy społecznej, a jednak takie wsparcie jest mu niezbędne, można zastosować współpłatność za usługi socjalne).

Finansowanie przewidziano w formie łączonej:

- podstawowy budżet POZ i pielęgniarstwa;
- budżet powierzony na pokrycie kosztów dodatkowych świadczeń (poszerzonego zakresu usług).

Centrum opieki domowej powinno dysponować własnym budżetem zadaniowym przeznaczonym na realizację konkretnych świadczeń i wykorzystywanym do opłacenia kontraktów ze świadczeniodawcami. Dotychczasowy model finansowania opiera się na kontraktach NFZ ze świadczeniodawcami POZ w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych (sektor zdrowia) oraz kontraktach

OPS podpisujących z działającymi na rynku świadczeniodawcami na świadczenie usług opiekuńczych (sektor pomocy społecznej). W modelu proponuje się połączenie obu źródeł i wprowadzenie następujących reguł finansowania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób starszych po hospitalizacji:

- na budżet COD składa się część obecnego budżetu NFZ przeznaczona na domowe usługi pielęgnacyjne i rehabilitację medyczną oraz część budżetów JST przeznaczona na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (świadczenia fizjoterapeutyczne i inne świadczenia opiekuńcze) obecnie realizowane przez OPS. Koordynacja budżetu leży w gestii centrum, lecz z uwagi na uwarunkowania regulacyjne muszą zostać zachowane dwa strumienie finansowania, zgodnie z ustaleniami umownymi i prawnymi.
- Koszty usług medycznych, pielęgniarских i fizjoterapeutycznych są wyceniane przez NFZ, a usługi opiekuńcze są realizowane w oparciu o ceny rynkowe.
Kryteriami wyboru świadczeniodawcy powinien być koszt, jakość i termin realizacji usług.
- W budżecie COD znajdują się też opłaty za środki transportu, tj. przejazdy pielęgniarek i lekarzy do pacjentów.
- Przewidziana jest możliwość ewentualnego współpłacenia przez pacjentów za usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne objęte wyceną NFZ i/lub za usługi pomocy społecznej.

BENEFICIENCI

Populacja potencjalnych beneficjentów Modelu 3 to około 25% wszystkich hospitalizowanych osób 65+. Na szczeblu powiatowym, gdzie planowane jest wdrożenie programu pilotażowego przez jeden lub kilka podmiotów, oznacza to ok. 1400 beneficjentów każdego roku.

Przydział pacjentów do grup pod kątem realizowanych świadczeń powinien być oparty na ocenie ryzyka zdrowotnego w zakresie:

- stanu zdrowia (skala geriatryczna, skala Barthel, przeprowadzona w szpitalu ocena stanu zdrowia i wymagań w zakresie opieki, ogólny wywiad medyczny na poziomie POZ, przyjmowane leki);
- potrzeb rehabilitacyjnych (skala Barthel, zalecenia ze szpitala);
- potrzeb w zakresie pielęgnacji, pomocy w przyjmowaniu lekarstw i korzystaniu ze sprzętu medycznego (przeprowadzona w szpitalu ocena stanu zdrowia i wymagań w zakresie opieki);
- poziomu upośledzenia czynnościowego (ocena geriatryczna, w tym skala Barthel);
- potrzeb w zakresie opieki osobistej (ocena geriatryczna, w tym skala Barthel).

Klasyfikacja pacjentów COD (na powyższej podstawie dokonuje się przydziału pacjenta do jednej z czterech wyróżnionych grup):

Grupa I. Poziom potrzeb NISKI

Osoby po hospitalizacji, wymagające kilku wizyt kontrolnych w ciągu 4–6 tygodni po wypisie ze szpitala, w tym okresie mogą być potrzebne pewne świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, ale generalnie brak potrzeb długoterminowej opieki pielęgnacyjnej i osobistej.

Grupa II. Poziom potrzeb UMIARKOWANY

Osoby po hospitalizacji, wymagające opracowania planu rehabilitacji i pielęgnacji; mogą mieć czasowe upośledzenie czynnościowe i tymczasowo potrzebować osobistej opieki; z perspektywą pełnego powrotu do zdrowia.

Grupa III. Poziom potrzeb WYSOKI

Osoby po hospitalizacji cierpiące na przewlekłe, często liczne schorzenia; wymagające opracowania planu rehabilitacji i pielęgnacji; z upośledzeniem czynnościowym czasem w stopniu ciężkim i długotrwałym; wymagające osobistej opieki i z perspektywą częściowego powrotu do zdrowia.

Grupa IV. Poziom potrzeb BARDZO WYSOKI

Osoby po hospitalizacji, całkowicie niesamodzielne, leżące, wymagające całodobowej opieki osobistej i pielęgnacyjnej w warunkach domowych lub – z czasem – w placówce opieki stacjonarnej.

Decyzja o przydziale pacjenta do określonej grupy oraz opracowanie spersonalizowanego planu usług pielęgnacyjno-opiekuńczych to zadanie pielęgniarki środowiskowej, z wykorzystaniem karty wypisu ze szpitala i w porozumieniu z lekarzem POZ, a w razie potrzeby również z lekarzem specjalistą.

ZAKRES USŁUG

 Kierowanie odpowiedniego zakresu i form wsparcia odbywa się na podstawie **oceny w zakresie indywidualnych potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych** pacjentów seniorów, uwzględniającej stan zdrowia (schorzenia, terapie) i zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Powyższa ocena jest przeprowadzana przez POZ i przedstawiciela OPS w porozumieniu z lekarzami specjalistami (w liczbie co najmniej dwóch) w oparciu o:

→ informacje z karty wypisu ze szpitala oraz skierowanie ze wskazaniem potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych,

→ kompleksową ocenę geriatryczną (Comprehensive Geriatric Assessment - CGA albo badanie Vulnerable Elders Survey 13 i indeks LACE),

Ocena powinna uwzględniać aspekty zdrowotne, sprawność fizyczną, stan psychiczny, wsparcie społeczne (w tym sytuację rodzinną i finansową) oraz poziom życia pacjentów geriatrycznych.

CGA służy jako platforma wymiany informacji na temat pacjentów geriatrycznych w gronie członków zespołu, innych świadczeniodawców i pomocy społecznej. CGA umożliwia integrację świadczeń realizowanych przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, psychologa i pracownika socjalnego z usługami pomocy społecznej.

→ wywiad i badania przeprowadzone przez lekarza POZ (opinia w zakresie potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych),

→ konsultację z pielęgniarką środowiskową COD.

 System informacji o pacjencie jest koordynowany przez pielęgniarkę środowiskową COD. **Zagwarantowany jest dostęp do danych o stanie zdrowia oraz na temat sytuacji socjalnej**, które są zawarte w elektronicznej dokumentacji i systemie Emp@tia.

Istotne jest zapewnienie możliwości wzajemnego komunikowania się osób udzielających świadczeń w procesie opieki, w tym wymiana informacji o zdarzeniach medycznych i dokumentacji medycznej, w tym celu wdrożony zostaje zaawansowany informatyczny system wymiany danych o zdarzeniach medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Wszystkie informacje zdrowotne o pacjencie powinny być stale dostępne dla lekarza rodzinnego/POZ.

 Dla każdego pacjenta tworzony jest, a następnie wdrożony, **osobisty plan rehabilitacji, pielęgnacji i opieki**, opracowywany i uzgadniany z pacjentem i członkami rodziny oraz multidyscyplinarnym zespołem sprawującym opiekę.

Realizacja planu jest koordynowana przez pielęgniarkę środowiskową COD pod nadzorem lekarza POZ, który przeprowadza z pacjentem konsultacje na początku, w trakcie i po zakończeniu przepisanej opieki pielęgnacyjnej.

Lekarz POZ decyduje o ewentualnym przedłużeniu opieki, czy potrzebie przeprowadzenia specjalistycznych i geriatrycznych konsultacji.

Plan opieki jest aktualizowany raz na kwartał albo częściej, w zależności od potrzeb. Aktualizacja jest dokonywana przez lekarza POZ lub wyznaczonego przez niego specjalistę, np. geriatrę, zgodnie z zasadami kompleksowej oceny geriatrycznej CGA.

Informacje dotyczące indywidualnych planów opieki, pielęgnacji i rehabilitacji powinny mieć formę cyfrową i uwzględniać:

- liczbę przepisanych wizyt domowych, zleconych świadczeń, itp.;
- liczbę faktycznie zrealizowanych wizyt domowych i świadczeń, itp.;
- rodzaj konsultacji lekarskich, pielęgnarskich i fizjoterapeutycznych;
- liczbę hospitalizacji;
- występujące choroby;
- zastosowane leki;
- koszt zrealizowanych świadczeń.

W połączeniu, wymienione dane tworzą elektroniczną kartę leczenia i pielęgnacji pacjenta.



W ramach udzielanych świadczeń COD realizuje następujący zakres usług:

- świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej;
- opieka medyczna z uwzględnieniem profilaktyki i edukacji zdrowotnej;
- domowe świadczenia pielęgnacyjne (kontrola stanu zdrowia, zlecone szczepienia, pomoc w przygotowaniu przepisanych leków, zmiana opatrunku, itp.);
- usługi domowe w zakresie higieny osobistej (toaleta, itp.);
- usługi związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (pomoc w pracach domowych, przygotowanie albo dowóz posiłków [„posiłki na kółkach”], itp.);
- specjalistyczne świadczenia medyczne (telemedycyna/telekonsultacje, rehabilitacja, fizjoterapia, itp.);
- konsultacje dietetyczne;
- wsparcie w kontaktach z placówkami medycznymi (pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia);
- na późniejszych etapach przeniesienie do programu zarządzania chorobą (disease management programme – DMP) (dla osób przewlekle chorych) w ramach POZ (opcjonalnie dla placówek prowadzących programy DMP); zapewnienie wsparcia IT i pomoc w jego zastosowaniu (tele-opieka, zapobieganie upadkom, itp.);
- współpraca z lokalnym farmaceutą celem uniknięcia polifarmakoterapii.

Usługi są realizowane lokalnie, w elastyczny sposób przyczyniając się do powrotu starszego pacjenta do zdrowia i przeciwdziałając dalszemu pogorszeniu stanu zdrowia.



Powyższe usługi realizowane są za pośrednictwem **następujących działań podejmowanych przez zespół COD** po przyjęciu pacjenta i rozpoczęciu realizacji planu opieki:

- omówienie z pacjentem geriatrycznym i jego rodziną lub opiekunami istoty choroby i sposobu jej leczenia;
- wyraźne zapisanie zaleceń wydawanych pacjentom i ich rodzinom lub opiekunom i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby;
- ustalanie, modyfikacja albo redukcja farmakoterapii;
- monitoring przestrzegania zaleceń po hospitalizacji;

- ustalanie terminu wizyt kontrolnych pacjenta geriatrycznego;
- koordynacja/ustalanie terminów wizyt z rehabilitantem, fizjoterapeutą, lekarzem specjalistą, dietetykiem;
- podawanie zaleceń i instrukcji rehabilitacyjnych i dietetycznych;
- przeprowadzanie rozmów i/lub udzielanie porad rodzinie lub opiekunom pacjenta;
- wsparcie w uzyskaniu pomocy dla rodziny ze strony odpowiednich specjalistów (np. psycholog, pracownik socjalny);
- zakup / wypożyczenie / dofinansowanie wyrobów medycznych, pieluchomajtek, itp.;
- edukacja prozdrowotna i profilaktyka chorób/niepełnosprawności wśród starszych pacjentów i ich rodzin lub opiekunów (zalecenia w obszarze profilaktyki i prewencji);
- monitorowanie przebiegu terapii, w tym nasilania objawów chorobowych i obecności działań niepożądanych lub ubocznych farmakoterapii;
- prowadzenie należytej dokumentacji medycznej.

 Świadczenia mogą być realizowane w następujących miejscach:

- dom pacjenta,
- placówka POZ,
- poradnia specjalistyczna,
- oddziały dziennego pobytu,
- konsultacje specjalistyczne w placówkach ochrony zdrowia, telemedycyna,
- ZOL/ZPO, DPS.

 Do zadań COD w zakresie zarządzania i koordynacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych należą:

- za pośrednictwem POZ i we współpracy z lekarzem specjalistą (w razie potrzeby), wsparcie dla rodziny i pomoc socjalna, ocena i rozpoznanie potrzeb pacjenta po hospitalizacji w zakresie dalszej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki;
- informowanie pacjenta po hospitalizacji oraz członków rodziny o dostępnych opcjach w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji, konsultacji dietetycznych, opieki, itp.;
- wspieranie pacjentów i członków rodziny w nawiązywaniu kontaktów ze świadczeniodawcami oferującymi pielęgnację, rehabilitację, konsultacje dietetyczne, opiekę, itp.;
- zarządzanie pielęgnacją, rehabilitacją i opieką realizowaną na rzecz osób starszych po hospitalizacji w ścisłej współpracy ze świadczeniodawcami, ośrodkami pomocy społecznej i dziennymi domami pomocy;
- tworzenie indywidualnych planów opieki i pomocy domowej w miejscu zamieszkania, we współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej;
- świadczenie usług bezpośrednio przez placówkę albo zlecanie usług podmiotom publicznym (np. praktyki pielęgniarek POZ, pracownicy socjalni) oraz prywatnym (w tym organizacjom pozarządowym);
- zarządzanie danymi pacjenta i informacjami o przebytych terapiach, zastosowanych lekach, zrealizowanych świadczeniach (pielęgnacja, rehabilitacja, konsultacje dietetyczne, opieka); wspieranie pacjentów i członków rodzin w zakwalifikowaniu pacjenta do pobytu w stacjonarnej placówce opiekuńczej, w razie potrzeby (ZOL, ZPO, DPS).

 Kolejna ważna kwestia to ewentualność wykorzystania nowych technologii IT jako narzędzi profilaktyki umożliwiających monitorowanie wskaźników zdrowotnych pacjentów COD.

Chodzi o narzędzia informatyczne używane przez pacjentów w warunkach domowych, pomagające w codziennym życiu i monitorujące aktywność pacjenta, np. zegarki monitorujące ciśnienie krwi, sen, upadki, itp.

Wdrożenie narzędzi przyczyniłoby się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ukierunkowało interwencje na okoliczności, w których okazują się one konieczne, a w dłuższej perspektywie również pomogło obniżyć koszty leczenia.

PROCEDURA PRZYJĘCIA DO COD

Przy przyjęciu zbiera się bardziej **szczegółowy medyczny wywiad geriatryczny** poszerzony o:

- 
- informacje dotyczące upadków, omdleń, wahań masy ciała, dysfunkcji zwieraczy, aktualnie zażywanych leków (w tym z własnej inicjatywy),
 - elementy wywiadu neurologicznego, psychiatrycznego, środowiskowego,
 - wywiad rodziny chorego lub jego opiekunów (weryfikacja badania podmiotowego pacjenta geriatrycznego z zaburzeniami psychicznymi powinna dotyczyć objawów stwierdzanych przez jego rodzinę lub opiekunów).

- 
- Przeprowadzane jest **badanie internistyczne**, które poszerza się o badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną, ocenę stanu skóry i orientacyjną ocenę wzroku i słuchu.



Ocena stanu pacjenta odbywa się pod kątem:

- stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym (Geriatryczna Skala Oceny Depresji według Yesavage'a);
- funkcji poznawczych – w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia, w szczególności Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score) lub test Blessed'a, test MiniCog, test Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara, oraz inne, uznane metody w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia;
- chodu i równowagi, przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;
- stanu odżywienia, za pomocą testów MNA (Mini Nutritional Assessment) lub SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping);
- sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna pacjenta geriatrycznego, za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE;
- dokonanej przez pielęgniarkę oceny stanu zdrowia pacjenta pod względem fizycznym i psychicznym, a także pielęgnacyjnym;
- analizy wyników badań dodatkowych, w tym badań obrazowych, endoskopowych, EKG, 24-godzinnej rejestracji EKG/ciśnienia tętniczego metodą Holtera, badań densytometrycznych; analizy badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych.

WYMOGI W ZAKRESIE UMOWY Z NFZ

Zakłada się, iż umowy z NFZ na realizację usług pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach działalności COD będą podpisywane podobnie jak inne umowy, w zakresie POZ i/lub na świadczenia pielęgniarstwa. Określone są wymagania, jakie muszą spełniać ubiegający się o kontrakt świadczeniodawcy, m.in.

- minimalna dla lokalizacji liczba deklaracji do POZ świadczeniodawcy – na obszarze powiatu lub sąsiednich powiatów łącznie: nie mniej niż 20 tys. pacjentów w ośrodkach wielkomiejskich (pow. 300 tys. mieszkańców) i 10 tys. w mniejszych powiatach;

- opracowanie standardu organizacyjnego, w tym schematu i regulaminu organizacyjnego realizacji koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (wzorzec udostępniony w ramach pilotażu);
- posiadanie zaplecza kadrowego, lokalowego i sprzętowego umożliwiającego realizację kontraktu (własnego i podwykonawców), zgodne z zapisami odpowiednich rozporządzeń MZ i zarządzeń Prezesa NFZ dla zakresów świadczeń objętych kontraktem oraz wymogami określonymi przez organizatora pilotażu;
- posiadanie systemu elektronicznej wymiany danych o zdarzeniach medycznych oraz dokumentacji medycznej pomiędzy współpracującymi świadczeniodawcami (dopuszczalny okres przejściowy na stworzenie systemu to pierwszy rok funkcjonowania);
- wprowadzenie systemu komunikowania się z pacjentami w zakresie ich potrzeb oraz przekazywania informacji zwrotnych za pośrednictwem platformy e-zdrowie, narzędzi telemedycznych do monitorowania wybranych parametrów zdrowotnych (dopuszczalny okres przejściowy dla stworzenia tego typu systemu to pierwszy rok funkcjonowania);
- opracowany wspólnie z ośrodkami pomocy społecznej schemat wdrożenia infrastruktury telemedycznej;
- przeprowadzone szkolenia lekarzy i pozostałego personelu medycznego w zakresie standardów medycznych i organizacyjnych modelu (dopuszczalny okres przejściowy na realizację harmonogramu planowanych szkoleń to pierwszy rok funkcjonowania);
- podpisane umowy o współpracy z lokalnym DPS/placówkami opieki społecznej i długoterminowej;
- wdrożony schemat organizacyjny uwzględniający modernizację systemów informatycznych i przepływów komunikacyjnych

PODMIOTY PROWADZĄCE

- Lokalne centra opieki domowej są **tworzone w ramach podmiotu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**, tj. lokalnej przychodni zdrowia lub w ścisłej współpracy z tym podmiotem.
- Funkcjonowanie COD ma być **oparte na współpracy z**:
 - poradnią specjalistyczną,
 - ośrodkiem pomocy społecznej,
 - lokalnymi świadczeniodawcami usług rehabilitacyjnych,
 - stacjonarnymi placówkami opieki (zarówno tymi działającymi w sektorze ochrony zdrowia, jak i w sektorze pomocy społecznej),
 - placówką/placówkami opieki paliatywnej,
 - organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze opieki i świadczeń dla osób starszych i niesamodzielnych.

ZATRUDNIONA KADRA

Działania są realizowane w centrum przez **multidyscyplinarny zespół medyczny**, którego pracę koordynuje pielęgniarka POZ/środowiskowa (osoba zarządzająca COD), w ścisłej współpracy z lekarzem POZ. W skład zespołu wchodzi pracownik socjalny (na stałe) finansowany przez lokalny ośrodek pomocy społecznej.

Zespół pracuje w formie konsyliów poświęconych konkretnemu przypadkowi (również konsylia wirtualne), aby w ten sposób monitorować stan pacjenta i dostosowywać do niego interwencje medyczne, środowiskowe i rehabilitację.

Podmiot prowadzący COD opracowuje i wdraża standard organizacyjny, m.in. opisujący zadania i rozgraniczający kompetencje personelu medycznego (lekarzy rodzinnych/POZ i lekarzy specjalistów,

pielęgniarek, położnych, edukatora zdrowotnego, opiekuna medycznego, fizjoterapeuty i in.) oraz zasady współpracy pomiędzy nimi – w tym, w zakresie koordynacji opieki medycznej.

Przed utworzeniem COD zespół pielęgniarek środowiskowych/POZ i lekarzy POZ odbywa szkolenie na temat roli centrum, wymagań komunikacyjnych, standardów opieki geriatrycznej i procedur budżetowych.

ODPŁATNOŚĆ ZA USŁUGI COD

Dla projektu pilotażowego przewidziano **różne źródła finansowania**, takie jak:

- podstawowy budżet NFZ,
- środki unijne,
- podstawowy budżet pomocy społecznej,
- w razie konieczności również współpłacenie z kieszeni pacjenta.

ZAKRES USŁUG

Zakres świadczeń w ramach osobistych planów opieki dotyczy następujących obszarów:

- opieka świadczona w warunkach domowych w ramach centrum opieki domowej;
- wsparcie w opiece po wypisie ze szpitala (pomoc społeczna, opiekun medyczny, pielęgniarka, lekarz POZ, konsultacje lekarzy specjalistów);
- opieka nad chorymi przewlekle (pielęgniarka, pracownik socjalny, opiekun medyczny, lekarz POZ, lekarze specjaliści);
- świadczenia rehabilitacyjne (w tym rehabilitacja grupowa, w miarę możliwości);
- usługi aktywizacji społecznej;
- wsparcie dla rodziny (również psychologiczne).

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY KORZYSTANIA Z OFERTY COD

A. Zgłoszenie do COD wystawione przez szpital

Możliwość skorzystania z oferty wsparcia realizowanej przez COD odbywa się na podstawie skierowania, które wystawiane jest przy wypisie ze szpitala pacjentowi powyżej 65 roku życia. Szpital wysyła informację do COD związaną z planowanym wypisem pacjenta w podeszłym wieku wymagającego po hospitalizacji kontynuacji wsparcia w formie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Pielęgniarka środowiskowa odwiedza seniora jeszcze podczas pobytu w szpitalu, pomaga przy wypisie oraz informuje o stanie pacjenta lekarza POZ, pracownika socjalnego zatrudnionego przez szpital (w razie potrzeby) i gminny ośrodek pomocy społecznej.

B. Przygotowanie niezbędnej dokumentacji

Pielęgniarka szpitalna (na umowie z POZ) oraz pracownik socjalny zatrudniony przez szpital przygotowują i dostarczają do COD pełną dokumentację medyczną, w tym ocenę geriatryczną CGA, która jest sporządzana przy wypisie przez szpital.

C. Procedura przyjęcia w COD

Zespół POZ zapoznaje się z zaleceniami po hospitalizacji i wdraża ich przestrzeganie.

Pacjentowi zostaje przydzielony koordynator opieki z COD (z reguły będzie to pielęgniarka), który zbiera informacje o pacjencie (aspekt zdrowotny i socjalny) oraz koordynuje realizację planu opieki.

4.2 Dzielne domy opieki medycznej

DEFINICJA I PODSTAWY PRAWNE

 Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM) – **stanowi jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi** (w szczególności osobami starszymi), jest to **wyodrębniona strukturalnie część podmiotu leczniczego** (realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej), **w której zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych**.

 Koncepcja DDOM została opracowana w oparciu o dokument pn. „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”²¹⁹, jak również z uwzględnieniem zaleceń zawartych w Informacji NIK o wynikach przeprowadzanej w Ministerstwie Zdrowia kontroli P/14/062 pn. „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”.

 W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) zaplanowano realizację działań ukierunkowanych na wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi (w tym osobami starszymi) poprzez rozwój alternatywnych form. Ogłoszony został konkurs (Działanie 5.2) na pilotażowe przetestowanie standardów organizacji i funkcjonowania DDOM, do dalszego upowszechnienia w ramach projektów finansowanych ze środków RPO.

 Projektowane rozwiązanie stanowi realizację działań na rzecz osób starszych i niesamodzielnych, określonych w dokumencie pn.: „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”²²⁰, w rozdziale 2 „Zdrowie i samodzielność”, w szczególności w podrozdziale 2.1.1 Priorytet 1. „Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych” oraz w podrozdziale 2.1.3 Priorytet 3. „Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych”.

ADRESACI WSPARCIA ŚWIADCZONEGO PRZEZ DDOM

Do dziennego domu opieki medycznej mogą być przyjęci:

- **pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji**, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
- lub
- **pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego**²²¹.

²¹⁹Dokument opracowany przez Zespół do spraw gerontologii, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 87, z późn. zm.).

²²⁰Dokument przyjęty Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (M.P. z 2014 r., poz. 118).

²²¹ W ramach rekomendacji sformułowanych na podstawie badania ewaluacyjnego, uwzględniono potrzebę rezygnacji z wymagania hospitalizacji pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy na rzecz oceny ryzyka hospitalizowania w najbliższym czasie.

Ponadto, wsparcie w ramach DDOM jest adresowane do pacjentów, którzy **w ocenie skalą poziomą samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.**

Skala Barthel²²² – międzynarodowa skala stosowana do oceny sprawności ruchowej na podstawie wskazania odnośnie 10 czynności dnia codziennego, służy ocenie które z nich i w jakim zakresie osoba potrafi wykonać samodzielnie, z czyjąś pomocą, czy w ogóle. Na tej podstawie przyznawane są punkty, których suma kwalifikuje do uznania stanu jako „lekki” (100-86 pkt.), „średnio ciężki” (85-21 pkt.) oraz „bardzo ciężki” (20-0 pkt.). Uzyskanie 40 pkt lub mniej, oznacza, że osoba wymaga stałej opieki i na tej podstawie kwalifikuje się do opieki długoterminowej (w warunkach stacjonarnych, jak i domowych).

1. spożywanie posiłków
0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść;
5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety;
10 – samodzielny, niezależny;
2. przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/:
0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu;
5 – większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/, może siedzieć;
10 – mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/;
15 – samodzielny;
3. utrzymywanie higieny osobistej
0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych;
5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami);
4. korzystanie z toalety (WC)
0 – zależny;
5 – częściowo potrzebuje pomocy;
10 – niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej);
5. mycie, kąpiel całego ciała
0 – zależny;
5 – niezależny (lub pod prysznicem);
6. poruszanie się /po powierzchni płaskich/
0 – nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m;
5 – niezależny poruszający się na wózku; wliczając zakręty >50 m;
10 – spacer z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby na odległość >50 m;
15 – niezależny (ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski) na odległość >50 m;
7. wchodzenie i schodzenie po schodach
0 – nie jest w stanie;
5 – potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenie);
10 – samodzielny;
8. ubieranie się i rozbieranie
0 – zależny;
5 – potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonywać bez pomocy;
10 – niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.);
9. kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:
0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy);
5 – przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca;
10 – kontroluje oddawanie stolca;
10. kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego
0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny;
5 – przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu;
10 – kontroluje oddawanie moczu.

²²² <https://www.nfz-lodz.pl/attachments/article/5719/Skala%20Barthel.pdf> (data korzystania: 03.06.2020)

- osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- **pacjenci w wieku powyżej 65 r.ż. powinni stanowić co najmniej 75% łącznej liczby pacjentów** (w ramach ewaluacji sformułowana została rekomendacja, aby wciąż priorytetowo traktować potrzeby osoby starszych, jednak ograniczyć ich minimalny odsetek w DDOM do 50% i umożliwić w ten sposób objęcie wsparciem również młodszych niesamodzielnych osób).

Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM, ze wsparcia są wyłączone:

- osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
- osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

ZATRUDNIONA KADRA

Zgodnie ze standardem opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia, **wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny DDOM składa się z:**

- lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej (zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem oraz w razie potrzeby);
- lekarza specjalisty w dziedzinie geriatry (zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem oraz w razie potrzeby);
- pielęgniarki pełniące funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracującej z pozostałymi członkami zespołu (magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji²²³) – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 2 godziny dziennie;
- pielęgniarki - posiadającej doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi²²⁴;
- osoby prowadzącej fizjoterapię²⁹⁵ – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie;
- opiekuna medycznego²⁹⁵;
- terapeutę zajęciowego – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo;
- psychologa lub psychoterapeuty – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo.

²²³ Mowa o specjalizacji w dziedzinie: opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w ww. dziedzinach. Zaleca się, aby były to osoby, które ukończyły szkolenie w ramach projektu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”.

²²⁴ Zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”

Ponadto, do zespołu terapeutycznego można angażować następujących specjalistów:

- dietetyka, który z chwilą przyjęcia opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, będzie udzielał pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie zdrowego żywienia;
- logopedy lub afazjologa, który będzie udzielał świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;
- farmaceuty, którego zadaniem będzie sprawowanie opieki farmaceutycznej - czuwanie nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta;
- pracownika socjalnego – w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, rekomendowana jest również współpraca w tym zakresie z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny obowiązany jest do przeprowadzania cotygodniowych narad w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii (udział co najmniej 50% składu zespołu).

W ramach rekomendacji sformułowanych na podstawie wyników badania ewaluacyjnego, w odniesieniu do standardu w zakresie personelu DDOM, zaproponowane zostało wprowadzenie następujących zmian:

- dołączenie do zespołu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pełniącego dyżury w DDOM przez min. 5 godzin w tygodniu;
- prowadzenie konsultacji specjalistycznych przez lekarza geriatrę;
- rezygnacja z zatrudniania w zespole terapeutycznym farmaceuty;
- umożliwienie połączenia funkcji fizjoterapeuty z terapeutą zajęciowym, ustalenie wymiaru etatu fizjoterapeuty w przeliczeniu na liczbę pacjentów, jaką ma pod opieką DDOM,
- wprowadzenie konsultacji dietetycznych i logopedycznych jedynie w przypadku zdiagnozowania takiej potrzeby u konkretnego pacjenta;
- kontakt z pracownikiem socjalnym jedynie w uzasadnionych przypadkach.

FINANSOWANIE DDOM

W ramach projektów ukierunkowanych na rozwój sieci DDOM, stanowiących formę deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, kwalifikowalne są w szczególności następujące kategorie wydatków (katalog otwarty, przykładowe wydatki):

- wynagrodzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne (badania zlecone przez lekarza specjalistę wymagające każdorazowego udokumentowania wskazania do ich wykonania),
- zabezpieczenie leków doraźnych, pierwszej pomocy, wyrobów medycznych, które nie wynikają z planu leczenia i pielęgnacji pacjenta,
- wydatki poniesione na zakup materiałów gospodarczych oraz wyrobów medycznych i materiałów wykorzystywanych w terapii zajęciowej i usprawnianiu ruchowym,
- opłaty za utrzymanie pomieszczeń (czynsz, najem, opłaty administracyjne) oraz media i in.,
- doposażenie w niezbędny sprzęt.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

➡ **DDOM funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie,** w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania domu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.

➡ W dziennym domu opieki medycznej **może przebywać równocześnie nie mniej niż 10 i nie więcej niż 15 pacjentów** (jedna z rekomendacji dotyczy zwiększenia liczby pacjentów w DDOM do 25 osób, pozwalającego na zachowanie jakości wsparcia na tym samym poziomie).

➡ **Czas trwania pobytu w DDOM jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny, 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). Kolejna rekomendacja, określona na podstawie wyników badania ewaluacyjnego, odnosi się do skrócenia czasu przebywania pacjentów w DDOM z maksymalnych 120 dni do 30 dni roboczych (z możliwością przedłużenia pobytu na kolejne 30 dni na wniosek lekarza rehabilitacji). Jednocześnie, zostaje położony nacisk na kontynuację wsparcia po zakończeniu pobytu w DDOM, poprzez wprowadzenie obowiązku odbywania przez fizjoterapeutę wizyty domowej w domach pacjentów oraz rozmów telefonicznych z osobami, które zakończyły wsparcie w placówce.

➡ W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywają w placówce przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia (nie krócej jednak niż 4 godziny dziennie)²²⁵.

➡ **Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w placówce należą:**

- ➔ opieka pielęgniarstwa, 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).

➡ **Zakres usług świadczonych w DDOM:**

- ➔ świadczenia opieki zdrowotnej (najpóźniej w 3 dniu po przyjęciu do placówki);
- ➔ wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia;
- ➔ udział w dodatkowych zajęciach, pozwalających na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi;
- ➔ bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania (w sytuacji występowania takich potrzeb, wymagana zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu),
- ➔ niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie (do kwoty 3 tys. zł, zapewnione w ramach projektu współfinansowanego z EFS) - w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od

²²⁵ W ramach ewaluacji sformułowana została rekomendacja dot. uelastycznienia czasu godzin wsparcia (czas przebywania pacjenta w DDOM dostosowany do potrzeb jego i jego opiekunów).

wskazania medycznego, w każdym przypadku wymagane jest uzasadnienie zlecenia realizacji powyższych świadczeń przedstawione przez zespół terapeutyczny.



Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje całościowej oceny składającej się ze wskazanych poniżej obszarów diagnostycznych, na podstawie której przygotowany jest **indywidualny plan terapii** (w tym liczba i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii). **Całościowa ocena geriatryczna (COG)** pacjentów w wieku powyżej 65 lat będzie składała się z:

- **oceny czynnościowej** – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
- **oceny fizycznej**
 - stanu odżywienia (skala MNA) – badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowagi, chodu oraz ryzyka upadków (skala Tinetti) – badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenia występowania niewydolności serca (skala NYHA) – badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania – ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- **oceny stanu umysłowego**
 - oceny sprawności umysłowej (skala Folsteina MMSE) – badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenia stanu emocjonalnego (geriatryczna skala oceny depresji GDS) – badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
- **oceny socjalno-środowiskowej** (poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13).



Na koniec każdego miesiąca **zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań**. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.



Przed wypisaniem pacjenta, konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia. Następnie pracownik socjalny, wykonujący swoje zadania na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej, przeprowadza **ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu**²²⁶, **jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej** – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc

²²⁶ Na podstawie wyników badania ewaluacyjnego, rekomenduje się, aby kontakt z pracownikiem socjalnym nawiązywać tylko w uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel DDOM uzna, że jest to konieczne (w praktyce, pacjenci DDOM nie wyrażali zgody na przeprowadzanie takiej oceny, związanej z ich osobistą sytuacją).

instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, itp. Koszt wynagrodzenia pracownika socjalnego nie jest pokrywany ze środków projektu.



Standard w zakresie zaplecza DDOM

Pomieszczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych²²⁷.

W budynku lub w zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, muszą być zapewnione co najmniej następujące warunki:

- szatnia;
- toalety dla pacjentów – odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu;
- łazienka z umywalką, prysznicem i krzesłem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny;
- dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem;
- pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej;
- pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową;
- pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażone w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią);
- pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone w odpowiedni sprzęt²²⁸;
- pomieszczenie dla chorych, częściowo leżących, z co najmniej 2 łózkami na 10-15 uczestników programu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu;
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

Standard określa również, jaki niezbędny sprzęt musi być zapewniony w DDOM²²⁹.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA MIEJSCA W DDOM

Kierowanie do dziennego domu opieki medycznej odbywa się na podstawie skierowania²³⁰ oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności – skala Barthel²⁹³.

Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej wydaje:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
- w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu²³¹.

²²⁷ Wymagane jest spełnianie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

²²⁸ Co najmniej w sprzęt do: kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL); krioterapii miejscowej; masażu (stół do masażu); elektrolecznictwa; światłolecznictwa; leczenia polem elektromagnetycznym.

²²⁹ Aparat EKG; zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi; zestaw do reanimacji; glukometr; stetoskop; kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

²³⁰ Wzór został zamieszczony jako załącznik w opracowaniu MZ pt. DDOM organizacja i zadania.

4.3 Zakłady opieki długoterminowej (ZOL / ZPO)

RODZAJE ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

- Ustawodawca w odniesieniu do zakładów opiekuńczych wprowadził **podwójne nazewnictwo**: zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy. Warto jednak zauważyć, że **mimo rozróżnienia w nazwie, zakres realizowanych świadczeń w obu przypadkach jest taki sam**²³².
- Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane są:
- w warunkach domowych (realizowane w ramach: pielęgniarstwa domowego opieki długoterminowej lub zespołu długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie),
 - w warunkach stacjonarnych (realizowane w zakładach opiekuńczych ZOL/ZPO).
- Zakłady opiekuńcze rozróżnia się ze względu na profil działalności:
- o profilu ogólnym (w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby przewlekłej, których stan oceniony został w skali Barthel w przedziale 0-40 pkt);
 - o profilu dla psychicznie i nerwowo chorych (w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby psychicznej).
- Zakłady opiekuńcze rozróżnia się ze względu na grupę odbiorców świadczeń:
- dla osób dorosłych;
 - dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.

Ustawowe definicje wskazują na brak znaczących różnic w funkcjonowaniu obu rodzajów placówek. Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) / zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) to **placówka realizująca całodobowe, stacjonarne świadczenia zdrowotne (inne niż szpitalne) na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji**, obejmujące swoim zakresem:

- pielęgnację i rehabilitację pacjentów (ZOL) / pielęgnację, opiekę i rehabilitację (ZPO);
- zapewnienie pacjentom produktów leczniczych i wyrobów medycznych (ZOL) / zapewnienie pacjentom produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia (ZPO),
- zapewnienie pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia pacjentów (ZOL/ZPO),
- prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin (ZOL/ZPO),
- przygotowanie pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (ZOL/ZPO).

PODMIOTY PROWADZĄCE ZAKŁADY OPIEKUŃCZE

W aktualnym stanie prawnym podmiotem leczniczym może być przede wszystkim każdy przedsiębiorca²³³, działający w każdej formie przewidzianej dla działalności gospodarczej. Oznacza to, że podmiotem leczniczym, udzielającym świadczeń opieki długoterminowej jako ZOL/ZPO może być:

- osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą,

²³¹ Określono rekomendację dot. poszerzenia grona lekarzy wystawiających skierowanie do DDOM o wszystkich lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego

²³² <https://pulsmedycyny.pl/opieka-dlugoterminowa-nadal-niedoinwestowana-i-niedoceniana-964984> (data korzystania: 21.05.2020)

²³³ W rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.

- spółka (cywilna/jawna/komandytowa/komandytowo-akcyjna/z ograniczoną odpowiedzialnością),
- fundacja / stowarzyszenie,
- państwowa / samorządowa jednostka budżetowa,
- instytut badawczy,
- kościół / kościelna osoba prawna / związek wyznaniowy²³⁴.

Prowadzenie stacjonarnego podmiotu udzielającego świadczeń opieki długoterminowej nie wymaga już powoływania wyodrębnionego podmiotu.

Polski system opieki długoterminowej został oceniony jako niewydolny przez Radę Unii Europejskiej, która opiniowała przedstawiony przez polski rząd program reform na 2019 rok²³⁵. System ten na pewno wymaga korekty, zwłaszcza w obliczu starzenia się społeczeństwa. Na 38 milionów Polaków jeden procent stanowią osoby całkowicie niesamodzielne, nieopuszczające łóżka. Do tej liczby należy dodać kolejne dwa procent osób z częściowym deficytem niesamodzielności. **Odpowiedni dostęp do świadczeń opieki długoterminowej, stacjonarnej czy domowej, to minimalizacja hospitalizacji i przedłużonych pobyków na szpitalnych oddziałach.** Wojewódzkie oddziały NFZ mają dużą autonomię w tym zakresie, co widać choćby po różnej wysokości stawek za osobodzeń w odniesieniu do tych świadczeń. Zdaniem ekspertów, **stawka dla opieki długoterminowej stacjonarnej jest nadal niedoszacowana.** Najważniejszymi więc kwestiami, które mogłyby wpłynąć na zwiększenie wydolności systemu opieki długoterminowej są:

- urealnienie stawki za osobodzeń finansowanej z NFZ,
- opracowanie jednolitych kryteriów przyjęć do ZOL/ZPO, zwłaszcza tych o profilu dla psychicznie i nerwowo chorych (należałoby doprecyzować m.in. maksymalny czas pobytu, po upływie którego chory, w razie potrzeby, zostawałby umieszczony w DPS);
- rozszerzenie podstaw kwalifikacji do zakładu opiekuńczego (oparcie się wyłącznie o skalę Barthel powoduje, że w przedziale 0-40 pktów plasuje się szeroka grupa pacjentów, którym należałoby zapewnić opiekę, a w rzeczywistości większość osób uzyskujących powyżej 30 punktów wymaga jedynie wsparcia w codziennych czynnościach i w razie potrzeby powinna być umieszczana w DPS);
Opracowanie i wdrożenie kryteriów kwalifikacji do określonych rodzajów świadczeń oraz zbliżony stopień partycypacji finansowej ze strony klienta systemu (jego opiekunów), umożliwiłoby dostęp potrzebującym do adekwatnej formy świadczeń.
- wdrożenie odpowiednich narzędzi w zakresie przyjęć do placówki w trybie pilnym, czy stabilnym (obecnie większość lekarzy wypisujących skierowanie do ZOL/ZPO zaleca pilne przyjęcie pacjenta, co uniemożliwia dotarcie z pomocą w pierwszej kolejności do osób, które faktycznie potrzebują jej najpilniej).

ZATRUDNIONA KADRA

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia określone zostały **następujące wymagania dotyczące zatrudnionego personelu w ZOL/ZPO:**

- lekarze – 1 etat na 35 łózek, w tym uwzględnia się cząstkowe etaty lekarzy specjalistów określonych w rozporządzeniu;

²³⁴ J. Berezowski, B. Guzak, *Realizacja prawa do opieki długoterminowej*, PWSZ w Raciborzu, 2016, s. 98.

²³⁵ <https://pulsmedycyny.pl/opieka-dlugoterminowa-nadal-niedoinwestowana-i-niedoceniana-964984> (data korzystania: 22.06.2020)

Lekarze nie mają obowiązku przebywać na oddziale zakładu opiekuńczego całą dobę, dyżurują oni w dzień. Natomiast w nocy pełnią dyżury telefoniczne i w nagłych przypadkach są wzywani na oddział.

- pielęgniarki – z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów (w dziedzinach określonych w rozporządzeniu), łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy;
Pielęgniarki sprawują opiekę nad pacjentami w godzinach nocnych (w nagłych przypadkach wzywają dyżurującego lekarza).
- osoba prowadząca fizjoterapię (posiadająca uprawnienia określone w rozporządzeniu) – 2 etaty na 35 łóżek (dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV – 1 etat na 35 łóżek; dla pacjentów będących w stanie wegetatywnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” pkt – 1/4 etatu na 1 łóżko);
- psycholog, psycholog-specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej – 1/2 etatu na 35 łóżek;
- logopeda;
- terapeuta zajęciowy²³⁶ – 1/2 etatu na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia;
- instruktor/specjalista terapii uzależnień – 1/2 etatu na 35 pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia;
- dopuszcza się możliwość świadczeń opiekuna medycznego.

W trybie domowym świadczeń udziela zwykle pielęgniarka, natomiast w stacjonarnym — poza personelem pielęgniarskim — świadczenia realizują także fizjoterapeuci, lekarze, terapeuci zajęciowi, psychologowie i opiekunowie medyczni. Mimo że coraz więcej opiekunów medycznych znajduje zatrudnienie w placówkach opieki długoterminowej, nie zastąpią oni jednak pielęgniarek, wśród których coraz bardziej dotkliwe są braki kadrowe. Grupa reprezentująca zawody pomocnicze może odciążyć pielęgniarki w podstawowych czynnościach opiekuńczych i pielęgnacyjnych (np. w zakresie utrzymania higieny pacjenta, odżywiania, czy też przemieszczania w obrębie łóżka i poza nim). Wszystkie te działania nadzoruje jednak pielęgniarka. Obecnie większość zakładów bazuje na opiekunach medycznych, którzy realizują świadczenia dla pacjentów (w ramach swoich kompetencji) obejmujące podstawowe czynności dnia codziennego.

Najczęstsze problemy związane z zatrudnianiem kadry w zakładach opieki długoterminowej²³⁷:

- praca w systemie opieki długoterminowej nie jest atrakcyjna ze względów finansowych oraz obciążenia zarówno fizycznego, jak i psychicznego (stawki wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek niższe niż w lecznictwie szpitalnym);
- brak lekarzy zainteresowanych pracą w zakładach opiekuńczych ze względu na niskie uposażenia (skutkuje to zatrudnieniem jedynie w trybie konsultacyjnym lub w niepełnym wymiarze godzin);
- brakuje norm zatrudnienia pielęgniarek, a liczba personelu w zakładach jest bardzo zróżnicowana.

ODPŁATNOŚĆ ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

Miesięczna opłata za pobyt w ZOL/ZPO jest ustalana przez kierownika zakładu opiekuńczego, a jej wysokość podlega weryfikacji po każdorazowej zmianie dochodu pacjenta przebywającego

²³⁶ Nie udziela świadczeń w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV;

²³⁷ <https://pulsmedycyny.pl/opieka-dlugoterminowa-nadal-niedoinwestowana-i-niedoceniana-964984> (data korzystania: 15.06.2020)

w zakładzie²³⁸. Jest ona ustalana na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:

- decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
- decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.

Za pobyt w zakładzie opiekuńczym płaci jedynie pacjent (rodzina i gmina nie mają obowiązku partycypowania w tych kosztach). Z tego względu wybór tego rodzaju placówek jest dużo

bardziej atrakcyjny niż pobyt w domu pomocy społecznej. W praktyce dochodzi więc często do umieszczania osób wymagających całodobowej pomocy w ZOL/ZPO, a nie w DPS. Skala tego zjawiska jest trudna do oszacowania, może wynosić od 20% do nawet 80%²³⁹.

ZOL w Aleksandrowie Kujawskim: *w chwili obecnej ponad 32% pacjentów kwalifikuje się do pobytu w DPS. Są to osoby samotne oraz takie, którymi nie chce się zająć rodzina. Zarówno rodziny, jak i pomoc społeczna, nie są chętne do ponoszenia kosztów utrzymania chorego*²⁴⁰.

Jeśli w ocenie pacjenta skalą Barthel, która dokonywana jest przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca, punktacja jest wyższa niż 40 punktów, NFZ finansuje pobyt do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego.

Zakłady opiekuńcze mogą udzielać świadczeń na zasadach komercyjnych²⁴¹, ustalając stawki opłat na dowolnym poziomie. Koszty pobytu w ZPO/ZOL zależą między innymi od standardu placówki, jej renomy i lokalizacji (m.in. różnią się w zależności od województwa). Wówczas zawierana jest z pacjentem (lub jego opiekunem prawnym) umowa cywilno-prawna, w której zawarty jest zakres świadczonych usług medycznych, warunki i koszty pobytu. Tego rodzaju działalność podejmują placówki zlokalizowane zazwyczaj w nowoczesnych obiektach, w pełni przystosowanych dla osób niepełnosprawnych. Zapewniają one całodobową opiekę pielęgniarską, opiekę lekarza rodzinnego, lekarzy specjalistów, badania laboratoryjne oraz opiekę lekarza zakładowego, prowadzą także rehabilitację ruchową. Korzystanie z pobytu płatnego, nie wyklucza możliwości starania się w tym samym czasie o wydanie skierowania do ZPO/ZOL od lekarza w ramach NFZ.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

Zadaniem zakładów opieki długoterminowej jest objęcie całodobową opieką osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają zakończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji. Osoby te jednak ze względu na stan zdrowia i niesamodzielność w zakresie podstawowych

²³⁸ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, § 8.

²³⁹ Informacja o wynikach kontroli NIK *OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBAMI W WIEKU PODESZŁYM*, W-wa 2015, s. 41.

²⁴⁰ Tamże, s. 42.

²⁴¹ <https://poradnik.medinfo.pl/osoby-przewlekłe-chore-w-placowce-opiekunczej/> (data korzystania: 27.05.2020)

czynności dnia codziennego wymagają stałej, profesjonalnej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego²⁴².

➡ **Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, realizowanej w zakładach opiekuńczych (ZOL/ZPO) obejmują:**

- ➔ świadczenia udzielane przez lekarza²⁴³ i pielęgniarkę;
- ➔ rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego²⁴⁴;
- ➔ konsultacje z psychologiem;
- ➔ terapię zajęciową;
- ➔ leczenie farmakologiczne i dietetyczne;
- ➔ zaopatrzenie w wyroby medyczne²⁴⁵;
- ➔ edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
- ➔ nieodpłatne badania diagnostyczne oraz leki (wykonane wyłącznie na zlecenie lekarza, w zakresie koniecznym do wykonania gwarantowanych świadczeń).

➡ Warunki lokalowe zakładu opiekuńczego określone w rozporządzeniu dotyczą wydzielania w zakładzie pomieszczeń na: gabinet rehabilitacyjny, gabinet do prowadzenia psychoterapii, gabinet terapii zajęciowej, salę dziennego pobytu.

W ZOL/ZPO pacjent może przebywać czasowo, tj. do momentu poprawy stanu zdrowia na tyle, że może on funkcjonować w domu samodzielnie, bądź z niewielką pomocą osób bliskich.

➡ **Decyzję o przedłużeniu pobytu chorego na kolejny okres podejmuje kierownik w porozumieniu** z lekarzem zakładu opiekuńczego. W każdej chwili rodzina lub pacjent ma oczywiście możliwość wypisać się na własne życzenie.

➡ **Ważne jest, aby podkreślić różnicę w zakresie działalności ZOL/ZPO a DPS. Zakład opiekuńczy jest przeznaczony dla osób wymagających nadzoru specjalistycznego, mających określone problemy zdrowotne oraz istotne niedobory w samoopiece.** Mimo, iż pacjenci ZOL/ZPO przebywają w placówkach miesiącami, nie są umieszczani bezterminowo. W przypadku poprawy zdrowia (ocena punktowa w skali opartej na skali Barthel powyżej 40) zakład ma obowiązek wypisać pacjenta do domu²⁴⁶.

➡ **Przewiduje się możliwość okresowego przebywania pacjenta poza zakładem bez potrzeby wypisywania go z placówki, tzw. okres korzystania z przepustki²⁴⁷.** Przepustka udzielana jest na podstawie pisemnej prośby pacjenta lub jego opiekuna oraz za zgodą lekarza i kierownika ZOL.

²⁴² <https://pulsmedycyny.pl/opieka-dlugoterminowa-nadal-niedoinwestowana-i-niedoceniana-964984> (data korzystania: 18.06.2020)

²⁴³ Badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu wraz z dokonaniem aktualnej oceny ich stanu oraz porady na wezwanie w razie potrzeby.

²⁴⁴ Zakład opiekuńczy ma obowiązek posiadać sprzęt rehabilitacyjny, zaplecze do ćwiczeń oraz odpowiednią ilość rehabilitantów, jednak sama rehabilitacja prowadzona jest w stopniu podstawowym, w mniejszym stopniu niż w placówkach o profilu rehabilitacyjnym

²⁴⁵ Określone w załączniku do rozporządzenia (m.in. laski, kule, podpórki, balkoniki, przedmioty pionizujące, wózki inwalidzkie, pieluchomajtki i ich zamienniki, materace przeciwoślizgowe).

²⁴⁶ <https://poradnik.medinfo.pl/osoby-przewleklo-chore-w-placowce-opiekunczej/> (data korzystania: 28.05.2020)

²⁴⁷ NFZ finansuje czas przebywania pacjenta na przepustce do 10% czasu pobytu w zakładzie opiekuńczym w danym roku kalendarzowym, tj. 3 dni w ciągu miesiąca

➡ W przypadku, gdy w trakcie pobytu w zakładzie, pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie chorego do placówki (odbywa się to na zasadzie uzgodnienia dostępnego terminu, a przy pobytach w szpitalu trwających nie dłużej niż 15 kolejnych dni, następuje to automatycznie, gdyż zakład ma obowiązek utrzymywać przez ten okres rezerwację miejsca).

➡ **CZAS OCZEKIWANIA** – według raportu NIK o funkcjonowaniu zakładów opiekuńczych, czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie do placówki jest bardzo zróżnicowany (od 6 do nawet 24 m-cy), uzależniony od usytuowania na terenie województwa, rodzaju zakładu oraz polityki organów kierujących (w odniesieniu do określania czasu pobytu pacjenta w ZOL). W pierwszej kolejności przyjmowani są więc chorzy oczekujący najdłużej, a nie pacjenci po bezpośrednio zakończonej hospitalizacji. Wiele zależy również od efektywnej i skoordynowanej współpracy z pracownikami socjalnymi (aby w sytuacji polepszenia stanu pacjenta i potrzeby dalszej opieki instytucjonalnej, sprawnie przenosić go do DPS-u).

➡ **PIELĘGNIARSKA DOMOWA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA** – wydłużony czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczym to poważny problem, dlatego tak ważne jest, by pacjentów, którzy nie uzyskali miejsc w zakładzie, obejmować opieką domową. Do czasu umieszczenia w placówce, dzięki pielęgniarstwu domowemu możliwa będzie ocena stanu wydolności pacjenta i podjęcie działań zapobiegających rozwojowi części powikłań. Najlepszym i najbardziej oczekiwanym rozwiązaniem jest, by pacjent z deficytem z zakresu samoopieki trafił do stacjonarnej opieki długoterminowej bezpośrednio po hospitalizacji, a jeśli jest to niemożliwe, by uzyskał specjalistyczną opiekę w trybie domowym. Świadczenia gwarantowane, w zakresie objęcia pielęgniarstwem domową opieką długoterminową, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy (według skali Barthel). **Liczba wizyt pielęgniarki świadczącej usługi w domu pacjenta powinna wynosić nie mniej niż 4 wizyty tygodniowo**²⁴⁸. Stan zabezpieczenia potrzeb w zakresie domowej opieki długoterminowej jest na lepszym poziomie niż opieka stacjonarna, jednak znaczna grupa pacjentów utrzymuje ten rodzaj wsparcia ze znacznym opóźnieniem ze względu na kolejki oczekujących. Czas oczekiwania w zależności od województwa wynosi od miesiąca do dwóch.

➡ **STANDARYZACJA** – „Bezspornym pozostaje fakt, że wprowadzenie standaryzacji świadczeń w opiece długoterminowej jest niezbędne, a wówczas odpowiednio sformułowane kryteria oceny jakości opieki, w oparciu o opracowane standardy, pozwolą na wdrożenie właściwego systemu kontroli umożliwiającego doskonalenie jakości świadczonych usług w poszczególnych placówkach. Jednak do czasu powstania kryteriów, opartych na obowiązującej wszystkich świadczeniodawców, podstawie pojęciowej i ustalonych przez Ministra Zdrowia standardach opieki, nie będzie możliwa miarodajna i obiektywna ocena sytuacji w obszarze opieki długoterminowej”²⁴⁹.

²⁴⁸ Model 3..., op. cit., s. 45.

²⁴⁹ J. Berezowski, B. Guzak, Realizacja prawa do opieki długoterminowej, PWSZ w Raciborzu, 2016, s. 143.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZYNAWANIA MIEJSCA W ZOL/ZPO

A.

Pacjent występuje do lekarza udzielającego świadczenia w ramach NFZ o wydanie stosownego skierowania do zakładu opiekuńczego

W przypadku leczenia na oddziale szpitalnym, w sytuacji potrzeby specjalistycznej opieki w zakładzie opiekuńczym po jego zakończeniu, lekarz powinien poinformować o tym fakcie pacjenta lub jego rodzinę oraz wystawić odpowiednie skierowanie. Nie ma jednak konkretnych regulacji prawnych w tym zakresie, wskazujących na taki obowiązek. Istotne, aby rodzina dysponowała wiedzą o możliwości wystąpienia o skierowanie jeszcze w czasie leczenia szpitalnego osoby bliskiej, co jest szczególnie ważne, zważywszy na długi okres oczekiwania na miejsce w zakładach opiekuńczych.

B.

Doręczenie przez pacjenta (osobiście lub pocztą) skierowania do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego

Należy zdecydować się na jedną konkretną placówkę, w której ubiega się o miejsce. Chory jest zobowiązany dostarczyć zakładowi opiekuńczemu oryginał skierowania, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy.

C.

Skompletowanie dokumentacji potrzebnej do ubiegania się o przyjęcie do ZOL/ZPO

Aby otrzymać miejsce w zakładzie opieki długoterminowej należy złożyć następującą dokumentację:

- skierowanie do ZOL/ZPO – wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na umieszczenie w zakładzie i na odpłatność za pobyt, podpisane przez pacjenta lub opiekuna prawnego
W przypadku chorych niemogących wyrazić świadomie zgody na umieszczenie w zakładzie opiekuńczym konieczne jest uzyskanie postanowienia sądu o umieszczeniu w placówce bez zgody pacjenta (w odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych należy załączyć decyzję sądu o ubezwłasnowolnieniu i o ustanowieniu opiekuna prawnego). Sytuacja ta jest powszechna w przypadku zakładów opiekuńczych o profilu dla psychicznie i nerwowo chorych, gdy np. chory z postępującym procesem otępienia nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody na przyjęcie do placówki;
- wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie (wypełnia lekarz POZ lub lekarz danego zakładu opieki zdrowotnej);
- dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (np. kserokopia aktualnej decyzji ZUS/KRUS, decyzja o zasiłku stałym, zaświadczenie o dochodach z zakładu pracy);
- kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej, w tym historia choroby i karty leczenia szpitalnego;
- aktualne wyniki badań krwi, moczu, EKG (jeśli takowe pacjent posiada);
- kserokopia dowodu osobistego, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (jeśli pacjent takowe posiada);
- karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego/przebywającego w zakładzie opiekuńczym (ocena pacjenta wg skali Barthel).

D.

Złożenie kompletu dokumentów wybranej placówce

Po skompletowaniu niezbędnych dokumentów, najlepiej osobiście zgłosić się do kierownika zakładu opiekuńczego, który udzieli informacji o kolejności i przewidywanym terminie przyjęcia do placówki. Zawiadomienie o decyzji dotyczącej przyjęcia do zakładu opiekuńczego otrzymuje się zazwyczaj telefonicznie.

E.

Ocena stopnia niesamodzielności

Przed przyjęciem pacjenta do zakładu opiekuńczego lekarz i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego dokonują oceny w zakresie stopnia niesamodzielności (w oparciu o skalę Barthel), natomiast w dniu przyjęcia osoby chorej do zakładu, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego za pomocą karty oceny.

4.4 Hospicja stacjonarne

DEFINICJA I PODSTAWY PRAWNE

➡ Światowa Organizacja Zdrowia, definiując opiekę paliatywną, zwróciła uwagę na działalność w zakresie **poprawy jakości życia osób z zaawansowaną chorobą oraz ich rodzin poprzez zapobieganie i zmniejszanie cierpienia, z uwzględnieniem wczesnego wykrywania, oceny i leczenia bólu**²⁵⁰.

➡ Świadczenia opieki hospicyjno-paliatywnej gwarantowane jest **osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik do rozporządzenia**²⁵¹.

➡ Rzecznik Praw Obywatelskich, oceniając jako priorytetowe zabezpieczenie praw seniorów do objęcia opieką paliatywną, podkreślił niepokojący fakt, iż w dokumencie opracowanym przez MRPiS *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność*²⁵², brakuje zapisów gwarantujących podejmowanie działań w tym obszarze.

RODZAJE PLACÓWEK OPIEKI HOSPICYJNO-PALIATYWNEJ

Świadczenia gwarantowane w ramach opieki hospicyjno-paliatywnej, zgodnie z zapisami rozporządzenia, są realizowane w warunkach:

➡ **stacjonarnych** (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny/opieki paliatywnej działające w szpitalach ogólnych);

Hospicjum stacjonarne – przeznaczone głównie dla pacjentów, którzy wymagają (ze względu na ciężki przebieg nowotworu) stałej specjalistycznej opieki medycznej (dotyczy to głównie pacjentów z tzw. nowotworami płynnymi, jak białaczka). Ten rodzaj opieki może być stosowany również wobec osób samotnych, nieposiadających bliskich.

➡ **domowych** (hospicjum domowe dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia);
Hospicjum domowe - opieka hospicyjna prowadzona jest w domu chorego, zwykle w sytuacji, gdy jest on już wypisany ze szpitala, po ostatnich zabiegach zwalczających chorobę, jakie można było przeprowadzić z medycznego punktu widzenia. Hospicja mogą zajmować się również wypożyczaniem specjalistycznego sprzętu, szkoleniem rodziny w pielęgnacji i postępowaniu z chorym.

➡ **ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).**

²⁵⁰ L.Pawłowski, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Wolontariat...*, op. cit., s. 126.

²⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

²⁵² Program przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r.

ZATRUDNIONA KADRA

Zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu³¹⁷, określone zostały następujące wymagania w zakresie minimalnego wymiaru zatrudnienia:

- lekarza specjalisty (w trakcie specjalizacji lub legitymującego się ukończeniem stosownego kursu) w dziedzinie medycyny paliatywnej – 1 etat na 10 łóżek (w warunkach stacjonarnych) lub 1 etat na 30 podopiecznych (w warunkach domowych);
- pielęgniarki (która ukończyła specjalizację lub jest w jej trakcie, ukończyła kurs kwalifikacyjny/specjalistyczny w zakresie opieki paliatywnej lub jest w jego trakcie) – co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy, 1 etat na 15 podopiecznych (w warunkach domowych);
- psychologa, psychologa-specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychoonkologii (osoba z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii) – 1/2 etatu na 20 łóżek (w warunkach stacjonarnych) oraz 1/2 etatu na 30 podopiecznych (w warunkach domowych);
- osoby prowadzącej fizjoterapię (o uprawnieniach określonych w rozporządzeniu) – 1/4 etatu na 10 łóżek (w warunkach stacjonarnych) lub 1/4 etatu na 15 podopiecznych (w warunkach domowych).

Krajowy konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej wskazuje potrzebę wprowadzenia wymogu, aby kierownikiem medycznym każdej jednostki opieki paliatywnej musiał być lekarz specjalista medycyny paliatywnej. Obecnie, taką placówką może kierować lekarz po ukończeniu 40-godzinnego kursu lub w trakcie specjalizacji²⁵³.

Realizacja celów opieki hospicyjno-paliatywnej wymaga zaangażowania wielu specjalistów, do których należą m.in.: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, duchowni, fizjoterapeuci, farmaceuci, pracownicy socjalni, dietetycy, terapeuci zajęciowi. Są oni z reguły zatrudniani w domowych i stacjonarnych hospicjach oraz w innych placówkach opieki paliatywnej na podstawie umów o pracę i umów cywilnoprawnych, ale mogą także realizować czynności zawodowe na podstawie porozumień o wykonywaniu świadczeń na zasadach wolontariatu. Obok przedstawicieli wymienionych zawodów **w opiece paliatywnej uczestniczą również wolontariusze**, którzy wykonują czynności niewymagające posiadania specjalistycznego wykształcenia lub uzyskania szczególnych kwalifikacji²⁵⁴.

ZAKRES ŚWIADCZONYCH USŁUG

Świadczenia gwarantowane w ramach opieki hospicyjno-paliatywnej realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki (z dostępem całodobowym przez 7 dni w tygodniu);
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- leczenie innych objawów somatycznych;

²⁵³ <https://www.termedia.pl/mz/Prof-Leppert-o-zmianach-w-medycynie-paliatywnej,36396.html> (data korzystania: 19.06.2020)

²⁵⁴ L. Pawłowski, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Wolontariat w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce — aspekty prawne* [w:] *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, tom 4 nr 3, s. 126.

- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom;
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni²⁵⁵.

 Pobyt w hospicjum, przypomina korzystanie z leczenia szpitalnego, ale odróżnia tę placówkę **dbałość o zapewnienie domowego klimatu poprzez zapewnienie większej swobody, możliwości przebywania członków rodziny, czy obecności osobistych przedmiotów** (zdjęć, kwiatów).

 **W warunkach domowych gwarantowane świadczenia opieki hospicyjno-paliatywnej obejmują:**

- dostęp (całodobowy przez 7 dni w tygodniu) do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę;
- porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
- wizyty pielęgniarskie, w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
- pozostały personel – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza.

 Rozporządzenie³¹⁷ zawiera również wykaz sprzętu medycznego i pomocniczego, jakim musi dysponować realizator świadczeń opieki hospicyjno-paliatywnej w trybie stacjonarnym oraz w trybie domowym.

 Krajowy konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej podkreśla, iż wśród podstawowych kwestii związanych z poprawą organizacji opieki hospicyjno-paliatywnej w Polsce wiąże się **potrzeba wprowadzenia standardów**. Oparcie się jedynie na wymogach NFZ lub rozporządzenia, nie jest wystarczające, aby faktycznie zapewnić by opieka paliatywna była taka, jaka być powinna. **Standardy uchroniłyby przede wszystkim przed podstawowym problemem, z jakim obecnie się borykamy, dotyczącym zróżnicowania jakości świadczonej w tym zakresie opieki**²⁵⁶.

ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA ORAZ ZASADY PRYZNAWANIA OPIEKI PALIATYWNEJ

O objęcie opieką hospicyjną może wystąpić zarówno sam pacjent, jak i jego bliscy, a także pracownicy opieki zdrowotnej lub, w uzasadnionych przypadkach, inne osoby (np. sąsiedzi osoby samotnej czy pracownicy pomocy społecznej)²⁵⁷.

²⁵⁵ Tzw. pobyt wyręczeniowy, w tym czasie bliscy opiekujący się chorym, mogą odpocząć, wyspać się, zregenerować i odzyskać siły do dalszej opieki; w praktyce wygląda to zwykle tak, że bliscy czuwają przy chorym w ciągu dnia, a na noc wracają do domu [w:] <https://www.poradnikzdrowie.pl/starzenie/hospicjum-stacjonarne-na-czym-polega-i-ile-kosztuje-aa-BEKg-n5Fm-zE1p.html> (data korzystania: 21.06.2020)

²⁵⁶ <https://www.termedia.pl/mz/Prof-Leppert-o-zmianach-w-medycynie-paliatywnej,36396.html> (data korzystania: 12.06.2020)

²⁵⁷ Tamże.

Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są:

- wskazanie medyczne, w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia³¹⁷, nierokującej nadziei na wyleczenie;
- przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza pierwszego kontaktu, z placówki opiekuńczej lub szpitala);
- załączenie dokumentu potwierdzającego, że zakończono leczenie przyczynowe choroby podstawowej;
- przedłożenie oświadczenia o wyrażeniu zgody na przebywanie pod opieką hospicjum (podpisuje je chory lub jego opiekun prawny);
- decyzję o tym, czy dana osoba zostanie do hospicjum przyjęta, podejmuje lekarz hospicyjny.

SPIS TABEL / WYKRESÓW / MAP

Tabela 1 Liczba osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim	5
Wykres 1 Ludność w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010-2018.....	5
Mapa 1 Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (w ludności ogółem) w powiatach i w miastach na prawach powiatu w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 roku	6
Wykres 2 Prognoza ludności w województwie kujawsko-pomorskim wg grup wieku	8
Tabela 2 Różnice pomiędzy usługą opiekuńczą świadczoną przez opiekuna/kę środowiskową a usługą w formule sąsiedzkiej	35
Tabela 3 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania DDP (w zakresie kadry)	50
Tabela 4 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania DDP	53
Tabela 5 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania klubów seniora (w zakresie kadry) ..	62
Tabela 6 Wymagania dotyczące organizowania i funkcjonowania mieszkań chronionych	72