

Przewodnik

Rekomendacje
i instrukcje
do wdrożenia
**Nowego Modelu
Wsparcia**
w dziennych
domach pomocy

Wrocław 2020



Autorzy:

dr n. med. Elżbieta Trypka
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

dr n. med. Dorota Szcześniak
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

dr n. med. Katarzyna Lion
Menzies Health Institute Queensland, Griffith University,
Nathan, Brisbane, Australia

dr n. k. f. Justyna Mazurek
Katedra i Zakład Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ISBN 978-83-7055-618-1

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Wrocław 2020



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Dokument powstał we współpracy z Miejskim Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu w ramach projektu "Domowa przystań" realizowanego w obszarze Common Framework (nr konkursu: POWER.04.03.00-IP.07-00-004/16) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

BENEFICJENT:



JEDNOSTKA
REALIZUJĄCA:



Miejskie Centrum
Usług Socjalnych
we Wrocławiu

PARTNER
KRAJOWY:



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

PARTNER
PONADNARODOWY:



ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda pubblica di servizi alla persona

Spis Treści

Wstęp 7

Dzienne domy pomocy w Polsce 8
Regulacje prawne dla dziennych domów pomocy w Polsce 8
Dzienne domy pomocy – aktualna sytuacja 13
Oferta dziennych domów pomocy 15
Personel 17
Użytkownicy dziennego domu pomocy społecznej 19
Potrzeba zmian w obecnym systemie wsparcia w ramach dziennych domów pomocy 21

Nowy Model Wsparcia 23
Model włoski i jego uwarunkowania 23
System jednych drzwi 26
Oferta dla klientów 30
Oferta dla opiekunów nieformalnych 33
Rekomendacje 34

Wdrażanie Nowego Modelu Wsparcia 35
Działania przygotowawcze 36
Ocena zasobów 38
Proces wdrażania Nowego Modelu Wsparcia 38

Funkcjonowanie Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy 47
Program DDP funkcjonujących w NMW 48

Indywidualny Plan Wsparcia 55
Główne wyniki i wnioski z testowania NMW w DDP – model wrocławski 57

Rola szkoleń i edukacji w systemie opieki dziennej 61
Szkolenia dla personelu DDP i współpracujących Ośrodków Pomocy Społecznej 61
Szkolenia dla rodzin klientów DDP 62
Podsumowanie 63

Literatura 65
ZAŁĄCZNIK 1 Dienne domy typu „Senior-Wigor” i „Senior +” 67
ZAŁĄCZNIK 2 Ankieta potrzeb klientów 71
ZAŁĄCZNIK 3 Przykładowe wyposażenie DDP 83
ZAŁĄCZNIK 4 Indywidualny Plan Wsparcia Klienta 87
ZAŁĄCZNIK 5 Szkolenia dla personelu oraz superwizje 99
ZAŁĄCZNIK 6 Szkolenia dla rodzin oraz klientów, grupy wsparcia 101

Nowy Model Wsparcia powstał w odpowiedzi na zwiększające się zapotrzebowanie na dostosowanie oferty dziennych domów pomocy do potrzeb i życzeń ich klientów oraz personelu w ramach projektu *DOMOWA PRZYSTAŃ*. Projekt realizowany był dzięki współpracy Gminy Wrocław, Lidera projektu, Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu, Realizatora, oraz Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Partnera krajowego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Innowacje społeczne. Partnerem ponadnarodowym w projekcie był zespół ekspertów Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Citta di Bologna (ASP) z Włoch.

Zespół projektowy ocenił stan dziennych domów pomocy w Polsce oraz przeprowadził diagnozę potrzeb ich klientów i pracowników. Przeanalizowano także model włoski, dodatkowo wykorzystując doświadczenie zdobyte podczas wizyty studyjnej we Włoszech.

Na podstawie przeprowadzonych analiz i badań opracowano Nowy Model Wsparcia, oparty na modelu włoskim. Wypracowane rozwiązanie wdrożono w modelowym Dziennym Domu Pomocy we Wrocławiu. Po pozytywnej fazie testowania, przygotowano instrukcje dotyczące implementacji modelu w innych dziennych domach pomocy.

Wypracowany Nowy Model Wsparcia, oparty o analizę potrzeb oraz boloński model opieki socjalnej, obejmuje zarówno personel - oferując doradztwo, szkolenia oraz superwizję, jak i klientów poprzez modyfikację usług opiekuńczych, pomoc społeczną i działania profilaktyczne. To sprawia, że Nowy Model Wsparcia zaimplementowany w dziennych domach pomocy może stać się wyjątkową i nowatorską propozycją na rynku rozwiązań dostępnych w ramach polityki społecznej w Polsce.

Oddajemy w Państwa ręce gotowy do implementacji, w ramach funkcjonujących już dziennych domów pomocy, Przewodnik: Rekomendacje i instrukcje do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy. Liczymy na powstanie sieci DDP w Polsce pracujących w oparciu o Nowy Model Wsparcia, który wspólnie będziemy mogli rozwijać i doskonalić.

Dzienne domy pomocy w Polsce

Regulacje prawne dla dziennych domów pomocy w Polsce

Dzienne domy pomocy (DDP) stanowią jedną z form wsparcia systemu pomocy społecznej. Tworzenie i prowadzenie DDP należy do **nieobowiązkowych zadań gmin** w Polsce.

Definicje:

Dzienne domy pomocy społecznej - jednostki samorządu terytorialnego i/lub inne organizacje działające na zlecenie samorządu prowadzą dzienne domy pomocy na podstawie ustawy o pomocy społecznej.

Ustawa ta określa:

1. zadania w zakresie pomocy społecznej;
2. rodzaje świadczeń z pomocy społecznej, zasady i tryb ich udzielania;
3. organizację pomocy społecznej oraz zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej.

Sposób prowadzenia DDP w Polsce można przedstawić w ramach 4 głównych grup:

- a. DDP funkcjonujące w strukturach jednostek samorządu terytorialnego, czyli jako odrębne jednostki organizacyjne gminy;
- b. DDP funkcjonujące w strukturach ośrodków pomocy społecznej, czyli jako ich komórki organizacyjne;
- c. DDP funkcjonujące w strukturach innych jednostek pomocy społecznej w danej gminie (np. Miejskie Centrum Usług Socjalnych);
- d. DDP prowadzone na zlecenie gminy przez organizacje pozarządowe (non-government organization, NGO).

W dniu 24 października 2016 roku ukazały się wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania

ubóstwa opracowane przez Ministra Rozwoju i Finansów, gdzie pojawia się informacja dotycząca wymogów infrastruktury budynku DDP, czy określonej liczby opiekunów przypadających na daną ilość osób, **jednak** – jak dotąd – **nie jest to dokument powszechnie obowiązujący**.

W oparciu o przepisy prawne ogólnikowe informacje można znaleźć w formie zapisów **Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej**, jak również w **akcie wykonawczym w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku** w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Dokumenty te traktują o możliwości przyznania usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych lub posiłku świadczonych w DDP osobom, które (ze względu na wiek, stan zdrowia, sytuację życiową, warunki rodzinne, warunki mieszkaniowe i materialne) wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych w sposób pozwalający na samodzielne funkcjonowanie oraz uczestniczenie w życiu społecznym.

Świadczenia udzielane są na wniosek osoby zainteresowanej skorzystaniem ze wsparcia DDP. Podstawą przyjęcia do DDP jest decyzja administracyjna wydana przez organ wykonawczy gminy (prezydent, burmistrz, wójt) lub osobę przez niego upoważnioną (najczęściej pracownik lub dyrektor OPS) w oparciu o rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego.

Źródłem finansowania DDP są środki własne gmin, częściowo refundowane z opłat wnoszonych przez klientów zgodnie z przepisami miejscowymi w danej gminie. **Pobyt w DDP jest odpłatny**. Szczegółowe zasady ponoszenia odpłatności za pobyt i korzystanie z posiłków, jak również tryb ich pobierania, określa uchwała podejmowana przez daną radę gminy. Opłata za pobyt i wyżywienie w DDP wnoszona jest zgodnie z uchwałą rady gminy.

W uzasadnionych przypadkach osoby nie ponoszą opłat, jeżeli wysokość ich dochodu (lub dochód na osobę w rodzinie) nie przekracza kwoty kryterium dochodowego. Ustaleniem Rady Ministrów z dn. 11 lipca 2018 r. od 1 października 2018 r. kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 701 zł, a dla osoby w rodzinie – 528 zł.

Wskazówka!

Szczegółowe zasady dotyczące funkcjonowania DDP wciąż pozostają nieuregulowane. Każdy DDP funkcjonuje w oparciu o uchwały poszczególnych rad gmin, które stanowią tzw. prawo miejscowe i określają np. szczególne warunki przyznawania i odpłatność za usługi świadczone w danym DDP, zasady częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat, czy tryb ich pobierania.

Przepisy prawne nie określają standardów i zasad działania DDP, w tym np. wymaganej infrastruktury, kwalifikacji personelu, norm dotyczących zatrudnienia, liczby podopiecznych przypadających przeciętnie na jednego pracownika domu, planu dnia itp. (tego typu informacje w różnym zakresie określone są w statucie i regulaminie danego domu).

Dzienne domy pomocy społecznej nie posiadają sformalizowanego sposobu oceny ich funkcjonowania. Obecnie istnieje opisowy (nieparametryczny), oparty na wiedzy pracowników, sposób oceny realizacji konkretnych zadań ujętych w strategiach, co powoduje, że ma on charakter wyłącznie deklaracyjny. Brakuje zatem odpowiednich mierników, harmonogramu, częstotliwości oceny oraz możliwości obiektywnej weryfikacji wdrażanych działań.

Z raportu przeprowadzonego przez Najwyższą Izbę Kontroli opublikowanego w dniu 8 maja 2017 wynika, że wśród 20 jednostek objętych kontrolą nieprawidłowości w zakresie infrastruktury i warunków sanitarnych stwierdzono w 12 placówkach. Dotyczyły one głównie niedostosowania pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych (np. brak windy, trasy dojazdu, progi utrudniające przejazd wózkiem).

Obecnie obowiązujące standardy świadczonych usług nie określają, jaki personel powinien być zatrudniony w dziennym domu pomocy społecznej, a jedynie wskazują proporcję pomiędzy liczbą personelu terapeutyczno-opiekuńczego, a liczbą użytkowników, podkreślając prymat czynności opiekuńczych w odniesieniu do czynności administracyjno-technicznych.

Daje to możliwość dostosowania ilości i rodzaju personelu do aktualnych potrzeb użytkowników i pozwala uwzględnić możliwości finansowe danej gminy, ale utrudnia prowadzenie kontroli dziennych domów pomocy zarówno pod kątem jakości świadczonych usług, jak i ilości zatrudnionego personelu.

Dzienne domy pomocy, jako zdefiniowane ustawowo ośrodki wsparcia, mają za zadanie zapewnienie usług opiekuńczych definiowanych jako „**pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem**”. Ich zakres, miejsce oraz czas świadczenia jest ustalany przez ośrodek pomocy społecznej. **Ustawodawca określa również specjalistyczne usługi opiekuńcze, które są dostosowane do szczególnych potrzeb związanych ze schorzeniem lub niepełnosprawnością i są świadczone przez wykwalifikowanych specjalistów.** Ustawa o Pomocy Społecznej z 2004 roku nie definiuje jednak szczegółowo zakresu usług świadczonych w ramach dziennych domów pomocy.

Art. 50. 3. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

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

5. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

Art. 51.1. Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub positek, świadczone w ośrodku wsparcia.

2. Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu.

3. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu.

4. Ośrodkiem wsparcia, o którym mowa w ust. 1–3, może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla bezdomnych oraz klub samopomocy.

Od 2016 w Polsce funkcjonuje ustawa o osobach starszych z dnia 11 września 2015. **Zgodnie z uzasadnieniem tej ustawy Polska jest jednym z nielicznych krajów w Unii Europejskiej, który nie posiada systemu monitorowania sytuacji życiowej (w aspekcie zdrowotnym, ekonomicznym i społecznym) seniorów.**

PODSUMOWANIE

DDP prowadzą działalność na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej i w oparciu o uregulowania miejscowego prawa. Przepisy nie określają standardów i zasad działania, w tym obowiązkowej oferty i świadczonych usług.

Dzienne domy pomocy – aktualna sytuacja

W Polsce w 2015 roku funkcjonowało 260 DDP, z czego 98 w ramach programu „Senior-Wigor”¹ (obecnie „Senior+”; raport NIK), z końcem pierwszego półrocza 2016 roku odpowiednio: 295 DDP, z czego 123 „Senior-Wigor”, natomiast pod koniec 2016 roku: 302 DDP, z czego 138 „Senior-Wigor” (raport MPiPS), dysponujące łącznie 15 974 miejscami, natomiast liczba osób korzystających z tej formy wsparcia była znacznie większa (21 445).

W tym samym czasie funkcjonowało dodatkowo 5 DDP o zasięgu ponad-gminnych, prowadzonych w ramach zadań własnych lub zleconych z zakresu administracji rządowej ze środków na pomoc i integrację społeczną.

Środki przeznaczone na utrzymanie DDP stanowiły w 2015 roku tylko 1.7% ogólnych wydatków na pomoc społeczną.

We wszystkich przypadkach liczba osób korzystających z DDP była większa, niż liczba oferowanych miejsc, a w niektórych województwach różnica była blisko dwukrotna (np. woj. dolnośląskie, małopolskie i wielkopolskie). Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych województw zamieszczono w **Tabeli 1**.

Zauważalna jest znaczna dysproporcja w rozmieszczeniu DDP na terenie kraju, co zależy przede wszystkim od potencjału ekonomicznego jednostek samorządu terytorialnego, a nie od potrzeb osób starszych danego regionu. Poza względami materialnymi istotne mogą być również takie czynniki jak model rodziny – rodziny wielopokoleniowe, tradycja, odległość, mobilność itp. Przykładem jest województwo świętokrzyskie, gdzie przy największym odsetku ludzi starszych funkcjonuje jedynie 5 placówek.

¹ Dokładna liczba dziennych domów pomocy w ramach systemu pomocy społecznej jest obecnie trudna do oszacowania, z uwagi na fakt, iż stale dochodzi do przekształcania się DDP w domy typu „Senior-Wigor” (obecnie „Senior+”), które zostały opisane jako **Załącznik 1 Informacje uzupełniające**.

Tabela 1. Dzienne domy pomocy na terenie poszczególnych województw, stan na 2016 rok

WOJEWÓDZTWO	Dzienne domy pomocy		
		Podmiot prowadzący: gmina	Inny podmiot prowadzący
	liczba DDP		
dolnośląskie	1	17	2
kujawsko – pomorskie	2	7	1
lubelskie	3	4	-
lubuskie	4	9	1
łódzkie	5	30	2
małopolskie	6	7	4
mazowieckie	7	36	3
opolskie	8	17	-
podkarpackie	9	14	1
podlaskie	10	4	-
pomorskie	11	10	6
śląskie	12	34	25
świętokrzyskie	13	4	1
warmińsko-mazurskie	14	22	3
wielkopolskie	15	19	3
zachodniopomorskie	16	12	4
DDP gminne RAZEM		246	56
DDP ponad-gminne RAZEM		4	2

Źródło: raport MPiPS

W Polsce brakuje jednolitych wytycznych dotyczących funkcjonowania dziennych domów pomocy. DDP znacznie różnią się między sobą pod względem dostępności wykwalifikowanej kadry, grupy docelowej, jak również zakresem świadczonych usług. Aktualny stan prawny i brak jednolitych kryteriów oceny wymaga wprowadzenia zmian, które umożliwiłyby dokładniejszą i bardziej obiektywną analizę.

Oferta dziennych domów pomocy

Zakres i forma oferowanej pomocy w DDP są zróżnicowane, a poziom udzielanego wsparcia wynika głównie w zasobności danej gminy i obejmuje realizację zadań w szczególności poprzez udzielanie świadczeń podczas całodziennego pobytu w zakresie: usług opiekuńczych, terapii zajęciowej, usług rehabilitacyjnych, zapewnienia posiłku, poradnictwa specjalistycznego, zaspokajania potrzeb towarzyskich i rekreacyjno-kulturalnych.

W ramach projektu Domowa Przystań przeanalizowano zakres świadczonych usług oferowanych w dziennych domach pomocy na terenie Polski prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego bądź też organizacje samorządowe na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego. Do badań włączono dzienne domy pomocy, co do których udało się uzyskać informacje dotyczące świadczonych usług (n=212)². Dane pochodziły zarówno ze stron internetowych, jak i bezpośrednich rozmów z kierownikami (pozostałymi pracownikami) DDP.³

Ze względu na wieloznaczność używanych określeń usługi, określone również jako oferta DDP zostały zakwalifikowane do następujących kategorii:

- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze** zdefiniowane jako podstawowe świadczenia opiekuńcze zdefiniowane wg raportu NIK i obejmujące:
 - terapię zajęciową (tutaj także muzykoterapia, arteterapia, choreoterapia, ergoterapia i inne formy oddziaływań terapeutycznych);
 - treningi funkcji poznawczych;
 - pomoc w organizacji spraw osobistych i urzędowych.

² Spośród 212 opisywanych DDP opierano się na informacjach pochodzących ze stron internetowych oraz rozmów telefonicznych z pracownikami. Dwa dzienne domy z województwa zachodniopomorskiego odmówiły udzielenia szczegółowych informacji.

³ Poniższe dane nie obejmują domów, które funkcjonują jako domy „Senior-Wigor” lub „Senior+”.

Przykład opisu usług opiekuńczych realizowanych w jednym z DDP w województwie pomorskim: „usługi opiekuńcze z uwzględnieniem posiłków, terapię zajęciową – grupową i indywidualną (arteterapia, muzykoterapia, ludoterapia)”.

2. **usługi pielęgnacyjne i higieniczne** związane z dostępem do wyposażenia umożliwiającego dbanie o higienę (prysznic, pralka itp.), badanie poziomu cukru, ciśnienia tętniczego, wagi oraz usług świadczonych przez pielęgniarka/pielęgniarkę.

Przykład opisu usług pielęgnacyjnych i higienicznych w DDP w woj. opolskim „stała opieka pielęgniarska oraz czynności pielęgnacyjne: pomoc w utrzymaniu czystości w mieszkaniu, higieny osobistej i dbałość o wygląd (pomoc przy myciu, kąpielach i ubieraniu)”.

3. **usługi profilaktyczne** obejmujące zaspokajanie potrzeb zdrowotnych zdefiniowane przez NIK (kontakt z placówkami ochrony zdrowia, poradnictwo pielęgniarskie, psychologiczne i rehabilitacyjne oraz usprawniające zajęcia ruchowe) a także zajęcia edukacyjne i prelekcje prowadzone przez zaproszonych gości.

Przykład opisu usług profilaktycznych w DDP w woj. śląskim „odbywają się prelekcje z lekarzami różnych specjalności oraz ciekawymi ludźmi”.

4. **działania wspomagające** opisywane przez NIK jako umożliwiające zaspokajanie potrzeb towarzyskich, rekreacyjnych, kulturalnych itp.,

Przykład opisu np. działań wspomagających w DDP w woj. wielkopolskim „realizacja potrzeb kulturalnych, rekreacyjnych, towarzyskich, turystycznych oraz integrujących”.

5. **inne**, w ramach których znalazły się m.in. zajęcia komputerowe, nauka języków obcych, dostęp do biblioteki i aktualnych czasopism.

PODSUMOWANIE OFERTY W DDP W POLSCE

83% dziennych domów pomocy świadczy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, 78% usługi wspomagające, a 68% usługi profilaktyczne.

Zaledwie 23% spośród DDP świadczy usługi pielęgnacyjne i higieniczne.

19% DDP w swojej ofercie posiada inne zajęcia związane z nauką języków obcych, czy dostępem do sali komputerowej.

W dwóch DDP działają jadłodajnie lub DDP zapewnia dostarczanie posiłków osobom, które nie korzystają z pozostałej oferty DDP, do ich miejsca zamieszkania.

Dwa dzienne domy pomocy w skali kraju oferują świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

W 2017 roku 5 DDP na terenie Polski posiadało w swojej ofercie także zajęcia dla rodzin klientów (głównie grupy wsparcia). Są domy zlokalizowane w województwie świętokrzyskim (1), śląskim (2) i mazowieckim (2).

Ciekawostka

Personel

Personel zatrudniony w DDP stanowi najważniejszy element w budowaniu systemu wsparcia.

Rodzaj i struktura zatrudnionego personelu przechodziły drogę ewolucyjnych przeobrażeń, podobnie jak inne elementy funkcjonowania domów. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, DDP zostały przyporządkowane resortowi pracy i polityki społecznej. Rozpoczęto wtedy wdrażanie nowego podejścia w procedowanych standardach świadczonych usług.

W konsekwencji zmiany dotyczącej realizowanych funkcji zaczęto zatrudniać osoby reprezentujące inne zawody, niż miało to miejsce we wcześniejszym okresie, byli to rehabilitanci, terapeuci zajęciowi czy pracownicy kulturalno-oświatowi, których rola w codziennej pracy sprowa-

dza się do ustrukturalizowania dnia beneficjentom, oferując działania terapeutyczne i usprawniające.

Pracowników dziennych domów pomocy społecznej można podzielić na dwie grupy:

- **zespoły terapeutyczno-opiekuńcze**, które składają się z reprezentantów zawodów tj. pracownicy socjalni, pielęgniarki, terapeuci (w tym psychologowie, pedagodzy, rehabilitanci, logopedzi itp.), fizjoterapeuci, instruktorzy zajęciowi, opiekunowie, dietetycy);
- **zespoły administracyjno-obługowe**, które składają się z osób związanych z zawodami technicznymi i ekonomicznymi (księgowi, pracownicy biurowi, kucharze, pomoce kuchenne, konserwatorzy, kierowcy, osoby sprzątające, pracownicy gospodarczy, magazynierzy).

Analizując rodzaj zatrudnionego personelu w każdym z ośrodków zatrudniony był kierownik, który poza obowiązkami administracyjnymi pełnił również rolę koordynatora, w kilku ośrodkach dodatkowo pełnił również rolę terapeuty zajęciowego.

Wszystkie DDP dysponowały także odpowiednią liczbą personelu niezbędną do zorganizowania stołówki i zapewnienia potrzeb żywieniowych.

Z zespołu terapeutyczno–opiekuńczego we wszystkich poddanych analizie dziennych domach zatrudnione były osoby na stanowiskach pracowników socjalnych lub terapeutów zajęciowych.

Niektóre DDP, starając się uatrakcyjnić ofertę, zatrudniały choreografów, muzykoterapeutów, reżyserów, instruktorów nordicwalking.

PODSUMOWANIE

Zgodnie ze sprawozdaniem MPiPS z 2016 roku w dziennych domach pomocy społecznej zatrudnionych jest 1853 osoby na 1644,32 etatu.

Proporcje pomiędzy zespołami w DDP wskazują na dominację zespołu administracyjno-obługowego nad zespołem terapeutyczno-opiekuńczym.

Użytkownicy dziennego domu pomocy społecznej

Jak już zostało podkreślone wcześniej w ustawodawstwie polskim nie istnieje odrębny dokument poświęcony funkcjonowaniu dziennych domów pomocy, co wiąże się z brakiem klarownych wytycznych oraz spójnych standardów świadczonych usług wobec użytkowników domów, jak również istnieją ogólne kryteria włączenia potencjalnych użytkowników do grupy osób korzystających z oferty realizowanej w dziennych domach pomocy, ale brak jest kryteriów szczegółowych.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (art.5) prawo do świadczeń z pomocy społecznej, a zatem także z usług dziennych domów pomocy, przysługuje:

- 1) osobom posiadającym obywatelstwo polskie mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) cudzoziemcom mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (według warunków określonych w ustawie);
- 3) mającym miejsce zamieszkania i przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz członkom ich rodzin w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. z 2014 r. poz. 1525 oraz z 2015 r. poz. 1274), posiadającym prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W art. 50 oraz art. 51 ustawy o pomocy społecznej jej autorzy dokonują ogólnej charakterystyki użytkownika mającego prawo do korzystania z pomocy w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych. Działania podejmowane przez DDP stanowią usługi opiekuńcze w rozumieniu art. 50 ust. 3.

Art. 50. 1. Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych

przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

2. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Art. 51.1. Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia.

Powyższe kryteria przede wszystkim uwzględniają obecność potrzeby opieki i pomocy z uwagi na: wiek, chorobę i/lub, niepełnosprawność, a także w sytuacji, kiedy formalni opiekunowie nie są w stanie zapewnić takiej pomocy lub opieki.

Autorzy ustawy nie precyzują szczegółowo kryteriów włączenia do grupy potencjalnych użytkowników DDP.

Ważne

Według Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS), w 2016 roku we wszystkich DDP liczba osób korzystających z DDP była większa, niż liczba oferowanych miejsc.

Wskazuje to na ogromną potrzebę utworzenia dodatkowych miejsc realizujących ofertę dziennych domów pomocy.

W ramach projektu DOMOWA PRZYSTAŃ przeprowadziliśmy również badanie dotyczące profilu użytkowników DDP w Polsce.

Uzyskane dane wskazują, że usługi DDP kierowane są w szczególności do osób dorosłych niesamodzielnych⁴, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione albo rodzina lub osoby bliskie nie mają możliwości, aby tę opiekę zapewnić, (zgodnie z art. 51 ustawy o pomocy społecznej). Często są to osoby

⁴ Należy w tym miejscu podkreślić, że w żadnym z dokumentów regulujących funkcjonowanie pomocy społecznej nie ma definicji „niesamodzielności”. Ponadto zarówno w istniejących dokumentach (regulaminach, statutach itp.) oraz w informacjach zawartych na stronach internetowych zamiennie używane są terminy „niepełnosprawność” oraz „niesamodzielność”.

o mniejszej sprawności psychofizycznej; mieszkańcy danego miasta/miejscowości, którym została przyznana decyzja administracyjna, kierująca do DDP; osoby wymagające wsparcia, rehabilitacji społecznej i zdrowotnej, aktywizacji niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.



- seniorzy (60+)
- przewlekle chorzy somatycznie
- przewlekle chorzy psychicznie
- niepełnosprawni
- osoby z zaburzeniem funkcji poznawczych, otępieniem
- osoby upośledzone umysłowo
- samotni
- osoby z trudną sytuacją rodzinną, mieszkaniową, materialną
- emeryci
- renciści
- bezrobotni

Schemat ilustruje grupy osób najczęściej korzystających w oferty dziennych domów. Poszczególne charakterystyki nie stanowią opisów rozłącznych, nierzadko występując jednocześnie.

Poza wyszczególnionymi powyżej charakterystykami odbiorców oferty dziennych domów pomocy uzyskane dane wskazują na występowanie nielicznych dziennych domów kierowanych do:

- osób starszych aktywnych,
- samotnych mężczyzn,
- dzieci i młodzieży.

Potrzeba zmian w obecnym systemie wsparcia w ramach dziennych domów pomocy

- Przepisy prawne w sposób niewystarczający regulują tryb i sposób prowadzenia DDP istniejących w ramach systemu pomocy społecznej w Polsce.
- Brakuje jasno sprecyzowanych zasad dotyczących ich funkcjonowania, itp. wymaganej infrastruktury, kwalifikacji personelu, norm dotyczących zatrudnienia, liczby podopiecznych przypadających

- przeciętnie na jednego pracownika domu, planu dnia, itp.
- Brak jest sformalizowanego sposobu oceny i nadzoru funkcjonowania DDP.
 - Dostępność DDP pozostaje wciąż na niskim poziomie, zwłaszcza i jest uwarunkowana głównie możliwościami ekonomicznymi jednostek samorządu terytorialnego, stąd organizacja DDP możliwa jest w większych miastach, dysponujących wystarczającymi środkami finansowymi, a nie jest dostosowana do potrzeb beneficjentów, w tym seniorów.
 - Brak jest standardów i jednolitych kryteriów oceny oferty DDP, co uniemożliwia szczegółową analizę i porównanie świadczonych usług przez poszczególne ośrodki.
 - Występuje niedostatek personelu terapeutyczno-opiekuńczego (lub jego brak: np. pielęgniarek, które nie tylko mogłyby wykonywać czynności pielęgnacyjne, ale także prowadzić zajęcia z szeroko pojętej edukacji prozdrowotnej, czy fizjoterapeutów, którzy pomogliby zapewnić użytkownikom zachowanie aktywności ruchowej).
 - Rodzaj zatrudnionego personelu nie jest dostosowany do oferowanych usług. Różne współczynniki liczby personel/pensjonariusz mogą wpływać na jakość oferowanych usług.
 - Liczba użytkowników DDP znacznie przewyższa ilość dostępnych miejsc, co może mieć istotny wpływ na jakość świadczonych usług.
 - Średnia liczba użytkowników DDP prowadzonych przez inne niż gmina organizacje działające na zlecenie samorządu charakteryzuje się istotnie mniejszą liczebnością osób korzystających z oferty domu w porównaniu do DDP prowadzonych przez gminy.
 - Oferta usług dziennych domów pomocy w Polsce jest bardzo zróżnicowana. Tylko nieliczne DDP oferują usługi pielęgnacyjne.
 - Większość DDP kieruje swoją ofertę do osób starszych, którzy ze względu na wiek oraz występowanie chorób somatycznych czy psychicznych (w tym zaburzeń funkcji poznawczych) wymagają wsparcia.
 - Zdecydowana większość dziennych domów pomocy oferuje szeroko rozumiane usługi opiekuńcze i działania wspomagające.

Nowy Model Wsparcia

Model włoski i jego uwarunkowania

We Włoszech od 1978 roku funkcjonuje Narodowy System Zdrowia, jednak zasady tego systemu są mocno zróżnicowane w regionach. Na podstawie krajowych przepisów z 1994 r. podczas świadczenia usług publicznych należy przestrzegać następujących zasad:

- **Równouprawnienie** wszystkich podopiecznych. Zasady stosunków pomiędzy użytkownikami a placówkami użyteczności publicznej oraz dostęp do samych świadczeń powinny być jednakowe dla wszystkich. Przy udzielaniu świadczeń nie może być dokonywane rozróżnienie świadczeniobiorców ze względu na płeć, rasę, język, religię lub poglądy polityczne;
- **Obiektywizm, sprawiedliwość i bezstronność;**
- **Ciągłość** w rozumieniu, że świadczenie powinno być udzielane w sposób regularny i nieprzerwany;
- **Prawo wyboru** placówki udzielającej świadczenia. Prawo wyboru dotyczy w szczególności świadczeń udzielanych na terenie kraju;
- **Uczestnictwo** użytkownika w udzielanych świadczeniach powinno być zawsze zagwarantowane, zarówno w celu ochrony prawa do poprawnego korzystania z usług jak i dla ułatwienia współpracy z placówkami je udzielającymi. W celu zagwarantowania warunków do skutecznego skorzystania z świadczonych usług, zgodnie z wyżej wymienionymi zasadami, prawo krajowe daje użytkownikowi prawo dostępu do informacji, którymi dysponuje świadczeniodawca i które bezpośrednio go dotyczą. Ponadto klient, dla ulepszenia serwisu, może składać wnioski i dokumenty, dzielić się obserwacjami; formułować sugestie. Świadczeniodawcy zobowiązani są do udzielenia odpowiedzi użytkownikom na zgłoszone przez nich uwagi oraz propozycje, a także okresowo otrzymują ocenę od podopiecznych dotyczącą jakości świadczonych usług;
- **Efektywność i skuteczność.** Świadczeniodawcy podczas reali-

zowania swoich usług wybierają rozwiązania organizacyjne i metodologiczne spójne z tymi zasadami, w pełnym poszanowaniu świadczeniobiorców.

Włochy podzielone są na 20 regionów. W tym Region Emilia Romagna, siedziba partnera ponadnarodowego projektu DOMOWA PRZYSTAŃ, posiada 9 prowincji i 340 gmin. Region zamieszkuje ok. 4,5 mln mieszkańców. W samej Bolonii mieszka ponad 385 tys. osób. Istotnym elementem ustrojowym Włoch jest duża autonomiczność poszczególnych regionów w zakresie organizacji i stanowienia prawa w różnych dziedzinach, w tym także w sferze społeczno-zdrowotnej. Narodowa Agencja ds. Regionalnej Służby Zdrowia i Narodowa Komisja ds. definiowania i aktualizowania usług gwarantowanych obywatelom (*Instituto Nazionale di Previdenza Sociale Servizio Sanitario Nazionale*). Jest odpowiedzialna za opracowanie standardów i rekomendacji w zakresie usług zdrowotnych i społecznych, opracowanie wskaźników mierzących jakość świadczonych usług, zarządzanie jakością, monitorowanie usług oraz za politykę finansową na poziomie krajowym. *Aziende Sanitarie Locali*, podmioty regionalne oraz lokalne na poziomie prowincji i gminy odpowiedzialne są za wykonywanie polityki rządowej na poziomie regionalnym, dostarczanie usług, zabezpieczanie zasobów kadrowych, współfinansowanie usług, kształcenie kadr wg opracowanych programów⁵. Również za finansowanie usług socjalnych odpowiedzialne są instytucje na poziomie krajowym i regionalnym. W regionach wydawane są akty prawne rządu ustawy, dzięki którym modelowana jest polityka społeczna i zdrowotna w zależności od potrzeb Regionu. W regionie Emilia Romagna bezpośrednio od *National Institute (INPS)* ww. zasiłek otrzymuje ponad 110 000 osób powyżej 65 roku życia. Na zintegrowany system socjalno-zdrowotny Region Emilia Romana przeznaczają się rocznie około 34 mln euro.

⁵ System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycje modelu. Szatur-Jaworska B., Błędowski P. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa 2016, str 163-192.

Poniżej przedstawiono schemat wsparcia na poziomie krajowym i regionalnym.

KRAJOWY SYSTEM POMOCY OSOBOM NIESAMODZIELNYM

Krajowy Zasiłek Opiekuńczy - w wysokości 500 euro miesięcznie, na każdego beneficjenta (osobę zależną) niezależnie od dochodu osoby. Istotne jest, że system nie różnicuje wysokości zasiłku od różnych potrzeb i poziomu opieki. W przypadku wykorzystywania zasiłku w ramach wsparcia opiekuńczego we własnym domu, nie ma kontroli wydatkowania tych środków.



Fundusz Narodowy dla osób zależnych (osoby starsze i niepełnosprawne) 450 milionów euro to budżet na całe Włochy, w tym 34 miliony dla regionu Emilia Romagna. Stała kontrola usług społecznych realizowana przez specjalną jednostkę narodową policji (CARABINIERI), jednostka „antysophistication” (NAS).

REGIONALNY SYSTEM WSPARCIA - REGIONU EMILIA ROMAGNA

Publiczna służba zdrowia zarządzana przez Lokalną Agencję Zdrowia (AUSL) i AGENCJĘ SZPITALNĄ (Region).



Usługi socjalne - planowane na poziomie administracji regionalnej, zarządzane i organizowane na poziomie gminy, w tym także przez inne podmioty na rynku zakontraktowane przez gminę, w szczególności organizacje pozarządowe non profit.

System jednych drzwi

Innowacyjnym rozwiązaniem, pozwalającym na kompleksową opiekę nad klientem jest zastosowanie „systemu jednych drzwi”. Z systemu opieki zdrowotnej osoba trafia do systemu pomocy społecznej i jest w systemie społecznym w pewnym sensie „prowadzona” przez wszystkie formy pomocy, które są adekwatne do jej potrzeb. Oznacza to oferowanie indywidualnie opracowanego leczenia dla każdego podopiecznego. Dokładna znajomość podopiecznego jest podstawą, wokół której leczenie rozwija się i nabiera kształtu. Podejście metodologiczne skierowane jest na zbieranie szczegółowych danych i informacji na temat osoby i na ciągłe monitorowanie rozwoju całościowego obrazu choroby. Jest to możliwe dzięki obserwacji i stosowaniu narzędzi przekazywania informacji, które umożliwiają zdobycie całej tej niezbędnej wiedzy i opracowanie projektu pracy. Celem jest możliwość określenia Spersonalizowanego Planu, charakteryzującego się kilkoma elementami/mocnymi stronami:

- Wysoka indywidualizacja
- Duża elastyczność
- Wykonalność/konkretność

Stworzenie Spersonalizowanego Planu oznacza zarysowanie konkretnego rodzaju leczenia, oznacza porzucenie generalizowania i zaakceptowanie indywidualnych różnic, które każdy podopieczny wnosi do ośrodka, i potraktowanie ich jako punkt wyjścia do dalszego wzrostu, poszerzanie własnych horyzontów, wyzwanie doskonalenia siebie samych i własnego podejścia do choroby.



System prawny opiera się na trzech poziomach delegowania i kontraktowania usług:

Upoważnienie (decyzja 564/2001) do działania przez gminę i komitet techniczny (przed rozpoczęciem świadczenia usługi) z uwzględnieniem minimalnego strukturalnego, organizacyjnego i funkcjonalnego świadczenia usług. Realizacja wszystkich usług publicznych i prywatnych musi legitymować się upoważnieniem, niezależnie od ich późniejszej i ewentualnej akredytacji.



Akredytacja (decyzja 514/2009) przez związek gmin (powiat) pozwala świadczyć usługi (i dotować w formie pieniężnej) w imieniu gminy oraz lokalnych agencji zdrowia (AUSL) – dodatkowe usługi wymagają dodatkowej autoryzacji.



Umowa o świadczenie usług między zarządem publicznym, który dotuje przedsięwzięcie (AUSL, gmina) a wykonawcami usług – finansowana jest każda akredytowana usługa (ilość usług może ulec zmianie w momencie zawierania umowy).

Na mocy wprowadzonej w 1995 roku we Włoszech Karty Usług (Carta dei Servizi) instytucje i przedsiębiorstwa zobowiązane są do wdrożenia skutecznego systemu informowania o udzielanych świadczeniach i zasadach ich udostępniania, a także, jednocześnie, przyznaje jego użytkownikom prawo do złożenia reklamacji w przypadku sytuacji, w których korzystanie z takich usług staje się niemożliwe lub jest ograniczone. Umożliwienie użytkownikom dokonania oceny jakości udzielanych świadczeń jest podstawą sa-

monapędzającego się mechanizmu, jakim jest stosunek podaży do popytu usług.

Głównym podmiotem działającym w Bolonii na rzecz wsparcia dla osób starszych jest przedsiębiorstwo użyteczności publicznej ASP [Agencja usługowa na rzecz osób]. Ośrodek jest punktem odniesienia w lokalnej społeczności, poprzez rozpowszechnienie usług w terenie i jest miejscem, w którym odnajduje się odpowiedź na swoje potrzeby. ASP Città di Bologna powstała w wyniku połączenia ASP Giovanni XXIII, PoveriVergognosi oraz Irides, które miało miejsce 1 stycznia 2015 r. Wszystkie trzy instytucje IPB prowadziły przez wieki działalność „wsparcia społecznego” w Bolonii i okolicach; jedne, jak Giovanni XXIII i IBAP PoveriVergognosi - dla osób starszych, słabych, biednych, bezdomnych, inne - jak Irides - dla porzuconych, bezdomnych dzieci.

Do zadań ASP należy:

- opieka nad osobami starszymi i osobami z chorobami typowymi dla wieku starczego, mające niestabilną sytuację życiową, osoby niepełnosprawne i niesamodzielne fizycznie i/lub psychicznie; poprzez oferowanie usług noclegowych, półmieszkalnych i opieki domowej;
- przyjmowanie i opieka nad osobami dorosłymi oraz imigrantami, wykazującymi potrzeby społeczne, socjoekonomiczne i zdrowotne, dając im wsparcie w integracji i promując ich samodzielność i samorealizację;
- świadczenie usług socjalnych na etapie rodzicielstwa, dzieciństwa i dojrzewania, zgodnie z wymogami określonymi w lokalnym Planie socjalnym i zdrowotnym dla zdrowia i dobrego samopoczucia.

Podstawowe formy usług wsparcia osób starszych lub niesamodzielnych w Regionie Emilia Romagna to:

- usługi opieki całodobowej w formie domów pomocy społecznej lub mieszkań chronionych,
- usługi opieki dziennej w dziennych domach pomocy (DDP) oraz w ramach usług opieki domowej,
- usługi w ramach opieki zdrowotnej.

W Bolonii jest 1500 miejsc w całodobowych DPS i 1000 miejsc tzw. interwencyjnych. Ponadto ASP ma zabezpieczone 14 dodatkowych miejsc w DPS przewidzianych na okres rekonwalescencji dla klientów korzystających z usług opieki domowej lub DDP, którzy otrzymali wypis ze szpitala – taka opieka przysługuje do 30 dni rocznie. **W Bolonii funkcjonuje 17 DDP, w tym: DDP dla osób z otępieniem (3 ośrodki).** Decyzje kierujące do DDP wydawane są w zasadzie na bieżąco, a czas oczekiwania do DDP uzależniony jest od tego, czy należy zapewnić przewóz klienta. Lista oczekujących do DDP jest jedna dla całej Bolonii. Z zasady poszukuje się DDP jak najbliżej miejsca zamieszkania klienta. Nie ma określonych formalnych kryteriów przyjęcia do DDP, regulują to wewnętrzne ustalenia np. pierwszeństwo na liście oczekujących, preferencje osoby, miejsce zamieszkania w pobliżu danego DDP. W Bolonii funkcjonują trzy ośrodki dzienne, gdzie dokonuje się diagnozy osób z zaburzeniami funkcji poznawczych. Diagnozy dokonuje zespół specjalistów złożony z: geriatry, neurologa, psychiatry, trzech neuropsychologów i pielęgniarki. Pacjenci trafiają po wstępnej diagnozie do lekarza ogólnego. Głównym celem jest zdiagnozowanie otępienia. Klienci z objawami demencji są „prowadzeni przez system”, w miarę postępu choroby, poczynając od tzw. Caffè Alzheimer – kawiarenek dla osób ze stwierdzoną chorobą otępienną najczęściej chorobą Alzheimer, poprzez dzienne ośrodki wsparcia – Centri Diurni - odpowiednik DDP w Polsce, w sytuacji gdy opieka dzienna nie jest wystarczająca, osoba niesamodzielna zostaje skierowana do całodobowego DPS. Lekarz i asystent socjalny decydują o tym z jakiej pomocy powinien skorzystać klient ASP. Decyzja ta podejmowana jest w porozumieniu z rodziną klienta, a także za zgodą samego zainteresowanego.

Oferta dla klientów

Centrum Opieki Diennej (CentriDiurni - COD) jest placówką socjalną o charakterze pół-mieszkalnym, świadczącą usługi w zakresie opieki zdrowotnej, przeznaczoną dla osób starszych samowystarczalnych lub łagodnie, umiarkowanie albo ciężko niesamodzielnych, którym w ciągu dnia potrzebna jest pomoc o charakterze socjalnym, zdrowotnym i społecznym.

Centrum Opieki Diennej mieszane ma podstawowe cele:

- Zapewnienie opieki domowej, umożliwiając pobyt w domu spokojnej starości, także we współpracy z innymi zasobami i usługami sieciowymi;
- Zagwarantowanie ochrony i wykwalifikowanej pomocy w odpowiedzi na potrzeby osób starszych;
- Zwiększenie, utrzymanie lub wyrównanie kompetencji i umiejętności związanych z funkcjonalną niezależnością, zdolnością poznawczą, tożsamością;
- Wspieranie uspołeczniania i relacji interpersonalnych w celu zwalczania izolacji i zwiększania poczucia własnej wartości;
- Umożliwienie przeżycia w sposób pełny, bogaty i godny różnych momentów w placówce;
- Wspieranie rodzin poprzez dzielenie się z nimi decyzjami o pomocy, złagodzenie ciężaru opieki nad starszymi i oferowanie możliwości rozmowy ze specjalistą.

Zapewnia osobom starszym świadczenia typu:

- Opieka zdrowotna (monitorowanie i opieka pielęgnarska w razie potrzeby)
- Opieka terapeutyczno-rehabilitacyjna (stymulacja poznawcza i funkcjonalna)
- Opieka socjalno-rekreacyjna (animacje, socjalizacja, integracja ze środowiskiem)
- Miejsce noclegowe (usługi gastronomiczne i higiena środowiska)

W COD planowane są spotkania z członkami rodzin zgodnie z potrzebą klienta oraz rodziny, a podczas opracowywania planu działań i zakresu

usług, członek rodziny wysyłany jest na spotkanie z personelem w celu omówienia decyzji dotyczących opieki i zdrowia, które zostały uznane za konieczne do wprowadzenia w stosunku do podopiecznego. Odpowiedzialność za organizację i realizację usług spoczywa na koordynatorze ośrodka, który w celu wdrożenia Karty Usług współpracuje z całym personelem. W tego rodzaju ośrodkach jest około 25 miejsc. Umieszczanie w COD ma charakter czasowy, terminy nie są jednakże ustalone a priori. Zespół COD, w porozumieniu z pracownikiem socjalnym odpowiedzialnym za dany przypadek, może zarządzić przerwanie uczęszczania osoby, której stan psychofizyczny nie pozwala na udzielenie odpowiedniej pomocy w zakresie świadczonych usług lub która jest uważana za niespełniającą warunków do przebywania w tego typu ośrodku, ustalając czas wypisu z członkami rodziny. Usługi świadczone są przez zespół składający się z różnego rodzaju współpracujących ze sobą specjalistów.

COD posiadają swój własny personel, najczęściej:

- pracownicy opieki społecznej i zdrowotnej (tzw. OSS),
- osoba odpowiedzialna za aktywność opiekuńczą,
- animator,
- pielęgniarka,
- psycholog,
- muzykoterapeuta,
- koordynator odpowiedzialny wspólnie z domem opieki i chronionymi apartamentami.
- Nie zatrudnia fizjoterapeutów i lekarzy – ale jest dostępna konsultacja fizjoterapeutyczna i lekarska.
- Fizjoterapeuci i lekarze są zatrudniani w całodobowych DPS, a do-raznie wykonują zadania także na rzecz klientów dziennych ośrodkach (np. raz w tygodniu).
- Sposób wyboru personelu zależy od tego czy struktura jest publiczna czy prywatna.
- Istnieje możliwość połączenia usług w COD z usługami opiekuńczymi w domu podopiecznego/ klienta.
- Istotnym jest, że opiekunowie nie wyręczają podopiecznych, częściej asystują, zwłaszcza, gdy podopieczny może zrobić niektóre

czynności samodzielnie.

- Z zespołem współpracuje także pracownik socjalny z *Nucleo per la Domiciliarità*, jednostki o zasięgu terytorialnym (Servizio Sociale Territoriale).

Indywidualne podejście do osoby niesamodzielnej i narzędzia obserwacji - oferowana pomoc zależy od stanu klienta, który jest systematycznie monitorowany. Obserwację prowadzi się przy wykorzystaniu narzędzia **PAI - spersonalizowanego planu dla chorego**, który powstaje na początku drogi. W PAI zapisywane są wszystkie potrzeby pacjenta oraz sposób ich zaspokojenia. W miarę pogarszania się jego stanu ogólnego, PAI jest aktualizowany i zmieniany w zależności od stanu pacjenta. Cele i zadania wyznaczone w PAI ulegają zmianie w zależności od indywidualnych potrzeb klienta, a w następstwie proponowana jest właściwa forma pomocy. W PAI wpisywane są zadania, które będzie wykonywał personel.

PAI obejmuje:

- zebranie danych i ich ocenę,
- definiowanie celów opieki,
- zaplanowanie czynności i działań,
- zweryfikowanie zaplanowanych celów.

Wskazówka

Weryfikacja PAI jest dokonywana po 6, a w przypadku osób z otępieniem po 4 miesiącach. PAI dotyczy wszystkich osób objętych opieką.

Podczas zgłębiania elementów dotyczących historii i zwyczajów osób starszych, niezbędnych do personalizowania każdej czynności, ważną rolę pełni wkład członków rodziny, które systematycznie angażowane są w zindywidualizowany plan opieki.

Oferta dla opiekunów nieformalnych

W modelu włoski wsparcie rodziny osoby niesamodzielnej jest podejmowane kompleksowo, nie tylko poprzez pryzmat potrzeb samego klienta – osoby niesamodzielnej, ale także potrzeb jego bliskich. Rodzina, bliscy klienta lub inni opiekunowie nieformalni mogą skorzystać z:

- „poradni zachowań”, gdzie otrzymują informacje pozwalające przygotować się na każdy etap starzenia się i choroby oraz pełne towarzyszenie we wszystkich fazach choroby czy postępującej starości,
- porad w zakresie radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych,
- pomocy psychologa,
- wsparcie opiekuna i zaproponowanie szerokiego katalogu usług, w tym leczenie zaburzeń klienta – nie tylko w sposób farmakologiczny – ale także poprzez wskazówki dla rodzin, w jaki sposób mają się zajmować osobą niesamodzielną - rodziny otrzymują numery telefonów lekarzy, którzy w razie potrzeby mogą w każdej chwili udzielić pomocy,
- wdrożenie klienta do systemu opieki jest przeprowadzane przez pracownika opieki społecznej, który wspiera opiekunów,
- opiekunowie mają dostęp do pielęgniarki i doraźną dostępność lekarza w DDP.

Usługi dla opiekunów są realizowane także przy udziale wolontariatu działającego w organizacji pozarządowej, która współpracuje z ASP. W Bolonii jest min. Stowarzyszenie ARAD. Usługi nieodpłatne prowadzone są na rzecz rodzin i osób niesamodzielnych obejmują m.in.:

- informowanie,
- tzw. „punkt wysłuchania”, gdzie można informacje ogólne i skierować rodzinę do dalszego postępowania,
- usługi asystenta w miejscu zamieszkania,
- doradztwo prawne,
- możliwość uczestnictwa w grupowych zajęciach z treningu pamięci.

Szkolenia prowadzone są dla rodzin i opiekunów w ramach kontraktu.

Na poziomie regionalnym organizowane są spotkania z rodzinami. Jest możliwość spotkań indywidualnych z rodzinami i osobami z otępieniem. Wsparcie psychologiczne jest zapewnione na każdym etapie współpracy.

Rekomendacje

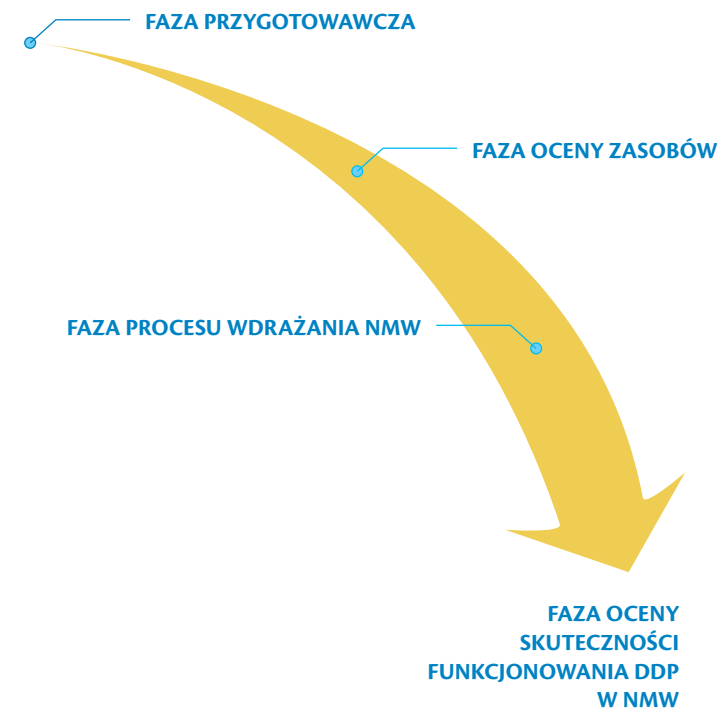
Implementacja modelu włoskiego do warunków polskich pozwoli na:

- rozszerzenie oferty usług higieniczno-pielęgnacyjnych dla klientów DDP, m.in. poprzez zatrudnienie i przeszkolenie opiekunów medycznych i pielęgniarek,
- prowadzenie szkoleń/spotkań podnoszących umiejętności rodzin klientów DDP, w zakresie pielęgnacji, opieki oraz profilaktyki schorzeń charakterystycznych dla osób starszych,
- prowadzenie szkoleń zwiększających umiejętności pracowników DDP w zakresie higieny i pielęgnacji klientów DDP,
- prowadzenie szkoleń zwiększających wiedzę pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu (MOPS), na temat pracy z osobą starszą oraz w zakresie oferty i rozwoju usług dla klientów DDP i ich rodzin,
- wprowadzenie projektu pozwoli na nowe, szersze spojrzenie na sytuację opieki nad osobami niesamodzielnymi,
- wyznaczenie nowych grup docelowych jak nie tylko klienci DDP, ale także ich rodziny oraz pracownicy DDP oraz pracownicy ośrodka pomocy społecznej - MOPS,
- uzyskanie wiedzy przez pracowników DDP i MOPS na temat europejskich rozwiązań organizacyjnych i technicznych w obszarze usług dla osób starszych,
- poznanie różnorodnego kulturowo środowiska pomocy społecznej,
- podejście do rozwiązywania problemów społecznych, metod pracy z innej perspektywy,
- wzrost poziomu świadomości pracowników MCUS w zakresie potrzeb klientów DDP i ich rodzin.

Wdrażanie Nowego Modelu Wsparcia

Forma pomocy, jaką oferuje Nowy Model Wsparcia na podstawie modelu bolońskiego, obejmuje jednocześnie doradztwo, szkolenia, supervizję, modyfikację usług opiekuńczych, pomoc społeczną i działania profilaktyczne. To sprawia, że dzienne domy pomocy zaangażowane w ten projekt stanowią wyjątkową i nowatorską propozycję na rynku rozwiązań dostępnych w ramach polityki społecznej, również w Polsce.

ETAPY WDRAŻANIA NMW W DDP W POLSCE



Działania przygotowawcze

Zarówno system opieki zdrowotnej, jak i regulacje prawne we Włoszech i w Polsce są różne. Odmienne są też możliwości zatrudnienia personelu w celu realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych, a także potrzeby klientów domów pomocy. Z tych powodów zaleca się, aby do działań przygotowujących wdrożenie Nowego Modelu Wsparcia należało przeprowadzenie pogłębionej analizy potrzeb potencjalnych beneficjentów (klientów) Nowego Modelu Wsparcia we wskazanych domach pomocy. Pomocną w tym zakresie może okazać się być załączona do tych Instrukcji przykładowa ankieta oceny potrzeb pt: „Diagnoza potrzeb klientów domów pomocy w Polsce”. (Załącznik nr 2 Ankieta potrzeb klientów)

Wskazówka

Punktem wyjścia do opracowania oferty realizowanej w DDP w ramach NMW powinien być profil klienta DDP z uwzględnieniem jego głównych charakterystyk.

Zainicjowanie wdrażania Nowego Modelu Wsparcia w domach pomocy w Polsce zazwyczaj jest konsekwencją zidentyfikowanych, kompleksowych potrzeb klientów DDP w lokalnym środowisku. Pomyśłodawcą wdrożenia NMW może być każdy zaangażowany w udzielanie świadczeń opiekuńczych. Ważne jest, aby nawiązać niezbędną do realizacji takiej inicjatywy współpracę. Następnie, grupa inicjatorów przeprowadza badanie dostępnych możliwości w swoim regionie.

Wskazówka

Opracowanie nowej inicjatywy, jaką jest wdrożenie NMW, może oznaczać, że okres przygotowawczy, poprzedzający rozpoczęcie działalności zajmie nieco czasu, ale w perspektywie przyniesie korzyści w postaci nowatorskiego systemu pomocy.

Należy zadbać o to, aby wszyscy inicjatorzy odpowiedzialni za wdrażanie Nowego Modelu Wsparcia stale monitorowali postęp projektu.

Najważniejsze zalecenia do fazy przygotowawczej⁶:

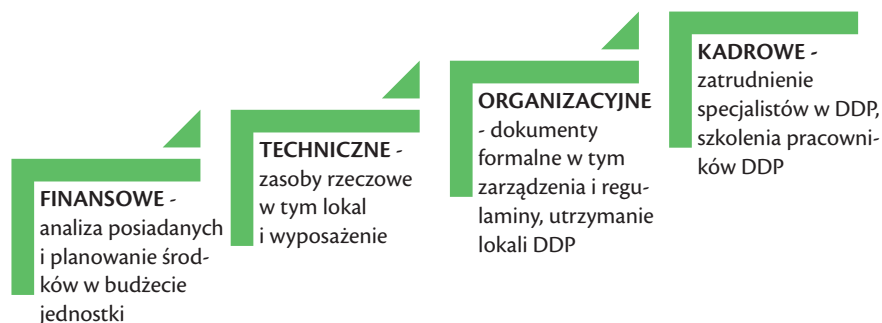
- na etapie działań przygotowawczych największe wyzwanie polega na znalezieniu równowagi między zdecydowanym działaniem a wdrażaniem nowatorskich rozwiązań.
- Proces przygotowawczy będzie przebiegał dużo sprawniej, jeśli jeden z inicjatorów wdrożenia NMW jest gotów wziąć odpowiedzialność za kwestie administracyjne oraz organizacyjne.
- Faza przygotowawcza wymaga szczególnej uwagi oraz czasu. Jednak powodzenie na tym pierwszym etapie (przygotowania) znacznie zwiększa szanse na sukces w kolejnej fazie: wdrażania Nowego Modelu Wsparcia w domach pomocy.
- Na etapie przygotowawczym należy sformułować jasne cele.
- Już w fazie przygotowawczej należy pomyśleć o odpowiednim wyposażeniu domów pomocy w celu realizacji NMW, gdy ze względu na grupę odbiorców (klientów), DDP w swoich pomieszczeniach powinien zapewniać dostęp do określonych zasobów rzeczowych, które powinny zabezpieczyć potrzeby i oczekiwania osób starszych borykających się z ograniczoną sprawnością, często niepełnosprawnych.
- Podczas fazy przygotowawczej warto zorganizować cykliczne spotkania całego zespołu inicjatorów m.in. w miesięcznych odstępach. Warto, aby każde spotkanie przebiegało według wcześniej ustalonego planu działania. Zawsze należy określić zagadnienia do omówienia na następnym spotkaniu.

⁶ Na podstawie: Instrukcje do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w domach pomocy. „Domowa Przystań”, Wrocław, październik 2019.

Ocena zasobów

Podstawą do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy w Polsce powinna być ocena zasobów i potencjału jednostki w świetle głównych założeń NMW, o których szczegółowo traktuje rozdział 3 tych Instrukcji. Tylko w ten sposób możliwym staje się wdrożenie spójnego modelu, z uwzględnieniem specyficznych zadań jednostki, która wdraża NMW i warunków, w których jednostka działa. NMW stanowi zatem uporządkowany zbiór wskazówek, które można wykorzystać do rozwoju usług świadczonych w dziennych domach pomocy. Jest to niezwykle istotne, gdyż wzorem partnera ponadnarodowego, określone zasady organizacji i realizacji NMW mają bezpośrednie przełożenie na jakość proponowanych usług i świadczenie ich na wysokim poziomie.

OCENA ZASOBÓW DO WDROŻENIA NMW⁷



Proces wdrażania Nowego Modelu Wsparcia

W celu skutecznej implementacji Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy w Polsce należy, w miarę potrzeb i możliwości finansowych jednostek, wdrożyć następujące działania w każdym DDP objętym NMW:

- zapewnić świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne, które muszą być realizowane tylko przez wykwalifikowany personel (w tym pielęgniar-

⁷ Na podstawie: Instrukcje do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy „Domowa Przystań”, Wrocław, październik 2019.

- ki i opiekunów medycznych). Usługi powinny być dostosowane do wcześniej zdiagnozowanych potrzeb psychofizycznych klientów DDP,
- podjąć działania wspierające rodziny klientów. To zadanie odbywa się poprzez organizację szkoleń dla opiekunów nieformalnych, spotkań z psychologiem, różnych form wsparcia, jak m.in. pomoc w sprawach urzędowych, formalnych. Nowy Model Wsparcia zakłada również możliwość pośredniczenia w kontakcie z placówkami ochrony zdrowia, w zależności od potrzeb medycznych klientów,
- podjąć współpracę z opiekunem nieformalnym (rodziną) klienta w zakresie rozpoznawania jego potrzeb biopsychospołecznych,
- podjąć współpracę z pracownikiem socjalnym ośrodka pomocy społecznej. Współpraca ta i wymiana doświadczeń ma na celu zapewnienie optymalnej formy wsparcia dla klienta w zależności od jego stanu funkcjonalnego,
- opracować i wprowadzić ujednolicone wzory dokumentacji klienta. Działanie to pozwoli na skuteczne monitorowanie jego stanu zdrowia. Prawidłowo prowadzona dokumentacja ma służyć zapewnieniu optymalnej formy pomocy oraz właściwej ewentualnej współpracy z placówkami ochrony zdrowia (m.in. lekarzem rodzinnym),
- stworzyć Zespoły Interdyscyplinarne w ramach personelu dziennych domów pomocy. Zaleca się ponadto działania mające na celu wzmocnienie personelu terapeutyczno-opiekuńczego w celu odwrócenia tendencji istniejącej aktualnie w DDP w Polsce, gdzie personel administracyjny i obsługi stanowi wyższy odsetek niż terapeutyczno-opiekuńczy.

SCHEMAT WDROŻENIA DZIAŁAŃ REKOMENDOWANYCH W NMW



Powyższe działania opierają się na 5-ciu **ZASADACH**, których przestrzeganie gwarantuje sukces tego przedsięwzięcia:

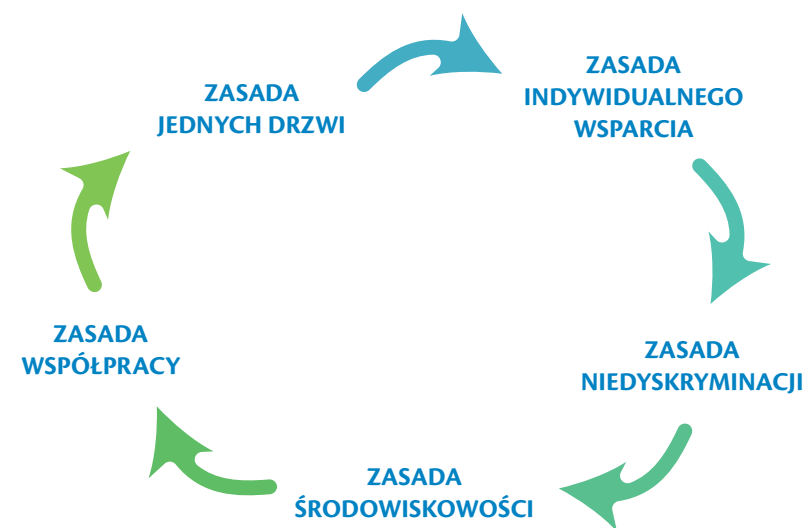
1. **ZASADA INDYWIDUALNEGO WSPARCIA.** Jest ona wyrażana poprzez podmiotowe, a nie przedmiotowe podejściu do klienta, z poszanowaniem jego odrębności oraz szeroko rozumianych potrzeb jako jednostki. Wsparcie klienta rozpoczyna się od rozpoznania jego sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej, rozmowy z nim oraz rodziną. Nowy Model Wsparcia zakłada wzmocnienie aktywności i jak najdłuższą, maksymalną możliwą do uzyskania samodzielność klienta. W ten sposób działania związane z NMW umożliwiają jak najdłuższe przebywanie klienta w środowisku domowym.
2. **ZASADA NIEDYSKRYMINACJI.** Podczas wdrażania Nowego Modelu Wsparcia należy zadbać o to, aby każda dziedzina życia społecznego uwzględniała poszanowanie i potrzeby każdej społeczności, tak, aby przepisy i tworzona wspólna przestrzeń była funkcjonalna dla wszystkich w równym zakresie. Ważnym jest, aby personel dziennych domów pomocy funkcjonujących w NMW przestrzegał zasad niedyskryminacji, poszanowania wolności, jednocześnie zapobiegając występowaniu wszelkich oznak dyskryminacji zarówno wśród współpracowników jak i klientów DDP.
3. **ZASADA ŚRODOWISKOWOŚCI.** Podstawowym celem tej zasady jest nawiązywanie pozytywnych relacji i budowanie więzi pomiędzy osobami w grupie klientów przebywających w DDP. Wdrażanie Nowego Modelu Wsparcia zakłada bowiem, iż ważne jest tworzenie wspólnoty, zintegrowanie środowiska i jego organizację jako całości. Pomoc adresowana każdemu klientowi indywidualnie, przekłada się na jakość wsparcia grupy. Służą temu działania sprecyzowane i skoncentrowane na organizacji czasu i przestrzeni w DDP, które pozwalają na utrzymanie w jak najlepszej kondycji psychofizycznej klienta przy wsparciu personelu i współdziałaniu grupy.
4. **ZASADA WSPÓŁPRACY.** Dotyczy ona przede wszystkim zasad wzajemnego komunikowania się (jasność i zwięzłość komunikacji). Ponadto, zasada ta traktuje o kształtowaniu harmonijnej współpracy pomiędzy pracownikami DDP, a rodziną klienta oraz

instytucjami pomocy społecznej, ośrodkami zdrowia, społecznością lokalną jest konieczna w celu zapewnienia koordynacji działań istotnych dla zaspokojenia potrzeb klientów w celu maksymalizacji korzyści płynących dla klienta DDP.

5. **ZASADA JEDNYCH DRZWI.** Skuteczne wdrożenie Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy zakłada, iż personel DDP zwraca szczególną uwagę reaguje w przypadku pojawiających się symptomów pogorszenia stanu zdrowia klienta. W przypadku istotnego pogorszenia stanu zdrowia, gdy pomoc świadczona przez DDP jest niewystarczająca, nawiązywany jest kontakt z instytucjami pomocy społecznej w celu weryfikacji sytuacji życiowej klienta (tzw. wywiad środowiskowy). Warunkiem zakwalifikowania osoby niesamodzielnej do wsparcia w postaci dalszej pomocy jest ustalenie przez pracownika socjalnego MOPS sytuacji rodzinnej, zdrowotnej oraz socjalnej, zebranie dokumentów i opinii lekarskich, przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, który poprzedza wydanie decyzji w sprawie dalszej pomocy. W Nowym Modelu Wsparcia pomoc w zależności od stanu zdrowia klienta i jego sytuacji społecznej przyznawana jest w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub w postaci pobytu w placówce całodobowej.

Wskazówka

Rzetelne przestrzeganie wszystkich 5-ciu powyższych zasad jest gwarancją skutecznego wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy.

5 KLUCZOWYCH ZASAD SKUTECZNOŚCI WDRAŻANIA NMW

Proces wdrażania Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy w Polsce wymaga również właściwego zadbania o warunki lokalowe i wyposażenie DDP. Poza komfortowymi warunkami pobytu, właściwe wyposażenie DDP, musi wspomagać następujące obszary działań wobec klientów:

- budowanie relacji społecznych,
- poprawę jakości świadczonej opieki,
- wspomaganie aktywności ruchowej,
- wspomaganie aktywności poznawczej,
- motywowanie do aktywności.

Ze względu na to, że wyposażenie DDP ma istotne znaczenie dla wsparcia procesu terapeutycznego i socjalizacyjnego, to planując przestrzeń w ramach wdrażania Nowego Modelu Wsparcia należy wziąć pod uwagę załączony katalog przykładowego wyposażenia. (Załącznik nr 3 Przykładowe wyposażenie DDP.)

Wskazówka

Podany katalog wyposażenia DDP w NMW nie jest zamkniętym zbiorem, a jedynie bazą dla stworzenia właściwych warunków do realizacji nowego programu.

Poniżej przedstawiono niezbędne wymagania w zakresie **infrastruktury**, które są **konieczne** do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy w Polsce:

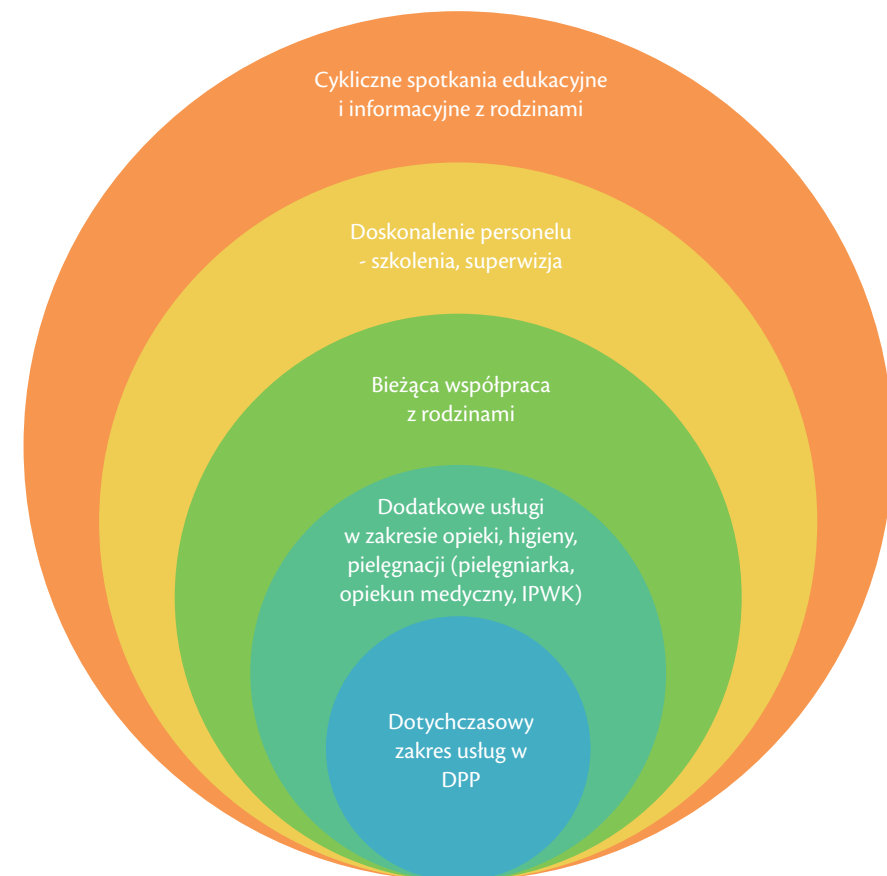
- budynek, jego otoczenie oraz pomieszczenia DDP muszą być pozbawione barier architektonicznych,
- w budynku wielokondygnacyjnym pomieszczenia użytkowane DDP muszą znajdować się na parterze lub należy zainstalować windę osobową dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- posadzki w pomieszczeniach DDP muszą być wykonane z materiałów antypoślizgowych,
- grzejniki w pomieszczeniach DDP muszą posiadać osłony,
- pokój dziennego pobytu/świetlica ze strefą do prowadzenia terapii grupowych, wypoczynku.- meble, urządzenia i sprzęty muszą być dobierane w zależności od rodzaju stosowanych oddziaływań terapeutycznych,
- pokój/miejsce wyciszenia należy wyposażać w meble wypoczynkowe (ilość miejsc powinna odpowiadać potrzebom),
- strefa aktywności ruchowej/wydzielone miejsce do terapii ruchowej należy wyposażać w sprzęt i akcesoria do usprawniania ruchowego klientów DDP,
- pomieszczenie/szatnię dla klientów DDP należy wyposażać w szafki, ścienne wieszaki szatniowe, siedziska, wyposażenie pomocnicze: uchwyty ściennie, teleskopową łyżkę do zakładania i zdejmowania butów, przyrząd do zakładania ubrań (chwytak do ubierania jest niezbędny przy ograniczonym zakresie ruchu), przyrząd do zapinania guzików m.in.,
- WC dla klientów DDP musi być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, a ponadto:
 - zapewnić odpowiednią przestrzeń manewrową – minimalna średnica wynosząca 1,5 m,

- zastosować w tych pomieszczeniach, a także na drodze dojazdu do nich drzwi dla niepełnosprawnych, tzn. takich, które nie posiadają progów, a których minimalna szerokość to 0,9 m,
- zainstalować WC dla niepełnosprawnych i umywalki dla niepełnosprawnych,
- zainstalować uchwyty i poręcze dla niepełnosprawnych, które usprawnią, ale przede wszystkim ułatwią osobom niepełnosprawnym korzystanie z urządzeń.
- pokój socjalny należy wyposażać w stabilny stół i bezpieczne krzesła, zamykane szafki, zlewozmywak, kosz na śmieci, czajnik elektryczny, lodówkę,
- należy wyodrębnić pomieszczenie spełniające warunki techniczne dla gabinetu pomocy doraźnej wyposażony m.in. w pakiet ochronny przed zakażeniami, pojemniki na odpady w tym odpady medyczne.
- kuchnia z wydawalnią musi być wyposażona w niezbędne urządzenia i naczynia umożliwiające wydanie posiłków i napojów dostarczanych do placówki w ramach wyżywienia dla klientów DDP (pomieszczenie do wydawania posiłków winno spełniać wymogi systemu HACCAP),
- zmywalnia musi być wyposażona w stół ze zlewem dwukomorowym, zmywarkę do naczyń, szafę przelotową, szafki dodatkowe, naczynia. Zmywalnia powinna działać zgodnie z systemem HACCP, z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeciwpożarowymi.

Funkcjonowanie Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy

Dzienne domy pomocy funkcjonujące w ramach Nowego Modelu Wsparcia zapewniają ich klientom, opiekunom nieformalnym oraz zatrudnionemu personelowi szereg dodatkowych usług, które w znacznym stopniu wykraczają poza proponowane dotychczas możliwości DDP.

POSZERZONA OFERTA PROGRAMOWA DDP FUNKCJONUJĄCYCH W NMW



Poniżej, w punktach, przedstawiono szczegółowo zakres usług i działania ze strony zatrudnionego w DDP personelu, które oferowane są w dziennych domach pomocy funkcjonujących w Nowym Modelu Wsparcia.

Wskazówka Usługi i działania w Nowym Modelu Wsparcia zaspokajają nie tylko potrzeby fizjologiczne i zdrowotne klientów, ale również ich problemy psychologiczne, socjalne, czy emocjonalne. Działania skierowane są również na pomoc opiekunom nieformalnym oraz wsparcie zatrudnionego personelu.

Wskazówka Kluczową rolę w Nowym Modelu Wsparcia odgrywa personel DDP, którego zadaniem jest wprowadzenie nowych metod pracy w celu poprawy jakości usług oraz ich indywidualnie dopasowanie do każdego klienta.

PROGRAM DDP FUNKCJONUJĄCYCH W NMW⁸

USŁUGI OPIEKUŃCZE

- rozpoznawanie potrzeb biopsycho-społecznych klientów oraz ich możliwości funkcjonowania,
- pomoc i wsparcie opiekuńcze, realizowane poprzez dobranie odpowiednich metod, technik i narzędzi zapewniających kompleksową opiekę dostosowaną do potrzeb i możliwości osoby starszej i niesamodzielnej,
- tworzenie Indywidualnego Planu Wsparcia obejmującego pomoc w czynnościach dnia codziennego, mobilizowanie i podtrzymywanie aktywności,
- proces opiekuńczy realizowany przy udziale Zespołu Interdyscyplinarnego z wykorzystaniem zasobów środowiska lokalnego, rodzinnego i instytucjonalnego w tworzeniu sieci wsparcia osoby starszej i niesamodzielnej,

⁸ Na podstawie: „Nowy Model Wsparcia” opracowany w ramach projektu Domowa przystań współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i wsparcie emocjonalne ze strony opiekunów,
- zapewnienie realizacji czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
- pomoc przy przyjmowaniu posiłków,
- towarzyszenie i wspieranie klientów w ich codziennych czynnościach i wypoczynku,
- podejmowanie działań mających na celu reedukację podstawowych odruchów i umiejętności w samoobsłudze,
- udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia,
- empatię i zrozumienie oraz szacunek dla klienta niezależnie od stanu biopsycho-społecznego,
- podejmowanie działań obejmujących usprawnianie i kinezyterapię pod nadzorem i według wskazań fizjoterapeuty,
- monitorowanie procesu wsparcia i opieki.

USŁUGI PIELĘGNACYJNE

- rozpoznawanie potrzeb i problemów pielęgnacyjnych klientów,
- planowanie i realizowanie opieki pielęgnacyjnej klientów,
- promowanie zdrowia i profilaktyki chorób,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej klientów i ich rodzin,
- poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia klientów i ich rodzin,
- udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia,
- działania opiekuńczo-pielęgnacyjne, kompleksową opiekę poprawiającą jakość życia osoby starszej i niesamodzielnej,
- monitorowanie efektów pracy z klientem,
- wspieranie rodzin przez cały czas pobytu podopiecznych w DDP.
- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym:
 - kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania,
 - motywowanie do aktywności i terapii,

- prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi,
- wspieranie, oraz asystowanie w zwykłych codziennych czynnościach,
- wspieranie procesu leczenia, w tym:
 - realizowanie zleconego przez lekarza procesu terapeutycznego
 - podawanie i pomoc w przyjmowaniu leków drogą doustną,
 - wykonywanie opatrunków w razie potrzeby
 - wykonywanie pomiarów parametrów życiowych (ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury),
 - pomoc w razie potrzeby w oznaczeniu poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru,
 - pomoc w korzystaniu pomocniczych środków medycznych, przedmiotów ortopedycznych.

Wskazówka

Na liczbę i kwalifikacje pracowników DDP wpływają: misja DDP, oferta programowa DDP, z którą wiąże się zakres usług, a także liczba i potrzeby opiekuńcze oraz terapeutyczne klientów DDP.

USŁUGI TERAPEUTYCZNE, WSPOMAGAJĄCE, AKTYWIZACYJNE I INTEGRACYJNE

- prowadzenie kinezyterapii dostosowanej do sprawności psychofizycznej klientów, w tym ćwiczeń oddechowych,
- prowadzenie muzykoterapii,
- prowadzenie terapii umiejętności i zdolności manualnych (rysowanie, szkicowanie, wyklejanie, wyszywanie),
- organizowanie wycieczek/spacerów,
- organizowanie występów muzycznych,
- organizowanie gier towarzyskich i zabaw okolicznościowych dostosowanych do sprawności psychoruchowej klienta,
- organizowanie okolicznościowych występów dzieci i młodzieży,
- organizowanie wyjść do instytucji kulturalno-oświatowych, które funkcjonują lokalnie oraz prelekcji edukacyjno-informacyjnych dla klientów i ich rodzin,

- zapewnienie ścisłej współpracy w Zespole Interdyscyplinarnym (ZI) w celu zapewnienia najwyższej jakości usług,
- prowadzenie treningu czynności samoobsługi w celu uzyskania większej samodzielności i aktywności klienta DDP,
- dbałość o integrację w środowisku DDP klientów i ich rodzin,
- organizowanie spotkań dotyczących opieki nad klientami oraz ewentualnych problemów w zakresie kontaktu z podopiecznymi (m.in. spotkania moderowane przez psychologa nakierowane na rozwiązywanie konfliktów, wsparcie emocjonalne, poprawę komunikacji oraz rozwianie wątpliwości),
- wspieranie aktywności klienta,
- prowadzenie profesjonalnej oceny efektów pracy z klientem.

WSPÓŁPRACA Z OTOCZENIEM I PRACA Z KLIENTEM

- organizowanie prelekcji edukacyjno-informacyjnych – spotkań dotyczących zagadnień związanych z tematyką społeczną, zdrowotną i bezpieczeństwem (współpraca ze specjalistami i instytucjami),
- zapewnienie indywidualnego podejście do każdego z podopiecznych,
- prowadzenie rozmów z każdym z klientów,
- dbałość o integrację międzypokoleniową (współpraca z lokalnymi placówkami oświaty),
- dbałość o przyjazną atmosferę w placówce,
- prowadzenie działań na rzecz poprawy współpracy z otoczeniem i klientami poprzez sprawny przepływ informacji w DDP i między placówkami,
- dbałość o wysoki poziom kompetencji interpersonalnych członków zespołu, zapewniających komfort współpracy na każdym szczeblu,
- prowadzenie oceny możliwości poprawy sytuacji psychofizycznej klienta/podopiecznego,
- dbałość o stały kontakt z instytucjami/placówkami będącymi gwarantem ciągłości działań na rzecz klienta.

Wskazówka W ramach Nowego Modelu Wsparcia podejmowane są takie działania, które służą wzmocnieniu integracji klienta z otoczeniem i poczucia przynależności do lokalnej wspólnoty. Wszystko po to, aby zapobiegać wykluczeniu społecznemu podopiecznego.

DZIAŁANIA NA RZECZ WSPÓŁPRACY Z RODZINĄ

- organizowanie programów edukacyjnych na temat Nowego Modelu Wsparcia – program oparty na ścisłym kontakcie codziennym z rodzinami i pełnej informacji na czym polega opieka nad osobą niesamodzielną/niepełnosprawną/starszą,
- dbałość o najwyższej jakości kontakty i relacje z rodziną klienta,
- dbałość o szybki i sprawny przepływ informacji na temat klienta w kontaktach z rodziną, co rzutuje pozytywnie na sytuację podopiecznego,
- edukowanie rodzin klientów radzenia sobie z nową sytuacją, w której się znaleźli, poprzez m.in. rozmowy, spotkania,
- integracja z innymi rodzinami będącymi w podobnej sytuacji życiowej wymianę doświadczeń,
- wspólne określenie priorytetów dla klienta w celu poprawy jego stanu/sytuacji,
- dbałość o empatię i zrozumienie dla problemów rodzin doświadczonych nową sytuacją,
- zapewnienie dostępności personelu dla klientów i ich rodzin,
- dbałość o życzliwość i otwartość.

Wskazówka W Nowym Modelu Wsparcia istotnym elementem jest włączenie rodzin klientów w działania zmierzające do poprawy jakości opieki. Opiekunowie nieformalni objęci zostają profesjonalnym wsparciem. Dlatego tak ważnym jest, aby w DDP funkcjonującym w ramach NMW znalazła się także oferta współpracy z rodziną klienta.

PRACA ZESPOŁOWA NA RZECZ KLIENTA

- przedstawianie przez personel klientom i rodzinom jak najszerszego wachlarza usług, dostosowanych do potrzeb i możliwości klienta,
- prowadzenie szkoleń w celu nabycia nowych umiejętności i wdrożenia nowych form pracy z seniorami dla pracowników oraz rodzin. Szkolenia umożliwiają stworzenie Indywidualnego Planu Wsparcia dla każdego klienta,
- zatrudnienie pielęgniarki i opiekuna medycznego znacząco rozszerza i podnosi poziom usług higieniczno-pielęgnacyjnych dla klientów DDP,
- utworzenie Zespołu Interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi specjalistów: pielęgniarka, opiekun medyczny, psycholog, terapeuta zajęciowy. Zespół Interdyscyplinarny czuwa nad prawidłowym formułowaniem, przebiegiem i ewentualną modyfikacją Indywidualnego Planu Wsparcia klienta. To Zespół Interdyscyplinarny wprowadza i utrzymuje na wysokim poziomie usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, terapeutyczne, wspomagające, aktywizacyjne i integracyjne. Działania zespołu sprzyjają poprawie współpracy z rodziną klienta i utrzymanie jej na możliwie najwyższym poziomie,
- włączenie w proces terapeutyczny rodzin klientów oraz wsparcie opiekunów nieformalnych na każdym etapie opieki poprzez m.in. rozmowę, szkolenia, warsztaty.

Współpraca specjalistów oraz wymiana informacji pomiędzy nimi jest jednym z najbardziej istotnych elementów pracy na rzecz klienta DDP i musi przebiegać w sposób ciągły oraz usystematyzowany.

Wskazówka

WSPARCIE PRACOWNIKA

- zatrudnienie konkretnych specjalistów w ramach Nowego Modelu Wsparcia musi być podyktowane aktualnymi potrzebami, zasobami i możliwościami danego dziennego domu pomocy,
- w ramach NMW powstaje Zespół Interdyscyplinarny, którego priorytetem jest ścisła współpraca i dopełnianie swoich działań

w celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych klientowi i jego rodzinie usług.

- W skład Zespołu Interdyscyplinarnego wchodzi następujące osoby:
 - Pracownik Koordynujący,
 - Kierownik DDP,
 - Pozostali specjaliści zatrudnieni w DDP.

Wskazówka

Zespół interdyscyplinarny dla każdego klienta określa główny cel wsparcia. Cel ten powinien mieć charakter długoterminowy i dotyczyć przeciwdziałania /zmiany sytuacji niepożądaną na pożądaną, bądź utrzymania sytuacji aktualnej, jeśli oceniana jest ona jako pozytywna.

Wskazówka

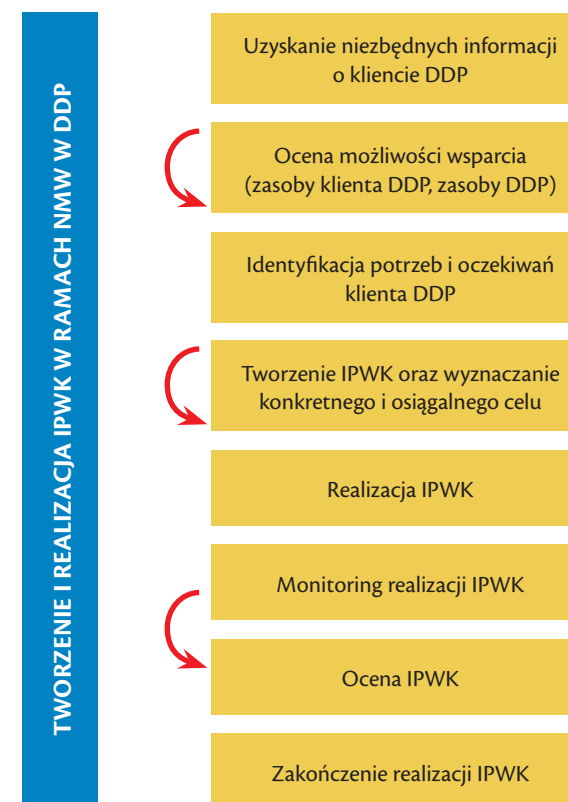
Wszyscy członkowie Zespołu Interdyscyplinarnego, w realizacji poszczególnych zadań z Nowego Modelu Wsparcia, współpracują z Pracownikiem Koordynującym. W sposób ciągły w trakcie realizacji Indywidualnego Planu Wsparcia Klienta personel prowadzi stały monitoring, gdyż wczesne ostrzeżenie o ewentualnych trudnościach i problemach umożliwia zmianę podjętych działań w taki sposób, aby były one dostosowane do aktualnego stanu psychofizycznego klienta DDP i do jego potrzeb.

Indywidualny Plan Wsparcia

Indywidualny Plan Wsparcia Klienta (IPWK) stanowi dokumentację, która musi być prowadzona dla każdego klienta dziennego domu pomocy, który funkcjonuje w ramach Nowego Modelu Wsparcia. IPWK umożliwia realizację usług uwzględniających indywidualne, szeroko rozumiane i zdiagnozowane potrzeby klienta.

Indywidualny Plan Wsparcia Klienta stanowi **szerokie źródło wiedzy** o podopiecznym DDP – jego zasobach, zainteresowaniach, przyzwyczajeniach, upodobaniach, uzdolnieniach, problemach, jak również wiedzy o jego sytuacji zdrowotnej.

SCHEMAT TWORZENIA I REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU WSPARCIA KIENTA



Dokumentacja związana z Indywidualnym Planem Wsparcia Klienta musi zawierać 8 poniższych **elementów**:

1. ARKUSZ DANYCH OSOBOWYCH

2. KARTA OPIEKI I PIELĘGNACJI

3. KARTA OCENY FIZJOTERAPEUTYCZNEJ

4. KARTA FUNKCJONOWANIA PSYCHOSPOŁECZNEGO

5. KARTA ZAINTERESOWAŃ I AKTYWIZACJI

6. KARTA OBSERWACJI I REALIZACJI IPWK

7. KARTA OCENY REALIZACJI IPWK

8. KARTA OKRESOWEJ OCENY REALIZACJI IPWK

Dane uzyskane w określonych obszarach są **niezbędne** dla pełnego i profesjonalnego objęcia klienta opieką oraz należywym wsparciem. Prawidłowo i rzetelnie prowadzona w ten sposób dokumentacja umożliwia również personelowi szybką reakcję w sytuacjach, które mogą zagrażać zdrowiu i życiu klienta.

Wskazówka Proponowany wzór Indywidualnego Planu Wsparcia Klienta stanowi załącznik do niniejszej publikacji. **Załącznik nr 4 Indywidualny Plan Wsparcia Klienta.**

Wskazówka Cele i zadania IPWK w ramach NMW należy ustalić tak, aby były one jasne, konkretnie sprecyzowane oraz mierzalne. W ten sposób po zakończeniu realizacji IPWK można ocenić w jakim stopniu wyznaczone cele zostały osiągnięte.

Brak postępów w realizacji danego celu może oznaczać niewłaściwy kierunek w pracy z klientem DDP. Wymaga to modyfikacji podjętych działań.

Wskazówka

Główne wyniki i wnioski z testowania NMW w DDP – model wrocławski

Pierwszy modelowy DDP funkcjonujący w NMW powstał we Wrocławiu. W celu weryfikacji skuteczności wdrożenia nowatorskiego programu po 6-cio miesięcznym okresie testowania (od września 2018 - punkt pomiarowy T1 do lutego 2019 - punkt pomiarowy T2) przeprowadzono jego ocenę. Na potrzeby oceny skuteczności NMW w DDP we Wrocławiu opracowano dwa zestawy kwestionariuszy pt.: „Testowanie Nowego Modelu Wsparcia dziennych domów pomocy w Polsce”, oddzielnie dla klientów i pracowników. Uzyskane wyniki z badania ankietowego zostały uzupełnione również przez wnikliwe obserwacje, które przeprowadzili eksperci Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu.

W celu oceny skuteczności wdrożonego Nowego Modelu Wsparcia w danym dziennym domu pomocy warto wykorzystać sprawdzoną już ankietę: „Testowanie Nowego Modelu Wsparcia dziennych domów pomocy w Polsce”.

Wskazówka

Pierwsze w Polsce badanie oceny skuteczności NMW zostało przeprowadzone w DDP przy ul. Komuny Paryskiej, gdzie realizowany był Nowy Model Wsparcia oraz w losowo wybranym DDP przy ul. Kościuszki stanowiącym grupę kontrolną. W badaniu łącznie wzięło udział 60 klientów i 16 pracowników.

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych w dwóch grupach osób: klientów i pracowników dziennych domów pomocy po zakończonym 6-cio miesięcznym okresie testowania Nowego Modelu Wsparcia należy stwierdzić, iż⁹ :

⁹ Na podstawie: Raport z testowania Nowego Modelu Wsparcia dla klientów i pracowników dziennych domów pomocy w Polsce „Domowa przystań”, Wrocław 30 kwietnia 2019.

- uczestnicy grupy testowanej i kontrolnej odpowiedzieli, że uzyskują dla siebie odpowiednią i skuteczną opiekę w modelowym DDP,
- uczestnicy obu grup wysoko ocenili zaangażowanie personelu,
- klienci kontrolnego DDP wskazali na poprawę relacji z pracownikami w czasie 6 miesięcy, jednak znacznie słabiej ocenili metody opieki stosowane w DDP,
- uczestnicy obu grup wysoko oceniali standard DDP (wyposażenie, wielkość) oraz ofertę zajęć,
- uczestnicy NMW wysoko ocenili dostępność usług pielęgniarskich i opiekuna medycznego,
- w opinii pracowników, tak z grupy testowanej, jak i kontrolnej, nastąpiło pogorszenie subiektywnie odczuwanego stanu zdrowia po 6-cio miesięcznej obserwacji, choć różnica ta nie była istotna statystycznie.

Ważne

Pomimo braku istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, należy podkreślić fakt, że spadek w grupie testowanej z NMW wyniósł jedynie 2 punkty, a spadek w grupie kontrolnej ponad 5 punktów na 100 stopniowej skali.

- zaobserwowano niższy poziom wyczerpania emocjonalnego dla obydwu grup pracowników w punkcie pomiarowym T2, jednak zmiany te nie były istotne statystycznie,
- pracownicy z grupy NMW wskazali średnio na niższy poziom depersonalizacji i większą poprawę pod względem badanego parametru, jednak zmiany te okazały się być nieistotne statystycznie.

Wskazówka

Brak istotnych różnic pomiędzy grupami klientów i pracowników DDP może wynikać ze zbyt małej liczebności próby ($n < 30$), a także z wysokiej jakości usług oferowanych w obu ocenianych DDP. Ponadto w zakresie analizy usług, badania ilościowe często nie są rzetelne z uwagi na ich ogólny charakter, w związku z tym **warto przeanalizować również indywidualne obserwacje.**

Ponadto, wyniki, które uzyskano po półrocznym okresie testowania NMW we wrocławskim modelowym DDP wskazują, iż Nowy Model Wsparcia:

- rozszerza zakres świadczonych usług pielęgnacyjnych, higienicznych i edukacyjnych (wspierających) dzięki zatrudnieniu pielęgniarki i opiekuna medycznego,
- umożliwia wdrożenie wysokiej jakości kompleksowego wsparcia i opieki dla klientów DDP oraz ich rodzin poprzez rozpoznanie jego sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej oraz odpowiednie interwencje dostosowane do indywidualnych potrzeb klientów dziennych domów pomocy w zakresie świadczonych usług,
- poprzez wprowadzenie Indywidualnego Planu Wsparcia Klienta DDP (arkusz danych osobowych, karta pielęgnacji i opieki, karta oceny sprawności ruchowej, karta oceny stanu psycho-fizycznego oraz karta zainteresowań i aktywizacji) pozwala na stały monitoring klientów pod względem szeroko rozumianych potrzeb, kondycji psycho-fizycznej i społecznej oraz celowaną interwencję w przypadku pojawienia się problemu,
- stwarza możliwości do wzmocnienia aktywności i jak najdłuższego funkcjonowania w środowisku osób niesamodzielnych,
- zwiększa zainteresowanie i zaangażowanie opiekunów nieformalnych,
- umożliwia wdrożenie bogatej oferty programowej DDP, która zakłada szereg zadań dla klienta, opiekuna nieformalnego i pracownika dziennego domu pomocy, stanowiąc również wsparcie w organizacji czasu pracy przy wykorzystaniu dostępnych zasobów,
- dzięki funkcjonowaniu Zespołu Interdyscyplinarnego (pielęgniarka, opiekun medyczny, psycholog, terapeuta zajęciowy) stwarza możliwość wymiany informacji pomiędzy specjalistami DDP,
- sprzyja integracji międzypokoleniowej poprzez współpracę z lokalnymi placówkami oświaty,
- kształtuje efektywną współpracę na linii: instytucja społeczna – personel - opiekun nieformalny,
- zapewnia dobrą koordynację działań instytucji i organizacji istot-

nych dla zaspokojenia potrzeb klientów DDP ukierunkowanych na maksymalizację korzyści zarówno dla klientów, jak i opiekunów nieformalnych,

- zwiększa poziom wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki, higieny i opieki zarówno wśród pracowników, jak i opiekunów nieformalnych poprzez organizowane szkolenia,
- sprzyja integracji społecznej w lokalnym środowisku, redukuje ryzyko wykluczenia społecznego,
- umożliwia nawiązywanie pozytywnych relacji i budowanie więzi pomiędzy klientami uczęszczającymi do DDP (tworzenie wspólnoty i integracja danego środowiska),
- sprzyja lepszej organizacji czasu i przestrzeni dziennych domów pomocy,
- umożliwia spotkania superwizyjne dla personelu DDP, które stwarzają okazję do omówienia bieżących trudnych sytuacji, konsultacji zasad pracy, profilaktyki wypalenia zawodowego w celu wypracowania nowych, lepszych rozwiązań i zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług.

Ważne Nowy Model Wsparcia zwiększa zainteresowanie klientów: przebywają w DDP dłużej, częściej i chętniej.

Rola szkoleń i edukacji w systemie opieki dziennej

Istotnym aspektem NMW jest szeroko rozumiana edukacja.

Szkolenia dla personelu DDP i współpracujących Ośrodków Pomocy Społecznej

Organizowanie szkoleń wynika przede wszystkim z dobrych praktyk obserwowanych w instytucjach bolońskich. Dodatkowo, jest to również realna potrzeba pracowników DDP w Polsce. W badaniach pracownicy podkreślają wysokie zainteresowanie szkoleniami podnoszącymi wiedzę w zakresie:

- pomagania klientom DDP,
- komunikacji z klientami i ich rodzinami,
- komunikacji w zespołach opiekuńczo-terapeutycznych,
- pierwszej pomocy przedmedycznej,
- profilaktyki chorób przewlekłych „cywilizacyjnych”,
- prelekcji edukacyjnych dla klientów DDP, ale także chęć uczestnictwa w szkoleniach dotyczących sposobów profilaktyki schorzeń typowych dla wieku (np. osteoporoza), aranżacji „bezpiecznego” mieszkania (profilaktyka przed upadkami i urazami) oraz w zakresie prelekcji edukacyjne dla rodzin klientów.

Przeszkolenie personelu w trakcie wdrożenia oraz utrzymania NMW jest niezwykle istotnym czynnikiem podnoszącym jakość usług w dziennych domach pomocy, zwłaszcza w zakresie profilaktyki, higieny i pielęgnacji klientów, ale także w zakresie podnoszenia kwalifikacji związanych z diagnozowaniem potrzeb klientów.

W celu utrzymania poziomu wiedzy i umiejętności konieczne jest cykliczne powtarzanie szkoleń oraz włącznie w ten proces każdego nowego pracownika.

Zalecane jest włączenie pracowników rejonowych ośrodków pomocy społecznej w system szkoleń dotyczących wprowadzania NMW w celu zwiększenia świadomości i wiedzy pracowników MOPS oraz ROPS na etapie kwalifikowania klientów do DDP.

Przykładowy plan szkoleń dla personelu znajduje się w załączniku nr 5. (**Załącznik nr 5 Szkolenia dla personelu oraz superwizje**).

Szkolenia dla rodzin klientów DDP

W ramach NMW dzienne domy powinny zapewniać członkom rodzin oraz klientom szkolenia o charakterze spotkań informacyjnych mających cel edukacyjny, poszerzający świadomość na temat ważnych dla nich kwestii zdrowotnych oraz psychologicznych. Ponadto, spotkania te mają także zapewniać merytoryczne wsparcie:

- Informacyjne,
- Emocjonalne,
- Instrumentalne.

W ramach zapewnienia wsparcia emocjonalnego zaleca się tworzenie grup wsparcia dla opiekujących się członków rodzin.

Przykładowa oferta szkoleń dla członków rodzin klientów DDP w NMW znajduje się w załączniku nr 6. (**Załącznik nr 6 Szkolenia dla rodzin oraz klientów, grupy wsparcia**).

Podsumowanie

Adresaci szkoleń:

- Pracownicy DDP,
- Pracownicy właściwych ośrodków pomocy społecznej,
- Rodziny oraz klienci.

Cel szkoleń:

- Podniesienie jakości świadczonych usług – zwiększenie kompetencji pracowników DDP,
- Zwiększenie świadomości i wiedzy pracowników socjalnych w ośrodkach pomocy społecznej przy kwalifikowaniu klientów do DDP.

Tematyka szkoleń;

- Szeroka propozycja szkoleń z zakresu medycznych i psychologicznych aspektów opieki nad osobą niesamodzielną,
- Ergonomia pracy personelu opiekuńczego,
- Wsparcie o charakterze superwizyjnym, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu,
- Umiejętności edukowania rodzin oraz klientów,
- Uwzględnienia werbalnych i pozawerbalnych sposobów komunikacji interpersonalnej,
- Elementy i procedury Nowego Modelu Wsparcia.

Zakres szkoleń powinien być dostosowany (i systematycznie uaktualniany) do specyfiki konkretnej placówki oraz potrzeb pracowników.

Forma, metoda szkoleń:

- Wykłady interaktywne
- Warsztaty, treningi umiejętności
- Analiza przypadków
- Superwizja

1. Sprawozdanie z planu działalności Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej za 2016 rok.
2. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, ze zm.).
3. Minister Rozwoju i Finansów. 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.
4. Raport Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli pt. Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy, zatwierdzony 8 maja 2017 r.
5. Szatur-Jaworska B., Błędowski P. System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycje modelu. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa 2016, s. 163-192.
6. Raport Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli pt. Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, zatwierdzony 2 lutego 2016 r.
7. Raport z przeprowadzonych badań: Pogłębiona analiza stanu funkcjonowania dziennych domów pomocy w Polsce. Wrocław, wrzesień 2017.
8. 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).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1058).
10. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2016 r. poz. 1406).

11. Uchwała Nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 (M.P. poz. 1254).
12. Grabusińska Z. Domy pomocy społecznej w Polsce. Warszawa 2013.
13. Zespół ekspertów projektu Domowa Przystań. „Rekomendacje do Nowego Modelu Wsparcia”. Wrocław, marzec 2018.
14. Zespół ekspertów projektu Domowa Przystań. „Nowy Model Wsparcia w dziennych domach pomocy”. Wrocław, listopad 2019.
15. Zespół ekspertów projektu Domowa przystań. „Raport z przeprowadzonych badań: pogłębiona analiza stanu funkcjonowania dziennych domów pomocy w Polsce”. Wrocław, wrzesień 2017.

ZAŁĄCZNIK 1

Dzienne domy typu „Senior-Wigor” i „Senior +”

DDP typu „Senior+” zapewniają co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku. o dotację na realizację zadań w ramach Programu mogą ubiegać się jednostki samorządu szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, jak również organizacje pozarządowe, na zasadach ofert konkursowych składanych do danego urzędu wojewódzkiego.

W programie „Senior-Wigor” bardziej precyzyjnie (niż w przypadku DDP) zostały również określone wymagania odnośnie personelu. Zgodnie z założeniami programu „Senior Wigor” (a obecnie „Senior+”) jeden pracownik ma mieć pod opieką maksymalnie 15 seniorów. Dodatkowo ma być zatrudniony fizjoterapeuta, pielęgniarka, ratownik medyczny, psychoterapeuta lub dietetyk (w zależności od potrzeb danej placówki). Minimalny standard zatrudnienia w dziennym domu „Senior+” to 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.

Kwalifikacje pracowników i współpracowników realizujących oferty usług w ramach dziennego domu „Senior+” oraz Klubu „Senior+” określa jednostka samorządu, na terenie której działa placówka .

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż w oparciu o dotychczasowe doświadczenia oraz wprowadzenie nowej możliwości w ramach Programu – tworzenia Klubów „Senior+”, przewiduje się, iż liczba nowo tworzonych dziennych domów „Senior+” w kolejnych latach od 2018 r. będzie się zmniejszała. Wynikać to będzie głównie ze zmian w alokacji pomiędzy wysokością środków przeznaczanych na tworzenie nowych placówek „Senior+” a wysokością środków przeznaczanych na zapewnienie ich funkcjonowania. Ponadto, na podstawie dotychczasowych doświadczeń przewiduje się, że liczba tworzonych Klubów „Senior+” w stosunku do liczby dziennych domów „Senior+” będzie istotnie większa. Wynika to z dużego zainteresowania wśród potencjalnych beneficjentów tworze-

niem Klubów „Senior+” w związku z większą elastycznością funkcjonowania tego typu placówki pozwalającą na lepsze dostosowanie jej do potrzeb seniorów o wyższym stopniu samodzielności, a co za tym idzie, wciąż brakować będzie placówek dziennego pobytu przeznaczonych dla osób starszych potrzebujących pomocy i opieki w większym stopniu.

W ramach programu realizowanego w latach 2014-2020 opracowano dokładne zasady funkcjonowania DDP typu „Senior-Wigor” („obecnie Senior+), które funkcjonują i są finansowane z budżetu państwa oraz ze środków własnych jednostek samorządu w nim uczestniczących. Na ich funkcjonowanie mogą być też przeznaczone dodatkowo środki pochodzące z odpłatności ponoszonej przez osoby starsze. Rozwiązania przyjęte w edycji na 2015 rok przewidywały tworzenie dziennych domów jako samodzielnych instytucji powoływanych przez jednostkę samorządu terytorialnego (gminę, powiat, czy województwo). Począwszy od 1 stycznia 2016 roku możliwe jest łączenie ośrodka pomocy społecznej z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.

W tego typu placówkach program nakłada określone przewidywane minimalne standardy, do których zalicza się:

- 1 pomieszczenie ogólnodostępne wyposażone w stoły i krzesła (lub kanapy i fotele) pełniące funkcję sali spotkań, jadalni;
- pomieszczenie albo pomieszczenia kuchenne lub aneks kuchenny, wyposażone w sprzęty, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożycia posiłku;
- 1 pomieszczenie do utrzymania lub zwiększenia aktywności ruchowej lub kinezyterapii wyposażone w podstawowy sprzęt, odpowiedni do potrzeb i sprawności seniorów (np. materace, leżanka, rotory, drabinki, drobny sprzęt do ćwiczeń indywidualnych itp.);
- pomieszczenie pełniące funkcję szatni dla seniorów i personelu z indywidualnymi szafkami;
- 1 łazienka wyposażona w 2 toalety (dla kobiet i mężczyzn), umywalkę i prysznic z krzeselkiem, uchwyty pod prysznicem;
- pokój zabiegowo-pielęgniarski.

Ponadto placówka „Senior-Wigor” może posiadać między innymi:

- 1 pomieszczenie klubowe z biblioteczką i prasą, wyposażone

w sprzęt RTV, komputer z dostępem do Internetu, kanapy i fotele, pomieszczenie do odpoczynku z miejscami do leżenia;

- 1 pomieszczenie do terapii indywidualnej lub poradnictwa rozumianego jako szeroko pojęta praca socjalna;
- wydzielone miejsce na pralkę i odpowiednio wyposażone miejsce do prasowania.

ZAŁĄCZNIK 2

Ankieta potrzeb klientów

Ankieta dla klientów dziennych domów pomocy w Polsce

„Diagnoza potrzeb klientów dziennych domów pomocy w Polsce”

Szanowni Państwo,

zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety.

Ma ona na celu ocenę potrzeb osób korzystających z dziennych domów pomocy na terenie Polski.

W celu wykonania badania zwracamy się do Pani/Pana z prośbą o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

Uzyskane od Państwa informacje pozwolą nam na poznanie potrzeb klientów dziennych domów pomocy oraz umożliwią przygotowanie rekomendacji dla tworzenia nowej oferty w domach pomocy.

Ankieta jest anonimowa i wszystkie uzyskane informacje zostaną wykorzystane wyłącznie w celu wykonania analizy statystycznej.

Bardzo dziękujemy za pomoc i udział w badaniu!

METRYCZKA

Podkreśl właściwą odpowiedź.

1. Płeć

- 1. Kobieta
- 2. Mężczyzna

2. Rok urodzenia

-

3. Wykształcenie

1. Niepełne podstawowe lub podstawowe
2. Zawodowe
3. Średnie
4. Wyższe

4. Wcześniej wykonywany zawód

-

5. Stan cywilny

1. Panna/kawaler
2. Mężatka/żonaty
3. Wdowa/wdowiec
4. Rozwiedziona/rozwiedziony
5. W związku formalnym
6. Inne określenie

6. Sytuacja zawodowa

1. Jestem na emeryturze
2. Jestem na rencie
3. Inne

7. Miejsce zamieszkania

1. Miasto pow. 300 tys. mieszkańców
2. Miasto 100-300 tys. mieszkańców
3. Miasto poniżej 100 tys. mieszkańców
4. Wieś

8. Czas korzystania z usług dziennego domu pomocy

1. Powyżej 5 lat
2. Powyżej 2 lat
2. 1-2 lata
3. Pół roku - rok
4. Krócej niż półroku

9. Jak ogólnie ocenia Pani/Pan dostępność dziennych domów pomocy?

1. Bardzo dobrze
2. Dobrze
2. Przeciętnie
3. Źle
4. Bardzo źle

POTRZEBY W ZAKRESIE USŁUG DZIENNEGO DOMU POMOCY

1. Proszę zaznaczyć krzyżykiem „x” w odpowiedniej kratce jak ocenia Pani/Pan usługi świadczone w dziennym domu pomocy?

RODZAJ USŁUGI	BARDZO DOBRZE	DOBRZE	ANI ŹLE, ANI DOBRZE	ŹLE	BARDZO ŹLE
USŁUGI OPIEKUŃCZE różne formy terapii zajęciowej, muzykoterapia, arteterapia, treningi pamięci					
USŁUGI OPIEKUŃCZE pomoc w organizacji spraw osobistych i urzędowych					
USŁUGI PIELĘGNACYJNE I HIGIENICZNE związane m.in. z możliwością skorzystania z prysznica, pralki, pomiaru ciśnienia					
USŁUGI WSPOMAGAJĄCE spotkania towarzyskie, integracyjne, wyjścia rekreacyjne i kulturalne					
USŁUGI PROFILAKTYCZNE zaspokajanie potrzeb zdrowotnych – zajęcia edukacyjne, prelekcje zaproszonych gości					
INNE USŁUGI zajęcia komputerowe, nauka języków obcych					
POSIŁKI					

2. Które usługi są dla Pani/Pana najważniejsze w ofercie dziennego domu pomocy?

Proszę wybrać i wpisać spośród poniżej wymienionych usług TRZY najważniejsze dla Pani/Pana.

OPIEKUŃCZE

PIELĘGNACYJNE

WSPOMAGAJĄCE

PROFILAKTYCZNE

INNE

1.....

2.....

3.....

3. Które spośród wymienionych poniżej usług OPIEKUŃCZYCH są dla Pani/Pana najważniejsze w ofercie dziennego domu pomocy?

Proszę wybrać i wpisać spośród poniżej wymienionych usług OPIEKUŃCZYCH trzy najważniejsze dla Pani/Pana.

TRENING PAMIĘCI

TERAPIA ZAJĘCIOWA

POSIŁEK

POMOC W ORGANIZACJI SPRAW OSOBISTYCH I URZĘDOWYCH

1.....

2.....

3.....

4. Które spośród usług PIELĘGNACYJNYCH są dla Pani/Pana najważniejsze w ofercie dziennego domu pomocy?

Proszę wybrać i wpisać spośród poniżej wymienionych usług PIELĘGNACYJNYCH trzy najważniejsze dla Pani/Pana.

SKORZYSTANIE Z PRYSZNICA

SKORZYSTANIE Z PRALKI

MIERZENIE CIŚNIENIA

WAŻENIE MASY CIAŁA

OPIEKA PIELĘGNIARKI

1.....

2.....

3.....

5. Które spośród działań PROFILAKTYCZNYCH są dla Pani/Pana najważniejsze w ofercie dziennego domu pomocy?

Proszę wybrać i wpisać spośród poniżej wymienionych usług PROFILAKTYCZNYCH trzy najważniejsze dla Pani/Pana.

WYKŁADY Z LEKARZAMI

WYKŁADY Z PSYCHOLOGIEM

WYKŁADY Z PRAWNIKIEM

WYKŁADY Z PRACOWNIKIEM SOCJALNYM

1.....

2.....

3.....

6. Które spośród usług WSPIERAJĄCYCH są dla Pani/Pana najważniejsze w ofercie dziennego domu pomocy?

Proszę wybrać i wpisać spośród poniżej wymienionych usług WSPIERAJĄCYCH trzy najważniejsze dla Pani/Pana.

WYJŚCIA DO TEATRU

WYJŚCIA DO KINA

WYJŚCIA NA SPACERY

WSPÓLNE SPĘDZANIE CZASU Z INNYMI UCZESTNIKAMI DDP I ROZMOWY

1.....

2.....

3.....

7. Które spośród INNYCH usług są dla Pani/Pana najważniejsze w ofercie dziennego domu pomocy?

Proszę wybrać i wpisać spośród poniżej wymienionych INNYCH usług trzy najważniejsze dla Pani/Pana.

ZAPEWNIENIE TRANSPORTU

ZAJĘCIA KOMPUTEROWE

DOSTĘP DO BIBLIOTEKI

1.....

2.....

3.....

8. Jakich usług brakuje w dziennym domu pomocy, z którego Pani/Pan korzysta?

Proszę podkreślić właściwe według Pani/Pana odpowiedzi.

- 1. różne formy terapii zajęciowej: muzykoterapia, arteterapia itp.
- 2. treningi pamięci
- 3. pomoc w organizacji spraw osobistych i urzędowych
- 4. posiłek
- 5. możliwość skorzystania z prysznica, pralki
- 6. pomiar ciśnienia, pomiar cukru we krwi, pomiar tętna
- 7. spotkania towarzyskie, integracyjne
- 8. wyjścia rekreacyjne, kulturalne
- 9. zajęcia edukacyjne, prelekcje zaproszonych gości, pogadanki ze specjalistami
- 10. Brakuje innych usług, jakich?
- 11. Nie brakuje żadnych usług.

9. Czy któryś z wymienionych czynników stanowi dla Pani/Pana ograniczenie w korzystaniu z dziennego domu pomocy?

Proszę podkreślić właściwe według Pani/Pana odpowiedzi.

- 1. Zbyt duża odległość od domu
- 2. Brak odpowiednich połączeń komunikacji miejskiej
- 3. Bariery architektoniczne (np. brak windy, podjazdu dla niepełnosprawnych)
- 4. Niechęć do wychodzenia z domu
- 5. Brak czasu
- 6. Brak środków finansowych
- 7. Brak zorganizowanego transportu (np. dowóz autobusem)
- 8. Stan zdrowia
- 9. Nieodpowiednia oferta zajęć oferowany w dziennym domu pomocy
- 10. Inne, jakie?
- 11. Nie ma żadnych czynników ograniczających korzystanie z dziennego domu

10. Obecna opłata za korzystanie z dziennego domu jest dla Pani/Pana:

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Zbyt wysoka
- 2. Odpowiednia
- 3. Nie płacę (jestem zwolniona/y z opłaty).

11. Czy chciał(a)by Pani/Pan korzystać z następujących zajęć w dziennym domu pomocy? Wstaw krzyżyk „x” w odpowiedniej kratce.

RODZAJ ZAJĘCIA	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
Nauka języków obcych					
Zajęcia artystyczne (np. malarskie, plastyczne, rękodzielnicze)					
Wykłady dotyczące sytuacji zdrowotnej					
Wykłady dotyczące sytuacji prawnej seniora					
Gry planszowe, gry karciane					
Zajęcia komputerowe					
Warsztaty fotograficzne					
Zajęcia ruchowe (np. kije nordicwalking, taniec, aerobik)					
Zajęcia kulturalne (np. klub książki, kino, teatr)					
Wycieczki					
Zajęcia muzyczne					
Zajęcia kulinarne (gotowanie)					

12. Czy w ofercie Pani/Pana dziennego domu pomocy znajdują się zajęcia usprawniające pamięć?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak
- 2. Nie

13. Czy ma Pani/Pan możliwość skorzystania z pralki/wanny/prysznica w dziennym domu pomocy?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

1. Tak
 2. Nie

14. Dlaczego przychodzi Pani/Pan do dziennego domu pomocy?

.....
.....
.....

15. Proszę opisać, jakie potrzeby powinna spełniać oferta dziennego domu pomocy.

.....
.....
.....

16. Ile osób według Pani/Pana powinno uczestniczyć w zajęciach w dziennym domu pomocy jednocześnie? Proszę wpisać liczbę osób.

.....

17. Proszę zaznaczyć krzyżykiem „x” jak często w swoim wolnym czasie wykonuje Pani/Pan poniższe czynności?

CZYNNOŚĆ	KILKARAZYW ROKU	RAZ W MIESIĄCU	KILKA RAZY W MIESIĄCU	KILKA RAZY W TYGODNIU	CODZIENNIE	NIGDY
Czytanie prasy/gazet						
Czytanie książek						
Rozwiązywanie krzyżówek, łamigłówek (np. sudoku)						
Słuchanie radia						
Słuchanie muzyki						

Oglądanie telewizji						
Przeglądanie Internetu						
Opiekowanie się dziećmi/ wnukami/ prawnukami						
Uprawianie sportu (np. kije nordicwalking, pływanie)						
Kontakt z naturą (np. zajmowanie się ogrodem, działką, wyście do parku)						
Udział w wydarzeniach kulturalnych (np. kino, teatr)						
Hobby (np. wędkowanie)						
Inne, jakie?						
.....						
.....						

SYTUACJA MIESZKANIOWA

1. Mieszkam:

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

1. Samodzielnie
 2. Z partnerem/żoną/mężem
 3. Mieszkam z rodziną (dzieci, wnuki) ile osób?

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze swojej sytuacji mieszkaniowej?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

1. Zdecydowanie zadowolona/y
 2. Raczej zadowolona/y
 3. Nie mam zdania
 4. Raczej niezadowolona/y
 5. Zdecydowanie niezadowolona/y

SYTUACJA ZDROWOTNA

1. Jak ocenia Pani/Pana swój stan zdrowia?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Bardzo dobry
- 2. Dobry
- 3. Przeciętny
- 4. Zły
- 5. Bardzo zły

2. Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak
- 2. Nie (proszę przejść do pytania nr 4)

3. Jaki jest to stopień niepełnosprawności?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Znaczny stopień niepełnosprawności
- 2. Umiarkowany stopień niepełnosprawności
- 3. Lekki stopień niepełnosprawności
- 4. Nie wiem

4. Czy ma Pani/Pan problemy z pamięcią (zapominanie tego, co się robiło chwilę temu, miejsca odłożenia okularów, zapominanie imion i nazwisk, nazw różnych przedmiotów)?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak
- 2. Nie

5. Czy zdiagnozowano u Pana/i chorobę otępienną lub inne zaburzenia pamięci?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak
- 2. Nie

6. Czy któreś ze stanów poniżej zauważa Pani/Pan u siebie?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Osłabiona pamięć
- 2. Smutek
- 3. Brak zapału do pracy
- 4. Osłabienie organizmu
- 5. Niechęć do wykonywania jakichkolwiek czynności
- 6. Złe samopoczucie
- 7. Żadne z powyższych
- 8. Niezamierzona utrata masy ciała więcej niż 5 kilo w ciągu ostatniego roku
- 9. Spowolnienie chodu

OPIEKUN – OSOBA NAJBLIŻSZA

1. Czy korzysta Pani/Pan z czyjejs pomocy przy załatwianiu codziennych spraw (np. pomoc w robieniu zakupów, sprzątaniu, gotowaniu i innych)?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak (proszę odpowiedzieć jeszcze na poniższe pytania)
- 2. Nie, radzę sobie sam/a (dziękujemy, to koniec ankiety)

2. Kim jest dla Pani/Pana ta osoba, która Pani/Panu pomaga?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Małżonek/małżonka
- 2. Syn/córka
- 3. Członek dalszej rodziny
- 4. Wnuk/ wnuczka
- 5. Partner
- 6. Przedstawiciel opieki społecznej
- 7. Inna osoba, kto?

3. Czy osoba, która Pani/Panu pomaga pracuje zawodowo?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak
- 2. Nie

4. Czy chciałaby Pani/Pan, żeby w dziennym domu pomocy były organizowane zajęcia/spotkania dla opiekuna?

Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- 1. Tak
- 2. Nie

5. Jakie według Pani/Pana wsparcie mógłby otrzymać Pani/Pana opiekun w dziennym domu pomocy?

.....

.....

.....

6. Czy ma Pani/Pan jeszcze jakieś uwagi/komentarze odnośnie funkcjonowania dziennego domu pomocy?

.....

.....

.....

Raz jeszcze bardzo dziękujemy za Pani/Pana pomoc!

Ankieta jest przeprowadzana w ramach projektu "Domowa przystań" realizowanego w obszarze Common Framework (nr konkursu: POWER.04.03.00-IP.07-00-004/16) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

ZAŁĄCZNIK 3

Przykładowe wyposażenie DDP

POMIESZCZENIE	INFRASTRUKTURA DDP ZAPEWNIAJĄCA OPTYMALNĄ REALIZACJĘ PROGRAMU NMW
Pokój dziennego pobytu/świetlica	Pomieszczenie do prowadzenia różnych form terapii oraz do wypoczynku. Meble, urządzenia i sprzęty dobierane w zależności od rodzaju stosowanych oddziaływań terapeutycznych.
Jadalnia/stołówka	Pomieszczenie dostosowane do spożywania posiłków. W małych DDP strefa umożliwiająca także prowadzenie zadań w ramach terapii zajęciowej. Wyposażona w meble (stoły, krzesła) łatwe w utrzymaniu czystości, zapewniające komfort klientów przy spożywaniu posiłków.
Pokój/miejsce wyciszenia	Pomieszczenie oddzielne/oddzielone, wyposażone w meble wypoczynkowe (ilość miejsc powinna odpowiadać potrzebom)
Strefa aktywności ruchowej/wydzielone miejsce do terapii ruchowej	Pomieszczenie lub wydzielona część pomieszczenia wyposażone w sprzęt i akcesoria do aktywizacji ruchowej klientów DDP. Dobór sprzętu w zależności od powierzchni strefy.
Pomieszczenie/szatnia dla klientów DDP	Szatnia wyposażona szafki (w miarę możliwości indywidualne dla klientów), ścienne szatniowe, siedziska; wyposażenie wieszaki pomocnicze: uchwyty ścienne, teleskopową łyżkę do zakładania i zdejmowania butów, przyrząd do zakładania ubrań (chwytak do ubierania jest niezbędny przy ograniczonym zakresie ruchu), przyrząd do zapinania guzików itp.
WC /łazienka dla klientów DDP	Sanitariaty dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, zapewniające odpowiednią przestrzeń manewrową, bez progów w drzwiach i pod prysznicem, z zainstalowanym WC dla niepełnosprawnych i umywalki dla niepełnosprawnych z chwytami i poręczami dla osób niepełnosprawnych

Gabinet terapii indywidualnej	Gabinet wyposażony w biurko, fotel biurowy obrotowy, krzesło, ewentualnie kozetkę, szafę zamykaną do przechowywania dokumentacji, apteczkę, telefon, aparat do mierzenia ciśnienia, termometr, pojemniki na odpady.
Pomieszczenie biurowe	Pomieszczenie wyposażone w biurko, fotel biurowy obrotowy, krzesło, szafa zamykana do przechowywania dokumentacji - opcjonalnie szafa kartotekowa, telefon oraz sprzęt IT z dostępem do Internetu.
WC / łazienka dla personelu	Liczba toalet w miejscu pracy uzależniona od liczby zatrudnionych w DDP osób. W miarę możliwości wskazany podział WC na damski i WC męski. W łazience powinny znajdować się umywalki, prysznic, baterie umywalkowe i prysznicowe, lustra, dozowniki mydła w płynie lub dozowniki mydła w pianie, podajniki ręczników papierowych lub/i elektryczne suszarki do rąk oraz kosze na śmieci, a w miarę możliwości dozowniki do płynów dezynfekcyjnych wraz z instrukcją obsługi.
Pokój socjalny	Pomieszczenie dla pracowników DDP. Wyposażenie: stabilny stół i bezpieczne krzesła, zamykane szafki, zlewozmywak, kosz na śmieci, czajnik elektryczny, lodówka.
Kuchnia z wydawalnią	Pomieszczenie wyposażone w niezbędne urządzenia i naczynia umożliwiające wydanie posiłków i napojów dostarczanych do placówki w celu zapewnienia posiłków dla klientów DDP. Konieczność zapewnienia bezpieczeństwa żywności i żywienia (system HACCP) w ramach żywienia zbiorowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
Zmywalnia naczyń	Pomieszczenie wyposażone w stół ze zlewem dwukomorowym, zmywarkę do naczyń, szafę przelotową, szafki dodatkowe, naczynia. Konieczność zapewnienia bezpieczeństwa żywności i żywienia (system HACCP) w ramach żywienia zbiorowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
Zaplecze magazynowo-gospodarcze	Pomieszczenie wyposażone w regały i półki zapewniające przechowywanie materiałów higienicznych, materiałów terapeutycznych oraz pozostałych urządzeń i sprzętów np. sezonowych.

PROPOZYCJA WYPOSAŻENIA DDP PRZY REALIZACJI PROGRAMU NMW	
Meble	<ul style="list-style-type: none"> • stoły dla 4 lub 6 osób do jadalni • stoły do prowadzenia zajęć plastycznych, warsztatów terapeutycznych, spotkań • krzesła • sofa wypoczynkowa • fotele wypoczynkowe • stoliki okolicznościowe • szafy na materiały do terapii • regały na książki • regały magazynowe • szafki na obuwie • wieszaki na odzież
Materiały terapeutyczne	<ul style="list-style-type: none"> • artykuły plastyczne (papier, bibuły, kleje, farby, kredki, artykuły do decupage lub innych technik plastycznych itp.) • artykuły kreatywne (formy do wytłaczania, formy do zdobienia itp.), artykuły biurowe • książki i prasa • gilotyna do papieru • dekoracje okolicznościowe
Sprzęt pomocniczy	<ul style="list-style-type: none"> • telewizor • ekran projekcyjny • rzutnik • tablica flipchart • laptop • drukarka • laminator • radio z CD i mp3 • instrumenty muzyczne
Sprzęt wspierający aktywność ruchową	<ul style="list-style-type: none"> • drabinka do ćwiczeń • rower stacjonarny • opcjonalnie orbitrek, rotor, piłki, taśmy do ćwiczeń lub inny • drobny sprzęt do ćwiczeń indywidualnych

ZAŁĄCZNIK 4

Indywidualny Plan Wsparcia Klienta

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA KLIENTA
PROPOZYCJA ARKUSZA

.....
Imię i nazwisko klienta

.....
Pracownik koordynujący

ARKUSZ DANYCH KLIENTA

(wypełnia kierownik w pierwszym tygodniu pobytu klienta)

DANE OSOBOWE:	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu kontaktowego	
Wykształcenie	nizsze niż podst., podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, policealne, wyższe*
Imię i nazwisko osoby wskazanej do kontaktu / stopień pokrewieństwa	
Nr telefonu osoby wskazanej do kontaktu	
Zdolność do czynności prawnych	pełna, częściowo ubezwłasnowolniony, całkowicie ubezwłasnowolniony*
Imię i nazwisko oraz numer telefonu opiekuna prawnego / kuratora / pełnomocnika*	
Data przyjęcia do DDP	

*zaznacz właściwe

.....
data.....
podpis

KARTA PIELĘGNACJI I OPIEKI

(wypełnia pielęgniarka / opiekun medyczny

w ciągu pierwszego miesiąca pobytu)

DANE KLIENTA						
Imię i nazwisko						
Metoda gromadzenia danych*	Observacja					
	Wywiad					
	Analiza dokumentacji					
STAN ZDROWIA						
Wzrost		Waga		BMI		Masa ciała: prawidłowa, niedowaga, nadwaga, otyłość*
Choroba zasadnicza						
Choroby współistniejące						
Główne dolegliwości						
Przyjmowane leki						
Stwierdzone alergie						
Nałogi						
BADANIE PRZEDMIOTOWE*						
*właściwe podkreślić						
Oddech	prawidłowy, przyspieszony, zwolniony, płytki, stridor, przez nos, przez usta					
Kaszel	suchy, wilgotny, stały, napadowy, brak					
Duszność	spoczynkowa, wysiłkowa, brak					
Tętno	prawidłowe, zaburzenia rytmu, bradykardia, tachykardia					
Obrzęki	uogólnione, miejscowe, stałe, okresowe, brak					

Apetyt	prawidłowy, wzmożony, zmniejszony, brak
Pragnienie	prawidłowe, wzmożone, zmniejszone, brak
Wydalenie	prawidłowe, zaparcia, biegunka, inne
Dolegliwości ze strony układu pokarmowego	trudności w połykaniu, zgaga, odbijanie, nudności, wymioty, wzdęcia, inne, brak
Dieta	normalna, lekkostrawna, lekka mix, lekka bezmleczna, wrzodowa, cukrzycowa, wątrobowa, wegetariańska, inna
Wydalenie moczu ilość	norma, wielomocz, skąpomocz, bezmocz
Trudności w oddawaniu moczu	utrudniony odpływ, pieczenie cewki moczowej, nie- trzymanie moczu, inne, brak
Ostatnie RTG klatki piersiowej	
Wzrok	prawidłowy, niedowidzenie, ślepotą, bolesność, inne
Słuch	prawidłowy, niedosłuch, głuchota
Skóra	czysta, brudna, sucha, wilgotna, biała, zażółcona, zaczerwieniona, sinica, marmurkowa, uszkodzona, z wykwitami patologicznymi, inne
WYSTĘPOWANIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH	
Umiejscowienie	
Charakter bólu	

.....

data

.....

podpis

ZALECENIA	Data i podpis

KARTA OCENY FIZJOTERAPEUTY

(wypełnia fizjoterapeuta w ciągu pierwszego miesiąca pobytu klienta)

IMIĘ I NAZWISKO
OCENA FUNKCJONALNA
PROBLEMY/ DOLEGLIWOŚCIU BÓLOWE/PRZEBYTE URAZY / POTRZEBY zgłaszane przez klienta bądź zaobserwowane

.....

data

.....

podpis fizjoterapeuty

ZALECENIA	Data i podpis

KARTA OCENY FUNKCJONOWANIA PSYCHOSPOŁECZNEGO

(wypełnia psycholog w ciągu pierwszego miesiąca pobytu klienta)

IMIĘ I NAZWISKO	
SFERA POZNAWCZA (zasoby, potrzeby, problemy)	
SFERA EMOCJONALNA (zasoby, potrzeby, problemy)	
SFERA SPOŁECZNA, AKTUALNA SYTUACJA RODZINNA (zasoby, potrzeby, problemy)	

.....
data.....
podpis psychologa

ZALECENIA	Data i podpis

KARTA ZAINTERESOWAŃ I AKTYWIZACJI

(wypełnia terapeuta zajęciowy/
instruktor K.O. w ciągu pierwszego miesiąca pobytu klienta)

IMIĘ I NAZWISKO		
wcześniej wyuczony / wykonywany zawód		
ZAINTERESOWANIA/ PREFERENCJE/ HOBBY		
RODZAJ	TAK/ NIE	UWAGI
Muzyczne		
Kultura i sztuka		
Czytelnicze/ literackie		
Rękodzieło		
Ogrodnicze		
Kulinaria		
Gry		
Komputerowe		
Plastyczne		
Techniczne/ majsterkowanie		
Sportowe		
Inne		
OGRANICZENIA/ TRUDNOŚCI		

.....
data.....
podpis terapeuty zajęciowego
/ instruktora k.o.

ZALECENIA	Data i podpis

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA KLIENTA

formułowany 3 miesiące po przyjęciu klienta

Termin realizacji od do

IMIĘ I NAZWISKO		
CEL GŁÓWNY		
DZIAŁANIA ZMIERZAJĄCE DO REALIZACJI CELU		
opis wsparcia w określonym zakresie/działania minimalizujące problemy klienta		
L.P.	OPIS DZIAŁANIA	OSOBA ODPOWIEDZIALNA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
ZESPÓŁ INTERDYSCYPLINARNY		
STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	DATA I PODPIS
Pracownik koordynujący		
Kierownik		
POZOSTALI SPECJALIŚCI		

KARTA OBSERWACJI KLIENTA I REALIZACJI IPWK

(wypełniana przez zespół interdyscyplinarny)

IMIĘ I NAZWISKO	
OBSERWACJA / REALIZACJA IPWK	DATA I PODPIS

**KARTA OCENY REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU
WSPARCIA KLIENTA**

obowiązującego od do

IMIĘ I NAZWISKO

OCENA REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU WSPARCIA KLIENTA		
L.P.	ZADANIA	WYNIKI (np. zrealizowane, niezrealizowane, do kontynuacji, rezygnacja - brak współpracy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
OPIS		

ZALECENIA
dotyczące kontynuacji pobytu / propozycja innej formy wsparcia

ZESPÓŁ INTERDYSCYPLINARNY		
STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	DATA I PODPIS
Pracownik koordynujący		
Kierownik		
POZOSTALI SPECJALIŚCI		

**KARTA OKRESOWEJ OCENY REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU
WSPARCIA KLIENTA**

(dokonywana przez kierownika lub osobę przez niego wyznaczoną
raz na pół roku)

IMIĘ I NAZWISKO

L.P.	OCENA	DATA I PODPIS

ZAŁĄCZNIK 5

Szkolenia dla personelu oraz superwizje

TEMAT SZKOLENIA	DLA KOGO / JAK CZĘSTO
Nowy Model Wsparcia w DDP - istota, etapy, wymagania	<ul style="list-style-type: none"> • wszyscy pracownicy DDP, pracownicy właściwej jednostki ośrodka pomocy społecznej łącznie z kadrą kierowniczą • jednorazowo
Indywidualny Plan Wsparcia Klienta jako podstawowe narzędzie pracy w NMW.	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy Zespołu Interdyscyplinarnego w DDP • raz w roku
Zaburzenia otępienne – objawy, diagnostyka, leczenie, profilaktyka.	<ul style="list-style-type: none"> • wszyscy pracownicy DDP, pracownicy socjalni ośrodka pomocy społecznej • raz na 2 lata
Depresja u osób starszych – objawy, diagnostyka, leczenie, profilaktyka	<ul style="list-style-type: none"> • wszyscy pracownicy DDP, pracownicy socjalni ośrodka pomocy społecznej • raz na 2 lata
Upośledzenie wzroku i słuchu	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy ZI w DDP • raz na 2 lata
Podstawy ergonomii pracy pielęgniarki i opiekuna medycznego	<ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka, opiekun medyczny, kadra kierownicza DDP • raz na 2 lata
Podstawy pielęgnacji i higieny osób starszych: nietrzymanie moczu, cukrzyca typu 2	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy ZI w DDP • raz na 2 lata
Terapia psychomotoryczna	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy ZI w DDP • raz na 2 lata
Aktywność fizyczna osób starszych – aktualne zalecenia i korzyści podejmowania	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy ZI w DDP, pracownicy socjalni w ośrodku pomocy społecznej • raz na 2 lata

Pomyślne starzenie się – uwarunkowania i profilaktyka gerontologiczna	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy ZI w DDP, pracownicy socjalni • raz na 2 lata
Upadki – profilaktyka pierwotna upadków i złamań, rola pielęgniarki i opiekuna w ich zapobieganiu	<ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka, opiekun medyczny, pozostali członkowie ZIW • raz na 2 lata
Osteoporoza	<ul style="list-style-type: none"> • członkowie ZI • raz na 2 lata
Zespół słabości – coś więcej, niż starzenie się	<ul style="list-style-type: none"> • członkowie ZI • raz na 2 lata
Udar mózgu – zapobiegaj	<ul style="list-style-type: none"> • członkowie ZI • raz na 2 lata
Nietrzymanie moczu – rodzaje, rozpoznanie, metody leczenia i profilaktyki	<ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka, opiekun medyczny • raz na 2 lata
Model biopsychospołeczny i model adaptacyjnego radzenia sobie	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy ZI, pracownicy socjalni ośrodka pomocy społecznej • raz na 2 lata
Zasady skutecznej komunikacji	<ul style="list-style-type: none"> • wszyscy pracownicy DDP, pracownicy socjalni OPS • raz w roku
Wypalenie zawodowe i przeciążenie opiekunów, wsparcie psychiczne	<ul style="list-style-type: none"> • członkowi ZI • raz w roku
Warsztaty w podgrupach/ analiza przypadków klinicznych	<ul style="list-style-type: none"> • członkowie ZI, pracownicy socjalni • cyklicznie 1 raz w miesiącu
Superwizja, spotkania o charakterze superwizji koleżeńskiej moderowane np przez psychologa	<ul style="list-style-type: none"> • członkowie ZI • cyklicznie raz na 1-2 miesiące
Pierwsza pomoc przedmedyczna	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy DDP • 1 raz w roku
Prawa człowieka, prawa klienta DDP	<ul style="list-style-type: none"> • pracownicy DDP, pracownicy socjalni • raz na 2 lata

ZAŁĄCZNIK 6

Szkolenia dla rodzin oraz klientów, grupy wsparcia

Zachęcamy, aby spotkania informacyjne i edukacyjne prowadzone były przez zaproszonych ekspertów z organizacji świadczących usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne lub ekspertów z innych organizacji/institucji w regionie (uczelnie wyższe, stowarzyszenia itp.).

Poniżej umieszczone są przykładowe tematy szkoleń oraz spotkań.

Szkolenia, warsztaty, spotkania informacyjne, bieżące konsultacje dla rodzin z zakresu opieki nad osobą starszą:

- ćwiczenie konkretnych czynności (np. pomoc w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków, pomoc przy przemieszczaniu się itd.),
- charakterystyka schorzeń typowych dla wieku starszego – aspekt medyczny i psychologiczny (np. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, osteoporoza, cukrzyca t.2, zespół słabości); zaburzenia otępienne o różnej etiologii,
- zasady komunikacji z osobą z zaburzeniami procesów poznawczych,
- codzienny trening orientacji w rzeczywistości oraz inne metody i techniki nefarmakologicznego wzmocnienia procesów poznawczych,
- stres i wypalenie; objawy, strategię radzenia sobie z przeciążeniem,
- aspekty prawne i organizacyjne sprawowania opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny,
- aranżacja „bezpiecznego mieszkania”, jako profilaktyka upadków i urazów – rozwiązania architektoniczne i elementy wyposażenia wnętrza zwiększające komfort i bezpieczeństwo seniorów.

