

Załącznik nr 13 do Regulaminu wyboru projektów konkursu nr FEMP.06.21-IP.01-028/24

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 2034/23 Zarządu Województwa Małopolskiego
z dnia 24 października 2023 r.

Model placówek zapewniających dzienną opiekę w Małopolsce

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

ul. Piastowska 32

30-070 Kraków

www.rops.krakow.pl

Opracowanie:

Agata Lorek

Współpraca:

Małgorzata Szlązak

Rafał Barański

Współpraca przy wyborze małopolskich innowacji społecznych:

Anita Parszewska

Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.

Spis treści

1. Wprowadzenie	4
2. Cele placówki	5
3. Charakterystyka odbiorców wsparcia – adresaci placówki	7
4. Zakres świadczonych usług – usługi realizowane w placówce	13
5. Organizacja placówki	18
5.1 Zasięg działania	20
5.2 Obowiązki informacyjne.....	21
5.3 Dokumentacja	21
5.4 Standardy lokalowe placówki	23
6. Kadra oraz jej kwalifikacje	30
7. Współpraca	33
8. Warto wiedzieć	33

1. Wprowadzenie

Małopolski model prowadzenia placówek zapewniających dzienną opiekę osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność potrzebują częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, w szczególności osoby starsze, zwany dalej „modelem”, określa m.in. cele i sposób funkcjonowania placówek, charakterystykę odbiorców wsparcia, realizację podstawowych i dodatkowych usług, minimalne i rekomendowane standardy, w tym lokalowe, jakie winny spełniać placówki oraz wymagania stawiane personelowi takich placówek. Wsparcie mieszkańców województwa w postaci placówek zapewniających codzienne usługi opiekuńcze osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wpisuje się w ogólnopolską „Strategię Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”¹, „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030”², a przede wszystkim ujęte zostało w dokumentach regionalnych – Strategii Rozwoju Województwa. Małopolska 2030³ oraz w „Regionalnym planie rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji województwa małopolskiego na lata 2023-2025 z perspektywą do 2030”.⁴ Jak zapisano w krajowej Strategii rozwoju usług społecznych, celem strategicznym jest „przygotowanie systemu realizacji usług społecznych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności z uwagi na starszy wiek, niepełnosprawność, problemy z zakresu zdrowia psychicznego (...) w taki sposób, aby mogły bezpiecznie i niezależnie funkcjonować w swoim miejscu zamieszkania tak długo, jak tego chcą (...)”.

Uruchamianie w regionie placówek zapewniających dzienną opiekę wpisuje się przede wszystkim w realizację środowiskowego kierunku rozwoju usług społecznych czyli w działania sprzyjające deinstytucjonalizacji, zwiększa ofertę usług opiekuńczych, których poziom zaspokojenia zgodnie z „Regionalnym planem rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji województwa małopolskiego na lata 2023-2025 z perspektywą do 2030” jest dalece niewystarczający w stosunku do potrzeb w tym zakresie.

Wypracowany model służyć ma przede wszystkim Beneficjentom Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 tworzącym przy wsparciu środków

¹Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)

²Uchwała nr 105 Rady Ministrów z dnia 17 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030”

³ <https://www.malopolska.pl/strategia-2030>

⁴ <https://rops.krakow.pl/strategie-i-programy/regionalny-plan-rozwoju-uslug-spoecznych-i-deinstytucjonalizacji-wojewodztwa-malopolskiego-na-lata-2023-2025-z-perspektywa-do-2030>

UE placówki zapewniające dzienną opiekę w formie usługi publicznej, czyli w formie ośrodków wsparcia, a także w innej formie organizacyjnej, czyli placówek niepublicznych przez beneficjentów Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 będących podmiotami spoza sektora finansów publicznych.

Wypracowany model ma jednak charakter uniwersalny – mogą go zastosować wszyscy zainteresowani przy organizacji ośrodków wsparcia o charakterze dziennej opieki, szczególnie jednostki samorządu terytorialnego, dla których niniejsze opracowanie powinno być użyteczne praktycznie w związku z brakiem szczegółowych regulacji ustawowych w tym zakresie. Placówki zapewniające dzienną opiekę, mogą bowiem być prowadzone w oparciu o środki własne samorządów lokalnych, budżety organizacji pozarządowych, środki europejskie, montaż w/w środków i wszelkie inne dostępne źródła finansowania tego typu usług, w tym w oparciu o partycypację uczestników w kosztach otrzymywanej usługi.

W przypadku finansowania placówek ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 należy uwzględnić zasady wynikające z „Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027”.⁵

2. Cele placówki

Celem działalności placówek zapewniających dzienną opiekę, w szczególności osobom starszym na terenie Małopolski jest możliwie jak najszersze wsparcie uczestników i ich rodzin poprzez stworzenie im bezpiecznych i przyjaznych warunków sprzyjających poprawie jakości życia i utrzymaniu optymalnego poziomu samodzielności. Placówka ma za zadanie zapewnienie usług opiekuńczych definiowanych zgodnie z ustawą o pomocy społecznej jako „pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem”⁶ i/lub specjalistycznych usług opiekuńczych, które są dostosowane do szczególnych potrzeb związanych ze schorzeniem lub niepełnosprawnością i są świadczone przez wykwalifikowanych specjalistów⁷.

Placówki zapewniające dzienną opiekę, w szczególności osobom starszym na terenie Małopolski odpowiadają na niedostateczny poziom zaspokojenia potrzeb społecznych w zakresie usług opiekuńczych i stanowią istotny element modelu opieki środowiskowej. Zgodnie z „Regionalnym planem rozwoju usług społecznych i

⁵ Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027”

[<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/>]

⁶ Art. 50 ust. 1 pkt 3 ustawy o pomocy społecznej

⁷ Art. 50 ust. 1 pkt 4 ustawy o pomocy społecznej

deinstytucjonalizacji województwa małopolskiego na lata 2023-2025 z perspektywą do 2030” ta forma wsparcia „wydaje się być najbardziej efektywną formułą organizacji i świadczenia usług opiekuńczych, cechującą się dużym potencjałem rozwojowym (...)”⁸.

Działania placówek sprzyjają pozostawaniu osób niesamodzielnych jak najdłużej w miejscu ich zamieszkania i stanowią istotne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu tych osób, a także funkcjonowaniu ich rodzin, poprzez ich odciążenie oraz podnoszenie jakości opieki rodzinnej. Biorąc pod uwagę fakt, iż ciężar opieki spoczywa głównie na rodzinie istotne jest odciążenie jej poprzez ofertę usług takich placówek.

Placówki dziennej opieki jako formy półstacjonarne wypełniają też lukę w systemie usług społecznych tworzącą się pomiędzy usługami opiekuńczymi świadczonymi w miejscu zamieszkania a placówkami opieki całodobowej. Ośrodki wsparcia, będące usługą publiczną, takie jak: dzienne domy pomocy, kluby samopomocy, środowiskowe domy samopomocy, ale także placówki spełniające te same funkcje, lecz tworzone przez podmioty niepubliczne ze środków europejskich, jako istotne narzędzie deinstytucjonalizacji, mogą być także wykorzystywane w procesach usamodzielnienia, umożliwiając powrót do środowiska osobom objętym usługami stacjonarnymi.

Placówka zapewniająca dzienną opiekę, w szczególności dla osób starszych może specjalizować się w opiece nad osobami cierpiącymi na choroby otępienne. Ryzyko zachorowania na choroby otępienne wzrasta po ukończeniu 65. roku życia. W dobie starzejącego się społeczeństwa konieczne jest zorganizowanie odpowiedniego wsparcia dla osób, które są w grupie ryzyka oraz objęcie pomocą osób już zdiagnozowanych, w jak najwcześniejszym stadium choroby. Wczesna reakcja zwiększa szansę na spowolnienie rozwoju choroby, pozwala na dłuższe utrzymanie samodzielności, a tym samym przyczynia się do lepszej jakości życia chorego i jego rodziny.

Osoby z demencją wymagają nie tylko leczenia, ale szczególnej formy opieki. Wsparcie udzielane osobom starszym z chorobami otępiennymi wpływa pozytywnie na codzienną aktywność tych osób, a wdrażanie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych pozwala na spowolnienie procesu choroby. Celem działania placówki specjalizującej się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne, obok jak najdłuższego funkcjonowania chorego w środowisku, jest próba utrzymania zachowanych umiejętności i codziennych aktywności, integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności, a także wsparcie opiekunów faktycznych.

Organizacja opieki nad osobami cierpiącymi na choroby otępienne spoczywa przede

⁸ s. 78 w części „USŁUGI SPOŁECZNE W MAŁOPOLSCE – DEFICYTY, POTRZEBY, POTENCJAŁ ROZWOJOWY”

wszystkim na ich dotychczasowych opiekunach, dla których możliwość pobytu podopiecznego w ośrodku byłaby znaczącym wsparciem. Opieka nad osobą cierpiącą na choroby otępienne niejednokrotnie jest bardzo obciążająca psychicznie dla opiekuna, często jest sprawowana całodobowo.

Oferta placówki pozwoli opiekunom nieformalnym na regenerację sił psychicznych, a tym samym przyczyni się do zwiększenia ich wydolności opiekuńczej i pozwoli na dalsze prawidłowe wypełnianie funkcji opiekuńczej nad osobą bliską. Osoby cierpiące na choroby otępienne mogą być uczestnikami placówek bez określonego profilu, o ile możliwości organizacyjne placówki na to pozwalają. Tworzenie profilowanych placówek pozwoli jednak na kompleksowe i specjalistyczne objęcie pomocą chorych i ich rodzin.

3. Charakterystyka odbiorców wsparcia – adresaci placówki

Usługi placówek zapewniających dzienną opiekę kierowane są do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, w szczególności do osób starszych (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).

Powyższe kryteria oznaczają, iż obligatoryjnie przy rekrutacji grupy docelowej należy uwzględniać potrzebę opieki i pomocy z uwagi na: wiek, chorobę i/lub, niepełnosprawność. Dodatkowo, zgodnie z ogólną definicją usług opiekuńczych (art. 50.1 w/w ustawy), należy także uwzględnić możliwości zapewnienia niezbędnej pomocy i opieki przez rodzinę/opiekunów.

Oferta placówki skierowana jest do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność, w szczególności do osób starszych, w tym osób cierpiących na zespoły otępienne.

Uczestnikami placówki mogą być wyłącznie osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. To kryterium uznaje się za spełnione, jeżeli osoba rekrutowana do ośrodka wsparcia zgodnie z poniższym kwestionariuszem otrzymała minimum 3 pkt., jednak zaleca się stosowanie preferencji dla osób otrzymujących większą liczbę punktów.

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI			
1. OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOBSŁUGI	Osoba jest samodzielną, nie wymaga	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób	Osoba nie jest w stanie wykonywać większości

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI

	wsparcia i opieki X= 0 pkt	w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	czynności, nawet przy wsparciu X= 2 pkt
- HIGIENA CIAŁA (mycie włosów, kąpiel, toaleta jamy ustnej, obcinanie paznokci, golenie)			
- ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH (kontrola nad czynnościami wydalniczymi, korzystanie z toalety, dojście do toalety i powrót)			
- UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE (przygotowanie ubrań adekwatnie do warunków pogodowych, ubieranie się, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrania)			
- ODŻYWIANIE sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, posługiwanie się sztućcami, przygotowanie posiłków, przyjmowanie leków			
2. OCENA PORUSZANIA SIĘ	Osoba samodzielnie się porusza, bez żadnej pomocy	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób/sprzętów pomocniczych, jak kula, chodzik, laska przy wykonywaniu co najmniej jednej	Osoba nie jest w stanie poruszać się, nawet przy wsparciu innych osób/sprzętów pomocniczych w jakimkolwiek obszarze

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI

	X= 0 pkt	czynności z katalogu X= 1 pkt	X= 2 pkt
-W MIESZKANIU (wstawanie z łóżka i powrót do niego, siadanie, chodzenie w obrębie mieszkania)			
- POZA MIESZKANIEM (chodzenie po schodach, opuszczanie mieszkania i powrót do niego, korzystanie ze środków komunikacji, przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania)			
3. OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z PROWADZENIEM GOSPODARSTWA DOMOWEGO	Osoba jest samodzielną, nie wymaga wsparcia i opieki X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności z katalogu, nawet przy wsparciu X= 2 pkt
- CZYNNOŚCI GOSPODARCZE (sprząatanie, mycie okien, mycie podłóg, pranie, prasowanie, robienie zakupów)			
- PRZYGOTOWYWANIE POSIŁKÓW (przygotowywanie posiłków, zwłaszcza ciepłych, obsługa urządzeń niezbędnych do gotowania)			
4. OCENA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM	Osoba komunikuje się	Osoba wymaga pomocy w co najmniej jednym	Osoba niezdolna do komunikowania

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI

	<p>samodzielnie, nie wymaga wsparcia</p> <p>X= 0 pkt</p>	<p>obszarze umiejętności komunikacyjnych w związku z problemami ze słuchem, wzrokiem, pamięcią (np. noszenie aparatu słuchowego, okularów), wymaga podpowiedzi; porozumiewa się gestem, pojedynczymi słowami itp.)</p> <p>X= 1 pkt</p>	<p>się, nawet przy wsparciu (np. nie mówi, nie spełnia poleceń, nie rozumie mowy)</p> <p>X= 2 pkt</p>
<ul style="list-style-type: none"> - mówienie - rozumienie mowy - wykonywanie poleceń - słyszenie 			
<p>5. OCENA UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM</p>	<p>Osoba nie wymaga wsparcia w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, załatwianiu spraw, organizacji swojego czasu wolnego</p> <p>X= 0 pkt</p>	<p>Osoba wymaga wsparcia w co najmniej jednym obszarze z katalogu, by uczestniczyć w życiu społecznym - z uwagi na np. poczucie osamotnienia związane z utratą osób bliskich, rozluźnienie więzi rodzinnych, konflikty, oddalenie od bliskich w przestrzeni geograficznej; - z uwagi na chorobę</p>	<p>Osoba m.in. ma znaczne trudności w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, jest wycofana ze spraw innych, ma problemy w relacjach z rodziną lub nie utrzymuje ich w ogóle</p> <p>X= 2 pkt</p>

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI

		np. depresję, demencję; - z uwagi na niepełnosprawność, która wyklucza samodzielny udział w życiu społecznym X= 1 pkt	
<ul style="list-style-type: none"> - umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, - umiejętność rozwiązywania codziennych problemów, - umiejętność załatwiania spraw urzędowych i spraw w placówkach służby zdrowia, - umiejętność podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby, - umiejętność organizacji czasu wolnego, - umiejętność korzystania z dostępnej oferty kulturalnej, sportowej, rekreacyjnej 			
RAZEM PUNKTACJA:			

Co do zasady, biorąc pod uwagę grupowy charakter świadczenia usług, uczestnik placówki nie może być osobą całkowicie niesamodzielną, np. osobą leżącą, nie komunikującą się zupełnie, bez kontaktu logicznego itp. Przyjmuje się, iż osoba, która w kwestionariuszu oceny potrzeby wsparcia i opieki uzyskała powyżej 15 pkt. nie kwalifikuje się do placówki zapewniającej dzienne usługi opiekuńcze.

Przyjęcie uczestnika do placówki następuje na podstawie:

- pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o przyjęcie do placówki lub jej przedstawiciela ustawowego,
- spełnienia kryterium konieczności wsparcia i opieki, zgodnie z powyższym kwestionariuszem,
- zaświadczenia lekarskiego, zawierającego co najmniej:
 - określenie najważniejszych informacji o stanie zdrowia pacjenta pozwalających na dobór odpowiednich działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel ośrodka,
 - określenie występowania, bądź nie choroby otępiennej lub jej objawów,
 - określenie dopuszczalnych form usprawniania ruchowego uczestnika, bądź ograniczeń w tym zakresie.
- rozmowy rozpoznającej sytuację uczestnika i jego rodziny przeprowadzonej przez np.:
 - pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się, jeżeli placówka funkcjonuje w ramach systemu pomocy społecznej,
 - pracownika socjalnego zatrudnionego w placówce,
 - innego pracownika merytorycznego placówki, np. psychologa.

Rozmowa jest przeprowadzana w celu przyznania prawa pobytu uczestnika w placówce i jest utrwalona na piśmie w postaci kwestionariusza wywiadu/raportu określającego co najmniej sytuację rodzinną, mieszkaniową, zdrowotną (w tym funkcjonalny stan zdrowia – w jakim zakresie osoba jest samodzielna, a w jakim obszarze wymaga pomocy innych) i ekonomiczną osoby ubiegającej się oraz zawierać odpowiedź na wniosek w postaci przyznania prawa pobytu w placówce.

W procesie rekrutacji osób z chorobą otępienną wskazane jest wykorzystanie dodatkowo:

- narzędzi diagnozujących/testów przesiewowych pozwalających na ocenę poziomu funkcji poznawczych uczestnika np. testu MMSE (krótka skala oceny stanu umysłowego) oraz testu rysowania zegara, wywiadu psychologicznego,
- wywiadu z opiekunem nieformalnym w celu określenia potrzeb uczestnika, jeśli to możliwe,
- oceny funkcjonowania uczestnika podczas kilku godzin pobytu obserwacyjnego/pobytu próbnego w placówce.

Przyznane prawo pobytu w placówce winno być weryfikowane nie rzadziej niż raz na 6 m-cy za pomocą aktualizującej rozmowy, o której mowa powyżej. Weryfikacja ma na celu przede wszystkim aktualizację danych uczestnika i bieżące określenie jego sytuacji, zwłaszcza zdrowotnej oraz dostosowanie form oddziaływań terapeutycznych do aktualnych jego potrzeb.

Okres wsparcia danego uczestnika w placówce nie podlega z góry określonymu limitowi. Zakończenie wsparcia może nastąpić w wyniku:

- negatywnej weryfikacji przyznanego prawa pobytu w związku z np. znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia uczestnika, objawami choroby otępiennej, które uniemożliwiają pobyt grupowy w placówce, nieprzestrzeganiem przez uczestnika zasad ustalonych w ośrodku,
- rezygnacji uczestnika/opiekuna prawnego,
- śmierci uczestnika.

Uczestnicy placówki mogą tworzyć samorząd – np. radę domu. Rada domu reprezentuje interesy ogółu uczestników, a do jej kompetencji należy przede wszystkim:

- przedstawianie kierownikowi placówki wniosków, uwag i propozycji dotyczących realizacji świadczonych usług,
- współpraca w sprawach dotyczących organizacji pracy ośrodka,
- współpraca w zakresie kształtowania właściwych stosunków interpersonalnych pomiędzy uczestnikami a personelem placówki,
- przekazywanie propozycji oraz inspirowanie form wewnętrznej integracji uczestników placówki oraz integracji ze środowiskiem lokalnym,
- propagowanie zasady wzajemnej pomocy, w szczególności dla uczestników o ograniczonych możliwościach samodzielnego funkcjonowania w społeczności placówki.

Szczegółowy sposób organizacji samorządu uczestników określa regulamin lub inny wewnętrzny dokument placówki.

4. Zakres świadczonych usług – usługi realizowane w placówce

Rodzaj i sposób świadczenia usług w placówce zapewniającej dzienną opiekę na terenie Małopolski powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości uczestnika, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa. Placówka spełnia swoje cele poprzez realizację usług dla uczestników placówki i ich opiekunów rodzinnych.

Oferta ośrodka wsparcia winna być dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestników placówki, co ma kluczowe znaczenie dla jej efektywności, zwłaszcza w przypadku osób znajdujących się w różnych stadiach zaawansowania zespołów otępiennych. Minimalny zakres oferty placówki powinien obejmować:

- usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne,
- usługi terapeutyczne,
- usługi wspomagające.

W zakresie **usług opiekuńczo - pielęgnacyjnych**, rozumianych jako usługa opiekuńcza zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, placówka zapewnia:

- zaspokojenie potrzeb życiowych m.in. poprzez zapewnienie miejsca do bezpiecznego spędzania czasu; pomoc i wsparcie opiekuńcze, realizowane poprzez odpowiednio dobrane metody, techniki i narzędzia zapewniające kompleksową opiekę dostosowaną do potrzeb i możliwości uczestnika;
- usługi pielęgnacyjne, w tym pomoc w utrzymaniu higieny osobistej; wspieranie oraz asystowanie w codziennych czynnościach; podawanie i pomoc w przyjmowaniu leków drogą doustną; pomoc w korzystaniu pomocniczych środków medycznych, przedmiotów ortopedycznych; udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia;
- zapewnienie minimum jednego ciepłego posiłku oraz w razie potrzeby pomoc przy spożywaniu posiłków;
- dowóz uczestników do i z placówki. Dowóz może być realizowany w ramach usług świadczonych przez placówkę lub zlecany/organizowany przez podmioty zewnętrzne. Placówka może ustalić w dokumentach wewnętrznych zasady korzystania z usług dowozu zgodnie z zapotrzebowaniem;
- poradnictwo i wsparcie w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych oraz bieżących spraw życia codziennego.

W zakresie **usług terapeutycznych** placówka oferuje udział w zajęciach terapeutycznych, podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym w celu usprawnienia psychicznego i fizycznego uczestnika.

Zajęcia w placówce odbywają się w formie:

- indywidualnej pracy terapeutycznej, podczas której uczestnik wykonuje zadania przygotowane specjalnie dla niego (forma przede wszystkim dla uczestników wymagających specyficznych oddziaływań z uwagi na swój stan psychofizyczny np. po przebytych udarach, z chorobami otępiennymi),
- zajęć grupowych, podczas których wszyscy uczestnicy lub ich grupa poddawani są takim samym oddziaływaniom lub wykonują te same zadania.

Obligatoryjnie placówka winna zapewniać **terapię ruchową** - realizowaną poprzez organizację ćwiczeń ogólnousprawniających, mających na celu poprawę kondycji fizycznej i samopoczucia uczestników. Terapia prowadzona jest m.in. w postaci gimnastyki ogólnousprawniającej, zajęć sportowych, spacerów, marszów z kijkami, prowadzeniu instruktąży ćwiczeń na sali gimnastycznej z wykorzystaniem różnego rodzaju sprzętów i urządzeń (np. bieżnie, rowerki rehabilitacyjne, rotory), organizowaniu ćwiczeń w ramach kinezyterapii (np. ćwiczeń oddechowych, elementów jogi i pilatesu, ćwiczeń w odciążeniu - UGUL), ćwiczeń na urządzeniach siłowni zewnętrznej.

Dobór pozostałych oddziaływań terapeutycznych winien być dostosowany do indywidualnych zainteresowań, predyspozycji i możliwości uczestników i obejmować co najmniej:

- **Arteterapię, z wykorzystaniem następujących metod i technik: rysunek, malarstwo, zdobnictwo i dekoratorstwo, sztuki użytkowe** - zajęcia mające na celu usprawnienie manualne (np. klejenie, rysowanie, nawijanie włóczki), usprawnienie koordynacji wzrokowo-ruchowej (np. wyszywanie, robótki ręczne), pobudzenie zainteresowań i zagospodarowanie czasu wolnego (np. zajęcia z wykorzystaniem różnych sztuk i technik plastycznych m.in. malarstwo, tkactwo, prace z masą solną, decoupage, kolaż, papieroplastyka, ceramika, rękodzieło, pracownia krawiecka).
- **muzykoterapię** - terapię polegającą na wykorzystaniu muzyki lub jej elementów do celów terapeutycznych: np. zajęcia relaksacyjne, rytmiczne, emisja głosu, nauka piosenek, zajęcia z wykorzystaniem instrumentów, słuchanie muzyki połączone z dyskusją na temat jej treści i przekazu. Zajęcia muzykoterapeutyczne pozytywnie wpływają na nastrój, stan emocjonalny, zaburzenia zachowania oraz interakcje społeczne uczestników, uczą relaksacji wiążącej się z obniżeniem napięcia mięśniowego, prowadzą do poprawy wydolności oddechowo - krążeniowej, psychicznej i ruchowej uczestników.
- **biblioterapię** - terapię z wykorzystaniem książek, publikacji literackich, poezji, ale również bieżącej prasy. Zajęcia odbywają się poprzez głośne czytanie powieści, gazet i dyskusję na temat wysłuchanej treści. Celem tego oddziaływania terapeutycznego jest poprawa pamięci, rozwijanie zainteresowań uczestników, wyrabianie nowego spojrzenia na świat, przeżywania i zachowania.
- **Ludoterapię** - zajęcia z wykorzystaniem gier stolikowych (np. warcaby, karty, bingo), gier logicznych (np. rebusy, kalambury), gier zręcznościowych (rzuty do tarczy, bierki), zabaw ruchowych (np. rzutki, bule, ćwiczenia z piłką, rzucanie do celu woreczkami). Celem zajęć jest usprawnienie ogólnych zdolności intelektualnych i sprawności ruchowej uczestników oraz wywołanie pozytywnych stanów emocjonalnych.
- **Treningi** podtrzymywania umiejętności dbania o higienę i wygląd oraz samoobsługi i umiejętności społecznych.

Rekomenduje się w miarę możliwości organizację rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dostosowanej do sprawności psychofizycznej uczestników pod nadzorem fizjoterapeuty.

Dodatkowo w placówkach specjalizujących się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne obligatoryjnie należy uwzględnić usługi psychologiczne oraz

kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i utrzymania codziennych aktywności poprzez prowadzenie treningów rozwijających i podtrzymujących umiejętności, które są niezbędne do funkcjonowania w życiu codziennym:

- treningu podtrzymywania umiejętności dbania o higienę i wygląd (w zakresie czynności fizjologicznych i higienicznych),
- treningu samoobsługi i umiejętności społecznych (np. przygotowywania i spożywania posiłków, ubierania się, prania, sprzątania, opieki nad roślinami).

Niezbędne jest również w placówkach o tym profilu prowadzenie:

- treningu funkcji poznawczych skierowanego na poprawę pamięci, funkcjonowania wzrokowo-przestrzennego, myślenia, koncentracji, funkcji językowych, czyli tych procesów, które ulegają stopniowemu pogarszaniu się w trakcie choroby otępiennej,
- treningu orientacji w rzeczywistości, czasie i przestrzeni wspomagającego orientację uczestnika co do własnej osoby i jego otoczenia, usprawniającego jego funkcjonowanie oraz przyczyniającego się do podniesienia jakości życia chorego.

Poza obligatoryjnym katalogiem usług terapeutycznych placówka organizuje dodatkowe formy wsparcia, które wychodziłyby naprzeciw potrzebom indywidualnym uczestników i sprzyjały integracji ze środowiskiem lokalnym, np. spotkania towarzyskie, wspólne spacerowanie, wyjścia do kawiarni, kina, uczestnictwo w lokalnym życiu społecznym. Tego typu działania stanowią ważny element środowiskowego modelu wsparcia i mogą mieć charakter wewnątrz integracyjny, jak obchodzenie wspólnych świąt, imienin, organizowanie gier towarzyskich i zabaw okolicznościowych lub zewnętrznie integrujący, jak wspólna z innymi podmiotami organizacja wydarzeń okolicznościowych, udział w imprezach, spotkaniach organizowanych przez inne podmioty, współpraca międzypokoleniowa.

Rekomenduje się organizację czasu wolnego dla uczestników z wykorzystaniem lokalnych zasobów, m.in. kulturalnych, instytucjonalnych, przyrodniczych poprzez wspólne spacerowanie edukacyjno-rekreacyjne lub wycieczki piesze po miejscowości, pikniki w miejscach wypoczynku, organizację wyjść do instytucji kulturalno-oświatowych, współpracę z lokalnymi specjalistami - organizowanie prelekcji edukacyjno-informacyjnych/ spotkań dotyczących np. zagadnień związanych z tematyką społeczną, zdrowotną i bezpieczeństwem.

Ważnym elementem jest również dbałość o integrację międzypokoleniową. Łączenie pokoleń daje osobom niesamodzielnym radość i energię oraz pozwala na stymulację poznawczą, a dla dzieci i młodzieży stanowi istotną formę edukacji do starości.

Wszystkie formy aktywnej integracji ze środowiskiem lokalnym mają istotne znaczenie w kontekście destygmatyzacji, zwłaszcza osób cierpiących na choroby otępienne.

Rekomenduje się rozszerzanie podstawowego katalogu oddziaływań terapeutycznych, w zależności od zapotrzebowania i wykorzystanie następujących form pracy:

- **choreoterapia** - terapia za pomocą tańca i ruchu,
- **terapia kulinarna** - również jako trening kulinarny,
- **terapia reminiscencyjna** - wspomnieniowa,
- **terapia informatyczna** - zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu,
- **ergoterapia** - terapia wykorzystująca terapeutyczną funkcję pracy i ruchu,
- **animaloterapia** - terapia z wykorzystaniem terapeutycznego wpływu zwierząt: dogoterapia, alpakoterapia, feniloterapia,
- **hortiterapia/ogrodoterapia** - terapia wykorzystująca leczniczy wpływ roślin
- **terapia ręki** - usprawnienie motoryki małej,
- **filmoterapia** - terapia z wykorzystaniem filmu jako narzędzia edukacyjnego i terapeutycznego.

Placówka zapewniająca dzienną opiekę, winna realizować także **usługi wspomagające**, polegające na udzielaniu informacji, edukacji, wsparciu i poradnictwu, zarówno dla uczestników, jak i ich rodzin/opiekunów faktycznych.

Działania wspomagające rodzinę/opiekunów faktycznych powinny mieć wymiar co najmniej indywidualny i polegać na współpracy z rodziną/opiekunami w zakresie rozwiązywania problemów podopiecznych, wskazywaniu rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania podopiecznego, np. wskazywaniu instytucji zajmujących się problematyką będącą źródłem trudności, udzielaniu wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych i nawiązywaniu kontaktów z współuczestnikami, przeprowadzaniu rozmów wspierających, udzielaniu wskazówek i informacji pomagających opiekunom rodzinnym/faktycznym w opiece.

Dodatkowo w placówkach specjalizujących się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne niezbędne jest zapewnienie rodzinom/opiekunom poradnictwa psychologicznego.

Wsparcie opiekunów faktycznych fakultatywnie może obejmować także:

- prowadzenie grupy wsparcia,
- szkolenia dla opiekunów, np. zwiększające wiedzę dotyczącą opieki nad osobą niesamodzielną, specyfiki choroby otępiennej, sposobów radzenia sobie ze stresem, dotyczące wypalenia opiekuna, informujące o procedurach formalnych załatwiania spraw dotyczących podopiecznego,
- psychoedukację, edukowanie rodzin/opiekunów klientów do radzenia sobie z nową sytuacją,
- poradnictwo prawne,
- wsparcie pracownika socjalnego,
- konsultacje lekarza psychiatry/neurologa/geriatry (usługa o charakterze

diagnostyczno-profilaktycznym).

5. Organizacja placówki

Placówka dziennej opieki działa na podstawie statutu ustalanego przez podmiot, który ją utworzył oraz na podstawie regulaminu organizacyjnego lub innego dokumentu określającego wewnętrzną organizację placówki.

Dokumentacja placówki określa w szczególności:

- nazwę i miejsce jej prowadzenia,
- ofertę usług oraz oddziaływań terapeutycznych,
- liczbę miejsc w placówce,
- warunki przyjmowania uczestników,
- zasady odpłatności.

Placówka funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin. Dostosowanie oferty placówki w zakresie dostępności czasowej do potrzeb podopiecznych jest istotne z punktu widzenia skutecznego wsparcia opiekunów nieformalnych.

Liczba uczestników objętych wsparciem placówki winna być dostosowana do lokalnych potrzeb oraz uwarunkowana koniecznością zapewnienia określonej bazy lokalowej i spełnienia standardów w zakresie organizacji przestrzeni i zatrudnienia personelu opisanych w dalszej części modelu, z zastrzeżeniem, że minimalna liczba miejsc w placówce wynosi 15.

Placówka może realizować usługi otwarte (terenowe), np. w formie dowożenia posiłków, teleopieki lub świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Usługi te mogą być świadczone zarówno na rzecz uczestników ośrodka wsparcia, jak i na rzecz innych osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu zamieszkałych na obszarze działalności placówki.

Usługi zewnętrzne np. w formie dowożenia posiłków pozwolą na zapewnienie ciepłego obiadu osobom starszym i/lub z niepełnosprawnością w ich miejscu zamieszkania. Usługi te skierowane są do osób mających trudności w przygotowywaniu posiłków i wymagających wsparcia w tym zakresie, a ich realizacja pozwoli na dłuższe samodzielne funkcjonowanie beneficjentów tej formy pomocy w środowisku. Z usług w tej formie mogą korzystać np. uczestnicy placówki zapewniającej dzienną opiekę w okresie choroby bądź w dni wolne. Usługi w tej formie świadczy placówka dysponująca odpowiednim zapleczem sanitarnym, transportowym i kadrowym.

Teleopieka może być uzupełniającą formą wsparcia osób starszych dając im poczucie niezależności, bezpieczeństwo i szybką pomoc w sytuacjach zagrożenia życia. Usługi teleopieki wpisują się w rozwój oferty usług o charakterze

profilaktycznym, które zgodnie z „Regionalnym Planem Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji Województwa Małopolskiego na lata 2023-2025 z perspektywą do 2030” „stanowią formę prewencji wobec instytucjonalizacji, zaspokajają potrzeby tworząc tym samym warunki do większej samodzielności czy zaradności i odraczają w czasie - lub eliminują - konieczność wsparcia całodobowego w formie zinstytucjonalizowanej”⁹.

Placówka zapewniająca dzienne usługi opiekuńcze może oferować swoim uczestnikom rozwiązania teleopiekuńcze jako uzupełnienie swoich usług, bądź też może wspierać upowszechnianie tego rodzaju rozwiązań poprzez działania informacyjne, edukacyjne i pomoc w dostępie do nich.

Szczegółowe zasady ponoszenia odpłatności za pobyt i świadczone usługi, jak również tryb ich pobierania w przypadku placówek publicznych prowadzonych w formie ośrodków wsparcia jako jednostki organizacyjne pomocy społecznej lub na zlecenie JST określa uchwała podejmowana przez daną radę gminy/radę powiatu. W przypadku pozostałych placówek, czyli placówek niepublicznych warunki przyznawania i odpłatności za realizowane usługi obligatoryjnie określa podmiot prowadzący placówkę.

Placówka realizująca poza dzienną opieką również usługi w miejscu zamieszkania może w swojej działalności wdrożyć rozwiązania wypracowane w małopolskich projektach inkubujących innowacje społeczne, jak np.:

„TERAPEUTA PRZESTRZENI”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

Innowacja dostarcza nowy model pracy „Terapeuty Przestrzeni” oparty na dostosowaniu przestrzeni domowej niesamodzielnej osoby starszej, do jej indywidualnych potrzeb i dysfunkcji, z wykorzystaniem posiadanych przez nią zasobów (wyposażenia, umeblowania, rozkładu/warunków lokalowych, innych).

Nowa profesja obejmuje pakiet usług dla osoby zależnej, w zakres którego wchodzi:

1. ergonomizacja przestrzeni domowej osoby zależnej do jej indywidualnych potrzeb,
2. szkolenie z zakresu funkcjonowania w nowej przestrzeni dla osoby zależnej i jej najbliższego otoczenia (rodziny, opiekunów),
3. wsparcie specjalistyczne.

Ergonomizacja przestrzeni jest działaniem polegającym na zaplanowaniu i wprowadzeniu zmian w miejscu zamieszkania osoby zależnej, polegających na przearanżowaniu, doposażeniu lub drobnych pracach przystosowujących wnętrza do potrzeb seniora. Zmiany te uwzględniają stan zdrowia osoby, jej sprawność motosensoryczną, poczucie bezpieczeństwa, oraz przyzwyczajenia i preferencje.

Wprowadzane zmiany są dokonywane w oparciu o posiadane zasoby osoby, uwzględniając panujące w mieszkaniu warunki, z wykorzystaniem znajdujących się w nim sprzętów, do których senior jest przyzwyczajony i które „zna”. Kolejnym etapem

⁹ S.19

jest szkolenie z zakresu funkcjonowania w nowej przestrzeni, które pozwoli seniorowi i jego najbliższemu otoczeniu zrozumieć na czym polegają wprowadzone zmiany, jakie ułatwienia za sobą niosą oraz jaki mają cel – czyli jakie konkretne czynności ułatwią seniorowi. W innowacji uwzględniono specjalnie opracowane treningi adaptujące oraz wsparcie psychologiczne zarówno dla seniora, jak i osób z jego najbliższego otoczenia. Wsparcie specjalistyczne będzie usługą komplementarną względem treningów adaptacyjnych osoby zależnej i jej rodziny.

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?

Grupę docelową stanowią osoby starsze mieszkające samodzielnie albo z rodziną, które wymagają wsparcia, by móc pozostać w swoim miejscu zamieszkania.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Z rozwiązania mogą skorzystać podmioty i osoby, które są w stanie zorganizować i zapewnić pracę zespołu realizującego model pracy „Terapeuta przestrzeni”, w tym ośrodki pomocy społecznej, ośrodki wsparcia, jak dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy czy kluby samopomocy, centra aktywności seniorów, kluby seniora, organizacje pozarządowe, w których kręgu zainteresowania pozostają seniorzy.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

Przy wdrożeniu usługi „Terapeuta przestrzeni” warto kierować się wskazówkami autora innowacji, zawartymi w modelu koncepcji „Terapeuta przestrzeni – dostosowanie środowiska do indywidualnych potrzeb osób starszych”. Wszystkie niezbędne materiały są dostępne na stronie www.rops.krakow.pl w zakładce „innowacje społeczne”.

AUTOR:

Urszula Żmudzińska

5.1 Zasięg działania

Zasięg działania placówek dziennej opieki dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności dla osób starszych winien obejmować obszar znajdujący się na terenie województwa małopolskiego. Rekomendowany zasięg placówki z uwagi na charakter idei pomocy środowiskowej obejmuje obszar jednej gminy. Gmina stanowi wyodrębniony obszar funkcjonalno-przestrzenny związany z procesami gospodarczymi i społecznymi, dzięki czemu realizacja zadań na jej terenie umożliwi dostosowanie działań do specyfiki obszaru oraz umożliwi wykorzystanie jego zasobów i potencjału rozwojowego. Osoby starsze ponadto są bardzo związane ze swoim miejscem zamieszkania, stąd organizacja wsparcia w znanym im środowisku będzie się dla nich wiązała z możliwością dalszego samodzielnego funkcjonowania i umożliwi podtrzymywanie ich niezależności. Naturalnie w proces wsparcia można także włączyć lokalne instytucje i organizacje, często dobrze znane seniorowi wymagającemu wsparcia. Wpisuje się to w definicję usług świadczonych w lokalnej społeczności, wg której są to usługi umożliwiające

osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te „zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny lub społeczności lokalnej oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich.”¹⁰.

Ze względów organizacyjnych i/lub ekonomicznych dopuszcza się także tworzenie placówek obejmujących obszar ponad jedną gminę.

5.2 Obowiązki informacyjne

Utworzona ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 placówka zapewniająca dzienną opiekę jest zobowiązana do realizacji obowiązku informacyjnego, tj. do poinformowania Instytucji Pośredniczącej Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie oraz właściwego miejscowo ośrodka pomocy społecznej/centrum usług społecznych gminy, w której prowadzi działalność, a w przypadku placówek o zasięgu ponadgminnym, do poinformowania każdego ośrodka pomocy społecznej/centrum usług społecznych gmin obszaru objętego oddziaływaniami placówki, o:

1. Nazwie i adresie placówki,
2. Nazwie podmiotu prowadzącego oraz jego danych teleadresowych,
3. Liczbie miejsc w placówce,
4. Specjalizacji placówki (jeśli dotyczy),
5. Liczbie osób objętych usługami opiekuńczymi/ specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w roku poprzedzającym złożenie informacji.

Informacja winna być złożona pisemnie w terminie 1 miesiąca od rozpoczęcia działalności, a następnie w terminie do 30 stycznia każdego roku kalendarzowego, w którym działalność jest prowadzona.

Pamiętać należy także o realizacji obowiązków sprawozdawczych do właściwych instytucji.

5.3 Dokumentacja

Placówka realizuje usługi w oparciu o indywidualne plany działania/indywidualne plany wsparcia, zwane dalej „IPD”.

W celu ich określenia oraz ustalenia zakresu świadczonych usług placówka powołuje zespoły terapeutyczne, składające się z minimum 2 pracowników merytorycznych.

Do podstawowych zadań zespołów terapeutycznych należy:

- opracowywanie diagnozy potrzeb i możliwości psychofizycznych uczestników,
- ustalenie form i metod pracy,

¹⁰ Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 [www.mir.gov.pl]

- opracowywanie indywidualnych planów działania i ich okresowa ocena.

Indywidualny plan działania opracowuje się z udziałem uczestnika, jeżeli tylko udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia i gotowość do uczestnictwa w nim. Jeśli stan psychofizyczny uczestnika uniemożliwia jego aktywność w tym zakresie, zwłaszcza odnośnie osób cierpiących na choroby otępienne, IPD i jego realizacja, o ile jest to możliwe, uzgadniane są z opiekunami faktycznymi/rodzinnymi.

Dokument sporządza się w okresie do 21 dni od dnia przyjęcia do placówki, a opracowuje na podstawie:

- informacji zawartych w rozmowie rozpoznającej sytuację uczestnika oraz w oparciu o wyniki uzyskane w kwestionariuszu oceny potrzeby wsparcia i opieki,
- opinii zatrudnionych w placówce terapeutów/specjalistów/opiekunów,
- oraz fakultatywnie zewnętrznych konsultantów, np. lekarza geriatry, psychiatry.

Przy sporządzaniu IPD uwzględnia się w szczególności: wiek, sytuację zdrowotną, informację o możliwościach psychofizycznych uczestnika, ocenę możliwości samodzielnej egzystencji w miejscu zamieszkania przy wsparciu rodziny i gminy, a także potrzeby i zainteresowania uczestnika. W indywidualnych planach działania określa się działania krótkoterminowe i długoterminowe do realizacji i modyfikuje się je w zależności od zmieniającej się sytuacji uczestnika. Nie rzadziej niż co pół roku następuje podsumowanie i ocena sposobu ich realizacji poprzez:

- analizę funkcjonowania uczestnika w placówce i w środowisku zamieszkania
- analizę podejmowanych oddziaływań wobec uczestnika – ocena efektywności
- analizę podejmowanych działań wobec rodziny lub opiekunów uczestnika
- ewentualnej dokumentacji medycznej.

Etapy tworzenia IPD:

- rozpoznanie sytuacji i potencjału uczestnika (identyfikacja oczekiwań uczestnika, jego zasobów, mocnych i słabych stron, ograniczeń i możliwości w odniesieniu do zasobów i możliwości placówki)
- tworzenie IPD przez zespół terapeutyczny i uczestnika/opiekuna faktycznego
- realizacja IPD
- monitoring i ocena sposobu realizacji IPD
- zakończenie realizacji IPD.

W celu dokumentowania świadczonych usług w placówce jest prowadzona dokumentacja zbiorowa oraz indywidualna każdego uczestnika.

Dokumentacja zbiorowa zawiera:

- dokumenty dotyczące organizacji świadczonych usług m.in. listy obecności,
- dokumenty dotyczące przyjętych form i metod pracy terapeutycznej np. dzienniki zajęć.

Dokumentację indywidualną stanowią m.in. dokumenty zawierające informacje odnośnie sytuacji uczestnika i jego rodziny, dokumenty związane ze stanem zdrowia uczestnika, w tym m.in. kopia orzeczenia o niepełnosprawności, jeśli uczestnik takowe posiada, indywidualny plan działania, opinie i notatki pracowników.

Rekomenduje się wprowadzenie systemu monitoringu satysfakcji/jakości usług w placówkach zapewniających codzienne usługi opiekuńcze osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Monitoring winien być przeprowadzany nie rzadziej niż raz w roku i obejmować ocenę dotychczas realizowanych działań oraz analizę aktualnego zapotrzebowania na usługi.

Wnioski z monitoringu winny być wykorzystywane do poprawy jakości usług oferowanych w placówce.

5.4 Standardy lokalowe placówki

Minimalne standardy lokalowe:

W lokalu, w którym prowadzona będzie placówka zapewniająca dzienną opiekę winny być zapewnione bezpieczne i higieniczne warunki pobytu.

Standard lokalowy w nowo tworzonej placówce uważa się za spełniony, jeżeli obiekt, w którym usługi są świadczone, spełnia następujące warunki:

1. Jest dostosowany do potrzeb osób korzystających z usług:
 - budynek i jego otoczenie oraz pomieszczenia placówki są pozbawione barier funkcjonalnych,
 - w budynku wielokondygnacyjnym pomieszczenia użytkowane znajdują się na parterze lub jest zainstalowany dźwig osobowy dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
 - posadzki w pomieszczeniach są wykonane z materiałów, które zapewniają bezpieczne poruszanie się,
 - schody, jeżeli znajdują się w placówce, są zabezpieczone poręczami oraz matami lub taśmami antypoślizgowymi zapobiegającymi obsunięciu się stóp,
 - sanitariaty są wyposażone w pochwyty, uchwyty i poręcze, a prysznic w specjalne krzesło lub siedzisko dla osób z niepełnosprawnością,
 - na korytarzach są zainstalowane poręcze wspomagające poruszanie się osobom niesprawnym,
 - w placówkach specjalizujących się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne w celu zwiększenia bezpieczeństwa uczestników okna i drzwi balkonowe/ tarasowe na kondygnacjach wyższych niż parter są zabezpieczone dodatkowymi blokadami, np. na przycisk lub kluczyk.

2. Budynek i jego pomieszczenia spełniają wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12.04.2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie.
3. Powierzchnia użytkowa przypadająca na jednego uczestnika wynosi nie mniej niż 5 m² i nie mniej niż 8m² w przypadku placówek specjalizujących się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne.

Placówka winna dysponować pomieszczeniami pozwalającymi na realizację opisanych usług, dostosowanymi do liczby uczestników i wyposażonymi w udogodnienia umożliwiające funkcjonowanie osobom z niepełnosprawnościami, wyposażonymi w meble i sprzęty niezbędne do realizowania usług, w tym minimum:

1. Dwoma pomieszczeniami dziennego pobytu/salami ogólnymi w placówce przeznaczonej dla więcej niż 15 uczestników, spełniającymi funkcje:
 - sali do prowadzenia zajęć terapeutycznych grupowych,
 - sali spotkań, jadalni/świetlicy,
 - sali do terapii ruchowej,
 - sali do wypoczynku.

Strefa jadalni/świetlicy winna być wyposażona w stoły i krzesła, a strefa wypoczynkowa w fotele/kanapy. Ilość mebli wypoczynkowych winna być dostosowana do potrzeb uczestników.

Pomieszczenie do wypoczynku powinno być wyposażone w fotele/kanapy lub inne miejsce do leżenia i w miarę możliwości winno być odrębne od jadalni/świetlicy.

Pomieszczenie do terapii ruchowej winno być wyposażone w sprzęt i akcesoria do usprawniania ruchowego, pozwalające co najmniej na podejmowanie działań usprawniających kończyny górne i dolne oraz sprzyjających podtrzymywaniu sprawności fizycznej uczestników.

*W placówce przeznaczonej dla maksymalnie 15 uczestników standard będzie spełniony w przypadku, gdy placówka dysponuje jednym pomieszczeniem dziennego pobytu, ale spełnia ono wszystkie w/w funkcje, a jego powierzchnia daje możliwość świadczenia wysokiej jakości usług.

2. 1 pomieszczeniem kuchennym (lub aneksem kuchennym stanowiącym część pomieszczenia dziennego pobytu) wyposażonym w niezbędne urządzenia i naczynia umożliwiające samodzielne przygotowanie posiłków i napojów przez seniorów, w tym w ramach terapii kulinarnej, dystrybucję posiłków dostarczanych do placówki w ramach żywienia dla uczestników (pomieszczenie do wydawania posiłków oraz zmywalnia winny spełniać wymogi systemu HACCAP).
3. 1 pomieszczeniem/wydzielonym miejscem na szatnię dla uczestników.
4. 1 łazienką wyposażoną w dwie toalety, z których co najmniej jedna jest przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami z możliwością kąpieli lub prysznic.
5. Placówki specjalizujące się w pracy z osobami z chorobami otępiennymi w

ramach minimalnych wymagań winny dodatkowo dysponować 1 pomieszczeniem wielofunkcyjnym do prowadzenia działalności wspierającej, aktywizacji i terapii zajęciowej lub pomieszczeniem do terapii ruchowej oraz 1 pomieszczeniem do prowadzenia terapii indywidualnej, poradnictwa.

Pomieszczenia należące do placówki zapewniającej dzienną opiekę w budynkach będących siedzibą jednocześnie innych podmiotów, nie mogą stanowić części wspólnych (np. łazienek czy szatni).

Możliwości dodatkowe:

Fakultatywnie placówka dziennej opieki może dysponować m.in:

- pokojem zabiegowo-pielęgniarskim/pomieszczeniem spełniającym warunki dla gabinetu pomocy doraźnej z wyposażeniem w szafę na leki podawane uczestnikom, z możliwością dokonywania pomiarów poziomu cukru, ciśnienia, podawania insuliny itp. W/w funkcje mogą być realizowane np. w pomieszczeniu do terapii indywidualnej,
- pomieszczeniem do prowadzenia terapii reminiscencyjnej, wyposażonym w stylu wnętrz dobrze znanych seniorom z ich młodości, np. w kredens, regał z książkami, wygodną kanapę i fotele, imitację kominka, gramofon, pamiątki, fotografie itp. Ten rodzaj pomieszczenia ma szczególne zastosowanie w placówkach dedykowanych osobom cierpiącym na choroby otępienne,
- salą doświadczenia świata - pomieszczeniem z odpowiednio dobranym wyposażeniem i narzędziami terapeutycznymi do prowadzenia wielozmysłowej terapii Snoezelen.

Informacje ważne dla organizacji pracy placówki:

A. Dostęp do terenów otwartych

Rekomenduje się zapewnienie przez placówkę bezpośredniego wyjścia na teren otwarty (ogród, zieloną przestrzeń), wyposażony w elementy drobnej architektury, ławki, altanę.

Dobłą praktyką jest również stworzenie ogródka sensorycznego – ze strefą zapachową, smakową, dotykową, dźwiękową i odpoczynku, dającego możliwość wyciszenia się i relaksu fizycznego i psychicznego. Taka przestrzeń pobudza dodatkowo zmysły wspomnień czy uczuć, co ma szczególne znaczenie dla grupy osób starszych, w szczególności z chorobami otępiennymi.

Aranżując przestrzeń przy placówce warto wykorzystać poniższe rozwiązania wypracowane w małopolskich projektach Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie inkubujących innowacje społeczne, jak np. te autorstwa Politechniki Krakowskiej im. Tadeusza Kościuszki:

„ŚCIEŻKA TRENINGU UMYŚLU”
NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

Innowacja stanowi, składającą się z 12 stacji (tablic), przestrzeń terenowej rehabilitacji umysłowej, pozwalającą na stymulację takich funkcji poznawczych jak: pamięć, logika i myślenie problemowe, koncentracja, refleks i uwaga oraz analityka i procesy myślowe u osób starszych o ograniczonej percepcji i tych, u których występują choroby otępienne. Każdej z wymienionych funkcji zostały poświęcone 4 stacje ścieżki, a każde z ćwiczeń na nich zawartych zostało opracowane w trzech stopniach trudności. W przypadku seniorów, innowacja stanowi narzędzie, dzięki któremu osoby, u których zauważa się pierwsze objawy chorób otępiennych będą mogły podjąć niestygmatyzującą, ogólnodostępną, darmową, dostosowaną do ich możliwości percepcyjnych formę autorehabilitacji. Takie działanie może przyczynić się do lepszej kondycji funkcji poznawczych seniorów, a w efekcie opóźnić konieczność korzystania z bardziej zaawansowanych form wsparcia. Elementy ścieżki mogą być montowane zarówno w neutralnej przestrzeni zielonej parków, osiedli, na skwerach wewnątrz osiedli, jak i na terenach szpitali, domów pomocy społecznej, ośrodków szkolno-wychowawczych czy innych placówek wsparcia grup docelowych.

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?

Osoby starsze o ograniczonej percepcji (głównie te, u których pojawiają się pierwsze objawy chorób otępiennych) oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Samorządy lokalne (w zakresie zastosowania ścieżki w przestrzeni zielonej miast i wsi) oraz placówki służby zdrowia, placówki oświatowe, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, jak domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy, kluby samopomocy czy inne placówki świadczące wsparcie dla grup docelowych (w zakresie zwiększenia wachlarza usług dla swoich odbiorców), jeśli dysponują terenami do wykorzystania.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

W celu wdrożenia innowacji rekomenduje się wydzielenie odpowiedniego miejsca dla ścieżki treningowej oraz zapoznanie się z końcowym modelem rozwiązania i rysunkami wykonawczymi poszczególnych stacji ścieżek. Wszystkie niezbędne do zapoznania się materiały oraz rysunki znajdują się na www.rops.krakow.pl w zakładce „innowacje społeczne”.

AUTORZY:

Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki

„ŚCIEŻKA MOTO-SENSORYCZNA”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

ŚCIEŻKA MOTO-SENSORYCZNA to koncept, który ma za zadanie oswajać z przestrzenią miejską osoby, które z przyczyn obniżonej sprawności doświadczają lęków i przestają korzystać z przestrzeni publicznych. Początkowo pomysł powstał w myślą o wykorzystaniu na terenach miejskich, jednak innowacja z sukcesem może być wdrożona również na obszarach wiejskich przy wykorzystaniu tamtejszej

infrastruktury ogólnodostępnej. Przydomowa lokalizacja sprzyja oswojeniu użytkowników z warunkami zewnętrznymi w najbliższym otoczeniu po to, aby przenieść pozytywne doświadczenia na bardziej odległe rejony, pozwalając w pełni korzystać z oferty kulturalnej, edukacyjnej i rekreacyjnej. Projekt architektoniczno-urbanistyczny stanowisk do treningu sprawności w zakresie motoryki małej, realizowanej w przestrzeni publicznej obejmuje:

- PROJEKT ścieżki złożonej ze stanowisk wykorzystujących naturalne warunki przestrzenne, do wykonywania ćwiczeń „przy okazji” spaceru, zakupów czy wyjścia do lekarza;
- Możliwość ARANŻACJI przestrzeni i KONFIGURACJI STANOWISK, w zależności od warunków przestrzennych, posiadanego budżetu, planowanego stopnia trudności czy grupy użytkowników;
- TABLICE instruktażowe w formie PICTOGRAMÓW - umożliwiające samodzielne wykonywanie ćwiczeń.

„Ścieżka moto-sensoryczna” daje możliwość realizowania rehabilitacji „przy okazji”, w międzyczasie wykonywania codziennych aktywności, jak na przykład droga do sklepu, przychodni, etc. Jej walorem jest elastyczność finansowa wdrożenia: możliwość wykorzystania i adaptacji istniejących elementów infrastruktury przestrzeni jako stanowisk ćwiczeniowych, oraz możliwość dowolnego rozbudowywania lub zmniejszania projektu, co decyduje o dużej elastyczności kosztów w przypadku wdrażania.

DO KOGO KIEROWANA JEST INNOWACJA?

Odbiorcami rozwiązania są osoby starsze i osoby z niepełnosprawnościami (ze szczególnym uwzględnieniem dysfunkcji narządu ruchu). Korzystanie ze „Ścieżki moto-sensorycznej” pozwoli kontynuować program terapeutyczny poza specjalistycznymi ośrodkami zajmującymi się fizjoterapią i dzięki temu może zatrzymać lub spowolnić proces obniżającego się poziomu sprawności u użytkowników.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Z rozwiązania mogą skorzystać instytucje, organizacje, firmy i osoby dysponujące ogólnodostępnym lub nadającym się do udostępnienia terenem (samorządy lokalne, placówki medyczne czy opiekuńcze, które dysponują terenami zielonymi itp.).

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

W celu wdrożenia innowacji rekomenduje się zidentyfikowanie odpowiedniego miejsca dla ścieżki moto-sensorycznej oraz zapoznanie się z końcowym modelem rozwiązania, który zawiera wszystkie niezbędne informacje i instruktaże, a także projekty architektoniczno-urbanistyczne. Wszystkie niezbędne do zapoznania się materiały oraz rysunki znajdują się na www.rops.krakow.pl w zakładce „innowacje społeczne”.

AUTORZY:

Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki

B. Odpowiednie oświetlenie

Pomieszczenia placówki zapewniającej dzienną opiekę winny być odpowiednio oświetlone.

W placówkach specjalizujących się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne warto zadbać o odpowiednie wykorzystanie oświetlenia, by ograniczyć występowanie tzw. „syndromu zachodzącego słońca” objawiającego się u chorych pogorszeniem funkcjonowania, zwiększonym niepokojem i dezorientacją poprzez:

- zapewnienie jak największej ilości dziennego światła,
- ograniczenie cieni na podłodze lub ścianach,
- doświetlanie pomieszczeń w pochmurne dni oraz podczas zachodu słońca,
- stosowanie oświetlenia zbliżonego do światła naturalnego czyli żarówek emitujących światło w ciepłych barwach.

C. Dostosowana kolorystyka pomieszczeń

W placówkach specjalizujących się w pracy z osobami cierpiącymi na choroby otępienne warto zadbać o odpowiednią kolorystykę pomieszczeń. Choroba powoduje, iż chorzy mają trudności w rozróżnieniu zbliżonych kolorystycznie elementów znajdujących się obok siebie, a słabnące umiejętności poznawcze powodują trudności z rozpoznaniem sytuacji i miejsc, w których się znajdują. W związku z powyższym, ważne jest by zapewnić uczestnikom otoczenie spokojne i kojące zmysły. Delikatne kolory (np. ścian) mogą pomóc zmniejszyć niepokój i jednocześnie poprawić samopoczucie. Aby wspomóc orientację uczestników warto wykorzystać kontrastowanie kolorów, aby np. wizualnie oddzielić podłogi i ściany, nadać znaczenie funkcjonalne poszczególnym pomieszczeniom np. toaleta, jadalnia, sala ćwiczeń.

Należy unikać wzorzystych elementów, które zbyt mocno stymulują wzrokowo uczestników i mogą budzić niepokój. Warto stosować jednolite barwy ścian, podłóg czy mebli. Nie poleca się stosowania ciemnych dywanów, wykładzin, wycieraczek na tle jasnych posadzek, ponieważ chory może je postrzegać jako dziury w podłodze oraz posadzek na „wysoki połysk”, które mogą być odbierane przez chorego jako lustro czy tafla wody.

Wskazane jest wykorzystanie kontrastowania kolorów do podkreślenia istotnych elementów otoczenia: np. toalety powinny kontrastować z podłogą i otaczającymi je ścianami, tak aby były bardziej widoczne, w toalecie warto wyróżnić kolorystycznie np. deskę sedesową, ręcznik, krawędzie schodów powinny się charakteryzować dużym kontrastem barw, aby zminimalizować ryzyko upadków.

Orientację w przestrzeni, poza kolorystyką, dodatkowo wspomogą oznaczenie pomieszczeń, sprzętów piktogramami z zastosowaniem wyraźnych barw, prostych czcionek i symboli.

Planując wyposażenie placówki należy wziąć pod uwagę, iż meble, urządzenia i sprzęty mają istotne znaczenie dla wsparcia procesu terapeutycznego i muszą być dobierane w zależności od rodzaju stosowanych oddziaływań terapeutycznych.

Przykładowy katalog wyposażenia placówki:

1. Pokoje dziennego pobytu/sale ogólne/świetlica/jadalnia:

- stoły 4-6 osobowe do spożywania posiłków
- stoły do prowadzenia zajęć terapeutycznych, m.in. arteterapii, ludoterapii, warsztatów międzypokoleniowych
- krzesła, w miarę możliwości nie za głębokie, z podłokietnikami ułatwiającymi podnoszenie się
- sofy wypoczynkowe
- fotele wypoczynkowe, w tym rozkładane
- szafy na materiały do terapii (gry, pomoce dydaktyczne, materiały plastyczne, instrumenty itp.)
- regały na książki/gazety
- telewizor
- rzutnik
- ekran projekcyjny/tablica interaktywna
- komputery/drukarka
- odtwarzacz muzyki
- instrumenty muzyczne
- flipchart
- sprzęty odpowiednie do realizacji oddziaływań terapeutycznych, m.in. do treningu samoobsługi i zaradności życiowej, w tym pralka automatyczna, żelazko, deska do prasowania, suszarka do włosów i inne sprzęty w zależności od rodzaju prowadzonej terapii,
- sprzęt sportowo-rekreacyjny.

2. Pomieszczenie/wydzielona część pomieszczenia do terapii ruchowej:

- rotor kończyn górnych i dolnych
- rower stacjonarny
- bieżnia
- drabinki
- fotel masujący
- sprzęt pomocniczy: masażery, piłki, taśmy
- łóżko rehabilitacyjne
- kabina UGUL z wyposażeniem.

3. Pomieszczenie do prowadzenia terapii indywidualnej, poradnictwa, z funkcją gabinetu pomocy doraźnej:

- stolik okrągły
- krzesła/fotele

- biurko
 - szafa na dokumenty
 - szafa na leki/ciśnieniomierz itp.
 - apteczka
 - kozetka
 - waga.
4. Pomieszczenie kuchenne (lub aneks kuchenny):
- szafki kuchenne
 - zlew
 - kuchenka do przygotowania posiłku
 - lodówka
 - sprzęty niezbędne do przygotowania i spożywania posiłków
 - naczynia
 - blaty robocze do terapii kulinarnej
 - zmywalnia (zlew dwukomorowy, zmywarka do naczyń, szafa przelotowa).
5. Pomieszczenie/wydzielone miejsce na szatnię dla uczestników:
- szafki (w miarę możliwości indywidualne dla uczestników)
 - siedziska
 - wieszaki szatniowe ścienne
 - szafki na obuwie
 - dla osób cierpiących na choroby otępienne: indywidualne szafki na odzież na zmianę, art. higieniczne (pampersy, pieluchomajtki)
 - teleskopowa łyżka do butów
 - chwytak/przyrząd do zakładania ubrań
 - stojak na parasole.
6. Łazienka:
- dwie toalety, z których co najmniej jedna dostosowana jest dla osób z niepełnosprawnościami
 - umywalka dla osób z niepełnosprawnościami z uchwytnymi
 - poręczce i uchwyty przy toalecie, pod prysznicem
 - krzeselko/siedzisko pod prysznicem
 - szafka na przybory higieniczne/ręczniki do wykonania usług toaletowania/kąpieli.

6. Kadra oraz jej kwalifikacje

Prawidłową i efektywną realizację usług opiekuńczych i terapeutycznych w placówce warunkuje zatrudnienie odpowiedniej kadry. Placówką kieruje kierownik, do którego zadań należy w szczególności:

- koordynowanie działań placówki,
- nadzór nad pracą podległych pracowników,

- sporządzanie sprawozdawczości i realizacja obowiązków informacyjnych,
- ocena realizacji stanu zaspokojenia potrzeb uczestników i ich rodzin oraz skuteczności realizowanych usług,
- współpraca z samorządem placówki.

Kierownik placówki może pełnić jednocześnie funkcję opiekuna/terapeuty zajęciowego lub innego specjalisty w placówce.

Skład personelu zatrudnionego w placówce winien być dostosowany do liczby i potrzeb uczestników placówki. Personel w swojej pracy powinien:

- dbać o wysoką jakość i skuteczność świadczonych usług,
- kierować się zasadą dobra uczestników i ich rodzin,
- kierować się zasadą poszanowania godności uczestników i ich prawa do samostanowienia,
- współpracować z rodziną, instytucjami i organizacjami społecznymi, podmiotami leczniczymi.

Wskaźnik zatrudnienia pracowników merytorycznych winien być określony w wymiarze koniecznym do zapewnienia uczestnikom bezpieczeństwa i możliwości realizacji pełnej oferty usług, przy uwzględnieniu stopnia ich sprawności psychofizycznej (wiek, stan zdrowia, stopień niepełnosprawności) i wynosić nie mniej niż 1 opiekun/asystent osób niepełnosprawnych na 15 uczestników i terapeuta zajęciowy/instruktor terapii zajęciowej w wymiarze odpowiednim do potrzeb placówki. Do prowadzenia terapii ruchowej w zakresie wykraczającym poza uprawnienia terapeuty zajęciowego niezbędne jest zatrudnienie fizjoterapeuty w odpowiednim wymiarze.

W placówce, której oferta skierowana jest do osób cierpiących na choroby otępienne rekomendowany wskaźnik zatrudnienia wynosi nie mniej niż 1 pracownik na 5 uczestników, zaś w odniesieniu do osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z zaburzeniami psychicznymi wskaźnik zatrudnienia wynosi nie mniej niż 1 pracownik na 3 uczestników. Wśród personelu placówki specjalizującej się w pracy z osobami z demencją winien być co najmniej 1 opiekun/asystent osoby niepełnosprawnej oraz co najmniej 1 pracownik z uprawnieniami do prowadzenia terapii zajęciowej. Dodatkowo personel placówki stanowi fizjoterapeuta oraz psycholog w wymiarze odpowiednim do potrzeb uczestników. Placówka, w zależności od potrzeb i w miarę posiadanych możliwości może korzystać z usług innych specjalistów adekwatnie do rodzaju i zakresu usług świadczonych w placówce.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty

zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi.¹¹

Działania placówki mogą być wspierane przez stażystów, członków rodzin, wolontariuszy, o których mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Do zadań opiekuna/asystenta osoby niepełnosprawnej w placówce należy przede wszystkim pomoc i wsparcie uczestników w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, opiekę higieniczną i pomoc w czynnościach fizjologicznych, organizacja czasu wolnego uczestników oraz prowadzenie zajęć aktywizujących, współpraca z zespołem terapeutycznym oraz nawiązanie i utrzymanie kontaktu z uczestnikiem i jego rodziną.

Usługa opiekuńcza, zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 z 15 marca 2023 r. może być świadczona przez:

- a) osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun w domu pomocy społecznej lub opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej,
- b) osobę, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.

Usługa asystencka, zgodnie z Wytycznymi, świadczona jest przez:

- a) asystenta osoby niepełnosprawnej – osobę, która ukończyła kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach,
- b) asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej – po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych:
 - osobę posiadającą doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego lub
 - osobę bez adekwatnego doświadczenia, która odbyła minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składa się z minimum 20 godzin części

¹¹ § 3.1

teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat.

7. Współpraca

W wykonywaniu swoich zadań placówka zapewniająca dzienną opiekę współpracuje z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej na terenie których działa, np. ośrodkiem pomocy społecznej, centrum usług społecznych, powiatowym centrum pomocy rodzinie.

Współpraca ta obejmuje m.in. działania takie, jak: wymiana informacji dotyczących uczestnika placówki, współudział w procesie rekrutacji, wspólne rozwiązywanie problemów uczestnika.

W celu organizacji zajęć terapeutycznych oraz integracji uczestników ze środowiskiem lokalnym placówka może budować własną sieć współpracy, którą tworzyć mogą np.:

- placówki oświatowe w zakresie organizacji warsztatów i spotkań o charakterze międzypokoleniowym,
- instytucje kultury (domy kultury, biblioteki) w zakresie udziału uczestników w wydarzeniach kulturalnych, wystawach, prelekcjach, filmoterapii,
- placówki służby zdrowia w zakresie zdrowotnych działań profilaktycznych,
- placówki służb mundurowych w zakresie działań zwiększających bezpieczeństwo osób starszych w domu, na ulicy, w sieci itp.,
- lokalne organizacje pozarządowe (np. pszczelarze, wędkarze, pasjonaci historii itp.) w zakresie dzielenia się z uczestnikami placówki swoimi pasjami i dorobkiem, prowadzenia działań edukacyjnych w danym obszarze,
- lokalni artyści, twórcy w zakresie uatrakcyjnienia zajęć w placówce z wykorzystaniem ich potencjału,
- inne placówki/ organizacje seniorskie lub organizacje działające na rzecz osób z niepełnosprawnościami udzielające wsparcia w zakresie integracji, wymiany doświadczeń.

8. Warto wiedzieć

Małopolskie innowacje społeczne możliwe do wykorzystania w działalności placówek zapewniających dzienną opiekę, mogące być dodatkową inspiracją do pracy:

„TALERZE ZDROWIA”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

„Talerze zdrowia” to zestaw narzędzi, które pomagają w nauce sporządzania zbilansowanych posiłków przez osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Innowacja pozwala wyposażyć te grupy w prosty w obsłudze i

intuicyjny produkt, który pomaga planować posiłki. W skład zestawu wchodzi 3 nałożone na siebie obrotowe tarcze tzw. talerze zdrowia (każda tarcza przedstawia poszczególne składniki zbilansowanej diety, które zmieniają się w zależności od ustawienia ruchomej tarczy w efekcie pozwalającej skomponować pełny posiłek) oraz książka z prostymi, dietetycznymi potrawami, opisem przygotowania i podstawowymi zasadami zdrowego komponowania posiłków.

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?

Innowacja skierowana jest do osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób starszych.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Instytucje świadczące opiekę dzienną lub usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, podmioty wspierające osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością intelektualną, wzmacniające samodzielność osób z niepełnosprawnością intelektualną i seniorów: np.: ośrodki wsparcia, jak dzienne domy pomocy, kluby samopomocy, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, centra integracji społecznej, szkoły specjalne.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

W celu wdrożenia rozwiązania należy zapoznać się z modelem końcowym rozwiązania, a następnie samodzielnie wykonać „Talerze zdrowia” zgodnie z instrukcją i przy wykorzystaniu materiałów do samodzielnego wydruku. Wszystkie niezbędne do zapoznania się materiały oraz wzory do druku znajdują się na www.rops.krakow.pl w zakładce „innowacje społeczne”.

AUTOR: Ewa Dygaszewicz

„SENIOR – CUDER”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

SENIOR - CUDER to gra karciana, której celem jest poprawa funkcjonowania i podniesienie jakości życia seniorów poprzez wzmocnienie motywacji, umiejętności dbania o zdrowie oraz poprawę relacji z otoczeniem - w tym relacji z rodziną, sąsiadami, nawiązywanie nowych znajomości.

Praca z seniorami dotyczy 5 obszarów wymagających wsparcia:

- CIAŁO - coraz słabsza kondycja fizyczna i problemy zdrowotne;
- UMYŚŁ - kłopoty z pamięcią, koncentracją, pogarszające się możliwości intelektualne;
- DUCHOWOŚĆ - ryzyko skrajnego podejścia do duchowości - depresyjność albo dewocja;
- EMOCJONALNOŚĆ - niska odporność, słaba umiejętność przeżywania bolesnych emocji związanych z np. samotnością lub odchodzeniem równolatków;
- RELACJE - więzi międzyludzkie - niezaspokojona potrzeba bliskości - emocjonalne zranienia i traumy przeszkadzające w budowaniu relacji.

Spotkanie przy SENIORZE - CUDERZE jest doskonałą okazją do spędzenia wspólnego czasu z innymi osobami, do poznawania siebie i innych, do pogłębiania istniejących relacji i budowania nowych, a także do poprawy jakości każdej sfery życia seniora. Przy zachowaniu wszystkich walorów gry towarzyskiej i atrakcyjnej formy, SENIOR - CUDER może być pretekstem do pogłębionej refleksji nad własnym życiem, doświadczeniami z przeszłości i możliwościami, które gracz ma obecnie.

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?
Gra SENIOR CUDER przeznaczona jest dla osób w podeszłym wieku. Gra została stworzona z myślą zarówno o osobach bardzo dobrze funkcjonujących i samodzielnych, jak również tych wymagających opieki w miejscu zamieszkania/przebywania. Może również stać się narzędziem pomocnym przy zacieśnianiu więzi z osobami, które na co dzień zajmują się seniorem. Zakładamy, że opiekun korzystając z gry, łatwiej i szybciej nawiąże dobre relacje z osobą, którą się opiekuje. Grę można zastosować na pierwszej, zapoznawczej wizycie u osoby starszej lub chorej. Gra doskonale sprawdzi się w klubach seniorów, centrach aktywności seniora, domach pomocy społecznej, ZOL-ach i innych placówkach opieki całodobowej, ośrodkach wsparcia, jak dzienne domy pomocy czy kluby samopomocy, sanatoriach oraz innych miejscach, w których odbywają się spotkania z seniorami.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Z rozwiązania mogą skorzystać instytucje i organizacje pozarządowe organizujące opiekę nad osobami starszymi lub w których odbywają się spotkania z seniorami, grupy formalne i nieformalne współpracujące z seniorami, osoby indywidualne, które mają seniora w swoim otoczeniu.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

Rozwiązanie można wdrożyć wykorzystując jedną z poniższych ścieżek:

1. Samodzielne wykonanie gry po wcześniejszym zapoznaniu się z modelem końcowym „Senior Cuder” i wykorzystaniu wzorów materiałów (poszczególne elementy gry, instrukcja gry itp.). Wszystkie niezbędne do zapoznania się materiały oraz wzory do druku znajdują się na www.rops.krakow.pl w zakładce „Innowacje społeczne”
2. Zakup gotowej gry bezpośrednio u autora: <https://cuder.pl/senior-cuder/>

AUTORZY:

Fundacja Wspierająca Wychowanie ARCHEZJA

„CENTRUM ANTYDEPRESYJNE”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

Zaproponowane rozwiązanie jest formą wsparcia seniorów, która zakłada stworzenie uniwersalnego „Centrum Antydepresyjnego”, oferującego odpowiednie działania nakierowane na polepszenie stanu emocjonalnego osób starszych zmagających się z poczuciem osamotnienia i tendencjami suicydalnymi. „Centrum Antydepresyjne” w założeniu zrzesza specjalistów: psychologa, terapeutę, pielęgniarkę, pracownika

socjalnego, opiekuna osoby starszej i np. przedstawiciela organizacji pozarządowej. Centrum Antydepresyjne jest realizowane w następującym schemacie: diagnoza sytuacji danego seniora, opracowanie Indywidualnych Planów Wsparcia tych osób, uwzględniając w nich wizyty psychologa, pielęgniarki, terapeuty dogoterapii czy felinoterapii i odwiedzin wolontariuszy, realizacja Indywidualnego Planu Wsparcia w miejscu zamieszkania. Przy pomocy zooterapii leczone są zaburzenia w sferze społecznej, psychicznej, fizycznej i intelektualnej. Początkowo innowacja była dedykowana seniorom zamieszkującym obszary wiejskie, jednak założenia metody pracy można przenieść na usługi opiekuńcze i wsparcie seniorów w miastach.

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?

Grupą docelową są osoby starsze, wymagające opieki w miejscu zamieszkania i ich opiekunowie.

KTO MOŻE WDROŻYĆ ROZWIĄZANIE?

Po model rozwiązania mogą sięgnąć podmioty organizujące usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w tym jednostki samorządu terytorialnego, ośrodki wsparcia takie, jak: dzienne domy pomocy czy kluby samopomocy, organizacje pozarządowe czy inne placówki świadczące wsparcie dla grupy docelowej.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

W celu stworzenia „Centrum antydepresyjnego” należy na początek zapoznać się z modelem innowacji, który pokazuje doświadczenia autora z pilotażowego wdrożenia rozwiązania. Wszystkie niezbędne materiały są dostępne na stronie www.rops.krakow.pl w zakładce „innowacje społeczne”.

AUTORZY:

Gmina Miechów/ GOPS w Miechowie

„MOBILNE CENTRUM POMOCY DLA OSÓB STARSZYCH”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

Innowacja jest metodą pracy z seniorami z terenów wiejskich (słabo zinfrastrukturyzowanych, znacznie oddalonych od dużych aglomeracji z utrudnionym dojazdem), która zakłada dostarczenie do miejsca zamieszkania wsparcia zindywidualizowanego, efektywnego i skierowanego typowo dla osób starszych, samotnie prowadzących gospodarstwa domowe. Podstawą i trzonem działania Centrum są wykwalifikowani specjaliści, którzy świadczą specjalistyczne usługi i poradnictwo skupione wokół trzech priorytetów – aktywizacji i integracji, pomocy środowiskowej oraz doskonalenia i rozwoju specjalistycznych usług w miejscu zamieszkania osoby zależnej. W Mobilnym Centrum Pomocy Osobom Starszym w ofercie jest sześć obszarów wsparcia:

- Wsparcie Konsultanta ds. Indywidualnego Planu Działania
- Coaching Senioralny
- Dietetyka Osób Starszych
- Prawo dla Seniora
- Aktywność fizyczna seniora

- Finanse dla Seniora

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?

Grupą docelową są osoby starsze mieszkające samotnie na terenach wiejskich słabo zinfrastrukturyzowanych, znacznie oddalonych od dużych aglomeracji z utrudnionym dojazdem, które wymagają wsparcia by móc pozostać w swoim miejscu zamieszkania.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Z rozwiązania mogą skorzystać samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe i placówki świadczące pomoc osobom starszym - szczególnie na terenach wiejskich.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

Kluczowym materiałem pozwalającym wdrożyć rozwiązanie jest Model funkcjonowania Mobilnego Centrum Pomocy dla Osób Starszych. Zawiera on wiele sugestii autora i opisuje poszczególne etapy i elementy wsparcia. Wszystkie niezbędne materiały są dostępne na stronie www.rops.krakow.pl w zakładce „innowacje społeczne”.

AUTORZY:

Stowarzyszenie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „KLUCZ” Oddział w Pałacznicy

„BAWITA – TABLICA MANIPULACYJNA JAKO DOROSŁA ZABAWKA TERAPEUTYCZNA DLA SENIORÓW”

NA CZYM POLEGA INNOWACJA?

BaWita, to innowacyjne narzędzie zaprojektowane w konwencji tablicy manipulacyjnej jako dorosłej zabawki terapeutycznej dla seniorów. BaWitę wyróżnia możliwość wielopłaszczyznowej stymulacji równocześnie oraz wymienne elementy składowe podnoszące efektywność i elastyczność urządzenia. Tablica została uzupełniona o instrukcję użytkowania tablicy, zasady jej bezpiecznej eksploatacji oraz przykładowe scenariusze zajęć dla seniorów z jej wykorzystaniem.

DO KOGO SKIEROWANA JEST INNOWACJA?

Grupą docelową innowacji BaWita są dorosłe osoby cierpiące na zespół otępienny we wczesnym stadium. Narzędzie wspomagające rehabilitację kierowane jest do osób w pełni komunikatywnych, ale mających problemy z pamięcią i niską motywacją do ćwiczeń.

Tablica może być wykorzystywana w różnorodny sposób (nie w pełnym zakresie) również przez inne osoby np. rehabilitowane pamięciowo po udarach i wylewach, nie w pełni sprawne manualnie itp.

KTO MOŻE WDROŻYĆ INNOWACJĘ?

Z rozwiązania mogą skorzystać instytucje i organizacje pozarządowe organizujące opiekę nad osobami starszymi. Tablica sprawdzi się w klubach seniorów, centrach aktywności seniora, domach pomocy społecznej, ZOL-ach i innych placówkach opieki całodobowej, ośrodkach wsparcia, jak dzienne domy pomocy czy kluby samopomocy.

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI?

W celu wykonania tablicy BaWita, należy zapoznać się z modelem rozwiązania i projektem wykonawczym produktu. Materiały zostały tak przygotowane, by możliwe było zlecenie usługi zewnętrznym wykonawcom. Wszystkie niezbędne materiały są dostępne w Dziale Innowacji Społecznych Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.

AUTORZY:

Maria Lorenc, Maciej Parol

Pełny katalog małopolskich innowacji społecznych wraz z ich opisem, w tym możliwym zastosowaniem, jest dostępny w serwisie internetowym Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie, w zakładce „innowacje społeczne” – www.rops.krakow.pl

Zapraszamy także do kontaktu z Działem Innowacji Społecznych ROPS w Krakowie.