



**SOPOCKI PROGRAM  
WSPARCIA OSÓB OBJĘTYCH  
USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI  
W ŚRODOWISKU  
„TĘCZOWA JESIEŃ”  
NA LATA 2009-2011**

## **SPIS TREŚCI:**

I.	WSTĘP .....	3
II.	ETAPY PRZYGOTOWANIA PROGRAMU .....	5
III.	DIAGNOZA .....	5
IV.	SPÓJNOŚĆ PROGRAMU Z DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI .....	13
V.	CELE PROGRAMU .....	14
VI.	SPOSÓB WDRAŻANIA PROGRAMU .....	19
VII.	MONITORING I EWALUACJA PROGRAMU .....	19
VIII.	FINANSOWANIE PROGRAMU .....	20
IX.	BIBLIOGRAFIA .....	20

## I. WSTĘP

Sopocki Program Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Środowisku „Tęczowa Jesień” na lata 2009 – 2011 został opracowany na potrzeby miasta Sopotu. Jest przede wszystkim odpowiedzią na zmieniającą się sytuację społeczną Miasta i zachodzący w nim proces starzenia się społeczności, a co za tym idzie systematyczny wzrost zapotrzebowania na opiekę sprawowaną w środowisku. Program obejmuje kwestię usług opiekuńczych, których odbiorcami są przede wszystkim osoby starsze.

Generalnym celem Programu jest podwyższanie jakości życia osób objętych usługami opiekuńczymi. Jego realizacja wynika z przyjętych przez miasto strategii i zobowiązań ustawowych. Zwiększająca się liczba odbiorców usług oraz zapewnienie wysokiej jakości usługi staje się poważnym wyzwaniem nie tylko dla systemu pomocy społecznej, ale i całego miasta szczególnie w kontekście zagwarantowania zasobów finansowych. Realizacja tego przedsięwzięcia wymagać będzie dobrze zorganizowanej i kompleksowej współpracy wszystkich instytucji publicznych do tego powołanych oraz organizacji pozarządowych działających na terenie Sopotu.

Niniejszy Program wyrósł z potrzeby konsekwentnej analizy różnych wymiarów sytuacji życiowej osób wymagających opieki, w taki sposób, aby zaspokoić nie tylko ich podstawowe potrzeby, ale uwzględnić poczucie bezpieczeństwa, relacje z innymi, poczucie wpływu na swoje życie czy integrację ze środowiskiem lokalnym.

Przesłanie tego Programu można zawrzeć w stwierdzeniu: **Jakość opieki nad osobami starszymi to jakość ich życia.** Opieka gwarantująca wysoką jakość to efekt skutecznie funkcjonującego systemu pomocy społecznej i opieki geriatrycznej, instytucji ochrony zdrowia oraz aktywności samorządu we współpracy z organizacjami pozarządowymi, którzy wypełniają swoje zadania komplementarnie, jako partnerzy realizujący wspólny cel. Tylko tak ukierunkowane działania pozwolą także na racjonalizację wydatków publicznych związanych z zapewnieniem opieki osobom jej wymagającym.

Inspiracją dla powstania tego Programu był projekt doskonalący zarządzanie usługami opiekuńczymi w Sopocie wypracowany w Grupie Wymiany Doświadczeń działającej w ramach projektu Związku Miast Polskich finansowanego z Mechanizmu Norweskiego „Budowanie potencjału instytucjonalnego samorządów dla lepszego dostarczania usług”, w którego edycji z 2008r. uczestniczyli przedstawiciele Miasta Sopotu. Grupa Wymiany Doświadczeń analizowała wyniki i sposoby dostarczania usług w gminach uczestniczących w projekcie. Na ich podstawie wypracowano plany doskonalenia jakości usług publicznych. Pogłębiiona wiedza w tym zakresie ma

służyć lepszemu zarządzaniu usługami publicznymi pod względem skuteczności, podnoszenia efektywności i ich dostępności.

Program został opracowany przez Zespół ds. Wdrażania Programu powołany przez Prezydenta Miasta Sopotu (zarządzenie z dnia 7 sierpnia 2008r. nr 485/2008) w następującym składzie:

1. Małgorzata Chrzanowska — przedstawiciel Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie; Przewodnicząca Zespołu
2. Barbara Mejsner — przedstawiciel Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie; Sekretarz Zespołu
3. Wieczesław Augustyniak — przedstawiciel Rady Miasta Sopotu; Członek Zespołu
4. Danuta Trębińska — przedstawiciel Urzędu Miasta w Sopocie; Członek Zespołu
5. Iwona Plewako — przedstawiciel Urzędu Miasta w Sopocie; Członek Zespołu
6. Anna Zgrajka — przedstawiciel organizacji pozarządowej Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK); Członek Zespołu
7. Bożena Wypych — przedstawiciel organizacji pozarządowej Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej (PKPS); Członek Zespołu
8. Grażyna Sujcka–Ruła — przedstawiciel Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie; Członek Zespołu
9. Małgorzata Kaźmierczak — przedstawiciel Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie; Członek Zespołu
10. Renata Kaszyńska — przedstawiciel Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie; Członek Zespołu

Problematykę usług opiekuńczych reguluje:

1. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (tj. Dz. U.z 2008 r.Nr. 115 poz. 728 z późniejszymi zmianami)
2. Uchwała Nr XV/205/2008 Rady Miasta Sopotu z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie ustalenia szczegółowych zasad przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat oraz trybu ich pobierania (Dz. Urz. Wojew. Pomor. z 2008 r. Nr 56 poz. 1579).

## II. ETAPY PRZYGOTOWANIA PROGRAMU

1. Badanie jakości usług opiekuńczych przeprowadzone przez MOPS w Sopocie w ramach GWD – pomoc społeczna.
2. Wypracowanie programu doskonalącego zarządzanie usługami opiekuńczymi w Sopocie.
3. Badanie jakościowe w formie wywiadów pogłębionych z odbiorcami usług opiekuńczych zapewnianych przez MOPS w Sopocie.
4. Powołanie Zespołu ds. Wdrażania Programu Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Środowisku.
5. Opracowywanie koncepcji Programu przez Zespół ds. Wdrażania.
6. Pilotażowe przeprowadzenie konsultacji psychologicznych i prawnych w miejscu zamieszkania odbiorcy usług.
7. Przeprowadzenie konsultacji z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych.
8. Poddanie projektu Programu konsultacjom społecznym:
  - a) Sopocka Społeczna Rada ds. Organizacji Osób Niepełnosprawnych
  - b) Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Sopocie.
9. Przedłożenie projektu Programu Prezydentowi Miasta Sopotu i Radzie Miasta Sopotu.

## III. DIAGNOZA

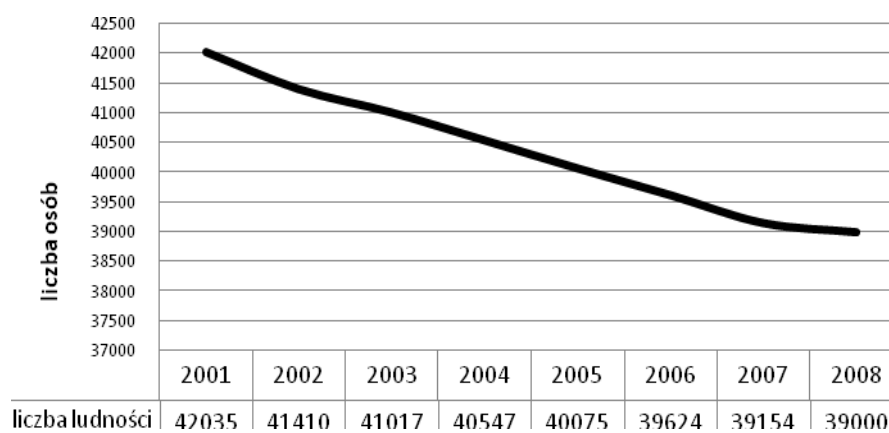
Program oparty jest na diagnozie sytuacji osób objętych usługami opiekuńczymi, w tym obowiązującego prawodawstwa, prognoz i badań. Zgromadzone dane stanowią jednocześnie informację o zasobach instytucjonalnych Miasta.

### 1. Demografia Sopotu

Sopot jest jednym z najmniejszych miast na prawach powiatu w Polsce zamieszkałym przez niecałe czterdzieści tysięcy mieszkańców. W 2008 roku Sopot zamieszkiwało 38.945 osób, wśród których aż 24,2% to osoby w wieku poprodukcyjnym. Wiek poprodukcyjny związany jest ze zdolnością do pracy i określany jest odpowiednio dla mężczyzn – 65 lat i więcej oraz dla kobiet – 60 lat i więcej. Sam procent, jako wartość statyczna, nie odzwierciedla jednak dynamiki zjawiska, jakie ma miejsce w mieście od wielu lat. Systematycznie od paru lat rośnie udział osób w wieku poprodukcyjnym przy stale zmniejszającej się ogólnej liczbie mieszkańców. Obserwujemy dalsze

zmniejszanie się liczby ludności przy strukturze demograficznej nie rokującej na odwrócenie tego procesu, ponieważ nie wzrasta liczba osób, które gwarantują przyrost naturalny (kobiety w wieku rozrodczym), a saldo migracji jest ujemne. Liczba dzieci do 18 roku życia również systematycznie maleje, która w 1999 roku wynosiła 8,6 tys. a 2008r. zaledwie 5,3 tys. Uznaną miarą jest także wskaźnik obciążenia demograficznego, mówiący o tym, jak wiele osób młodszych i starszych przypada na jedną osobę w wieku produkcyjnym. Analizy tego współczynnika pokazują tendencję wzrostową obciążenia ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym (Chorąży, Czarnecka 2005).

Wykres nr 1. Liczba ludności Sopotu w latach 2001 – 2008 (dane GUS).



Opisany proces określany jest jako starzenie się społeczeństwa. Jest on obserwowany praktycznie we wszystkich krajach rozwiniętych i wiąże się z dwoma zjawiskami demograficznymi: z jednej strony wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, na skutek czego coraz większa liczba osób dożywa wieku starszego i sędziwego, a z drugiej strony obniżaniem się płodności kobiet, co powoduje zmniejszanie się liczby dzieci i zwiększania się liczby osób starszych. Osoby w wieku sędziwym to osoby w wieku 80 i więcej lat. W kolejnych latach coraz więcej osób będzie dożywać tego wieku, który charakteryzuje się znacznym pogorszeniem stanu zdrowia wymagającym opieki.

Wykres nr 2. Prognoza odsetku osób w wieku poprodukcyjnym w Sopocie w latach 2010 – 2030 (dane GUS).



Prognoza demograficzna Sopotu z 2002 roku jednoznacznie pokazuje, że przy utrzymaniu wskazanych tendencji odsetek osób starszych będzie się nadal zwiększał przy nadal malejącej liczbie ludności. Konsekwencją tej sytuacji jest powiększenie grupy osób potrzebującej opieki przy coraz mniejszej liczbie osób mogących udzielać pomocy.

## 2. Niesamodzielnosc, niepełnosprawność

Starzenie się jest procesem indywidualnym i wielopłaszczyznowym, dlatego osoby należące do tej grupy są bardzo zróżnicowane (Urbaniak 1998). Większość osób starszych staje się osobami niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi. Zgodnie z definicją osoby niesamodzielne to osoby, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej w następstwie chorób lub urazów wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych (Jurek). Dostępne dane dla populacji Polski pokazują, iż współczynnik niesamodzielnosci, określany jako procent osób niesamodzielnych w danej grupie, wzrasta wraz z wiekiem. Widoczna jest tu również zasadnicza różnica ze względu na płeć – procent kobiet w każdej grupie wiekowej jest wyższy niż w odpowiedniej grupie mężczyzn, a w wieku powyżej 80 lat rozbieżność ta staje się znaczna. Przedstawione wyniki wraz z dłuższym trwaniem życia zmuszają do przedsięwzięcia takich działań, w ramach których możliwe będzie zapewnienie opieki wszystkim potrzebującym, a w szczególności osobom najbardziej niesamodzielnym.

Tabela nr 1. Współczynniki niesamodzielnosci w populacji polskich seniorów w 2006 r., opracowanie Jurek, na podstawie: A. Baran, E. Malesa, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku, prezentacja na konferencji Transformacja systemu opieki długoterminowej. Doświadczenia Polski i innych krajów europejskich, Toruń 25-27 września 2007r.

WIEK	Osoby niesamodzielne (w procentach)		
	RAZEM	kobiety	mężczyźni
65 – 69 lat	21,9	23,0	20,5
70 – 74 lat	33,5	34,0	32,7
75 – 79 lat	45,1	47,9	40,2
80 -84 lat	61,1	69,4	47,2
85 i więcej lat	77,8	84,8	58,3

Niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu. Osoby niepełnosprawne wymagają, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób

w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zgodnie z danymi z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku w Sopocie 11,4% mieszkańców było niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenie potwierdzające stan zdrowia (niepełnosprawność prawna). Jednak kolejne 3,3% określało się jako osoba niepełnosprawna na podstawie oceny własnego stanu zdrowia uniemożliwiającego wykonywanie podstawowych czynności życiowych (niepełnosprawność biologiczna).

### **3. Usługi opiekuńcze**

Ważnym elementem pomocy osobom niesamodzielnym i niepełnosprawnym jest pomoc udzielana w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, które zgodnie z art. 50 ustawy o pomocy społecznej *przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona oraz osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić*. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Doświadczenie pokazuje, że większość osób to osoby starsze, często samotne lub samotnie gospodarujące. Jeśli rodzina jest w stanie zaangażować się w pomoc, jest ona zapraszana do ścisłej współpracy przy zapewnieniu jak najlepszych warunków dla osoby potrzebującej.

Zależnie od stanu zdrowia osoby starsze mogą także korzystać z pomocy w formie wsparcia dziennego w ośrodku wsparcia, pomocy pieniężnej czy pobytu w domu pomocy społecznej. Katalog ten oczywiście nie jest zamknięty i każda wynikająca z ustawy pomoc jest udzielana.

Z praktycznego punktu widzenia lakoniczny opis zakresu usług w ustawie daje duże możliwości, jednak wypracowanie dokładnego katalogu czynności wchodzących w zakres usługi oraz zasad odpłatności leżą w gestii samych samorządów. Na poziomie krajowym nie ma jednak jednoznacznie określonej granicy pomiędzy świadczeniami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, co prowadzi do niemożności kierowania osób potrzebujących do danej instytucji. Obowiązujący w 2009 roku w Sopocie zakres czynności osób, świadczących usługi opiekuńcze ma stać się przyczynkiem do budowania standardu usług.

Postępowanie administracyjne w sprawie przyznania usług opiekuńczych prowadzi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie poprzez Zespół Usług i Pomocy Instytucjonalnej w Dziale Świadczeń Pomocy i Rehabilitacji Społecznej. Decyzja o przyznaniu usług ustalająca ich zakres, okres trwania i odpłatność klienta, wydawana jest po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego wyżej wskazanego Zespołu. Wywiad środowiskowy zasadniczo przeprowadza się w miejscu zamieszkania osoby ubiegającej się o usługi opiekuńcze. Od powołania w 1995 roku



do dnia dzisiejszego w Zespole nastąpiła specjalizacja pracy socjalnej dwóch pracowników socjalnych wykonujących pracę wyłącznie na rzecz osób wymagających wsparcia w czynnościach dnia codziennego.

Miasto Sopot zleca zadanie zapewnienia usług opiekuńczych w domach w drodze otwartego konkursu ofert skierowanego do organizacji pozarządowych i kościelnych. Praktyka pokazuje, że od wielu lat o lokalny grant aplikują dwie te same organizacje pozarządowe tj. Polski Komitet Pomocy Społecznej i Polski Czerwony Krzyż, które choć posiadają bogate doświadczenie i zaplecze techniczne, to jednak nie są w stanie zapewnić jakościowej usługi odpowiadającej standardom europejskim. W 2008 roku średnio w miesiącu PKPS świadczył usługi 146, a PCK 98 klientom.

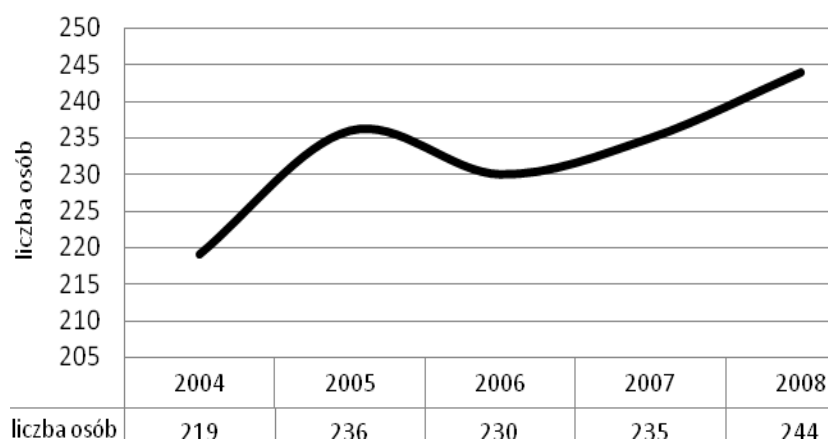
W badaniu ankietowym przeprowadzonym w ramach GWD osoby korzystające z usług ogólnie bardzo wysoko oceniły świadczone usługi, jednak dla jednej czwartej osób zakres usług był niewystarczający. W Sopocie sugestie dotyczące brakujących usług dotyczyły: braku towarzystwa i spacerów, godzin pracy (potrzeba pomocy w godzinach wieczornych oraz w soboty i niedziele). Był to m.in. przyczynek do powstania przedstawionego Programu.

#### 4. Biorcy usług opiekuńczych w Sopocie

Ze względu na charakterystykę świadczonych usług osoby z nich korzystające to osoby starsze w wieku poprodukcyjnym, którym udzielana jest pomoc z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby lub niepełnosprawności.

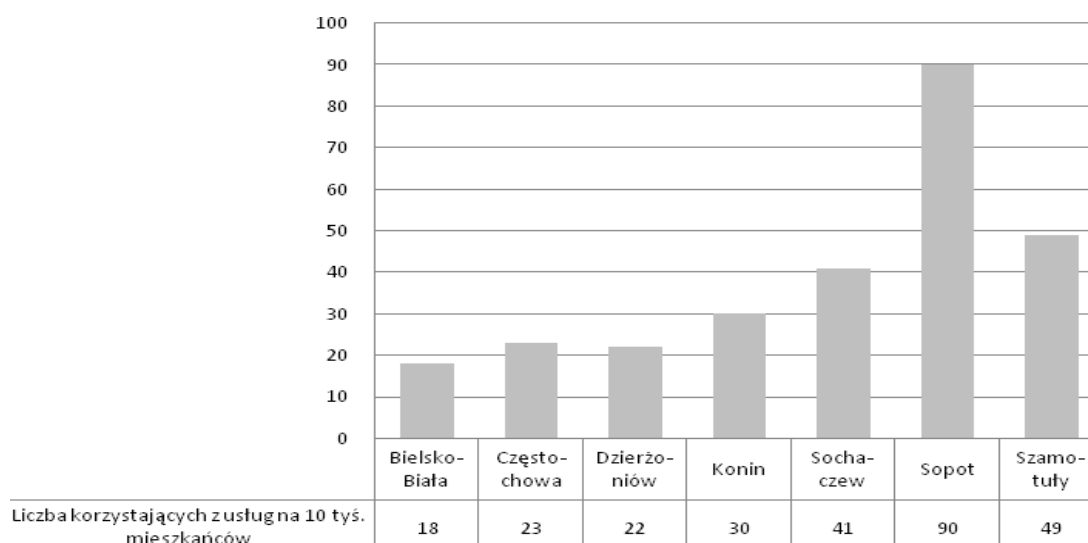
Dane liczbowe pokazują, iż liczba osób objętych usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania w Sopocie systematycznie wzrasta, choć po raz pierwszy od wielu lat liczba osób korzystających z tej formy pomocy nie wzrosła w stosunku do roku poprzedniego. Warto zauważyć, iż ilość osób, którym trzeba zapewnić opiekę średnio w miesiącu wzrasta, co zwiększa ciągłe obciążenie systemu pomocy.

Wykres nr 3. Liczba osób objęta usługami opiekuńczymi średnio w miesiącu w Sopocie w latach 2004 - 2008



W trakcie prac nad wskaźnikami dotyczącymi usług w Grupie Wymiany Doświadczeń porównano relatywną liczbę osób objętą usługami w poszczególnych miastach za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej, z której wynikało, że Sopot jest gminą, w której właśnie ta forma pomocy ma duże znaczenie, a wskaźnik jest prawie dwukrotnie wyższy niż w mieście o wysokim wskaźniku osób objętych usługami opiekuńczymi.

Wykres nr 4. Liczba osób korzystających z usług na 10 tys. mieszkańców w 2007 roku w miastach GWD na podstawie ankiety.

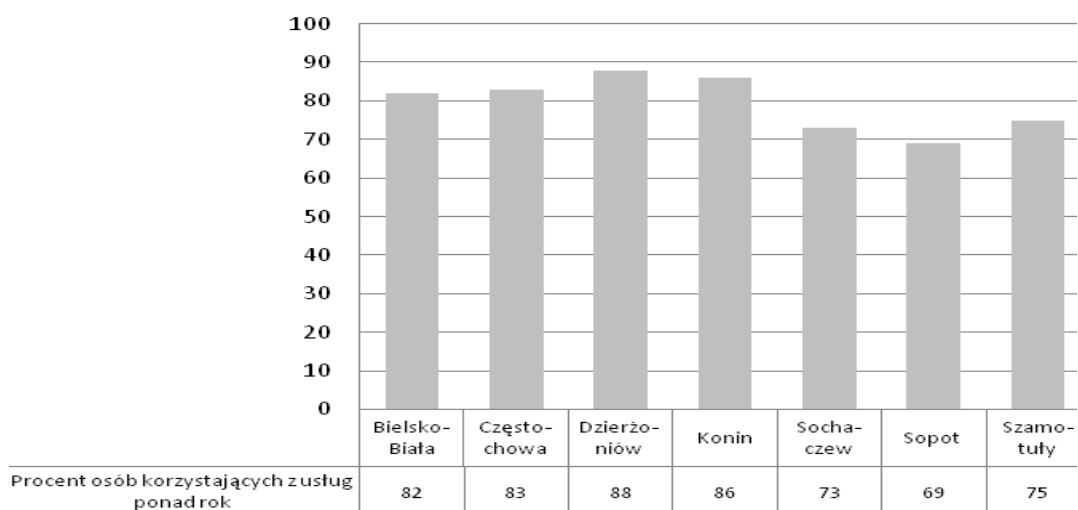


Cechami charakterystycznymi dla biorców usług w Sopocie są: starszy wiek, niepełnosprawność i samotność. Dane zbiorcze dotyczące wszystkich osób, które skorzystały z usług w 2008 roku pokazują, że aż dwie trzecie z nich (66%) to osoby w wieku powyżej 80 lat. 286 osób stanowiących 86% to osoby posiadające orzeczoną grupą inwalidzką lub stopień niepełnosprawności. Odsetek ten w porównaniu do 2007 roku wzrósł. Jednak procent osób z pierwszą grupą inwalidzką lub znacznym stopniem niepełnosprawności od dwóch lat utrzymuje się na tym samym poziomie (2007r. – 53%; 2008r. – 54%). Określony stan zdrowia sprawia, iż pomoc staje się długoterminowa, a osoby korzystające z usług dłużej niż sześć miesięcy stanowiły trzy czwarte populacji w 2008 roku.

Średnia ilość godzin przypadająca na osobę dziennie jako wskaźnik określający natężenie pracy wynosi około dwóch godzin i ten poziom jest utrzymywany od paru lat, choć trzeba zauważyć, że 78 osób korzysta z usług zaledwie dwa razy w tygodniu-ilość podań XII 2007/XII 2008.

Wspomniane powyżej badanie ankietowe wypracowane przez przedstawicieli siedmiu współpracujących samorządów w ramach Grupy Wymiany Doświadczeń – pomoc społeczna zostało przeprowadzone w Sopocie na przełomie lutego i marca 2008 roku wśród 48 osób.

Wykres nr 5. Procent osób korzystających z usług opiekuńczych w środowisku w 2007 roku w miastach GWD na podstawie ankiety.



Uzyskane wyniki potwierdziły, że odsetek osób w wieku sędziwym jest najwyższy w porównaniu do innych gmin. Mimo że procent osób objętych opieką ponad dwanaście miesięcy był wysoki to jednak okazał się on najniższy na tle wskazanych sześciu miast.

W większości miast odsetek osób samotnych („mieszkających samotnie”) wynosił w granicach 72 - 84%, podczas gdy w Sopocie wyniósł on 75%. Trzeba zaznaczyć, że wśród ankietowanych w Sopocie odsetek osób posiadających dzieci był wyraźnie wyższy niż w pozostałych samorządach (Sopot – 71%, Szamotuły – 53%, Dzierżoniów – 42%, i mniej). Utrzymywanie kontaktu z dziećmi deklarowało 63% osób z Sopotu. We wszystkich samorządach około pięć procent mniej osób utrzymywało kontakty z dziećmi niż deklarowało, że je ma. Przy tak wysokim odsetku osób z dziećmi dość mało badanych (zaledwie 42%) mogło liczyć na pomoc ze strony swojej najbliższej rodziny. Według opinii pracowników socjalnych często dzieci i rodzina znajdują się w odległych miejscach na świecie lub pomimo chęci nie są w stanie pomagać ze względu na pracę zawodową. Taka sytuacja prowadzi do poczucia samotności, które było szczególnie podkreślane przez klientów podczas badania jakościowego w trakcie wywiadów pogłębionych. Każdy dzień jest taki sam, rutyna dnia codziennego nie motywuje do podejmowania nowych działań. Członkowie rodziny są postrzegani jako osoby nie mające czasu dla osoby starszej, najczęściej ze względu na obciążenie własnymi obowiązkami.

Badania ogólnopolskie pokazują, że osoby w podeszłym wieku najwyżej stawiają opiekę sprawowaną przez członków rodziny (małżonka, dziecko, krewnego) a najniżej uplasowana jest opieka opiekuna formalnego (opiekunki). Członkami rodziny najczęściej zajmującymi się osobami starszymi są głównie kobiety, które nie zajmują się już wychowywaniem dzieci i zbliżają się do wieku emerytalnego. Wskaźnik potencjału pielęgnacyjnego, który liczony jest jako stosunek liczby kobiet w wieku 50-69 lat do liczby osób w wieku 70 i więcej lat z upływem czasu staje się coraz bardziej

niekorzystny ze względu na prognozowane pojawienie się luki potencjału pielęgnacyjnego w momencie, gdy liczba osób starszych przekroczy liczbę kobiet we wspomnianym wieku (Jurek).

## 5. Kadra świadcząca usługi

Osoby świadczące usługi nazywane opiekunkami są zobowiązane do zapewnienia opieki osobie objętej usługami zgodnie z zakresem czynności wyznaczonym w decyzji administracyjnej wydanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie.

Zgodnie z rozporządzeniem opiekunką środowiskową może być osoba, która ukończyła roczną szkołę policealną w danym kierunku. W praktyce opiekunkami zostają nie tylko osoby wykształcone spełniające ww. wymagania, a głównie osoby chcące podjąć tę pracę często ze względu na własną sytuację ekonomiczną. Certyfikat, którym legitymują się opiekunki w obu organizacjach to najczęściej świadectwo ukończenia tygodniowego kursu *opiekunka środowiskowa* w ramach zdobywania nowego zawodu. W przypadku trzech osób kwalifikacje potwierdzone są przez dyplomy ukończenia kierunku *opiekunka środowiskowa* w szkole policealnej. Obecnie większość opiekunek w organizacjach pozarządowych świadczących usługi jest w wieku 50 i więcej lat, które posiadają wykształcenie średnie ogólne. Natomiast w grupie opiekunek poniżej 50 roku życia przeważa zasadnicze wykształcenie zawodowe, które uniemożliwia podjęcie dodatkowego szkolenia w szkole policealnej. Bariery w budowaniu jasnego i przejrzystego systemu usług jest sytuacja, w której zdobyciu kwalifikacji czy trybu postępowania opiekunek nie wyznacza żaden rozpoznawalny i jasny standard. Funkcja opiekunki pozbawiona jest ram formalno – prawnych wytyczających etos pracy, z drugiej strony opiekunki niechętnie podejmują działania skierowane na podwyższenie swoich kwalifikacji.

Celem badania ankietowego w ramach GWD była także ocena pracy opiekunek oraz ocena ze względu na posiadanie cech, określanych jako niezbędne w tej pracy: punktualności, sumienności, fachowości, kultury i bycia pomocnym. W porównaniu z innymi miastami opiekunki w Sopocie otrzymały najmniej ocen pozytywnych, a w żadnej cesze nie uzyskały całkowitego zadowolenia ze strony podopiecznych. Ponadto, największy procent osób badanych w Sopocie nie wie lub nie uważa, że opiekunka w pełni wykorzystuje czas pracy (Sopot - 13%; reszta wyników wynosi od 2 do 5%).

## 6. Zasoby Miasta

Sopot jest miastem, w którym problematyka wsparcia osób starszych i niepełnosprawnych stała się żywa ze względu na sytuację demograficzną.

Zwrócenie uwagi na jakość usług opiekuńczych, będących gwarantem jak najdłuższego przebywania w środowisku przez potrzebującego seniora doprowadziło do zwiększenia budżetu w trakcie trwania roku w pierwszym kwartale 2008 oraz zmiany odpłatności klientów w kwietniu tego

samego roku. W porównaniu do 2007 roku budżet został zwiększony o 43,8%. W wyniku tego działania cena jednostkowa jednej godziny usługi wzrosła o 50% z 7,80 i 8,00 zł do 12,00 zł od maja 2008 roku. Było to odczuwalnym czynnikiem, mogącym zapewnić podstawowe warunki do podwyższania jakości usług. W związku z podwyższeniem ceny za świadczenie 1 godziny usługi, Rada Miasta przyjęła uchwałę, według której odpłatność klientów złotówkowo wzrosła nieznacznie. Procentowo w 2007 roku klienci ponosili średnio 30% ceny a w 2008 – 26%. Warto zaznaczyć, że średni wzrost odpłatności za usługi opiekuńcze ponoszony przez klienta nie przekracza wysokości dodatku lub/i zasiłku pielęgnacyjnego. Utrzymanie progu nie ponoszenia żadnych kosztów doprowadziło do utrzymania odsetku osób nie ponoszących żadnych kosztów za świadczone usługi na poziomie około 5% (2008 – 5,4; 2007 – 4,7).

Wyspecjalizowani pracownicy Zespołu Usług i Pomocy Instytucjonalnej w MOPS w Sopocie posiadający wieloletnie doświadczenie w diagnozowaniu sytuacji osób potrzebujących, mają także wysokie kwalifikacje do prowadzenia pracy socjalnej w środowisku.

Ważnym uzupełnieniem systemu pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym stanie się budowane Sopotkie Centrum Aktywności Seniora – dom pomocy społecznej. W jego strukturze będą znajdowały się oprócz miejsc stacjonarnych w domu pomocy społecznej także miejsca interwencyjne przeznaczone dla osób znajdujących się nagle w sytuacji kryzysowej.

W wielu przypadkach usługi opiekuńcze są uzupełnieniem świadczenia zdrowotnego, jakim jest pielęgnarska opieka długoterminowa, przeznaczona dla osób przewlekle i obłożnie chorych, niewymagających hospitalizacji, u których występują deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Opieka długoterminowa w Sopocie **nie jest** obecnie realizowana w pełnym zakresie. Aktualnie funkcjonuje dostęp do usługi geriatrycznej i świadczenia specjalistycznego w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej oraz stacjonarna opieka długoterminowa w dwóch sopockich hospicjach. Co ważne, w Sopocie nie działa zakład opieki długoterminowej finansowany z Narodowego Funduszu Zdrowia.

#### **IV. SPÓJNOŚĆ PROGRAMU Z DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI**

Program wspierania osób objętych usługami opiekuńczymi jest spójny z następującymi dokumentami strategicznymi:

1. Krajowy Program „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008 – 2010”
2. Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego do 2030r.
3. Strategia Integracji i Polityki Społecznej Sopotu 2005 – 2014r.
4. Plan Strategiczny Wspierania Osób Niepełnosprawnych w Sopocie na lata 2005 – 2014r.

## V. CELE PROGRAMU

CEL OGÓLNY:

**Podniesienie jakości życia osób objętych usługami opiekuńczymi w środowisku.**

CELE SZCZEGÓŁOWE:

**CEL 1. Wsparcie odbiorców usług opiekuńczych do jak najdłuższego przebywania we własnym środowisku.**

**Uzasadnienie realizacji celu:**

Nadrzędną zasadą pomocy osobom wymagającym opieki jest możliwie jak najdłuższe pozostawanie ich w swoim dotychczasowym, rodzinnym, dobrze znanym środowisku. Pomimo zmian społecznych to nadal rodzina odrywa bardzo ważną rolę w opiece nad człowiekiem starszym. Opieka rodzinna zajmuje czołowe miejsce w hierarchii preferencji opiekuńczych osób starszych, którzy cenią sobie opiekę osób, które znają i którym ufają. Członkowie rodziny zwykle akceptują swoje obowiązki wobec seniorów, często wykonują je dobrowolnie i z satysfakcją. Opieka rodzinna nie tylko pozwala utrzymać równowagę i sprzyja lepszemu funkcjonowaniu, ale także redukuje poczucie zależności, tym bardziej, że opieka formalna postrzegana jest jako pierwszy etap całkowitej utraty samodzielności i zinstytucjonalizowana. Cel 1 postuluje wsparcie rodziny w jej funkcjach opiekuńczych, kładzie też nacisk na rozbudowę systemu usług zdrowotnych i społecznych, które mogłyby wesprzeć rodzinę lub ją zastąpić w sytuacji braku możliwości osobistego świadczenia przez nią opieki.

Diagnoza sytuacji życiowej osób objętych usługami opiekuńczymi wykazała dwie tendencje: zwiększa się liczba seniorów samotnych, pozbawionych rodziny, a co za tym idzie opieki rodzinnej oraz rodzina nie zawsze jest w stanie zapewnić pełną pomoc seniorom. Opieka sprawowana w warunkach domowych, zapewniana przez opiekunki środowiskowe pozwala na starzenie się we własnym środowisku, które dostosowuje się do ich potrzeb i zmieniającej rzeczywistości. Osoba starsza pozostaje częścią rzeczywistości społecznej, z którą się identyfikuje i do której przynależy, zachowuje integrację ze społecznością w miejscu, którym żyje i uczestniczy w niej adekwatnie do swojego stanu zdrowia. Zwłaszcza w przypadku seniorów samotnych opieka oparta na wizytach domowych powinna zostać uzupełniona o wsparcie psychologiczne, pomoc prawną i w miarę możliwości o kontakty z rówieśnikami. Pozwala to podtrzymać nie tylko sprawność fizyczną, ale

przyczynia się do zachowania dobrej kondycji psychicznej, przeciwdziała izolacji społecznej i ogranicza poczucie samotności. Ponadto, z punktu widzenia samorządu lokalnego zapewniającego usługi opiekuńcze opieka domowa jest bardziej ekonomiczna i efektywniejsza niż opieka zapewniana przez instytucje (bez narażenia seniora na stres związany z przeniesieniem do placówki). Jak najdłuższe utrzymywanie w swoim środowisku wiąże się także z pielęgniarstwem długoterminowym, przeznaczoną dla osób przewlekle i obłożnie chorych, ale niewymagających hospitalizacji. Jest to tym ważniejsze, że opieka długoterminowa w Sopocie nie jest realizowana w pełnym zakresie. Cel 1 obejmuje więc wszystkie działania wspierające osoby objęte usługami opiekuńczymi do jak najdłuższego przebywania we własnym środowisku na różnych poziomach swojej aktywności oraz działania wspierające rodzinę w ich funkcjach opiekuńczych.

### **Kierunki działań:**

1. Zapewnianie doradztwa specjalistycznego dla rodzin osób objętych usługami opiekuńczymi.
2. Organizowanie wsparcia wolontarystycznego.
3. Zapewnienie dostępu do miejsc interwencyjnych opieki całodobowej w Sopockim Centrum Aktywności Seniora- domu pomocy społecznej (otwarcie 2010r.).
4. Organizowanie systemu dowożenia posiłków do domu.
5. Zapewnianie wsparcia psychologicznego osobom objętym usługami opiekuńczymi.
6. Zapewnianie poradnictwa prawnego dla osób objętych usługami opiekuńczymi.
7. Prowadzenie programów edukacyjnych na temat samopomocy i samoopieki.
8. Umożliwienie uczestnictwa w zajęciach integracyjnych w Dziennym Domu Pomocy Społecznej (DDPS) w Sopocie.
9. Inicjowanie opieki długoterminowej w środowisku.
10. Współpraca z ochroną zdrowia w zakresie geriatrycznej opieki lekarskiej, w tym wizyt w środowisku domowym.
11. Systematyczna analiza potrzeb odbiorców usług opiekuńczych.

### **Wskaźniki realizacji celu:**

1. Liczba rodzin, które skorzystały z doradztwa specjalistycznego.
2. Liczba osób, które skorzystały z wolontariuszy.
3. Liczba godzin wolontarystycznych przypadająca na 1 osobę objętą opieką miesięcznie.
4. Liczba osób, które skorzystały z miejsc interwencyjnych.
5. Liczba osób, które skorzystały z dowożenia posiłków.
6. Liczba osób zgłoszonych do objęcia wsparciem psychologicznym.

7. Procent osób, które skorzystały ze wsparcia psychologicznego w ogólnej liczbie osób zgłoszonych do objęcia tym wsparciem.
8. Liczba osób, które skorzystały z poradnictwa prawnego.
9. Liczba osób, które wzięły udział w programach edukacyjnych.
10. Liczba osób, które skorzystały z dowiezienia na zajęcia w DDPS.
11. Liczba osób, które skorzystały z opieki pielęgniarek opieki długoterminowej.
12. Procent osób, które skorzystały z opieki długoterminowej w ogólnej liczbie osób zgłoszonych do objęcia tą opieką.
13. Badanie potrzeb odbiorców usług.

## **CEL 2. Doskonalenie jakości usługi opiekuńczej.**

### **Uzasadnienie realizacji celu:**

Nie ulega wątpliwości, że dla osób potrzebujących opieki najlepszym i najbezpieczniejszym miejscem jest ich własny dom. Jednak to nie sam pobyt starszych w domu, lecz jakość opieki domowej decydują o jakości ich życia. Dobra usługa opiekuńcza to opieka adekwatna do sytuacji potrzebującego i dostosowywana indywidualnie do jego potrzeb, zapewniana przez rodzinę bądź profesjonalne przygotowane służby społeczne. To właśnie profesjonalizacja tego obszaru pomocy społecznej spowodowała wprowadzenie nowych zawodów, m. in. opiekunki środowiskowej. To właśnie kwestia odpowiedniego przygotowania opiekunek do wypełniania swoich zadań jest kluczowa w kontekście doskonalenia jakości usługi opiekuńczej. Praktyka pokazuje, że z jednej strony komfort życia, bezpieczeństwo zdrowotne i socjalne osób wymagających opieki zależy od profesjonalizmu i postawy etycznej opiekunki środowiskowej, a z drugiej praca związana z opieką i pielęgnacją jest wyczerpująca fizycznie i psychicznie. Cel 2 postuluje więc zwiększenie efektywności świadczenia usług poprzez wprowadzenie lokalnego standardu usługi opiekuńczej tj. ustalonej i obowiązującej normy, która określa najbardziej pożądane cechy realizowanych usług opiekuńczych. Standard winien określać min. rodzaj i zakres usługi, katalog kwalifikacji i umiejętności kadry, zakres jej obowiązkowych szkoleń, sposobu organizacji kontroli i monitoringu oraz nadzoru ich realizacji. Aby skutecznie doskonaląc jakość usługi i stworzyć bazę pod określenie standardu usługi potrzebna jest w pierwszej kolejności pogłębiona diagnoza, następnie analiza i ocena oferty usług opiekuńczych dla seniorów w zakresie zapewniania opieki. Ponadto istotne jest wzmocnienie prestiżu zawodu opiekunki środowiskowej, społecznego uznania oraz zwiększenie atrakcyjności tego zawodu, zwłaszcza wśród młodych ludzi planujących swą przyszłość zawodową. Dlatego szczególnego



znaczenia nabierają czynniki motywujące do wykonywania zawodu opiekunki środowiskowej oraz ich wsparcie w łagodzeniu napięć emocjonalnych i skutków wypalenia zawodowego poprzez systematyczne superwizje i szkolenia oraz doradztwo metodyczne.

Jakość usługi opiekuńczej to także stały i rzetelny monitoring świadczonych usług oraz zwiększenie częstotliwości wejść w środowisko przez pracownika socjalnego, który zapewnia bieżące i kompleksowe wsparcie osobom wymagającym opieki. Istotne jest także dynamizowanie społeczności lokalnej do działań w tym zakresie np. poprzez stwarzanie odpowiednich warunków do realizacji zadań przez organizacje pozarządowe.

Cel 2 obejmuje wszystkie działania prowadzące do opracowania i wdrożenia lokalnego standardu usług, w tym roli opiekunki środowiskowej oraz systematyczne dostosowywanie lokalnego systemu pomocy do dynamiki długookresowych trendów demograficznych.

#### **Kierunki działań:**

1. Opracowanie i wdrożenie lokalnego standardu usług opiekuńczych.
2. Systematyczne podnoszenie kwalifikacji kadr zajmujących się opieką środowiskową.
3. Zapewnianie wsparcia psychologicznego opiekunkom środowiskowym.
4. Wprowadzanie osób zatrudnionych w ramach prac społecznie użytecznych do prac porządkowych.
5. Budowanie partnerskiej współpracy z organizacjami pozarządowymi realizującymi zadania opiekuńcze.
6. Promowanie wysoko jakościowej pracy opiekunek środowiskowych.
7. Zwiększenie częstotliwości wejść pracownika socjalnego w środowisko.
8. Prowadzenie pracy socjalnej szczególnie w sytuacjach wymagających interwencji socjalnej.
9. Monitoring świadczonych usług.

#### **Wskaźniki realizacji celu:**

1. Opracowanie lokalnego standardu usługi opiekuńczych.
2. Opis zakresu wdrażania standardu usług opiekuńczych.
3. Liczba opiekunek, które podniosły swoje kwalifikacje.
4. Liczba opiekunek, które zdobyły wykształcenie opiekunki środowiskowej.
5. Liczba opiekunek, które skorzystały ze wsparcia psychologicznego.
6. Liczba osób zatrudnionych w ramach prac społecznie użytecznych do prac porządkowych u osób objętych usługami opiekuńczymi.
7. Wyłonienie laureatów konkursu „Najlepsza Opiekunka Roku”.

8. Liczba wejść w środowisko pracownika socjalnego na 1 osobę objętą opieką miesięcznie.
9. Ilość interwencji socjalnych przypadających na jednego pracownika socjalnego miesięcznie.
10. Liczba przeprowadzonych spotkań z przedstawicielami organizacji pozarządowych działających na rynku usług opiekuńczych.
11. Funkcjonujący system monitoringu usług.

### **CEL 3. Poszerzenie dostępu do informacji na temat oferowanych form pomocy i ich finansowania.**

#### **Uzasadnienie realizacji celu:**

W obliczu zwiększającej się liczby osób potrzebujących opieki przekazywanie rzetelnej informacji na temat możliwości wsparcia samym zainteresowanym jak i ich rodzinom nabiera istotnego znaczenia. Praktyka pokazuje, że w pierwszej kolejności takich informacji udzielają służby medyczne. Jednak ich wiedza na temat ofert opieki i wsparcia często jest niepełna i nieaktualna. Kolejnym źródłem informacji są organizacje pozarządowe zajmujące się osobami starszymi i niepełnosprawnymi, które także powinny dysponować bieżącą i pełną informacją na temat ofert opieki i wsparcia. Ponadto, informacje należy kierować do całej społeczności lokalnej oraz wszystkich tych, którzy na swoje drodże mogą spotkać się z koniecznością zapewnienia opieki.

Cel 3 obejmuje wszystkie działania zmierzające do wzmocnienia systemu informacji na temat usług opiekuńczych i dodatkowego wsparcia dla osób wymagających usług opiekuńczych.

#### **Kierunki działań:**

1. Opracowywanie oraz wydawanie broszur i ulotek informacyjnych na temat ofert pomocy i zasad odpłatności.
2. Inicjowanie wymiany informacji między partnerami społecznymi działającymi na rzecz osób objętych usługami opiekuńczymi.
3. Angażowanie lokalnych mediów w informowanie o zasadach korzystania z usług opiekuńczych.
4. Organizowanie spotkań konsultacyjno-informacyjnych dla przedstawicieli ochrony zdrowia.

#### **Wskaźniki realizacji celu:**

1. Liczba rozdyskrebowanych broszur i ulotek informacyjnych.
2. Liczba spotkań konsultacyjno-informacyjnych.
3. Liczba przedstawicieli ochrony zdrowia, którzy wzięli udział w spotkaniach konsultacyjno-informacyjnych.

## **VI. SPOSÓB WDRAŻANIA PROGRAMU**

Program wdrażany będzie przez Zespół ds. Wdrażania Programu, reprezentujący Urząd Miasta, MOPS w Sopocie i organizacje pozarządowe zaangażowane w realizację zapewniania usług opiekuńczych. Za realizację odpowiednich działań odpowiedzialni będą członkowie Zespołu w zakresie swoich kompetencji. Spotkania Zespołu, zwoływane przez Przewodniczącego, zaplanowano raz na kwartał.

Wdrażanie celów Programu odbywać się będzie poprzez działania wynikające z realizacji ustawy o pomocy społecznej oraz projekty wpisujące się w jego założenia. Szczegółowy harmonogram poszczególnych działań stanowi załącznik do Programu.

Za realizację Programu odpowiada Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie.

## **VII. MONITORING I EWALUACJA PROGRAMU**

Monitoring Programu prowadzony będzie przez cały okres jego wdrażania poprzez regularne spotkania Zespołu ds. Wdrażania Programu. Monitoring polegać będzie na bieżącym zbieraniu oraz analizowaniu informacji na temat podejmowanych działań w zakresie poszczególnych celów. Ponadto, na koniec każdego roku Przewodniczący Zespołu przedstawia raport z monitoringu w postaci sprawozdania z realizacji Programu do zaopiniowania Zespołowi. Sprawozdanie opierać się będzie na zebraniu danych od wszystkich zaangażowanych w realizację Programu i analizie założonych wskaźników. Propozycję ewentualnych korekt w sposobie realizacji Programu wypracowywane będą przez Zespół.

Przewodniczący Zespołu w trakcie systematycznych spotkań z Dyrektorem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie sprawozdaje aktualny stan realizacji Programu w tym za działania ,które leżą w gestii Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie. MOPS w Sopocie składa sprawozdanie z realizacji Programu Prezydentowi Miasta Sopotu.

Ewaluacja rozumiana jako ocena Programu pozwoli zweryfikować efektywność i skuteczność podejmowanych działań w kontekście celów Programu. Będzie stanowiła także podstawę do aktualizacji założonych celów czy opracowania ewentualnych nowych kierunków działań. W trakcie wdrażania Programu przewidziano dwie ewaluacje:

- a. ewaluacja mid-term w III kwartale 2010 roku,
- b. ewaluacja ex-post w I kwartale 2012 roku.

Ewaluację przeprowadzi Sekretarz Zespołu ds. Wdrażania Programu.

## VIII. FINANSOWANIE PROGRAMU

Zakres realizacji działań ujętych w Programie w znacznej mierze uzależniony będzie od wielkości środków samorządowych, a także będących w dyspozycji organizacji pozarządowych i innych podmiotów zaangażowanych w działania na rzecz wspierania osób objętych usługami opiekuńczymi. Zakłada się także pozyskiwanie środków finansowych ze źródeł zewnętrznych na kontynuowanie Programu.

Potencjalne źródła finansowania Programu:

1. Środki własne Miasta Sopotu
2. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)
3. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)
4. Środki organizacji pozarządowych
5. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
6. Ministerstwo Zdrowia
7. Powiatowy Urząd Pracy
8. Ministerstwo Edukacji Narodowej
9. Ministerstwo Kultury
10. Europejski Fundusz Społeczny

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Chorąży, Czarnecka, 2005, *STAN, STRUKTURA I DYNAMIKA LUDNOŚCI POLSKI*  
[http://kmsid.ue.poznan.pl/dokumenty/prognozy\\_ludnosci.pdf](http://kmsid.ue.poznan.pl/dokumenty/prognozy_ludnosci.pdf)
2. Urbaniak B., 1998, *Praca zawodowa po przejściu na emeryturę. Społeczno-ekonomiczne przesłanki powrotu emerytów do aktywnego życia zawodowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
3. Łukasz Jurek *Opiekunowie rodzinni niesamodzielnych osób starszych w dobie współczesnych przemian demograficznych. Diagnoza wybranych problemów.* (prezentacja PPT)