



**„Nowa rola domu pomocy społecznej  
w obliczu deinstytucjonalizacji usług  
społecznych i zdrowotnych  
– opracowanie modelu”.**

Spotkanie robocze zespołu:

KOALICJI

NA RZECZ DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH

26 – 27 października 2021r.



# PLAN SPOTKANIA:

## **26 października 2021r.**

1. Miejsce domu pomocy społecznej w projekcie Strategii Rozwoju Usług Społecznych
2. Nowy system opieki długoterminowej
3. Dwie formuły funkcjonowania DPS
4. Wypracowanie modelu - WARSZTAT część I

## **27 października 2021r.**

1. Wypracowanie modelu - WARSZTAT część II
2. Podsumowanie



# Deinstytucjonalizacja, co oznacza?

## W świecie idealnym...

proces deinstytucjonalizacji skupia się na rozwoju usług świadczonych w środowisku zamieszkania osób wymagających wsparcia, tj. w środowisku lokalnym, co ma doprowadzić do sytuacji w której, opieka instytucjonalna – całodobowa nie będzie w ogóle potrzebna.



# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

W latach 70 ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych, w kontekście zmiany sytuacji osób starszych przebywających w domach opieki oraz w stosunku co do osób uczestniczących w procesie terapii w ośrodkach zamkniętych oraz szpitalach psychiatrycznych

UNICEF jako: *„całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki nad dziećmi bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty*

*„Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”. Z przedmiotowego dokumentu wynika, iż „W miejscach, gdzie termin ten jest stosowany, odnosi się on do procesu rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej”*

Same Wytyczne, zalecają by unikać tego słowa stwierdzając *„Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w niniejszych wytycznych unika się używania terminu deinstytucjonalizacja, ponieważ jest on często rozumiany po prostu jako zamknięcie zakładów”*

# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

Działania w zakresie deinstytucjonalizacji powinny prowadzić do powszechnego dostępu do usług świadczonych w środowisku zamieszkania, gdyż tylko nieograniczony dostęp do szerokiego spektrum interdyscyplinarnych usług środowiskowych może wpłynąć na zmniejszenie popytu na usługi stacjonarnej opieki długoterminowej.





# DEINSTITUCJONALIZACJA:

Czy ten proces jest czymś nowym?

Czy dla nas jest to nowy trend?

Co na to nasze przepisy?



# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej

**Art. 2. ust. 1.**

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, **mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych**, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

**Art. 3 ust. 2.**

Zadaniem pomocy społecznej jest zapobieganie sytuacjom, o których mowa w art. 2 ust. 1, **przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem**

**Art. 55. ust. 1.**

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, **w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających**, zwanych dalej „mieszkańcami domu”.

**ust. 2.**

Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności **wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.**

# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

## Dlaczego teraz:

1. Wyzwanie cywilizacyjne.
2. Oczekiwanie środowisk OZN
3. Nowa perspektywa unijna – wymóg minimalny.







# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

**Proces deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce powinien prowadzić w kierunkach:**

1. rozwoju lokalnych, powszechnych i zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mogą ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej,
2. usamodzielnienia mieszkańców DPS, którzy są w stanie funkcjonować poza instytucją,
3. skoordynowania wszystkich rodzajów usług społecznych ze zdrowotnymi,
4. zabezpieczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej, jako ostatniego i najmniej pożądanego elementu systemu wsparcia.



# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

## Podejście do procesu DI:

<b>RADYKALNE</b>	Należy zlikwidować wszystkie instytucje opieki całodobowej, potrzeby człowieka powinny być zaspakajane w środowisku zamieszkania, niczym nie ograniczona wolność, koszt usług społecznych nie jest istotny – należy rozwinąć usługi środowiskowe (NGO)
<b>ZRÓWNOWAŻONE</b>	Należy rozwijać środowiskowe formy usług, a opieka instytucjonalna ma być ostatnim elementem systemu. Osoba ma mieć wybór – zabezpieczenie potrzeb w środowisku czy pobyt w instytucji (część samorządów, administracja rządowa i część NGO)
<b>ZACHOWAWCZE</b>	Nic nie należy zmieniać, przecież dzisiaj realizujemy usługi w środowisku, a dostęp do nich jest powszechny, człowiek w instytucji jest wolny i ma się dobrze, w systemie brakuje nam tylko pieniędzy i klientów (część samorządów, część Dyrektorów DPS)



# **DEINSTYTUCJONALIZACJA:**

**Wymogiem minimalnym w zakresie skorzystania przez Polskę z funduszy Unii Europejskiej w nowej perspektywie (2021 – 2027) jest:**

wdrożenie

tzw. strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych

# DEINSTYTUCJONALIZACJA:

## **PIERWSZA POLITYKA PUBLICZNA uwzględniająca wymogi minimalne:**

Uchwała 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,,

## **DRUGA POLITYKA PUBLICZNA uwzględniająca wymogi minimalne:**

Projekt Strategii Rozwoju Usług Społecznych na lata 2021 – 2035.



# **DEINSTYTUCJONALIZACJA:**

**Projekt Strategii Rozwoju Usług Społecznych  
na lata 2021 – 2035.**

# **PRACE OD KUCHNI...**





# **DEINSTYTUCJONALIZACJA:**

**Projekt Strategii Rozwoju Usług Społecznych  
na lata 2021 – 2035.**

# **MIEJSCE DPS W STRATEGII**

# STRATEGIA A DPS:

## Rozdział I - DIAGNOZA STRATEGICZNA OBSZARÓW PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

### RODZINA – DZIECI, W TYM DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

REKOMENDACJE - zmniejszanie liczby miejsc w domach pomocy społecznej dla dzieci na rzecz innych nieinstytucjonalnych form wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami;

### OSOBY STARSZE

REKOMENDACJE –

- koordynacja usług zdrowotnych z usługami społecznymi, szerszy rozwój opieki środowiskowej;
- utrzymanie poziomu zasobów instytucji opieki całodobowej na poziomie niezbędnym i adekwatnym do liczby osób, których stan zdrowia i sytuacja rodzinna uniemożliwiają zapewnienie jej w środowisku zamieszkania. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia;
- dostosowanie systemu opieki długoterminowej do stale rosnących potrzeb związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

### OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

REKOMENDACJE – dotyczą tylko wsparcia środowiskowego

### DOROSŁE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

REKOMENDACJE – dotyczą tylko wsparcia środowiskowego



# STRATEGIA A DPS:

Proces deinstytucjonalizacji obejmować będzie szereg działań zmierzających do rozwoju usług w środowisku lokalnym, a wśród nich:

1	Priorytet usług społecznych realizowanych w środowisku zamieszkania nad usługami stacjonarnymi.
2	Rozwój lokalnych i zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej.
3	Działania zmierzające do wykorzystania zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej.
4	Rozwój różnych form mieszkalnictwa





# STRATEGIA A DPS:

Schemat deinstytucjonalizacji usług społecznych skierowanych do osób starszych, z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych oparty na schemacie odwróconej piramidy. Schemat ten dotyczy zarówno usług społecznych jak i zdrowotnych



# STRATEGIA A DPS:

## SYSTEM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

	GMINNY KOORDYNATOR USŁUG		
<b>OPIEKA RODZINNA</b>	ŚWIADCZONA PRZEZ OSOBY SPOKREWNIONE	WSPIERANA USŁUGAMI SPOŁECZNYMI I ZDROWOTNYMI	WSPIERANA ŚWIADCZENIAMI DLA OPIEKUNÓW
<b>OPIEKA DOMOWA</b>	USŁUGI OPIEKUŃCZE	USŁUGI ZDROWOTNE	USŁUGI WSPIERAJĄCE
<b>OPIEKA DZIENNA</b>	PLACÓWKI DZIENNEGO POBYTU	MIESZKALNICTWO	USŁUGI WSPIERAJĄCE
<b>OPIEKA STACJONARNA</b>	INSTYTUCJE OPIEKI STACJONARNEJ DPS, ZPO, ZOL		RODZINNE DOMY POMOCY I RODZINY OPIEKUŃCZE
<b>OPIEKA HOSPICYJNA</b>	USŁUGI DOMOWE	USŁUGI STACJONARNE	USŁUGI WSPIERAJĄCE

Wizja funkcjonowania systemu opieki długoterminowej po dokonaniu zmian związanych z deinstytucjonalizacją usług

# STRATEGIA A DPS:

WIZUALIZACJA DOTYCZĄCA  
PEŁNIENIA RÓL PRZEZ PODMIOTY  
ŚWIADCZĄCE USŁUGI W RAMACH  
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ.



# STRATEGIA A DPS:

## FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

NIEZALEŻNIE OD MIEJSCA ŚWIADCZENIA USŁUGI

**KOORDYNACJA  
USŁUG**

FINASOWANE PRZEZ GMINĘ - ZADANIE OBOWIĄZKOWE

**USŁUGI  
OPIEKUŃCZE**

FINASOWANE PRZEZ GMINĘ - ZADANIE OBOWIĄZKOWE,  
WE WSZYSTKICH MIEJSCACH ICH ŚWIADCZENIA

**USŁUGI  
ZDROWOTNE**

FINASOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA WE  
WSZYSTKICH MIEJSCACH ICH ŚWIADCZENIA

**ŚWIADCZENIA  
DLA OPIEKUNÓW**

BUDŻET PAŃSTWA



# STRATEGIA A DPS:

## WIZJA STRATEGII

Przygotowanie systemu realizacji usług społecznych do świadczenia dla każdej osoby potrzebującej wsparcia z powodów społecznych, takich jak: podeszłego wieku, niepełnosprawności, zdrowia psychicznego - bezpiecznego i niezależnego funkcjonowania w swoim miejscu zamieszkania (w swoim mieszkaniu lub domu) – tak długo, jak tego pragnie, zaś dzieciom i młodzieży pozbawionej opieki rodzicielskiej wsparcia jak najbardziej zbliżonego do warunków rodzinnych.

Poprzez wsparcie rozumie się zarówno dostęp do usług, dostęp do placówek dziennych, a także mieszkań treningowych, wspomaganych i innych form mieszkalnictwa (np. programy mieszkaniowe ze wsparciem przyjmowane przez jednostki samorządu terytorialnego).

# STRATEGIA A DPS:

## OBSZAR:

OPIEKA NAD DZIECKIEM, W TYM DZIECKIEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

### Cel strategiczny:

Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.

### Cel szczegółowy nr 3:

**Zmiana funkcjonalności placówek całodobowych długookresowego pobytu.**

Kontynuacja przekształcania placówek całodobowego długoterminowego pobytu dla dzieci zakłada, że potencjał istniejących obecnie placówek (podmiotów instytucjonalnej pieczy zastępczej, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych), a więc kadry, ich kompetencje i infrastruktura, będzie wykorzystany do zapewniania dzieciom i rodzinom wsparcia w społeczności lokalnej, a także – choć w ograniczonym zakresie – do realizacji usług instytucjonalnych w nowej formule. Reforma zakłada stopniową zmianę funkcji obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci.

### Zakładane efekty realizacji celów:

Zmiana funkcjonowania obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci z całodobowej długoterminowej na krótkoterminową turnusową oraz usługową w środowisku lokalnym.

# STRATEGIA A DPS:

**OBSZAR:  
OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI**

**Cel strategiczny:**

**Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.**

**Cel szczegółowy nr 3:**

**Rozwój środowiskowych form wsparcia opieki długoterminowej.**

Przekształcenie stacjonarnych placówek opieki długoterminowej w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową (opieka wytchnieniowa).

# STRATEGIA A DPS:

## OBSZAR: OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI

### Cel strategiczny:

Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.

### Cel szczegółowy nr 4:

Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej, w tym opieki hospicyjnej.

1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji opieki długoterminowej w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających.
2. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki długoterminowej w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie.
3. Przekształcenie instytucji opieki długoterminowej w środowiskowe centra opieki, gdzie opieka stacjonarna oferowana będzie tylko gdy nie będzie możliwe wsparcie środowiskowe z uwagi na stan zdrowia, stopień niesamodzielnności oraz poziom wydolności opiekuńczej rodziny, lub w ramach opieki krótkoterminowej. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc stacjonarnych do innych usług środowiskowych realizowanych przez te instytucje.
4. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.



# STRATEGIA A DPS:

**OBSZAR:**

**OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI**

**Cel strategiczny:**

Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.

**Cel szczegółowy nr 5:**

Zbudowanie trwałego systemu finansowania opieki długoterminowej

1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji opieki długoterminowej w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających.
2. Dokonanie szczegółowych analiz dotyczących finansowania opieki długoterminowej.
3. Opracowanie modelu stałego finansowania systemu opieki długoterminowej, zapewniającego możliwość korzystania ze wsparcia wszystkich osób wymagających pomocy.
4. Wprowadzenie stabilnego i trwałego rozwiązania finansującego koszty opieki długoterminowej dla obywateli.

# STRATEGIA A DPS:

**OBSZAR:**

**OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI**

**Cel strategiczny:**

Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.

**Cel szczegółowy nr 6:**

Wsparcie i rozwój kadr świadczących opiekę długoterminową.

1. Przekształcenie zawodu opiekuna w zawód specjalista ds. opieki. Nadanie określonych kompetencji zawodowych, ustanowienie stopni specjalizacji, co pozwoli na zmianę wizerunkową zawodu opiekuna. Dotyczy to nie tylko opiekunów zatrudnionych w instytucjach całodobowych, ale również opiekunów pracujących w środowisku.
2. Określenie minimalnych wynagrodzeń na stanowisku specjalisty ds. opieki.
3. Finansowanie przez samorząd szkoleń dla realizatorów rodzinnej opieki długoterminowej, po ówczesnym zdiagnozowaniu takowych potrzeb przez koordynatora gminnego.
4. Tworzenie lokalnych i regionalnych centrów wsparcia kompetencji opiekunów, z usługami mobilnymi.

# STRATEGIA A DPS:

## OBSZAR: OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI

### Zakładane efekty realizacji celów:

1. Stworzony zostanie kompleksowy system opieki długoterminowej oparty na skoordynowanych, zindywidualizowanych usługach środowiskowych.
2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób starszych w instytucjach opieki całodobowej.
3. Wsparci zostaną opiekunowie rodzinni, którzy są podstawowym elementem systemu opieki długoterminowej.
4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia.

# STRATEGIA A DPS:

**OBSZAR:**

**NIEZALEŻNE ŻYCIE – WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

**Cel strategiczny:**

**Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności.**

**Cel szczegółowy nr 4:**

**Usamodzielnienie mieszkańców instytucji opieki całodobowej.**

1. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki długoterminowej w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji.
2. Tworzenie i realizacja indywidualnych planów usamodzielnienia uwzględniających aktywizację społeczną i zawodową osób opuszczających placówki całodobowe.
3. Rozwój mieszkań wspomaganych.
4. Tworzenie mieszkań ze wsparciem (umowa najmu z mieszkańcem), poprzez przyjmowane przez samorzady programy mieszkaniowe.
5. Rozwój miejsc i form potencjalnego zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami.
6. Opracowanie, upowszechnianie i wdrażanie ścieżki reintegracji społeczno – zawodowej osób z niepełnosprawnościami.

# STRATEGIA A DPS:

## OBSZAR:

## NIEZALEŻNE ŻYCIE – WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

### Zakładane efekty realizacji celów:

1. Stworzony zostanie kompleksowy system wsparcia osób i rodzin z niepełnosprawnościami.
2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób z niepełnosprawnościami w instytucjach opieki całodobowej.
3. Wdrożona zostanie idea niezależnego życia, wsparta mieszkalnictwem wspomaganym.
4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia.

# STRATEGIA A DPS:

**OBSZAR:**

**WSPARCIE OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

**Cel strategiczny:**

**Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.**

**Cel szczegółowy nr 4:**

**Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.**

1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi (DPS, ZOP, ZPO) w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających.
2. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie.
3. Przekształcenie stacjonarnych instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w środowiskowe centra wsparcia, gdzie opieka stacjonarna może być tylko ostatnim z możliwych elementów wsparcia. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc stacjonarnych do innych usług środowiskowych realizowanych przez te instytucje.
4. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.

# STRATEGIA A DPS:

## OBSZAR: WSPARCIE OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

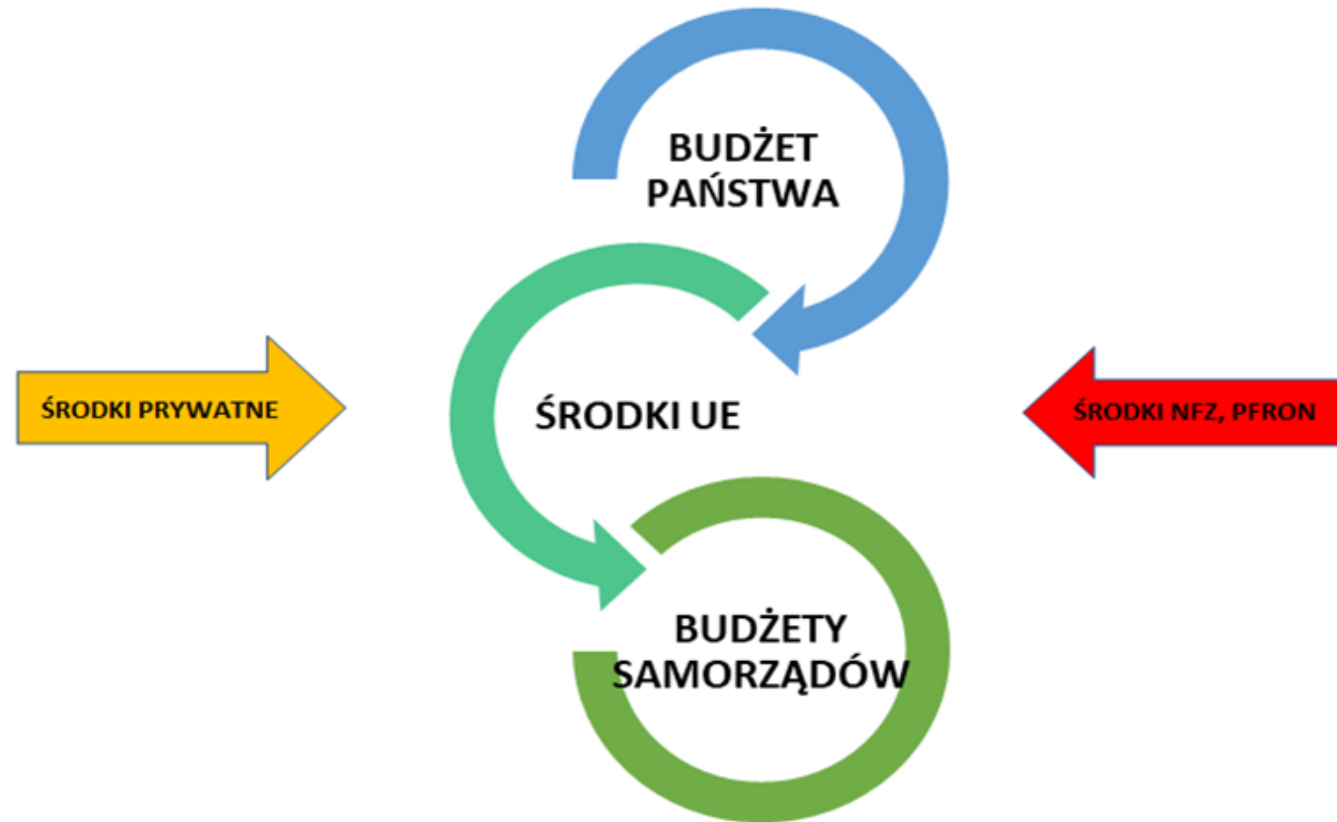
### Zakładane efekty realizacji celów:

1. Utworzony zostanie spójny system wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
2. Nastąpi intensywny rozwój usług społecznych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi, co ograniczy konieczność korzystania z usług opieki całodobowej.
3. Stworzony zostanie kompleksowy system diagnostyczny oraz system wsparcia dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, co zapobiegać będzie umieszczaniu dzieci i młodzieży w instytucjach opieki całodobowej.
4. Przygotowana zostanie kadra specjalistyczna realizująca usługi zdrowotne i społeczne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.



# STRATEGIA A DPS:

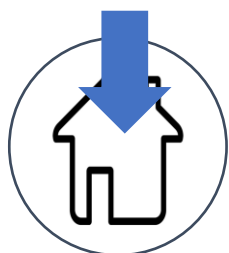
Montaż finansowy procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych.





# STRATEGIA A DPS:

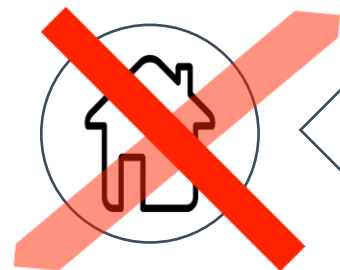
Strategia definiuje trzy rozwiązania dotyczące przyszłego funkcjonowania DPS:



DPS jako instytucja opieki całodobowej



DPS jako Centrum Usług Społecznych



Likwidacja części DPS (np. dzieci)

# NOWA ROLA DPS:

## WARSZTATY

- 1. DPS jako instytucja systemu opieki długoterminowej**
- 2. DPS jako centrum usług społecznych**

# WARSZTATY

## DPS jako INSTYTUCJA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

1. DPS jest specjalistyczną placówką typu stacjonarnego.
2. DPS – realizuje usługi całodobowej opieki długoterminowej.
3. Kwalifikacja do pobytu – kompetencja GMINNEGO KOORDYNATORA USŁUG
4. Profil MIESZKAŃCA/KLIENTA:
  - osoba wymagająca całodobowej opieki z powodu niesamodzielności
  - obiektywny brak możliwości zaspokojenia potrzeb w środowisku
  - stan zdrowia spełniający kryteria skali oceny samodzielności
  - opinia specjalistów (lekarz, psycholog, pracownik socjalny, etc.)



# WARSZTATY

## DPS jako INSTYTUCJA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

### Profile DPS:

- somatycznie chorzy
- psychicznie chorzy
- dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

### Wielkość placówki:

50 – 70 miejsc



# WARSZTATY

## DPS jako INSTYTUCJA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

### ZAKRES USŁUG:

#### I. OBLIGATORYJNE:

1. bytowe (miejsce pobytu, możliwość wyboru pokoju, utrzymanie czystości, wyżywienie, ubranie, etc.)
2. opiekuńcze i pielęgnacyjne,
3. terapeutyczne,
4. medyczne (lekarskie i pielęgniarstwo, rehabilitacja)
5. praca socjalna

#### II. FAKULTATYWNE:

1. inne – adekwatne do potrzeb (kulturalne, kapelan, itp.)

USŁUGI nr I.1, I.2, I.3 – realizatorem obligatoryjnie DPS

USŁUGI nr I.4, I.5, II.1 – mogą być realizowane przez podmioty zewnętrzne



# WARSZTATY

## DPS jako INSTYTUCJA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

### FINANSOWANIE:

**Zakres usług DPS finansowany przez GMINĘ za pośrednictwem GMINNEGO KOORDYNATORA USŁUG.**

**WYJĄTKIEM – usługi medyczne – 100% finansowania (lekarskie i pielęgniarskie, rehabilitacja) – ze środków publicznych ubezpieczenia zdrowotnego.**

### UDZIAŁ PODMIOTÓW W OPŁACANIU POBYTU:

- osoba korzystająca, rodzina, gmina, fundusze, inne



# WARSZTATY

## DPS jako CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH

1. DPS jako CUS –rozumiany nie jako CUS ustawowy.
2. Najważniejszym miejscem wsparcia osób, na każdym etapie ich życia jest własne środowisko mieszkaniowe, a jednym z najważniejszych zasobów są rodzina i sąsiedzi.
3. Każda osoba oczekuje takiego zakresu usług społecznych, który jest adekwatny do jego aktualnego stanu sprawności fizycznej i psychicznej.
4. System wsparcia ma być adekwatny do potrzeb osoby, ma mieć również charakter zindywidualizowany oraz lokalny.
5. Osoby wymagają zróżnicowanych form wsparcia, zatem niezbędna jest ich koordynacja. Koordynacja świadczeń wspierających powoduje bardziej racjonalne wykorzystanie kadr systemu pomocy i integracji społecznej i ochrony zdrowia.



# WARSZTATY

## DPS jako CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH

Art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej:  
„Dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi  
opiekuńcze  
i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim  
niezamieszkujących”.

Zakres usług opisany jest w art. 50 w/w ustawy, uzupełniony treścią  
Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września  
2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych





# WARSZTATY

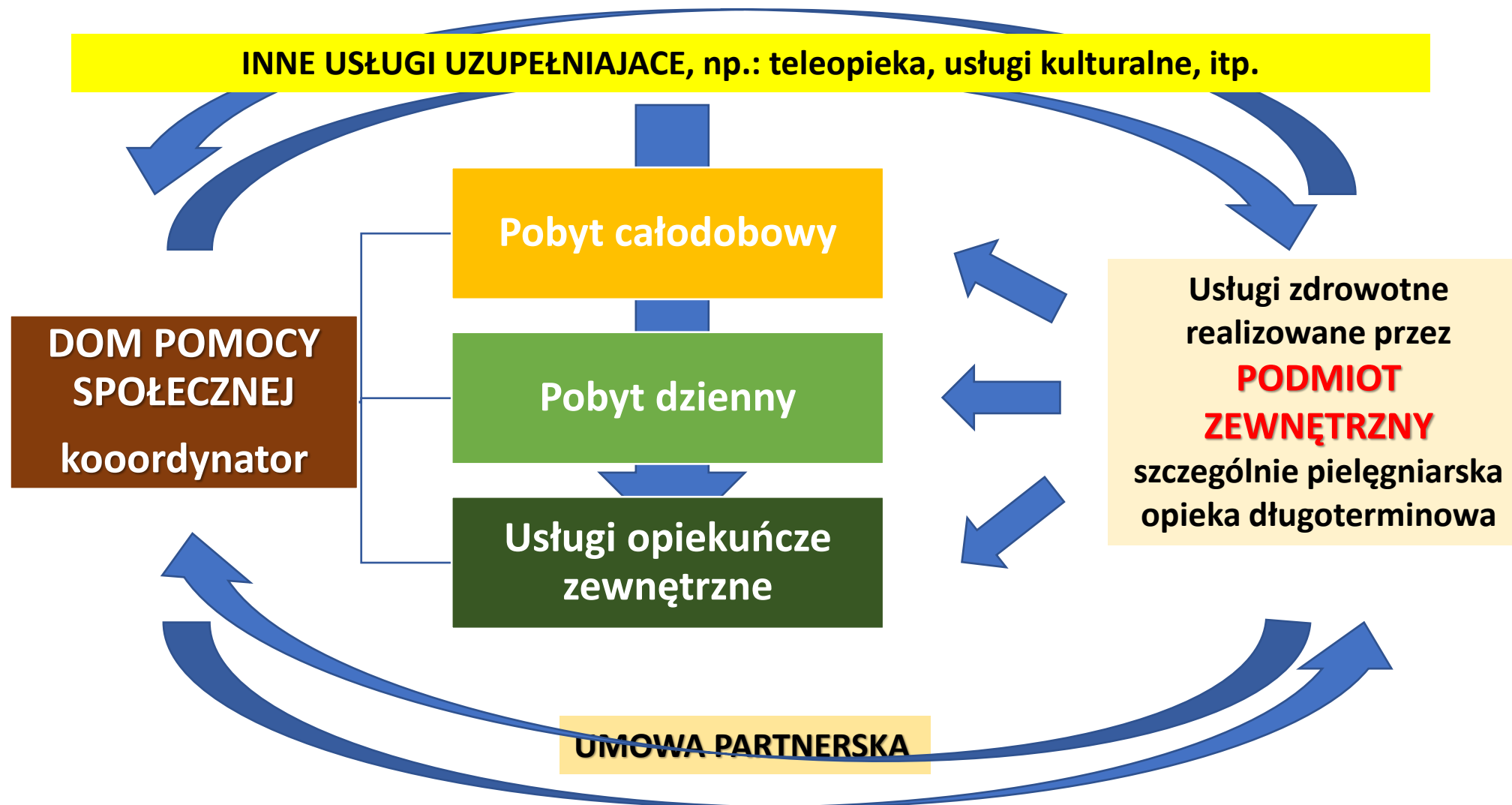
## DPS jako CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH

Art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej:  
„Dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi  
opiekuńcze  
i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim  
niezamieszkujących”.

Zakres usług opisany jest w art. 50 w/w ustawy, uzupełniony treścią  
Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września  
2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych



# Schemat projektu:



# Schemat gradacji usług w projekcie:

Usługi w środowisku zamieszkania,  
opiekuńcze, specjalistyczne, sąsiedzkie)

Usługi w dziennym domu

Usługi w stacjonarnym DPS

## USŁUGI UZUPEŁNIAJĄCE:

- usługi zdrowotne pielęgniarские, lekarskie,
- teleopieka,
- opieka wytchnieniowa
- wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego,
- „door to door”
- inne



# WARSZTATY

## DPS jako CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH

PRZYGOTOWANIE DZIAŁAŃ:

**ANALIZA ZASOBÓW WŁASNYCH INSTYTUCJI**



**DIAGNOZA LOKALNYCH POTRZEB**



**DIAGNOZA USŁUG ZDROWOTNYCH**



**PLANOWANE, PROJEKTOWANE USŁUGI**



**FUNDACJA LIBERTATEM**

**WSPIERAMY  
REALIZUJEMY PROJEKTY  
SZKOLIMY**

**ul. Ks. Józefa Bielawskiego 3 lok. 12**

**36-200 Brzozów**

**telefon: +48 517 418 928**

**e-mail: [biuro@fundacjalibertatem.pl](mailto:biuro@fundacjalibertatem.pl)**

**odwiedź nasz profil na facebooku**