

es.o.es

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

Numer 1 / 2016

**POMOCNA
DŁOŃ POD
BEZPIECZNYM
DACHEM
- EFEKTY
PROJEKTU**



**SZWAJCARSKIE
INSPIRACJE
DLA POMOCY
SPOŁECZNEJ**

es.O.es

Biuletyn Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie

ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków

tel.: 12 422-06-36; fax 12 422-06-36 wew. 44

e-mail: biuro@rops.krakow.pl

www.rops.krakow.pl

Biuro Projektu „Pomocna Dłoń pod Bezpiecznym Dachem”

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

ul. Lea 112, 30-133 Kraków

tel./fax: (+48) 12 639 14 79

www.sppw.rops.krakow.pl

Zespół redakcyjny:

Wioletta Wilimska – redaktor naczelny

Rafał Barański

Piotr Maurek

Okładka i skład:

Agencja Reklamowa Po Prostu Sp. z o.o.

e-mail: biuro@arpoprostu.pl

www.arpoprostu.pl

ISSN 1231-2770

Nakład: 500 egz.

Druk:

Drukarnia Papillon s.c. I.Krasna, R.Krasny

ul. Saska 4, 30-720 Kraków

PUBLIKACJA BEZPŁATNA wykonana w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”



es.O.es

SPIS TREŚCI

Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem - efekty projektu.....	3
Szwajcarskie inspiracje dla pomocy społecznej.....	13
Nie mieliśmy wątpliwości - wywiad z Anną Stefańską-Such, Zastępcą Dyrektora DPS na ul. Łanowej 41 w Krakowie.....	20
Superwizja kadr domów pomocy społecznej.....	23
Bariery i potencjał rozwoju współpracy wewnątrzsektorowej małopolskich podmiotów o charakterze reintegracyjnym. I spotkanie sieciujące CIS, KIS, WTZ i ZAZ.....	28
Gminne Rady Seniorów w Małopolsce - wyniki badania	31

Szanowni Państwo!

Małopolska jest jednym z największych beneficjentów Szwajcarsko – Polskiego Programu Współpracy. W sumie trafiło do nas kilkadziesiąt milionów franków szwajcarskich pozyskanych przez różne regionalne instytucje, w tym także bezpośrednio przez samorząd województwa. Projekty, które w ramach tych środków zostały zrealizowane wspierają rozwój regionalny, bioróżnorodność, efektywność energetyczną, infrastrukturę miejską czy pomoc społeczną. To właśnie w tym ostatnim obszarze Samorząd Województwa Małopolskiego pozyskał dofinansowanie na realizację największego w skali kraju projektu inwestycyjno- szkoleniowego realizowanego w ramach SPPW na rzecz jednostek systemu pomocy społecznej. Mowa o projekcie „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” realizowanym przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

Projekt ten jest przykładem przedsięwzięcia łączącego w sobie inwestycje infrastrukturalne z tzw. działaniami miękkimi. Dzięki jego realizacji nie tylko udało się wyposażyć w nowy sprzęt połowę małopolskich Domów Pomocy Społecznej, zmodernizować budynki i najbliższe otoczenie kilkunastu placówek pomocy społecznej, ale także zainwestowano w to, co najważniejsze – kapitał ludzki – oferując kadrom pomocy społecznej możliwość udziału w kursach kwalifikacyjnych, szkoleniach specjalizacyjnych oraz w sesjach superwizji.

Jestem pewien, że środki szwajcarskie zostały dobrze zainwestowane. Dzięki nim poprawiły się warunki życia i pracy wielu Małopolan oraz wzbogaciła się oferta pomocy, jaką dysponujemy w regionie dla osób w trudnej sytuacji życiowej. Doświadczenia, które zostały zebrane w toku kilkuletniej realizacji projektu przez przedstawicieli wielu zaangażowanych instytucji są cennym kapitałem, który z pewnością będzie procentował w przyszłości.

Dlatego warto upowszechniać dobre praktyki i dzielić się swoim doświadczeniem, aby mogły inspirować do dalszego działania na rzecz Małopolski i Małopolan.



Jacek Krupa

Marszałek Województwa Małopolskiego



Szanowni Państwo,

Gdy w 2011 r. pojawiła się możliwość pozyskania dodatkowych środków na realizację szeroko zakrojonego przedsięwzięcia na rzecz małopolskich placówek pomocy społecznej w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, niezwłocznie spotkała się ona z pozytywną reakcją Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie. Celem, który nam przyświecał podczas przygotowywania wniosku o dofinansowanie projektu było podniesienie dostępności i jakości opieki społecznej na obszarze Małopolski. Zaplanowaliśmy przeprowadzenie szeregu działań obejmujących inwestycje w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych, doposażenie małopolskich DPS w niezbędny sprzęt pielęgniarstwa, podniesienie kompetencji kadr placówek opieki społecznej oraz upowszechnienie dobrych praktyk funkcjonujących w szwajcarskim systemie opieki społecznej. Wybór tytułu projektu - „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” - nie był przypadkowy. Nazwa projektu odzwierciedla bowiem jego najważniejsze przesłanie: stworzenie nowej, lepszej jakości usług placówek całodobowej opieki, otwartych na realne potrzeby mieszkańców naszego regionu. Obecnie z satysfakcją mogę powiedzieć, że zakładane przez nas w projekcie cele zostały osiągnięte w wymiarze przekraczającym pierwotnie założenia.

Oddaję w Państwa ręce kolejny numer Biuletynu Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie, który niemal w całości poświęcony jest zagadnieniom związanym z realizacją projektu pn. „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”. Publikacja ta obrazuje skalę zmian jakie udało się osiągnąć w systemie pomocy społecznej dzięki zaangażowaniu wielu osób i instytucji. Mam nadzieję, że w lekturze biuletynu odnajdziecie Państwo wiele inspirujących treści i przykładów dobrych praktyk, które warto upowszechniać.

Życzę owocnej lektury.



Wioletta Wilimska

Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie



POMOCNA DŁOŃ POD BEZPIECZNYM DACHEM - EFEKTY PROJEKTU

160 nowych miejsc w domach pomocy społecznej, 2 mieszkania chronione, ponad tysiąc pracowników domów pomocy społecznej i placówek opiekuńczo-wychowawczych z wyższymi kompetencjami, zmodernizowane lub utworzone prawie 2 hektary terenów rekreacyjnych przy placówkach oraz ponad 4 tysiące sztuk sprzętu i wyposażenia zakupionego do ponad 50% małopolskich DPS-ów to tylko część efektów realizacji projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”.

Projekt ten, współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (SPPW), jest realizowany na terenie Województwa Małopolskiego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie. W ramach tego programu Szwajcaria przyznała Polsce i 9 innym państwom członkowskim Unii Europejskiej bezzwrotną pomoc w wysokości ponad 1 mld franków szwajcarskich (CHF), z czego Polsce przyznano niemal połowę tej kwoty (ok. 489 mln CHF). Projekt „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” realizowany jest w ramach Priorytetu 4 Celu II Programu – „Poprawa usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach obszarów objętych koncentracją geograficzną”. Cechą charakterystyczną SPPW w ramach Celu 2 jest stosowanie zasady komplektywności polegającej na uzupełnieniu projektów inwestycyjnych o działania o charakterze szkoleniowym w taki sposób, aby uzyskać jak największy efekt. Połączenie szkoleń z realizowanymi w placówkach pracami remontowymi i modernizacyjnymi przyczynia się do kompleksowej poprawy jakości oferowanych usług przez małopolskie

placówki, a co za tym idzie do poprawy jakości życia ich mieszkańców.

ZAŁOŻENIA PROJEKTU

Głównym celem projektu jest **podniesienie dostępności usług opieki społecznej** dla mieszkańców Małopolski oraz **podniesienie jakości usług opieki pielęgniarstwa** świadczonych na rzecz mieszkańców domów pomocy społecznej (DPS) i podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych (POW) poprzez:

- waloryzację bazy infrastrukturalnej tych placówek;
- doposażenie w sprzęt pielęgniarstwa i medyczny;
- profesjonalizację usług zatrudnionego w nich personelu.

Projekt jest realizowany od stycznia 2012 do października 2016 r., jego wartość to 7 194 102 CHF, a dofinansowanie Szwajcarii wynosi 6 114 987 CHF (85%).

Kluczowe działanie projektu to realizacja, w formule regrantingu, projektów inwestycyjno-szkoleniowych w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych prowadzonych na terenie województwa małopolskiego przez instytucje publiczne

lub organizacje non-profit. W ramach projektu przeprowadzono 3 nabory wniosków (pierwotnie zakładano 1 nabór) w wyniku których zrealizowano 15 projektów inwestycyjno-szkoleniowych w 10 domach pomocy społecznej i 5 placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu interwencyjnego.

Adresatem drugiego kluczowego działania był personel pielęgniarstwa domów pomocy społecznej, który w ramach projektu miał możliwość podnieść swoje kwalifikacje zawodowe oraz uzyskać doposażenie swojej placówki w niezbędny sprzęt pielęgniarstwa. Z możliwości zwiększenia kwalifikacji swojego personelu skorzystało 50 DPS-ów (kwalifikacje podniosło 226 pielęgniarek i pielęgniarzy), a z doposażenia w niezbędny sprzęt pielęgniarstwa skorzystało 47 DPS-ów.

NOWE MOŻLIWOŚCI

W wyniku realizacji projektu powstało 160 nowych miejsc w domach pomocy społecznej o profilu dla osób przewlekle psychicznie chorych, w tym 129 nowych miejsc w krakowskich domach pomocy społecznej (57 miejsc w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Krakowskiej 55 oraz 72 miejsca w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Łanowej 41) oraz 31 dodatkowych miejsc w DPS w Nowodworzu.

W placówkach wykonano szereg udogodnień dla przemieszczania się i funkcjonowania osób niepełnosprawnych jak, windy czy podjazdy dla osób z niepełnosprawnością, czy też specjalnie dostosowane i wyposażone łazienki oraz pomieszczenia mieszkalne. Placówki biorące udział w projekcie zyskały nie tylko zmodernizowane

Wykaz placówek w których zrealizowano projekty inwestycyjno-szkoleniowe w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”.

Beneficjent	Placówka
Powiat Oświęcimski	Dom Pomocy Społecznej w Bobrku
Powiat Gorlicki	Dom Pomocy Społecznej w Gorlicach ul. Michalusa 14
Gmina Miejska Kraków	Dom Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Krakowska 55
Gmina Miejska Kraków	Dom Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Łanowa 41
Powiat Tarnowski	Dom Pomocy Społecznej w Nowodworzu
Miasto Nowy Sącz	Dom Pomocy Społecznej w Nowym Sączu, ul. Nawojowska 159
Powiat Limanowski	Dom Pomocy Społecznej w Szczyrzycu
Powiat Nowosądecki	Dom Pomocy Społecznej w Zbyszycach
Powiat Krakowski	Pogotowie Opiekuńcze w Skawinie ul. Kopernika 13
Gmina Miejska Kraków	Interwencyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza dla Chłopców w Krakowie ul. Naczelną 12
Miasto Nowy Sącz	Interwencyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza w Nowym Sączu ul. Łącznik 20
Caritas Archidiecezji Krakowskiej	Interwencyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza dla Dziewcząt os. Willowe 19 w Krakowie
Towarzystwo Jezusowe Prowincja Polski Południowej	Centrum Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych „Dzieło Pomocy Dzieciom” ul. Rajska 10 w Krakowie
Bonifraterska Fundacja Dobroczynna	Dom Pomocy Społecznej w Konarach
Gmina Miejska Kraków	Dom Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Praska 25

pomieszczenia mieszkalne, ale też odnowione lub utworzone pomieszczenia do rehabilitacji medycznej i terapii zajęciowej wraz z nowoczesnym wyposażeniem. Przełożyło się to na zmniejszenie kolejki osób oczekujących w Małopolsce na zamieszkanie w DPS, ale przede wszystkim nastąpił wzrost jakości oferowanych przez te placówki usług.

We wszystkich placówkach w wyniku realizacji działań inwestycyjnych lub szkoleniowych nastąpiło rozszerzenie prowadzonych lub wprowadzenie nowych form terapii i rehabilitacji, m.in. w Domu Pomocy Społecznej w Zbyszycach wprowadzono kulinę i muzykoterapię oraz w ramach

rehabilitacji kinezyterapię, fizykoterapię oraz masaż; Dom Pomocy Społecznej w Nowodworzu wzbogacił się o nowe pracownie: ceramiczną, edukacyjno-komputerową, twórczości artystycznej, choreoterapii, stolarską oraz pracownię z wyposażeniem kuchennym do nauki gotowania (kulinoterapii); natomiast w Domu Pomocy Społecznej w Bobrku terapia realizowana jest m.in. w pracowni fotograficznej – informacyjnej, pracowni ogrodniczej/oranżerii zaś rehabilitacja realizowana jest w formie hydromasażu oraz w ramach siłowni.

„Na szczególną uwagę zasługuje rozszerzenie zakresu usług terapeutycznych o stałe zajęcia informatyczne. Jest to

dotąd mało popularna i wciąż niedoceniana w Polsce metoda pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. Tymczasem zajęcia informatyczne, praca na komputerze, dostęp do internetu, bardzo korzystnie wpływają na rozwój zainteresowań poznawczych i zdolności twórczych osób niepełnosprawnych. Aktywizują i usprawniają funkcje i czynności psychiczne i stymulują nawiązywanie kontaktów z otoczeniem. Zajęcia oddziałują na zmysł wzroku, słuchu dotyku.” (DPS w Bobrku).

W Domu Pomocy Społecznej w Szczyrzycu terapia obecnie prowadzona jest w przestronnej sali do terapii zajęciowej z pracowniami komputerową, gastronomiczną, czasu wolnego i arteterapii, biblioteką. W razie potrzeby możliwy jest podział sali ściankami przesuwными na 4 oddzielne części (równoległe wykorzystanie poszczególnych sal na potrzeby różnych rodzajów terapii). Rehabilitacja realizowana w sali rehabilitacyjnej z zapleczem do ćwiczeń indywidualnych oraz boksem do masażu i stanowiskiem do elektrolecznictwa i światłolecznictwa. Placówka ta zyskała również prawie 9500 m² terenu rekreacyjnego (ogrodu) wraz z elementami małej architektury, gdzie mieszkańcy mogą aktywnie spędzać czas i mogą być prowadzone zajęcia hortiterapii. Inwestycja w tej placówce miała szerszy zakres, gdyż dodatkowo Powiat Limanowski za prawie 4,5 mln zł środków własnych równocześnie z działaniami w ramach projektu, zrealizował budowę budynku z miejscami dla 57 nowych mieszkańców.

„Praca z mieszkańcami opiera się nie tylko na grupowych zajęciach, ale szczególnie indywidualnych. Mogą być one realizowane dzięki dużym salom, dając jednocześnie komfort pracy zarówno pracownikom, jak i mieszkańcom, którzy mają

ogromną przestrzeń do realizacji swoich zainteresowań i zdobywania nowych przydatnych umiejętności. Szkolenia i nowe pomieszczenia sprawiły, że oferta zajęć jest bogata i urozmaicona. Dzięki temu każdy mieszkaniec może wybrać te zajęcia, na których będzie mógł się realizować i wzbogacać o nowe doświadczenia.” (Małgorzata Rusin, terapeuta, DPS w Szczyrzycu)

Dom Pomocy Społecznej w Nowym Sączu (ul. Nawojowska 159) w wyniku modernizacji i wyposażenia budynku (dotychczas niewykorzystywanego na ten cel) zyskał możliwość prowadzenia w nim zajęć sportowych i rehabilitacyjnych z wykorzystaniem m.in. siłowni, bieżni, rowerków treningowych, a także prowadzenia zajęć na świeżym powietrzu na boisku piłkarskim, które powstało w ramach projektu, oraz na siłowni zewnętrznej.

Natomiast w Domu Pomocy Społecznej w Gorlicach realizowane są terapie prowadzone w pracowni aktywizacji twórczej i pracowni rewalidacji, terapia ruchowa w parku rekreacyjno-terapeutycznym, różnorodne formy terapii stosowane w trejażu wypoczynkowym dzięki używaniu mobilnego zestawu projektora multimedialnego wraz z ekranem – letnie kino, zajęcia edukacyjne, muzykoterapia, zajęcia reminiscencyjne (terapia wspomnieniowa), ćwiczenia pamięci wzrokowej i słuchowej, ćwiczenia związane z doskonaleniem funkcji poznawczych, filmoterapia.

Powierzchnia zmodernizowanych lub utworzonych terenów rekreacyjnych przy domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych to ponad 18 tys. m². Tereny te stworzyły nowe możliwości w tych placówkach.

„Podkreślić należy zalety parku rekreacyjno-terapeutycznego, który jest ostoją

spokoju, wypoczynku, wyciszenia szczególnie w letnie, upalne dni. Powstałe terapeutyczne ścieżki relaksacyjne, wyposażone w ławki i enklawy zieleni wysokiej, średniej i niskiej łączą w sobie relaks, odpoczynek, obcowanie z przyrodą, życie towarzyskie i społeczne, działania kulturalne i terapeutyczne.” (Agnieszka Miarecka, Dyrektor DPS w Gorlicach).

Zakres projektów w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu interwencyjnego był mniejszy w stosunku do projektów domów pomocy społecznej, a wynikało to również z niższej (średnio dwudziestokrotnie) wartości dofinansowania SPPW dla danego projektu. Większość działań było związanych w tych placówkach z modernizacją / remontem oraz zakupem wyposażenia. W wyniku tych działań również placówki opiekuńczo-wychowawcze poprawiły swój standard i wprowadziły nowe formy pracy z podopiecznymi.

„Wyremontowane oraz doposażone pomieszczenia mają trwały wpływ na poszerzenie zakresu proponowanych przez placówkę zajęć oraz podniesienie ich jakości. Utworzony pokój terapeutyczny służy jako miejsce do prowadzenia m.in. zajęć socjoterapeutycznych

(których dotychczas nie było w naszej ofercie), psychoedukacyjnych oraz innych w miarę możliwości i potrzeb. Zakupiony sprzęt sportowy przyczynił się do rozszerzenia oferty zajęć sportowych prowadzonych na terenie naszej placówki, przez co wychowanki mają większą możliwość wyboru rodzaju aktywności. (Interwencyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza dla Dziewcząt w Krakowie os. Willowe 19).

„Utworzono gabinet terapeutyczny do prowadzenia profesjonalnej psychoterapii, która jest długoletnią inwestycją. Pozwoli nam na pełniejszą, bardziej efektywną i owocną pracę zarówno z dziećmi, jak i ich rodzicami, które będą mogły, oprócz uzyskania fachowej pomocy, poczuć się w tym otoczeniu bezpiecznie i komfortowo. Konieczność prowadzenia psychoterapii jest w warunkach Pogotowia Opiekuńczego czymś niezwykle ważnym i pożądanym, a stworzone do tego odpowiednie warunki mają istotny wpływ na niejednego wychowanka.” (Pogotowie Opiekuńcze w Skawinie)

W ramach projektu zrealizowano szereg działań, które można określić jako niestandardowe lub pilotażowe. Takim działaniem jest na pewno



DPS w Szczyrzycu



DPS w Nowodworzu



DPS w Bobrku



DPS w Szczrzyzycu



DPS w Krakowie, ul. Łanowa 41



DPS w Nowym Sączu



Centrum Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych
ul. Rajska 10 w Krakowie



DPS w Krakowie, ul. Krakowska 55



DPS w Gorlicach



DPS w Nowodworzu



DPS w Bobrku



DPS w Szczrzyzycu



DPS w Krakowie, ul. Krakowska 55



Wizyta studyjna w Szwajcarii



Krajowa wizyta studyjna



Mieszkanie chronione DPS w Konarach



Mieszkanie chronione DPS w Krakowie ul. Praska 25

uruchomienie mieszkania chronionego przy domu pomocy społecznej. W ramach projektu powstały 2 takie mieszkania - w Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ul. Praskiej 25 i Domu Pomocy Społecznej w Konarach, każde dla 3 osób, wyposażone w niezbędne meble i sprzęt. Mieszkania chronione są tworzone w innych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, a tworzenie ich w domach pomocy społecznej jest rzadkością. Więcej o mieszkaniach chronionych, ich funkcjonowaniu można przeczytać na str. 20-22.

WYŻSZE KOMPETENCJE

W ramach 15 projektów realizowanych w domach pomocy społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych przeprowadzono ponad 200 szkoleń, kursów oraz studiów podyplomowych dla pracowników tych placówek (głównie bezpośrednio pracujących z mieszkańcami), których tematyka obejmowała przede wszystkim kwestie związane z terapią zajęciową (w tym nowe formy terapii), rehabilitacją, pracą z osobami niepełnosprawnymi, adaptacją mieszkańców w placówce, pierwszą pomocą przedmedyczną, formami komunikacji w placówce oraz z mieszkańcami, czy też agresją i autoagresją mieszkańców. Tematyka większości szkoleń i kursów była ściśle powiązana z działaniami inwestycyjnymi (wiedza uzyskana podczas zajęć dotyczących nowych form terapii i rehabilitacji mogła zostać wykorzystana w pracy dzięki utworzeniu bądź zmodernizowaniu pomieszczeń do terapii i rehabilitacji) oraz wyposażeniem dps-ów w sprzęt medyczny np. szkolenie w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz pierwszej pomocy czy specjalistyczne szkolenie wykonywania i interpretacji zapisu

elektrokardiograficznego. Zakres zrealizowanych form i tematów szkoleniowych we wszystkich placówkach był bardzo szeroki i zróżnicowany także ze względu na różnorodne profile dofinansowanych placówek. W ramach działań szkoleniowych w 15 projektach przeszkolono 792 osób, ponad 70% wszystkich pracowników tych placówek.

Efekty działań szkoleniowych są w ocenie przedstawicieli placówek nie mniej ważne niż działania inwestycyjne. *„Pracownicy czują się pewniej w pracy z podopiecznymi przy podejmowaniu decyzji i reagowaniu w różnych sytuacjach, chętniej przyjmują rolę rzeczników praw mieszkańca, czują większą motywację do pracy terapeutycznej z mieszkańcami i stymulacji ich rozwoju, wprowadzają nowe formy i metody terapii i rehabilitacji mieszkańców, co w znaczący sposób przyczyniło się do wzrostu jakości świadczonych usług w DPS.”* (Anna Stefańska-Such, Zastępca Dyrektora DPS w Krakowie ul. Łanowa 41)

„Dzięki szkoleniom pracownicy sprawniej identyfikują potrzeby i możliwości osób niepełnosprawnych intelektualnie i dobierają odpowiednie formy terapii i aktywności mieszkańców. Podniesiono również umiejętności w zakresie komunikowania się pracowników z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, co ma również bezpośredni wpływ na wzrost poziomu świadczonych przez DPS usług.” (Mariusz Sajak, Dyrektor DPS w Bobrku)

„W ramach projektu uczestniczyłam w szeregu szkoleń z zakresu rehabilitacji ruchowej oraz tematyki pedagogiczno-terapeutycznej. Szkolenia te umożliwiły mi poszerzenie wiedzy w zakresie pracy z mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej zarówno w aspekcie rehabilitacji funkcjonalnej, jak i potrzeb sfery psychicznej. Specyfika pracy z osobami przewlekle psychicznie chorymi wymaga szczególnej uwagi i wsparcia ze strony

personelu, jak również systematycznego wzbogacania wiedzy.” (Kinga Wydra, terapeuta DPS w Szczyrzycu)

EFEKTY PROJEKTU

W wyniku realizacji projektów w 10 Domach Pomocy Społecznej utworzono **160 nowych miejsc pobytu**, uruchomiono **2 mieszkania** chronione, zmodernizowano ponad 1120 m² pomieszczeń mieszkalnych, zmodernizowano lub utworzono **1180 m² pomieszczeń do rehabilitacji medycznej oraz terapii zajęciowej**, a także ponad **17 tys. m² terenów rekreacyjnych** przy DPS oraz zakupiono ponad 2600 sztuk sprzętu/wyposażenia. Kompetencje zawodowe podniosło **736 pracowników**, poprzez uczestnictwo w 180 różnego rodzaju formach szkoleniowych (szkoleniach, kursach, studiach podyplomowych).

Natomiast w wyniku realizacji projektów w 5 placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu interwencyjnego zmodernizowano ponad **720 m² pomieszczeń** mieszkalnych, zmodernizowano lub utworzono **ponad 95 m² pomieszczeń do terapii zajęciowej**, ponad 440 m² innych pomieszczeń, a także ponad **550 m² terenów rekreacyjnych** przy placówkach. Kompetencje zawodowe podniosło **56 pracowników placówek**, poprzez uczestnictwo w 20 różnego rodzaju formach szkoleniowych (szkoleniach, kursach).

W ramach działań projektu dedykowanych personelowi pielęgniarskiemu swoje kwalifikacje podniosło **226 osób** zatrudnionych w 50 domach pomocy społecznej na terenie województwa małopolskiego. Zorganizowano dwa szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego oraz psychiatrycznego; trzy kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa



psychiatrycznego i pielęgniarstwa zachowawczego oraz trzy kursy specjalistyczne z zakresu „Leczenia ran”, „Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego” i „Terapii bólu przewlekłego u dorosłych”. Drugim elementem działania skierowanego do personelu pielęgniarskiego było wyposażenie domów pomocy społecznej

w niezbędny sprzęt pielęgniarski i medyczny. W ramach projektu zakupiono **1506 szt.** sprzętu/wyposażenia medycznego m.in. aparaty EKG, półautomatyczne defibrylatory zewnętrzne (AED), aparaty przeznaczone do sztucznego oddychania i resuscytacji fotele obrotowe do wanny, koncentratory tlenu, wózki toaletowo-prysznicowe,

tace do podawania leków, termometry bezdotykowy na podczerwień oraz termometry elektroniczne, glukometry, nebulizatory, ciśnieniomierze elektroniczne naramienne oraz ciśnieniomierze ze stetoskopem. Łącznie **47** Domów Pomocy Społecznej (ponad 50% DPS działających w województwie małopolskim) otrzymało **75 kompletów** oraz **163 zestawy indywidualne** dla pielęgniarek/ pielęgniarzy. Sprzęt ten podnosi komfort życia mieszkańców małopolskich DPS oraz ułatwia ciężką i wymagającą pracę personelu pielęgniarskiego.

Podniesieniu kompetencji służyły również wizyty studyjne, które miały miejsce w 2015 r. - zagraniczna wizyta studyjna w Szwajcarii (uczestniczyło 60 osób) oraz krajowa wizyta studyjną w województwie świętokrzyskim (25 uczestników). W trakcie tych wizyt odwiedzono 12 podmiotów szwajcarskich (m.in. Fundację Schmelzi,



Uczestniczki kursu kwalifikacyjnego

Stiftung fuer Menschen mit koerperlicher Behinderung, Stowarzyszenie Gartentherapie, Stiftung Lebenshilfe, Mathilde Escher Heim, Curaviva, Genossenschaft Zeitgut, Stiftung Arbeitsgestaltung) oraz 8 podmiotów z terenu województwa świętokrzyskiego.

W szwajcarskich instytucjach zapoznano się z organizacją placówek, rozwiązaniami (technicznymi architektonicznymi) ułatwiającymi codzienne życie ich mieszkańców oraz pracę personelu tych podmiotów, metodami pracy, ramami prawnymi dotyczącymi funkcjonowania tych podmiotów oraz zasadami ich finansowania.

W trakcie krajowej wizyty studyjnej zapoznano się z funkcjonowaniem lokali aktywizujących utworzonych na terenie województwa świętokrzyskiego w ramach innego projektu dofinansowanego z SPPW, zasadami organizacji tych lokali oraz doświadczeniami podmiotów prowadzących te lokale.

Kolejnym działaniem związanym z profesjonalizacją usług personelu placówek jest superwizja dla pracowników domów pomocy społecznej, której celem jest wzmocnienie kompetencji zawodowych i podniesienie skuteczności ich pracy, udzielenie wsparcia, zapobieganie wypaleniu zawodowemu, przeciwdziałanie rutynie i sprzyjanie rozwojowi tych pracowników, a także identyfikowanie źródeł oraz sposobów pokonywania trudności w pracy oraz wzmocnienie umiejętności komunikowania się pracowników domów pomocy społecznej z mieszkańcami, współpracownikami i instytucjami oraz otoczeniem, w którym funkcjonują. Szczegółowe informacje dot. superwizji, efektach można przeczytać na str. 23-25.

WIĘKSZY ZAKRES

Zakres projektu w stosunku do założeń został znacząco rozszerzony, osiągnięte efekty są większe od planowanych (w stosunku do zakresu z 2012 r.). Było to możliwe dzięki bardzo efektywnemu wykorzystaniu środków projektu, różnicom kursowym (budżet we frankach szwajcarskich) oraz bardzo dużemu zaangażowaniu beneficjentów projektu prowadzącym DPS-y i POW, którzy wnieśli swoje środki finansowe w wysokości prawie dwukrotnie większej niż zakładano (ponad 6 mln zł):

- przeprowadzono **3 nabory wniosków** o dofinansowanie (o 2 więcej niż planowano);
- objęto działaniami inwestycyjno-szkoleniowymi 15 placówek (10 DPS-ów i 5 POW) – pierwotnie planowano objąć działaniami 9 placówek;
- powstało **160 nowych miejsc** w DPS (więcej o 38 w stosunku do wstępnych założeń);
- zmodernizowano lub utworzono ponad **18 tys. m² terenów rekreacyjnych** przy placówkach (o ponad 11 tys. m² więcej niż planowano);
- przeszkolono **226 pielęgniarek** z DPS (o 110 więcej);
- uruchomiono **2 mieszkania chronione** (pierwotnie nie planowano takiego działania);
- ponad 1 tys. pracowników DPS i POW podniosło swoje kompetencje zawodowe – pierwotnie planowano przeszkolenie 266 pracowników;
- zrealizowano w placówkach ponad 200 szkoleń / kursów / studiów / innych form podnoszących kompetencje zawodowe pracowników (planowano 45).

OPINIE BENEFICJENTÓW

Jak beneficjenci projektu oceniają projekt i jego efekty?

Domy pomocy społecznej i placówki opiekuńczo-wychowawcze w których realizowano projekty są zdania, że jego efektem jest wzrost jakości świadczonych przez nie usług, m.in. poprzez:

- wzrost dostępności usług;
 - szerszą i atrakcyjniejszą ofertę zajęć terapeutycznych i rehabilitacyjnych;
 - uatrakcyjnienie oferty wychowawczej;
 - poszerzenie oferty zajęć specjalistycznych;
 - wzrost profesjonalizacji personelu;
 - poprawę pracy diagnostycznej;
 - lepszą komunikacją z mieszkańcami/podopiecznymi;
 - większe bezpieczeństwo mieszkańców;
 - wzrost jakości procesu usamodzielnienia.
- Mianem „dobrej praktyki” projektu beneficjenci określają:
- doposażenie DPS w sprzęt pielęgniarstwa;
 - poszerzenie zakresu usług terapeutycznych i rehabilitacyjnych w wyniku wyposażenia w odpowiedni sprzęt pracowni i gabinetów;
 - wizyty studyjne w innych jednostkach tego typu;
 - organizowanie cyklicznych spotkań wszystkich beneficjentów oraz wymiana doświadczeń osób zaangażowanych w realizację projektu w różnych placówkach;
 - projekt jako całość (zasługuje na miano dobrej praktyki).

Oddajmy głos przedstawicielom placówek, w których realizowane były projekty:

„Dzięki pozyskanym środkom na realizację projektu zdecydowanie podniósł się poziom świadczonych usług na rzecz mieszkańców, komfort pracy oraz wygląd zewnętrzny obiektu. (...) Zmodernizowane pracownie terapii zajęciowej pozwoliły na wprowadzenie nowych form terapii. (...) Szkolenia pozwoliły oprócz wiedzy teoretycznej zdobyć umiejętności praktyczne, szybkiego i sprawnego reagowania w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia. Podniesienie jakości pracy i pozyskanie nowych narzędzi pozytywnie wpłynęło na standardy pracy personelu DPS, który obok poprawy otoczenia pracy, uzyskał nowe przestrzenie dla prowadzenia terapii zajęciowej i terapii rehabilitacyjnej.”

DPS w Gorlicach ul. Michalusa 14

„Wspaniałe warunki do pracy z podopiecznymi, doskonale wyposażone pracownie terapeutyczne oraz rehabilitacja mogące zapewnić bardzo szeroki wachlarz nowych możliwości leczenia i terapii dla

podopiecznych (...) oraz doskonale przygotowani specjaliści w dziedzinie opieki, terapii i rehabilitacji pracujący na sprzęcie mogąącym konkurować ze specjalistycznymi placówkami służby zdrowia.”

DPS w Nowodworzu

„Zapewnienie dzieciom jeszcze korzystniejszego środowiska opiekuńczo-wychowawczego. Poszerzenie oferty zajęć specjalistycznych dla dzieci, a także poprawa warunków pracy personelu. (...) Wyremontowane pomieszczenia oraz plac zabaw będą służyły dzieciom dotkniętym problemem sieroctwa społecznego przez długi czas.”

Centrum Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych

„Dzieło Pomocy Dzieciom”

ul. Rajska 10 w Krakowie

„Projekt pozwolił na modernizację placówki polegającą na wyodrębnieniu lokali i w dalszej perspektywie na utworzenie dwóch oddzielnych placówek interwencyjnych o wymaganych prawem standardach. Stworzenie kameralnej, przyjaznej

dzieciom przestrzeni życiowej ułatwia proces adaptacji, zmniejsza poczucie osamotnienia i przeciwdziała zjawisku agresji rówieśniczej.”

Interwencyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza dla Chłopców w Krakowie

ul. Naczelną 12

„Zrealizowanie inwestycji wpłynęło na poprawę warunków bytowych i społecznych mieszkańców, przez oddanie do dyspozycji mieszkańców pokoi z łazienkami, wykonanie na każdym piętrze łazienek z zapewnieniem warunków do obsługi osób całkowicie niesprawnych. Do dyspozycji pracowników oddano na każdym piętrze pokój dla opiekunów, oraz kuchenki do przygotowania ciepłych napojów dla mieszkańców co wpłynęło na poprawę warunków pracy pracowników. Nastąpiła poprawa dostępności usług poprzez zwiększenie ilości miejsc dla oczekujących osób co zdecydowanie skróciło czas oczekiwania na miejsce.”

DPS w Krakowie ul. Łanowa 41



„Realizacja projektu dała możliwość poprawy jakości oraz rozszerzenia zakresu świadczonych usług, w szczególności w zakresie terapii zajęciowej i rehabilitacji. Uzyskano nowe pomieszczenia pod część rehabilitacyjną – do realizacji kompleksowych usług z zakresu fizyoterapii, kinezyterapii i hydroterapii oraz nowe pomieszczenia do terapii zajęciowej i nowe pracownie (informatyczno-fotograficzną i ogrodniczą/oranżerię). Nowe pomieszczenia i odpowiednie ich wyposażenie dały możliwość udoskonalenie dotychczasowych i wprowadzenie nowych form terapii i rehabilitacji mieszkańców.”

DPS w Bobrku

„Przeprowadzone prace remontowe i zakup doposażenia spowodowały trwałe podniesienie standardów życia w placówce. Wyremontowane pomieszczenia pokoje mieszkalne, kuchnia z jadalnią, hole, pomieszczenia użytku wspólnego jak np. pokój terapeutyczny służą dzieciom dotkniętym problemami związanymi zarówno z brakiem odpowiedniej opieki jak i tym zagrożonym demoralizacją i niedostosowaniem społecznym.”

Interwencyjna Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza dla Dziewcząt w Krakowie os. Willowe 19

„Szersza oferta prowadzonych zajęć terapeutycznych i rehabilitacyjnych, wzrost aktywności mieszkańców, wysoki standard powstałych pomieszczeń oraz komfort uczestnictwa w zajęciach.”

DPS w Szczyrzycu

„Dzięki realizacji projektu znacznie poprawiła się jakość życia naszych mieszkańców. Było to możliwe dzięki odnowieniu pomieszczeń: świetlic, pokoi rehabilitacyjnych i pomieszczeń mieszkalnych, wymianie mebli oraz zakupieniu dobrej jakości sprzętu do rehabilitacji jak i do terapii. Poprawa jakości dotyczy (...)także zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, poprzez

nowoczesne systemy przyzywowe i przeciwpożarowe. Mieszkańcy dzięki poszerzeniu zakresu terapii mają większe możliwości zagospodarowania czasu wolnego a także samorealizacji.”



DPS w Zbyszycach

„Polepszenie usług pielęgnacyjnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych poprzez modernizację obiektów, zakup sprzętu i wyposażenia”.

DPS w Nowym Sączu

ul. Nawojowska 159

„Program wychowawczy został wzbogacony o zajęcia z zakresu promocji zdrowia oraz rozwoju kultury fizycznej wśród wychowanków placówki interwencyjnej.”

Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu interwencyjnego w Nowym Sączu, ul. Łącznik 20

„Uważamy się za wielkiego szczęściarza, mogąc zaliczać się do grona beneficjentów, którym udało się w konkursie (...) pozyskać dofinansowanie i z powodzeniem przeprowadzić realizacją bardzo trudnego zadania inwestycyjnego. Dzięki temu kilkadziesiąt psychicznie chorych kobiet mogło trafić „pod bezpieczny dach”.

DPS w Krakowie ul. Krakowska 55

Opracowanie:

Zespół projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”

Zdjęcia:

Marcin Zięba (na zlecenie Ministerstwa Zdrowia), zasoby projektu



**POMOCNA DŁOŃ
POD BEZPIECZNYM DACHEM**

SZWAJCARSKIE INSPIRACJE DLA POMOCY SPOŁECZNEJ

W ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”, współfinansowanego w ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, zrealizowano ponad 200 szkoleń, kursów oraz studiów podyplomowych dla pracowników domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych (głównie bezpośrednio pracujących z mieszkańcami), których tematyka obejmowała przede wszystkim kwestie związane z terapią zajęciową (w tym nowe formy terapii), rehabilitacją, pracą z osobami niepełnosprawnymi, adaptacją mieszkańców w placówce, pierwszą pomocą przedmedyczną, formami komunikacji w placówce oraz z mieszkańcami, czy też agresją i autoagresją mieszkańców. W ramach działań szkoleniowych w tych projektach przeszkolono 789 pracowników (w tym 733 pracowników DPS i 56 pracowników POW) – łącznie przeszkolono 75% wszystkich pracowników tych placówek. Uzupełnieniem oferty szkoleniowej projektu jest realizacja supervizji dla pracowników domów pomocy społecznej, w której uczestniczy ponad 20 placówek oraz ponad 200 osób.

Jednym z działań projektu związanym z podnoszeniem kompetencji personelu domów pomocy społecznej była wizyta studyjna w Szwajcarii której celem było pozyskanie informacji dotyczących systemu opieki społecznej i funkcjonowania domów pomocy społecznej, porównanie rozwiązań polskich i zagranicznych w tym zakresie, podniesienie poziomu wiedzy oraz poszerzenie umiejętności praktycznych personelu domów pomocy społecznej, a także wdrożenie ewentualnych usprawnień w tych placówkach,

a tym samym podniesienie jakości usług świadczonych na rzecz ich mieszkańców. W wizycie studyjnej w Szwajcarii wzięło udział 60 osób, przedstawicieli 45 instytucji, w tym: 39 domów pomocy społecznej, 3 organów prowadzących domy pomocy społecznej, Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Małopolskiego Komitetu Sterującego oraz Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie. Uczestnicy zostali podzieleni na 3 grupy, po 20 osób w każdej. Każda grupa uczestniczyła w minimum 6 spotkaniach, uwzględniających profil danej grupy, w trakcie których miała możliwość zapoznania się z funkcjonowaniem danego podmiotu, zasadami finansowania, ofertą programową, jak również możliwościami świadczenia opieki domowej. Łącznie zapoznano się z działalnością 12 szwajcarskich podmiotów

Po zrealizowaniu wizyty studyjnej został opracowany przez Fundację Socjometr Laboratorium Rozwiązań Społecznych, na zlecenie ROPS w Krakowie, raport w którym przedstawiono system opieki i pomocy społeczne w Szwajcarii, dobre praktyki szwajcarskie oraz rekomendacje dla małopolskich domów pomocy społecznej. Przedstawione w raporcie dobre praktyki i rekomendacje zostały umieszczone w kontekście rozważań nad sytuacją społeczno-demograficzną osób zależnych w Polsce.

W niniejszym artykule prezentujemy szwajcarskie rozwiązania w zakresie wspierania, pomocy i opieki nad osobami niesamodzielnymi, poznane podczas wizyty studyjnej. Opis dobrych praktyk stanowił punkt wyjścia dla sformułowania rekomendacji, które

zostały przedstawione w dalszej części raportu.

FUNKCJONOWANIE ORAZ OFERTA PROGRAMOWA PLACÓWEK

Wysoki standard bazy lokalowej dostosowany do specyfiki domu i potrzeb mieszkańców

Szwajcarskie rozwiązania w zakresie bazy lokalowej zakładają, że niezwykle istotne jest zapewnienie przestrzeni przyjaznej mieszkańcom, poprzez zagwarantowanie im pewnej swobody w zakresie urządzania własnej przestrzeni życiowej, w szczególności swoich pokoi czy też miejsc wspólnie użytkowanych. Przyjęto zasadę, że placówka całodobowa pełni funkcję substytucyjną wspólnego zamieszkania, aspirującą do warunków zbliżonych do zamieszkania w warunkach rodzinnych. Efektem jej wdrożenia jest:

- Organizowanie funkcjonalnej i dostosowanej do potrzeb mieszkańców przestrzeni, w tym rozszerzanie przestrzeni do życia mieszkańców lub tworzenie warunków do poszerzenia oferty wsparcia (np. mieszkania chronione, formy opieki dziennej), np. poprzez remonty i adaptację nieużywanych pomieszczeń i budynków.

- Dostosowanie infrastruktury do możliwości i potrzeb mieszkańców w zakresie życia i pracy.

- Odpowiednio duża powierzchnia korytarzy, pokoi mieszkalnych i sal użyteczności wspólnej, dostosowana do potrzeb i możliwości mieszkańców.

- Stosowanie elektronicznego systemu zabezpieczeń w ciągach komunikacyjnych (windy, drzwi), zabezpieczeń

schodów przed zjazdem wózka inwalidzkiego, poręczy, pochylni.

Wyposażenie dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości mieszkańców

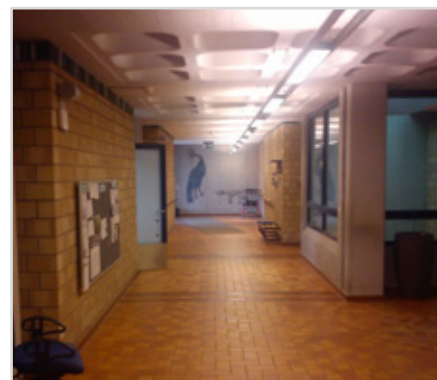
Indywidualizacja obejmuje m.in.:

- Zastosowanie specjalistycznego sprzętu, pozwalającego na uzyskanie i podtrzymywanie maksymalnej samodzielności mieszkańców, w szczególności nowoczesnego sprzętu pomocniczego, dostosowanego do rodzaju niepełnosprawności i umożliwiającego samodzielne chodzenie, wykonywanie czynności higienicznych, samodzielne spożywanie posiłków itp.

- Zapewnienie sprzętu rehabilitacyjnego, elektronicznego systemu komunikacji (nowoczesnego systemu przyzywowego), podnośników kąpielowych (w tym podsufitowych), fotokomórki w drzwiach lub drzwi otwierane najazdowo, najazdowych przycisków do wind, wózków elektrycznych, podnośników umożliwiających przemieszczanie się mieszkańca w obrębie pokoju.

- Dostosowanie miejsc terapii i aktywizacji, w tym także stanowisk pracy do potrzeb i możliwości mieszkańców, pozwalające wykorzystać ich potencjał.

Pierwszeństwo usług realizowanych w miejscu zamieszkania przed usługami stacjonarnymi, większe



wsparcie w systemie ambulatoryjnym

W Szwajcarii, umieszczenie w placówce całodobowej następuje dopiero w momencie braku możliwości zapewnienia opieki w miejscu zamieszkania osoby jej wymagającej. W pierwszej kolejności pomoc obejmuje usługi środowiskowe, dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości osoby wymagającej opieki. Możliwie jak najdłuższe pozostawanie osoby w środowisku zamieszkania przy wsparciu w postaci usług środowiskowych pozwala zrealizować główny cel pomocy społecznej, którym jest dążenie do maksymalnej samodzielności osoby korzystającej z pomocy. Ponadto pozwala na ograniczenie liczby osób umieszczanych w placówkach opieki całodobowej do osób rzeczywiście wymagających tego rodzaju wsparcia oraz wpływa na obniżenie kosztów opieki.

Elastyczność w zakresie dostosowania liczby pracowników do aktualnych potrzeb mieszkańców. Modyfikacja zakresów czynności pracowników zgodnie ze zmieniającymi się potrzebami

Organizacja pracy zapewniająca całodobowo liczbę pracowników dostosowaną do aktualnych warunków oraz możliwość modyfikacji zakresów czynności w oparciu o bieżące potrzeby w zakresie opieki, pielęgnacji

i rehabilitacji oraz monitorowanie organizacji czasu pracy pracowników. W zakresie monitoringu czasu pracy wykorzystywane jest oprogramowanie komputerowe umożliwiające prowadzenie kart czasu pracy, służące opracowywaniu grafików i analizie czasu pracy. Dokumentacja ilości czasu poświęcanego na poszczególne czynności pozwala na dostosowywanie liczby i specjalizacji zatrudnionego personelu do zmieniających się warunków w domu.

Równowaga pomiędzy standardami bytowymi a standardami emocjonalno-społecznymi

Dbłość zarówno o zapewnienie wysokich standardów w zakresie warunków bytowych – zamieszkania, wyżywienia, zapewnienia zaspokojenia podstawowych potrzeb, jak i wysokich standardów w zakresie relacji pomiędzy pacjentami a personelem, w tym odpowiedniej postawy i podejścia do pacjenta, które towarzyszą wykonywaniu poszczególnych czynności przez personel oraz pozwalają na zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu – afiliacji, uznania i samorealizacji.

Kompleksowa oferta wsparcia dostosowana do indywidualnych potrzeb mieszkańców

Zróżnicowanie i elastyczność oferty świadczonych usług: opieka,

pielęgnacja, leczenie, rehabilitacja, edukacja, aktywizacja, zapewniające stopniowanie trudności, rozszerzanie dostępnej oferty wsparcia o kolejne formy i metody oddziaływań (np. hortiterapia, dogoterapia), treningi kompetencji samoobsługowych, społecznych i zawodowych, w tym poza domem pomocy społecznej, przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia, w szczególności psychologicznego. Dobrą praktyką jest stosowanie hortiterapii, usprawnianie i aktywizacja pacjentów poprzez pielęgnację ogrodów. Organizacja ogrodu w celu prowadzenia hortiterapii obejmuje odpowiednie zagospodarowanie przestrzenne, dostosowane do możliwości mieszkańców, w szczególności aranżację rabat z roślinami na różnych wysokościach, co umożliwia dostęp do nich również osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

Kompleksowość realizowanego w szwajcarskich placówkach wsparcia dotyczy nie tylko stosowanych metod, ale również form ich realizacji, zapewniających holistyczne podejście do osób wymagających pomocy. Wsparcie obejmuje w szczególności usługi świadczone w formie stacjonarnej i niestacjonarnej, usługi dziennego pobytu, pobytu czasowego, odciążeniowego, mieszkania wspierane, usługi w miejscu zamieszkania oraz teleopiekę. Ponadto zwraca uwagę praktyka ciągłego poszukiwania i wdrażania nowatorskich rozwiązań i metod pracy, wysoce spersonalizowanych pod kątem konkretnego odbiorcy oraz benchmarking dobrych praktyk.

Terapia przez pracę (ergoterapia)

W szwajcarskich placówkach obserwuje się ukierunkowanie terapii na pracę dostosowaną do indywidualnych możliwości mieszkańców (np. w pracę w ogrodzie, sadzie, zatrudnienie

przy przetwórstwie i drobnym wytwórstwie). Praca zapewnia im korzyści społeczne i finansowe, co przyczynia się do podtrzymywania aktywności i samodzielności mieszkańców, przywracania utraconej sprawności, przeciwdziałania pogłębianiu się deficytów. Terapia ukierunkowana na pracę realizowana jest poprzez m. in.: organizowanie zatrudnienia wspieranego, w tym poza domem pomocy społecznej, terapię zajęciową, w tym przy współudziale środowiska lokalnego, tworzenie zakładów aktywizacji zawodowej, warsztatów pracy mieszkańców, gospodarstw pomocniczych, angażowanie w prace na rzecz domu, jego mieszkańców i społeczności lokalnej (np. wspólne przygotowywanie posiłków).

„Diagnoza – planowanie – wykonanie – ewaluacja – planowanie” jako schemat postępowania w tworzeniu indywidualnych planów wsparcia mieszkańców

Opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców według schematu diagnoza – planowanie – wykonanie – ewaluacja – planowanie, przy aktywnym udziale mieszkańca we wszystkich wyżej wskazanych etapach daje gwarancję dostosowania usług do jego indywidualnych potrzeb, wpływa na jego zaangażowanie w podejmowane działania oraz poczucie podmiotowości i odpowiedzialności za siebie. Istotny jest również udział różnych specjalistów przy opracowywaniu indywidualnych planów wsparcia (m.in. pielęgniarek, rehabilitantów, pracowników socjalnych, opiekunów, psychologów, pedagogów, fizjoterapeutów, dietetyków) oraz systematyczne prowadzenie dokumentacji mieszkańca. Przy opracowywaniu indywidualnych programów wsparcia wykorzystuje się narzędzie w postaci kontraktu usług



terapeutycznych, który jest swego rodzaju umową określającą warunki pracy terapeutycznej – prawa i obowiązki każdej ze stron.

Istotna rola pracownika pierwszego kontaktu

Pracownik pierwszego kontaktu jest osobą zaufaną dla mieszkańca, odpowiedzialną za opracowanie i realizowanie zadań wynikających z indywidualnych planów wsparcia mieszkańców. Do jego zadań należy współpraca z personelem specjalistycznym w zakresie tworzenia i aktualizacji indywidualnych planów wsparcia, ich realizacji i monitorowania efektów podejmowanych działań przy udziale mieszkańca oraz omawianie bieżących problemów. Ponadto pracownik pierwszego kontaktu aktywizuje mieszkańca, mobilizuje do samoobsługi i samodzielności dostosowanej do jego indywidualnych możliwości.

Praca w małych, możliwie jednolitych grupach

Oddziaływania terapeutyczne realizowane są w małych grupach, jednolitych pod względem m. in. możliwości psychofizycznych, w zakresie samoobsługi, wieku czy zainteresowań. Pozwala to na maksymalną indywidualizację podejmowanych działań, a co za tym idzie możliwie największe ich dostosowanie do potrzeb konkretnej grupy mieszkańców. To z kolei wpływa



Dom Pomocy Społecznej w Nowodworz



POMOC
NIE ZNA GRANIC

Szwajcarsko-Polski Program Współpracy: cel II „Poprawa usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach obszarów objętych koncentracją geograficzną”

Projekt: „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”

Instytucja Realizująca: **Województwo Małopolskie – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie**

Okres realizacji projektu: styczeń 2012 r. – październik 2016 r.

Cel projektu: podniesienie dostępności usług opieki społecznej dla mieszkańców Małopolski poprzez waloryzację bazy infrastrukturalnej domów pomocy społecznej (DPS) i placówek opiekuńczo-wychowawczych (POW), doposażenie tych jednostek w sprzęt oraz profesjonalizację usług ich personelu.

Dofinansowanie SPPW projektu: **6 114 987 CHF**,
w tym kwota przeznaczona na dofinansowanie podprojektów inwestycyjno-szkoleniowych: **4 936 539 CHF**

Beneficjenci:

- domy pomocy społecznej;
- placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- personel DPS i POW.



Dom Pomocy Społecznej w Szczyrzycu

Dom Pomocy Społecznej
w ZbyszycachDom Pomocy Społecznej
w Krakowie przy ul. Łanowej 41

Dom Pomocy Społecznej w Bobrku

Efekty:

- **217 nowych miejsc w DPS**, w tym 160 ze środków SPPW,
- uruchomione **2 mieszkania chronione**,
- **1276 m²** utworzonych/zmodernizowanych pomieszczeń do rehabilitacji medycznej i terapii zajęciowej oraz ponad **3946 m²** innych pomieszczeń,
- **ponad 18 tys. m²** utworzonych/zmodernizowanych parków lub innych terenów rekreacyjnych,
- **ponad 1000 pracowników** domów pomocy społecznej i placówek opiekuńczo-wychowawczych podniosło swoje kwalifikacje, w tym 226 pielęgniarek,
- **ponad 50% małopolskich DPS** doposażono w sprzęt i wyposażenie medyczne

na zwiększenie jakości i efektywności oddziaływań.

Istotny udział organizacji pozarządowych w realizowanych działaniach z zakresu pomocy społecznej

Ważnym rozwiązaniem szwajcarskim, które bezsprzecznie należy uznać za dobrą praktykę jest zaangażowanie sektora pozarządowego w realizację zadań pomocy i opieki społecznej. Szwajcarskie organizacje pozarządowe zajmują się m.in. prowadzeniem domów pomocy społecznej. Bardzo istotna jest również ich współpraca (w formie partnerstwa) z instytucjami publicznymi na rzecz zatrudnienia wspieranego mieszkańca. Rola organizacji pozarządowych w szwajcarskim systemie pomocy i opieki społecznej jest niewątpliwie znacząca. Można stwierdzić, że pomoc publiczna pełni funkcję dopełnienia pomocy realizowanej przez organizacje pozarządowe i sektor prywatny.

Szeroka współpraca z podmiotami działającymi w środowisku lokalnym

Wykorzystanie potencjału społeczności lokalnej poprzez nawiązywanie współpracy z podmiotami działającymi w środowisku lokalnym. Współpraca z podmiotami kształcącymi w zawodach opiekuńczych obejmuje realizację praktyk, dostosowanie programu nauczania do wymagań rynku pracy, w tym położenie nacisku na kształtowanie umiejętności praktycznych. Aktywizacja zawodowa mieszkańców wymaga również oczywiście współpracy z przedsiębiorcami oraz innymi podmiotami realizującymi zadania w zakresie pomocy i opieki społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Szczególnie dobrą praktyką jest przygotowywanie przez apteki dostarczające leki dla mieszkańców domu pomocy społecznej dedykowanych dla mieszkańca dziennych

zestawów zawierających leki według zaleceń lekarza wraz z opisem zawierającym imię i nazwisko pacjenta, zawartość porcji, dawki, sposób i porę przyjmowania.

Integracja ze społecznością lokalną

Integracja ze środowiskiem lokalnym, będącym czynnikiem rozwijającym, stymulującym i przeciwdziałającym wykluczeniu mieszkańców domu, odbywa się poprzez organizację codziennego życia w sposób stymulujący rozwój zainteresowań i zachęcający do czynnego w nim uczestnictwa zarówno mieszkańców domu, jak i przedstawicieli społeczności lokalnej. Integracja ze społecznością lokalną oznacza także animację usług socjalnych w społeczności lokalnej, dbałość o trwałe związki z otoczeniem i zacieranie różnic pomiędzy domem a otoczeniem, realizację inicjatyw otwartych na okolicznych mieszkańców, np. pikniki integracyjne, zewnętrzną



terapię zajęciową (przy współudziale osób spoza domu pomocy społecznej), wystawy prac i produktów wytwarzanych przez mieszkańców domu, działania edukacyjne i profilaktyczne, otwieranie przestrzeni placówki i jej otoczenia na okolicznych mieszkańców, a także tworzenie przestrzeni wspólnej użyteczności dla mieszkańców domu i społeczności lokalnej, np. stołówka, plac zabaw dla dzieci, ogród, park, boisko sportowe, świetlica.

Interesującym rozwiązaniem jest tzw. bank czasu, polegający na wymianie usług oraz wykorzystaniu wolontariatu w pracy na rzecz mieszkańców domu pomocy społecznej oraz społeczności lokalnej, a także prowadzenie usług opiekuńczych w środowisku lokalnym itp.

Aktywizacja i nastawienie na samodzielność osób wymagających pomocy i wsparcia

Dobrą praktyką stosowaną w Szwajcarii jest dążenie do utrzymania jak najdłuższej aktywności i samodzielności osoby wymagającej pomocy. Oznacza to podtrzymywanie aktywności i samodzielności adekwatnie do możliwości danej osoby, zgodnie z zasadą nie wyręczania, a towarzyszenia i wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności. Dąży się – w miarę możliwości – do jak najszybszego odzyskania zdrowia i sprawności mieszkańca w celu powrotu do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Wspierane są kompetencje mobilne mieszkańców. Większa aktywizacja jest osiągana także poprzez pracę terapeutyczną. Pomoc społeczna w Szwajcarii zakłada aktywny udział w podejmowanych działaniach osób z niej korzystających. W pierwszej kolejności dąży się do integracji społecznej, w dalszej kolejności – do integracji zawodowej – początkowo w przedsiębiorstwach społecznych

celem wzmocnienia osoby wspieranej, docelowo na otwartym rynku pracy.

Motywacyjny system pomocy społecznej

Pomoc społeczna, według stosowanych w Szwajcarii standardów, aktywnie przyczynia się do przeciwdziałania ubóstwu osób korzystających z pomocy. Wsparcie finansowe uzależnione jest od indywidualnych potrzeb i wypłacane tylko wówczas, gdy osoba potrzebująca pomocy nie jest w stanie rozwiązać swojej trudnej sytuacji przy użyciu własnych zasobów. Ponadto system pomocy społecznej przewiduje dodatki dla osób, które są szczególnie aktywne w działaniach podejmowanych na rzecz przezwyciężenia swojej trudnej sytuacji życiowej i integracji społecznej i zawodowej.

Towarzystwo mieszkańcom

Osobom usamodzielniającym się, opuszczającym dom pomocy społecznej udzielane jest wsparcie i pomoc w adaptacji do warunków mieszkaniowych i życiowych poza domem. Tworzone są mieszkania wspomagane celem usamodzielniania mieszkańców. Stosuje się również zatrudnienie wspierane. W Szwajcarii można zaobserwować także rozwój usług ambulatoryjnych i środowiskowych. W tamtejszym systemie pomocy społecznej pracownik socjalny pełni rolę przewodnika wzmacniającego kompetencje osoby wspieranej w zakresie samodzielnego funkcjonowania.

Personalizacja pomocy

Każdorazowo dostosowanie oferty pomocy i wsparcia do indywidualnych potrzeb i możliwości mieszkańców, przy zapewnieniu wysokiej jakości życia

i świadczonych usług. Personalizacja pomocy oznacza także, że kontakt terapeutyczny dostosowany jest do predyspozycji pensjonariusza, w tym jego możliwości intelektualnych. Praktykuje się współudział mieszkańca na każdym etapie tworzenia, realizacji i oceny indywidualnego programu wsparcia. Personalizacja pomocy ma za zadanie zapewnić osobom korzystającym z pomocy autonomii i najlepszej możliwej integracji z rynkiem pracy i społecznością lokalną.

Poszanowanie praw i podmiotowości mieszkańców

Niewątpliwie dobrą praktyką w Szwajcarii jest daleko idące poszanowanie godności, prywatności, intymności mieszkańców domów pomocy społecznej. Owo poszanowanie obejmuje m.in. kwestie dotyczące seksualności i niezależności. Uznawane jest prawo do samostanowienia, dokonywania wyboru i współdecydowania o własnej aktywności i przeobrażeniach najbliższej przestrzeni. Szanowana jest sfera uczuciowa i emocjonalna mieszkańców oraz respektowane są ich prawa do dokonywania wyboru przy wykonywaniu różnych czynności i planowaniu poszczególnych zajęć. Poszanowanie prawa do samostanowienia mieszkańców obejmuje również możliwość kontrolowanego spożywania alkoholu.

Holistyczne podejście w zastosowanej terapii

Holistyczne podejście w oddziaływaniach i stosowanej terapii zmierzające do przywrócenia maksymalnej możliwej sprawności i minimalizowania skutków chorobowych oraz przywrócenia równowagi i harmonii w interakcjach pomiędzy mieszkańcem a jego otoczeniem.

Interesującym rozwiązaniem zapewniającym realizację zasady holistycznego podejścia jest wdrożenie całościowej i kompleksowej opieki nad osobą starszą w jednej placówce – obejmuje zarówno opiekę dzienną i całodobową w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb dnia codziennego, aktywizację, integrację oraz opiekę medyczną.

METODY ZARZĄDZANIA ORAZ ZASADY FINANSOWANIA PLACÓWEK

Finansowanie gwarantujące sprawne funkcjonowanie domu

Finansowanie placówek wsparcia odbywa się przy pomocy środków z kilku źródeł:

- środki z obowiązkowych ubezpieczeń,
- zasoby własne osób korzystających z usług placówek,
- sprzedaż odpłatnych usług w środowisku lokalnym,
- sprzedaż produktów wytworzonych w ramach terapii zajęciowej przez mieszkańców
- środki publiczne wypłacane przez urząd do spraw socjalnych.

Odpłatna realizacji usług dla społeczności lokalnej oraz sprzedaż produktów wytworzonych przez mieszkańców domu

Wykorzystanie potencjału placówek poprzez odpłatną realizację usług na rzecz społeczności lokalnej, np. pielęgnarskich, opiekuńczych, fizjoterapeutycznych, gastronomicznych. Wytwarzanie i sprzedaż produktów powstających w ramach terapii zajęciowej, z przeznaczeniem zysku na drobne wynagrodzenie mieszkańców oraz działalność placówki.

ROZWÓJ ZAWODOWYCH KADR POMOCY SPOŁECZNEJ W SZWAJCARII

Praktyczne kształcenie kadr systemu pomocy społecznej

Kształcenie zawodowe jest zadaniem realizowanym wspólnie przez federację, kantony i podmioty rynku pracy. Federacja odpowiada za sterowanie strategiczne i rozwój kształcenia, w drodze rozporządzeń i określania planów ramowych. Kantony odpowiadają za realizację wskazań federacji w szkołach kantonalnych oraz nadzór nad procesem kształcenia. Natomiast w gestii podmiotów rynku pracy leżą zagadnienia związane z treściami nauczania, stwarzaniem miejsc dla praktykantów, a także prowadzenie ponadzakładowych centrów kursowych. Nacisk położony jest na kształcenie praktycznych umiejętności, dostosowanych do wymogów rynku usług socjalnych, program praktyk zawodowych i staży, powszechne wykorzystanie wolontariatu.

Interesującym rozwiązaniem jest możliwość zdobycia kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu opiekuna w domu pomocy społecznej poprzez praktyczną naukę zawodu, obejmującą dwie ścieżki realizacji:

- osoby z wyższym wykształceniem po odbyciu 2-letniego stażu w domu pomocy społecznej nabywają uprawnienia do wykonywania zawodu opiekuna,
- osoby nie posiadające wyższego wykształcenia nabywają takie uprawnienia po odbyciu 4-letniego stażu w domu pomocy społecznej.

Systematyczne podnoszenie poziomu wiedzy i kompetencji zatrudnionej kadry

Podnoszenie kompetencji zawodowych obejmujące udział w różnych formach

doskonalenia zawodowego, ukierunkowane w szczególności na nabywanie i doskonalenie praktycznych umiejętności. Podnoszenie kompetencji liderów placówek, w szczególności w zakresie racjonalnego zarządzania posiadanymi zasobami, w tym ludzkimi, rzeczowymi, finansowymi, godzenia różnych interesów i oczekiwań, dostosowywania oferty do zmieniających się warunków i potrzeb mieszkańców, nowatorskich rozwiązań w zakresie realizowanych usług oraz personelu bezpośrednio zaangażowanego w obsługę mieszkańców, w szczególności w zakresie obowiązujących standardów realizacji usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, potrzeb mieszkańców, metodyki pracy, terapii zajęciowej. Szczególny nacisk położony na szkolenie nowozatrudnionych pracowników w zakresie organizacji i funkcjonowania domu (struktura, procedury, organizacja pracy, organizacja życia codziennego mieszkańców, oferty i standardu świadczonych usług, itp.).

Procedury rekrutacyjne

Wykorzystanie w procesie rekrutacji narzędzi pozwalających na wielostronną ocenę kandydata (np. testy, ankiety), prowadzenie kilkustopniowego procesu rekrutacji pozwalającego na weryfikację wiedzy i umiejętności kandydata do pracy. Systematyczna ocena jakości pracy kandydata i weryfikacja w zakresie posiadanej wiedzy, umiejętności i kompetencji.

Okresowa ocena pracy zatrudnionego personelu

Motywacyjny system oceny pracy zatrudnionego personelu w zakresie realizacji obowiązków wynikających z zakresu czynności, zaangażowania, jakości realizowanych zadań, podejmowanych inicjatyw oraz podnoszenia

kwalifikacji i doskonalenia umiejętności zawodowych. Bieżąca analiza pracy pod kątem przestrzegania praw mieszkańców i wypełniania obowiązków wobec mieszkańców, poddawanie analizie efektów pracy w celu wypracowania jak najlepszych metod wspierania mieszkańców.

Spotkania w ramach wizyty studyjnej pozwoliły ich uczestnikom poznać szwajcarskie rozwiązania w zakresie pomocy i opieki społecznej, uzyskać inną perspektywę na realizację zadań opiekuńczych i pomocowych. Ta nowa perspektywa umożliwiła refleksje nad możliwością wdrożenia zaobserwowanych w Szwajcarii dobrych praktyk w realiach funkcjonowania polskich placówek. Udział w wizycie studyjnej stał się ponadto kanwą do dyskusji na temat różnic i podobieństw w zakresie przyjętych rozwiązań w obszarze pomocy i opieki społecznej w Polsce i Szwajcarii oraz wymiany opinii na

temat codziennego funkcjonowania placówek świadczących usługi w zakresie opieki społecznej.

Zaprezentowane dobre praktyki mogą być i w rzeczywistości często są stosowane z powodzeniem również w Polsce. Proponowane rekomendacje nie stanowią zatem listy rozwiązań właściwych wyłącznie dla systemu pomocy i opieki społecznej w Szwajcarii. Akcentują one raczej dobre praktyki, które w istotny sposób wpływają na jakość świadczonych tam usług, a które to praktyki są lub mogą być wdrażane w polskich realiach.

Uzupełnieniem rekomendacji są wskazówki odnośnie możliwego poziomu wdrożenia zaleceń oraz opis czynników które mogą utrudnić ich implementację. Wielość i zróżnicowanie przedstawionych w raporcie rekomendacji powoduje, że konieczne było określenie specyficznych czynników zagrażających realizacji poszczególnych

zestawów zaleceń. Najczęściej identyfikowaną barierą w adaptacji i wdrażaniu nowych rozwiązań na gruncie polskiego systemu pomocy społecznej są niewystarczające środki finansowe, jakimi dysponują organy prowadzące placówki w Polsce. Należy jednak podkreślić, że pomimo ograniczeń finansowych, małopolskie placówki wsparcia dziennego i całodobowego świadczą usługi, które w wielu przypadkach nie odbiegają znacząco od standardów szwajcarskich. Wnioski sformułowane na podstawie efektów wizyty studyjnej mogą być zatem wskazówkami odnośnie kierunków dalszego rozwoju systemu pomocy społecznej oraz sposobu funkcjonowania małopolskich placówek.

Cały raport wraz z rekomendacjami dla małopolskich domów pomocy społecznej jest dostępny na stronie internetowej projektu www.sppw.rops.krakow.pl



NIE MIELIŚMY WĄTPLIWOŚCI...

Rozmowa o mieszkaniu chronionym z Panią Anną Stefańską-Such Zastępcą Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ul. Łanowej 41

Dom pomocy społecznej przy ul. Łanowej 41, prowadzi mieszkanie chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Niewiele jest takich inicjatyw. Co zdecydowało o tym, że podjęliście Państwo decyzję o uruchomieniu mieszkania?

Kiedy półtora roku temu Dyrekcja naszego Domu dostała możliwość poprowadzenia mieszkania chronionego dla osób chorujących psychicznie nie mieliśmy wątpliwości, że taka forma wspierania i pomocy osobom niepełnosprawnym jest jak najbardziej potrzebna i oczekiwana, zarówno przez samych podopiecznych pomocy społecznej, jak i nasz Dom.

Od bardzo wielu lat myśleliśmy o możliwości pozyskania mieszkania gminnego dla podopiecznych naszego Domu, którzy w procesie terapii i rehabilitacji, dzięki zaangażowaniu i wsparciu naszych specjalistów, osiągnęli poziom usamodzielnienia i aktywizacji pozwalający na w miarę możliwości samodzielne funkcjonowanie. Chodzi tu o funkcjonowanie bez całodobowej, intensywnej opieki, lecz ze wsparciem, pomocą i dyskretną opieką w podejmowaniu samodzielnych decyzji, wielu aktywności życia codziennego, w tym zatrudnienia w warunkach pracy chronionej, na otwartym rynku pracy czy uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej, Zakładach Aktywizacji Zawodowej.

W oparciu o nasze znaczne już doświadczenie w usamodzielnianiu osób chorujących psychicznie przebywających w placówce całodobowego pobytu, jaką jest dom pomocy (główny cel w procesie terapeutycznym – rehabilitacyjny) możemy powiedzieć, że wielu podopiecznych osiągnęło samodzielność, pozwalającą na podejmowanie

różnorodnych aktywności i ról społecznych, w miarę samodzielne zaspokajanie własnych potrzeb, a także powróciło do środowiska rodzinnego. Jednakże często trudnym doświadczeniem dla nas i osób chorujących była sytuacja, gdy osoby te nie miały dokąd wrócić, gdyż rodziny nie było czy nie było warunków lokalowych, aby osoby te mogły powrócić do środowiska lub relacje rodzinne były na tyle trudne, zaburzone bądź zerwane, iż uniemożliwiały wspólne życie i zamieszkanie.

Dlatego też z dużą aprobatą i zaangażowaniem podjęliśmy się prowadzenia mieszkania chronionego przy ulicy Siemaszki w Krakowie.

Jakie cele realizuje mieszkanie?

Głównym celem funkcjonowania mieszkania chronionego jest rozwój i nabywanie umiejętności prowadzenia własnego gospodarstwa, samodzielności i samostanowienia oraz samorealizacja, a także usamodzielnianie, readaptacja i powrót do środowiska osób tam przebywających, a w konsekwencji godne samodzielne zamieszkiwanie, integracja ze środowiskiem, a jednocześnie wsparcie i opieka specjalistów oraz rehabilitacja społeczna i zawodowa.

Wsparcie i opiekę nad lokatorami mieszkania chronionego zapewnia zespół opiekuńczo - terapeutyczny, którego działania organizuje i nadzoruje koordynator, wyznaczony przez Dyrektora. Wsparcie i pomoc mieszkańcom w funkcjonowaniu świadczą specjaliści: psychologowie, pracownik socjalny, pedagog i opiekunowie.

Praca terapeutyczna - opiekuńcza dotyczy między innymi takich obszarów,

jak: rozwijanie umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego, gospodarowania własnymi środkami pieniężnymi, dokonywanie racjonalnych zakupów, rozwijanie umiejętności komunikacji i życia w grupie, udzielanie wsparcia w trudnych, kryzysowych sytuacjach życiowych.

Do pracy terapeutycznej – opiekuńczej należy też kierowanie do odpowiednich instytucji pomocowych, urzędów, pomoc w załatwianiu spraw i wskazywanie sposobów rozwiązywania złożonych i trudnych spraw urzędowych i osobistych, mediacje w sytuacjach konfliktowych między mieszkańcami oraz w sytuacjach tego wymagających (na zewnątrz). Ponadto istotne jest stymulowanie i rozwijanie umiejętności społecznych użytkowników mieszkania chronionego, w tym realizacja kontaktów społecznych, zagospodarowanie czasu wolnego, z wykorzystaniem usług dostępnych w środowisku lokalnym, poradnictwo psychologiczne, a także pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania z zasobów Gminy Kraków.

Założeniem funkcjonowania mieszkania jest umożliwienie osobom chorującym psychicznie, czy z niepełnosprawnością intelektualną wyjścia z instytucji opieki stacjonarnej, całodobowej, a tym samym danie im szansy na życie w środowisku, powrót do samodzielności, z jednoczesnym dyskretnym, specjalistycznym wsparciem i pomocą w codziennym funkcjonowaniu, załatwianiu spraw urzędowych, w rozwiązywaniu problemów, konfliktów, podjęciu i utrzymaniu pracy. Mieszkanie chronione stanowi także alternatywę dla pobytu w domach pomocy społecznej dla osób nie mogących z różnych powodów samodzielnie pozostać i utrzymać się we własnym środowisku domowym, rodzinnym.

Mieszkanie funkcjonuje już ponad rok, proszę powiedzieć jakie są doświadczenia tego okresu? Czy uruchomienie mieszkania przynosi oczekiwane korzyści? Jeśli tak, jakie one są?

W trakcie prowadzenia przez Dom mieszkania chronionego zamieszkiwało w nim 7 osób, które przebywały wcześniej w naszym domu pomocy społecznej oraz 1 osoba ze środowiska.

Duże zaangażowanie pracowników zespołu terapeutycznego w proces usamodzielnienia, motywowania i aktywizowania użytkowników mieszkania na wielu płaszczyznach funkcjonowania, pozwoliło na podjęcie przez nich pracy w warunkach pracy chronionej (3 osoby), przy jednoczesnym awansowaniu jednego mieszkańca i „przedłużeniu” umowy o pracę na czas nieokreślony oraz podjęciu przez 4 osoby roli uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej.

Jedną z naszych podopiecznych po jedenastu miesiącach pobytu w mieszkaniu chronionym, pokonaniu wielu osobistych trudności, barier i problemów (w tym śmierci bliskiej osoby w rodzinie), utrzymując pracę zawodową, a także odbywając wielomiesięczny trening ekonomiczny, mając wsparcie i doświadczenie także w załatwianiu wielu spraw urzędowych usamodzielniała się i podjęła decyzję o wynajęciu mieszkania w Krakowie oraz złożeniu wniosku do Urzędu Miasta o przyznanie mieszkalnego lokalu gminnego.

Jakie trudności występowały na etapie uruchamiania mieszkania i później oraz czy z perspektywy czasu zmienilibyście Państwo coś w jego funkcjonowaniu?

Z doświadczenia zarówno w pracy z osobami chorującymi psychicznie, jak i prowadzenia mieszkania chronionego wskazują na dość istotne przeciwwskazania dotyczące kierowania osób do zamieszkania w mieszkaniu chronionym. Są nimi przede wszystkim: ostre

zaburzenia psychotyczne; upośledzenie umysłowe uniemożliwiające usamodzielnienie się w zakresie samoobsługi, poruszania się, orientacji co do własnej osoby, czasu, miejsca, otoczenia; brak wglądu w chorobę, własne działania, negacja choroby i odmowa leczenia (farmakologicznego), terapii, czy konsultacji psychiatrycznych; odstawianie leków; przewlekłe uzależnienie od alkoholu i środków psychoaktywnych, a także wysoki poziom agresji i tendencji autoagresywnych, z głębokimi zaburzeniami osobowości i zachowania.

Przywołane zaburzenia powodować mogą znaczne ograniczenia i zagrożenia w prawidłowym funkcjonowaniu mieszkańców, współdziałania i współpracy społeczności mieszkania chronionego, a nawet stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia.

Szeroko pojęte i podejmowane oddziaływania terapeutyczne i pomocowe pracowników wspierających mieszkańców pokazały i równocześnie uświadomiły nam, że możliwości, chęci i motywacja do pokonywania trudności i własnych ograniczeń osób chorujących, czy niepełnosprawnych w warunkach samodzielnego zamieszkiwania, realizacji czynności życia codziennego, podejmowania ról społecznych, zawodowych, samostanowienia, podejmowania własnych aktywności i decyzji życiowych, realizacji własnych marzeń - są bardzo duże. Kolejne, czasem drobne kroki, na drodze usamodzielniania się naszych podopiecznych dodają im energii, chęci i coraz większej motywacji do dalszego pokonywania trudności, realizacji zadań, własnego rozwoju osobistego i zawodowego. Sukcesy otwierają nowe pokłady motywacji, chęci, „dodają skrzydeł” naszym mieszkańcom i powodują osiąganie następnych sukcesów, stopni w rozwoju i samorealizacji. Wyraźnie podnieśli jakość własnego życia. Przez ten niedługi okres kilku czy kilkunastu miesięcy pokonali Oni trudną drogę od bierności, zależności, wycofania z wielu ról społecznych do znaczącej aktywności, rozwoju w wielu obszarach życia

osobistego i społecznego, podejmowania ról społecznych i wspierania się na własnej ścieżce kariery zawodowej.

W tej drodze oczywiście nie brakowało problemów, trudności, smutku a nawet łez. Pojawiały się sytuacje konfliktowe, nawet kryzysowe, chwile zwątpienia i negatywnych emocji. Jednak przewaga dobrych doświadczeń, wielu rozwiązanych problemów i trudnych sytuacji, wzajemna pomoc i wsparcie domowników, ich motywacja, zaangażowanie w proces usamodzielniania się, a także duże wsparcie i pomoc zespołu terapeutycznego - opiekuńczego pozwoliło na pokonywanie trudności, rozwiązywanie problemów, zawieranie kompromisów. Nasi mieszkańcy z powodzeniem rozwijają kontakty społeczne, rozwijają własne zainteresowania i hobby, sami potrafią aktywnie spędzać czas wolny. Samodzielnie dbają o porządek i higienę w mieszkaniu wypełniając wszelkie czynności życia codziennego.

O czym, w oparciu o Państwa doświadczenie, powinni pamiętać Ci, którzy rozważają lub planują uruchomienie mieszkania chronionego adresowanego do osób chorujących psychicznie lub też innych grup mieszkańców?

Dużą trudnością była dla nas wszystkie sytuacja wypadku naszego mieszkańca, który w trzecim miesiącu zamieszkania w lokalu chronionym uległ wypadkowi wracając z Warsztatu Terapii Zajęciowej. Zapewnienie pomocy i wsparcia zarówno mieszkańcom, jak i przebywającemu w szpitalu podopiecznemu, dwukrotna operacja oraz długi okres rekonwalescencji i rehabilitacji - wymagały od pracowników dużego zaangażowania, dyspozycyjności w zaspokajaniu potrzeb mieszkańców i ich wspieraniu. Z drugiej strony ta sytuacja pokazała silne więzi pomiędzy mieszkańcami i chęć niesienia wzajemnej pomocy koleżeńskiej. Współmieszkańcy codziennie odwiedzali poszkodowanego w szpitalu.

Drugim, trudnym wyzwaniem dla nas wszystkich był przeprowadzany remont mieszkania, który wymagał wielu wysiłków związanych z organizacją pobytu i życia mieszkańców, zaangażowania ich samych w sprzątanie po remoncie.

Trudnym doświadczeniem była dla nas też sytuacja zaprzestania zażywania leków przez jednego z mieszkańców, która spowodowała pogorszenie stanu jego zdrowia i nasilenie objawów choroby, co spowodowało trudności we współpracy z mieszkańcami i konieczna stała się hospitalizacja.

Obecnie 5 - cio osobowa grupa naszych podopiecznych funkcjonuje bardzo dobrze, wszyscy nadal aktywnie uczestniczą w zajęciach WTZ (3 osoby) lub wykonują z sukcesami prace zawodową, co stanowi dla nas wielką radość i satysfakcję w pracy z mieszkańcami i dodaje nam motywacji do dalszej pomocy i wspierania naszych podopiecznych w procesie ich rozwoju i usamodzielniania.

Mieszkanie o pow. 110 m² przeznaczone dla 7 osób, składa się z 5 pokoi oraz kuchni, łazienki i przedpokoju. Zostało udostępnione mieszkańcom - osobom niepełnosprawnym z zaburzeniami psychicznymi we wrześniu 2014 roku.

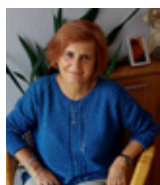
Mieszkanie chronione prowadzone jest przez Dom Pomocy Społecznej, ul. Łanowa 41 w Krakowie. Kwalifikacji kandydatów do zamieszkania i korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym dokonuje MOPS w uzgodnieniu z koordynatorem - pracownikiem Domu Pomocy Społecznej, jednostki prowadzącej mieszkanie chronione. Decyzja o skierowaniu do mieszkania chronionego wydawana jest osobom pełnoletnim, na czas określony przez Prezydenta Miasta Krakowa.

Realizacja usług społecznych, polegających na poprawie dostępu do mieszkań wspomaganych poprzez tworzenie miejsc w nowo utworzonych lub istniejących mieszkaniach wspomaganych adresowanych do osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest możliwa w projektach realizowanych w ramach Poddziałania 9.1.1 i 9.1.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020.

Należy dodać, iż w przypadku, gdy w ramach projektu będzie przewidziane tego typu wsparcie, Instytucja Organizująca Konkurs (Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości) rekomenduje (zgodnie z podrozdziałem 2.4 Regulaminu konkursu dla Poddziałania 9.1.1 RPO WM 2014–2020), aby było ono realizowane zgodnie z Modelem mieszkań wspomaganych adresowanych do osób chorujących psychicznie oraz Modelem mieszkań wspomaganych adresowanych do osób niepełnosprawnych intelektualnie, dostępnymi na stronie internetowej IOK.

Rozmawiała: Małgorzata Szlązak

Kierownik Zespołu Badań i Analiz Działu
Polityki Społecznej ROPS w Krakowie



Anna Stefańska-Such – psycholog UJ, wieloletni nauczyciel uczelni wyższych w Krakowie, nauczyciel Szkoły Policealnej

Pracowników Służb Społecznych w Krakowie, szkoleniowiec, specjalizacja z zakresu zarządzania w pomocy społecznej, psychologii kryzysu i interwencji kryzysowej, orzecznik.

SUPERWIZJA KADR DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie po raz kolejny zorganizował superwizję dla kadr systemu pomocy społecznej. Tym razem tę formę wsparcia skierowano do kadry małopolskich domów pomocy społecznej. Uwzględniając specyfikę pracy w domach które zajmują się opieką nad osobami przewlekle psychicznie chorymi. To właśnie te domy spośród wielu licznych domów pomocy na terenie Małopolski wybrano i im tym razem zapewniono superwizję jako formę wsparcia.

Celem superwizji było zwiększenia efektywności pracy pracowników domów pomocy społecznej. Dla jego osiągnięcia z pomocą doświadczonego superwizora stworzono uczestnikom projektu możliwość przyjrzenia się własnemu doświadczeniu w pracy z mieszkańcami domu pomocy, zapewniono pomoc w rozwiązywaniu problemów merytorycznych związanych z wykonywaniem pracy zawodowej. Praca w grupie realizowana była poprzez dyskusje, wspólne

refleksje, wyjaśnianie dylematów etyczno-moralnych pojawiających w się w pracy pracownika DPS, diagnozowanie źródeł trudności, szukanie istoty problemu, oraz inne działania których zadaniem było wspieranie pracownika domu pomocy w jego codziennej pracy. Spotkania odbywały się cyklicznie, co dwa tygodnie od września do listopada 2015 roku, łącznie odbyło się 6 spotkań. Uczestniczyło w nich 11 osób, reprezentujących 6 Małopolskich domów pomocy społecznej. Wyniki ankiet jakie przeprowadzono na zakończenie superwizji wskazują jednoznacznie, na wysoki stopień zadowolenia uczestniczek ze wsparcia jakie uzyskały dzięki skorzystaniu z superwizji. Ponadto ankietowane osoby przyznały również, że chętnie chciały by kontynuować uczestnictwo w superwizji, gdzie znalazły wsparcie zarówno w sferze pracy z podopiecznymi, jak również skutecznej współpracy z pozostałym personelem domu pomocy, jak i rodziną podopiecznego.

Wynikiem przeprowadzonej superwizji było przede wszystkim zapewnienie wsparcia wybranej grupie, ale także opierając się o dynamikę pracy grupy, jej specyfikę a także specyfikę środowiska pracy, posiłkując się jednocześnie wynikami ankiet opracowanie przez prowadzącego superwizję dr. Piotra Passowicza wniosków. Refleksje te dotyczyły między innymi specyfiki trudności z jakimi na co dzień mierzą się pracownicy domów pomocy, jak również rekomendacji do stosowania superwizji wśród kadry domów pomocy społecznej.

Refleksje i wnioski z superwizji odnoszące się do kontekstu społecznego i konsekwencji z nim związanych.

W procesie pracy grupy superwizyjnej, która funkcjonowała nie tylko jako grupa wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego, ale też jako grupa reflektująca nad problemami zawodowymi środowiska pracowników DPS-ów pojawiały się wypowiedzi, które stały się inspiracją dla poniżej przytoczonych wniosków, obejmujących, kilka poziomów kontekstu społecznego.

Poziom makrospołeczny¹

Na poziomie makrospołecznym, pomimo wielu działań przeciwstawiających się temu zjawisku, zauważyć można tendencję do eliminacji przestrzennej i funkcjonalnej grup osób, które nie spełniają szeroko rozumianego kryterium produktywności i efektywności funkcjonowania, czyli są w jakikolwiek sposób niesprawne. W sposób szczególny dotyczy to przewlekle chorych psychicznie. Z drugiej strony istnieje silna tendencja do obronnego zaprzeczania wrogim impulsom kryjącym się pod tym procesem, poprzez odszczepienie wrogości i umieszczenie



¹ Analizuje funkcjonowanie całych społeczeństw, związki między społeczeństwami.

jej w osobach delegowanych do zajęcia się grupą niesprawnych. Proces ten przysłonięty jest obroną idealizacją, której adresatami /ofiarami jest powołana do opieki instytucja, jaki i jej kadra.

Poziom mezospołeczny²

Tendencje te znajdują swoje odzwierciedlenie szczególnie silnie, na poziomie mezospołecznym- w opinii osób uczestniczących w superwizji- w powszechnej postawie wobec pensjonariuszy jak i kadry Domów Pomocy Społecznej.

W opinii społecznej zarówno osób postronnych, jak i niektórych specjalistów z szeroko rozumianej branży zawodów wsparcia społecznego, widoczne jest współdzielone przez nich przekonanie, iż podopieczni DPS-ów są tzw. przypadkami beznadziejnymi.

Należy zaznaczyć, iż nie chodzi o racjonalną diagnozę specjalistyczną, ale o silnie generalizujące i wysyczone emocjami przekonanie, będące wyrazem uczestniczenia w procesie społecznym o charakterze marginalizacji i stygmatyzacji.

Naznaczenie to nierzadko ma mieć, charakter nieodwracalny. Jego funkcją jest przywrócenie rzeczywistości społecznej porządku poprzez - w konsekwencji - trwałą i nieodwracalną izolację osób wywołujących silny lęk pomieszany z bezradnością, które są w związku z doświadczanymi emocjami uznawane za społecznie bezużyteczne.

Poprzez tzw. negatywny efekt hallo³, stygmatyzowani są również pracownicy DPS-ów, jako osoby w jakiś sposób, jeśli nie obarczone bliżej nieokreślonym defektem, to przynajmniej postrzegane jako osoby o braku ambicji zawodowych i chęci podejmowania wyzwań opartych na konkurencji i rywalizacji.

² analizuje organizacje formalne

³ w psychologii tendencja do automatycznego, pozytywnego (efekt Galatei) lub negatywnego (efekt Golema)

Proces ten funkcjonuje wbrew zasadzie realności, wbrew faktom, które wskazują na bogate doświadczenie, wysoki poziom kwalifikacji kadry DPS-ów, a nierzadko ciągłe rozwijanie własnych kompetencji zawodowych.

Jednakże z drugiej strony istnieją, w całkowitym oddzieleniu od powyższego procesu, dwie tendencje:

1. Jako konsekwencja rozszczepienia⁴ i projekcji⁵ - tendencja do postrzegania kadry jako potencjalnych oprasorów, których należy bez wnikania w realia funkcjonowania placówki pilnie i wnikliwie kontrolować, co szczególnie może się uwidaczniać w relacjach Domów z innymi podmiotami społecznymi posiadającymi osobowość prawną, a intencjonalnie powołanymi do podniesienia ich efektywności funkcjonowania.

2. Jako konsekwencja obronnej idealizacji⁶- tendencja do formułowania wobec kadry Domów, nierealistycznych oczekiwań odnoszących się do wymaganych efektów terapeutycznych, zaprzeczających realnym możliwościom podopiecznych.

Poziom mikrospołeczny⁶

Na poziomie mikrospołecznym - kontaktów rodzinnych z kadrami, jak w soczewce skupiają się wyżej opisane procesy, gdzie:

- rodzina na nieświadomym poziomie usilnie przekonuje kadrę, iż kierowany do Domu ich krewny jest tzw. przypadkiem beznadziejnym, oczekując od kadry przyjęcia delegacji do pełnienia roli współdzielącego ułomność i/lub cudotwórcy, a poprzez to, potwierdzenia słuszności własnej decyzji i w konsekwencji złagodzenia poczucia winy za

⁴ umożliwia odbieranie siebie i innych jako osób całkowicie dobrych lub całkowicie złych (idealizacja lub dewaluacja)

⁵ przypisywanie innym osobom lub instytucjom własnych, nie akceptowanych nastawień i uczuć (np. „to nie ja jestem zły”, „to ty jesteś zły na mnie”)

⁶ badający bezpośrednie relacje ludzkie

kierowanej do krewnego zaprzeczonej wrogości;

- rodzina na nieświadomym poziomie usilnie przekonuje kadrę iż kierowany do Domu ich krewny jest tzw. przypadkiem szczególnym, oczekując od kadry przez przyjęcie delegacji do pełnienia roli cudotwórcy złagodzenia poczucia winy za odrzucenie krewnego z powodu zaprzeczonych bezradności własnej i bólu związanego z nieakceptacją drastycznych ograniczeń bliskiej osoby .

Bywa tak, iż presja na przyjęcie delegacji odzwierciedla w różnych proporcjach, obydwie wyżej opisane zjawiska.

Konkludując można wskazać, iż na poziomie irracjonalnych, w większości bezrefleksyjnych i nieświadomych procesów społecznych dochodzi do próby wykluczenia i izolacji:

- na poziomie realnym, podopiecznych DPS-ów,

- na poziomie symbolicznym kadry.

Jednocześnie społeczne uwikłanie kadry w sprzeczne procesy - przejawia się w próbie osadzenia ich we wzajemnie wykluczających się rolach, które umownie można określić jako role współdzielącego ułomność, cudotwórcy, opresyjnego nadzorca.

Jednym z przykładów ilustrujących praktyczne konsekwencje opisanego wyżej stanu rzeczy, są sytuacje, gdy kadra Domu aby wypełnić wszystkie kierowane do niej oczekiwania winna przyjąć przeciwterapeutyczną strategię postępowania wobec podopiecznych podwójnie obarczonych chorobami; psychiczną i uzależnieniową.

Kadra ma bowiem za zadanie skutecznie leczyć osobę uzależnioną będącą w silnej regresji mentalnej, spowodowanej chroniczną chorobą psychiczną, równocześnie dając jej całkowitą swobodę działania, w sytuacji, gdy współdzielili ona przestrzeń Domu

z innymi mieszkańcami. W konsekwencji nie tylko jest to nieskuteczne dla leczenia dolegliwości, ale zagraża bezpieczeństwu i zdrowiu innych mieszkańców, stwarzając ryzyko urazu psychicznego, a w skrajnych przypadkach również fizycznego. Innymi słowy jest to uwikłanie w sytuację z której każde wyjście prowadzi do klęski, albo kierując się zalecaną z zewnątrz intencją przestrzegania praw człowieka dochodzi do porażki terapeutycznej i szkód wśród innych współmieszkańców, (niespełnienie w roli cudotwórcy) albo kierując się blokowaną z zewnątrz, intencją stworzenia ścisłych ram leczenia choroby uzależnieniowej, prowadzi do porażki -oskarżenia o podjęcie roli opresyjnego nadzorca. Efekt finalny jest taki, iż często następuje utwierdzenie kadry w roli współdzielącego ułomność, ze wszystkimi tego psychologicznymi konsekwencjami.

Refleksje odnoszące się do procesu superwizji

Praca w grupie superwizyjnej została oceniona jako istotna pomoc w rozwiązywaniu problemów zawodowych. Uczestniczki podkreślały możliwość wzajemnej wymiany informacji, wsparcie i przyjazną atmosferę, która pozwalała na swobodę skojarzeń i wypowiedzi. Grupie udało się zbudować wystarczający poziom spójności, aby móc efektywnie pracować. Grupa była personifikowana jako „dający wsparcie nieocenający, uważnie słuchający przyjacieli”.

Wnioski końcowe

Wskazane są działania o charakterze systemowym podejmowane przy współpracy z różnymi podmiotami współdziałającymi z DPS-ami, w celu wypracowania wspólnej, spójnej merytorycznie wizji pracy DPS-ów, co mogłoby doprowadzić do neutralizacji niekorzystnych, destrukcyjnych opisanych poniżej zjawisk, na przykład poprzez eliminację

sprzecznych oczekiwań, konfliktów wpisanych w rolę, a w konsekwencji do optymalizacji warunków pracy DPS-ów. Ze względu na bardzo silne procesy społeczne oparte na pierwotnych mechanizmach obronnych; rozszczepieniu, idealizacji, zaprzeczaniu oraz narcystycznym mechanizmie projekcji , w które może być uwikłana kadra DPS-ów istnieje realna groźba funkcjonowania samych placówek według społecznego porządku dającego się opisać zgodnie z logiką tzw. postawy schizoidalno-paranoidalnej, co nie jest oznaką choroby psychicznej, ale stylu funkcjonowania, w którym dominuje wszechobecne poczucie niezrozumienia i zagrożenia zarówno z zewnątrz jak i wewnątrz, nieufności, chęci izolacji, a co jest też odzwierciedleniem szerszych , opisanych wyżej procesów społecznych. Stanowi również wyraz tzw. procesu równoległego, oddającego specyfikę funkcjonowania podopiecznych DPS-u. W związku z tym, kadra może też ulegać sile mechanizmów rozszczepionych i wikłać się w funkcjonowanie obarczone „czarno-białym” widzeniem członków zespołu, kierownictwa, co łatwo uruchamia mechanizmy typowania wroga, szukania kozłów ofiarnych. Jest to objaw przeciążenia całej społeczności pracowniczej.

Jednocześnie kadra może być zagrożona chroniczną intruzją⁷ w sferę tożsamości zawodowej, (a z czasem osobistej) poprzez mechanizm strygmatazacji, odzierającego z poczucia sprawstwa i dewastującego poczucie własnej wartości.

Konkludując - dla zachowania higieny psychicznej regularna superwizja pracowników DPS-ów jest stanowczo zalecana. Można przyjąć, iż docelowo powinna ona dotyczyć zarówno problemów zespołu, jak i podopiecznych.

⁷ w psychologii: traumatyczne zdarzenie powraca natrętnie w myślach

W związku z powyższymi ustaleniami warto zarekomendować formę superwizji grupowej jako najkorzystniejszą. Doświadczenie autora z własnej pracy superwizyjnej pokazuje, iż odbywająca się w trybie ciągłym superwizja, w regularnych odstępach i jasno określonych ramach czasowych spotkań, niesie ulgę dla pracowników, pomaga radzić sobie z sytuacjami konfliktowymi, podnosi efektywność funkcjonowania w roli zawodowej, a tym samym zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego.

Dr n. hum. Piotr Passowicz



Dr n. hum. Piotr Passowicz – psycholog, doktor nauk humanistycznych, psychoterapeuta, analityk szkoleniowy i superwizor psychoterapii (IGAR), superwizor interwencji kryzysowej, terapeuta i trener psychodramy (PIP), nauczyciel akademicki w Instytucie Psychologii Stosowanej UJ w Krakowie. Autor i współautor kilkudziesięciu prac z zakresu psychologii zdrowia społeczności i interwencji kryzysowej.

BARIERY I POTENCJAŁ ROZWOJU WSPÓŁPRACY WEWNĄTRZSEKTOROWEJ MAŁOPOLSKICH PODMIOTÓW O CHARAKTERZE REINTEGRACYJNYM. I SPOTKANIE SIECIUJĄCE CIS, KIS, WTZ I ZAZ

31 marca 2016 r. w Krakowie odbyło się pierwsze spotkanie podmiotów ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym działających na obszarze woj. małopolskiego, zorganizowane w ramach projektu *Małopolski Ośrodek Koordynacji Ekonomii Społecznej*, realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie. Uczestniczyło w nim 35 osób w tym: 15 przedstawicieli warsztatów terapii zajęciowej, 10 przedstawicieli klubów integracji społecznej, 6 przedstawicieli centrów integracji społecznej oraz 4 przedstawicieli zakładów aktywności zawodowej. ROPS w Krakowie reprezentowali: Michał Góra oraz Anna Rychły-Mierzwa.

Badanie ankietowe przeprowadzone przez Dział Ekonomii Społecznej ROPS w Krakowie w marcu 2016 r. wykazało, że generalnie badane podmioty dobrze oceniają swoje dotychczasowe doświadczenia w ramach współpracy wewnątrzsektorowej. Zauważalne dla ankietowanych pozytywne aspekty współpracy to: kompetentni pracownicy, wspólne cele, dobry przepływ informacji, wzajemne uzupełnianie się w działaniach, planowanie wspólnych przedsięwzięć, dobra komunikacja, otwartość w kontaktach, dzielenie się swym doświadczeniem i możliwość wspólnego poszukiwania rozwiązań (wskazane przez KIS) oraz wysoki stopień osobistego zaangażowania. Niepokoić może fakt, że w ciągu ostatnich trzech lat aż 39% ankietowanych małopolskich PES o charakterze reintegracyjnym nie prowadziło współpracy z innymi PES.

Poproszeni o wskazanie czynników, które w największym stopniu stanowią barierę dla rozwoju współpracy wewnątrzsektorowej podmiotów ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym, ankietowani zwrócili uwagę przede wszystkim na brak środków finansowych oraz zbyt duże obciążenie działalnością podstawową i wynikający z tego brak czasu na aktywności zewnętrzne. Inne istotne bariery to

brak zdefiniowanych korzyści współpracy, zbyt mała liczba podmiotów PES w regionie i brak wsparcia ze strony administracji publicznej. Zapytane

o szczególnie istotne z punktu widzenia wzmocnienia potencjału danej organizacji obszary współpracy PES o charakterze reintegracyjnym, 75% badanych

Małopolski sektor PES o charakterze reintegracyjnym (PESR) liczy 99 podmiotów. W regionie działa 66 warsztatów terapii zajęciowej, 11 centrów integracji społecznej, 14 klubów integracji społecznej oraz 8 zakładów aktywności zawodowej.

PES o charakterze reintegracyjnym w powiatach woj. małopolskiego. Źródło: Opracowanie własne.

Powiat	Suma PESR w powiecie	CIS	KIS	WTZ	ZAZ
Kraków	21	2	3	14	2
Tarnów	7	3	1	3	0
Nowy Sącz	3	1	0	2	0
Powiat bocheński	2	0	0	2	0
Powiat brzeski	2	0	0	2	0
Powiat chrzanowski	5	0	2	3	0
Powiat dąbrowski	1	0	0	1	0
Powiat gorlicki	6	0	1	5	0
Powiat krakowski	8	1	1	5	1
Powiat limanowski	1	0	0	1	0
Powiat miechowski	4	0	0	3	1
Powiat myślenicki	2	0	1	1	0
Powiat nowosądecki	8	0	1	5	2
Powiat nowotarski	2	0	0	2	0
Powiat olkuski	6	1	1	3	1
Powiat oświęcimski	8	2	2	4	0
Powiat proszowicki	1	0	0	1	0
Powiat suski	3	0	0	3	0
Powiat tarnowski	2	0	0	1	1
Powiat tatrzański	2	0	1	1	0
Powiat wadowicki	3	1	0	2	0
Powiat wielicki	2	0	0	2	0
Suma PESR w regionie	99	11	14	66	8

organizacji wskazało na kwestię pozyskiwania środków finansowych, 68% na działania na rzecz beneficjentów usług reintegracyjnych, a 57% na wymianę dobrych praktyk. Inne pożądane obszary współpracy to: promocja lub sprzedaż produktów i usług, działania informacyjne na rzecz wzmocnienia wizerunku PES w środowisku lokalnym oraz podnoszenie kwalifikacji kadr. Wyniki badania potwierdzają generalne obserwacje, że istniejąca współpraca wewnątrzsektorowa PES o charakterze reintegracyjnym ma charakter incydentalny i nieplanowy, stąd potencjał kooperacji środowiskowej jako jednej z form rozwiązywania problemów nurtujących sektor PES nie jest w obecnej chwili znaczący.

Działania na rzecz wsparcia merytorycznego i organizacyjnego współpracy wewnątrzsektorowej PES o charakterze reintegracyjnym są ważnym elementem projektu pn. *Małopolski Ośrodek Koordynacji Ekonomii Społecznej* (MOKES) realizowanego przez ROPS



I spotkanie sieciujące małopolskich PES o charakterze reintegracyjnym

w Krakowie w ramach działania 9.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020.

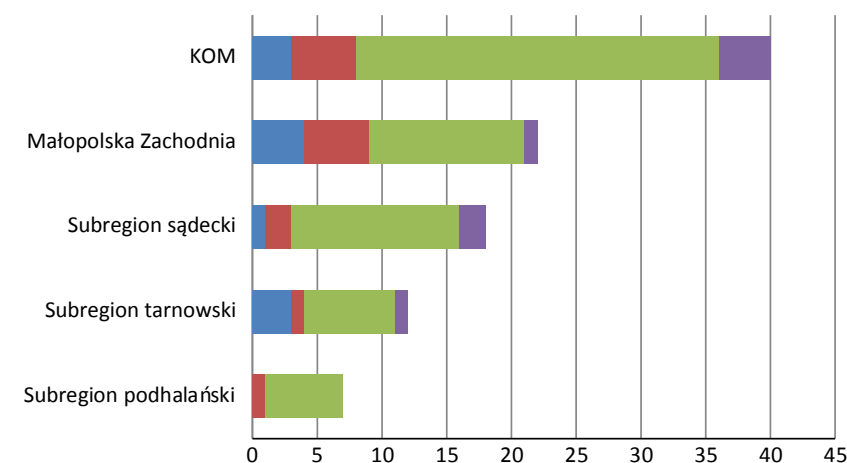
Celem spotkania małopolskich CIS, KIS, WTZ i ZAZ, które odbyło się 31 marca było m.in. właśnie zapoznanie uczestników z systemem wsparcia ekonomii społecznej w ramach RPO WM 2014-2020. Podczas pierwszej części spotkania zaprezentowano założenia wspomnianego projektu ROPS w Krakowie, następnie system

wsparcia w ramach akredytowanych ośrodków wsparcia ekonomii społecznej przedstawiły Panie: Katarzyna Maźnica z Fundacji Gospodarki i Administracji Państwowej (Kraków) oraz Olga Gałek z Fundacji Miejski i Ludzi Aktywnych (Kraków), reprezentujące akredytowane konsorcja organizacji tworzących małopolskie OWES. Druga część spotkania, o charakterze warsztatowym, miała za zadanie stworzenie przestrzeni do interakcji, lepszego poznania się i wspólnego określenia potrzeb i metod współpracy wśród przedstawicieli ośrodków PES zajmujących się reintegracją społeczną. Chodziło o identyfikację kluczowych obszarów problemowych środowiska małopolskich PES o charakterze reintegracyjnym, wstępne wypracowanie celów strategicznych oraz modelu współpracy wewnątrzsektorowej. W tym celu uczestnicy warsztatu zaproszeni zostali do współpracy w ramach mniejszych, jednorodnych tematycznie grup, do kreowania i wzajemnego dzielenia się pomysłami, mającymi przynieść rozwiązania dla problemów i wyzwań, które towarzyszą im w codziennej pracy. Mieli oni dzięki

	CIS	KIS	WTZ	ZAZ	SUMA PESR
Subregion podhalański	0	1	6	0	7
Subregion tarnowski	3	1	7	1	12
Subregion sądecki	1	2	13	2	18
Małopolska Zachodnia	4	5	12	1	22
KOM	3	5	28	4	40

PES o charakterze reintegracyjnym w subregionach woj. małopolskiego.

Źródło: Opracowanie własne.



temu możliwość, by poznać siebie nawzajem, swoje potrzeby i wyzwania w codziennej pracy, by stworzyć listę problemów i wyzwań, w rozwiązywaniu których mogliby się wzajemnie wspierać. W ramach grupowej dyskusji obecni mieli także okazję do refleksji dotyczącej najbardziej adekwatnych do ich potrzeb i możliwości form współpracy. Już po krótkiej rozmowie okazało się, że jest wiele obszarów, które uczestnicy spotkania współdzielą i rozumieją. Rozmowy przebiegały zatem w życzliwej atmosferze wzajemnej ciekawości rozmówców i poruszanych tematów.

W ostatniej części spotkania uczestnicy wspólnie wyłonili kilka pomysłów na dalsze aktywności w projekcie MOKES, które ich zdaniem mogłyby skutecznie wesprzeć ich działania statutowe na poziomie organizacyjnym i operacyjnym. Wskazano na potrzebę organizacji spotkań i wspólnych działań w ramach grup ośrodków o zbliżonym charakterze działania., tj. KIS wspólnie z CIS oraz WTZ wspólnie z ZAZ. Obecni na spotkaniu zadeklarowali chęć uczestniczenia w spotkaniach o formule interaktywnej, dotyczących życia i codzienności innych ośrodków. Wyraźnie wyłoniła się także chęć poznania codzienności innych ośrodków w miejscu, w którym działają, np. poprzez uczestnictwo w wizytach studyjnych.

Podczas I spotkania sieciującego małopolskie podmioty ekonomii społecznej o charakterze reintegracyjnym nastąpiło nawiązanie kontaktów i wstępna wymiana informacji oraz doświadczeń między przedstawicielami PES, co stanowi niezbędny warunek do rozwoju efektywnej współpracy wewnątrzsektorowej. Zidentyfikowane zostały kluczowe obszary problemowe poszczególnych typów PES w kontekście współpracy wewnątrzsektorowej, którymi są w szczególności: brak

wiedzy o specyfice i obszarach funkcjonowania poszczególnych PES, niska świadomość dotycząca możliwości współpracy i korzyści z niej płynących, niewystarczający poziom wiedzy dotyczącej możliwości pozyskiwania wsparcia finansowego i rzeczowego na realizację działalności statutowej, deficytu w zakresie skutecznej komunikacji z administracją publiczną i wskutek tego niemożność efektywnej artikulacji swych problemów i potrzeb. Zdecydowano ponadto o tematyce i formule kolejnego spotkania podmiotów reintegracyjnych w ramach MOKES, którego motywem przewodnim będzie wymiana informacji na temat zasad i dobrych praktyk funkcjonowania poszczególnych typów PES o charakterze reintegracyjnym.

Opracowała:
Anna Rychły-Mierzwa
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
w Krakowie, Dział Ekonomii Społecznej



GMINNE RADY SENIORÓW W MAŁOPOLSCE - WYNIKI BADANIA

Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 1318) wprowadziła w art. 5c ust. 2 rozwiązanie pozwalające powoływać gminne rady seniorów – organy o charakterze konsultacyjnym, doradczym i inicjatywnym, reprezentujące środowiska seniorów. W 2015 r. Małopolska Rada ds. Polityki Senioralnej w drodze uchwały wyraziła poparcie dla tworzenia i funkcjonowania Gminnych Rad Seniorów w województwie małopolskim. Uzasadnieniem dla ich tworzenia jest coraz większa liczba osób starszych oraz większa ich aktywność na różnych polach.

Aktywność małopolskich samorządów w zakresie tworzenia gminnych rad seniorów diagnozowano w ramach badania przeprowadzonego w 2015 r. z inicjatywy Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej. Wzięty w nim udział wszystkie 182 gminy województwa małopolskiego.

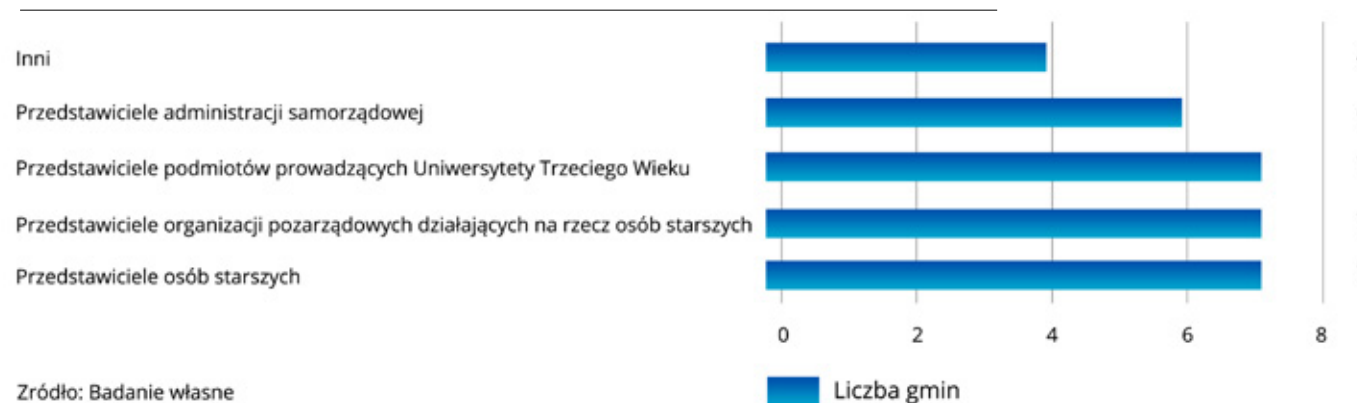
W momencie realizacji badania w Małopolsce funkcjonowało 11 gminnych rad seniorów (6% gmin), a 7 było w trakcie powoływania (4%). Obecnie w województwie małopolskim funkcjonuje ich 16. Najczęściej były powoływane w celu zapewnienia seniorom

wpływu na sprawy dotyczące lokalnej społeczności.

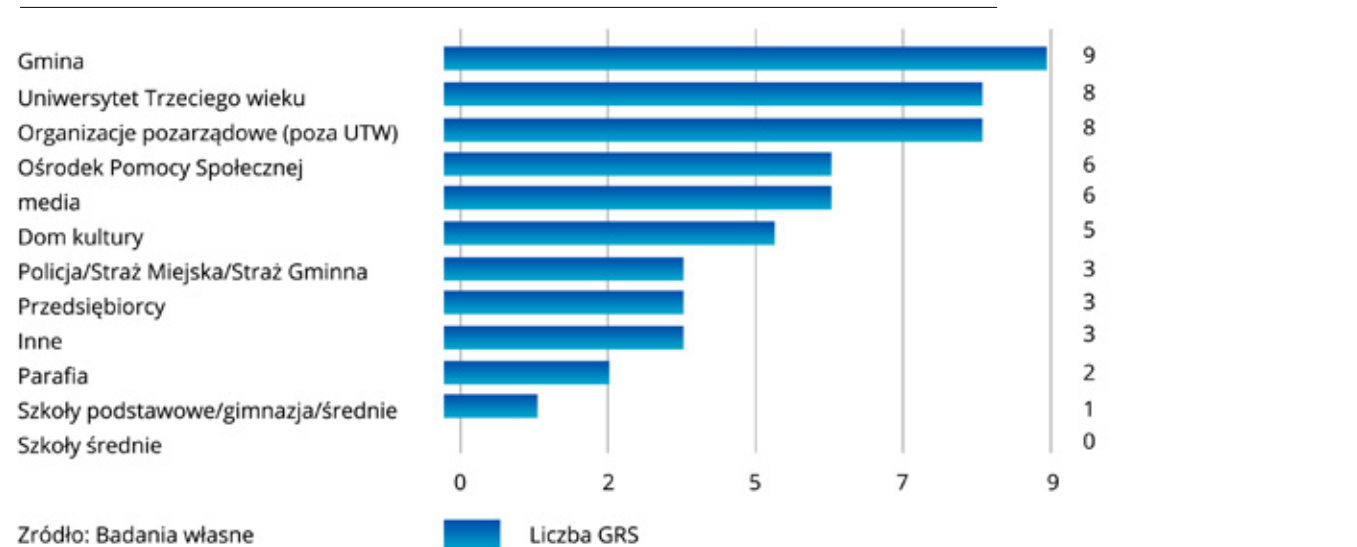


Wykres 1. Gminne Rady Seniorów w województwie małopolskim w 2015 r.

Wykres 2. Przedstawiciele poszczególnych środowisk w Gminnych Radach Seniorów.



Wykres 3. Współpraca Gminnych Rad Seniorów z podmiotami zewnętrznymi.

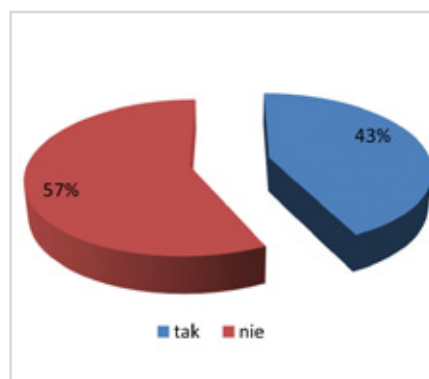


Zgodnie z art. 5c ust. 4 ustawy o samorządzie gminnym, gminna rada seniorów składa się z przedstawicieli osób starszych oraz przedstawicieli podmiotów działających na rzecz osób starszych, w szczególności przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz podmiotów prowadzących uniwersytety trzeciego wieku. Do większości małopolskich rad seniorów (7) powołano przedstawicieli organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych, przedstawicieli podmiotów prowadzących UTW oraz przedstawicieli osób starszych. W sześciu radach zasiadają przedstawiciele administracji samorządowej, a w 4 także przedstawiciele innych podmiotów, wśród których respondenci wskazali: szpital specjalistyczny, ośrodek geriatryczny, oddział NFZ, miasto oraz zespół pieśni i tańca.

Wśród celów działania gminnych rad seniorów w Małopolsce ich statuty wskazywały w szczególności: reprezentowanie interesów osób starszych na zewnątrz, służenie społeczności seniorów, integrację i wspieranie tego środowiska oraz tworzenie warunków do pobudzania aktywności obywatelskiej i wzmocnienie udziału seniorów w życiu społecznym. Wskazane cele realizowane są przede wszystkim poprzez: monitorowanie potrzeb osób starszych, opiniowanie lokalnych rozwiązań prawnych dotyczących sytuacji osób starszych, współpracę z organizacjami i instytucjami zajmującymi się problemami osób starszych oraz władzami samorządowymi, inicjowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji społecznej osób starszych, w tym między-pokoleniowej i zaspokojenia potrzeb tej grupy społecznej, podejmowanie działań zmierzających do wykorzystania potencjału i czasu ludzi starszych, w tym edukacja, aktywizacja, upowszechnianie wiedzy, informowanie

o potrzebach, prawach, możliwościach, podejmowanych działaniach oraz budowanie pozytywnego wizerunku osób starszych.

Realizując powyższe zadania gminne rady seniorów współpracują m. in. z: gminą, Uniwersytetami Trzeciego Wiek, organizacjami pozarządowymi, ośrodkami pomocy społecznej, mediami, domami kultury oraz innymi podmiotami działającymi w środowisku lokalnym.



Wykres 4. Zainteresowanie małopolskich gmin utworzeniem Gminnej Rady Seniorów na swoim terenie

W ramach badania diagnozowano również poziom zainteresowania małopolskich gmin utworzeniem gremium w postaci rady seniorów – 43% jest zainteresowanych utworzeniem rady (69 gmin). Pozostałe 57% gmin, zapytane o powody braku zainteresowania utworzeniem takiego gremium wskazywało najczęściej: brak chęci współpracy w tym zakresie ze strony społeczności lokalnej (47%), brak zapotrzebowania na tego typu organ w mieście/gminie (32%), brak niezbędnej wiedzy wśród członków jednostki samorządowej (11%).

Jak wynika z przeprowadzonego badania, małopolskie gminy wykazały się niską aktywnością w zakresie tworzenia gminnych rad seniorów – w 2015 r. jedynie w 11 gminach funkcjonowało takie gremium, w kolejnych 7 było w trakcie tworzenia. Optymizmem napawa jednakże fakt, iż

69 małopolskich gmin zadeklarowało chęć utworzenia gminnej rady seniorów w swojej jednostce. W związku z powyższym w kolejnych latach możemy spodziewać się znacznego wzrostu aktywności na tym polu, co jest szczególnie istotne w dobie zachodzących zmian demograficznych. Docenienie grupy społecznej jaką są seniorzy, wykorzystanie ich potencjału w zakresie wiedzy i posiadanego doświadczenia stanowi nie tylko ogromną szansę, ale również wyzwanie, z którym należy się zmierzyć w najbliższym czasie.

Opracowanie:
Justyna Mańka
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
w Krakowie, Dział Polityki Społecznej



es.O.es

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO



Projekt: *Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem*



POMOCNA DŁOŃ
POD BEZPIECZNYM DACHEM

**PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY
Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ**

Projekt: *Małopolski Ośrodek Koordynacji Ekonomii Społecznej*



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekty współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

EFEKTY PROJEKTU „POMOCNA DŁOŃ POD BEZPIECZNYM DACHEM”:



Szczegółowe i aktualne informacje dotyczące projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” dostępne są na stronie www.sppw.rops.krakow.pl oraz w siedzibie ROPS w Krakowie.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

ul. Piastowska 32
30-070 Kraków
tel. 12/422 06 36
e-mail: biuro@rops.krakow.pl

Biuro projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”

ul. Lea 112 pok. 144-146
30-133 Kraków
tel. 12/639 14 79, 12/639 17 01, 728 431 380
e-mail: biuro@rops.krakow.pl