



## **Lokalne inicjatywy na rzecz ustalania kryteriów jakości i standaryzacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania - przykłady dobrych praktyk**

**Barbara Mejsner**



Projekt 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



## Spis treści

1. Wprowadzenie.....	5
1.1 Proces starzenia się społeczeństwa.....	5
1.2 Charakterystyka osób starszych .....	7
1.3 Dostępne i rekomendowane wsparcie osób starszych w ramach pomocy społecznej.....	9
2. Usługi opiekuńcze dla osób starych świadczone w miejscu zamieszkania jako przedmiot standaryzacji – specyfika.....	11
2.1 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania .....	11
2.2 Standaryzacja usług.....	13
3. Zakres i formy standaryzacji usług opiekuńczych na przykładzie ośrodków pomocy społecznej Gdańska, Sopotu i Gdyni.....	15
3.1 Gdański standard usług opiekuńczych .....	17
3.1.1 Geneza powstania „Standardów usług opiekuńczych” .....	17
3.1.2 Działania zespołu .....	19
3.1.3 „Standardy usług opiekuńczych” .....	20
3.1.4 Wykorzystanie dokumentu.....	22
3.2 Sopotki standard usług opiekuńczych.....	22
3.2.1 Impuls do szczególnego zainteresowania się usługami opiekuńczymi .....	23
3.2.2 Sopotki Program Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Środowisku „Tęczowa Jesień” na lata 2009 – 2011 .....	24
3.2.3 „Lokalny standard usługi opiekuńczej Sopot 2010” .....	25
3.3 Gdyński standard usług opiekuńczych .....	28
3.3.1 Standaryzacja jako etap ustawicznego procesu doskonalenia usług opiekuńczych .....	28
3.3.2 „Projekt standardu usług opiekuńczych 2009” .....	29
3.3.3 Gdyńskie konsultacje społeczne na temat kryteriów jakości usług opiekuńczych.....	32
3.4 Opis standardu przykładowych czynności realizowanych w ramach usług.....	35
4. Metropolitalny standard usług opiekuńczych wypracowywany przez ośrodki pomocy społecznej Trójmiasta.....	39
4.1 Geneza.....	41

4.2 Diagnoza systemów świadczenia usług przez ośrodki pomocy społecznej Trójmiasta .....	43
4.3 „Partnerstwo interesu” .....	44
4.4 Powstający „Trójmiejski standard usług opiekuńczych” .....	45
4.5 Korzyści ze współpracy.....	46
5. Wnioski i rekomendacje .....	47
Słowniczek .....	50
Bibliografia.....	52

# 1. Wprowadzenie

Zainteresowanie usługami świadczonymi na rzecz osób starszych jest coraz bardziej powszechne – nie tylko wśród pracowników samorządu, lekarzy, pracowników pomocy społecznej, działaczy sektora pozarządowego, ale także przedstawicieli polskiej polityki. Poruszający ten temat są świadomości zachodzących zmian i potencjalnych konsekwencji. Proces starzenia się społeczeństw, a w konsekwencji proces zmiany struktury społecznej – zmusza do refleksji. Myśląc o zapewnieniu opieki osobie starszej, praktycznie na każdym poziomie życia społecznego trzeba podejmować decyzje wynikające z obserwowanych zmian i idących za nimi konsekwencji.<sup>1</sup> Na poziomie mikro (rodziny) jest to decyzja o wspólnym lub osobnym zamieszkaniu z osobą starszą, podziale obowiązków, zapewnieniu opieki; na poziomie mezo (lokalnym) jest to wielkość i zakres pomocy samorządu, wsparcie sektora pozarządowego, rozszerzanie wachlarza oferowanych usług; natomiast na poziomie makro to wprowadzanie niezbędnych regulacji dotyczących np. świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego.

Badania pokazują, że najwyżej cenioną formą pomocy jest wsparcie rodziny, którą jednak trzeba wspomagać, by nie przekazywała obowiązku opieki nad osobą starszą różnym instytucjom. Drugą ważną kwestią dla seniorów jest pozostanie we własnym środowisku zamieszkania. Celem zapewnienia warunków pozwalających jak największej grupie osób starszych mieszkanie we własnym domu, wśród znanych sąsiadów wymaga dobrej jakości usługi świadczonej w środowisku.

Najszerze wsparcie w środowisku zapewniane jest przez ośrodki pomocy społecznej w ramach obowiązkowego zadania gminy, jakim jest świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Coraz większe zapotrzebowanie na tego typu usługę i rosnące koszty z tym związane skłoniły wiele ośrodków do wypracowania jasnych i konkretnych zasad świadczenia usług. Standaryzacja obejmuje wiele kwestii np. zakres świadczonych czynności, kwalifikacje osób świadczących usługi, wymagania wobec zleceńobiorców. Niniejsze opracowanie przedstawia przykłady standardów w Gdyni, Sopocie i Gdańsku oraz wspólnej inicjatywie ośrodków tych miast.

## 1.1 Proces starzenia się społeczeństwa

Kształtowanie polityki społecznej, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym wynika z obserwacji społeczeństwa – nowych zjawisk, tendencji i przemian. Od paru lat wiele dyskusji o kierunkach działania samorządu i rządu zdominowanych jest przez starzenie się społeczeństwa.

Starzenie się społeczeństwa jest procesem, który charakteryzuje się przede wszystkim wzrostem procentu ludzi starych w populacji. Istnieją różnie ustalone **granice wieku**, których przekroczenie oznacza wejście w starość:

- 60 lat – w statystyce krajów europejskich,

---

<sup>1</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 242.

- 65 lat – według ONZ,
- 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn – w Polsce (wejście w wiek poprodukcyjny).

Starzenie się społeczeństwa dotyczy przede wszystkim krajów Europy, szczególnie Europy Zachodniej i Północnej. Tu udział ludności starej (60 i więcej lat) przekracza 20%. Współczynnik ten dla Polski jest niższy o około 3 %, jednak nasz kraj jest także uznawany za demograficznie stary. Oznaczenie, kiedy zaczyna się **starość demograficzna społeczeństwa** jest odmienne na różnych przyjmowanych skalach. Organizacja Narodów Zjednoczonych, przyjmująca odsetek osób 65 i więcej lat w populacji za wskaźnik, określa społeczeństwem młodym takie, w którym procent osób starych nie przekracza 4%, społeczeństwem dojrzałym w granicach 4–7%, a po przekroczeniu 7% uznaje społeczeństwo za demograficznie stare. Z kolei demograf Edward Rosset, bazując na odsetku osób 60 i więcej lat, określił cztery etapy starzenia się społeczeństw: do 8% to młodość; 8-10% - przedpole starości; 10–12% właściwe przedpole starości, powyżej 12% - starość (w ramach której wyróżnił dodatkowe kategorie: 12–14% - stan początkowy; 14–16% - stan średni; 16–18% stan zaawansowany i powyżej 18% stan mocno zaawansowany).<sup>2</sup>

Wśród **przyczyn starzenia się społeczeństwa** wskazuje się na:

- spadek liczby urodzin,
- wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia,
- procesy migracyjne.<sup>3</sup>

Spadek liczby urodzeń obserwowany jest od dłuższego czasu w Polsce i Europie. Dla prostej zastępowalności pokoleń współczynnik dzietności (tj. liczba dzieci, które urodziłyby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego, czyli 15-49 lat, przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby dzieci z intensywnością notowaną w badanym roku<sup>4</sup>) powinien wynosić 2,1 – 2,15, podczas gdy obecnie współczynnik ten w Polsce wynosi 1,4 (*co oznacza jego wzrost (o 0,18 pkt) w stosunku do odnotowanego w 2003 roku, w którym wskaźnik ten był najniższy od ponad 50 lat*<sup>5</sup>). Zmniejszająca się liczba urodzeń i wzrost liczby zgonów rzutuje na przyrost naturalny, który w ostatnich latach przyjmuje wartości ujemne.<sup>6</sup> Kolejną przyczyną starzenia się społeczeństw jest systematyczne wydłużanie się przeciętnego trwania życia. W Polsce dla obecnie urodzonych dzieci szacuje się, że dziewczynki / kobiety przeżyją średnio 80,05 lat, a chłopcy / mężczyźni 71,53 lata<sup>7</sup>. Procesy migracyjne wpływające na proces starzenia się wynikają z ruchów ludności powodujących szybsze starzenie się na niektórych terenach.

Najnowsza prognoza demograficzna GUS pokazuje, iż w Polsce, jak i w Europie, struktura ludności będzie się zmieniać przy zachowaniu obecnych tendencji. Ogólna liczba ludności zmniejszy się z 38,1 mln (odnotowana w 2007 roku) do 36 mln w 2035 roku tj. o 5,5%. Jednocześnie wzrośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym o 3,54 mln

<sup>2</sup> Ibidem, s. 226.

<sup>3</sup> Ibidem, s. 222.

<sup>4</sup> Ibidem, s. 230.

<sup>5</sup> Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000 – 2010 [dokument elektroniczny], [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_podst\\_inf\\_o\\_rozwoju\\_dem\\_pl.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl.pdf).

<sup>6</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, op. cit., s. 223.

<sup>7</sup> *Przeciętne dalsze trwanie życia w 2009 r. według województw* [dokument elektroniczny], [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_894\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_894_PLK_HTML.htm).

tj. 64,4%.<sup>8</sup> Odsetek osób starszych wyniesie 23,2% (a procent osób w wieku 80 i więcej lat wyniesie 7,2).<sup>9</sup> Trzeba zaznaczyć, że proces starzenia się nie przebiega równomiernie w całej Polsce – najszybsze zmiany zachodzą na wsi i we wschodniej części kraju.<sup>10</sup>

Zmiana struktury ludności niesie ze sobą następujące **konsekwencje**:

- feminizacja starości – nadumieralność mężczyzn w wieku 20-64 lata, a szczególnie w wieku 40-64 lata oraz dłuższe średnie trwanie życia kobiet powoduje, że liczba kobiet w grupie osób starszych znacznie przewyższa liczbę mężczyzn (w 2000 roku 162 kobiety przypadły na 100 mężczyzn)<sup>11</sup>,
- podwójne starzenie się – związane z podwojeniem liczby osób w wieku 80 i więcej lat (sędziwych starców), których liczba według prognoz wzrośnie z 1,14 do 2,57 mln w 2035 roku<sup>12</sup>,
- wzrost współczynnika obciążenia demograficznego, który wskazuje ile osób w wieku poprodukcyjnym przypada na 100 osób w wieku produkcyjnym; mając na uwadze, że współczynnik ten w 1950 wynosił 13, w 2000 – 24, a prognozy podają, że w 2020 będzie on wynosił 36, i w 2025 – 40, taka sytuacja wymaga reform w zakresie systemu emerytalnego<sup>13</sup>,
- spadek wskaźnika potencjalnego wsparcia, który określa liczbę dorosłych dzieci i wnuków (15 – 64 lata) przypadających na osobę w wieku 65 i więcej lat. Wskaźnik ten wynosił odpowiednio: 1950 – 12,0; 1975 – 6,9; 2000 – 5,7; prognozy pokazują dalszy znaczny spadek: 2020 – 3,4; 2030 – 2,6; 2050 – 2,0,
- spadek współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, który jest liczony jako stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lata do liczby osób w wieku sędziwym (80 i więcej lat); w 2000 roku wynosił on 5,12, a prognozuje się, że osiągnie on wartość 3,15 w 2030 roku (dla porównania w Szwecji w 2000 roku – 2,49, a w 2030 – 1,44).<sup>14</sup>

Obserwowane zjawisko starzenia się społeczeństw jest odczuwalne także na poziomie lokalnym. Konsekwencje związane ze wzrostem liczby osób starszych, wchodzenia w wiek starości pokolenia wyżu demograficznego z lat 50-tych w niedługim czasie przy zmniejszającej się liczbie osób mogących zapewnić wsparcie zmusza samorządy do podjęcia działań w tym kierunku.

## 1.2 Charakterystyka osób starszych

Starość jest czasem, który zaczyna się wraz z osiągnięciem umownego wieku. Tak jak już wspomniano jest nim wiek 60 lat w Europie, 65 lat przyjęte przez ONZ i 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn w Polsce.

<sup>8</sup> P. Szukalski, *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, s. 24.

<sup>9</sup> Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych, *Prognoza ludności na lata 2008–2035* [dokument elektroniczny], Warszawa 2009, s. 219.

[http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata2008\\_2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf).

<sup>10</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, op. cit., s. 238.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 233.

<sup>12</sup> Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych, op. cit., s. 204.

<sup>13</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, op. cit., s. 224.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 247.

Definicje wieku starczego opierają się na wielu przesłankach dotyczących **wejścia w fazę starości** przez człowieka. Zachodzące procesy biologiczne, psychiczne i w sferze społecznych zachowań człowieka wchodzącego w fazę starości mają charakter dynamiczny i synergiczny (wpływają na siebie nawzajem). W literaturze autorzy wskazują na różne typy wieku, których osiągnięcie wskazuje na przekroczenie progu starości:

- wiek biologiczny – na podstawie testów można określić zaawansowanie procesu starzenia się; proces ten jest wielowymiarowy, złożony i przebiega nierównomiernie,
- wiek demograficzny – arbitralnie określony przez demografów wiek człowieka starego,
- wiek psychiczny – ustalane na podstawie testów obniżenie sprawności zmysłów i zdolności przystosowawczych lub własna samoocena osoby starszej,
- wiek społeczny – określany na podstawie pełnionych ról społecznych (babcia, dziadek),
- wiek ekonomiczny – zanik aktywności ekonomicznej,
- wiek socjalny (prawny) – korzystanie z praw do świadczeń zabezpieczenia społecznego.<sup>15</sup>

Osiąganie wieku starczego, który ma tak dużo wymiarów, nie jest jednoznaczne i nie daje odpowiedzi na pytanie, w jakiej kondycji jest człowiek w danym wieku. Starość traktuje ludzi nierówno - 75-latek może być w o wiele lepszej formie niż 60-latek. Starość, jako szczególny etap w życiu może być przeżywana różnorodnie. Według teorii optymalnego starzenia się:

- osoba starsza zmniejsza liczbę interakcji społecznych i zyskuje zainteresowanie własną jaźnią (teoria wycofywania się),
- na osobę starszą mają pozytywny wpływ utrzymywane relacje społeczne i pełnione role społeczne (teoria aktywności)<sup>16</sup>.

Starzenie się jest procesem dynamicznym przebiegającym w różnym tempie i zakresie, co zależy od czynników zagrożenia:

- biologicznych (które można minimalizować przyjmując leki, dostosowując styl życia itp.),
- społecznych, takich jak: samotność, izolacja społeczna, nieumiejętne wykorzystanie czasu wolnego, brak zainteresowania otaczającą rzeczywistością, zła sytuacja ekonomiczna.<sup>17</sup>

Dodatkowym wsparciem powinna być pomoc w akceptacji procesu starzenia się przez same osoby starsze. Jak pisze E. Bojanowska problemy starości nie są tylko problemem jednostki, ale całego społeczeństwa. Nie można tylko zapewnić warunków do samego życia, ale podjąć działania, by to życie było godne z możliwością zaspokajania potrzeb we własnym środowisku zamieszkania.<sup>18</sup>

<sup>15</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, op. cit., s. 45-47.

<sup>16</sup> B. Dudziak, *Opinie seniorów o jakości i zadowoleniu z życia*, „Praca Socjalna” 4/2010, s. 70.

<sup>17</sup> A. Zawada, *Jak zestarzeć się z godnością?*, „Praca Socjalna” 5/2009, s. 104.

<sup>18</sup> E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] Piotr Szukański (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, s. 229.



Bliska zagadnieniu starości jest kwestia **niepełnosprawności** łącząca się z naruszeniem lub uszkodzeniem sprawności psychofizycznej, która prowadzi do stanu określonego jako ograniczenie funkcjonalne lub ograniczenie aktywności życiowej człowieka. Stan ten nie zawsze współwystępuje ze zmianami fizycznymi.<sup>19</sup> Definicje niepełnosprawności najczęściej skupiają się na „nie pełnej sprawności”, która powoduje ograniczenie lub uniemożliwienie pełnienia zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i społecznymi<sup>20</sup>. Niepełnosprawność nie powinna być łączona z pełnieniem ról zawodowych, ponieważ ma ona szersze znaczenie i odnosi się do osób w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym (tj. dzieci, młodzieży, osób starszych, czyli osób nie podejmujących z założenia pracy zawodowej). Osoby niepełnosprawne prawnie posiadają orzeczenie wydane zgodnie z obowiązującym prawem. Osoby niepełnosprawne biologicznie to osoby o ograniczonej sprawności, nie posiadające orzeczenia. Wyniki ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku pokazały, iż w Polsce 11,7% to osoby niepełnosprawne w sensie prawnym, a kolejne 2,7% w sensie biologicznym.<sup>21</sup> Dla porównania procenty te w województwie pomorskim wyniosły odpowiednio: 12 i 2,4. Niepełnosprawność nie jest wyznacznikiem starości, jednak okazuje się ona cechą charakterystyczną osób starszych.

Niepełnosprawność, choroba, samotność, osamotnienie, korzystanie z rent lub / i zasiłków to cechy, których występowanie naraża osoby na marginalizację, czyli proces „prowadzący do niekorzystnego położenia jednostki w społeczeństwie”.<sup>22</sup> Choć w Polsce nie przeprowadzono całościowych badań w tym zakresie to wskazuje się, że proces marginalizacji dotyka ludzi starych najbardziej w poniższych obszarach:

- udział w rynku pracy,
- uczestnictwo w pozarodzinnych kontaktach społecznych,
- uczestnictwo w życiu politycznym,
- obecność w kulturze masowej i społecznej komunikacji.<sup>23</sup>

### 1.3 Dostępne i rekomendowane wsparcie osób starszych w ramach pomocy społecznej

System pomocy społecznej funkcjonuje w oparciu o ustawę o pomocy społecznej i inne wynikające z niej rozporządzenia. Zgodnie z art.3 *pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Celem działania jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości* (art. 2 niniejszej ustawy).

<sup>19</sup> Z. Kawczyńska – Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998, s. 15.

<sup>20</sup> Ibidem, s. 16.

<sup>21</sup> *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002 Część I Osoby niepełnosprawne* [dokument elektroniczny], [http://www.stat.gov.pl/gus/8199\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/8199_PLK_HTML.htm).

<sup>22</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, op. cit., s. 219 – 220.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 219 – 220.

Przyznanie pomocy, za wyjątkiem pracy socjalnej, opieki zastępczej i interwencji kryzysowej, warunkowane jest uzyskiwanym dochodem wnioskującego o pomoc. Klienci korzystający z niektórych form pomocy częściowo zwracają koszty otrzymanej usługi.

Osoby starsze mogą w pełni korzystać ze wszystkich innych form pomocy dostępnych w ramach systemu:

- świadczeń finansowych (zasilek stały, zasilek celowy, specjalny zasilek celowy, zasilek okresowy),
- pomocy rzeczowej,
- pomocy środowiskowej (praca socjalna, usługi opiekuńcze),
- pomocy instytucjonalnej (usługi opiekuńcze w ośrodku wsparcia, pobyt w domu pomocy społecznej).

Fakultatywnie, gmina może przyjąć dodatkowe formy pomocy skierowane tylko do osób w wieku starszym (np. rozwiązanie sopockie, gdzie w przypadku przyznawania pomocy osobom samotnym w wieku poprodukcyjnym w formie zasiłku celowego na zakup leków na podstawie Uchwały Rady Miasta Sopotu w Sopocie obowiązuje podwyższone kryterium dochodowe – 200% ustawowego kryterium dochodowego).

Ustawa wymienia wiele powodów, z racji których może zostać przyznana pomoc, nie wskazując jednak samej „starości” czy „podeszłego wieku” jako przesłanki. W katalogu znajdują się: niepełnosprawność oraz długotrwała lub ciężka choroba, które można stosować otaczając pomocą osoby stare.

Choć **przesłanki do udzielenia pomocy** nie zawierają „starszego wieku”, to część zadań realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej są dedykowane właśnie tej grupie:

- pobyt w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku,
- pobyt w dziennym domu pomocy społecznej,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania.

Ponoszenie częściowych kosztów korzystania z powyższych usług reguluje ustawa w przypadku pobytu w domu pomocy społecznej i odpowiednie uchwały rad gmin w zakresie usług opiekuńczych i pobytu w dziennym domu pomocy społecznej. Często przy nie przekroczeniu ustawowego kryterium dochodowego klienci nie są zobowiązani do ponoszenia odpłatności.

Gmina ponosi koszty zapewniając wsparcie osobom starszym we wskazanych formach. Pobyt w DPS jest ostatecznością, gdy wszystkie inne możliwości zostaną wykorzystane. Jest to zgodne ze współczesnymi rekomendacjami, które *kładą nacisk na pozostawienie osób starszych w ich miejscu zamieszkania do końca życia, co jest rozwiązaniem optymalnym z jednostkowego i społecznego punktu widzenia.*<sup>24</sup>

Trzeba jednakże zaznaczyć, że autorzy wielu opracowań, jak również wyniki wielu badań wskazują, że to właśnie dzieci postrzegane są jako osoby zapewniające opiekę rodzicom w starszym wieku. Badania Elżbiety Bojanowskiej pokazują, że większość badanych uważa, że opieka nad rodzicami zdecydowanie należy do obowiązków dzieci (58,8%), na drugim miejscu znajduje się rodzina. Wiąże się to ze specyficznym rodzajem więzi społecznej: międzypokoleniowej, relacji rodzice – dzieci.<sup>25</sup> Wyniki pokazują, że rodzina

---

<sup>24</sup> E. Bojanowska, op. cit. 229.

<sup>25</sup> Ibidem, s 213.

jest naturalnym środowiskiem, od którego oczekuje się wsparcia różnego rodzaju: materialnego, duchowego, fizycznego. Odgrywając ważną rolę we wszystkich etapach życia człowieka, rodzina staje się tym „podmiotem, który integruje jej członków”.<sup>26</sup> Co ciekawe, *akceptacja poglądu, dotyczącego świadczenia pomocy w życiu codziennym przez krewnych, zwiększa się wraz z wiekiem badanych.*<sup>27</sup>

Badania także pokazują, że osoby starsze cenią sobie niezależność i samodzielność. Wybierają oni mieszkanie we własnym domu (55,6%) nad dzielenie mieszkania z innymi członkami rodziny (25,6%) czy mieszkanie we własnym domu ze stałą bezpłatną pomocą (7,2%). W istocie najwyżej ocenianymi rozwiązaniami były te, które zakładały pozostanie osoby starszej w jej naturalnym środowisku.<sup>28</sup>

Z powyższych danych wynika jednoznacznie, że zapewnianie opieki przez rodzinę powinno być traktowane priorytetowo. Rodzina nie powinna być pozostawiona sama sobie, a mieć dostęp do wsparcia środowiskowego świadczonego przez organizacje pozarządowe i służby publiczne.<sup>29</sup> Z sugerowanych możliwości wsparcia Brunon Synak wymienia: odciążenie czasowe (krótkookresowe) od pełnionych obowiązków, by ułatwić dalszą opiekę, wyposażenie w odpowiedni sprzęt oraz instruowanie osób opiekujących się chorym na temat zasad efektywnej pielęgnacji. Wskazywana jest także potrzeba zmiany nastawienia wobec opieki na taką, w której będzie ona *formą docenianej, społecznie użytecznej działalności.*<sup>30</sup>

Pomoc społeczna jest znaczną częścią realizowanej polityki społecznej, która wobec osób starszych nie powinna być tylko polityką organizowania samej pomocy, ale polityką organizowania życia osób starszych<sup>31</sup> w taki sposób, by ich pozycja w społeczeństwie nie była pomniejszana.<sup>32</sup>

## 2. Usługi opiekuńcze dla osób starych świadczone w miejscu zamieszkania jako przedmiot standaryzacji – specyfika

### 2.1 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są obowiązkowym zadaniem gminy, zdefiniowanym w ustawie o pomocy społecznej w art. 50 jako *pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, zalecona przez lekarza pielęgnacja oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktu z otoczeniem.*

<sup>26</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, op. cit., s. 88.

<sup>27</sup> E. Bojanowska, op. cit., s. 219.

<sup>28</sup> S. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999, s.33; za: E. Bojanowska, op. cit. .217.

<sup>29</sup> E. Bojanowska, op. cit., s. 228.

<sup>30</sup> B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 302.

<sup>31</sup> E. Bojanowska, op. cit., s. 208.

<sup>32</sup> B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, op. cit., s. 268.

W ramach usług opiekuńczych najczęściej samotne osoby starsze, przewlekle chore i niepełnosprawne uzyskują wsparcie, zaspokajające ich niezbędne potrzeby życiowe w miejscu swojego zamieszkania. Według ustawy (art. 50 ust. 1 i 2) usługi przysługują:

- osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona,
- osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

W ustawie wskazane jest równocześnie, że to rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze, tryb ich pobierania oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat (art. 50 ust. 6 ustawy).

Zwięzły opis zadania pomocy społecznej, jakim są usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania daje znaczną swobodę samorządom w kreowaniu własnego sposobu i systemu świadczenia usług stosownie do możliwości i zasobów gminy. To władze gminy tworzą pasujące im rozwiązania, biorąc pod uwagę zapotrzebowanie i przyjęte strategiczne kierunki działania. Szeroka dowolność w działaniu daje szansę wszystkim ośrodkom, jednakże słabsze z nich mogą z tej szansy nie skorzystać nie poświęcając należytej uwagi systemowi świadczenia usług. Narzucenie standardu ustawowego (jak na przykład w ramach opieki w placówce opiekuńczo – wychowawczej) zaprzeczałoby jednak filozofii lokalności sprawowania usług – zróżnicowania pomiędzy ośrodkami miejskimi i wiejskimi, zróżnicowania pod względem zapotrzebowania, obecnie realizowanych zakresów usług, możliwości finansowych pozwalających na realizację określonej ilości godzin w roku, zasobów kadrowych, innych dopełniających form pomocy dostępnych dla klienta (np. dowóz do dziennego domu w ramach pomocy niepełnosprawnym, wolontariusze zaspokajający potrzeby społeczne świadczeniobiorców).

Gmina może realizować usługi w ramach własnej instytucji, czyli ośrodka pomocy społecznej, lub wykorzystując zasoby organizacji pozarządowych lub firm prywatnych nastawionych na zysk w procedurze zgodnej z ustawą Prawo zamówień publicznych (przetarg) lub zgodnie z ustawą o pożytku publicznym i wolontariacie (otwarty konkurs ofert).

Opis czynności realizowanych w środowisku jest możliwy, ponieważ wyznacza kolejność i sposób działania opiekuna. Wyznaczana przez zapisy w ustawie o pomocy społecznej rola pracownika socjalnego może być dookreślona stosownie do możliwości i założeń ośrodka np. pracownik socjalny ds. osób starszych. Standaryzacja wymaga odniesienia się do wielu wymiarów świadczenia usług, które mogą nie poddać się ujednoliceniu. Wdrożenie jednego, nieodwołalnego standardu usług opiekuńczych może napotykać na trudności w procesie wdrażania związane z obecnie już działającymi formami realizacji.

Biorąc pod uwagę specyfikę usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania świadczonych przez ośrodek pomocy społecznej, standaryzacja powinna skupić się na:

- zasadach przyznawania i odpłatności za usługi, możliwościach odwołań od decyzji ośrodka,
- roli i zadaniach pracownika socjalnego,

- roli i zadaniach opiekunów świadczących usługi,
- wykształceniu i kwalifikacjach opiekunów,
- roli i zadaniach koordynatorów opiekunów,
- wykształceniu i kwalifikacjach koordynatorów,
- zależnościach i komunikacji pomiędzy wszystkimi zaangażowanymi w świadczenie usług oraz klientem, na którego rzecz realizowane są usługi,
- wymaganiach wobec podmiotu zewnętrznego realizującego usługi w przypadku zlecenia ich na zewnątrz,
- czasie świadczenia usługi (dni i pory dnia, kiedy usługa jest realizowana, czy ma być określony limit czasowy liczby godzin w roku przypadających na klienta),
- zakresie czynności,
- monitoringu usług,
- kontroli jakości usług,
- ewaluacji i wdrażania zmian wynikających z wniosków ewaluacji.

## 2.2 Standaryzacja usług

Pojęcie „standardu” jest definiowane w dwojaki sposób: z jednej strony jest to *typowy i przeciętny model czegoś*, a z drugiej strony *poziom towarów lub usług, zwłaszcza spełniający podstawowe wymagania lub normy określające podstawowe wymagania stawiane czemuś*. Dyskutując o standardach w pomocy społecznej mamy na uwadze **pożądany stan i opis danej usługi w znaczeniu normatywnym**, czyli nadawaniu znaczenia wymogom i normom określającym najważniejsze cechy usługi.<sup>33</sup> Ustalanie standardu zmusza do wybrania **kluczowych i najważniejszych cech** z punktu widzenia realizowania danej usługi, a następnie zbudowania skali ich ważności. Standard może być pełny, gdy możliwie wszystkie ważne cechy usługi są opisane i określone. Normy określają wymagane **cechy jakościowe i ilościowe**. Posługując się wskazaniem Ryszarda Szarfenberga standard ilościowy może zostać opisany jako minimalny (np. minimalna średnia liczba godzin usług opiekuńczych przypadająca na jednego klienta dziennie powinna wynosić dwie godziny), stały (np. koszt godziny usługi musi wynosić x zł), przedziałowy (np. czas wykonywania danej czynności w ramach usług opiekuńczych powinien wynosić pomiędzy 20 i 30 minut), maksymalny (np. maksymalna liczba godzin pracy opiekunki w ciągu dnia wynosi osiem).<sup>34</sup> W przypadku cech jakościowych trzeba zadać sobie pytanie, jakie są prawdopodobne wymiary bądź kategorie danej cechy i które z nich są pożądane (np. posiadanie umiejętności rozwiązywania konfliktów można określić w stopniu wysokim, średnim i wyższym, a w standardzie wymogiem dla koordynatora z ramienia wykonawcy usług jest posiadanie umiejętności rozwiązywania konfliktów w stopniu wysokim). U podstaw tworzenia standardu

<sup>33</sup> R. Szarfenberg, *Standaryzacja usług społecznych* [dokument elektroniczny] <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Ryszard%20Szarfenberg.pdf>, s. 28.

<sup>34</sup> Ibidem, s. 29.

powinny leżeć walory praktyczne, czyli doprecyzowane wymagania powinny być **możliwe do stosowania** bez wątpliwości ich znaczenia.<sup>35</sup>

Ogólny standard świadczenia usługi społecznej może być opisany w wielu **wymiarach** wymienionych przez R. Szarfenberga.<sup>36</sup>

- standard cech osoby, zespołu osób,
- standard czynności,
- standard narzędzi i instrumentów,
- standard zasobów,
- standard efektu,
- standard podejścia,
- standard kontekstu,
- standard odbiorcy usługi.

Określenie kryteriów i wymagań w każdym powyższym wymiarze da pełen obraz kryteriów oceny i wymagań dotyczących świadczenia konkretnej usługi.

**Metody wypracowywania standardów** przedstawione przez Jakuba Wygnańskiego mogą opierać się na aktach prawnych przyjmowanych w różnych formach tj. regulaminy wewnętrzne, koncesyjny (decyzja administracyjna), ustawowy, administracyjny (zamawiający usługę ustala wszystkie warunki); quasi – rynkowy (definiowany lub zależny od klienta) oraz indukcyjno – negocjacyjny (współtworzony przez zamawiającego, dostawcy i klientów).<sup>37</sup> Istnieje przekonanie, że właśnie model wypracowywania standardów oparty o wkład usługodawców i uwzględnianie ich opinii daje „duży potencjał implementacyjny”.<sup>38</sup> Zapewnienie obecności wszystkim aktorom grającym jakąkolwiek rolę w procesie organizowania i udzielania usługi jest priorytetem. Sam proces tworzenia standardów za Jerzym Boczoniem zawiera się w czterech fazach:

- tworzenie standardów,
- stanowienie standardów,
- stosowanie standardów,
- monitoring, kontrola i weryfikacja standardów.<sup>39</sup>

Faza tworzenia standardów jest niezwykle ważna, ponieważ to w niej zaczyna się działanie. Szarfenberg nazywa to „potencjałem implementacyjnym”, który jest znaczny, gdy inicjatywa wypracowania standardów wychodzi od samych usługodawców. Dodatkowo, rozszerzenie działań na wszystkich innych usługodawców znacznie zwiększa szanse na realizację założonych celów.<sup>40</sup> Wejcman, na podstawie materiałów J. Boczonia przedstawia podstawowe etapy tworzenia standardów:

- **wybór usługi lub zadania** do zestandaryzowania (w oparciu o diagnozę, doświadczenie, dyskusję),
- **wybór instytucji koordynującej** proces standaryzacji (jednostka publiczna lub organizacja *non-profit*),

---

<sup>35</sup> Ibidem, s. 31.

<sup>36</sup> Ibidem, s. 32-34.

<sup>37</sup> Z. Wejcman, *Tło społeczne standaryzacji usług społecznych* [dokument elektroniczny], s. 4.

<sup>38</sup> R. Szarfenberg, op. cit., s. 39.

<sup>39</sup> Ibidem, s. 40.

<sup>40</sup> Ibidem, s. 39.

- **przeprowadzenie debaty publicznej** z udziałem wielu środowisk (dostarcza materiału, pomaga w wyborze przedmiotu standaryzacji, zachęca potencjalnych uczestników zespołu standaryzacyjnego),
- **powołanie zespołu standaryzacyjnego** złożonego z przedstawicieli władz publicznych, organizacji pozarządowych, firm komercyjnych, teoretyków i naukowców, ew. beneficjentów danej usługi (ok. 10 osób),
- **wybór *facilitatora*** odpowiedzialnego za proces grupowy i sekretarza odpowiedzialnego za zbieranie i opracowanie materiałów. Ustalenie zasad pracy, w tym sposobu podejmowania decyzji,
- **ustalenie możliwych źródeł danych** (np. raporty, sprawozdania, obserwacje, literatura przedmiotu),
- **powołanie konsultantów zewnętrznych** i recenzentów końcowych oraz zespołu redakcyjnego,
- przedłożenie opracowanych **dokumentów do konsultacji społecznej** wśród zainteresowanych środowisk,
- dalsze działania: **formalne stanowienie standardów** jako dokumentów obowiązujących, stosowanie standardów, kontrola i wprowadzanie koniecznych zmian.<sup>41</sup>

Wspomniany wcześniej „duży potencjał implementacyjny” przyjętych standardów musi być podparty wspomagającymi mechanizmami w postaci: promowania, wdrażania, kontroli i egzekwowania przestrzegania standardów.<sup>42</sup>

### 3. Zakres i formy standaryzacji usług opiekuńczych na przykładzie ośrodków pomocy społecznej Gdańska, Sopotu i Gdyni

Pomoc społeczna, jako system działający na różnych poziomach: gminy, powiatu, administracji rządowej i regulowany różnymi aktami, oprócz ustawy o pomocy społecznej, zależy od rodzaju wykonywanego zadania: zleconego, własnego jest systemem dość skomplikowanym i przez to opornym standaryzacji. Od paru lat podnoszony temat jakości usług w sferze pomocy społecznej skłonił część ośrodków w Polsce do wyznaczania kryteriów, niezbędnych wymagań i założonych rezultatów. Jak donosi Krajowy raport badawczy<sup>43</sup> najwyższy poziom standaryzacji w ośrodkach dotyczy świadczenia pracy socjalnej w rodzinach z problemem przemocy (39% posiada regulacje, a 4% standardy). W zakresie świadczenia pracy socjalnej na rzecz osób starszych zaledwie 29% jednostek organizacyjnych pomocy społecznej posiada regulacje (w tym 3% standardy). Dotyczą one

<sup>41</sup> Z. Wejman, op. cit., s. 6 (*opr. na podstawie J. Boczoń, Standaryzacja usług społecznych, SPLOT 2004*).

<sup>42</sup> R. Szarfenberg, op. cit., s. 39.

<sup>43</sup> Ogólnopolskie Badania Społeczne “Standardy usług w pomocy społecznej” Raport Końcowy, Pentor, LBS, Warszawa 2010, (maszynopis nieopublikowany); za: R. Szarfenberg (red.), B. Kowalczyk, J. Krzyszkowski, A. Niesporek, *Krajowy raport badawczy (wersja po uwzględnieniu uwag do wersji z 15 listopada przed redakcją językową i techniczną)*, Warszawa 2010.

głównie świadczenia usług w dziennym domu pomocy społecznej oraz świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Wydaje się, że powodem wprowadzania regulacji usług opiekuńczych w jakiegokolwiek formie wynika z faktu, że to zadanie jest znaczącym elementem w systemie pomocy społecznej, generującym coraz wyższe koszty i obejmującym coraz więcej klientów. Ponadto, zlecenie usług podmiotom zewnętrznym jest dodatkową motywacją do ustalania jasnych i przejrzystych reguł, tak samo zrozumiałych przez zleceniodawcę i zleceniobiorcę.

**Celem usług** według badanych ośrodków jest zaspokojenie podstawowych bytowych i zdrowotnych potrzeb ludzi starych. Określona przez badanych **grupa docelowa** to osoby:

- samotne, odizolowane, bez możliwości pomocy ze strony rodziny (65%),
- chore (36%),
- niepełnosprawne (27%),
- niesamodzielne (19%),
- starsze, w podeszłym wieku (19%).

**Opiekunowie świadczący usługi** to najczęściej osoby, które ukończyły szkolenie w zakresie opiekun środowiskowy (w 42% badanych jednostek, gdzie dla MOPS-ów wskaźnik ten jest najwyższy i wynosi 50%, a w GOPS-ach przyjmuje on najniższą wartość i wynosi 39%). Zaledwie 8% ośrodków wskazuje, że usługi wykonywane są przez osoby, które ukończyły szkołę policealną w kierunku opiekun środowiskowy.

Wyniki badania pokazują, że w gminnych ośrodkach usługi częściej wykonywane są przez pracowników instytucji, podczas gdy w miejskich ośrodkach częściej podmioty zewnętrzne realizują usługi na zlecenie. W przeważającej większości ośrodki decydujące o zleceniu zadania wybierają tryb ustawy Prawo zamówień publicznych (74%).

Ciekawą informacją z badań jest zróżnicowanie między miastem i wsią w zakresie dostępności do usług, biorąc pod uwagę średnią roczną liczbę godzin realizowaną u klienta. Wyniki badań pokazują, że co drugi ośrodek pomocy społecznej wyznacza **limity czasowe korzystania z usług**. Dostępność usług w dni wolne od pracy jest realizowana w większości miejskich ośrodków (przez 68%) i tylko w 13% gminnych.

**Pracownik socjalny** regularnie co miesiąc sprawdza osoby objęte usługami w 44% ośrodków (w tym co drugim GOPS i co trzecim MOPS/MOPR). Tylko 40% OPS deklaruje regularną comiesięczną **kontrolę**, w tym tylko 28% MOPS. Najczęściej kontrola oparta jest o rozmowy ze świadczeniobiorcą.

Przedstawione powyżej realia świadczenia usług opiekuńczych przez polskie ośrodki pomocy społecznej wskazują na zróżnicowanie pomiędzy miejskimi i gminnymi ośrodkami (np. w dostępie do usług, zleceniu zadania podmiotom zewnętrznym, częstotliwości kontroli).

57% ośrodków<sup>44</sup> **nie posiadając jakichkolwiek wytycznych dotyczących świadczenia usług** stwierdza, że „sposób i zasady wykonywania usługi dostosowane są do potrzeb”. Pozostałe ośrodki deklarują, że reguły / zasady świadczenia usług są:

- przyjęte w formie zarządzenia – 5%,
- w formie pisemnych wytycznych – 6%,
- w formie regulaminu – 2%,

---

<sup>44</sup> R. Szarfenberg (red.), B. Kowalczyk, J. Krzyszkowski, A. Niesporek, *Krajowy raport badawczy (wersja po uwzględnieniu uwag do wersji z 15 listopada przed redakcją językową i techniczną)*, Warszawa 2010, s. 179.



- w formie pisemnych standardów – 1%,
- u umowie zlecającej usługę – 20%,
- przyjęte, lecz nie istnieją na piśmie – 7%.

Jeśli zasady czy procedury są już stworzone, ich przestrzeganie jest dość powszechne. 54% OPS stwierdza, że są „stosowane zawsze”, a kolejne 28% stwierdza, że „w większości przypadków”. Podobnie jest z oceną użyteczności wypracowanych reguł – 51% uważa, że ich istnienie i stosowanie „zdecydowanie ułatwia pracę” plus 27% mówi, że „raczej ułatwia”. Z tych wyników można wnioskować, że **ustalone i przyjęte w realizacji usług reguły ułatwiają działanie pracownikom pomocy społecznej. Niemniej jednak, problemem jest sam proces ustalenia zasad i przyjęcie go w jakiegokolwiek pisemnej formie.**

Aby zachować lokalny charakter usług opiekuńczych warto wskazać metody i sposoby budowania kryteriów dobrze wykonanej usługi, a nie narzucać określonych rozwiązań. Samorządy, opierając się o ustawę o pomocy społecznej często bazują na spontanicznie powstałym modelu uzupełnionym o uchwałę rady gminy określającą zasady odpłatności i szczegółowe warunki przyznawania usług. Regionalne czy krajowe standardy są użyteczne, jednak ich brak daje też pewną swobodę w dostosowywaniu działań jednostek organizacyjnych pomocy społecznej do potrzeb i możliwości danej gminy dając w tym zakresie dużą swobodę. Ustawa o pomocy społecznej określa niezbędne standardy świadczonych usług, jak na przykład konieczność przeprowadzenia wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego oraz wskazuje jednoznacznie, że to ośrodek pomocy społecznej ustala zakres, okres i miejsce świadczenia usług. Dyskutując o standardach w pomocy społecznej należy mieć na uwadze filozofię, która leży u podstaw usług. Z jednej strony można je traktować jako typowe usługi dla klientów pomocy, którym trzeba zapewnić podstawową usługę, która zrekompensuje istniejące braki. Z drugiej strony, przy obserwowanych tendencjach w strukturze ludności ośrodki pomocy społecznej powinny świadczyć pełną i profesjonalną usługę, służącą przykładem lub będącą porównywalną pod względem jakości z usługami na komercyjnym rynku. W tym modelu jest to niejako dopełnieniem opieki medycznej dla osób najcięższej chorych.

## 3.1 Gdański standard usług opiekuńczych

### 3.1.1 Geneza powstania „Standardów usług opiekuńczych”

Świadczenie usług opiekuńczych w mieście liczącym prawie pół miliona mieszkańców generuje wysokie koszty i jest organizacyjnie dość skomplikowanym przedsięwzięciem. Zapewnienie dobrej jakości opieki ponad tysiącu osób rocznie łączy się z dogłębnym przemyśleniem podstawowych zasad działania i zlecenia usług podmiotom zewnętrznym. Podjęcie konkretnych działań nakierowanych na stworzenie jasnych zasad świadczenia usług na początku 2007 roku przez pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdańsku wynikało z obserwowanych **tendencji w środowisku:**

- systematycznie rosnąca liczba klientów, którym zapewniano pomoc w ciągu roku,
- wydłużający się średni czas trwania życia usługobiorców,
- zwiększająca się grupa osób wypisywanych ze szpitala w stanie wymagającym całodobowego wsparcia, co w znacznym stopniu uniemożliwiało samodzielnie pozostanie w środowisku,
- coraz częstsze przekazywanie obowiązku opieki przez rodziny instytucji pomocy społecznej,
- ogólnie słaba jakość usługi realizowanej przez zewnętrzne podmioty.

Ponadto, wskazano także na **czynniki pozaśrodowiskowe**, jakimi były:

- rosnąca świadomość rozumienia słowa „usługa” przez pracowników i klientów pomocy społecznej,
- wyłonienie niewydolnego organizacyjnie do zapewnienia usług podmiotu,
- konieczność szerszego wsparcia usługobiorców w środowisku przez samych pracowników MOPS (ze względu na brak świadczenia usługi przez wyłoniony podmiot),
- zapis celów w Gdańskiej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2015.<sup>45</sup>

Kryzys związany z brakiem możliwości zapewniania opieki przez podmiot wyłoniony w przetargu skłonił pracowników socjalnych do podjęcia trudu uporządkowania wszelkich kwestii związanych z systemem świadczenia usług. Z jednej strony oczekiwaniem pracowników było wywiązywanie się z obowiązku zapewnienia opieki w jak najlepszy sposób, spójne i jednoznaczne informacje na temat usług, a z drugiej strony pewne i ostateczne reguły świadczenia usług przekazywane klientom i podmiotom realizującym usługi.

Formalnie prace nad standardami rozpoczęły się wraz z podpisaniem przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdańsku **Zarządzenia Nr 6/07 dnia 26 stycznia 2007 roku powołującego zespół ds. opracowania lokalnych standardów usług opiekuńczych**. W składzie zespołu znalazły się osoby operacyjnie i systemowo związane z zapewnianiem usług opiekuńczych w ośrodku, a byli nimi:

- kierownik Referatu Integracji Społecznej i Poradnictwa Specjalistycznego – sprawując funkcję przewodniczącego czuwał nad realizacją zadania,
- koordynator ds. organizacji usług – w jego kompetencjach leżało przygotowywanie dokumentacji związanej z ogłoszeniem przetargu, ustalanie wymagań dla podmiotów, nadzór nad realizacją usług, stała współpraca z podmiotami realizującymi usługi,
- kierownik filii<sup>46</sup> - odpowiedzialny za pomoc środowiskową realizowaną w jednej z części Gdańska,

<sup>45</sup> Zawarte w Strategii cele brzmiały następująco:

Cel 2.7 „Stworzenie działań umożliwiających osobom starszym i ich rodzinom korzystanie z usług opiekuńczych i różnych form wsparcia.”

Cel 3.2 „Stworzenie równych szans edukacyjnych dla dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w oparciu o wypracowany program.”

Cel 7.3 „Umożliwienie osobom niepełnosprawnym pełnego udziału w życiu społecznym”.

Cel 7.5 „Stworzenie nowych struktur i działań pomocowych na rzecz osób starszych wiekiem, umożliwiających osobom starszym wiekiem udział w różnych formach życia społecznego”.

- koordynator zespołu pracy socjalnej,
- pracownik socjalny.

Za wykonanie zarządzenia odpowiadał Kierownik Wydziału Integracji i Organizacji Pomocy Środowiskowej. Zespół miał w ciągu jednego miesiąca przedstawić Dyrektorowi MOPS harmonogram swojej pracy. Włączenie do pracy pracowników socjalnych, mających szeroką wiedzę na temat realiów pracy w środowisku, w tym kontaktu z klientem, opiekunką, koordynatorem usług z ramienia podmiotu, wydaje się posunięciem niezwykle ważnym, ponieważ to właśnie ta grupa najlepiej zna przedmiot objęty analizą. Nacisk pracowników na potrzebę uporządkowania sytuacji w zakresie zapewniania usług był widoczny w strukturze zespołu, w którym większość członków to osoby bezpośrednio odpowiedzialne na różnym poziomie za wykonywanie tego zadania.

### 3.1.2 Działania zespołu

Aktywność zespołu trwała dwa lata, podczas których początkowo odbywano regularne comiesięczne protokołowane spotkania, z których składano raport Dyrektorowi MOPS. W późniejszym czasie częstotliwość spotkań spadła do spotkań co dwa miesiące. Zespół miał możliwość korzystania ze wsparcia ekspertów w ramach własnej instytucji, jak również zewnętrznych specjalistów stosownie do własnych potrzeb.

**W ramach instytucji** członkowie zespołu skorzystali z:

- wsparcia prawnika, który zapewniał obsługę prawną, czuwał nad spójnością i zgodnością z innymi aktami prawnymi obowiązującymi w Polsce,
- doradztwa metodycznego, w ramach którego szukano sposobów efektywnego dochodzenia do rzetelnych wniosków,
- opinii innych pracowników socjalnych, którzy pracowali z osobami starszymi w środowisku i konsultowali wybrane tematy z usługobiorcami.

**Zewnętrzni specjaliści** byli zapraszani adekwatnie do poruszanych zagadnień i potrzeb zespołu na jedno lub więcej spotkań:

- przedstawiciele i szefowie usługodawców, czyli agencji, organizacji pozarządowych i firm realizujących usługi na terenie miasta Gdańsk w celu konsultacji zagadnień związanych ze współpracą z ośrodkiem pomocy społecznej, warunków realizowania usług, kwalifikacji zatrudnianych opiekunek,
- dyrektorzy domów pomocy społecznej w celu konsultacji dotyczącej pielęgnacji osób chorych, szczególnie leżących,
- konsultant wojewódzki ds. pielęgniarstwa w celu konsultacji standardów usług opiekuńczo – pielęgnacyjnych,
- konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa, przewlekle chorych i niepełnosprawnych w celu konsultacji i poznania doświadczeń w czasie pracy nad standardem usług opiekuńczych realizowanych w placówkach zdrowotnych.

---

<sup>46</sup> Teren miasta Gdańsk podzielony jest na pięć filii, w których udzielana jest pomoc osobom potrzebującym zgodnie z ich miejscem zameldowania / zamieszkania.

Po dwóch latach pracy, w połowie 2009 roku, „Standardy usług opiekuńczych” zostały ukończone na poziomie instytucjonalnym. Dokument w takiej wersji przekazano do konsultacji Gdańskiej Radzie Działalności Pożytku Publicznego i Gdańskiej Radzie Seniorów, które nie wniosły żadnych uwag. „Standardy usług opiekuńczych” zostały także przesłane do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

### 3.1.3 „Standardy usług opiekuńczych”

W samym dokumencie wśród **przesłanek tworzenia standardu** wskazano filozofię świadczenia usług przez MOPS, w której rozumieniu *organizowanie usług opiekuńczych przez gminę ma na celu zagwarantowanie osobom starszym, niepełnosprawnym pozostającym w środowisku, możliwość funkcjonowania bez konieczności opuszczania mieszkania, oraz pozwala na pozostanie i funkcjonowanie jednostki i rodziny w środowisku oraz może być alternatywą dla pomocy instytucjonalnej w formie ośrodków wsparcia i domów pomocy społecznej. Jest to myślenie w kierunku jak najdłuższego utrzymania świadczeniobiorcy we własnym środowisku, a nie przenoszenie go do stacjonarnych form opieki. Ponadto, pomoc społeczna nie rości sobie prawa do wyłączności w sprawowaniu opieki, a raczej podkreśla *równomierne rozłożenie ciężaru opieki pomiędzy instytucjami służby zdrowia, rodziną i usługodawcami (agencje usług opiekuńczych, podmioty niepubliczne świadczące pomoc domową w formie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, gospodarczych).**

**Cel główny** został określony jako *zaspokojenie codziennych, podstawowych potrzeb osoby, która nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania ze względu na wiek, chorobę lub inną przyczynę.* Cel główny został rozwinięty w celach szczegółowych skupionych na utrzymywaniu jak najlepszej i możliwej kondycji fizycznej i psychicznej, motywowaniu do aktywności i zapobieganiu izolacji społecznej.

**Zakres podmiotowy** określa osoby uprawnione do korzystania z usług, którymi są:

- osoby samotne,
- osoby samotnie gospodarujące,
- osoby w rodzinie, gdy rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni lub zstępni, nie mogą zapewnić odpowiedniej pomocy.

Określono także podstawę i zakres przyznania usług, zasady odpłatności. Przyznanie usług następuje po wydaniu decyzji administracyjnej, w której wskazana wysokość odpłatności klienta regulowana jest odpowiednią Uchwałą Rady Miasta Gdańska. Wartym wspomnienia jest lista czynników, które powinny zostać uwzględnione przy ustalaniu indywidualnego, dostosowanego do potrzeb, zakresu usług klienta:

- *obiektywne i w miarę możliwości subiektywne oczekiwania osoby objętej pomocą,*
- *ocena sytuacji socjalno - bytowej,*
- *ocena możliwości wsparcia rodziny i środowiska zamieszkania.*

**Zakres przedmiotowy** określa ramowe czynności, jakie są wykonywane w zakresie usługi. Wyróżniono dwa typy świadczonych usług: usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne oraz usługi opiekuńczo – gospodarcze. Na uwagę zasługuje fakt, iż *integralną częścią każdej*

*usługi jest nawiązanie kontaktu z osobą objętą opieką, przygotowania do wykonania poszczególnych czynności i ich realizacja w zakresie usług opiekuńczo – pielęgnacyjnych.* Wskazuje to na chęci zapewnienia klientowi godności i poszanowania. W dalszej części dokumentu prezentowany jest przykładowy wymiar czasowy trwania podstawowych czynności, gdzie mycie głowy zajmuje do 15 minut, a palenie w piecu do 30 minut. Przy takim ujęciu możliwe jest planowanie godzin pracy w zakresie odpowiadającym klientowi przy pełnej świadomości opiekunki o wymiarze planowanego czasu na wykonanie określonej czynności. Wskazania czasowe traktowane są orientacyjnie i nie mają przełożenia na praktykę w sytuacji opieki nad osobami ze schorzeniami uniemożliwiającymi wykonanie czynności w danym czasie (np. płasawica).

Pomimo że rynek opiekunek środowiskowych nie jest rynkiem bogatym i konkurencyjnym, jednak w „Standardach usług opiekuńczych” zdecydowano się na postawienie wymagań koniecznych, by świadczyć usługi na rzecz klientów MOPS Gdańsk:

- *posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarstwa, opiekunki środowiskowej, asystenta osoby niepełnosprawnej bądź kwalifikacji potwierdzonych ukończeniem kursu dla opiekunów (kursu siostr pogotowia PCK bądź innego równoważnego),*
- *znajdowanie się w wieku przedemerytalnym. W wyjątkowych przypadkach możliwe jest sprawowanie usług przez osoby w wieku poprodukcyjnym, jednak nie dłużej niż do ukończenia 65 roku życia, jeśli brak jest przeciwwskazań lekarskich do wykonywania takiej pracy,*
- *posiadanie predyspozycji fizycznych i psychicznych do pracy z ludźmi starszymi bądź chorymi.*

Wydaje się, że szczególnie ostatni punkt jest trafnym spostrzeżeniem, choć niezbyt często podnoszonym oficjalnie w dyskusjach, jak pokazuje praktyka predyspozycje opiekunki mogą być niezwykle pomocne w osiąganiu ambitnych celów.

Kolejnym ciekawym elementem „Standardów” są **Procedury** obowiązujące pracownika socjalnego, który przeprowadza wywiad środowiskowy, dokonuje oceny sytuacji osoby wnioskującej o pomoc, oceny możliwości wsparcia ze strony rodziny, ustala zakres usług. Pomocnym przy ustalaniu zakresu jest czasowy wymiar trwania danej czynności. Ponadto, obowiązkiem pracownika jest informowanie podmiotów wykonujących usługi w środowisku o objęciu pomocą nowej osoby lub osób.

**Przewidywane korzyści**, jakie zakładali członkowie zespołu ds. opracowania lokalnych standardów usług opiekuńczych znacznie wykraczały poza zakładane cele. Z perspektywy czasu członkowie oceniają, że dzięki podjęciu dyskusji i przyjęciu „Standardów usług opiekuńczych” dokonały się pozytywne zmiany w systemie świadczenia usług na terenie Gdańska. Wskazane korzyści to:

- *zwiększenie poczucia bezpieczeństwa osób wymagających pomocy w formie usług opiekuńczych – świadczeniobiorcy i członkowie ich rodzin mają dostęp do stosowanych zasad, które są niezmiennie i wiążące dla każdej ze stron (MOPS, klient, realizatorzy usług, w tym opiekunki),*

- jasne określenie zadań zmierzających do utrzymania stanu zdrowia / sprawności osoby wymagającej pomocy – dokładne wskazania czynności i czasu na nie poświęcanego,
- profesjonalizacja zawodu opiekunki – dzięki zwróceniu szczególnej uwagi na wymagania wobec osób bezpośrednio świadczących usługi, nastąpiła poprawa wśród zatrudnianego personelu pod względem kwalifikacji i wieku,
- realizacja celów Gdańskiej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych do 2015 r.,
- podtrzymanie aktywności społecznej osób starszych, niepełnosprawnych wymagających pomocy – choć brak jest stosownych badań w tym zakresie to w opinii pracowników MOPS korzyść ta jest zauważalna (część klientów, którzy spełniają kryteria kwalifikujące ich do domu pomocy społecznej, może pozostać w środowisku dzięki korzystaniu z usług),
- podnoszenie jakości życia osób wymagających opieki i wsparcia – komentarz j.w.

Po prawie dwóch latach od zakończenia prac nad „Standardami usług opiekuńczych” członkowie zespołu podkreślają także, że dzięki realizacji zadania zaobserwowali większą chęć realizatorów usług do profesjonalizacji, większej aktywności w zakresie polepszania własnych usług, uczestniczenia w rozwoju usług.

W opracowanym dokumencie zwrócono uwagę na indywidualne potrzeby usługobiorców, mające na celu jak najdłuższe utrzymywanie klienta w środowisku poprzez jego aktywizację. Ponadto, choć nie nazwano tego wprost, skupiono się na poszanowaniu drugiego człowieka objawiające się w wypracowanych regułach: nawiązywanie kontaktu i informowanie klienta o podejmowanych czynnościach przez opiekunkę, szanowanie woli klienta w zakresie sposobu wykonywania konkretnych czynności, zwracania się do świadczeniobiorcy z szacunkiem.

### 3.1.4 Wykorzystanie dokumentu

Pomimo, że opracowane „Standardy usług opiekuńczych” nie zostały przyjęte osobnym aktem prawnym jako obowiązujące, to weszły jako obligatoryjny załącznik przy ogłoszeniu o zamówieniu w procedurze przetargowej na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych. Stały się przez to kanonem świadczenia usług, którego wytyczne są obligatoryjne i niepodlegające dyskusji. Ujęcie zadań i roli pracownika socjalnego oraz zasad monitoringu w dokumencie pokazuje podmiotom przystępującym do przetargu całą strukturę, do której wykonawca musi się dostosować.

## 3.2 Sopocki standard usług opiekuńczych

Jako miasto na prawach powiatu sopocki MOPS realizuje wszystkie zadania pomocy społecznej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, w tym zapewnianie pomocy osobom

starszym. Inicjatywy i działania na rzecz seniorów (na przykład budowę domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych) rozpoczęto wiele lat wcześniej, gdy zauważono potrzebę budowania własnej infrastruktury przeznaczonej dla tej grupy odbiorców.

Analiza wydatków ośrodka na przestrzeni lat jasno pokazywała, że usługi opiekuńcze stanowią znaczący element budżetu. Liczba osób objętych usługami nieznacznie, ale stale rosła. Usługi w Sopocie realizowane były w całości przez podmioty zewnętrzne do 2005 roku w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych, a od 2006 roku w trybie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie. Zainteresowanie ośrodka podwyższeniem jakości było widoczne, gdy organizacje świadczące usługi nie były w stanie świadczyć ich efektywnie ze względu na brak odpowiedniej kadry, co było związane z bardzo niską stawką za godzinę pracy osoby świadczącej usługi. Aby umożliwić działania zmierzające ku zatrudnieniu nowych opiekunek po zapewnieniu dodatkowych środków na ten cel rozwiązano umowy z organizacjami za porozumieniem stron w kwietniu 2008 roku i dokonano ponownego wyboru w otwartym konkursie ofert. Już wtedy było wiadomo, że temat ten stanie się w mieście priorytetowy.

### 3.2.1 Impuls do szczególnego zainteresowania się usługami opiekuńczymi

Na zwiększone zainteresowanie usługami opiekuńczymi świadczonymi na zlecenie MOPS nałożyło się uczestnictwo przedstawicieli sopockiego samorządu na przełomie 2007 i 2008 roku w „Grupie Wymiany Doświadczeń – pomoc społeczna” w ramach projektu „Budowanie potencjału instytucjonalnego samorządów dla lepszego dostarczania usług publicznych mieszkańcom, organizacjom pozarządowym i przedsiębiorcom poprzez benchmarking usług, upowszechnianie stosowania dobrych praktyk i szkolenia pracowników administracji (2006-2010)” realizowanego przez Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich i Związek Gmin Wiejskich RP w partnerstwie z Norweskim Związkiem Władz Lokalnych i Regionalnych. W ramach Grupy wybrano trzy rodzaje świadczeń pomocy społecznej do analizy. Jednym z nich był system dostarczania usług opiekuńczych w poszczególnych miastach. Wspólnie wypracowane wskaźniki oraz porównanie podstawowych danych pokazało jak ważne stały się usługi dla ośrodków pomocy w całym kraju. Badanie satysfakcji klientów objętych usługami opiekuńczymi zostało przeprowadzone na podstawie opracowanej ankiety we wszystkich sześciu ośrodkach biorących udział w Grupie Wymiany Doświadczeń. Wyniki ankiety doprowadziły do myślenia o stworzeniu modelu świadczenia pomocy odpowiadającemu klientom korzystającym z usług, zapewnienia im wsparcia dostosowanego do potrzeb, motywowania i wspierania rodziny w zakresie opieki nad potrzebującym w celu jak najdłuższego pozostawienia usługobiorcy w jego własnym środowisku. Te przemyślenia skłoniły także do refleksji nad osobą opiekunki, jako pracownika niedocenianego i pozostawionego samemu sobie. Ponadto, potrzebna była dyskusja o opracowaniu jednolitych i możliwych dla samorządu i podmiotów zewnętrznych zasad świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

### 3.2.2 Sopotcki Program Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Środowisku „Tęczowa Jesień” na lata 2009 – 2011

Pierwszym krokiem było **powołanie Zespołu ds. Wdrożenia Programu Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Sopocie Zarządzeniem Nr 485/2008 Prezydenta Miasta Sopotu** z dnia 7 sierpnia 2008 roku. Aby zapewnić jak najszersze pole współpracy i wymiany opinii na temat usług w Zespole znalazły się osoby z każdego szczebla władzy samorządowej: radny, przedstawiciele urzędu, w tym ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych, świadczących w tamtym czasie usługi na terenie Sopotu. Przedstawicielami ośrodka pomocy w Zespole byli pracownicy socjalni z Zespołu Usług pracujący najczęściej ze starszymi klientami wymagającymi, oprócz pracy socjalnej i wsparcia materialnego, pomocy w formie usług opiekuńczych.

Zespół spotykał się regularnie obradując nad ustalaniem definicji, najważniejszych potrzeb i propozycji udoskonalenia systemu. Omówiono kompetencje pomocy społecznej i ochrony zdrowia w zakresie zapewnienia kompleksowej opieki osobom potrzebującym wsparcia w domu. Oprócz konsultacji z opiekunkami za pośrednictwem koordynatorów terenowych, odbyło się spotkanie z konsultantem Ministra Zdrowia ds. opieki długoterminowej.

Zaproponowany podział zespołu na trzy podzespoły: Zespół ds. Standardu, Zespół ds. Monitoringu i Ewaluacji oraz Grupę Ekspercką we wrześniu 2008 roku okazał się sztucznym podziałem, z którego zrezygnowano po kilku spotkaniach.

Wymiernym rezultatem pracy zespołu było opracowanie sopockiego programu skupionego na problematyce usług. *Program wyrósł z potrzeby konsekwentnej analizy różnych wymiarów sytuacji życiowej osób wymagających opieki, w taki sposób, aby zaspokoić nie tylko ich podstawowe potrzeby, ale uwzględnić poczucie bezpieczeństwa, relacje z innymi, poczucie wpływu na swoje życie czy integrację ze środowiskiem lokalnym.*

Głównym celem Programu przyjętego Uchwałą Nr XXX/350/2009 Rady Miasta Sopotu z dnia 22 czerwca 2009 roku było podniesienie jakości życia osób objętych usługami opiekuńczymi w środowisku poprzez realizację następujących celów szczegółowych:

- wsparcie odbiorców usług opiekuńczych do jak najdłuższego przebywania we własnym środowisku,
- doskonalenie jakości usługi opiekuńczej,
- poszerzenie dostępu do informacji na temat oferowanych form pomocy i ich finansowania.

Planowane kierunki działania w ramach celów zawierają na przykład zapewnienie klientom doradztwa psychologicznego oraz poradnictwa prawnego. W ramach Programu założono pracę nad standardem trwającą od stycznia 2009 do marca 2010 roku. Początek wdrażania standardu planowany był na drugi kwartał 2010 roku.

*Program wdrażany jest przez Zespół ds. Wdrażania Programu, reprezentujący Urząd Miasta, MOPS w Sopocie i organizacje pozarządowe zaangażowane w realizację zapewniania usług opiekuńczych. Za realizację odpowiednich działań odpowiedzialni są członkowie Zespołu w zakresie swoich kompetencji. Spotkania Zespołu, zwoływane przez Przewodniczącą, zaplanowano raz na kwartał. Kluczowe było zaproszenie do pracy nad*



programem osób spoza ośrodka pomocy społecznej. Wchodzący w skład Zespołu koordynatorzy terenowi organizujący usługi z ramienia organizacji pozarządowych konsultowali w środowisku opiekunów ich potrzeby i warunki pracy.

W rzeczywistości wypracowany „Lokalny standard usługi opiekuńczej” wraz z opisem świadczonych czynności zostały **przyjęte w zakresie pilotażu Zarządzeniem Nr 28/10 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sopocie** z dnia 30 czerwca 2010 roku.

### 3.2.3 „Lokalny standard usługi opiekuńczej Sopot 2010”

W „Lokalnym Standardzie Usługi Opiekuńczej Sopot 2010” określone zostały następujące kwestie:

- *Procedura świadczenia czynności,*
- *Kto może daną usługę realizować – jakie kwalifikacje powinni posiadać realizatorzy usług opiekuńczych,*
- *Jaki zakres powinna obejmować oferowana pomoc – katalog czynności i ich szczegółowy opis,*
- *Jaki powinien być sposób pracy,*
- *Komu udzielana jest pomoc – charakterystyka klienta.*

**Misja** została określona jako *podwyższanie jakości życia osób objętych usługami opiekuńczymi, poprzez aktywizację do uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej, uwzględniając indywidualne potrzeby, zasoby, możliwości, uprawnienia i wartości z udziałem rodziny i środowiska lokalnego*. Położenie akcentu na całościowe patrzenie na życie osoby potrzebującej pomocy nie zawęży usług do stricte działalności opiekuńczej, ale daje szersze spojrzenie na pożądane kierunki pracy z usługobiorcą. Jest to otwarcie na społeczność lokalną, w której osoby objęte usługami mogą realizować podstawowe potrzeby, swoje zainteresowania i inne. Wpływa to z pewnością na polepszenie jakości życia. Podejmowane działania muszą mieć na uwadze indywidualne cechy klienta – jego zasoby, możliwości. Trzeba jednak także zwrócić uwagę na rolę rodziny, która traktowana jest jako pierwszy możliwy zasób do wykorzystania w zapewnianiu pomocy.

Realizacja usług ma leżeć w rękach *interdyscyplinarnego zespołu specjalistów w oparciu o rodzinny wywiad środowiskowy kierując się wrażliwością na potrzeby drugiego człowieka i z poszanowaniem godności osoby ludzkiej*. Wśród wyróżnionych zadań zespołu są: regularne comiesięczne spotkania całego zespołu oraz indywidualne spotkania opiekunek z koordynatorem i wybranymi członkami zespołu interdyscyplinarnego.

**Wartości** przyświecające budowaniu standardu zachowują poszanowanie dla praw człowieka i pacjenta przy zapewnieniu godności, równości, w tym równości płci, wolności wyboru.

Dokument ten zawiera odniesienie do podstawowych aspektów przyznawania i świadczenia usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania, które są przedstawione poniżej.

**Procedura świadczenia czynności** w usłudze opiekuńczej wskazuje na osoby, którym można przyznać usługę opiekuńczą w określonym zakresie i na danych zasadach. Uprawnionymi do korzystania z usług opiekuńczych są:

- osoby samotne (samotnie gospodarujące, niepozostające w związku małżeńskim i nie posiadające wstępnych ani zstępnych),
- samotnie gospodarujące w sytuacji, gdy wspólnie nie zamieszkujący małżonek, wstępni lub zstępni, nie mogą zapewnić odpowiedniej pomocy,
- w rodzinie, w sytuacji gdy rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni lub zstępni, nie mogą zapewnić odpowiedniej pomocy.

Każdej z tych osób może zostać przyznana usługa w zakresie i wymiarze ustalonym przez MOPS w Sopocie przy zachowaniu zasady ich dostosowywania do indywidualnych potrzeb klienta. Aby je ocenić wskazano pola, jakie powinny być przeanalizowane:

- *obiektywne i dostosowane do możliwości pomocy społecznej oczekiwania osoby objętej pomocą* – przyzwyczajenia i fałszywe przekonania klientów o usługowo – porządkowej roli pomocy społecznej może znacznie utrudnić niesienie pomocy osobie potrzebującej; dopiero klarowne i jasne wytłumaczenie ról: ośrodka, opiekunki, organizacji pozarządowej pozwala na przyjęcie wypracowanych zasad,
- *sytuacja socjalno-bytowa osoby* – jest to etap wstępny poznania sytuacji osoby potrzebującej pod względem jej zasobów,
- *możliwości wsparcia świadczeniobiorcy przez rodzinę i środowisko lokalne* – podkreślana już wcześniej rola rodziny jest ważna w polityce społecznej, gdzie dąży się do unikania zastępowania roli rodziny i otoczenia przez instytucje, oba te elementy powinny działać dopełniająco z pierwszoplanową rolą członków rodziny będących w stanie wspierać usługobiorcę

W procedurze wskazano na wymóg odprowadzania odpłatności, której wysokość określana jest Uchwałą Rady Miasta Sopotu.

**Kwalifikacje realizatorów usługi** zostały określone na poziomie minimalnym oraz rekomendowanym. W standardzie rekomendowanym każda z opiekunek powinna być osobą z wykształceniem kierunkowym: po szkole policealnej na kierunku opiekunka środowiskowa lub posiadać dyplom zawodowy uprawniający do posługiwania się tytułem opiekunki środowiskowej, asystenta osoby niepełnosprawnej, asystenta medycznego, pielęgniarki (kierunki kształcenia podane w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej). Znając realia świadczenia usług wiadome jest, że osiągnięcie takiego standardu nie jest możliwe w ciągu nawet najbliższych kilku lat z różnych powodów tj. wysokie koszty, niska motywacja opiekunek do kształcenia, niskie obecne wykształcenie opiekunek itp. Standard minimalny uwzględnia te uwarunkowania i proponuje różnego rodzaju szkolenia, podczas których pracujące opiekunki rozszerzają wiedzę w zakresie chorób wieku starczego (np. wielochorobowość, choroba Parkinsona) i postępowania z usługobiorcami z typowymi schorzeniami (np. stan po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego). Uzupełnieniem szkoleń jest odbyta praktyka np. w hospicjum, dziennym domu pomocy, domu pomocy społecznej, warsztatach terapii zajęciowej, klubach seniora, klubach dzielnicowych lub wolontariat w placówkach opiekuńczych. Kombinacja szkoleń i praktyk ma dać gwarancję, iż opiekunki będą w stanie wykonywać wysokiej jakości usługi odpowiednie dla każdej grupy potrzebujących. Opiekunki będą przygotowane do opieki nad osobą chorą, nie przyuczając się do zawodu już w trakcie pracy przy łóżku chorego.

Dla koordynatora odpowiedzialnego za sprawne i terminowe świadczenie usług przez opiekunki rekomendowane jest wykształcenie wyższe na kierunku: psychologia, pedagogika opiekuńcza, praca socjalna lub wyższe zawodowe medyczo – pielęgniarskie. Dodatkowa dwuletnia praktyka zawodowa w sferze usług lub pomocy instytucjonalnej zapewnia przygotowanie do pracy na tym stanowisku. Standard minimalny zakłada dłuższą, bo pięcioletnią praktykę w instytucjach opiekuńczych przy posiadaniu średniego wykształcenia kierunkowego. Pojawia się tutaj również nowy element, czyli szkolenia dotyczące rozwijania umiejętności interpersonalnych czy rozwiązywania konfliktów. Ten aspekt wydaje się być cenny myśląc o zawodzie, w którym podstawą są kontakty z ludźmi, często w sytuacjach konfliktowych wymagających szybkich i zdecydowanych reakcji, nakierowanych na zapewnienie bezpieczeństwa i miłej obsługi usługobiorcom.

Standard nie zawiera formy zlecenia usługi, a skupia się na **wymaganiach, jakie musi spełniać wykonawca usług**. Usługi mają być wykonywane zgodnie z wydaną przez ośrodek pomocy społecznej decyzją administracyjną zawierającą zakres i miejsce świadczenia usługi, czas jej trwania i wysokość odpłatności klienta. Usługi powinny być wykonywane w godzinach 7.00 – 16.00 przez cały tydzień (od poniedziałku do niedzieli), a w uzasadnionych przypadkach godziny świadczenia usług mogą być wydłużone do 20.00. Wymogiem niezbędnym jest zapewnienie kontaktu telefonicznego z przedstawicielem podmiotu w czasie realizowania usługi. Wykonawca jest zobowiązany zapewnić niezbędne warunki opiekunkom – wyposażyć je w identyfikatory, zapewnić rękawiczki jednorazowe, odzież ochronną i środki higieniczne do mycia rąk. Standard też wskazuje na podmiot jako odpowiedzialny za zapewnienie systematycznych szkoleń dla opiekunek uaktualniających ich wiedzę i umiejętności oraz superwizje i doradztwo metodyczne. Warto także wspomnieć o wymogu zapewnienia przejrzystości systemowi rozliczeń wykonawcy ze świadczeniobiorcą, opartym o dokładne dokumentowanie przepracowanych godzin na rzecz klienta.

**Monitorowanie** jakości świadczonych usług powinno być prowadzone na bieżąco przez organ zlecający oraz wykonawcę usługi. Standard nie narzuca metod monitoringu czy częstotliwości raportowania jego wyników, a wskazuje możliwe do wykorzystania metody tj. analizę dokumentów, obserwację pracy opiekunek, prowadzenie wywiadów z usługobiorcami.

W „Lokalnym standardzie” przedstawiono obowiązujący **wykaz czynności** wchodzących w zakres czynności opiekuńczych w Sopocie. Sposób świadczenia każdej z czynności został dokładnie opisany dla wskazanych typów osób potrzebujących pomocy:

- osoby długoterminowo chore,
- osoby mające trudności w poruszaniu się, ale wychodzące,
- osoby nie mające trudności w poruszaniu się, ale wymagające wsparcia z powodu choroby.

W ramach powyższych typów określono zakres wykonywanej usługi rozróżniając ich rozległość dla osób samotnych i osób z rodziną. Przed przyjęciem zakresów odbyło się spotkanie koordynatora programu „Tęczowa Jesień” z grupą opiekunek, które przekazywały swoje uwagi i wątpliwości w zakresie dokumentu. Największe kontrowersje wzbudził system rozliczania się z zakupów z klientem. Organizacje świadczące usługi zostały zobligowane do stosowania zakresów usług jako pilotażu Zarządzeniem Dyrektora MOPS. W celu

monitorowania wprowadzania zakresów i obserwacji wyników przygotowana została tabela ocen do wypełnienia przez pracowników socjalnych oraz koordynatorów terenowych.

Standard zawiera także listę **obowiązków opiekunki** dotyczących współpracy z koordynatorem oraz klientem. Może się wydawać, że czasem są to banalne stwierdzenia, jednak konieczność zobowiązania się opiekunki do stosowania zasad daje większe szanse sukcesu. Zapis o przestrzeganiu tajemnicy zawodowej czy zakazie dokonywania samodzielnych poprawek w karcie pracy przez opiekunkę to jedne z podstawowych zasad.

„Lokalny Standard Usługi Opiekuńczej” wskazuje najważniejsze wytyczne w kwestii świadczenia usług, opierając się na godnym traktowaniu klienta pomocy społecznej i zapewnieniu mu najlepszej dostępnej pomocy.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie zobowiązuje w umowach podmioty współpracujące w ramach usług do realizowania wskazanych zasad: określenia minimalnej płacy za godzinę pracy osoby w środowisku (skorelowanej z obowiązującą płacą minimalną), określenia procentu możliwych wydatków na obsługę finansowo – księgową oraz niewliczanie czasu dojazdu do klienta do czasu pracy opiekuna.

Wartością dodaną realizowania Programu są trwające prace nad „Kartą Uprzywilejowania” dla opiekunów środowiskowych, która ma im dać uprawnienie do obsługi poza kolejnością w placówkach ochrony zdrowia.

### 3.3 Gdyński standard usług opiekuńczych

#### 3.3.1 Standaryzacja jako etap ustawicznego procesu doskonalenia usług opiekuńczych

W związku z postępującym dynamicznym procesem starzenia się społeczności Gdyni obserwowany jest wzrost zapotrzebowania na różnorodne usługi społeczne na rzecz seniorów, m.in. na usługi opiekuńcze. Rosnące z roku na rok wydatki na zapewnienie opieki osobom starszym, przewlekle chorym i osobom z ograniczoną sprawnością w środowisku ich zamieszkania stanowią od kilku lat istotną pozycję budżetową MOPS, która – jako wydatek publiczny – poddawana jest analizie pod kątem zachowania zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

W obszarze zlecenia i świadczenia usług opiekuńczych od 2007 roku podjęto szereg działań reorganizacyjnych – ich przykłady prezentuje poniższa tabela.

<b>Zidentyfikowana bariera / problem</b>	<b>Podjęte działania</b>
Monopol na rynku usług opiekuńczych świadczonych dla klientów MOPS	1. Zmiana w sposobie zlecenia świadczenia usług opiekuńczych – wdrożenie procedury wyłaniania realizatora zadania w drodze przetargu (równoległe do procedury konkursowej). <i>Cel: zapewnienie dostępu do realizacji zadania nie tylko organizacjom pozarządowym, ale również małym i średnim</i>

	<p><i>przedsiębiorstwom</i></p> <p>2. Podział zadania na części, zgodnie z obszarem działania Dzielnicowych Ośrodków Pomocy Społecznej (dopuszczenie możliwości złożenia oferty również na mniejszy wycinek rynku). <i>Cel: zapewnienie dostępu do realizacji zadania również małym podmiotom, o ograniczonych zasobach kadrowych i możliwościach organizacyjnych</i></p>
Braki w zasobach kadrowych podmiotów świadczących usługi	<p>1. Wdrożenie podziału na usługi o charakterze opiekuńczo – pielęgnacyjnym oraz gospodarczym. <i>Cel: umożliwienie świadczenia części usług (usług gospodarczych) osobom bez szczególnego przygotowania i kwalifikacji</i></p>
Niski poziom wynagrodzenia opiekunek (przy stosunkowo wysokich kosztach administracyjnych realizacji zadania)	<p>1. Wprowadzenie do specyfikacji konkursowej / przetargowej zapisów dotyczących minimalnego poziomu wynagrodzeń dla opiekunek oraz proporcji między kosztami wynagrodzeń osób bezpośrednio świadczących usługi a pozostałymi kosztami. <i>Cel: zagwarantowanie minimalnego poziomu wynagrodzenia dla opiekunek przy jednoczesnym ograniczeniu poziomu kosztów administracyjnych</i></p>
Roszczeniowość klientów w kontekście zapotrzebowania na usługi, niejednolite zasady przyznawania usług przez Dzielnicowe Ośrodki Pomocy Społecznej	<p>1. Zmiana zasad dotyczących dostępności usługi (pod względem dochodowym).</p> <p>2. Zmiana wzoru Zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia (poprzedzona analizą zakresu czynności pielęgniarki środowiskowej).</p> <p>3. Zmiana karty zlecenia - Zakres usług opiekuńczych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wyodrębnienie katalogu czynności, które mogą być przyznane osobie samotnej / osobie posiadającej rodzinę, w powiązaniu z informacjami nt sytuacji zdrowotnej),</li> <li>▪ pilotaż zastosowania oszacowanych wskaźników średniego czasu świadczenia poszczególnych usług.</li> </ul> <p>4. Wdrożenie zasady partycypacji koordynatora opiekunek ze strony wykonawcy w czynnościach związanych z ustaleniem zakresu usług dla poszczególnych klientów.</p>
Nieprawidłowości w zakresie organizacji i realizacji usług	<p>1. Wdrożenie monitoringu usług opiekuńczych</p> <p>2. Wypracowanie gminnego standardu usług opiekuńczych</p>

Opracowanie i wdrożenie lokalnego standardu usług opiekuńczych uznano za jeden z priorytetów. Prace nad projektem standardu prowadzono w 2009 roku, natomiast w roku 2009 i 2010 przeprowadzono szerokie konsultacje społeczne na temat oczekiwanej jakości usług opiekuńczych, ukierunkowane na ustalenie kryteriów jakości tych usług. Informacje pozyskane w tym procesie wykorzystywane są obecnie w pracach nad „Gdyńskim standardem usług opiekuńczych”, bazującym na Projekcie powstałym w roku 2009.

### 3.3.2 „Projekt standardu usług opiekuńczych 2009”

„Projekt standardu usług opiekuńczych” opracowany został przez 20-osobowy zespół, w składzie którego znaleźli się przedstawiciele Fundacji „Niesiemy Pomoc” z Gdyni, MOPS

w Gdyni, MOPS w Sopocie, Fundacji Regionalne Centrum Informacji i Wspomagania Organizacji Pozarządowych z Gdańska, policji, a także klienci korzystający z usług, pielęgniarki środowiskowe oraz prawnik i lekarz. Organizatorem i animatorem spotkań była Fundacja „Niesiemy Pomoc” – realizator usług na zlecenie gminy. Prace trwały od marca do listopada 2009 roku (spotkania cotygodniowe). Była to pierwsza tak poważna próba dyskusowania o pożądanym cechach usług opiekuńczych na terenie Gdyni i Sopotu.

Dokument zawiera wiele cennych wniosków i opisów. Przedstawia on także bardzo ambitne podejście, szczególnie w kwestiach: wsparcia usługobiorcy w zakresie czynności pozapieżnacyjnych i pozagospodarczych (np. udostępnianie klientowi w domu publikacji audiowizualnych i drukowanych) oraz systemu zapewniania usługi (np. tworzenie zespołu ds. ustalania usługi).

**Misja** „Projekt standardu” została sformułowana w następujący sposób: *Długofalowe świadczenie wysokiej jakości usług wspierających, umożliwiających klientom pełne wykorzystanie przysługujących im praw obywatelskich, poprzez wyrównanie szans na aktywne uczestniczenie w życiu społeczności lokalnej Gdyni i Sopotu, uwzględniając indywidualne potrzeby i wartości z udziałem rodziny i środowiska lokalnego.*

*Usługi realizować będzie wysoko wykwalifikowany, interdyscyplinarny zespół specjalistów w oparciu o profesjonalne rozpoznanie potrzeb, kierując się wrażliwością i otwartością na człowieka oraz tolerancją i poszanowaniem godności osobistej.*

W misji pojawiają się elementy zaczerpnięte spoza pomocy społecznej – długofalowość pomocy, która nie jest wyrażona wprost w ustawie, wykorzystanie praw obywatelskich, mające źródło w konstytucji, zaangażowanie szerokiego zespołu do pomocy, a nie oparcie się głównie na opiekunce, koordynatorze i pracowniku socjalnym.

W dokumencie stwierdza się, że **usługi „dedykowane są: osobom starszym; osobom przewlekle (długotrwale) chorym (w tym uzależnionym); osobom niepełnosprawnym; osobom niesamodzielnym”**.

W projekcie standardów świadczone **usługi skategoryzowane** są następująco:

- zaspokajanie elementarnych potrzeb życiowych klienta,
- wspieranie klienta w wykonywaniu czynności gospodarczych,
- działania na rzecz integracji klienta z rodziną i otoczeniem,
- ułatwianie dostępu do usług medycznych i rehabilitacji,
- poszerzanie dostępu do edukacji, kultury i rekreacji,
- ułatwianie realizacji praktyk religijnych i duchowych.

Jak widać autorzy dokumentu zaakcentowali także inne aspekty świadczenia usługi, które nie są podkreślane w tradycyjnym spojrzeniu. Rodzina i otoczenie osób objętych usługami opiekuńczymi tj. członków rodziny i sąsiadów, których wsparcie i kierunkowanie na zapewnienie jak najlepszej pomocy może być kluczowe dla dobra osoby potrzebującej.

W kwestii związanej z ułatwianiem **dostępu do usług medycznych i rehabilitacji** bardzo dokładny opis czynności i częstotliwości działań zasługuje na uwagę, ponieważ nie zostawia on żadnych złudzeń i niepewności osobie sprawującej opiekę – przykładem jest wskazanie niezwłocznego kontaktu z lekarzem, na przykład w przypadku zaprzestania lub ograniczenia przyjmowania leków przez klienta. Standard zawiera też bardzo ambitne założenia pracy:

- *zorganizowanie współpracy z zespołem lekarzy specjalistów i pielęgniarek (internistą, geriatrą, neurologiem, chirurgiem, ortopedą, reumatologiem, psychiatrą, itp.),*
- *organizowanie współpracy z zespołem rehabilitacyjnym i pielęgniarstwem,*
- *prowadzenie punktu informacyjnego z zakresu usług medycznych (przez realizatora usługi).*

W ramach **dostępu do edukacji, kultury i rekreacji** rekomendowane jest wsparcie w organizowaniu wycieczek, zapewnianie książek i czasopism, organizowanie projekcji filmów itp. Ułatwienie realizacji praktyk religijnych (zastrzeżeniem są praktyki zakazane jak na przykład okultyzm) zakłada *umożliwienie realizacji posiadanych potrzeb duchowych klienta w ramach dostępnych możliwości.*

Wskazane typowe **bariery w realizacji usług** zawierają praktycznie wszystkie aspekty – od przestrzennej i komunikacyjnej przez technologiczną po bariery ekonomiczne.

Autorzy dużą część pracy poświęcili **organizacji świadczenia usług** proponując przyjęcie następujących rozwiązań:

- tworzenie zespołów ds. ustalania usługi składającego się z pracownika socjalnego, koordynatora z ramienia podmiotu świadczącego usługi oraz członka rodziny (opiekuna prawnego); celem zespołu jest *optymalnie słuszne i zasadne określenie sposobu udzielania opieki*; wspólne ustalanie zakresu i dalsza współpraca wpływa pozytywnie na świadomość rodziny o charakterze usług,
- tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, w których biorą udział specjaliści różnych dziedzin (np. pracownik socjalny, lekarz, psycholog, rehabilitant, policjant itp.), *którego działania nakierowane są na rozwiązywanie bieżących trudnych sytuacji życiowych klientów,*
- tworzenie zespołów technicznych odpowiedzialnych za zapewnienie transportu, drobnych napraw oraz cięższych prac domowych.

**Wymagania wobec opiekunki i koordynatora** zostały określone na poziomie rekomendowanym i minimalnym, co wynika ze znanych realiów zatrudniania pracowników. Opiekunką w standardzie rekomendowanym może być osoba, która ukończyła szkołę policealną wraz z uzyskaniem tytułu zawodowego w zawodzie opiekuna środowiskowego i przebyła praktykę zawodową w tym kierunku. Wymagania minimum wobec opiekunki to praktyka zawodowa oraz ukończony kurs opiekunów organizowany przez podmiot. Koordynator z kolei, powinien posiadać wykształcenie wyższe lub średnie (w kierunku pracy socjalnej, pedagogicznym, psychologicznym, socjologicznym, medycznym) oraz odbyłą praktykę zawodową (dwa lata w sferze usług opiekuńczych lub pomocy instytucjonalnej). Standard minimum to wykształcenie średnie, ukończone kursy (np. w kierunku zarządzania zasobami ludzkimi, umiejętności rozwiązywania konfliktów) oraz dwuletnia praktyka zawodowa w charakterze opiekuna.

Proponowany standard wykracza poza zwykłe ramy patrzenia na świadczenie usług, ponieważ wskazuje również **instytucje** udzielające wsparcia wraz z ich kompetencjami. Jako pakiet informacji odnoszący się do wszystkich instytucji w Gdyni i Sopocie może być on cennym źródłem informacji nie tylko dla służb sprawujących opiekę, ale także dla samych seniorów i ich rodzin. Drugim ciekawym elementem jest założenie profesjonalnego

i szerokiego **wsparcia dla opiekunek** pracujących w środowisku. Zespół rekomenduje zajęcia grupowe: trening interpersonalny, obowiązkowe grupy wsparcia, superwizję oraz zajęcia indywidualne: indywidualne rozmowy, psychoterapię, poradnictwo psychologiczne, coaching (czasowe towarzyszenie opiekunce w pracy). Kolejnym wartym uwagi elementem jest określenie „**warunków realizowania usługi**”, które dotyczą mieszkania usługobiorcy, niezbędnego do realizacji usługi sprzętu, wyposażenia łazienki, kuchni, środków czystości.

### 3.3.3 Gdyńskie konsultacje społeczne na temat kryteriów jakości usług opiekuńczych

Jednym z etapów prac w obszarze podnoszenia jakości usług opiekuńczych w Gdyni były szerokie konsultacje społeczne, realizowane jako „Gdyński dialog o jakości usług opiekuńczych”. Był to proces wymiany opinii i informacji oraz dokonywania uzgodnień na temat oczekiwań i pożądanych cech tych usług, celem ustalenia kryteriów ich jakości.

Konsultacje społeczne prowadzone były w okresie od września 2010 do lutego 2011 roku pod hasłem: „**Chcemy widzieć! Chcemy słyszeć! Chcemy wspólnie decydować!**”. Wszystkim zainteresowanym osobom, których dotyczą usługi opiekuńcze, stworzono możliwości wypowiedzenia się – podczas spotkań grupowych (łącznie 18) lub indywidualnych (wywiady przeprowadzane przez innych seniorów z kilkunastoma osobami, które ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność nie mogły opuścić miejsca zamieszkania), a także telefonicznie i mailowo.

Do udziału w dialogu zaproszono pisemnie wszystkich obecnych odbiorców usług opiekuńczych oraz członków ich rodzin (ponad 900 osób), byłych odbiorców usług – obecnych mieszkańców Domu Pomocy Społecznej oraz przyszłych potencjalnych odbiorców usług – obecnych uczestników zajęć Centrum Aktywności Seniora<sup>47</sup>, a także wolontariuszy, opiekunki, pracowników socjalnych, koordynatorów opiekunek, reprezentantów podmiotów świadczących usługi i zamawiających usługi (w tym przedstawiciele władz miasta). W konsultacjach uczestniczyło łącznie ponad 400 osób, z tego w spotkaniach grupowych ponad 180. Model procesu wypracowany został przez zespół animowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w ramach projektu „TQS – Terytorialne Standardy Jakości w usługach społecznych użyteczności publicznej” (program PROGRESS), realizowanego w okresie grudzień 2008 – październik 2010 z siecią REVES („Europejską Siecią Miast i Regionów dla ekonomii społecznej” zrzeszającą samorządy i podmioty ekonomii społecznej w 17 państwach Unii Europejskiej).

Opinie wyrażane przez usługobiorców uznano za posiadające najwyższą rangę w dialogu, gdyż grupa ta ma największe trudności w komunikowaniu swych potrzeb i oczekiwań w tradycyjnym procesie decyzyjnym (dokonano analizy każdej z grup

---

<sup>47</sup> Centrum Aktywności Seniora (CAS) jest jednostką budżetową powołaną mocą uchwały Rady Miasta Gdyni, która rozpoczęła swą działalność w maju 2005 roku. Zadaniem CAS jest koordynacja działań na rzecz seniorów, podejmowanych dotąd przez różne instytucje społeczne oraz realizacja zawartej w tytule wszechstronnej aktywizacji ludzi starszych. Mianem seniorów określa się osoby, które ukończyły 60 lat - kobiety i mężczyźni.



interesariuszy pod względem występowania wskaźników siły i słabości w procesie decyzyjnym).

Zidentyfikowane przez uczestników dialogu kryteria jakości usług opiekuńczych dotyczyły ośmiu obszarów:

- Finanse,
- Organizacja usług,
- Cechy i przygotowanie opiekunki,
- Środowisko,
- Stabilność rynku pracy opiekunki,
- Zakres czynności,
- Propozycje dodatkowych usług,
- Przepływ informacji.

Na podstawie zebranego materiału nazwano następujące **kryteria jakości usług** opiekuńczych (zaprezentowane podczas spotkania wszystkich interesariuszy 14 lutego 2011 roku):

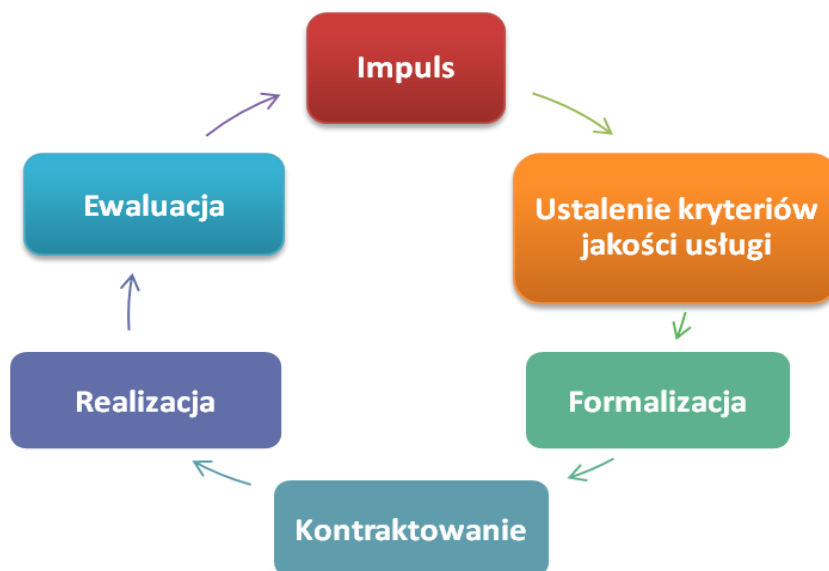
- **Efektywność** – usługa wykonana w optymalnym czasie i dostosowana do odbiorcy,
- **Gospodarność** – usługa prowadzona w optymalnym wymiarze godzin i stale monitorowana,
- Gotowość do **współpracy** wszystkich uczestników gwarantująca płaszczyznę do wspólnych ustaleń, działań i rozwiązywania problemów,
- **Przepływ informacji** zapewniający jasną i przejrzystą wiedzę, przekazaną na czas,
- **Wzajemny szacunek** czyli uznanie kompetencji każdego z uczestników procesu,
- **Dostępność** do usług i informacji na każdym etapie świadczenia usługi,
- **Odpowiedzialność** za wykonywaną pracę,
- **Elastyczność** – dopasowanie usługi do odbiorcy przy zachowaniu równowagi pomiędzy oczekiwaniami odbiorcy a wymogami instytucji,
- **Solidarność** – wszyscy jesteśmy wspólnie odpowiedzialni za usługę, w której uczestniczymy.

Na tej podstawie tworzona jest „Karta jakości usług opiekuńczych”, w której poszczególne kryteria są doprecyzowywane (karta powstanie do końca marca 2011 roku). Zarys wypracowywanego obecnie materiału przedstawiono w tabeli poniżej.

<b>Kryterium jakości usługi</b>	<b>Doprecyzowanie</b>
<b><u>Dostępność</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dostęp do informacji o usługach</li> <li>2. Możliwość kontaktu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- z osobą świadczącą usługi,</li> <li>- z podmiotem realizującym usługi (m.in.dostęp telefoniczny, dostęp do siedziby),</li> <li>- z pracownikiem socjalnym.</li> </ul> </li> <li>3. Dostęp do usług w określonym czasie (dostosowanie do pór podawania leków, posiłków)</li> <li>4. Dostęp do usług w nietypowym czasie (np. pora nocna)</li> </ol>
<b><u>Sprawność</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sprawność świadczenia usługi (usługa wykonywana w optymalnym czasie, dostosowanym do odbiorcy, bez pośpiechu i bez zbędnej zwłoki).</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sprawność przepływu informacji między poszczególnymi osobami zaangażowanymi we wsparcie.</li> <li>3. Zdolność sprawnego reagowania struktur i osób w następujących sytuacjach: <ul style="list-style-type: none"> <li>- przyznanie usług,</li> <li>- zmiany w zakresie / wymiarze usług,</li> </ul> oraz w sytuacjach kryzysowych, interwencyjnych (np. konieczność zapewnienia zastępstwa lub dodatkowej wizyty w środowisku). </li> <li>4. Sprawność centralnego zarządzania usługami na poziomie Zlecającego.</li> </ol>
<b><u>Bezpieczeństwo</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bezpieczeństwo odbiorcy usług: <ul style="list-style-type: none"> <li>- możliwość kontaktu z opiekunką w razie konieczności,</li> <li>- kompetencje i predyspozycje opiekunki (znajomość typowych objawów chorobowych i umiejętność reagowania, odpowiedniej pielęgnacji, udzielania pomocy)</li> </ul> </li> <li>2. Stabilność zatrudnienia opiekunek w kontekście: <ul style="list-style-type: none"> <li>- długości kontraktów,</li> <li>- formy zatrudnienia,</li> <li>- gwarantowanego minimalnego poziomu wynagrodzenia</li> </ul> </li> <li>3. Bezpieczeństwo opiekunek w kontekście wykonywanej pracy (BHP, ubezpieczenia)</li> <li>4. Bezpieczeństwo systemu – sprawne funkcjonowanie i reagowanie wg określonych procedur.</li> </ol>

Ustalone kryteria jakości znajdą odzwierciedlenie w „Gdyńskim standardzie usług opiekuńczych” (bazującym na Projekcie powstałym w roku 2009). Zarówno „Karta”, jak i Standard podlegać będą formalizacji (Zarządzeniem Prezydenta), a następnie wdrażane będą do procedur konkursowych i przetargowych przy zlecaniu przez Gminę świadczenia usług opiekuńczych. Wnioski wpływające z monitoringu i ewaluacji wykorzystane będą w procesie ustawicznego podnoszenia jakości usług (schemat poniżej).



Na pewno podjęcie się zadania polegającego na wydobywaniu opinii od członków społeczeństwa, które nie jest do tego przyzwyczajone, było dużym wyzwaniem. Dopuszczenie do głosu wszystkich związanych z usługami opiekuńczymi było posunięciem odważnym, jednak z drugiej strony daje wszystkim wspólne poczucie odpowiedzialności

i znacznego wpływu na dalsze etapy procesu kreowania standardu usług. Jest to działanie innowacyjne i nie spotykane w skali naszego kraju. Nowy model ustalania kryteriów jakości jest czasochłonny, ale przynosi znaczne korzyści dla społeczności lokalnej, ponieważ angażuje wszystkie strony realizowania danej usługi.

Przedstawiony model Gdynia będzie adaptować do ustalania kryteriów jakości innych kluczowych rodzajów usług społecznych np. w obszarze wspierania rodzin czy usług związanych z problematyką bezdomności. Zaletą wypracowanego modelu jest zbieranie opinii szerokiej rzeszy osób zaangażowanych w realizację danej usługi oraz jej odbiorców. Bliskość i rozległość diskutowanych tematów rzeczywiście pozwala na wytyczenie podstawowych zasad i norm wymaganych od usług społecznych. Ważna jest także zgoda wszystkich interesariuszy na wprowadzanie sformalizowanych reguł w danej sprawie.

### 3.4 Opis standardu przykładowych czynności realizowanych w ramach usług

Opisy standardów usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przedstawione powyżej zawierają wiele elementów, które składają się na cały system realizacji usług. Poszczególne samorządy indywidualnie określają z jakich elementów powinien składać się standard, dostosowując je do własnych potrzeb, możliwości i obranych strategii. Przykładowo: standard gdański wyraźnie określa rolę pracownika socjalnego w przyznaniu i ustaleniu zakresu usług, podczas gdy sopockie opracowanie tylko sygnalizuje tę kwestię. Kolejnym przykładem może być rekomendacja dotycząca profesjonalnego wsparcia opiekunek opisana w standardzie wypracowanym w Gdyni. Niewątpliwie na zakres i rekomendowane rozwiązania ma wpływ perspektywa, z której opracowywano standard. Kierując się wytycznymi ustawy oraz znając uwarunkowania finansowe poszczególnych samorządów ośrodki pomocy społecznej z większą dyscypliną mogą/będą wprowadzać np. tak rozbudowany system wsparcia opiekunek czy tworzyć dodatkowe zespoły zajmujące się sprawami technicznymi.

W odniesieniu do wymiarów standardu usług według R. Szarfenberga, zaprezentowanego w początkowej części opracowania widać wyraźnie, że trójmiejskie ośrodki pomocy społecznej skupiają się na następujących wymiarach standardu:

- cech osoby, zespołu osób,
- czynności,
- narzędzi i instrumentów,
- kontekstu (otoczenie, środowisko, infrastruktura),
- odbiorcy usługi,
- podejścia.

Standard zasobów (czyli na przykład warunków finansowych) oraz standard efektu nie są poruszane w żadnym z przedstawionych przykładów dokumentów opisujących standardy usług opiekuńczych.

Wymagania i zalecenia samorządów w zakresie usług nie są jednolite. Wnioski jednak są przyjęte i akceptowane w poszczególnych miastach.

Integralną częścią każdego ze standardów są opisy poszczególnych czynności świadczonych w ramach usług. Przedstawiając przykład „dokonywania zakupów” pochodzący z przyjętych i ukończonych dokumentów:

- Standardu usług opiekuńczych – Gdańsk,
- Lokalny Standard Usługi Opiekuńczej – Sopot
- Projekt Standardu Usług Opiekuńczych – Gdynia,

widać wyraźnie, że skupiają się one na innych aspektach.

### **Gdańsk**

Orientacyjnie wskazany czas wykonania czynności:

19	Dokonywanie zakupów w razie potrzeby	1 raz na dobę, do 30 min.
15	Drobne przepierki	do 30 min.
20	Zmiana pozycji /łóżko-wózek	do 5 min
21	Asystowanie przy chodzeniu po mieszkaniu	co najmniej raz na dobę, do 15 minut

## Sopot

Dokładny opis czynności zawierający wiele elementów: przygotowanie listy zakupów, częstotliwość dokonywania zakupów, miejsce zakupów, waga zakupów, czas przeznaczony na zakupy, sposób rozliczenia wydatkowanej kwoty pomiędzy klientem i opiekunem:



### Ad. I . 2. Pomoc w dokonywaniu zakupów w najbliższej okolicy i dostarczanie ich do domu świadczeniobiorcy

Osoby długoterminowo chore		Osoby mające trudności w poruszaniu się ale wychodzące		Osoby nie mające trudności w poruszaniu się ale wymagające wsparcia z powodu choroby	
Samotny	z rodziną	Samotny	z rodziną	Samotny	z rodziną
<p>w standardzie rekomendowanym zakupy realizowane są w pełnym zakresie i wg dostarczonej przez świadczeniobiorcę listy zakupów.</p> <p>listę produktów świadczeniobiorca przygotowuje wcześniej samodzielnie lub z pomocą opiekunki.</p> <p>dla świadczeniobiorców, którzy nie posiadają lodówki zakupy realizowane są przynajmniej raz na dwa dni, a dla świadczeniobiorców posiadających lodówkę dwa razy w tygodniu.</p> <p>jednorazowa partia zakupów powinna ważyć nie więcej niż 5 kg.</p> <p>zakupy realizowane są w sklepie w najbliższej okolicy zamieszkania świadczeniobiorcy.</p> <p>opiekunka dokonuje zakupów na rzecz świadczeniobiorcy w czasie godzin jej pracy.</p> <p>czas realizacji zakupów powinien wynosić jednorazowo maksymalnie jedną godzinę.</p> <p>zakupy dla świadczeniobiorcy opiekunka wykonuje za pieniądze otrzymane od świadczeniobiorcy lub jego opiekuna</p>	<p>jeśli rodzina nie realizuje swojej funkcji opiekuńczej czynność.</p> <p>pomocy w dokonywaniu zakupów .</p> <p>wykonuje opiekunka środowiskowa według standardu jak dla osoby długoterminowo chorej.</p>	<p>opiekunka towarzyszy świadczeniobiorcy w zakupach i asystuje mu w trakcie ich realizacji.</p> <p>opis standardu zamieszczonego wobec osoby samotnej długoterminowo chorej.</p>	<p>jeśli rodzina nie realizuje swojej funkcji opiekuńczej czynności.</p> <p>opiekuńczej czynności.</p> <p>pomocy w dokonywaniu zakupów.</p> <p>wykonuje opiekunka środowiskowa według standardu jak dla osoby długoterminowo chorej.</p>	<p>opiekunka towarzyszy. świadczeniobiorcy w zakupach i asystuje mu w trakcie ich realizacji.</p> <p>opis standardu zamieszczonego wobec osoby samotnej długoterminowo chorej.</p>	<p>jeśli rodzina nie realizuje swojej funkcji opiekuńczej czynności.</p> <p>opiekuńczej czynności.</p> <p>pomocy w dokonywaniu zakupów.</p> <p>wykonuje opiekunka środowiskowa według standardu jak dla osoby długoterminowo chorej.</p>

<p>prawnego. każdorazowe przekazywanie pieniędzy wraz z datą odnotowywane jest w zeszycie rozliczeń i potwierdzone podpisem opiekunki i świadczeniobiorcy /jego opiekuna prawnego. opiekunka rozlicza się z zakupów na podstawie paragonu lub na prośbę świadczeniobiorcy fakturą VAT. opiekunka wpina paragon do zeszytu rozliczeń. na paragonie mogą znajdować się tylko wydatki w ramach zakupów dla świadczeniobiorcy. każdorazowy zwrot pieniędzy wraz z datą odnotowywany jest w zeszycie rozliczeń i potwierdzany podpisem opiekunki i świadczeniobiorcy.</p>					
--	--	--	--	--	--

## Gdynia

Krótki opis czynności zawierający: miejsce dokonywania zakupów, źródło finansowania zakupów, (ważna) kontrola zawartości lodówki

- zaopatrzenia w żywność (zakupy w lodówce)

*Rekomendowana lodówka w mieszkaniu klienta. Do obowiązków opiekunki należy kontrola zawartości lodówki samotnie mieszkających klientów oraz uzupełnianie zapasów, w przypadku podopiecznych mieszkających z rodziną zgłoszenie jej zapotrzebowania na niezbędne klientowi artykuły. Zakupy finansowane są z zasobów klienta, jego rodziny, w przypadkach nadzwyczajnych realizator np. dary Caritas Polska.*

### Robienie zakupów

(w najbliższym sklepie)



- dla klienta samotnego obejmuje wszystkie niezbędne sprawunki
  - (artykuły spożywcze, środki czystości i kosmetyki, ubrania, lekarstwa i środki opatrunkowe, książki, prasa, krzyżówki itp.)
- dla klienta mieszkającego w rodzinie drobne (niezbędne) zakupy

Zakupy dla podopiecznego opiekunka wykonuje za pieniądze podopiecznego w/g przygotowanej wcześniej listy.

Opiekunka zawsze rozlicza się z zakupów z paragonem (lub z fakturą VAT). Bardzo pomocne w sprawach wydatków jest prowadzenie zeszytu rozliczeń, w który opiekunka wpisuje kwoty pieniędzy podanych przez chorego, opiekunka wpina paragony, opisuje je i rozlicza- ten sposób prowadzenia rozliczeń ceniony jest, gdy osoby trzecie np. rodzina, kontrola Fundacji, czy pracowników socjalnych; chcą znać sprawy rozliczeniowe podopiecznych. Ważne by na paragonach znajdowały się wyłącznie zakupy dla podopiecznego.

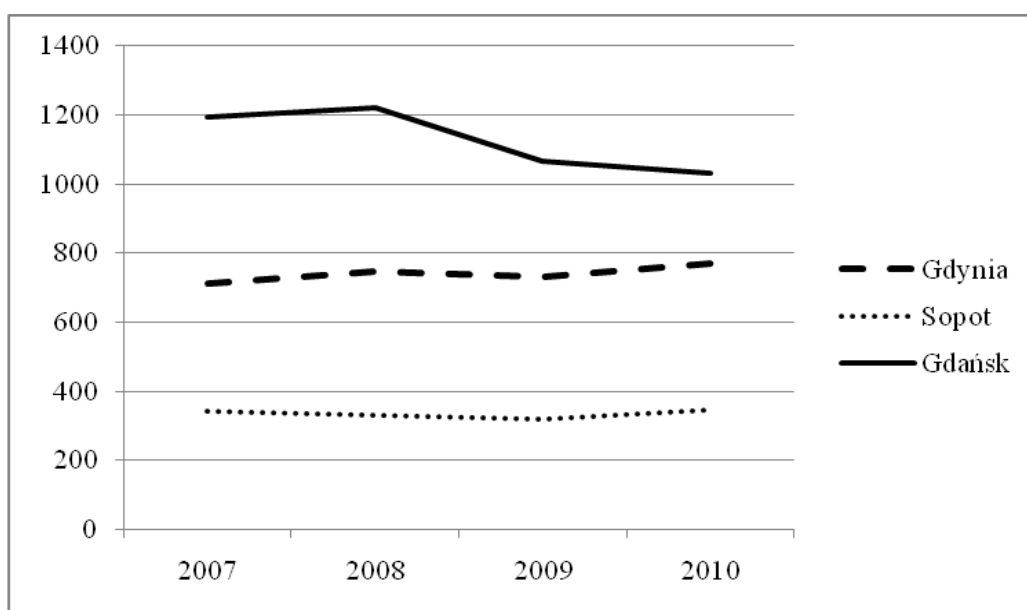
## 4. Metropolitarny standard usług opiekuńczych wypracowywany przez ośrodki pomocy społecznej Trójmiasta

Trójmiasto postrzegane jest jako spójna całość przez wielu Polaków. Praktyka jednak pokazuje, że każde z miast wchodzących w skład Trójmiasta prowadzi nieco odmienną politykę. Dotyczy to wielu sfer życia jego mieszkańców, w tym sfery polityki społecznej np. programów zdrowotnych, współpracy z organizacjami pozarządowymi, pomocy społecznej. Instytucje pomocowe, działając na podstawie tych samych ustaw, realizują pomoc

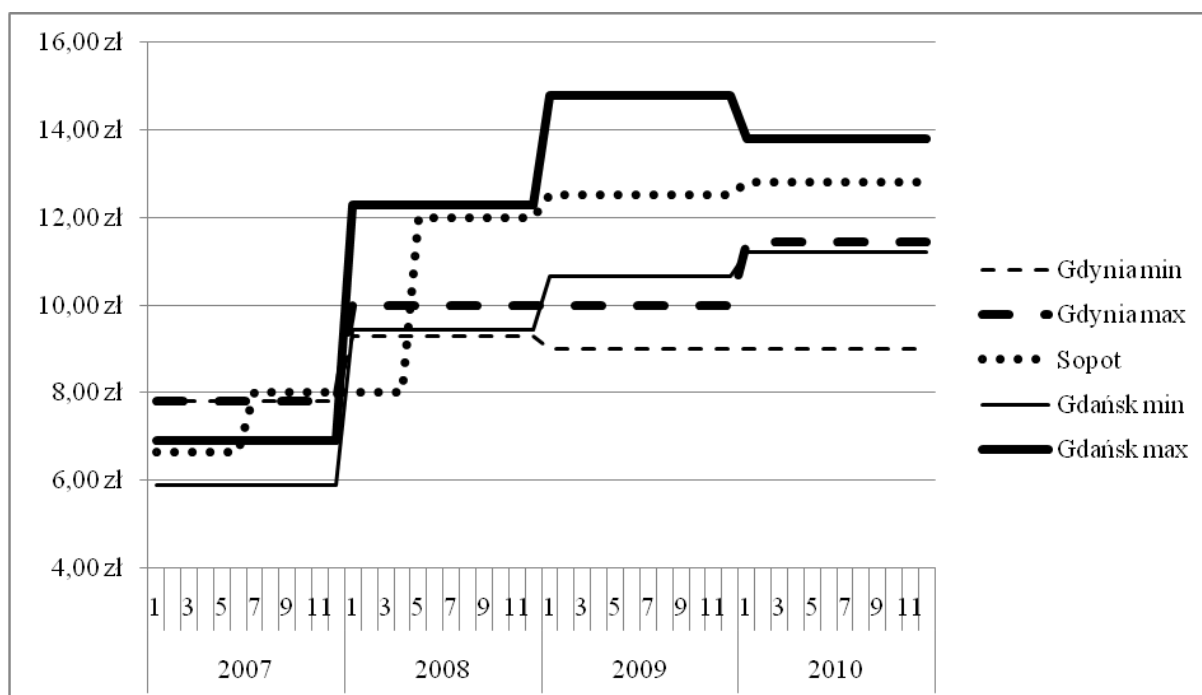
akcentując odmienne kryteria dostosowane do własnych założeń. Mieszkańcy danego miasta mają prawo do pomocy i na zasadach określonych przez poszczególne gminy.

Wszystkie trzy miasta tworzą jedność terytorialną. Skutkuje to podobnymi wskaźnikami w zakresie np. bezrobocia, starości. Tak też działo się w zakresie realizowania usług opiekuńczych.

Liczba osób objętych usługami przez ośrodek pomocy społecznej w latach 2007 – 2010 przedstawiona na wykresie poniżej ustabilizowała się, a w Gdańsku nawet spadła.

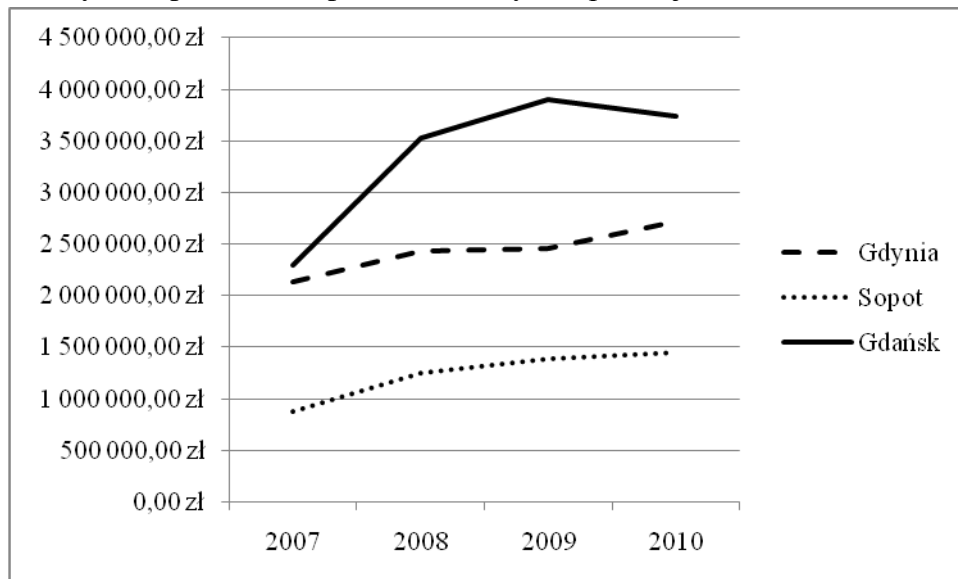


Koszt godziny usługi (maksymalne i minimalne) realizowanych usług przedstawiony na wykresie poniżej ma wpływ na przepływ opiekunek, wybierających jako miejsce pracy miasto, w którym proponowana jest najwyższa stawka godzinowa.





Pomimo stabilnej liczby klientów obserwuje się wzrost wydatków na realizację zadania w Gdyni i Sopocie, w Gdańsku wydatki spadły wraz ze spadkiem klientów otoczonych wsparciem, co przedstawia wykres poniżej.

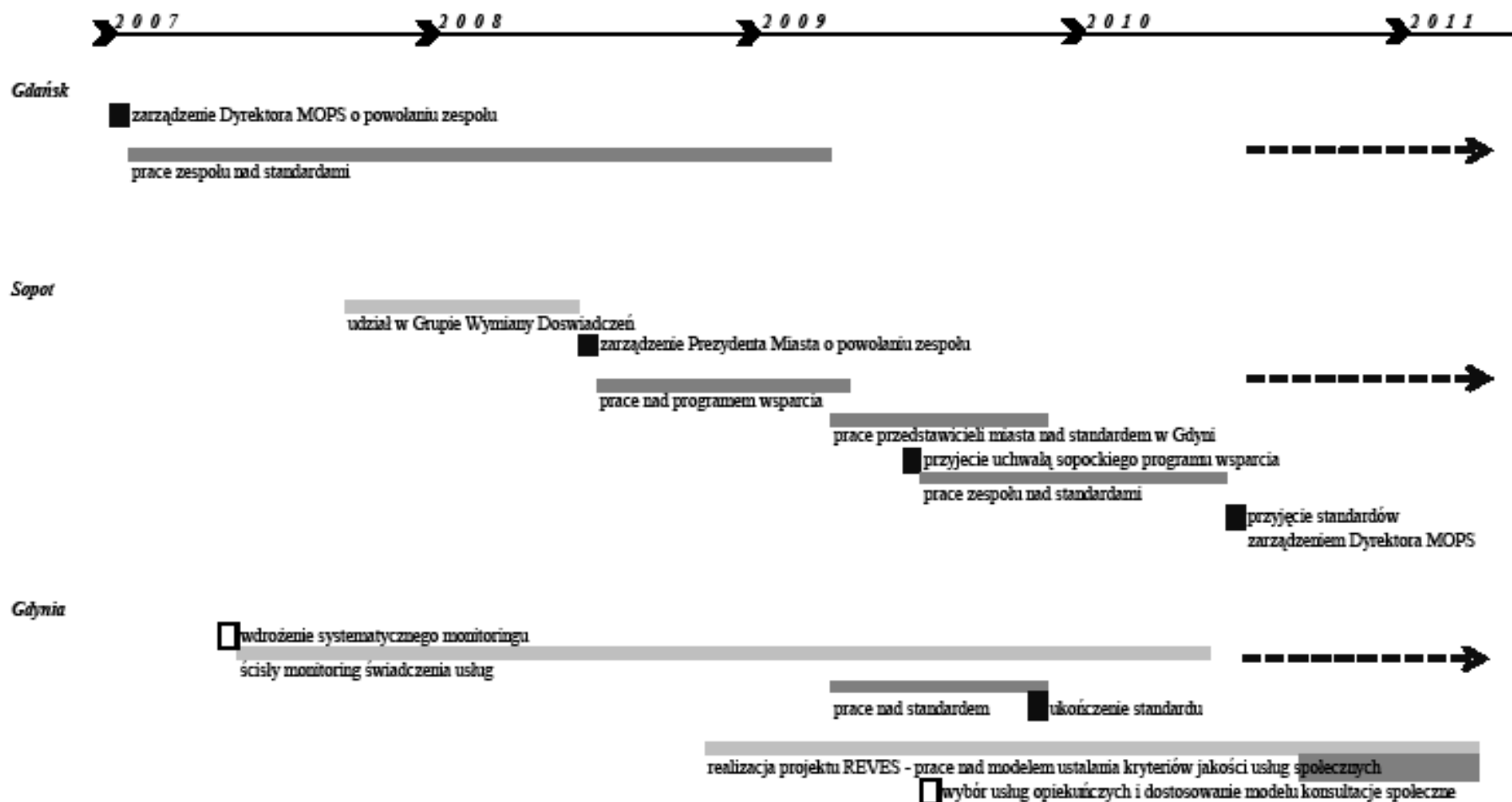


Każde miasto posiada własne struktury i własny ośrodek pomocy społecznej. Część zadań z zakresu pomocy społecznej realizowana jest przez wybrane w konkursach lub przetargach podmioty. Niejednokrotnie, podmioty te współpracują z dwoma lub nawet trzema samorządami, wykonując określone zadanie. W konsekwencji, podmioty dobrze się orientują, jakie zasady panują w poszczególnych miastach, znając realia działania wykorzystują różnice pomiędzy miastami. Takie same reguły dotyczą realizacji usług opiekuńczych, które w całości są zlecane podmiotom zewnętrznym przez wszystkie ośrodki pomocy społecznej Trójmiasta: Gdańska (przetarg), Gdyni (przetarg i otwarty konkurs ofert dla organizacji pozarządowych) i Sopotu (otwarty konkurs ofert dla organizacji pozarządowych).

#### 4.1 Geneza

Idea współpracy w obszarze podnoszenia jakości usług opiekuńczych i ich standaryzacji na szczeblu metropolitalnym pojawiła się z inicjatywy MOPS w Sopocie w maju 2010 roku na bazie doświadczeń zespołu pracującego w Gdyni nad „Projektem usług opiekuńczych 2009”, w którym współdziałali przedstawiciele ośrodków z Gdyni i Sopotu. Zaproszono także MOPS Gdańsk mając na uwadze ich doświadczenia w zakresie budowania standardu.

Rysunek poniżej przedstawia działania trójmiejskich ośrodków w perspektywie czasowej.



Punktem wyjściowym spotkań było:

- MOPS Gdynia – „Projekt standardów usług opiekuńczych 2009”,
- MOPS Sopot – opracowany „Sopocki Program Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Środowisku Tęczowa Jesień na lata 2009 – 2011”, konstruowanie standardu, prowadzone badania jakości usług,
- MOPS Gdańsk – „Standardy usług opiekuńczych”.

Dyrektorzy wszystkich trzech ośrodków wzięli udział w spotkaniu, dając tym samym wyraźny sygnał przygotowania i chęci do działania. Widzieli się oni niejako w podwójnej roli – jako zarządzający instytucją, której zadaniem jest zapewnienie opieki oraz zlecający „na zewnątrz” wykonanie zadania. Istotną była także opinia prezydentów miast, którzy wyrazili otwartość wobec takiej inicjatywy.

Założeniem, jakie przyjęli zaangażowani we wspólną inicjatywę przedstawiciele ośrodków było wypracowanie standardu minimalnego, który byłby podstawą zlecenia usług na zewnątrz.

## 4.2 Diagnoza systemów świadczenia usług przez ośrodki pomocy społecznej Trójmiasta

Etapem pierwszym było zapoznanie się ze specyfiką działania poszczególnych ośrodków. Diagnoza sytuacji początkowej jest niezbędnym elementem pracy grupy, w której znajdują się różne podmioty. Dobrym i wartym zastosowania rozwiązaniem było spotkanie grupy w dwóch składach:

- grupy osób zarządzających – dyrektorzy oraz / lub zastępcy dyrektorów odpowiedzialni za realizację usług opiekuńczych,
- grupy roboczej – pracowników związanych z systemem świadczenia usług.

Wnioski ze spotkań były następujące:

- każdy samorząd stosuje ustawę o pomocy społecznej jako podstawę realizowania wsparcia w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania,
- każdy samorząd stosuje samodzielnie wypracowane zasady świadczenia i zlecania usług na podstawie ustawy, przykładowo:
  - w Sopocie i Gdańsku wysokość dochodu klienta nie ma wpływu na **przyznanie usług opiekuńczych**, więc każdemu wnioskującemu przyznawane są usługi decyzją ośrodka, w Gdyni priorytetowo traktowani są klienci w trudnej sytuacji życiowej (samotni i samotnie gospodarujący), jednak *do pomocy w formie usług opiekuńczych uprawnione są osoby samotnie gospodarujące, których dochód nie przekracza 400% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, określonego w ustawie o pomocy społecznej oraz osoby w rodzinie, których dochód nie przekracza 340% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, określonego w w/w ustawie*; zgodnie z uchwałą Rady Miasta po przekroczeniu w/w poziomu dochodu *pomoc społeczna zapewnia wsparcie przy organizacji usług*

*opiekuńczych*, czym jest pomoc w znalezieniu opiekuna i zawarciu odpowiednich umów, a także bieżący monitoring, czy usługa jest wykonywana i w jaki sposób udzielenie informacji o podmiotach świadczących usługi, ale także nadzór nad realizowanymi usługami przez podmiot u takich osób.

- **wysokość odpłatności klientów** za zrealizowane godziny usług jest odmiennie ustalona w każdym z miast: w Sopocie i Gdańsku klienci ponoszą częściowe koszty związane z realizowaniem usług, gdy ich dochód przekracza nawet w minimalnym stopniu kryterium ustawowe; w Gdyni odpłatność ponoszona jest od przekroczenia 130% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej i 140% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. Maksymalna wartość odpłatności wynosi 90% ceny usług. Klienci nie ponoszą pełnej odpłatności, ponieważ wspomniane przekroczenie dochodu nie uprawnia do przyznania usług przez MOPS Gdynia.
- usługobiorcy są różni w każdym z miast (Sopot – w dużej mierze osoby wykształcone z relatywnie wysokimi dochodami; Gdynia – osoby z niższym wykształceniem, stoczniowcy; Gdańsk – zróżnicowani klienci),
- ośrodki pomocy społecznej nie realizują usług opiekuńczych w ramach własnych instytucji, zlecając całość zadania podmiotom zewnętrznym,
- wszystkie trzy ośrodki pomocy społecznej zlecają wykonanie usług podmiotom zewnętrznym w otwartym konkursie ofert (Gdynia, Sopot) lub w przetargu (Gdynia, Gdańsk),
- czas trwania umów z podmiotami to zazwyczaj rok, jednak zdarzały się umowy zawarte na czas dłuższy (trzy lata – Gdynia, półtora roku – Sopot)
- liczba podmiotów realizujących usługi na zlecenie MOPS-ów jest ograniczona na terenie Trójmiasta, co powoduje małą konkurencję na rynku usług,
- wykonawcy usług tj. podmioty zewnętrzne świadczą usługi w więcej niż jednym mieście,
- zlecający znają wykonawców, jednak nie wymieniają się informacjami na ich temat,
- opiekunki są skłonne zatrudniać się w miastach i podmiotach, gdzie stawka godzinowa za pracę jest najwyższa, co prowadzi do nadwyżki w jednym i braków w innym mieście,
- niski status opiekunek, związany także z brakiem motywacji do kształcenia się w danym kierunku.

#### 4.3 „Partnerstwo interesu”

Wspólne działania, których cel krystalizował się podczas diagnozy, zostały nakierowane na stworzenie standardu minimalnego, dostępnego dla wszystkich mieszkańców Trójmiasta bez względu na zameldowanie w poszczególnych miastach, a z drugiej strony miał

to być jasny wyznacznik wymagań dla podmiotów realizujących usługi w trójmiejskich gminach. Poczucie, że to właśnie organizacje pozarządowe i firmy, którym przyznaje się limity godzin do wykonania, regulują rynek było dodatkowym argumentem do działania. Założeniem wspólnej pracy było i nadal jest czerpanie korzyści przez wszystkich partnerów, pomimo różnorodnych uwarunkowań.

Pierwszą przyjętą zasadą współpracy było regularne spotkanie się przedstawicieli kadry zarządzającej wszystkich trzech MOPS-ów. W praktyce oznaczało to spotkania co około miesiąc. W przypadku nieobecności danej osoby, delegowano innego przedstawiciela instytucji.

Praktyka spotkań pokazała, że chęć spotkań musi zostać podparta działaniem „organizatora” w znaczeniu osoby czuwającej nad regularnością i terminowością spotkań. To była druga wypracowana zasada współpracy, której wymóg wprowadzenia podyktowany był koniecznością.

Nie odczuwano potrzeby formalizacji zasad, ponieważ sami członkowie grupy pracującej nad standardami metropolitarnymi byli i są na tyle zmotywowani, że sami działają na rzecz wspólnego, a co za tym idzie własnego interesu.

Może się wydawać, że brak sztywnych ram, nieostre zasady, niesformalizowanie działań mogły doprowadzić do fiaska tej inicjatywy. Jednakże, z perspektywy dnia dzisiejszego mogło się to okazać siłą tego projektu. Niektórzy członkowie grupy nazywają ją zespołem projektowym, jako że działali metodą projektową – od diagnozy, poprzez poszukiwanie rozwiązań, wyznaczanie celów, aż do zbudowania „projektu”, którym jest powstający dokument. W obradach podpierano się także opinią eksperta spoza ośrodków pomocy – dyrektora Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, a także konsultacyjnie przedstawiciela jednego z podmiotów świadczących usługi.

#### 4.4 Powstający „Trójmiejski standard usług opiekuńczych”

Po dziesięciu miesiącach spotkań (z przerwą urlopową w lipcu i sierpniu) doszło do sformalizowania podejmowanych działań – uzgodniono treść „porozumienia w sprawie opracowania Trójmiejskiego Standardu Usług Opiekuńczych”. Wypracowanie oficjalnego porozumienia pomiędzy dyrektorami trzech ośrodków stało się naturalne, aczkolwiek zostało także wymuszone ze względu na chęć dalszych działań, które nie mogą odbywać się bez bazy, pozwalającej na dalsze i aktywniejsze angażowanie zasobów osobowych i materialnych wszystkich ośrodków.

„Trójmiejski Standard Usług Opiekuńczych” istnieje w wersji roboczej, w którym widoczny jest wpływ strategii poszczególnych ośrodków. Standard zawiera: misję, wartości towarzyszące budowaniu standardu, procedurę świadczenia czynności, kwalifikacje realizatorów usług, wymagania dotyczące wykonawcy usług, monitorowanie, wykaz czynności. Przedstawienie treści dokumentu możliwe będzie po oficjalnym zakończeniu prac nad dokumentem.

## 4.5 Korzyści ze współpracy

Nieocenione jest to, że przy całej spontaniczności działania nie ztracono głównego celu, nie zaprzestano spotkań i nadal czuć dobrą energię w zespole. Wydaje się, że duże korzyści płynące dla każdego z ośrodków są nieocenionym motywatorem:

- korzyści dla klienta – zarówno objętego usługami przez MOPS, jak i na komercyjnym rynku usług,
- bieżąca wymiana doświadczeń w zakresie świadczenia usług,
- wiedza na temat działań innych ośrodków w tym zakresie,
- w miarę jednolite zasady w całym Trójmieście,
- .wzmocnienie motywacji do poszukiwania lepszych rozwiązań.

Wydaje się, że korzyści płynące ze współpracy stawały się coraz większe wraz z upływem czasu – do usług opiekuńczych doszła wymiana opinii i doświadczeń w zakresie innych aspektów działania ośrodków. Członkowie zespołu określają wspólną działalność jako uczenie się lub wręcz uczenie się przez doświadczenie. Postrzeganie procesu w kategoriach uczenia się wskazuje na jego dynamikę i otwartość, gdzie każda opinia jest ważna i warta przedyskutowania.

Budowanie standardu, który ma obowiązywać w metropolii liczącej około 700 tys. mieszkańców jest zadaniem na tyle trudnym, że wymaga czasu i rozwagi. Warto jednak poświęcić czas na takie działania, które niewątpliwie ułatwiają mieszkańcom życie, zrozumienie zasad i własnych możliwości.

Członkowie grupy roboczej odnoszą się do dalszej współpracy z wielkim optymizmem. Przejście „próby czasu” – spotkań na przestrzeni dziesięciu miesięcy bez formalnych ram narzucających dyscyplinę spotkań, osiągnięcie założonych celów itd. dało poczucie siły członkom grupy. Wiara w stworzenie przejrzystego i wynikającego z consensusu dokumentu na pewno pomaga w dalszym motywowaniu do pracy. Wyrażenie woli ścisłej współpracy jest krokiem, w którym strony będą blisko ze sobą związane. Wśród założonych pól współpracy są:

- wymianę wiedzy i doświadczenia,
- przeprowadzenie konsultacji społecznych,
- stałą kontrolę i nadzór podmiotów realizujących usługi opiekuńcze.

**Zastosowanie** „Trójmiejskiego Standardu” w praktyce codziennej ośrodków będzie miało znaczenie po dopełnieniu wszelkich formalności. Jego znaczenie jest raczej normalizujące i porządkujące dla klientów i podmiotów, którym zlecana jest usługa. Kadra kierownicza ośrodków odżegnuje się od traktowania „Trójmiejskiego Standardu” jako jedynej możliwej drogi działania, a chce go traktować jako użyteczny zbiór ustaleń. Ośrodki pragną pozostawić sobie pewien margines, w którym można będzie dokonywać zmian na potrzeby własnej instytucji. Takie dynamiczne podejście do dokumentu wydaje się najwłaściwszym ze względu przede wszystkim na rozległość przestrzenną obowiązywania dokumentu, odmiennych strategii i polityki samorządów.

## 5. Wnioski i rekomendacje

**Inicjatywa budowania standardu** jest najważniejszą fazą w procesie standaryzacji. Doświadczenia przedstawionych ośrodków wskazują, że:

- zaangażowanie wykonawców usług we wstępną fazę procesu zwiększa szanse na sukces,
- czynnik „oddolny” jest najistotniejszy lub wręcz niezbędny w podejmowaniu wyzwania, jakim jest standaryzacja,
- różnorodne przesłanki skłaniają do budowania standardu,
- wypracowany standard daje ramy odniesienia dla obecnie świadczonych usług, dzięki niemu możliwe jest porównanie i ocenianie jakości pracy poszczególnych podmiotów,
- sytuacją pożądaną jest, gdy podejmowana inicjatywa budowy standardów jest popierana, a przynajmniej nie odrzucana przez lokalne władze,
- doskonalenie działań, w tym standaryzacja form pomocy wpływa na podwyższanie prestiżu pomocy społecznej.

Rekomendowane jest, w sytuacji braku oddolnej inicjatywy, wzbudzenie zainteresowania służb bezpośrednio zaangażowanych w realizowanie usług poprzez powołanie zespołu, monitoring, badanie opinii.

### **Ramy organizacyjne budowania standardu:**

- praca zespołowa jest powszechną i efektywną formą pracy nad standardami,
- powołanie zespołu / grupy roboczej / przedstawiciela jest pomocne w realizacji zadania, jakim jest wypracowanie standardu,
- idealną sytuacją jest, gdy we wszystkich spotkaniach zespołu uczestniczą te same osoby (w przypadku różnych ośrodków ci sami przedstawiciele), ponieważ zapewnia to ciągłość pracy i wzajemne zrozumienie,
- organizacyjną koniecznością jest ustalenie harmonogramu (natężenia) spotkań, osoby / grupy odpowiedzialnej za ustalanie terminów, miejsc spotkań, zaproszenia członków zespołu,
- rekomendacją jest zapewnienie czasu osobom pracującym nad standardami na obrady bez zbędnego przyspieszania pracy oraz na prowadzenie działań prowadzących do standardu np. pilotaż,
- warto przeanalizować obecne potrzeby, możliwości i zasoby OPS i gminy przed przystąpieniem do konstruowania standardów, ponieważ to one mają przystawać do szczególnej sytuacji,
- w odniesieniu do przedstawionych w podrozdziale 2.2 etapów budowania standardów w zakresie ram organizacyjnych MOPS-y w Gdyni, Sopocie i Gdańsku zastosowały dwa pierwsze elementy, czyli

- wybór usługi na podstawie diagnozy i dyskusji oraz
- wybór instytucji koordynującej (Gdańsk i Sopot – jednostka publiczna; Gdynia – organizacja *non-profit* sama wyszła z inicjatywą).
- żadne z miast nie przeprowadziło we wstępnym etapie debaty publicznej, która miała dostarczać wiedzy czy pomagać w wyborze przedmiotu standaryzacji (w Sopocie wykorzystano wyniki z badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób objętych usługami).

### **Zespół budujący standard i inne zaangażowane osoby:**

- intuicyjnie każdy z MOPS-ów dopraszał i konsultował swoje założenia ze wszystkimi zainteresowanymi; przykład Gdyńskiego Dialogu pokazuje, że włączeni na wielką skalę klienci i potencjalni przyszli klienci mogą być aktywni w pracy i dostarczać wielu informacji,
- – dobranie zespołu pracującego nad standardem zależy od przyjmowanych założeń dotyczących jego budowy (jako zleceniodawca – tylko przedstawiciele samorządu z konsultacją zewnętrzną lub zespół złożony z przedstawicieli wszystkich podmiotów i jednostek zaangażowanych w świadczenie usług w modelu quasi-rynkowym)
- analizując dalsze etapy budowania standardów przedstawione w podrozdziale 2.2 wskazać można:
  - powołanie zespołu standaryzacyjnego, złożonego z przedstawicieli wielu środowisk miało miejsce w Sopocie i Gdyni, gdzie do współpracy zaproszono przedstawicieli Urzędu Miasta, policji, organizacji pozarządowych, w Gdańsku zespół był o wiele węższy, składając się tylko z pracowników MOPS, w Gdyni formalne powołanie zespołu nie miało miejsca, we współpracy w ramach metropolii zespół powołał się samoistnie, jako wynik potrzeby jej członków,
  - konieczność wyboru osoby odpowiedzialnej za proces grupowy i inne techniczne sprawy została udowodniona w czasie prac zespołu metropolitarne, usystematyzowanie pracy było zapewnione w Sopocie i Gdańsku dzięki zarządzeniom, w których nadane były funkcje,
  - powoływanie konsultantów zewnętrznych było powszechną metodą stosowaną do zbierania informacji,
  - konsultacje społeczne na temat wypracowanego dokumentu odbywały się w różnych formach: konsultowanie poszczególnych tematów z zainteresowanymi podczas obrad zespołu, przedłożenie dokumentu innym organom (np. Gdańska Rada Seniorów), w Sopocie analiza wyników corocznego badania ankietowego i uwzględnianie ich w pracach zespołu, w Gdyni konsultacje na temat kryteriów jakości usług społecznych, które znajdują przełożenie na dokument.

Rekomendowanymi rozwiązaniami są:

- włączanie podmiotów realizujących usługi do działań nakierowanych na wypracowanie standardu,



- włączanie osób każdego szczebla – opiekunek, koordynatorów, dyrektora OPS, przedstawiciela rady miasta, prezydenta,
- współpraca z innymi ośrodkami pomocy społecznej, co znacznie rozszerza perspektywę patrzenia na system świadczenia usług,
- współpraca z ośrodkami naukowymi zainteresowanymi działaniami w tym zakresie,
- prowadzenie szerokich konsultacji, skupienie się na opinii klientów – nie zbieranych pojedynczo przez pracowników socjalnych, a rzetelnych badaniach na większej grupie w celu poznania oczekiwań i potrzeb usługobiorców,
- zaangażowanie podmiotów realizujących usługi, ponieważ czyni to je współodpowiedzialnymi i wymusza na nich współpracę.

#### **Standard:**

- przedstawione wymiary standardu pokazują odmienne podejścia do systemu usług,
- ogólny standard może zawierać wszystkie wymiary wskazane w podrozdziale 2.2, jednak ośrodki trójmiejskie nie odnosiły się do standardu zasobów (np. finansowych wymagań), standardu efektu (ze względu na specyfikę usług), standardu podejścia (założeń filozoficznych lub filozoficznych),
- nie wskazuje się założonych celów świadczonych usług ani limitu czasowego ich świadczenia, co wydaje się słuszne ze względu na indywidualność sytuacji i potrzeb osób objętych usługami,
- polepszanie jakości usług wiąże się z wyższą ceną za godzinę usługi.

Wśród rekomendacji można wyróżnić:

- osoby bezpośrednio współpracujące z usługobiorcami mogłyby mieć zawarty opis cech np. profesjonalizm, nastawienie na cel w stawianych wymaganiach,
- zwrócenie uwagi na dodatkowe szkolenia w zakresie np. umiejętności interpersonalnych jako obowiązkowy wymóg dla opiekunek i koordynatora,
- stworzenie jasnych wytycznych dla opiekunek sprawujących opiekę, opisu obowiązków opiekunek środowiskowych zawierającego podstawowe zasady współpracy z klientem,
- wskazanie i podział obowiązków pomiędzy zleceniodawcą i zleceniobiorcą w zakresie zapewniania wsparcia psychologicznego opiekunom,
- konieczność zorganizowania systemu uprzywilejowania uprawniającego opiekunów do obsługi poza kolejnością w aptekach, przychodniach podczas świadczenia usług na rzecz klienta, równocześnie istnieje konieczność prowadzenia akcji informacyjnej na temat finansowania usług,
- monitorowanie zasad odpłatności klientów podczas podwyższania ceny, by uniknąć rezygnacji klientów z powodów finansowych.

#### **Standard – umocowanie formalne:**

- nie ma jednego, uniwersalnego rozwiązania jak najlepiej formalnie umocować powstawanie i obowiązywanie samego standardu – mogą to być rozwiązania na

poziomie samego ośrodka (w formie regulaminu, wytycznych, zarządzenia dyrektora) lub na poziomie miasta (zarządzenie prezydenta, uchwała rady),

- przy możliwości do nadania większej wagi, wpływającej na mocniejsze zaufanie mieszkańców do nowych lub ułożonych reguł warto przyjąć standard na poziomie miasta (uchwałą rady lub zarządzeniem prezydenta).

#### **Standard regionalny:**

- porównanie systemu świadczenia usług z innymi ościennymi gminami,
- wniosek jest taki, że wymiana doświadczeń między ośrodkami jest nieocenioną metodą w pracy: czasem od niej zaczyna się cały proces myślenia o jakości usług własnego ośrodka, a czasem dzięki wymianie dochodzi do porozumienia między miastami i ujednolicenia panujących reguł.

#### **Standard krajowy:**

- w sytuacji przyjęcia zasad świadczenia usług stają się one pomocne, jednak ich wypracowanie wydaje się problemem dla ośrodków – może z powodu braku czasu, braku potrzeby, braku świadomości,
- usługi jako zadanie własne gminy powinny odzwierciedlać potrzeby gminy, a reguły świadczenia usług powinny być kreowane przez gminę, ponieważ to jej przedstawiciele najlepiej znają swoich klientów,
- w przypadku ustalania standardów krajowych dotyczących usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania mogłyby one pełnić rolę niezobowiązujących kierunkowskazów, możliwych sposobów postępowania, pozytywnych przykładów, a nie sztywnych wytycznych, żeby usługi opiekuńcze nie zatraciły swojej lokalności,
- rekomendowane standardy na poziomie krajowym mogą pomóc gminom zaoszczędzić czas i skrócić czas przyjęcia lokalnego standardu usług,
- zobowiązanie gmin w ustawie o pomocy społecznej do opracowania lokalnych standardów usług opiekuńczych przyjętych uchwałą rady gminy.

## Słowniczek

**koordynator / koordynator opiekunek / koordynator terenowy** – jeden z realizatorów usług; osoba zatrudniana przez wykonawcę usług, w którego kompetencjach leży koordynacja pracy opiekunek, kontakt z instytucją zlecającą, kontrola pracy opiekunek

**niepełnosprawność** – łączy się z naruszeniem lub uszkodzeniem sprawności psychofizycznej, która prowadzi do stanu określonego jako ograniczenie funkcjonalne lub ograniczenie aktywności życiowej człowieka. Stan ten nie zawsze współwystępuje ze zmianami fizycznymi.

**opiekunka / osoba realizująca usługi** – realizator usług opiekuńczych w środowisku zamieszkania, wykonuje zakres czynności ustalony przez ośrodek pomocy społecznej

**opiekunka środowiskowa** – to osoba, która ukończyła szkołę policealną o tym kierunku i przygotowana jest do udzielania pomocy i świadczenia usług opiekuńczych w odniesieniu do osób przewlekle chorych, samotnych, niesamodzielnych, które nie mają dostatecznego wsparcia ze strony rodziny lub innych osób z otoczenia.

**odpłatność klienta za usługę** – część wydatków na usługi opiekuńcze pokrywana przez klienta, na którego rzecz wykonywane są usługi, rada gminy określa wysokość odpłatności w drodze uchwały

**osoba samotna** – osoba samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych.

**osoba samotnie gospodarująca** – osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe.

**realizator usługi** – osoby mające bezpośredni kontakt z klientem objętym usługą i zapewniającym mu opiekę; realizatorami usług są: opiekunowie / opiekunki środowiskowe oraz koordynator / koordynator opiekunek / koordynator terenowy

**standaryzacja** – jest procesem tworzenia, przyjmowania, wdrażania i realizowania standardów. Standardy są zestawami wymogów w stosunku do mniej lub bardziej ogólnych usług. Mają one charakter stwierdzeń normatywnych.

**starość** – jest czasem, który zaczyna się wraz z osiągnięciem pewnego ustalonego wieku. Umowną granicą jest wiek 60 lat w Europie, 65 lat przyjęte przez ONZ i 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn w Polsce. Definicje wieku starczego opierają się na wielu przesłankach dotyczących wejścia w fazę starości przez człowieka. Zachodzące procesy biologiczne, psychiczne i w sferze społecznych zachowań człowieka wchodzącego w fazę starości mają charakter dynamiczny i synergiczny (wpływają na siebie nawzajem).

**starzenie się społeczeństwa** – jest procesem, który charakteryzuje się wzrostem procentu ludzi starych w populacji. Wśród przyczyn starzenia się społeczeństwa wskazuje się na: spadek liczby urodzin, wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia, procesy migracyjne.

**usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** – są obowiązkowym zadaniem gminy, zdefiniowanym w ustawie o pomocy społecznej w art. 50 jako *pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, zalecona przez lekarza pielęgnacja oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktu z otoczeniem*. W ramach usług opiekuńczych najczęściej samotne osoby starsze, przewlekle chore i niepełnosprawne uzyskują wsparcie, zaspokajające ich niezbędne potrzeby życiowe w miejscu swojego zamieszkania. Według ustawy (art. 50 ust. 1 i 2) usługi przysługują: osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, oraz osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

**wiek poprodukcyjny** – dla kobiet wynosi on 60 i więcej lat, a dla mężczyzn 65 i więcej lat

**wykonawca usług** – podmiot realizujący usługi na zlecenie OPS zgodnie z decyzją administracyjną, określającą miejsce realizacji usługi, czas jej trwania, zasady odpłatności, zakres świadczonych usług.

## Bibliografia

- E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] Piotr Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009.
- B. Dudziak, *Opinie seniorów o jakości i zadowoleniu z życia*, „Praca Socjalna” 4/2010.
- Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych, *Prognoza ludności na lata 2008–2035* [dokument elektroniczny], Warszawa 2009, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata2008\\_2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf).
- S. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999, s. 33; za: E. Bojanowska.
- Z. Kawczyńska – Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998.
- Ogólnopolskie Badania Społeczne “Standardy usług w pomocy społecznej” Raport Końcowy, Pentor, LBS, Warszawa 2010, (maszynopis nieopublikowany); za: R. Szarfenberg (red.), B. Kowalczyk, J. Krzyszkowski, A. Niesporek, *Krajowy raport badawczy (wersja po uwzględnieniu uwag do wersji z 15 listopada przed redakcją językową i techniczną)*, Warszawa 2010.
- *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002 Część I Osoby niepełnosprawne* [dokument elektroniczny], [http://www.stat.gov.pl/gus/8199\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/8199_PLK_HTML.htm).
- *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000 – 2010* [dokument elektroniczny], [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_podst\\_inf\\_o\\_rozwoju\\_dem\\_pl.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl.pdf).
- *Przeciętne dalsze trwanie życia w 2009 r. według województw* [dokument elektroniczny], [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_894\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_894_PLK_HTML.htm).
- R. Szarfenberg (red.), B. Kowalczyk, J. Krzyszkowski, A. Niesporek, *Krajowy raport badawczy (wersja po uwzględnieniu uwag do wersji z 15 listopada przed redakcją językową i techniczną)*, Warszawa 2010.
- R. Szarfenberg, *Standaryzacja usług społecznych* [dokument elektroniczny] <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Ryszard%20Szarfenberg.pdf>.

- B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006.
- P. Szukalski, *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009.
- Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Z. Wejcman, *Tło społeczne standaryzacji usług społecznych* [dokument elektroniczny].
- A. Zawada, *Jak zestarzeć się z godnością?*, „Praca Socjalna” 5/2009.

#### **Dokumenty lokalne:**

- „Projekt standardów usług opiekuńczych”, Fundacja „Niesiemy Pomoc”.
- „Sopocki Program Wsparcia Osób Objętych Usługami Opiekuńczymi w Środowisku Tęczowa Jesień na lata 2009 – 2011”.
- „Lokalny Standard Usługi Opiekuńczej Sopot 2010”.
- „Standard usług opiekuńczych” – Gdańsk.