



**REGIONALNY PLAN ROZWOJU
USŁUG SPOŁECZNYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJI
DLA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
NA LATA 2023-2025**

Andrzej Buła

Zuzanna Donath - Kasiura

Zbigniew Kubalańca

Szymon Ogłaza

Antoni Konopka

Opole, maj 2023

Spis treści

1. Najważniejsze skróty	3
2. Wprowadzenie	4
3. Obszary interwencji.....	9
4. Karty obszarów	10
KARTA OBSZARU 1: Osoby starsze i z niepełnosprawnościami oraz osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	10
KARTA OBSZARU 2: Rodzina i dzieci, w tym w kryzysie	20
KARTA OBSZARU 3: Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym	26
KARTA OBSZARU 4: Osoby w kryzysie bezdomności.....	32
KARTA OBSZARU 5: Cudzoziemcy (w tym osoby przybyłe w wyniku wojny w Ukrainie)	36
5. Wskaźniki.....	39
6. Finansowanie / Alokacja na poszczególne działania	42
7. Monitoring.....	43
8. Załączniki	43

1. Najważniejsze skróty

CIS – Centrum Integracji Społecznej

CUS – Centrum Usług Społecznych

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DI – Deinstytucjonalizacja

DPF – Departament Programowania Funduszy Europejskich Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

DZD – Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego

EFS+ – Europejski Fundusz Społeczny Plus

EFRR – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

ETHOS – Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego

FEO 2021-2027 – program regionalny pn. *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027*

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

IP FEO 2021-2027 - Instytucja Pośrednicząca programu regionalnego *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027*

IZ FEO 2021-2027 – Instytucja Zarządzająca programem regionalnym *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027*

KIS – Klub Integracji Społecznej

MFiPR – Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej

MKS – Marszałkowski Kurier Społeczny

MRiPS – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

OOW NFZ – Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

OZPS – Ocena Zasobów Pomocy Społecznej, przygotowywane przez samorząd województwa

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

RPDI – Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji

ROPS – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu

RPO WO 2014-2020 – Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

SRUS – Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do 2030 (z perspektywą do 2035 r.)

SWO – Samorząd Województwa Opolskiego

SZOP 2021-2027 – Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027

UMWO – Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

WTZ – Warsztat Terapii Zajęciowej

WUP – Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu

ZAZ – Zakład Aktywności Zawodowej

2. Wprowadzenie

Usługi społeczne, obok polityki zabezpieczenia dochodu, stają się obecnie najważniejszym komponentem współczesnej polityki społecznej. Stanowią odpowiedź na nowe wyzwania społeczne (i wynikające z nich potrzeby) związane z takimi procesami jak: zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, zmiany w strukturze rodzin, przeobrażenia rynku pracy, wzrost liczby osób o szczególnych potrzebach i z niepełnosprawnością, migracje, kryzysy indywidualne i rodzinne, a także wynikające z tych zjawisk zapotrzebowanie na nowe kompetencje społeczne i kwalifikacje zawodowe. Dostępność usług w zakresie wsparcia społecznego i działań profilaktycznych powinna być realizowana z myślą o każdej osobie, która może ich potrzebować, przy czym szczególne miejsce w społeczeństwie przypisuje się osobom z grup szczególnie zagrożonych wykluczeniem, takich jak: osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, osoby w kryzysie bezdomności, rodziny z dziećmi z problemami opiekuńczo-wychowawczymi i w kryzysie, dzieci i młodzież w pieczy zastępczej, a także migranci, przybyli do Polski również w wyniku działań wojennych (jako wyodrębnionej grupie wymagającej wsparcia i integracji społecznej). Przede wszystkim tym grupom dedykowane są *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* oraz *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030*, a na poziomie regionalnym Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deintytucjonalizacji (RPDI).

Usługi społeczne i ich rozwój dla mieszkańców województwa opolskiego jest także istotnym elementem *Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego. Opolskie 2030*, przyjętej przez Sejmik Województwa Opolskiego w październiku 2021 r. Wizja rozwoju regionu wskazuje, że

„Opolskie w 2030 roku to region cenionej jakości życia wynikającej z unikalnego i uniwersalnego łączenia różnorodności: dynamiki i równowagi, nowoczesności i tradycji oraz otwartości i integracji”.

Oznacza to, że każdy z elementów powyższej wizji ma swoje szersze znaczenie w kontekście przyszłości województwa, która zależeć będzie od tego, czy obecnym i przyszłym mieszkańcom tego regionu zapewnione zostaną odpowiednie i konkurencyjne warunki rozwoju osobistego i różnych grup społecznych. Tak rozumiana jakość życia ma być zapewniona poprzez łączenie (godzenie) różnorodności regionu, tj. województwa:

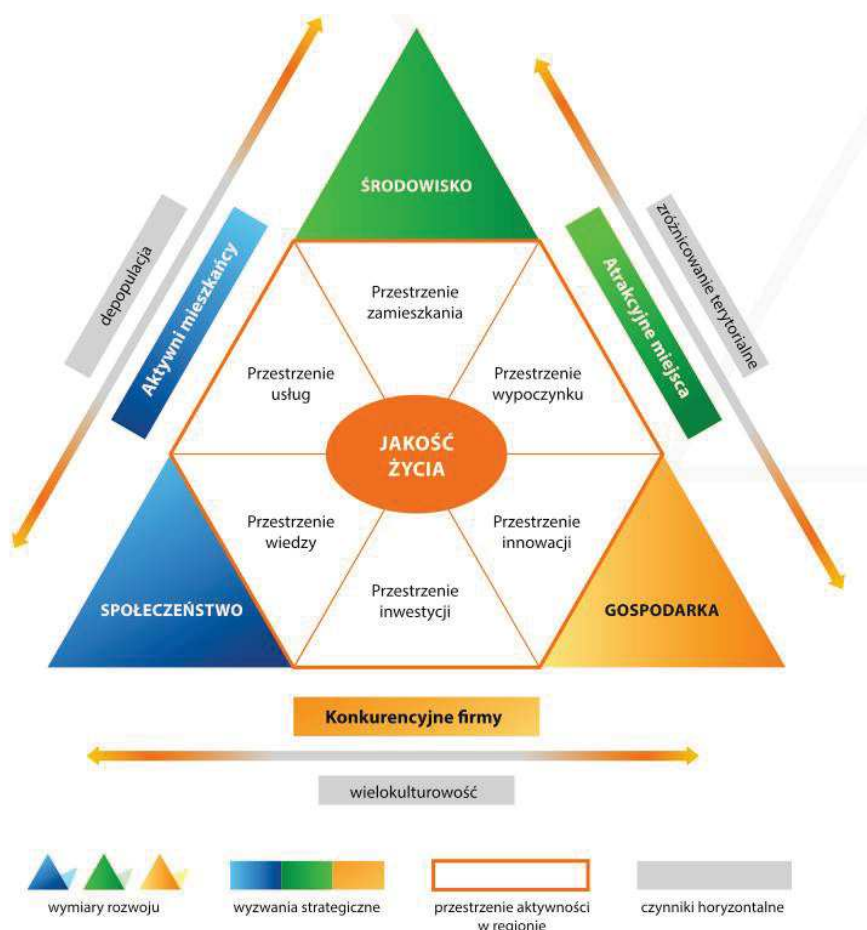
- unikalnego - ze względu na „kompaktowość” i inteligentne wykorzystanie położenia, walorów przyrodniczych, wielokulturowości i wyjątkowej współpracy;
- uniwersalnego - włączającego się w światowe trendy i dostosowującego się do zmian oraz wykorzystującego swoje walory na rzecz zróżnicowanych potrzeb mieszkańców,
- nowoczesnego i tradycyjnego – włączonego w globalne sieci współpracy, dzięki m. in. bardzo wysokiemu kapitałowi ludzkiemu, oraz kultywującemu historyczne fundamenty rozwoju (tradycji przejawiającej się w śląskiej pracowitości, solidności, dbałości o porządek oraz różnych formach aktywności społecznej i gospodarczej jako ważnym elementem wzmacniania wspólnoty regionalnej),
- otwartego i zintegrowanego – w tym kształtującego umiejętność radzenia sobie w zmieniających się uwarunkowaniach cywilizacyjnych z ponadprzeciętnie rozwiniętą tolerancją wobec nowych idei i postaw, jako potencjału do rozwoju kreatywności i

współpracy, oraz powszechnej i wieloaspektowej współpracy administracji-biznesu-nauki oraz społeczności lokalnych,

- dynamicznego i w równowadze – spełniającego różnorodne oczekiwania mieszkańców w ramach wieloaspektowej polityki rozwoju i zasad zrównoważonego rozwoju, obejmujących innowacje czy inwestycje oraz oferty pracy i usługi społeczne, stwarzające szansę na osiągnięcie wysokiego poziomu ładu przestrzennego, zapewnienie konkurencyjności w stosunku do otoczenia zewnętrznego i eliminację niekorzystnych różnic w warunkach życia wewnątrz regionu.

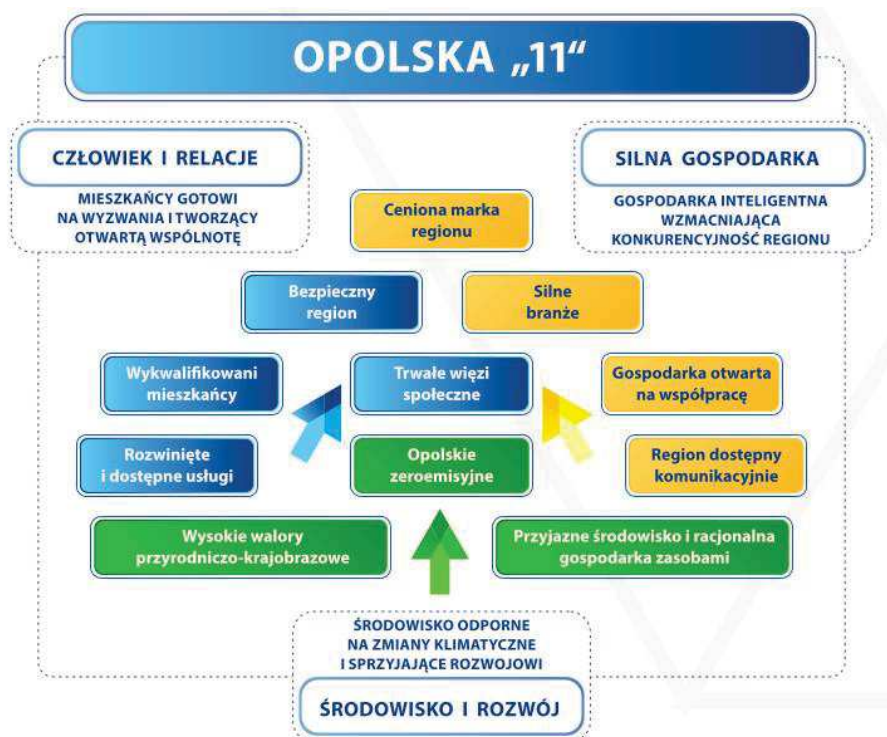
Zgodnie z diagnozą strategiczną rozwoju województwa opolskiego jakość życia ujęto przez pryzmat uwarunkowań społeczno-gospodarczych i przestrzennych regionu, wskazując m. in. na przestrzeń usług (wymiar społeczeństwo) jako jednej z kluczowych cech wymagających rozwoju, mimo dość rozwiniętej jej struktury. Jednocześnie ze względu na skutki procesów demograficznych w woj. opolskim należy wypracowywać i wykorzystywać efektywne instrumenty polityki społecznej, w tym dalej poprawiać dostępność i jakość usług społecznych i zdrowotnych.

Rysunek 1. Schemat diagnozy strategicznej rozwoju województwa opolskiego



Strategia określa trzy cele strategiczne (Człowiek i relacje, Środowisko i rozwój oraz Silna gospodarka), a w nich 11 celów operacyjnych, a także kierunki działań, w tym bezpośrednio odnoszących się do rozwoju usług społecznych i zdrowotnych.

Rysunek 2. Opolska „11” – cele operacyjne na tle celów strategicznych



W celu operacyjnym *Trwałe więzi społeczne* przewidziano kierunki działań obejmujące m. in.:

- integrację i aktywizację społeczną (w tym: zwiększanie partycypacji mieszkańców w działaniach na rzecz swoich środowisk lokalnych i całego województwa; wsparcie wspólnych inicjatyw różnych grup społecznych, włączanie społeczne osób zagrożonych wykluczeniem; wzrost świadomości potrzeb i problemów osób z niepełnosprawnościami; promocja wolontariatu i innych dobrych praktyk w działalności społecznej);
- wsparcie rozwiązań prorodzinnych (w tym: działania wspomagające funkcjonowanie rodzin; promocję i przygotowanie do rodzicielstwa zastępczego; pracę socjalną z rodzinami problemowymi, przeciwdziałanie przemocy w rodzinie; działania bezpośrednio adresowane m.in. do dzieci, osób młodych oraz seniorów, partnerstwo wielosektorowe na rzecz osób starszych, budowanie więzi międzypokoleniowych i wsparcie dialogu międzypokoleniowego);
- rozwój społeczeństwa wielokulturowego (w tym wsparcie i integracja cudzoziemców i reemigrantów).

Natomiast w celu operacyjnym *Rozwinięte i dostępne usługi* przewidziano kierunki działań obejmujące:

- rozwój opieki i profilaktyki zdrowotnej (w tym: rozwój nowoczesnych usług zdrowotnych, w tym rehabilitacyjnych; edukację i profilaktykę zdrowotną; promocję zdrowia fizycznego, psychicznego i psychospołecznego; przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym; wzrost jakości świadczonych usług);
- rozwój usług społecznych (w tym: rozwój infrastruktury społecznej; wzrost jakości zarządzania w podmiotach świadczących usługi opiekuńcze; **wsparcie procesu deinstytucjonalizacji**; rozwój usług opiekuńczych i wythnieniowych; wsparcie osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów);

- rozwój e-usług (w tym: wspieranie rozwoju nowych usług świadczonych w całości lub częściowo przez Internet).

Proces rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji programowany jest w perspektywie wielu lat, co powoduje, że zmiany w zakresie dostępności usług i ich koordynacji będą następowały etapowo, w sposób:

- a) zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby);
- b) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą (w zakresie wsparcia dzieci uwzględnianie ich zdania);
- c) zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
- d) gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej.

Jednocześnie wskazuje się, że choć realizowane i planowane usługi kierowane są do wszystkich mieszkańców woj. opolskiego, to szczególnym wsparciem winny zostać objęte osoby i rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Przy czym pod pojęciem osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym należy rozumieć:

- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w tym osoby spełniające kryteria o których mowa w art. 8 pkt 1 pkt 1 i 2 tej ustawy;
- osoby uprawnione do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust.1 ustawy z 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym oraz absolwenci Centrów Integracji Społecznej i Klubów Integracji Społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1 a i 1b tej ustawy;
- osoby bezrobotne, w tym długotrwale bezrobotne, o których mowa w ustawie z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- osoby poszukujące pracy, o których mowa w art. 2 ust 6 pkt c ustawy z 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej do ukończenia 25 roku życia na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- osoby opuszczające pieczę zastępczą, zgodnie z ustawą z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, oraz inne ośrodki wsparcia, o których mowa w art. 88 ust. 1 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii i specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, o których mowa w ustawie z 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- osoby z niepełnosprawnością – osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych*

dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027¹ lub uczniów albo dziecko w wieku przedszkolnym, posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej²;

- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu³;
- osoby starsze, o których mowa w art. 2 ust 6 pkt k ustawy z 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej;
- osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością, w rozumieniu definicji ujętych w *Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*, zamieszczonych na Portalu Funduszy Europejskich zarządzanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej⁴;
- osoby, które opuściły jednostki penitencjarne oraz pełnoletnie osoby opuszczające zakład poprawczy;

¹ *Wytyczne dotyczące realizacji zasad równościowych* dostępne na Portalu Funduszy Europejskich zarządzanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/prawo-i-dokumenty/wytyczne/wytyczne-dotyczace-realizacji-zasad-rownosciovych-w-ramach-funduszy-unijnych-na-lata-2021-2027>

² Definicja ujęta w *Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*, zamieszczonych na Portalu Funduszy Europejskich zarządzanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/prawo-i-dokumenty/wytyczne/wytyczne-dot-realizacji-projektow-z-udzialem-srodkow-efs-plus-w-regionalnych-programach-na-lata-2021-2027/>

³ Osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

⁴ a) Osoba bezdomna w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, czyli osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowane na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania; b) osoba znajdująca się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu; c) osoba zagrożona bezdomnością - osoba znajdująca się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osoba bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osoba wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkująca mieszkanie i potrzebująca wsparcia w utrzymaniu mieszkania.

- osoby korzystające z *Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027*;
- osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

Dodatkowo, w ramach powyższych grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, preferowane do wsparcia będą osoby:

- ♦ o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- ♦ z niepełnosprawnością sprzężoną;
- ♦ z zaburzeniami psychicznymi;
- ♦ z niepełnosprawnością intelektualną;
- ♦ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- ♦ korzystające z *Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027*;
- ♦ zamieszkujące samotnie.

Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji przygotowywany jest przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu (ROPS) w wymiarze wojewódzkim. Ma przyczynić się do ustrukturyzowania planowanych zmian w zakresie rozwoju usług społecznych, w tym zgodnie z wynikiem przeprowadzonej diagnozy regionalnej, oraz ma być ważnym punktem odniesienia do tworzenia lokalnych planów rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, realizowanych na poziomie gmin i powiatów.

W procesie tworzenia RPDI brali udział eksperci i przedstawiciele reprezentujący m. in. IZ FEO 2021-2027 i IP FEO 2021-2027 (DPF i WUP) oraz DZD.

Założenia i kierunki interwencji w RPDI, w tym rekomendowane działania, opracowano w oparciu o materiały krajowe i regionalne, w tym przede wszystkim: *Strategię Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do 2030 r. (z perspektywą do 2035)*, *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030* oraz *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027*. Natomiast podstawę diagnostyczną niniejszego planu przygotowano na podstawie wyników *Ankiety dot. rozwoju usług społecznych (deinstytucjonalizacji) w gminach i powiatach w woj. opolskim* (przekazanych do wszystkich samorządów gminnych i powiatowych w grudniu 2022 r.), materiałów własnych WUP, DZD, ROPS (badań, analiz i informacji, w tym corocznie opracowywanej *Oceny zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego*) oraz innych dostępnych źródeł i materiałów zewnętrznych (w tym publikowanych przez GUS oraz MRiPS).⁵

3. Obszary interwencji

Obszary wskazane w RPDI odpowiadają obszarom opisanym w *Strategii Rozwoju Usług Społecznych* oraz innych dokumentach strategicznych. Wyodrębniono następujące obszary:

- 1) osoby starsze i z niepełnosprawnościami oraz osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 2) rodzina i dzieci, w tym w kryzysie;
- 3) osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym;
- 4) osoby w kryzysie bezdomności;
- 5) cudzoziemcy (w tym osoby przybyłe w wyniku wojny w Ukrainie).

⁵ Wypełnioną *Ankiętę dot. rozwoju usług społecznych (deinstytucjonalizacji) w gminach i powiatach w woj. opolskim*, w wersji elektronicznej, przekazały do DPF/ROPS wszystkie samorządy powiatowe oraz ponad 90% samorządów gminnych. Ankiety wypełniano w okresie od 16.12.2022 r. do 17.01.2023 r.

4. Karty obszarów

KARTA OBSZARU 1: Osoby starsze i z niepełnosprawnościami oraz osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

1.1. Opis obszaru interwencji

I. Sytuacja demograficzna

Aktualna sytuacja demograficzna w woj. opolskim i kraju wyróżnia się wysokim odsetkiem osób starszych i większą długością życia oraz niską dzietnością. Konsekwencją tej sytuacji jest konieczność zapewnienia opieki stale rosnącej liczbie osób niesamodzielnych. W czerwcu 2021 r. w woj. opolskim mieszkało 973,3 tys. osób, w tym 226,6 tys. (23,4 %) w wieku poprodukcyjnym (w 2012 r. było to 185,0 tys. osób – 18,3%, tj. o 41,6 tys. mniej).⁶ Największy udział osób starszych (60/65+) w populacji występuje w Mieście Opolu (26,0%) oraz powiatach: nyskim, kędzierzyńsko-kozielskim oraz głubczyckim, a najmniejszy w powiatach: opolskim (21,7%) i strzeleckim (21,9%). Według prognozy GUS do 2050 r. w woj. opolskim:

- liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie do 269 tys., i stanowić będzie 36,1% mieszkańców;
- mediana wieku ludności (przeciętny wiek), wynosić będzie 56,1 lat (przy średniej w Polsce 52,5 lat);
- liczba osób najstarszych (80 lat i więcej) wzrośnie 2,5-krotnie, stanowiąc 12,2% ludności.⁷

Jednocześnie w województwie jest ponad 100 tys. osób z niepełnosprawnościami (głównie wśród osób starszych), co wraz z procesem starzenia się społeczeństwa będzie wyżywało na funkcjonujący system zabezpieczenia społecznego, w tym systemy pomocy i integracji społecznej.

W związku z tym, mając na uwadze zmieniającą się strukturę demograficzną regionu i wynikające z tego potrzeby osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz innych osób w trudnej sytuacji życiowej, rekomenduje się systematyczne diagnozowanie ich potrzeb oraz zaplanowanie możliwych działań, obejmujących rozwój usług społecznych, odpowiadających sytuacji demograficznej poszczególnych obszarów województwa opolskiego.

II. Centrum Usług Społecznych (CUS)

Centra Usług Społecznych są ważnym elementem procesu deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych. Zostały pomyślane jako lokalne podmioty koordynujące usługi społeczne w gminach. Ich zadaniem jest integracja, rozwój i poszerzenie dostępności usług społecznych, tak by stanowiły one odpowiedź na konkretne potrzeby osób, rodzin i grup społecznych oraz ogółu mieszkańców.

Obecnie w woj. opolskim funkcjonuje jedno Centrum Usług Społecznych w Gogolinie. Natomiast gotowość do utworzenia Centrum zgłosiło 15 gmin. W związku z powyższym zakłada się, że

⁶ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2021 r. <https://ops.rops-opole.pl/wp-content/uploads/ocena-zasobow-pomocy-spoecznej/OZPS%202021.pdf>

⁷ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2018 r., GUS, Warszawa, luty 2020 r., s. 13-15 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html>

w ramach wsparcia regionalnego ze środków unijnych na lata 2021-2027 do końca 2025 r. utworzone zostaną 3 CUS-y w regionie (będzie to 5% gmin w województwie; zgodnie z zapisami *Strategii Rozwoju Usług Społecznych* ich liczba do 2030 r. - nie później jednak niż do 2035 r. - ma obejmować 25% gmin woj. opolskiego). Rekomenduje się także stałą i bieżącą analizę miejsc i sposobów koordynacji usług realizowanych przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego woj. opolskiego i dostosowanie ich działań do krajowych założeń procesu deinstytucjonalizacji.

III. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Celem wsparcia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, głównie chorych, starszych i z niepełnosprawnościami w miejscu ich zamieszkania, gmina organizuje usługi opiekuńcze, a także specjalistyczne usługi opiekuńcze przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2021 r. pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych objęto 3 577 osób, w tym 554 osoby z zaburzeniami psychicznymi, korzystające ze specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze świadczone są w 86% (61) gmin w województwie, a specjalistyczne usługi opiekuńcze w 59% (42 gminach). Przy czym brak tego rodzaju wsparcia występuje przede wszystkim w gminach wiejskich, a w przypadku usług specjalistycznych także w części gmin miejsko-wiejskich. W podziale powiatowym usługi są realizowane we wszystkich powiatach: najwięcej osób objętych wsparciem jest w powiecie nyskim, a najmniej w powiecie namysłowskim.

Usługi opiekuńcze będą zyskiwały na znaczeniu zarówno ze względu na rosnące potrzeby osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jaki i proces starzenia się społeczeństwa. Rekomenduje się kontynuowanie i rozwój świadczonych usług opiekuńczych w środowisku zamieszkania osób potrzebujących. Ponadto należy położyć nacisk na ich optymalne dopasowanie do potrzeb osób korzystających (liczba godzin, częstotliwość), co ma istotne znaczenie dla ich jakości życia i prowadzenia gospodarstwa domowego.

IV. Mieszkalnictwo wspierające (mieszkania chronione, wspomagane, komunalne, najem socjalny)

Istotnym elementem przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu jest rozwój różnych form mieszkalnictwa wspierającego. Zaspokojenie potrzeb w tym zakresie odbywa się najczęściej w ramach posiadanych przez gminę zasobów komunalnych, w tym poprzez najem socjalny oraz tworzenie (także przez powiat) mieszkań chronionych, jako formy systemu pomocy społecznej, przeznaczonych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (starszych, chorych, z niepełnosprawnościami). Wskazuje się przy tym, że ze względu na wieloletnią praktykę działań środowiskowych, w tym realizację projektów unijnych, mieszkania chronione winny być obecnie rozwijane jako mieszkania wspomagane z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób w nich przebywających (w Polsce promowane jest także wsparcie mieszkaniowe osób z niepełnosprawnościami w formie centrów opiekuńczo-mieszkalnych, zapewniających lokale w ramach opieki całodobowej i dziennej; obecnie w woj. opolskim funkcjonuje jedno takie centrum w Walcach).

W 2020 r. gminy w woj. opolskim dysponowały 20,6 tys. mieszkaniami komunalnymi, w tym 16,2% (3 335) to lokale w najmie socjalnym. W zdecydowanej większości gmin (bez kilku gmin wiejskich) liczba oczekujących na mieszkanie komunalne, w tym w ramach najmu socjalnego, jest większa niż samych lokali. Przy czym w przypadku najmu socjalnego (dla osób o najniższych dochodach lub ich braku) najniższy stopień zaspokojenia potrzeb występuje w powiatach: kluczborskim,

kędzierzyńsko-kozielskim, brzeskim i strzeleckim (głównie dotyczy stolic tych powiatów). Najmniej (151) jest mieszkań chronionych i wspomaganych o różnym typie przeznaczenia (dla starszych, chorych, z niepełnosprawnościami, wychowanków pieczy zastępczej). Wprawdzie w latach 2015-2020 liczba miejsc w mieszkaniach chronionych i wspomaganych zwiększyła się ponad 2-krotnie (ze 101 do 235 miejsc), a województwo ma najwyższy ich wskaźnik na 10 tys. ludności (2,41, w kraju 1,08), nadal w dwóch powiatach województwa brak jest takich mieszkań (głubczycki i namysłowski, a w pow. oleskim pierwsze 2 mieszkania chronione otwarto w 2022 r.). W pozostałych powiatach wskaźnik liczby miejsc w mieszkaniach chronionych i wspomaganych (na 10 tys. ludności) waha się od 8,1 (pow. strzelecki) do 0,6 (pow. opolski).

Oznacza to konieczność zwiększenia liczby mieszkań, zwłaszcza wspomaganych z koszykiem usług dostosowanych do potrzeb osób i rodzin wymagających pomocy, szczególnie osób starszych i z niepełnosprawnościami, w tym w gminach i powiatach, w których nie funkcjonują takie mieszkania (co jest szczególnie istotne w kontekście ograniczania liczby osób kierowanych do jednostek całodobowej opieki, tj. głównie domów pomocy społecznej).

V. Dzienne formy wsparcia

Istotnym warunkiem pomyślnego starzenia coraz liczniejszej grupy osób starszych w populacji regionu są wszelkie inicjatywy przeciwdziałające ich marginalizacji, poczuciu osamotnienia i bierności życiowej. Na utrzymanie dobrego stanu zdrowia, w tym sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej seniorów, wpływają różne formy aktywizacji oferowane przez domy dziennego pobytu i kluby seniora.

Domy dziennego pobytu organizowane są przez samorząd terytorialny (głównie gminy), a kluby seniora przez samorząd gminny, organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe, a także inne lokalne instytucje, co umożliwia ich finansowanie z różnych źródeł.

W 2021 r. w woj. opolskim funkcjonowało 96 placówek wsparcia dziennego dla osób starszych, w tym z niepełnosprawnościami (24 domy pomocy i 72 kluby seniora), na 4 140 miejsc. Wprawdzie ta forma usług systematycznie rozwija się, to nadal ich nasycenie w województwie jest niewystarczające. W trzech powiatach (kluczborskim, oleskim i strzeleckim) brak jest domów dziennego pobytu, a kluby seniora są w większości w ośrodkach miejskich (w małych miejscowościach wiejskich jest 20 klubów utworzonych ze środków unijnych będących w dyspozycji Samorządu Województwa Opolskiego).

Ze względu na sukcesywnie zwiększającą się grupę osób starszych rekomenduje się kontynuowanie realizacji usług kierowanych do osób starszych i z niepełnosprawnościami w ramach domów dziennego pobytu i klubów seniora (wspieranie już istniejących i powstawanie nowych). Istotne jest także utrzymywanie już realizowanych i sprawdzonych działań kierowanych przez samorząd terytorialny do osób starszych, obejmujących m. in. udział w spotkaniach i wyjazdach integracyjno-krajoznawczych czy terapii zajęciowej w miejscu ich pobytu (a w razie konieczności zapewnienie dowozu do placówki lub w inne miejsce dla osób tego potrzebujących).

VI. Usługi asystenckie i wspomagające osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunów

Usługi asystenckie

Usługi asystenckie są jedną z podstawowych form wsparcia osób potrzebujących, zwłaszcza osób z niepełnosprawnościami, stwarzając im przy pomocy innej osoby możliwość uczestnictwa w

życiu lokalnej społeczności i integrację społeczną. Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami (oraz ich rodzin), świadczone są przez asystentów, którzy wspierają ich w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego. Gminy i powiaty realizując tę usługę posiłkują się najczęściej środkami zewnętrznymi (program *Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej*) oraz korzystając ze wsparcia w ramach realizacji różnych projektów finansowanych ze środków unijnych będących w dyspozycji Samorządu Województwa Opolskiego.

W 2022 r. pomoc na zatrudnienie asystenta osoby z niepełnosprawnością otrzymały 3 powiaty woj. opolskiego (nyski, prudnicki i krapkowicki) oraz 28 gmin – głównie miejskich i miejsko wiejskich (Biała, Zdzieszowice, Bierawa, Brzeg, Ozimek, Gorzów Śląski, Komprachcice, Paczków, Lubsza, Kluczbork, Baborów, Dobrzeń Wielki, Lasowice Wielkie, Branice, Głubczyce, Opole, Kędzierzyn-Koźle, Wołczyn, Tułowice, Lewin Brzeski, Zawadzkie, Turawa, Domaszowice, Murów, Prószków, Nysa, Prudnik, Niemodlin). Jednocześnie w ramach dotychczasowych działań projektowych SWO objęto usługami opiekuńczymi 48 osób.

Oznacza to, że usługi asystenckie są świadczone jedynie w części województwa, obejmując wsparciem ograniczoną grupę osób potrzebujących. Rekomenduje się kontynuowanie i rozwój tej formy wsparcia, szczególnie na obszarach województwa, gdzie taka usługa nie jest zapewniona. Należy zachęcać gminy do uruchomienia usługi asystenckiej osoby z niepełnosprawnością wraz z zapewnieniem możliwości jego wyboru, czasu i formy wsparcia, uwzględniającą podmiotowość i potrzeby osoby z niepełnosprawnością.

Opieka wytchnieniowa

Opieka wytchnieniowa to forma wsparcia nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (najczęściej członka rodziny), w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna. Obejmuje także wsparcie samego opiekuna, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocowych. Jest szczególnie ważna w przypadku wsparcia opiekunów dziećmi z niepełnosprawnościami oraz osób dorosłymi ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Jest czasową usługą opiekuńczą w miejscu jej zamieszkania lub w formie całodobowego lub dziennego pobytu.

W 2022 r. usługa była realizowana w ramach wsparcia zewnętrznego (program *Opieka wytchnieniowa*) przez powiat prudnicki oraz 30 gmin z województwa opolskiego (Kluczbork, Komprachcice, Opole, Turawa, Wołczyn, Zawadzkie, Bierawa, Dobrodzień, Dobrzeń Wielki, Praszka, Brzeg, Cisek, Głubczyce, Baborów, Tułowice, Biała, Głogówek, Kędzierzyn-Koźle, Domaszowice, Świerczów, Popielów, Nysa, Reńska Wieś, Kietrz, Prudnik, Strzelce Opolskie, Pawłowiczki, Byczyna, Lewin Brzeski, Wilków).

Rekomenduje się propagowanie opieki wytchnieniowej jako ważnego wsparcia opiekunów osób z niepełnosprawnościami, wprowadzenie możliwości wyboru rodzaju formy opieki wytchnieniowej oraz rozwój placówek i miejsc pobytu krótkoterminowego wraz ze wsparciem psychologicznym i doradczym.

Usługi sąsiedzkie

Samopomoc sąsiedzka, w tym usługowa, realizowana jest obecnie w ramach wolontariatu i doraźnych działań projektowych. Zależy od więzi społecznych istniejących w środowisku lokalnym.

Wpływa na zachowanie lepszego dobrostanu życiowego osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wydłużając jej aktywność i poczucie funkcjonowania w lokalnej społeczności. Rozwój wsparcia sąsiedzkiego jest korzystny dla osoby korzystającej z pomocy i świadczonych dla niej usług oraz ma wymiar ekonomiczny, gdyż jest duża tańsza i bardziej akceptowalna niż instytucjonalne formy wsparcia.

W ramach dotychczasowych działań Samorządu Województwa Opolskiego sąsiedzkimi usługami opiekuńczymi objęto 63 osoby w 28 miastach i miejscowościach województwa (Ochodze, Nowa Kuźnia, Nysa, Nowy Browiniec, Gostomia, Zakrzów, Brożec, Polska Cerekiew, Chrzastowice, Daniec, Suchy Bór, Kamień Śląski, Opole, Bierdzany, Kolanowice, Świerczów, Chocianowice, Laskowice, Bogacica, Kujakowice Górne, Kujakowice Dolne, Olesno, Większyce, Turawa, Dąbrowice, Dębska Kuźnia, Nakło, Walce).

Rekomenduje się podjęcie działań zmierzających do wsparcia osób, świadczących sąsiedzkie usługi opiekuńcze i rozwój tej formy wsparcia, w tym poprzez pomoc szkoleniową, zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej, a nawet zabezpieczenie wynagrodzenia. Ponadto zaleca się promocję i propagowanie usług sąsiedzkich oraz zapewnienie możliwości ich finansowania.

Usługi dowozu dla osób o ograniczonej mobilności (*door-to-door*)

Forma wsparcia polegająca na zindywidualizowanej pomocy transportowej przeznaczonej dla osób o ograniczonej mobilności m. in. w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych (np. dostępu do usług zdrowotnych). Obecnie w województwie z tej usługi korzysta ok. 400 osób z gmin Turawa i Łubniany (w ramach projektu PFRON *Usługi indywidualnego transportu door-to-door oraz poprawa dostępności architektonicznej wielorodzinnych budynków mieszkalnych*).

W celu zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu koniecznym jest rozwój tej usługi i rozszerzenie katalogu innych usług świadczonych w jej ramach, by lepiej zabezpieczyć funkcjonowanie osoby w swoim środowisku zamieszkania. Zaleca się rozwój usługi door-to-door, obejmującej świadczenie bezpośredniej pomocy w przemieszczaniu się osoby potrzebującej oraz innych dostosowanych do jej potrzeb usług.

Marszałkowski Kurier Społeczny (MKS)

Usługa *Marszałkowskiego Kuriera Społecznego* (MKS) była odpowiedzią na zagrożenie epidemiczne spowodowane pandemią COVID-19 i miała związek z potrzebą zabezpieczenia świadczenia usług społecznych dla osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagały opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Usługa finansowana była ze środków unijnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020).

Z usługi wspierającej MKS korzystały głównie osoby starsze, chore i z niepełnosprawnościami. Usługa obejmowała w szczególności sprawienie zakupów, dowóz artykułów spożywczych i leków, dostarczenie gotowych, ciepłych posiłków (obiad), doraźną pomoc wg potrzeb – na podstawie indywidualnych uzgodnień między kurierem i osobą wspieraną.

Usługi MKS realizowane były w województwie od kwietnia 2020 r. do grudnia 2022 r. w ramach trzech edycji. W pierwszej edycji usługę świadczyło 90, w drugiej 73, a w trzeciej 100 kurierów. Łącznie wsparcie udzielane było w 53 gminach dla około 4 000 osób potrzebujących wsparcia w codziennym

funkcjonowaniu.

Z uwagi na nadal zgłaszane przez gminy duże zapotrzebowanie na tę formę wsparcia osób potrzebujących, szczególnie zamieszkałych na terenach oddalonych od instytucji pomocowych, rekomenduje się kontynuowanie realizacji w województwie usługi *Marszałkowskiego Kuriera Społecznego*.

Teleopieka

Teleopieka to usługa dająca możliwość całodobowego wezwania pomocy poprzez system przyzywowo-alarmowy (np. opaskę na rękę) w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub dla zapewnienia bezpieczeństwa (np. nagłe zasłabnięcie, upadek), kierowana do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, głównie starszych i samotnych.

W ramach środków unijnych RPO WO 2014-2020 z usług *teleopieki* skorzystało dotychczas 129 osób w gminach: Kędzierzyn-Koźle, Pokój i Kluczbork oraz w powiecie krapkowickim.

Wraz z rozwojem technologicznym i korzyściami społecznymi, świadomość korzystania z rozwiązań *teleopieki* w Polsce stopniowo rośnie. Barrierami w jej upowszechnianiu są m. in. nieufność osób starszych przed nowymi technologiami związana np. z utratą prywatności, koniecznością uczenia się obsługi nowych urządzeń lub lękiem przed inwigilacją swojego życia. Stąd, przed wprowadzeniem bardziej powszechnego i jednolitego systemu *teleopieki*, rekomenduje się przeprowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych, które przybliżą potencjalnym odbiorcom zalety korzystania z usług *teleopieki*. Takie działania mogą realizować organizacje pozarządowe lub przedsiębiorstwa, we współpracy z władzami samorządowymi, dla zapewnienia legitymizacji technologii w oczach potencjalnych użytkowników. Zaleca się także, by w ramach rozwoju usług *teleopieki* szczególnie brać pod uwagę mieszkańców mieszkań chronionych/wspomaganych o szczególnych potrzebach, wynikających z wieku, choroby i niepełnosprawności.

Wolontariat

Wachlarz pomocy i usług świadczonych przez wolontariuszy jest bardzo szeroki. Wolontariuszem może zostać każda osoba, chcąc poświęcić swój czas i posiadane umiejętności dla innych. Wsparcie oferowane przez wolontariusza może obejmować pomoc wpisującą się w proces rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, tj. usługi sąsiedzkie, opiekuńcze, opiekę wytnieniową, usługi asystenckie, usługi „złotej rączki” itp.

W związku z tym, jednym ze sposobów na wykorzystanie potencjału pomocowego wolontariuszy może być np. utworzenie banku danych usług wolontariackich wraz kategoriami wsparcia, tj. grupą adresatów pomocy i zakresem świadczenia usług wolontariackich. Ponadto pomocnym w rozwoju i realizacji usług społecznych w środowisku lokalnym jest propagowanie wolontariatu senioralnego i sąsiedzkiego jako profilaktyki wykluczenia społecznego osób starszych, w tym samotnych i chorych.

VII. Placówki całodobowej opieki a proces deinstytucjonalizacji

Województwo opolskie utrzymuje od wielu lat najwyższy w Polsce wskaźnik liczby miejsc w domach pomocy społecznej na 10 tys. ludności (w 2021 r. – 32, w kraju – 21 miejsc). Mimo tego średni czas oczekiwania na umieszczenie w placówce waha się od kilku tygodni do 2 lat (w zależności od typu

domu, najdłużej czeka się na umieszczenie w domach dla osób z zaburzeniami psychicznymi). W domach pomocy społecznej przebywają osoby, w tym o niskich dochodach, wymagające specjalistycznej, całodobowej opieki, umieszczone w takiej instytucji na podstawie decyzji ośrodka pomocy społecznej. Oznacza to, że nawet dla grupy osób najbardziej potrzebujących liczba miejsc w publicznych placówkach całodobowej opieki jest daleka od zaspokojenia potrzeb (średni stopień zaspokojenia potrzeb wśród klientów pomocy społecznej na tego typu całodobową opiekę wynosi 67%). Wprawdzie liczba klientów pomocy społecznej corocznie zmniejsza się, jednak ze względu na zmiany demograficzne i spadek liczby urodzeń, zmienia się struktura korzystających z pomocy społecznej. Zwiększa się udział emerytów i rencistów, w tym samotnie gospodarujących, a istotnie spada liczba rodzin z dziećmi i rodzin niepełnych, objętych pomocą społeczną (w 2010 r. rodziny z dziećmi i niepełne stanowiły 53% objętych pomocą, a w 2021 r. – 30%, natomiast rodziny emerytów i rencistów w 2010 r. stanowiły 22% korzystających ze wsparcia, a w 2021 r. – 29%).

W konsekwencji, celem zabezpieczenia obecnych potrzeb oraz przyszłego niwelowania liczby osób kierowanych do publicznych placówek całodobowych, koniecznym jest rozwój usług polegających na wsparciu opiekunów osób wymagających intensywniej opieki oraz chorych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Sprzyjać temu będzie m. in.

- rozwój stacjonarnej opieki krótkoterminowej (opieka wytchnieniowa), prowadzonej m. in. przez domy pomocy społecznej;
- realizacja przez placówki całodobowej opieki świadczenia usług w środowisku lokalnym, które dotychczas oferowane były tylko mieszkańcom placówki;
- wspieranie zindywidualizowanymi usługami środowiskowymi osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, chcących pozostać w swoim miejscu zamieszkania;
- rozwój rodzinnych domów pomocy.

Zwiększony udział usług środowiskowych, realizowanych przez m. in. placówki opieki długoterminowej, ma też umożliwić powrót do społeczności lokalnej przynajmniej części osób dotychczas przebywających w instytucjach całodobowych (w przypadku stwierdzenia możliwości ich powrotu do środowiska np. poprzez badania okresowej oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańca).

Zgodnie z zapisami *Strategii Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do 2030 r. (z perspektywą do 2035)* w działania zmierzające do rozwoju usług w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej mają być stopniowo angażowane placówki całodobowej opieki. Wskazuje się, że do 2035 r. 40% jednostek typu domy pomocy społecznej w kraju winno przekształcić się w placówki realizujące kompleksowe usługi stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową. Oznacza to, że mają one równoległe świadczyć usługi środowiskowe przy ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego (co będzie wymagało licznych działań wspierających to przekształcenie, np. w zakresie rozwoju kwalifikacji pracowników).

VIII. Podmioty ekonomii społecznej jako dostarczyciele usług społecznych

Podmioty ekonomii społecznej - obok gmin i powiatów, pełnią kluczową rolę w dostarczaniu i realizacji usług w środowisku. Wśród licznych atutów, wynikających ze znajomości środowisk, którymi się zajmują, mają często lepsze rozpoznanie lokalnych potrzeb oraz mogą szybciej udzielić pomocy. Jednocześnie część zleconych usług mogą wykonywać w cenach korzystniejszych i lepszych jakościowo niż podmioty komercyjne, a występując w podwójnej roli: dostawcy usług społecznych oraz

podmiotu reintegracji osób zagrożonych wykluczeniem, są w stanie bardziej angażować społeczność lokalną.

Wśród podmiotów ekonomii społecznej o dużym potencjale w zakresie rozwoju usług społecznych należy wymienić: podmioty o statusie przedsiębiorstw społecznych (w tym spółdzielnie socjalne), spółdzielnie inwalidów i niewidomych, spółdzielnie pracy, zakłady pracy chronionej oraz jednostki reintegracji społeczno-zawodowej, aktywizujące osoby z niepełnosprawnościami (ZAZ, WTZ) oraz osoby wykluczone społecznie (KIS, CIS), a także wszelkie organizacje pozarządowe działające nie dla zysku (non profit), czyli zdecydowana większość stowarzyszeń i fundacji w województwie (choć jedynie część z nich prowadzi działania wpisujące się w obszar pomocy i integracji społecznej).

W 2022 r. ogółem funkcjonowało w woj. opolskim 3 696 podmiotów zaliczanych do ekonomii społecznej: 47 przedsiębiorstw społecznych (29 spółdzielni socjalnych, 8 stowarzyszeń, 4 fundacje oraz 6 spółek non profit o statusie przedsiębiorstwa społecznego), 35 podmiotów reintegracyjnych (10 klubów integracji społecznej, 5 centrów integracji społecznej, 5 zakładów aktywności zawodowej i 15 warsztatów terapii zajęciowej), a także 433 fundacji i 2 981 stowarzyszeń oraz 200 innych organizacji pozarządowych i kościelnych (spółdzielnie: pracy, inwalidów i niewidomych, zakłady pracy chronionej, Koła gospodyń wiejskich i np. Caritas).

Spośród nich usługi społeczne, w rozumieniu współczesnych wyzwań i potrzeb oraz procesu deinstytucjonalizacji, np. w zakresie usług opiekuńczych bezpośrednio kierowanych do osób starszych lub z niepełnosprawnościami, świadczą nieliczne (głównie są to organizacje pozarządowe, prowadzące jednostki reintegracji społeczno-zawodowej – warsztaty terapii zajęciowej i zakłady aktywności zawodowej, oraz część podmiotów sprofilowanych jako opiekuńczo-wspomagających).

Zatem istotnym wyzwaniem jest stworzenie warunków, które umożliwią silniejsze włączenie tych podmiotów jako dostawców usług społecznych, by mogły skutecznie odpowiadać na potrzeby swoich świadczeniobiorców i mieszkańców społeczności lokalnej, przy jednoczesnym wzmocnieniu ich pozycji jako ważnych lokalnych i ponadlokalnych podmiotów przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu, przyczyniających się m.in. do tworzenia nowych miejsc pracy w środowisku lokalnym.

W grudniu 2022 r. wysłano do wszystkich samorządów: gminnych i powiatowych w woj. opolskim, ankietę dot. rozwoju usług społecznych (i deinstytucjonalizacji), celem rozpoznania ich najważniejszych potrzeb w tym zakresie, wg głównych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym,
- osób w kryzysie bezdomności,
- rodzin z dziećmi i w kryzysie,
- oraz imigrantów (szczególnie osób przybyłych do Polski w wyniku działań wojennych).

Z przekazanych odpowiedzi wynika, że gminy i powiaty za najważniejsze usługi, które winny być realizowane i rozwijane dla osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wymieniają: usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania osoby, usługi asystenckie i wspomagające (np. w ramach *Marszałkowskiego kuriera społecznego*), usługi asystentury osobistej (głównie dla osób z niepełnosprawnościami), usługi rehabilitacyjne oraz usługi w ramach mieszkalnictwa, w tym wspomagane, z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby zamieszkującej. W dalszej kolejności wymieniano potrzeby: rozwoju opieki wytchnieniowej jako wsparcia opiekunów osób zależnych, tworzenia warunków do godnego i samodzielnego życia osób ze

specjalnymi potrzebami w swoim otoczeniu (np. poprzez likwidację barier architektonicznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji, wspieranie metod komunikacji alternatywnej, aktywne włączanie w życie lokalnej społeczności), rozwoju usług w ramach dziennych form wsparcia (klubów seniora, dziennych domów pomocy, klubów samopomocy itp.) oraz usług dowozu (door-to-door, w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych, związanych np. transportem osoby do lekarza), a także rozwijania innych, alternatywnych form wsparcia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym usługi sąsiedzkie i teleopieki). Wskazywano także na konieczność realizacji innych działań służących wsparciu osób starszych, z niepełnosprawnościami i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zaznaczając potrzebę m. in. promowania i rozwoju idei oraz treningów „niezależnego życia”, w tym usług wspierających (np. łączących wsparcie opiekunów formalnych i nieformalnych w środowisku zamieszkania, przeciwdziałających wykluczeniu np. cyfrowemu, trening umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego), wzmacniania kompetencji i umiejętności opiekunów tych grup społecznych, poprzez poradnictwo specjalistyczne i rozwój umiejętności praktycznych (np. finansowych). Zwracano uwagę na potrzebę wykorzystania potencjału tkwiącego w podmiotach ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstwach społecznych jako dostawczych usług społecznych (np. usług opiekuńczych lub jako pracodawców dla osób z niepełnosprawnościami) oraz rozwoju wolontariatu.

1.2. Założenia dotyczące rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji

Cel strategiczny: Stworzenie skutecznego i trwałego systemu usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami oraz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Fundamentalnym założeniem procesu deinstytucjonalizacji w obszarze wsparcia osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym. Zmiany zachodzące w strukturze społecznej województwa opolskiego, w tym zwłaszcza starzenie się społeczeństwa, powoduje zwiększenie zapotrzebowania na usługi społeczne oraz ich bardziej efektywną i skuteczną realizację. Niezbędne jest wsparcie ściśle skoncentrowane na potrzebach osób, zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami i preferencjami, tak aby osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i inne potrzebujące wsparcia, przy zapewnieniu niezbędnych usług wspierających, mogły pozostać jak najdłużej w miejscu swojego zamieszkania.

1.3. Działania przewidziane planem na lata 2023-2025

1.3.1 Stworzenie warunków do powstania i funkcjonowania centrów usług społecznych oraz realizowanych w nich usług.

- A. Wsparcie gmin, w których funkcjonują centra usług społecznych lub zamierzają utworzyć CUS (szkolenia wynikające z Rozporządzenia Rady Ministrów z 30 marca 2020 r. w sprawie szkoleń dla pracowników centrum usług społecznych, doradztwo w zakresie tworzenia i funkcjonowania CUS).
- B. Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie centrów usług społecznych na potrzeby realizacji usług społecznych (dostosowanie lokali do potrzeb realizacji usług w ramach CUS).
- C. Rozwój usług społecznych oferowanych w CUS (szkolenia kadry, finansowanie usług społecznych i koniecznego wyposażenia do ich realizacji).

1.3.2 Stworzenie warunków do rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji poprzez koordynację tego procesu na poziomie regionalnym (szkolenia dla pracowników ROPS jako koordynatorów procesu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w regionie, świadczących wsparcie dla gmin) oraz lokalnym (szkolenia oraz podnoszenie kwalifikacji i kompetencji pracowników służb społecznych).

1.3.3 Wzmocnienie i rozwój usług dla osób i rodzin, sprawujących opiekę nad osobą starszą, z niepełnosprawnością oraz osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

- A. Szkolenia podnoszące kwalifikacje i umiejętności społeczne osób pełniących opiekę nad osobą starszą, z niepełnosprawnością oraz osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, na potrzeby realizacji usług społecznych w środowisku lokalnym.
- B. Zwiększenie dostępności do wsparcia psychologicznego, opieki wytchnieniowej oraz możliwości wyboru jej formy, a także innych form wsparcia dostosowanych do potrzeb opiekunów sprawujących opiekę nad osobami i rodzinami, w tym domowych usług z elementami opieki pielęgniarstwa

1.3.4 Wzmocnienie i rozwój usług dla osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

- A. Zwiększenie dostępu do dobrej jakości, spersonalizowanych, nowoczesnych usług opiekuńczych, asystenckich i rehabilitacyjnych, świadczonych w środowisku lokalnym, w rodzinnych domach pomocy, dziennych domach pobytu oraz w ośrodkach wsparcia i gospodarstwach opiekuńczych, w których liczba miejsc pobytu całodobowego nie jest większa niż 8.
- B. Upowszechnienie dostępu do usługi dowozu osób o ograniczonej mobilności (*door-to-door*) oraz innych usług wspomagających (w tym dowozu artykułów spożywczych, leków itp.).
- C. Poprawa dostępu do usług społecznych i zdrowotnych poprzez wdrożenie usługi teleopieki/telemedycyny.
- D. Poprawa dostępności architektonicznej dla osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz innych osób o szczególnych potrzebach.
- E. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji placówek całodobowych, długoterminowej opieki w formie wsparcia dziennego, środowiskowego, w tym rozwój stacjonarnej opieki krótkoterminowej (wytchnieniowej).
- F. Rozwój innych usług zapobiegających umieszczeniu osób w placówkach całodobowych (w tym np. usprawnień w adaptacji mieszkań).
- G. Wsparcie procesu usamodzielniania osób przebywających w placówkach całodobowych (z wykorzystaniem usług opiekuńczych, mieszkalnictwa wspomagane, asystentury osobistej i innych usług i form wsparcia).
- H. Rozwój usług w ramach dziennych form pobytu i wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi (typu środowiskowego domu samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej).

1.3.5 Inwestycje infrastrukturalne, w tym w mieszkalnictwo wspomagane z koszykiem usług dla osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

- A. Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie mieszkań wspomaganych / chronionych połączone z usługami społecznymi dostosowanymi do indywidualnych potrzeb ich mieszkańców.
- B. Rozwój inwestycji w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów świadczących zdeinstytucjonalizowane usługi społeczne (np. dzienne domy pomocy społecznej, dzienne domy pobytu, rodzinne domy pomocy).
- C. Inwestycje w infrastrukturę społeczną powiązaną z procesem integracji społeczno-zawodowej, w tym m.in. WTZ oraz ZAZ.

1.3.6 Budowanie i wykorzystanie potencjału podmiotów ekonomii społecznej na rzecz realizacji usług społecznych.

- A. Diagnoza potencjału lokalnych podmiotów ekonomii społecznej jako dostawców usług społecznych.
- B. Przygotowanie działań na rzecz budowania potencjału podmiotów ekonomii społecznej i włączenia ich w lokalny rynek usług społecznych.

1.4. Rekomendacje

- Stała i bieżąca analiza miejsc i sposobów koordynacji usług realizowanych przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego woj. opolskiego i dostosowanie ich działań do krajowych założeń procesu deinstytucjonalizacji.
- Kontynuowanie i rozwój kompleksowych usług, zawierających zarówno komponent zdrowotny jak i społeczny, świadczonych w środowisku zamieszkania osób potrzebujących, ze szczególnym naciskiem na ich optymalne dopasowanie do potrzeb tych osób (rodzaj usługi, liczba godzin, częstotliwość).
- Zwiększenie liczby mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dostosowanych do potrzeb osób i rodzin wymagających pomocy, szczególnie osób starszych i z niepełnosprawnościami, w tym w gminach i powiatach, w których nie funkcjonują takie mieszkania;
- Kontynuowanie i rozwój usług asystenckich, szczególnie na obszarach województwa, gdzie taka usługa nie jest zapewniona i zachęcanie gmin do uruchomienia usługi asystenckiej osoby z niepełnosprawnością wraz z zapewnieniem możliwości jego wyboru, czasu i formy wsparcia, uwzględniającą podmiotowość i potrzeby osoby z niepełnosprawnością.
- Wykorzystanie potencjału pomocowego wolontariuszy poprzez np. utworzenie banku danych usług wolontariackich wraz z kategoriami wsparcia, tj. grupą adresatów pomocy i zakresem świadczenia usług wolontariackich.
- Stworzenie warunków, które umożliwią silniejsze włączenie podmiotów ekonomii społecznej jako dostawców usług społecznych, tak aby mogły skutecznie odpowiadać na potrzeby swoich świadczeniobiorców i mieszkańców społeczności lokalnej.
- Wdrożenie pilotażowego modelu opieki domowej, przeznaczonego dla osób starszych z pogłębiającą się niepełnosprawnością, zamieszkujących w szczególności tereny wiejskie⁸ lub innego modelu wypracowanego w ramach POWER 2014-2021.

KARTA OBSZARU 2: Rodzina i dzieci, w tym w kryzysie

2.1. Opis obszaru interwencji

I. Sytuacja demograficzna – struktura rodzin

Rodzina jest naturalnym środowiskiem życia i rozwoju człowieka. Pomimo wielu zmian społeczno-politycznych oraz ekonomicznych w ostatnich dziesięcioleciach rodzina nadal pozostaje podstawową komórką życia społecznego, a szczęście rodzinne uważane jest za jedną z najważniejszych wartości życiowych wielu Polaków. Jednak model dotychczasowej rodziny ulega istotnym zmianom. Opóźnia się wiek zawierania małżeństw, wzrasta liczba rozwodów i separacji, a także decyzji o życiu w pojedynkę. Coraz częstszym zjawiskiem są alternatywne formy życia rodzinnego i małżeńskiego – w

⁸ Skalowanie innowacji społecznej „Opieka domowa na terenach wiejskich”.

tym głównie związki partnerskie, rodziny niepełne, samotni rodzice wychowujący dzieci oraz rodziny zrekonstruowane (tzw. patchworkowe).

Wg Narodowego Spisu Powszechnego 2011 (obecnie brak jeszcze danych z NSP 2021) w Polsce było 8 153,2 tys. rodzin, natomiast w województwie opolskim – 285,9 tys. Najczęstszym typem rodziny pozostaje małżeństwo z dziećmi. W 2011 r. w woj. opolskim takich rodzin było 111,5 tys., a związków partnerskich z dziećmi 3,9 tys. Znaczna jest liczba rodzin niepełnych 2 502,9 tys., w tym 65,8 tys. w woj. opolskim.

Na zmieniającą się strukturę rodzin wpływ mają zmiany demograficzne. W 2021 r. woj. opolskie liczyło 948 tys. ludności, tj. 6,3% (62 tys.) mniej niż 2012 r. Jednocześnie zmniejsza się liczba urodzeń, a wzrasta liczba zgonów (w 2021 r. urodziło się 7,2 tys. dzieci, a zmarło 13,1 tys. osób), co wpływa na depopulację regionu i starzenie się społeczeństwa. Wskazuje się, że w najbliższych latach liczba ludności regionu nadal będzie spadać (do ok. 900 tys. w 2030 r.), a przyrost naturalny będzie nadal ujemny (w 2030 r. zakłada się 5,6 tys. urodzeń i 10,1 tys. zgonów). Zwiększać się będzie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (60/65+), a zmniejszać liczba dzieci i młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym. W konsekwencji wzrosną potrzeby osób w podeszłym wieku, z niepełnosprawnościami, przybywać będzie jednoosobowych gospodarstw domowych, co będzie wymagało rozwoju usług społecznych kierowanych do tych grup ludności. Jednocześnie nadal wsparcia będą wymagać osoby i rodziny z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i marginalizacją, w tym mające problemy opiekuńczo-wychowawcze i wymagające pomocy z powodu przemocy.

II. Interwencja kryzysowa

Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie oraz zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Interwencja kryzysowa obejmuje osoby i rodziny, bez względu na posiadany dochód, poprzez udzielenie natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, w zależności od potrzeb - poradnictwa socjalnego lub prawnego, a w sytuacjach uzasadnionych - schronienia do 3 miesięcy.

W 2021 r. w woj. opolskim 3 009 rodzin (6 276 osób w rodzinach) zostało objętych interwencją kryzysową. Na terenie województwa funkcjonuje 7 ośrodków interwencji kryzysowej, w tym tylko 3 dysponują miejscami interwencyjnymi (łącznie jest ich 15, z których w 2021 r. skorzystały 52 osoby). Ośrodki znajdują się w Opolu i 6 powiatach: opolskim, kluczborskim, krapkowickim, namysłowskim, nyskim i prudnickim. Pomimo ustawowego obowiązku w 5 pozostałych powiatach nadal brak jest ośrodków interwencji kryzysowej. Natomiast w części gmin i powiatów są punkty interwencji kryzysowej, choć funkcjonowanie ich odbywa się bez umocowania w ustawie o pomocy społecznej.

W związku z powyższym rekomenduje się rozwój usług interwencji kryzysowej, szczególnie w powiatach bez ośrodków interwencji kryzysowej, z uwagi na konieczność zwiększenia oferty i dostępności do tego rodzaju wsparcia na całym obszarze woj. opolskiego.

III. Usługi wspierające rodzinę w kryzysie oraz dzieci i młodzież w środowisku

Wspieranie rodziny, przeżywającej trudności w opiece i wychowaniu dzieci, opiera się na udzielaniu wsparcia w przywracaniu zdolności do pełnienia przez nią funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Zwiększanie dostępu do różnorodnych usług społecznych wpływa na ograniczanie występujących deficytów i dysfunkcji oraz przeciwdziałanie ich marginalizacji i wykluczeniu społecznemu.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Rodzinom przeżywającym trudności w pełnieniu swoich funkcji przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, zaleconą przez lekarza opiekę higieniczną, pielęgnację oraz - w miarę możliwości - zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Natomiast specjalistyczne usługi opiekuńcze to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym dzieci z rozpoznanym autyzmem).

W 2021 r. w woj. opolskim pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych objęto 3 577 osoby, w tym 554 osoby z zaburzeniami psychicznymi (specjalistyczne usługi opiekuńcze) i 55 osób w ramach projektów RPO WO 2014-2020.

Rekomenduje się wzmocnienie i rozwój różnych form usług opiekuńczych w woj. opolskim, w tym wprowadzanie usług dostosowanych do potrzeb osób i rodzin w kryzysie.

Asystent rodziny

Wsparcie rodzin w kryzysie udzielane jest także przez asystenta rodziny, którego zadaniem jest pomoc w osiągnięciu przez rodzinę podstawowego poziomu stabilności życiowej, służącego wychowaniu dzieci. Asystent wspiera starania zmierzające do zażegnania kryzysu w rodzinie, w tym niedopuszczania do oddzielenia dzieci od rodziny biologicznej. W przypadku umieszczenia dziecka poza rodziną, asystenci współpracują z rodzicami na rzecz jego powrotu.

W 2021 r. liczba zatrudnionych asystentów rodziny w województwie wyniosła 94. Asystenci zatrudnieni byli w 70 gminach woj. opolskiego. Na 94 asystentów rodziny 21 zatrudniono w latach 2016-2021 w ramach regionalnych funduszy europejskich. Od 2012 r., tj. od początku działania systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej - liczba asystentów rodziny wzrosła prawie 3-krotnie (ich liczba w ostatnich 3 latach waha się w granicach 99-89).

W 2021 r. asystenci rodziny mieli pod opieką 1 131 rodzin (na 1 asystenta przypadało średnio 12 rodzin), co oznacza, że od 2012 r. liczba rodzin korzystających z pracy asystentów rodziny wzrosła prawie 4-krotnie.

Rekomenduje się rozwój asystentury rodzinnej, w tym wsparcie szkoleniowe asystentów rodziny m. in. z zakresu psychologii, pedagogiki, pracy socjalnej.

Placówki wsparcia dziennego

W ramach pomocy rodzinie, w tym rodzinie przeżywającej trudności opiekuńczo-wychowawcze, działają placówki wsparcia dziennego, obejmując opieką i wychowaniem dzieci w czasie pozalekcyjnym. Pełnią funkcje opiekuńcze, wspierają rodziców w wychowaniu dzieci, prowadzą zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci z zaburzeniami zachowania, niosą pomoc specjalistyczną dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami. Są wśród nich placówki w formie pracy podwórkowej, działające w bezpośrednim kontakcie z dziećmi w ich środowisku.

W 2022 r. liczba placówek wsparcia dziennego wyniosła 42. Wśród nich (na ogółem 946 miejsc) było: 10 placówek opiekuńczych, 12 specjalistycznych (w tym opiekuńczo-specjalistycznych) oraz 20 w formie pracy podwórkowej (przy czym 16 placówek wsparcia dziennego na 227 miejsc utworzono z

wykorzystaniem regionalnych środków unijnych, tworząc w większości w placówki w formie pracy podwórkowej).

Rekomenduje się wspieranie tworzenia i rozwoju placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży, szczególnie w formie pracy podwórkowej i w miejscach o szczególnym zapotrzebowaniu oraz występowaniu rodzin w kryzysie.

IV. Rodzinna piecza zastępcza

Zadaniem pieczy zastępczej (rodzinnej i instytucjonalnej) jest zapewnienie czasowej opieki i wychowania dzieciom z rodzin, niemogących takiej opieki i wychowania sprawować. Piecza zastępcza ma zapewnić dziecku bezpieczne środowisko, respektujące jego prawa, w tym powrotu do rodziny, utrzymywania osobistych kontaktów z rodzicami, stabilnego środowiska wychowawczego, kształcenia, rozwoju uzdolnień oraz pomocy w przygotowaniu do samodzielnego życia.

W 2021 r. liczba podmiotów rodzinnej pieczy zastępczej wynosiła 1 013, z tego funkcjonowało: 635 rodzin zastępczych spokrewnionych z dzieckiem, 306 rodzin niezawodowych, 49 rodzin zastępczych zawodowych (37 „zwykłych” zawodowych, 8 rodzin pełniących funkcję pogotowia rodzinnego i 4 rodziny specjalistyczne, wychowujące dzieci z niepełnosprawnościami) oraz 23 rodzinne domy dziecka, w których przebywało 152 dzieci. Rodzinne domy dziecka (od 3 do 8 wychowanków) to obecnie jedna z najbardziej pożądaných i najlepszych form zdeinstytucjonalizowanej pieczy zastępczej.

W woj. opolskim w 2021 r. opiekę nad rodzinami zastępczymi i rodzinnymi domami dziecka sprawowało 46 koordynatorów pieczy zastępczej (w tym 3 było zatrudnionych z regionalnych środków europejskich). Koordynatorzy pracowali z 697 rodzinami zastępczymi i rodzinnymi domami dziecka (średnio 15 rodzin zastępczych lub rodzinnych domów dziecka na 1 koordynatora).

Należy nadal rozwijać i wspierać pieczę zastępczą, w szczególności poprzez zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w rodzinnych formach pieczy zastępczej, właściwe standardy świadczonej pomocy oraz taki poziom współpracy między podmiotami udzielającymi dziecku wsparcia, który – jeśli jest to możliwe – pozwoli na przywrócenie dziecka jego rodzinie lub też umożliwi mu funkcjonowanie we właściwy sposób w ramach rodziny zastępczej. Ponadto rekomenduje się propagowanie idei rodzicielstwa zastępczego, kształcenie kandydatów na rodziny zastępcze oraz warsztaty dla osób sprawujących rodzinną pieczę zastępczą i ich rodzin, a także szkolenia dla koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej. Należy także wspierać już funkcjonujące rodziny zastępcze poprzez tworzenie warunków sprzyjających funkcjonowaniu rodziny zastępczej np. przez wsparcie wytnienkowe, realne możliwości korzystania z urlopów i tworzenie tzw. rodzin zaprzyjaźnionych pochodzących z bezpośredniego otoczenia rodziny.

V. Mieszkalnictwo chronione dla usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej

Osoba w pieczy zastępczej po osiągnięciu pełnoletniości zostaje objęta pomocą, mającą na celu podjęcie przez nią samodzielnego życia (rozpoczyna się proces usamodzielnienia, tj. wyjścia z dotychczasowego systemu wsparcia). Jest to trudny etap, z uwagi na m. in. oczekiwania związane z rozpoczęciem samodzielnego życia pojawiające się dużo wcześniej niż u ich rówieśników dorastających w rodzinach. Liczne pokusy i ryzyka powodują, że młodzież opuszczająca pieczę zastępczą jest szczególnie narażona na wykluczenie społeczne, w tym zwłaszcza bezdomność i marginalizację.

W 2021 r. w woj. opolskim w ramach systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz innych instytucji wsparcia, pomoc na usamodzielnienie otrzymało 119 wychowanków, z tego: 66 osób

opuszczających rodzinne formy pieczy zastępczej (rodziny zastępcze i rodzinne domy dziecka), 45 osób opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze (domy dziecka) oraz 8 osób opuszczających inne ośrodki wsparcia (np. zakład poprawczy).

Jedną z form pomocy osobom usamodzielnianym jest zapewnienie pobytu w mieszkaniu chronionym. Jest ono kierowane do osób usamodzielnianych, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Osobie w mieszkaniu świadczona jest pomoc umożliwiającą przygotowanie jej do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą ją w codziennym funkcjonowaniu. Jest to wsparcie w zakresie doskonalenia umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego, rozporządzania posiadanymi środkami finansowymi, integracji ze środowiskiem, uzyskania wykształcenia, zdobycia kwalifikacji zawodowych, poszukiwania pracy czy pozyskania samodzielnego mieszkania.

W 2021 r. w woj. opolskim funkcjonowało 19 mieszkań chronionych na 59 miejsc dla osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą oraz inne ośrodki wsparcia (przy czym 9 mieszkań dla 26 osób utworzono z regionalnych środków unijnych).

Z uwagi na brak wystarczającej liczby mieszkań dedykowanych wychowankom pieczy zastępczej rekomenduje się rozwój tej formy wsparcia, wraz z koszykiem usług dostosowanym do potrzeb osoby usamodzielnianej.

Z badania ankietowanego gmin i powiatów dot. rozwoju usług społecznych (i deinstytucjonalizacji) w zakresie rozwoju usług dla rodzin i dzieci, w tym przeżywających kryzys, wynika, że do najważniejszych potrzeb w tym obszarze, które zgłaszają samorządy, należą: rozwój mieszkalnictwa dla wychowanków pieczy zastępczej, promowanie i rozwój rodzicielstwa zastępczego i adopcyjnego, w tym rodzinnych domów dziecka, usługi wspierające dzieci i młodzież (np. telefony zaufania, wsparcie psychologiczne) oraz wsparcie rodzin mających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych (np. leczenie uzależnień, wsparcie zapobiegające umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej), a także rozwój rodzin zastępczych i adopcyjnych celem kontynuowania działań ograniczających liczbę miejsc w domach dziecka do wymaganego standardu).

2.2. Założenia dotyczące rozwoju usług i deinstytucjonalizacji

Cel strategiczny: Wzmocnienie i rozwój usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej, wspierających rodziny i dzieci, w tym w kryzysie

Rodzina jest podstawową instytucją społeczną. Zaspokaja najistotniejsze potrzeby swoich członków oraz pełni szereg funkcji na rzecz społeczeństwa, co oznacza, że wypełnia zadania: wobec społeczeństwa i wobec jednostek wchodzących w jej skład. Kryzys w rodzinie utrudnia i zaburza relacje osobiste i społeczne, co negatywnie wpływa na rozwój i funkcjonowanie jej członków, zwłaszcza dzieci. Umieszczenie dziecka poza domem rodzinnym powinno być traktowane jako ostateczność. Zatem istnieje konieczność wzmocnienia i rozwoju takich usług, które wzmocnią rodzinę i pomogą jej w przezwyciężeniu i rozwiązaniu swoich problemów.

2.3. Działania przewidziane planem na lata 2023-2025

2.3.1 Rozwój usług środowiskowych dla rodzin i dzieci, w tym w kryzysie.

- A. Wzmacnianie i rozwój usług wspierających rodzinę poprzez zwiększenie dostępu do usług asystenta rodziny oraz usług rodziny wspierającej.
 - B. Rozwój usług wspierających trwałości rodziny, w tym rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, przez organizowanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla dzieci, młodzieży i rodziców, lub innych form wsparcia, w tym poradnictwa rodzinnego specjalistycznego.
 - C. Zwiększenie dostępu do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, świadczonych w miejscu zamieszkania, oraz usług świadczonych w placówkach wsparcia dziennego.
 - D. Rozwój usług wspierających dzieci z rodzinami lub ich opiekunami, obejmujących spędzanie czasu wolnego, rekreację oraz uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych w celu wzmacniania więzi.
- 2.3.2 Rozwój usług wspierających rodziny i dzieci w kryzysie.
- A. Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie ośrodków interwencji kryzysowej na potrzeby świadczenia usług społecznych dla osób i rodzin w kryzysie, w tym rozwój mieszkań interwencyjnych (w związku z doświadczeniem trudnej sytuacji kryzysowej lub przemocy).
 - B. Zwiększenie dostępu do dobrej jakości usługi interwencji kryzysowej.
- 2.3.3 Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej oraz rodzicielstwa adopcyjnego.
- A. Promowanie idei rodzicielstwa zastępczego i adopcyjnego poprzez organizację kampanii społecznych celem pozyskania kandydatów na niezawodowe i zawodowe rodziny zastępcze, rodziny adopcyjne oraz do prowadzenia rodzinnych domów dziecka.
 - B. Szkolenie kandydatów na rodziny zastępcze, prowadzących rodzinne domy dziecka oraz doskonalenie osób sprawujących rodzinną pieczę zastępczą w ramach działań prowadzących do tworzenia rodzinnych form pieczy zastępczej.
- 2.3.4 Rozwój oferty wsparcia dla dzieci i młodzieży przebywającej w pieczy zastępczej.
- A. Rozwój usług wspomagających i aktywnej integracji o charakterze społecznym, których celem jest nabycie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej skierowane do dzieci i młodzieży umieszczonej w pieczy zastępczej.
 - B. Rozwój usług wspomagających i aktywnej integracji o charakterze zawodowym skierowanych do młodzieży przebywającej w pieczy zastępczej.
- 2.3.5 Wsparcie osób opuszczających pieczę zastępczą oraz inne ośrodki wsparcia, o których mowa w art. 88 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.
- A. Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie mieszkań wspomaganych, chronionych, komunalnych lub w ramach najmu socjalnego na potrzeby realizacji usług społecznych.
 - B. Rozwój usług społecznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób opuszczających pieczę zastępczą.

2.4. Rekomendacje

- Rozwój usług interwencji kryzysowej, szczególnie w powiatach bez ośrodków interwencji kryzysowej.
- Wzmocnienie i rozwój różnych form usług opiekuńczych w woj. opolskim, w tym wprowadzanie usług dostosowanych do potrzeb osób i rodzin w kryzysie.
- Rozwój asystentury rodzinnej, w tym wsparcie szkoleniowe asystentów rodziny m. in. z zakresu psychologii, pedagogiki, pracy socjalnej.

- Podjęcie działań wspierających tworzenie i rozwój placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży, szczególnie w formie pracy podwórkowej i w miejscach o szczególnym zapotrzebowaniu oraz nagromadzeniu niekorzystnych zjawisk i wynikającej z tego dużej liczbie rodzin w kryzysie.
- Rozwój i wsparcie pieczy zastępczej, w szczególności poprzez zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w rodzinnych formach pieczy zastępczej, właściwe standardy świadczonej pomocy oraz taki poziom współpracy między podmiotami udzielającymi dziecku wsparcia, który – jeśli jest to możliwe – pozwoli na przywrócenie dziecka jego rodzinie lub też umożliwi mu funkcjonowanie we właściwy sposób w ramach rodziny zastępczej;
- Zwiększenie limitu środków w ramach projektów EFS+ na wydatki objęte regułą cross-finansingu do maksymalnego możliwego pułapu.
- Wsparcie asystenta rodziny dla rodzin biologicznych dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej.
- Objęcie opieką koordynatora wszystkich rodzin zastępczych.
- Zapewnienia wsparcia kompetencyjnego osobom opuszczającym pieczę zastępczą przez minimum 12 miesięcy po zakończeniu działań projektowych w postaci wsparcia ukierunkowanego, np. na wsparcie psychologiczne.

KARTA OBSZARU 3: Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym

3.1. Opis obszaru interwencji

I. System ochrony zdrowia psychicznego – pacjenci, rozpoznania, kadra

W związku z dużym zapotrzebowaniem na szeroko rozumianą pomoc i wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, wskazanym jest podnoszenie jakości tych usług poprzez kształcenie i podnoszenie kwalifikacji kadr świadczących usługi medyczne w ośrodkach I-go poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz w Centrach Zdrowia Psychicznego.

Według danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w województwie opolskim w latach 2017–2020 najniższa liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej wynosiła 32,6 tys. a najwyższa 35,4 tys. W 2021 r. w psychiatrycznej opiece zdrowotnej leczyło się 32,7 tys. osób, co oznacza, że średnio u co 29-go mieszkańca regionu stwierdzono różnego typu rozpoznania z grupy F00–F99 (wszystkie rozpoznania dotyczące chorób i zaburzeń psychicznych) zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. W omawianym roku największą kumulację pacjentów odnotowano w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim – 4,6 tys. osób, co stanowiło 13,9% wszystkich pacjentów leczonych w w/w rodzaju opieki zdrowotnej w województwie opolskim, a najmniejszą w powiecie namysłowskim (analogicznie: 1,1 tys. osób oraz 3,3%).

W 2021 r. odnotowano w województwie opolskim blisko 27 tys. pacjentów z rozpoznaniem F20–F99 (tj. bez rozpoznań dotyczących zaburzeń otępiennych i uzależnień) wobec 28 tys. przed czterema laty. W przypadku roku 2021 r. w województwie opolskim było 11 966 rozpoznań F40–F48, tzn. rozpoznań różnego rodzaju zaburzeń nerwicowych, 6 465 rozpoznań F30–F39, tzn. zaburzeń nastroju (depresji), 4 275 rozpoznań F20, tzn. rozpoznań schizofrenii, 1 808 rozpoznań F70–F79, tzn. rozpoznań związanych z upośledzeniem umysłowym. Wskazane wyżej najliczniejsze grupy rozpoznań w przedziale F20–F99 dotyczą pacjentów i ich rodzin, którym należałoby dedykować wsparcie.

Liczba pacjentów w poradniach psychologicznych dla dzieci i młodzieży w ramach I-go poziomu referencyjnego zakontraktowanych przez OOW NFZ ukształtowała się w 2021 r. na poziomie 2,8 tys. osób podczas gdy rok wcześniej wynosiła 0,9 tys. (3-krotny wzrost), co jest m.in. konsekwencją zwiększenia w skali roku dostępności terytorialnej udzielanych świadczeń z dwóch powiatów (prudnickiego i strzeleckiego) do dwunastu w roku następnym.

Świadczeń medycznych w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej na terenie województwa opolskiego w 2021 r. udzielało: 109 lekarzy psychiatrów (w tym z II stopniem specjalizacji – 78, z I stopniem specjalizacji – 12, a w trakcie specjalizacji – 19), 8 lekarzy psychiatrów dziecięcych (analogicznie: 6, 1 i 1) oraz 65 pielęgniarek ze specjalizacją psychiatryczną.

Według danych gromadzonych w Rejestrze Szkół i Placówek Oświatowych w województwie opolskim na dzień 27.01.2023 r. z 410 szkół podstawowych 263 szkoły zatrudniały psychologa szkolnego, a 271 pedagoga. Wśród 240 szkół ponadpodstawowych, psychologa zatrudniało 148 szkół, a pedagoga 138. Niejednokrotnie zdarza się, że psychologowie i pedagodzy szkolni zatrudniani są na części etatu, co znacznie ogranicza ich dostępność dla nauczycieli, uczniów i rodziców.

W związku z powyższym wskazane jest szkolenie osób pracujących na co dzień z dziećmi i młodzieżą – kadry ośrodków I-go poziomu systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, nauczycieli/pedagogów i psychologów szkolnych, rodziców/opiekunów. Ponadto celem wzmocnienia jakości pomocy wskazanym jest szkolenie kadr świadczących usługi w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego. Jak zasygnalizowano wyżej, potrzebnym jest wsparcie pacjentów i ich rodzin z najliczniejszych rozpoznań, tj. F40–F48 (zaburzenia nerwicowe), F30–F39 (depresje), F20 (schizofrenia) oraz F70–F79 (rozpoznanie związane z upośledzeniem umysłowym).

II. Pomoc psychologiczna i wsparcie dla dzieci i młodzieży, w tym w obszarze dotyczącym ryzykownych zachowań seksualnych

Według danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 r. na terenie województwa opolskiego ośrodki I-go poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży obejmowały pacjentów z pięciu powiatów, a ich liczba wyniosła 934 osoby. W 2021 r. ośrodki I-go poziomu referencyjnego obejmowały pacjentów ze wszystkich powiatów województwa, a ich liczba wyniosła 2835 osób. Najprawdopodobniej liczba pacjentów zgłaszających się do ośrodków I-go poziomu referencyjnego „psychiatrii dzieci i młodzieży” będzie rosła, co może skutkować wydłużaniem się czasu oczekiwania na świadczenie. W województwie opolskim obserwuje się zróżnicowaną dostępność świadczeń opieki psychiatrycznej skierowanych do dzieci i młodzieży. Na dzień 30.01.2023 r. wg portalu NFZ – Informator o Terminach Leczenia, czas oczekiwania do poradni psychologicznej w Kluczborku wynosi ok. jednego miesiąca, zaś do poradni psychologicznej przyjmującej również dzieci w mieście Opolu ok. 11 miesięcy.

W związku z powyższym wskazane jest wdrożenie działań obejmujących pozamedyczną pomoc psychologiczną i wsparcie dla dzieci i młodzieży, którzy przejawiają problemy w obszarze zdrowia psychicznego.

W badaniach w metodologii HBSC Health Behaviour in School-aged Children (Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej) dotyczących zdrowia uczniów w Polsce w 2018 r. przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, 16,4% chłopców i 10,1% dziewcząt w wieku 15 lat w Polsce zadeklarowało odbycie inicjacji seksualnej. „Dziewczęta i chłopcy zapytani o wiek, w którym odbyli pierwszy stosunek płciowy odpowiadali podobnie (zbliżona średnia wieku inicjacji ustalona odrębnie dla dziewcząt i chłopców – odpowiednio 14,2 i 14,6 lat)”. Wśród młodzieży

15-letniej, która odbyła inicjację seksualną, tylko 57,6% w czasie ostatniego stosunku seksualnego stosowało prezerwatywy.⁹

Ryzykowne zachowanie seksualne młodzieży, w tym wczesne kontakty seksualne oraz kontakty seksualne bez zabezpieczenia stanowią poważne i bardzo trudne wyzwanie profilaktyczne. Zdrowie seksualne jest obszarem złożonym i jednocześnie dotyczącym różnych wrażliwych sfer funkcjonowania człowieka. Rozwój psychoseksualny jest integralną i uniwersalną częścią życia człowieka, problemy w tym obszarze funkcjonowania pojawiające się we wczesnych okresach rozwojowych rzutować mogą negatywnie na późniejsze funkcjonowanie. Ponadto część młodych, w tym bardzo młodych osób, doświadcza w swoim życiu różnych form przemocy związanej z seksualnością. Wszystko to wskazuje na potrzebę realizacji wsparcia i interwencji w tym obszarze.

III. Zachowania autodestrukcyjne

Jak piszą autorzy opracowania „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski” – „Istotnym czynnikiem ryzyka samobójstwa jest występowanie zaburzeń psychicznych. W krajach o wysokich dochodach prawie 90% aktów samobójczych dokonują osoby z zaburzeniami psychicznymi”.¹⁰

Według opracowania Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego „niepokojąca również stała się liczba samobójstw w grupie młodzieży szkolnej. W tej grupie liczba samobójstw rocznie oscylowała wokół 100 osób w ciągu ostatnich 4 lat (107 osób w 2020 r.)”.¹¹ Wyniki badań wskazują, „że 5,7% młodzieży szkolnej w Polsce w wieku 12–17 lat przejawia w perspektywie życia tendencje samobójcze, co po ekstrapolacji na całą populację młodzieży szkolnej oznacza zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc dla co najmniej 131 tys. młodych ludzi (i ich rodzin)”.¹² Ponadto „wysokie bieżące ryzyko samobójstwa u młodzieży z tendencjami samobójczymi stwierdzono u 0,4% populacji, co oznacza potrzebę natychmiastowej interwencji specjalistycznej wobec ok. 9 tys. nastolatków poważnie zagrożonych podjęciem próby samobójczej”.¹³

Jak podaje Instytut Psychiatrii i Neurologii na pytanie „czy kiedykolwiek próbowałeś popełnić samobójstwo?” w populacji młodzieży w wieku 12–17 lat pozytywnie odpowiedziało ok. 14 tys. osób, co stanowi 0,6% populacji. Tendencje samobójcze w tej grupie przejawiało niespełna 131 tys. osób czyli ok. 5,7% populacji¹⁴. Ponadto według danych IPiN „rozpowszechnienie tendencji samobójczych wzrasta z wiekiem nastolatków. Największe rozpowszechnienie (8,4%) odnotowano w najstarszej grupie wiekowej 16–17 lat, a najmniejsze (3%) w najmłodszej grupie wiekowej 12–13 lat. Dynamika zmian w rozpowszechnieniu tych zaburzeń była bardzo podobna u chłopców i dziewcząt – w obu tych

⁹ Raport "Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC" pod redakcją Joanny Mazur i Agnieszki Małkowskiej-Szkućnik. Badania przeprowadzone w Polsce w roku szkolnym 2017/18 przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Warszawa 2018 r.

¹⁰ Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II. Red. J. Moskalewicz, J. Wciórka. Warszawa 2021 r., str. 680.

¹¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022. Red. B. Wojtyniak, P. Goryński. Warszawa 2022 r., str. 308.

¹² Tamże, str. 309.

¹³ Tamże, str. 309.

¹⁴ Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II. Red. J. Moskalewicz, J. Wciórka. Warszawa 2021 r., str. 681-682.

podgrupach rosta wraz z wiekiem”¹⁵. Dane wskazują również, że „niskie ryzyko zamachu samobójczego dotyczy ok. 111 tys. młodzieży, średnie ryzyko – 11 tys., a wysokie ryzyko – 9 tys.”¹⁶

W związku z powyższym wskazana jest realizacja działań ukierunkowanych na pomoc psychologiczną, edukację, wsparcie i profilaktykę zachowań autodestrukcyjnych dla dzieci i młodzieży, ich rodzin oraz otoczenia społecznego i instytucjonalnego.

IV. Organizacje pozarządowe działające w obszarze ochrony zdrowia psychicznego

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego, wynika, że w 2020 r. aktywnych organizacji pozarządowych było w województwie opolskim ok. 2,5 tys., a na 10 tys. mieszkańców przypadało prawie 26 organizacji pozarządowych. Oznacza to, że województwo opolskie plasowało się (podobnie jak w latach ubiegłych) na 9–11 miejscu pod względem wskaźnika liczba aktywnych organizacji III sektora w Polsce.

Działalność w obszarze ochrony zdrowia prowadziło w Polsce zaledwie ok. 3,9% organizacji. Trudno oszacować ile organizacji prowadziło działania w obszarze zdrowia psychicznego. Przeważająca część organizacji non-profit działała w 2020 r. wyłącznie w oparciu o pracę społeczną (wolontariat). Brak korzystania z płatnego personelu deklarowało 61,6% z nich.

W związku z powyższym wskazanym wydaje się wzmacnianie potencjału organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Z badania ankietowanego gmin i powiatów w województwie opolskim, przeprowadzonego w grudniu 2022 r., wynika, że za najważniejsze potrzeby w zakresie rozwoju usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym samorządy uznają rozwój: specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu lub środowisku zamieszkania, rozwój asystentury osobistej, tworzenie i rozwój dziennych form wsparcia dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego (w tym klubów samopomocy lub typu środowiskowego domu samopomocy) oraz usług sąsiedzkich i wspomagających (obejmujących dowóz żywności, leków, usługę „złotej rączki” itp., np. w ramach Marszałkowskiego kuriera społecznego). Następnie samorządy wskazały na istotną konieczność rozwoju różnych form mieszkalnictwa (w tym wspomaganego) oraz opieki wytchnieniowej dla członków rodzin i opiekunów osób w kryzysie zdrowia psychicznego (w tym placówek środowiskowych i miejsc krótkoterminowego pobytu oraz wsparcia psychologicznego i doradczego). W dalszej kolejności zaznaczono, że ważną rolę w tworzeniu i rozwoju wsparcia dla tej grupy ludności mogą pełnić organizacje pozarządowe, w tym przedsiębiorstwa społeczne jako dostarczyciele usług społecznych (np. jako pracodawcy osób z zaburzeniami psychicznymi). Zwrócono także uwagę na potencjał rozwojowy innych usług wspierających osoby w kryzysie psychicznym, np. łączących wsparcie opiekunów formalnych i nieformalnych w środowisku zamieszkania czy treningi prowadzenia gospodarstwa domowego.

3.2. Założenia dotyczące rozwoju usług i deinstytucjonalizacji

Przedsięwzięcia zawarte w *Regionalnym Planie Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Opolskiego na lata 2023-2025* ustalono w powiązaniu z zapisami zawartymi w dokumentach strategicznych:

¹⁵ Tamże, str. 682.

¹⁶ Tamże, str. 686.

- 1) *Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. – Załącznik Nr 2 Strategia Deinstytucjonalizacji: Opieka Zdrowotna nad Osobami z Zaburzeniami Psychicznymi;*
- 2) *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).*

Cel strategiczny: Inspirowanie oraz tworzenie warunków do wdrażania w formie zdeinstytucjonalizowanej działań zmierzających do poprawy jakości oraz zakresu usług wspierających, adresowanych do osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych, osób w kryzysie psychicznym oraz do członków ich rodzin, a także do ich otoczenia społecznego i instytucjonalnego.

3.3. Działania przewidziane planem na lata 2023–2025

Przedstawione poniżej działania proponuje się wdrażać w formach maksymalnie uelastycznionych dopasowanych do specyfiki beneficjentów działań.

3.3.1 Rozwój usług środowiskowych między innymi w formie:

- A. Centrów Zdrowia Psychicznego,
- B. tworzenia i wsparcia funkcjonowania lokalnych punktów konsultacyjnych dla osób doświadczających kryzysów, chorób i zaburzeń psychicznych oraz dla członków ich rodzin,
- C. tworzenia grup wsparcia psychologicznego dla osób dorosłych doświadczających kryzysów, chorób i zaburzeń psychicznych oraz dla członków ich rodzin,
- D. wsparcia wytchnieniowego oraz wsparcia mobilnego dla członków rodzin osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych,
- E. przedsięwzięć o charakterze włączeniowym i aktywizującym adresowanych do osób dorosłych doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.

3.3.2 Pomoc psychologiczna i wsparcie dla dzieci i młodzieży (w tym przebywającej w pieczy zastępczej, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych) przejawiających problemy/trudności w obszarze zdrowia psychicznego oraz dla członków ich rodzin.

3.3.3 Pomoc psychologiczna, profilaktyka oraz edukacja dotyczące zachowań społecznych, w tym autodestrukcyjnych i samobójczych adresowane do osób przejawiających takie zachowania, do członków ich rodzin oraz do ich otoczenia społecznego i instytucjonalnego.

3.3.4 Pomoc psychologiczna i wsparcie dla osób mających problemy w obszarze zdrowia i rozwoju seksualnego oraz dla członków ich rodzin.

3.3.5 Wsparcie szkoleniowe i konsultacyjne dla kadry Centrów Zdrowia Psychicznego i innych placówek świadczących usługi środowiskowe dla osób dorosłych w kryzysie zdrowia psychicznego, dla kadry I-go poziomu referencyjnego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz dla kadry pracującej w innych podmiotach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

3.3.6 Wsparcie szkoleniowe, superwizyjne i konsultacyjne dla kadry pedagogicznej i psychologicznej szkół, kadry poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz dla kadry organizacji pozarządowych pracujących z dziećmi i młodzieżą przejawiającymi problemy/trudności w obszarze zdrowia psychicznego oraz dla członków ich rodzin, a także dla osób pracujących w innych niemedycznych instytucjach.

3.3.7 Zakup i/lub refundacja zakupu diagnostycznych testów psychologicznych, szkolenia z ich używania, zakup sprzętu komputerowego i oprogramowania dla osób używających tych testów,

pracujących w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz w innych podmiotach oświatowych i wychowawczych. Opcjonalnie finansowanie i/lub refinansowanie wykonania testów psychologicznych na potrzeby szkół, poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych podmiotów oświatowych i wychowawczych.

3.3.8 Wsparcie infrastruktury szkół oraz poradni/gabinetów psychologiczno – pedagogicznych, w tym poprzez finansowanie sal do integracji sensorycznej oraz mobilnych sal do integracji sensorycznej.

3.3.9 Budowanie i wzmacnianie potencjału podmiotów ekonomii społecznej działających w obszarze zdrowia psychicznego - w tym organizacji zrzeszających osoby doświadczające chorób i zaburzeń psychicznych oraz członków rodzin i opiekunów takich osób.

3.3.10 Realizacja Treningu Umiejętności Społecznych dla dzieci wymagających wsparcia w zakresie kompetencji społecznych ze szkół podstawowych z klas I-III (ewentualnie I-IV). Trening realizowany przez zewnętrznych realizatorów. Ten element zadania może nie być realizowany w przypadku wystąpienia kolizji formalno-prawnej związanej z umieszczeniem Treningu Umiejętności Społecznych w koszyku świadczeń gwarantowanych tj. świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Alternatywnie lub równocześnie realizacja szkoleń przygotowujących realizatorów, w tym nauczycieli klas I-III (ewentualnie I-IV) do realizacji Treningu Umiejętności Społecznych wraz z superwizyjnym wsparciem pierwszych realizacji treningu.

3.3.11 Realizacja programów rekomendowanych w zakresie profilaktyki selektywnej i profilaktyki wskazującej zawartych w bazie programów rekomendowanych.

3.3.12 Opracowanie i pilotażowa realizacja wraz ze zgłoszeniem do systemu rekomendowanych programów nowego/nowych programów w zakresie profilaktyki selektywnej i/lub profilaktyki wskazującej dotyczących zdrowia psychicznego i/lub profilaktyki zachowań ryzykownych/problemowych oraz uzależnień.

3.3.13. Realizacja indywidualnych zajęć integracji sensorycznej dla dzieci ze szkół podstawowych z klas I-III (ewentualnie I-IV). Realizacja zajęć dla dzieci wyselekcjonowanych ze względu na potrzebę uczestnictwa w zajęciach. Zajęcia realizowane przez zewnętrznych realizatorów. Alternatywnie lub równocześnie realizacja szkoleń przygotowujących realizatorów, w tym nauczycieli klas I-III (ewentualnie I-IV) do realizacji zajęć integracji sensorycznej.

3.4. Rekomendacje

- Prowadzenie szkoleń, konsultacji i zajęć o charakterze superwizyjnym dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, w tym kadry ośrodków I-go poziomu systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, nauczycieli/pedagogów i psychologów szkolnych oraz rodziców/opiekunów.
- Prowadzenie szkoleń, konsultacji i superwizji dla osób pracujących w podmiotach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
- Wdrożenie działań obejmujących pozamedyczną pomoc psychologiczną i wsparcie dla dzieci i młodzieży, przejawiających problemy w obszarze zdrowia psychicznego i zachowań ryzykownych – w tym realizacja Treningów Umiejętności Społecznych dla dzieci wymagających wsparcia w zakresie kompetencji społecznych z klas I-III (z zastrzeżeniem zawartym w punkcie 3.3.10).
- Wdrożenie działań obejmujących pozamedyczną pomoc psychologiczną i wsparcie dla osób dorosłych, które przejawiają problemy w obszarze zdrowia psychicznego i zachowań ryzykownych.

- Realizacja działań ukierunkowanych na pomoc psychologiczną, edukację, wsparcie i profilaktykę zachowań autodestrukcyjnych dla dzieci i młodzieży, ich rodzin oraz otoczenia społecznego i instytucjonalnego.
- Wsparcie instytucji oświatowych w zakresie zwiększania kompetencji i możliwości diagnostycznych.
- Realizacja programów rekomendowanych w zakresie profilaktyki selektywnej i profilaktyki wskazującej, zawartych w bazie programów rekomendowanych.
- Opracowanie i pilotażowa realizacja wraz ze zgłoszeniem do systemu rekomendowanych programów nowego/nowych programów w zakresie profilaktyki selektywnej i/lub profilaktyki wskazującej dotyczących zdrowia psychicznego i/lub profilaktyki zachowań ryzykownych/problemowych oraz uzależnień.
- Realizacja indywidualnych zajęć integracji sensorycznej dla dzieci ze szkół podstawowych z klas I-III (ewentualnie I-IV). Realizacja zajęć dla dzieci wyselekcjonowanych ze względu na potrzebę uczestnictwa w zajęciach. Zajęcia realizowane przez zewnętrznych realizatorów. Alternatywnie lub równocześnie realizacja szkoleń przygotowujących realizatorów, w tym nauczycieli klas I-III (ewentualnie I-IV) do realizacji zajęć integracji sensorycznej.

KARTA OBSZARU 4: Osoby w kryzysie bezdomności

4.1. Opis obszaru interwencji

I. Struktura społeczno-demograficzna osób w kryzysie bezdomności

Bezdomność jest najbardziej skrajną formą ubóstwa i wykluczenia społecznego, a osoby jej doświadczające wymagają kompleksowego wsparcia i form pomocy, które mogą oferować różne podmioty (w tym pozarządowe). Wsparcie osób w kryzysie bezdomności powinno odbywać się na różnych płaszczyznach – psychologicznej, zawodowej (ekonomicznej) i socjalno-bytowej.

Wg obowiązujących zapisów (ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) za osobę bezdomną uznaje się osobę: niezamieszkującą lokal mieszkalny (w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy), niezameldowaną na pobyt stały (w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności) lub niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. Zgodnie ze *Strategią rozwoju usług społecznych, polityką publiczną do roku 2030 (z perspektywą do 2035r.)* taka definicja utrudnia kompleksowe wsparcie osób w kryzysie bezdomności, gdyż pomija osoby korzystające ze wsparcia w programach mieszkaniowych. Stąd zasadne jest (zwłaszcza na potrzeby niniejszego dokumentu i planowanego wsparcia), by przyjąć definicję osoby w kryzysie bezdomności, dotkniętej wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonej bezdomnością bezdomności ujętą w *Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027*. Definicja ta uwzględnia bezdomność w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej oraz bezdomność i zagrożenie tym zjawiskiem wg Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego (ETOS). Określa ona, że posiadanie domu to: posiadanie odpowiedniego schronienia przed warunkami atmosferycznymi (domena fizyczna), w którym można zachować prywatność i czerpać satysfakcję z relacji społecznych (domena społeczna), oraz do której posiada się tytuł prawny (domena prawna). Brak choć jednej z tych przesłanek należy rozumieć jako brak dachu nad głową, mieszkania oraz posiadanie takiego mieszkania, które jest niezabezpieczone lub

nieodpowiednie. Ponadto Wytyczne do kategorii osób zagrożonych bezdomnością zaliczają osoby, które wcześniej doświadczyły zjawiska bezdomności, zamieszkują w mieszkaniu ale potrzebują wsparcia w jego utrzymaniu.

Zgodnie z ostatnimi, cyklicznie prowadzonymi przez MRiPS badaniami liczby osób w kryzysie bezdomności w Polsce w 2019 r. w Polsce jest około 31 tysięcy osób bezdomnych, w tym w woj. opolskim ich liczba szacowana jest na 849 osób (2-3%).¹⁷ Większość bezdomnych to mężczyźni (82%), a 37% bezdomnych ma niskie wykształcenie (maksymalnie gimnazjalne). Jednocześnie ok. 25% osób to bezdomni chroniczni, których czas bezdomności przekracza 10 lat (w następnej kolejności są osoby w kryzysie bezdomności do 2 lat oraz od 2 do 5 lat). Wśród bezdomnych 46% to osoby w wieku 41-60 lat, choć w kryzysie bezdomności znajdują się także osoby młode (w wieku 18-25 lat).

Zdecydowana większość bezdomnych przebywa w palcówkach instytucjonalnych (80%), pozostali zajmują miejsca niemieszkalne oraz pustostany lub przebywało na terenie ogrodów działkowych. Głównym źródłem ich dochodu jest zasiłek z pomocy społecznej (38%), przy czym ok. 17% bezdomnych pracuje (formalnie i nieformalnie, choć powszechniejsze jest zatrudnienie nierejestrowane).

W 2021 r. w woj. opolskim 1 107 osób (około 5% wszystkich klientów korzystających z pomocy społecznej) otrzymało pomoc z tytułu bezdomności. Najwięcej osób w kryzysie bezdomności znajduje się w gminach miejskich, tj. w Opolu (298 rodzin), Brzegu (130 rodzin) oraz Kędzierzynie-Koźlu (138 rodzin). Najmniej osób w kryzysie bezdomności jest w gminach wiejskich, co wynika ze specyfiki gmin, tj. z mniejszego dostępu do usług oraz świadczeń.

Jedną z grup szczególnie zagrożonych kryzysem bezdomności są wychowankowie opuszczający system pieczy zastępczej (rodziny zastępcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze). Wprawdzie otrzymują oni świadczenia na usamodzielnienie, w tym mogą skorzystać z usług w ramach pobytu w mieszkaniu chronionym, jednak praktyka wskazuje, że proces adaptacji społecznej i pełnego ich usamodzielnienia jest trudny, a liczba dedykowanych im mieszkań mała. Istnieje zatem konieczność rozwoju różnorodnych usług wspierających i przeciwdziałających zjawisku bezdomności osób w wieku do 25 lat, w tym szczególnie wśród wychowanków pieczy zastępczej.

II. Usługi wspierające osoby w kryzysie bezdomności

Wsparcie w formie usług świadczonych w instytucji

W 2020 r. w woj. opolskim funkcjonowało 17 instytucji udzielających pomoc w formie schronienia dla osób w kryzysie bezdomności na 810 miejsc. Są to noclegownie, ogrzewalnie, hostele, schroniska i domy dla bezdomnych, zlokalizowane w 10 gminach. Zdecydowaną większość z nich prowadzą organizacje pozarządowe, w tym w ramach dofinansowania ze środków publicznych. Wśród tych placówek dwa ośrodki wsparcia dla osób bezdomnych (w Bielicach i w Opolu), poza funkcją noclegową, świadczą także usługi opiekuńcze.

Oznacza to, że potrzeby w zakresie doraźnej pomocy dla osób w kryzysie bezdomności w regionie w większości mogą być zabezpieczone w ramach dostępnych zasobów. Jednak trudnością pozostają działania mające na celu przezwyciężenie stanu bezdomności i wsparcia społecznego dostosowanego do potrzeb i możliwości osoby bezdomnej. Odnosi się to szczególnie do bezdomnych

¹⁷ Zob. więcej na stronie MRiPS <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019>

rezygnujących z dostępnej oferty pomocowej i funkcjonujących poza formalnym, instytucjonalnym system wsparcia.

Streetworking

W woj. opolskim jedną z najmniej rozwiniętych form pracy socjalnej, kierowanej do osób w kryzysie bezdomności, jest streetworking. Jest to metoda, mająca na celu dotarcie do konkretnej grupy odbiorców, poprzez bezpośrednie spotkanie w miejscach najczęściej przez nich odwiedzanych. Istotną zaletą streetworkingu jest docieranie do osób, będących poza systemem pomocy społecznej. Spośród gmin z największą liczbą rodzin korzystających z pomocy społecznej z tytułu bezdomności, tj. Opola, Kędzierzyna-Koźla, Brzegu, Nysy, Kluczborka i Strzelec Opolskich, tylko w Kędzierzynie-Koźlu i Strzelcach Opolskich realizowane są usługi streetworkingu. W Kędzierzynie-Koźlu dwóch streetworkerów przypada na około 60 bezdomnych.

Rekomenduje się rozwój tej formy usługi, szczególnie w większych gminach (miastach) woj. opolskiego, w których problem bezdomności występuje w większym zakresie. Istotną kwestią w realizacji usług streetworkingu jest ich ciągłość, a zapewnić ją można poprzez m.in. zmniejszenie rotacji streetworkerów, gwarantując im zatrudnienie na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

III. Mieszkalnictwo wspomagane dla osób w kryzysie bezdomności

Długotrwałe przebywanie w placówkach wieloosobowych (schroniskach, ogrzewalniach, domach dla bezdomnych) pogłębia wykluczenie społeczne, z uwagi m.in. na brak konieczności podejmowania decyzji dotyczących własnego życia, stały kontakt tylko z osobami w podobnej sytuacji życiowej, brak motywacji do zmiany. W związku z powyższym konieczne jest wzmocnienie i rozwój kompleksowych usług świadczonych bezdomnym, przede wszystkim w miejscach ich pobytu i środowisku lokalnym. Badania z zakresu wsparcia mieszkaniowego osób w kryzysie bezdomności wskazują na potrzebę rozwijania oraz uświadomienia większej skuteczności rozwiązań pozainstytucjonalnych i alternatywnych, w tym promocji wsparcia w formie modelu „Najpierw mieszkanie”. Jest to specjalistyczna usługa kierowana do osób od lat korzystających z tradycyjnej pomocy z tytułu bezdomności, która w ich przypadku jest nieskuteczna, ponieważ nadal pozostają oni bez domu, w tym z powodu zaburzeń psychicznych lub uzależnień. Założeniem tego rozwiązania jest budowanie relacji z osobą bezdomną jako klientem, by w kolejnym kroku zaproponować mu przeniesienie do samodzielnego mieszkania i dopiero później, na bazie wypracowanego poczucia bezpieczeństwa, rozpocząć z nim pracę nad problemami stojącymi za jego długotrwałą bezdomnością.

Obecnie jedyne w woj. opolskim mieszkanie wspomagane/treningowe na 6 miejsc dla osób w kryzysie bezdomności, bez konieczności skierowania przez instytucję, tj. ośrodek pomocy społecznej, prowadzi Stowarzyszenie Pomocy Osobom Bezdomnym, Ubogim oraz Wykluczonym Społecznie "Nadzieja" w Opolu.

Rekomenduje się rozwój tego typu form mieszkalnictwa dla osób bezdomnych, w tym tworzenie mieszkań wspomaganych/treningowych, które byłyby mieszkaniem przejściowym, pomagającym wrócić do pełnienia ról społecznych i przezwyciężyć kryzys bezdomności.

IV. Podmioty ekonomii społecznej jako dostarczyciele usług społecznych

Na terenie woj. opolskiego zarejestrowanych jest około 30 organizacji pozarządowych wspierających osoby w kryzysie bezdomności. Do najprężniej działających należy Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej „Barka”, które prowadzi 6 domów dla osób bezdomnych, oraz punkt „Przytulisko” w Strzelcach Opolskich. Stowarzyszenie świadczy pomoc osobom bezdomnym, przebywającym „na ulicy”, które odrzucają oferowane, instytucjonalne formy pomocy. W „Przytulisku” jest biuro streetworkingu, w ramach którego bezdomni mogą liczyć na wsparcie ze strony doświadczonych streetworkerów. Kolejną, wyróżniającą się w tym zakresie organizacją pozarządową, jest Towarzystwo Pomocy im. Św. Brata Alberta, którego oddziały na terenie woj. opolskiego prowadzą schroniska dla osób bezdomnych (w Pępicach i w Jasienicy Górnej), a wraz z usługami opiekuńczymi w Bielicach (dla swoich mieszkańców oraz osób bezdomnym spoza schroniska). Do tych organizacji należy dołączyć Stowarzyszenie Pomocy Osobom Bezdomnym, Ubogim oraz Wykluczonym Społecznie w Opolu, prowadzące mieszkanie treningowe dla osób w kryzysie bezdomności, a także świadczące rzadko stosowane usługi asystenta osoby bezdomnej.

Rekomenduje się wzmocnienie i rozwój innych, także mało rozpowszechnionych, form usług wspierających osoby w kryzysie bezdomności (np. usługi opiekuńcze, poradnictwo specjalistyczne, pomoc mieszkaniowa), z uwzględnieniem doświadczeń i potencjału organizacji pozarządowych.

Wyniki diagnozy dot. rozwoju usług społecznych (i deinstytucjonalizacji), przeprowadzonej wśród gmin i powiatów woj. opolskiego (z grudnia 2022 r.), potwierdzają, że do usług, które należy rozwijać i inicjować z zakresu wsparcia osób w kryzysie bezdomności, należą: różnego rodzaju formy mieszkalnictwa, w tym także oparte na modelu „Najpierw mieszkanie”, wraz z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby, usługi wspomagające (np. w ramach terapii uzależnień) oraz poradnictwo specjalistyczne skierowane do osób zagrożonych bezdomnością z powodu m.in. eksmisji, przemocy w rodzinie, uzależnień oraz po opuszczeniu zakładu karnego i innych instytucji, w tym szpitali.

4.2. Założenia dotyczące rozwoju usług społecznych oraz procesu deinstytucjonalizacji kierowane do osób w kryzysie bezdomności

Cel strategiczny: Wzmocnienie i rozwój usług świadczonych w środowisku lokalnym kierowanych do osób w kryzysie bezdomności

Zgodnie z przedstawioną diagnozą skuteczne wspieranie osób w kryzysie bezdomności wymaga wzmocnienia i rozwoju usług świadczonych szczególnie w jego środowisku, w tym bezpośrednio w miejscach przebywania osób bezdomnych. Istotne jest zwiększenie ich dostępu do mieszkań, w tym wspomaganych/treningowych, oraz rozwój zindywidualizowanych usług społecznych, w tym zwłaszcza streetworkingu oraz innych form pracy socjalnej, np. indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, kontraktu socjalnego, a także innych usług kierowanych, zwłaszcza do osób młodych, w tym wychowanków pieczy zastępczej, zagrożonych zjawiskiem bezdomności.

4.3. Działania przewidziane planem na lata 2023-2025

4.3.1 Wzmocnienie i rozwój usług społecznych, w tym pozainstytucjonalnych form wsparcia, dla osób w kryzysie bezdomności

- A. Świadczenie kompleksowego wsparcia w procesie wychodzenia z bezdomności poprzez zapewnienie dostępu do mieszkań wspomaganych/treningowych, na przykład w ramach modelu „Najpierw mieszkanie” wraz z usługami w miejscu zamieszkania.
- B. Wdrożenie usług środowiskowych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności, w szczególności usługi streetworkingu, asystenta osoby bezdomnej, terapii uzależnień, poradnictwa specjalistycznego (prawnego, socjalnego, psychologicznego) i usług opiekuńczych.
- C. Wspieranie reintegracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych zjawiskiem bezdomności i w kryzysie bezdomności za pośrednictwem podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych.
- D. Budowanie i wzmacnianie potencjału podmiotów ekonomii społecznej działających na rzecz osób w kryzysie bezdomności.

4.4. Rekomendacje

- Rozwój streetworkingu, jako formy wsparcia osób w kryzysie bezdomności ulicznej poprzez szkolenia dla kadr oraz wspieranie zatrudnienia streetworkerów w gminach, w szczególności w miastach powiatowych.
- Tworzenie mieszkań wspomaganych i mieszkań chronionych w ramach zasobów lokalowych gmin powiązane z rozwojem usług opiekuńczych i innych usług społecznych adresowanych do osób w kryzysie bezdomności.
- Zwiększenie limitu środków w ramach projektu niekonkurencyjnego w działaniu 6.6 FEO na wydatki objęte regułą cross-financingu do maksymalnego możliwego pułapu celem przeprowadzenia prac remontowych w lokalach, w których następnie będą zamieszkiwali uczestnicy projektu.
- Wspieranie zatrudnienia osób w kryzysie bezdomności w centrach integracji społecznej i przedsiębiorstwach społecznych, jeżeli osoby te spełnią przesłanki do objęcia ich wsparciem określonych w SZOP 2021-2027 oraz, w opinii CIS, OPS lub OWES, będą mogły podjąć zatrudnienie realizując indywidualny program zatrudnienia socjalnego, indywidualny program wychodzenia z bezdomności czy też indywidualny plan reintegracyjny.

KARTA OBSZARU 5: Cudzoziemcy (w tym osoby przybyłe w wyniku wojny w Ukrainie)

5.1. Opis obszaru interwencji

I. Liczba i struktura społeczno-demograficzna cudzoziemców w województwie opolskim

Według ZUS w grudniu 2021 r. liczba cudzoziemców zgłoszonych do ubezpieczeń (emerytalnego i rentowych) w woj. opolskim wynosiła 23 285 osób.¹⁸ Wśród pracujących cudzoziemców dominują obywatele Ukrainy (90%) oraz Białorusi, Mołdawii i Gruzji.

Z powodu wybuchu wojny w Ukrainie od 24 lutego 2022 r. nastąpił nagły napływ uchodźców wojennych do Polski. Po prawie roku od rozpoczęcia konfliktu zbrojnego (do 6 lutego 2023 r.) na terenie woj. opolskiego status legalnego pobytu, na podstawie nr PESEL, otrzymało 21 558 osób (zgodnie z ustawą z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym

¹⁸ Cudzoziemcy w polskim systemie ubezpieczeń społecznych – XII 2021, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, czerwiec 2022.

na terytorium tego państwa).¹⁹

Struktura demograficzna imigrantów z Ukrainy jest jednak inna niż imigrantów dotychczas przybywających do Polski, co wynika z nagłego otwarcia granic Polski z Ukrainą dla osób uciekających przez działaniami zbrojnymi oraz dekretu Prezydenta Ukrainy, który w związku z ogłoszeniem powszechnej mobilizacji zakazał wyjazdu z kraju mężczyznom w wieku 18-60 lat (z wyjątkiem m. in. ojców z co najmniej trójką dzieci w wieku poniżej 18 lat).

W konsekwencji zdecydowana większość dorosłych uciekinierów z Ukrainy w woj. opolskim to kobiety (14 112), a wg grup wiekowych to osoby w wieku 30-44 lat.²⁰ Znaczna część tych osób przyjechała z dziećmi, co oznacza, że w grupie przybyłych cudzoziemców dominują kobiety z dziećmi (ok. 80-90%) w wieku aktywności zawodowej (badania krajowe z 2022 r. wskazały także na istotny odsetek wśród przybyłych do kraju osób powyżej 60 roku życia, które w normalnych warunkach pozostałyby w swoim kraju).²¹

Tak istotny wzrost liczby cudzoziemców w Polsce, w tym w woj. opolskim, ma istotnym wpływ na różne obszary życia społecznego, w tym m. in. rynku pracy, edukacji, usług zdrowotnych i społecznych. W związku z tym rekomenduje się dalszą analizę sytuacji cudzoziemców, szczególnie imigrantów wojennych, oraz kontynuowanie i rozwój wsparcia w formie usług społecznych, dostosowanych do struktury i potrzeb cudzoziemców, przebywających na terenie woj. opolskiego.

II. Wsparcie integracji społecznej cudzoziemców, w tym imigrantów wojennych

Nagły i trudno przewidywalny napływ dużej liczby uciekinierów wojennych z Ukrainy spowodował konieczność uruchomienia szybkiego wsparcia, zwłaszcza w zakresie pomocy socjalno-bytowej, stając się szansą na m. in. możliwe wzmocnienie potencjału demograficznego woj. opolskiego.

Wprawdzie większość imigrantów z Ukrainy przyjęły duże województwa i aglomeracje w kraju, jednak woj. opolskie dla części z nich jest bardziej atrakcyjnym regionem pobytu niż inne regiony (dane ZUS za 2021 r. podają, że woj. opolskie ma więcej cudzoziemców niż województwa: podkarpackie, świętokrzyskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, tylko minimalnie ustępując województwom: lubelskiemu i lubuskiemu).²²

Zgodnie z wcześniej prowadzonymi badaniami wybór przez obcokrajowców województwa opolskiego na miejsce pracy i zamieszkania wynika z kilku czynników, głównie wyższych zarobków, niż w innych częściach Polski, a także zapotrzebowania na pracowników zgłaszanych przez pracodawców. Studentów natomiast przekonują warunki studiowania zaoferowane przez uczelnie (brak lub niskie opłaty, zapomogi, zakwaterowanie itp.). Jednocześnie badania wskazują, że większość przybyłych osób deklaruje chęć pozostania w woj. opolskim.²³

W związku z tym, mając na względzie aktualną sytuację demograficzną woj. opolskiego oraz potrzeby rynku pracy należy podjąć działania wspierające obywateli państw trzecich, przybyłych do

¹⁹ Szczegółowe statystyki dot. osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy. Stan na 06.02.2023 r. <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715/resource/44869/table>

²⁰ Tamże.

²¹ *Sytuacja życiowa i ekonomiczna uchodźców z Ukrainy w Polsce*. Raport z badania ankietowego zrealizowanego przez OO NBP, Departament Statystyki, Warszawa 2022 r.

²² *Cudzoziemcy w polskim systemie ubezpieczeń społecznych...*, s. 21.

²³ Zob. więcej: *Skłonność cudzoziemców do podejmowania pracy i osiedlania się w woj. opolskim*, dr S. Kubiciel-Lodzińska, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2017.

woj. opolskiego, poprzez m.in. pomoc w integracji społecznej, poprawę warunków bytowych oraz aktywizację zawodową.

Samorząd Województwa Opolskiego już po kilku tygodniach od wybuchu wojny w Ukrainie rozpoczął, w ramach działań wspierających imigrantów wojennych, realizację projektu "Solidarni z Ukrainą". Pozwala on na rozwijanie infrastruktury mieszkaniowej przeznaczonej dla cudzoziemców ze Wschodu (docelowo ma powstać 50 mieszkań w 17 gminach), wspieranie aktywizacji zawodowej poprzez naukę języka polskiego, która jest główną barierą w procesie poszukiwania pracy (docelowo wsparciem ma zostać objętych 350 osób), oraz lepszą integrację ze społeczeństwem poprzez organizację kolonii, półkolonii i wycieczek dla dzieci imigrantów (działania zaplanowano dla około 1200 dzieci i młodzieży).

Rekomenduje się dalsze wsparcie cudzoziemców w postaci kontynuowania i rozwoju usług społecznych ułatwiających integrację społeczną oraz aktywizację zawodową, wsparcie adaptacyjne, w tym wsparcie psychologiczne, wsparcie infrastruktury mieszkaniowej, umożliwiającej zamieszkanie na stałe w woj. opolskim.

Z badań ankietowych gmin i powiatów (grudzień 2022 r.) dot. zakresu wsparcia cudzoziemców, szczególnie osób przybyłych do Polski z terenu Ukrainy w wyniku działań wojennych, wynika, że najważniejsze działania w tym zakresie samorządy wymieniają: rozwój usług w zakresie integracji cudzoziemców na rynku pracy (np. wsparcie szkoleniowe, pomoc w znalezieniu zatrudnienia itp.), wsparcie mieszkaniowe (np. w zapewnieniu mieszkania, zakwaterowania), pomoc dla dzieci i rodzin cudzoziemców (np. usługi opiekuńcze, psychologiczne, asystenckie, wparcia dziennego w placówkach dla dzieci i młodzieży) oraz rozwój usług z zakresu włączenia społecznego cudzoziemców w swoim miejscu zamieszkania, w tym przede wszystkim nauka języka polskiego.

5.2. Założenia dotyczące rozwoju usług i deinstytucjonalizacji

Cel strategiczny: Wzmocnienie integracji cudzoziemców, w tym szczególnie imigrantów z Ukrainy, poprzez rozwój usług społecznych służących włączeniu społecznemu

Znaczny wzrost liczby cudzoziemców w regionie wskazuje na konieczność zintensyfikowania działań zmierzających do zapewnienia im należytej integracji ze społeczeństwem, poprawy warunków bytowych i aktywizacji zawodowej. Wśród elementów o kluczowym znaczeniu w procesie integracji cudzoziemców upatruje się naukę języka polskiego, pomoc w formie poradnictwa np. psychologicznego i prawnego, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia oraz pomoc w zapewnieniu mieszkania.

5.3. Działania przewidziane planem na lata 2023-2025

5.3.1 Wspieranie i rozwój usług społecznych skierowanych do cudzoziemców, szczególnie imigrantów wojennych

- A. Wzmocnienie integracji cudzoziemców ze społeczeństwem poprzez rozwój oferty w formie różnorodnych usług, dostosowanych do ich potrzeb (m. in. kursy językowe, adaptacyjne, wsparcie psychologiczne).
- B. Wsparcie edukacji dzieci z rodzin migranckich.

- C. Inwestycje w infrastrukturę społeczną celem przeciwdziałania marginalizacji i wykluczeniu społecznemu cudzoziemców.
- D. Wsparcie rodzin, zwłaszcza kobiet z dziećmi, celem ich integracji społecznej.
- E. Wzmocnienie i rozwój usług wspierających cudzoziemców oraz pracodawców w procesie integracji na rynku pracy.
- F. Wspólne aktywności dla rodzin obywateli państw trzecich i społeczeństwa włączającego.
- G. Budowa potencjału organizacji pozarządowych działających na rzecz cudzoziemców.

5.4. Rekomendacje

- Podejmowanie kompleksowych działań wspierających obywateli państw trzecich, przybyłych do woj. opolskiego, poprzez m.in. pomoc w integracji społecznej, oraz aktywizację zawodową.
- Wspieranie w pierwszej kolejności osób, które po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę zostały objęte ochroną czasową.
- Indywidualizacja wsparcia skierowanego do obywateli państw trzecich, uwzględniająca ich sytuację na rynku pracy, znajomość języka polskiego, wykształcenia, posiadane kwalifikacje i kompetencje, rodzaj wykonywanej lub poszukiwanej pracy, różnice kulturowe, płeć, wiek, status migracyjny itp.
- Podejmowanie wspólnych działań integracyjnych (np. pikniki edukacyjne, festiwale filmowe, aktywności dla dzieci) obywateli państw trzecich i społeczeństwa przyjmującego w celu przełamanie stereotypów oraz niekorzystnych trendów w zakresie postrzegania imigrantów.
- Budowanie i wzmacnianie potencjału wolontariatu oraz podmiotów ekonomii społecznej działających na rzecz obywateli państw trzecich.

5. Wskaźniki

Wskaźnik	Rodzaj wskaźnika	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2025 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
Liczba nowo utworzonych mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb	Wskaźnik rezultatu	I, II, V	1.3.5; 2.3.5	4	Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.) – inaczej SRUS	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 ; Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego (OZPS)
Odsetek gmin, w których zostanie utworzone centrum usług społecznych	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.1	4	SRUS	Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego
Odsetek gmin, w których zostanie utworzone miejsce koordynacji usług społecznych	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.2	100%	SRUS	OZPS
Odsetek dzieci przebywających w pieczy zastępczej, które wychowują się w rodzinnej pieczy zastępczej	Wskaźnik produktu	II	2.3.3	79%	SRUS	OZPS

Wskaźnik	Rodzaj wskaźnika	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2025 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
Odsetek stacjonarnych placówek opieki przekształconych w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową.	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.4	1	SRUS	-
Odsetek DPS, w których wprowadzono badania okresowej oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańca	Wskaźnik produktu	I	-	100%	SRUS	OZPS, Ogólnopolska diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych
Liczba powstałych centrów opiekuńczo-mieszkalnych (upowszechnienie i rozwój)	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.5	1	SRUS	OZPS
Liczba utworzonych przedsiębiorstw społecznych	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.6	6	SRUS	OZPS
Odsetek gmin, w których uruchomiono specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wskaźnik produktu	II	2.3.1	45%	SRUS	OZPS
Odsetek gmin, w których zabezpieczono dzienne formy pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.4	30%	SRUS	OZPS
Liczba gmin, w których są świadczone usługi streetworkerów zintegrowane z systemem interwencyjnych usług schronienia i innymi usługami typu outreach	Wskaźnik produktu	IV	4.3.1	0	SRUS	OZPS
Odsetek placówek dla osób w kryzysie bezdomności przekształconych w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym	Wskaźnik rezultatu	IV	4.3.1	0	SRUS	OZPS
Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej	Wskaźnik produktu	I	1.3.2; 1.3.4; 1.3.5;	377	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej	Wskaźnik rezultatu	I	1.3.1; 1.3.4; 1.3.5;	10	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób objętych usługami w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej	Wskaźnik produktu	II	2.3.1; 2.3.4	1 330	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie po opuszczeniu programu	Wskaźnik rezultatu	I, II, IV	1.3.1; 1.3.4; 1.3.5; 2.3.1; 4.3.1	900	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej istniejących po zakończeniu projektu	Wskaźnik rezultatu	II	2.3.1; 2.3.4; 2.3.5	95	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób z krajów trzecich objętych wsparciem w programie	Wskaźnik produktu	V	5.3.1	262	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów

Wskaźnik	Rodzaj wskaźnika	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2025 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
						realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Pojemność nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych	Wskaźnik produktu	I,II,IV,V	1.3.5; 2.3.5; 4.3.1; 5.3.1	11	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób korzystających ze wspartych obiektów infrastruktury społecznej	Wskaźnik rezultatu	I, II, IV, V	1.3.1; 1.3.5; 2.3.5; 4.3.1; 5.3.1	30	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Roczna liczba użytkowników nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych	Wskaźnik rezultatu	I, II, IV, V	1.3.5; 2.3.5; 4.3.1; 5.3.1	11	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób korzystających z usług środowiskowych w ramach wsparcia zdrowia psychicznego osób dorosłych	Wskaźnik produktu	III	3.3.1	30	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027 oraz raporty ze zrealizowanych projektów
Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług środowiskowych w ramach wsparcia zdrowia psychicznego	Wskaźnik produktu	III	3.3.1	3	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027 oraz raporty ze zrealizowanych projektów
Liczba osób korzystających ze wsparcia psychologicznego i/lub z zajęć integracji sensorycznej	Wskaźnik produktu	III	3.3.2; 3.3.3; 3.3.4; 3.3.13	40	Analizy własne	Raporty ze zrealizowanych projektów
Liczba godzin zrealizowanego wsparcia psychologicznego i/lub zajęć integracji sensorycznej	Wskaźnik rezultatu	III	3.3.2; 3.3.3; 3.3.4; 3.3.13	100	Analizy własne	Raporty ze zrealizowanych projektów
Liczba osób, które podniosły kompetencje w obszarze zdrowia psychicznego	Wskaźnik produktu	III	3.3.5; 3.3.6; 3.3.7; 3.3.8; 3.3.9; 3.3.10; 3.3.11; 3.3.12; 3.3.13	50	Analizy własne	Raporty ze zrealizowanych projektów

6. Finansowanie / Alokacja na poszczególne działania

Obszar	Działanie	Źródło finansowania	Alokacja UE na lata 2023 -2025 [PLN]	Uwagi
Osoby starsze i z niepełnosprawnościami oraz osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	1.3.1.-1.3.6 (RPDI), 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	115 900 006	Działania z zakresu tego obszaru mogą być finansowane z innych środków np. PFRON, ze środków własnych gmin i powiatów, FERS, środki z Programu Współpracy Samorządu Województwa Opolskiego z Organizacjami Pozarządowymi oraz Podmiotami Prowadzącymi Działalność Pożytku Publicznego, programy MRiPS
Rodzina i dzieci, w tym w kryzysie	2.3.1-2.3.5 (RPDI), 6.7 Wsparcie rodziny i pieczy zastępczej (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	37 000 003	Działania z zakresu tego obszaru mogą być finansowane z innych środków np. środków własnych gmin i powiatów, FERS, środki z Programu Współpracy Samorządu Województwa Opolskiego z Organizacjami Pozarządowymi oraz Podmiotami Prowadzącymi Działalność Pożytku Publicznego, programy MRiPS
Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym	3.3.1-3.3.8 (RPDI), 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	9 000 000	Działania z zakresu tego obszaru mogą być finansowane z innych środków np. PFRON, ze środków własnych gmin i powiatów, FERS, środki z Programu Współpracy Samorządu Województwa Opolskiego z Organizacjami Pozarządowymi oraz Podmiotami , Prowadzącymi Działalność Pożytku Publicznego, programy MRiPS
	3.3.1-3.3.13 (RPDI), 6.8 Profilaktyka zachowań społecznych dzieci i młodzieży (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	20 250 000	

Obszar	Działanie	Źródło finansowania	Alokacja UE na lata 2023 -2025 [PLN]	Uwagi
Osoby w kryzysie bezdomności	4.2.3.(RPDI), 6.6 Wsparcie osób w kryzysie bezdomności (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	6 300 000	Działania z zakresu tego obszaru mogą być finansowane z innych środków np. środków własnych gmin i powiatów, FERS, środki z Programu Współpracy Samorządu Województwa Opolskiego z Organizacjami Pozarządowymi oraz Podmiotami Prowadzącymi Działalność Pożytku Publicznego, programy MRiPS
Cudzoziemcy (w tym osoby przybyłe w wyniku wojny w Ukrainie)	5.3.1 (RPDI), 6.4 Wspieranie integracji społeczno-gospodarczej obywateli państw trzecich, w tym migrantów (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	46 311 628	-

7. Monitoring

Ze względu na przyjęty, trzyletni termin realizacji RPDI w woj. opolskim oraz procedury ogłaszania konkursów przez samorząd wojewódzki na realizację zadań ze środków z nowej perspektywy finansowej UE 2021-2027, obejmując różne obszary interwencji oraz terminy naborów projektów, zakłada się sukcesywną analizę przyjętych działań i wskaźników (w ramach prowadzonych na bieżąco konsultacji między pracownikami zespołu tworzącego niniejszy dokument, tj. przedstawicielami ROPS, WUP, DZD, DPF, oraz – w zależności od potrzeb – z udziałem innych ekspertów lub interesariuszy działań). Jednocześnie zmiany w dokumencie będą dokonywane jedynie w wyjątkowych sytuacjach, spowodowanych potrzebami regionalnymi lub krajowymi (np. związanych z dostępnymi środkami finansowymi). Sposób przygotowania, procedowania i realizacji niniejszego RPDI będzie podstawą do opracowania kolejnego planu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, uwzględniającego doświadczenia we wdrażaniu RPDI za lata 2023-2025.

8. Załączniki

- 1) Załącznik 1 - Przegląd dokumentów strategicznych regionalnych, krajowych i unijnych z odniesieniem do najważniejszych kierunków rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji (które powinny zostać zaimplementowane w woj. opolskim).

Przegląd dokumentów strategicznych regionalnych, krajowych i unijnych z zakresu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
1.	Ogólnoeuropejskie Wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności	Wytyczne odnoszą się do 4 grup użytkowników, którzy najczęściej zostają objęci opieką instytucjonalną: – dzieci (niepełnosprawne i pełnosprawne), – dorosłe osoby niepełnosprawne, – osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym, – osoby starsze. Przykłady możliwych usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, które powodują odejście od instytucji: – pomoc osobista, – adaptacja mieszkań, – pomoce techniczne i technologie wspomagające (np. urządzenia umożliwiające alternatywne metody komunikacji, systemy przypominające, oprogramowanie do rozpoznawania mowy i osobiste alarmy), – wzajemne wsparcie/ poradnictwo (pomoc w uzyskaniu podmiotowości, pewności siebie i samodzielności w poruszaniu się w środowisku kulturowym lub instytucjonalnym), – indywidualne reprezentowanie interesów (zapewnienie przeszkolonej osoby, która poznawszy potrzeby i życzenia klienta będzie mu doradzać i pomagać oraz wspierać go w podejmowaniu decyzji lub korzystaniu z uprawnień i która będzie w stosownych przypadkach negocjować lub argumentować w jego imieniu), – interwencje kryzysowe i usługi w sytuacjach nagłych (np. poradnictwo indywidualne i rodzinne, zespoły kryzysowe, opieka zastępcza w sytuacjach awaryjnych), – krótkie urlopy, – „dom ucieczki” (przestrzeń poza systemem psychiatrycznym, która umożliwia uzyskanie niezależności, w której mieszkańcy mogą podjąć próbę odzyskania kontroli nad swoim życiem), – usługi „towarzysza”(przeszkoleni wolontariusze wspierają osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym w reintegracji społecznej, może to być np. robienie zakupów, sprzątanie oraz towarzyszenie w czasie wolnym np. wyjście do kina, pubu czy odwiedzin u krewnych)

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– ośrodki opieki dziennej dla dorosłych i osób starszych (ośrodki zapewniają poradnictwo, wsparcie, posiłki i niektóre aspekty opieki osobistej, a także prowadzą działalność społeczną oraz kulturalną), – dowóz posiłków, – domowe usługi pielęgniarstwa, – mieszkalnictwo, – rodzinna opieka zastępcza dla dzieci (np. opieka krewnych, opieka zastępcza (umieszczenie w środowisku domowym rodziny innej niż własna rodzina), adopcja (opcja ostateczna gdyż brak jest wtedy możliwości powrotu do rodziny biologicznej), domy grupowe.
2.	Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030, z perspektywą do 2035 r.	Cel strategiczny 1 : Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci: 1. Rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych wspierających rodzinę i dzieci przez: – skoordynowanie i uspołecznienie współpracy z rodziną, – zwiększanie poziomu wiedzy i poprawa kompetencji rodziców, – wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnością oraz dzieci o zaburzonem rozwoju, – wzmocnienie i poszerzenie katalogu usług wspierających rodziców dzieci ze specjalnymi potrzebami, – rozwój środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania, – zwiększenie liczebności i wzmocnienie kompetencji kadr systemu wsparcia rodziny, – tworzenie na terenie gminy koszyków usług dla rodzin z dziećmi, – wsparcie rodzin w leczeniu choroby alkoholowej i innych uzależnień. 2. Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej – rozwój oferty wsparcia dla dzieci pozostających w rodzinnej pieczy zastępczej oraz dla rodziców zastępczych. 3. Zmiana funkcjonalności placówek całodobowych długookresowego pobytu - w celu zapewnienia rodzinom i dzieciom wsparcia w społeczności lokalnej oraz realizacji instytucjonalnych usług w nowej formule (pomioty pieczy zastępczej, MOW, MOS, DPS). 4. Poprawa jakości usamodzielnienia wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowego pobytu, w tym wzmocnienie roli opiekuna usamodzielnienia i stworzenie koszyka usług społ., rozwój mieszkalnictwa wspomagane z odpowiednim koszykiem usług. Cel strategiczny 2: Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu: 1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych poprzez:

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– upowszechnienie wśród JST koordynatora usług społ. (zmiany legislacyjne), – promowanie tworzenia i tworzenie CUS, – ustanowienie standardów i katalogów usług. 2. Wsparcie rodziny i osób pełniących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowej i technologiczne rodzin i opiekunów nieformalnych, wprowadzanie regulacji ułatwiających działalność zawodową opiekunom – elastyczne formy pracy, praca zdalna. Wsparcie w formie usług społecznych. 3. Rozwój środowiskowych form wsparcia w postaci usług społecznych, w tym: – rozwój usług społ. w formie usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia dziennego, gospodarstw opiekuńczych, rodzinnych domów pomocy, – rozwój usług sąsiedzkich, – tworzenie mieszkań wspomaganych z koszykiem usług społecznych, – wykorzystanie potencjału lokalnych zasobów poprzez angażowanie w realizację usług społ. podmiotów ekonomii społecznej, – przekształcenie placówek długoterminowej opieki w placówki realizujące kompleksowe usługi stacjonarne i środowiskowe w tym opiekę wytchnieniową. 4. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej i przekształcenie DPSów w środowiskowe centra opieki długoterminowej. 5. Trwały system finansowania opieki długoterminowej w obszarze usług społ. (opracowanie modelu stałego finansowania usług, zapewniającego możliwość korzystania ze wsparcia wszystkich osób wymagających pomocy). 6. Wsparcie i rozwój kadr świadczących usługi społecznej, w tym uregulowanie zawodu „specjalista ds. opieki”. Cel strategiczny 3: Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności: 1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla OzN, w tym: – ustanowienie na poziomie gmin koordynatora usług społ., – ustanowienie standardów i katalogów usług dla OzN, – diagnozowanie bieżących potrzeb; 2. Wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, w tym: – upowszechnianie aktywności zawodowej wśród opiekunów rodzinnych,

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe i technologiczne opiekunów rodzinnych, – organizacja działań samopomocowych, – wprowadzenie systemowej usługi asystencji osobistej dla OzN; 3. Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomagane; 4. Wdrożenie idei niezależnego życia dla OzN zamieszkujących w społeczności lokalnej oraz mieszkańców DPS-ów. Cel strategiczny 4: Stworzenie skutecznego systemu usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi: 1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym wypracowanie standardów i katalogu usług opieki psychiatrycznej; 2. Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, w tym: – stworzenie standardu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, – zwiększenie poziomu realizacji usług specjalistycznych, – rozwój mieszkań wspomaganych z koszykiem usług, – rozwój centrów opiekuńczo-mieszkalnych, – rozwój usług społ. wspierających rodziny z dziećmi z zaburzeniami psychicznymi. 3. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi - audyt DPS dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie wskazań do pobytu w tej formie opieki, realizowanie obowiązku przez instytucje opieki długoterminowej w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia, możliwości powrotu do środowiska. Przekształcenie DPSów w środowiskowe centra wsparcia, gdzie opieka stacjonarna może być tylko ostatnim z możliwych elementów wsparcia. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie warunków bytowych. Cel strategiczny 5: Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności oraz osób zagrożonych bezdomnością: 1. Wdrożenie systemu koordynacji i standaryzacji usług społecznych zapobiegających bezdomności, w tym wprowadzenie możliwości pracy socjalnej w zakładach penitencjarnych/ treningu samodzielności z os. usamodzielniającymi się oraz prowadzenie kampanii społ. dot. przełamywania stereotypów na temat bezdomności. 2. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie mieszkaniowej, w tym:

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– rozwój i wspieranie różnych form mieszkalnictwa (np. mieszkania wspomagane, model „najpierw mieszkanie”, – podnoszenie kompetencji i kwalifikacji kadr udzielających wsparcia, – przekształcanie placówek dla os. w kryzysie bezdomności w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym. 3. Wsparcie osób doświadczających bezdomności, w tym: – zmiany w zakresie definiowania bezdomności i katalogu osób uprawnionych do wsparcia, – zintegrowanie dostępnych usług w zakresie uzyskania wsparcia dla os. w kryzysie bezdomności, – streetworking.
3.	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030	Załącznik nr 1 do przedmiotowego dokumentu pn.: „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” prezentuje katalog zadań polegających na zapewnieniu osobom starszym wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy. 1. Rozwój zasobów kadrowych – podniesienie kompetencji personelu realizującego opiekę zdrowotną dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w środowisku lokalnym (np. opracowanie programu kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych). 2. Rozwój form opieki dziennej dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez: – rozwój DDOM-ów, – opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia, – tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci, – włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej. 3. Rozwój form opieki domowej – zwiększenie dostępu do opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych. 4. Rozwój innowacyjnych form opieki – zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny. 5. Wsparcie opiekunów nieformalnych – rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych poprzez: – organizację lokalnych szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– przeprowadzenie pilotażu, ewaluację rezultatów i analizę możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań dot. wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu świadczeń gwarantowanych, – opracowanie założeń, przeprowadzenie pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunów, ewaluację rezultatów i analizę możliwości dalszego finansowania ze środków krajowych. 6. Koordynacja opieki środowiskowej – zwiększenie dostępu do kompleksowej informacji na temat dostępnego wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów. Załącznik nr 2 do przedmiotowego dokumentu pn.: „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” zawiera katalog zadań ukierunkowanych na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. 1. Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego m.in. poprzez: – rozwój nowych zawodów/kwalifikacji uczestniczących w opiece psychiatrycznej takich jak np. „asystenci zdrowienia”, – dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych w priorytetowych dziedzinach, w tym m.in. szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. 2. Inwestycje w system – zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej m.in. poprzez: – reorganizację całodobowych placówek psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych, – dążenie do zakończenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych. 3. Inwestycje w system – zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej poprzez rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej dla dorosłych poprzez tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego.

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		4. Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej m.in. poprzez: – doposażenie zespołów wyjazdowych stanowiących istotny element modelu środowiskowego, – wspieranie dostosowania podmiotów pod kątem wyposażenia w sprzęt do sprawowania kompleksowej opieki psychiatrycznej, – przeprowadzenie niezbędnych inwestycji infrastrukturalnych (remonty oraz budowa obiektów), – wsparcie infrastrukturalne w procesie tworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. 5. Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autodestrukcyjnych m.in. poprzez utworzenie <i>Zespołu koordynującego i analitycznego</i> w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.
4.	Krajowy Programu przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu	Priorytet 1: Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży, w tym m.in.: – poradnictwo, – pomoc psychologiczna, prawna, – szkolenia zwiększające kompetencje rodzicielskie – rozwój usług środowiskowych, wspomagających rodzinę w pełnieniu funkcji rodzicielsko-wychowawczo-opiekuńczych – rozwój placówek wsparcia dziennego, – realizacja działań zapobiegających umieszczaniu dzieci w domach pomocy społecznej – kampanie społeczne na rzecz rozwoju pieczy rodzinnej – przekształcenia placówek opiekuńczo-wychowawczych zgodnie ze standardem, – programy usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej poprzez tworzenie m.in. programów wspierających mieszkalnictwo dla usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej, – podnoszenie umiejętności i kwalifikacji kadr w zakresie sprawowania pieczy zastępczej. Priorytet 2: Przeciwdziałanie bezdomności i wykluczeniu mieszkaniowemu, w tym m.in.: – opracowanie i uregulowanie form wsparcia mieszkaniowego osób opuszczających pieczę zastępczą. – opracowanie i wdrożenie modelu działań zapobiegających zadłużeniom, eksmisjom, – opracowanie i wdrożenie modelu pracy z osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych, pod kątem zapobiegania bezdomności po ich wyjściu na wolność – rozwój i wspieranie różnych form mieszkalnictwa,

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– badanie i ewaluacja funkcjonujących rozwiązań w zakresie przeciwdziałania bezdomności i ich adaptacja do zmieniających się potrzeb. Priorytet 3: Usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnościami, osób starszych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym os. z zaburzeniami psychicznymi, w tym m.in.: – zapewnienie powszechności i stałości usługi asystencji osobistej, – uregulowanie systemowe opieki wytchnieniowej, – rozwój mieszkalnictwa wspomagane w celu zapobiegania umieszczaniu osób z niepełnosprawnościami w instytucjach całodobowych, – rozwój oferty środowiskowych domów samopomocy, – rozwój Centrów Opiekuńczo-Mieszkalnych, – rozwój pomocy środowiskowej w miejscu zamieszkania (usługi opiekuńcze, pomoc sąsiedzka, wolontariat opiekuńczy), – działania w zakresie rozwoju zlecania usług środowiskowych organizacjom pozarządowym, – zapewnienie dostępu do usług organizowanych i koordynowanych przez Centra Usług Społecznych, – szkolenia dla kadry świadczącej usługi o charakterze środowiskowym, – rozwój poradnictwa psychologicznego i prawnego dla rodzin i osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzone przez instytucje pomocy społecznej oraz Centra Usług Społecznych. Priorytet 4. Instytucje pomocy społecznej oraz podmioty ekonomii społecznej – wsparcie dla osób i rodzin, w tym m.in.: – wprowadzenie zmian w ustawie w obszarze wykonywania zawodu pracownika socjalnego, – wsparcie kadry instytucji pomocy społecznej w formie specjalizacji, studiów podyplomowych, szkoleń oraz systemowe opracowanie programów szkoleń przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu i motywujących do pracy, – szkolenia dla personelu DPSów, – promocja działań związanych z pracą socjalną, – wdrażanie modeli przedsiębiorstw społecznych świadczących kompleksowe usługi. Priorytet 5: Integracja cudzoziemców – rozwój usług społecznych dla migrantów, w tym cudzoziemców objętych ochroną międzynarodową, oraz wsparcie integracji na rynku pracy, w tym m.in.:

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– działania zmierzające do lepszego wykorzystania struktur pomocy społecznej i innych instytucji (np. powiatowych urzędów pracy) i organizacji w celu integracji cudzoziemców, – tworzenie Centrów Integracji Cudzoziemców, które miałyby za zadanie spajanie działań podmiotów pracujących na rzecz cudzoziemców w danym regionie.
5.	Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej	Obszar I. Solidarna wspólnota lokalna Priorytet 1. Rozwój usług społecznych Działanie I.1.1. Opracowanie rozwiązań zapewniających zwiększenie udziału podmiotów ekonomii społecznej (PES) w realizacji usług społecznych. Działanie I.1.2. Rozwój partnerstwa publiczno-społecznego - wykorzystanie tej formuły do rozwoju współpracy samorządu z podmiotami ekonomii społecznej. Działanie I.1.3. Rozwój usług społecznych świadczonych przez PES na rzecz rodzin, dzieci i młodzieży, osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, osób starszych, osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób w kryzysie bezdomności. Działanie I.1.4. Zwiększanie udziału podmiotów ekonomii społecznej w zamówieniach publicznych. Priorytet 2. Włączenie podmiotów ekonomii społecznej w rozwój lokalny Działanie I.2.1. Rozwój sieci współpracy OWES – LGD. Działanie I.2.2. Rewitalizacja i rozwój lokalny - wspieranie zaangażowania podmiotów ekonomii społecznej w świadczenie usług społecznych na obszarach wiejskich, między innymi przez opracowanie wstępnej koncepcji modelu gospodarstwa opiekuńczego prowadzonego przez przedsiębiorstwo społeczne.
6.	Rekomendacje MFIPR: „Włączenie społeczne w Programach Regionalnych”	Infrastruktura społeczna: Środki europejskie mogą być przeznaczone wyłącznie na infrastrukturę placówek świadczących usługi w społeczności lokalnej i działania zindywidualizowane. Infrastruktura społeczna z takim zastrzeżeniem powinna być przeznaczona zwłaszcza dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w kryzysie bezdomności. Ważny jest też rozwój mieszkalnictwa zarówno dla osób z ww. grup jak i migrantów, rodzin przyjmujących dzieci w ramach pieczy zastępczej, młodzieży wychodzącej z pieczy oraz migrantów.

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		Usługi Społeczne: W ramach cs (k) wsparcie powinno się koncentrować na osobach, które wymagają pomocy ze względu na starość, niepełnosprawność, długotrwałą chorobę i problemy ze zdrowiem psychicznym i obejmować m.in.: – pomoc dla opiekunów faktycznych, – usługi opiekuńcze w lokalnej społeczności powiązane z opieką medyczną, – rozwój asystencji osobistej, – rozwój mieszkalnictwa, – upowszechnienie transportu indywidualnego typu door to door, – deinstytucjonalizację placówek całodobowych, – rozwój środowiskowych centrów zdrowia psychicznego i innych form środowiskowego wsparcia psychicznego dla dorosłych, – rozwój nowoczesnych technologii informacyjno – komunikacyjnych, w tym teleopieki, – szkolenia kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej. W ramach cs (l) wsparcie powinno być adresowane do dzieci i rodzin z dziećmi i koncentrować się na: – usługach w środowisku dla rodzin z dziećmi, w tym przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, – usługach dla dzieci i młodzieży przebywających w rodzinach oraz instytucjach całodobowych, – kompleksowym wsparciu osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą oraz inne instytucje całodobowe, – tworzeniu rodzinnych form opieki zastępczej, – tworzeniu mieszkań chronionych i wspomaganych, – wsparciu preadopcyjnym i postadopcyjnym, – wsparciu procesu deinstytucjonalizacji placówek całodobowych.
7.	Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego	Jednym z celów Strategii jest: rozwój usług społecznych (rozwój infrastruktury społecznej; poprawa dostępności do usług żłobkowych i przedszkolnych; wzrost jakości zarządzania w podmiotach świadczących usługi opiekuńcze; wsparcie procesu deinstytucjonalizacji; rozwój usług opiekuńczych i wytnieniowych; wsparcie osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów); W Strategii podkreślono, iż: Sektor usług rozwija się dynamicznie. Usługi społeczne, w tym z zakresu ochrony zdrowia, ale również atrakcyjna oferta spędzania czasu wolnego wpływają na wizerunek województwa jako dogodnego miejsca do życia i wypoczynku. Wzrost poziomu jakości życia związany jest z rozwojem sektora e-usług, który ułatwia

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		satysfakcjonujące funkcjonowanie mieszkańców w sferach społecznej i zawodowej z wykorzystaniem bezprzerwowego dostępu do elektronicznych zasobów informacyjnych.
8.	Program regionalny Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027	Planowane typy przedsięwzięć (k): - Opieka długoterminowa oraz paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami w formie zdeinstytucjonalizowanej, w tym m.in.: – rehabilitacja medyczna¹ – usługi społeczne (np. usługi opiekuńcze i asystenckie) – wsparcie psychologiczne i wytnieniowe dla opiekunów. - Poprawa dostępu do usług społecznych i zdrowotnych dla osób starszych i niepełnosprawnych poprzez wdrożenie usług teleopieki/telemedycyny. - Usługi dowozu dla osób o ograniczonej mobilności m.in. w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych (door to door), jako element działań na rzecz rozwoju usług społecznych lub zdrowotnych. - Poprawa dostępu do mieszkań o charakterze wspomaganych/chronionych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. - Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr na potrzeby świadczenia usług społecznych w społeczności lokalnej, w tym w szczególności dla pracowników opieki długoterminowej. - Wsparcie procesu DI placówek całodobowych, polegające na realizowaniu (w oparciu o posiadane zasoby) działań poza dotychczasowymi zadaniami, w tym m.in.: form wsparcia dziennego, środowiskowego, mieszkalnictwa wspomagane oraz uzyskanie i zmiana kompetencji pracowników. - Tworzenie i rozwijanie Centrów Usług Społecznych (CUS), jako element działań na rzecz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych. Planowane typy przedsięwzięć w cs (iii): - Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów świadczących usługi społeczne dla osób starszych i z niepełnosprawnościami (dzienne domy pomocy społecznej, dzienne domy pobytu, rodzinne domy pomocy, mieszkania chronione i wspomagane). - Inwestycje w infrastrukturę społeczną powiązaną z procesem integracji społeczno-zawodowej, w tym m.in. WTZ oraz ZAZ.

¹ Wsparcie kierowane do osób znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno – ekonomicznej.

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		3. Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie CUS wspierające rozwój usług społecznych celem komplementarności interwencji z EFS+. 4. Rozwój infrastruktury dla usług zdeinstytucjonalizowanych. 5. Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów świadczących rodzicielstwo zastępcze zawodowe, w tym rodzinnych domów dziecka. 6. Inwestycje w mieszkania chronione/wspomagane dla młodzieży opuszczającej pieczę zastępczą i inne placówki o charakterze opiekuńczo-wychowawczym. 7. Przekształcenie ośrodków wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności oraz innych osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w zasób mieszkaniowy. 8. Inwestycje w infrastrukturę mieszkalną, w tym lokale w ramach najmu socjalnego (np. oferowane przez społeczne agencje najmu), przeznaczoną zwłaszcza dla osób bezdomnych, rodzin w kryzysie (objętych interwencją kryzysową) oraz osób ze społeczności romskiej. 9. Inwestycje w infrastrukturę służącą m.in. wzmacnianiu potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego oraz realizacji usług społecznych, w tym z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom (Opolski Inkubator Społeczny). Planowane typy przedsięwzięć w cs (iii): 1. Zwiększenie dostępności i jakości świadczonych usług w zakresie opieki psychiatrycznej poprzez tworzenie CZP oraz innych form zgodnie z zasadą DI. 2. Inwestycje wspierające rozwój zdeinstytucjonalizowanej opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i/lub z niepełnosprawnościami (np. tworzenie DDOM-ów). 3. Inwestycje wspierające rozwój zdeinstytucjonalizowanej opieki długoterm., paliatywnej oraz hospicyjnej.
9.	Wojewódzki Plan Transformacji na lata 2022-2026	Dokument zakłada wdrożenie następujących działań w zakresie rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, w tym m.in: – zwiększenie dostępu do oddziałów dziennych psychiatrycznych poprzez rozwój form opieki psychiatrycznej dziennej dla dorosłych, – rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej poprzez rozbudowę Centrów Zdrowia Psychicznego – zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych w ramach opieki dziennej poprzez utworzenie zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
10.	Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii	1. Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom. 2. Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu). 3. Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień. 4. Wspieranie poszerzania i udoskonalania oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. 5. Wspieranie zwiększanie dostępności i podniesienia jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie. 6. Wspieranie podmiotów w zakresie redukcji szkód, leczenia, rehabilitacji i reintegracji społecznej osób uzależnionych oraz ich bliskich. 7. Propagowanie oraz wspieranie wdrożenia i upowszechniania standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.
12.	Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	Zadanie nr 4 w zakresie zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej: realizacja badań ilościowych i jakościowych w zakresie dotyczącym zwiększania dostępności i zmniejszania nierówności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie i w poszczególnych powiatach. <i>„Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego”:</i> Cel 1 Rozwój i poszerzenie zakresu stosowania różnych form wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi: Działanie: Inicjowanie oraz wspieranie działań samorządu terytorialnego w zakresie powiększania infrastruktury placówek całodobowej opieki oraz form pomocy środowiskowej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		Działanie 2: Wsparcie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości działaniom skutecznym. Działanie 3: Monitoring działań samorządu terytorialnego w zakresie rozwoju form pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Działanie 4: Tworzenie sprzyjających warunków rozpowszechnienia działań profilaktycznych oraz promocja współpracy i partnerstwa międzysektorowego. Cel 2 Rozwój i systematyczne kształcenie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej, a także przedstawicieli organizacji pozarządowych w zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi: Działanie 1: Tworzenie sprzyjających warunków do zwiększenia zakresu i rozwoju form pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie. Działanie 2: Prowadzenie działań doradczych i szkoleniowych, w tym poprzez realizację projektów współfinansowanych ze środków UE. Cel 3: Rozwój i upowszechnianie idei środowiskowego modelu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi: Działanie 1: Upowszechnianie wiedzy na temat roli i znaczenia środowiskowego modelu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi (organizacja konferencji, seminariów, współpraca z mediami). Działanie 2: Upowszechnianie wiedzy i wyników prowadzonych badań oraz tworzenie założeń nowych rozwiązań systemowych i projektów. Działanie 3: Promocja współpracy i partnerstwa międzysektorowego, w tym szczególnie między pracownikami ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej w zakresie organizacji oparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. <i>„Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego i wspomaganego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi”</i> Cel 1 Zwiększenie dostępności usług aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym realizowanych w podmiotach rehabilitacji społeczno-zawodowej: warsztatach terapii zajęciowej, zakładach

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		aktywności zawodowej, klubach i centrach integracji społecznej, zakładach pracy chronionej oraz podmiotach przedsiębiorczości społecznej. Cel 2 Tworzenie sprzyjających warunków do podejmowania i utrzymania zatrudnienia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi na otwartym i chronionym rynku pracy. Cel 3 Upowszechnianie wiedzy na temat potrzeb i problemów osób z zaburzeniami psychicznymi, zmiana postaw społecznych wobec tych osób, promocja działań partnerskich i współpracy międzysektorowej sprzyjającej integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
13.	Wojewódzki Program Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi	Wybrane priorytetowe działania na 2023: • organizacja i prowadzenie niepublicznego ośrodka adopcyjnego na terenie województwa opolskiego; • wspieranie działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia, w tym: – wspieranie działań mających na celu przeciwdziałanie występowaniu lub niwelowanie skutków chorób cywilizacyjnych, – wspieranie działań w zakresie wzmacniania świadomości prozdrowotnej mieszkańców, – wspieranie działań promujących właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną, – prowadzenie edukacji zdrowotnej dot. chorób zależnych od stylu życia, – realizacja działań mających na celu wspieranie zdrowia psychicznego wśród mieszkańców województwa, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia na rzecz dzieci i młodzieży, – wspieranie działań i projektów dostosowujących systemy wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa między innymi poprzez promowanie aktywnych form spędzania wolnego czasu, – wspieranie działań w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej, – wspieranie działań w zakresie propagowania idei honorowego krwiodawstwa, zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz zdrowego i bezpiecznego stylu życia; • dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej w województwie opolskim; • realizacja przedsięwzięć w ramach Europejskiego Budżetu Obywatelskiego; • profesjonalizacja trzeciego sektora, budowanie zdolności partnerów społecznych i organizacji społeczeństwa obywatelskiego.
14.	Europejski Filar Praw Socjalnych Karta Praw Osób Bezdomnych	Zasada nr 19 Europejskiego Filaru obejmuje prawo do schronienia i pomocy mieszkaniowej Karta Praw Osób Bezdomnych opisuje podstawowe prawa tych osób do: – mieszkań socjalnych lub pomocy mieszkaniowej dobrej jakości, – odpowiedniej pomocy i ochrony przed przymusową eksmisją,

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– odpowiedniego schronienia oraz usług służących promowaniu ich integracji społecznej.
15.	Pokonać bezdomność Program Pomocy osobom bezdomnym edycja 2023 (Program ma edycje roczne)	Program dotyczy dofinansowania realizacji zadania publicznego poprzez podmioty świadczące usługi dla osób bezdomnych, o których mowa w art. 25 ust 1 ustawy o pomocy społecznej tj. organizacje pozarządowe, organizacje prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, spółdzielnie socjalne. Moduł I: Profilaktyka Cel: Zapobieganie bezdomności poprzez prowadzenie działań profilaktycznych Moduł II Wsparcie osób bezdomnych Cel: Prowadzenie działań interwencyjnych i aktywizujących skierowanych do osób bezdomnych