

*Załącznik nr 1 do Uchwały nr 4532/2026
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 20 stycznia 2026 r.*



**REGIONALNY PLAN ROZWOJU
USŁUG SPOŁECZNYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJI
DLA WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
NA LATA 2026-2028**

Opole, styczeń 2026

Spis treści

1. Najważniejsze skróty	3
2. Wprowadzenie	4
3. Obszary interwencji	11
4. Karty obszarów	11
KARTA OBSZARU 1: Osoby starsze i z niepełnosprawnościami oraz osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	11
KARTA OBSZARU 2: Rodzina i dzieci, w tym w kryzysie	25
KARTA OBSZARU 3: Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym	31
KARTA OBSZARU 4: Osoby w kryzysie bezdomności	41
5. Wskaźniki	47
6. Finansowanie / Alokacja na poszczególne działania w (PLN)	52
7. Monitoring	54
8. Załączniki	55

1. Najważniejsze skróty

CIS – Centrum Integracji Społecznej
CUS – Centrum Usług Społecznych
CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego
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
ES – ekonomia społeczna
ETHOS – Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego
FEO 2021-2027 – program regionalny pn. Fundusze Europejskie dla Opolskiego na lata 2021-2027
FERS 2021-2027 – program krajowy pn. Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027
GUS – Główny Urząd Statystyczny
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
JST – Jednostka Samorządu Terytorialnego
KIS – Klub Integracji Społecznej
MFIPR – Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
MRPiPS – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
NGO – organizacje pozarządowe
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
OZPS – Ocena Zasobów Pomocy Społecznej, corocznie przygotowywana 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 roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)
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 oraz dzieci i młodzież w pieczy zastępczej. 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:

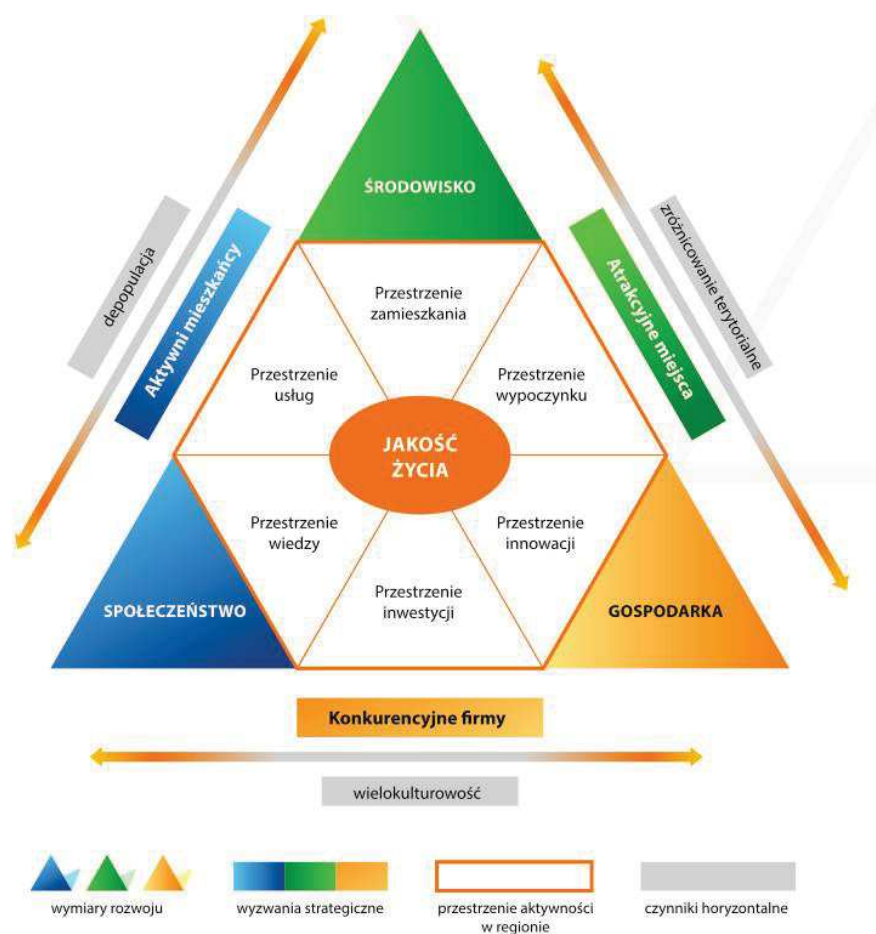
- unikalnego - ze względu na „kompaktowość” i inteligentne wykorzystanie położenia, walorów przyrodniczych, wielokulturowości i wyjątkowej współpracy;
- uniwersalnego - włączającego się w światowe trendy i dostosowującego się do zmian oraz wykorzystującego swoje walory na rzecz zróżnicowanych potrzeb 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 i 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.

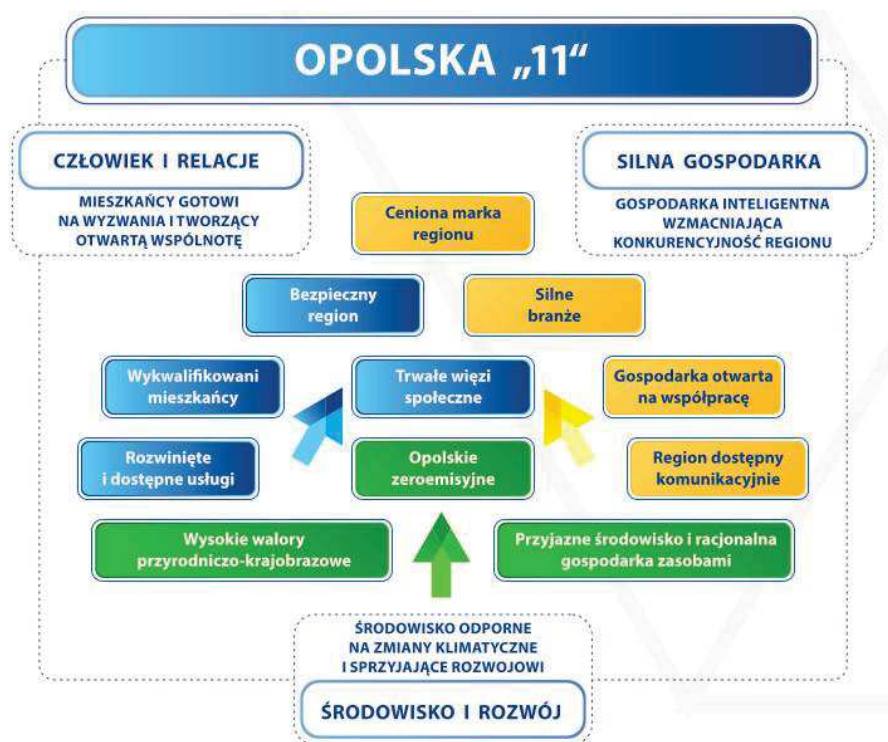
Zgodnie z diagnozą strategiczną rozwoju województwa opolskiego jakość życia ujęto przez pryzmat uwarunkowań społeczno-gospodarczych i przestrzennych regionu, wskazując m. in. na przestrzenie usług (wymiar społeczeństwo) jako jednej z kluczowych cech wymagających rozwoju, mimo dość rozwiniętej jej struktury. 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 rodzinie¹; 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;

¹ W 2023 r. nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie spowodowała m. in. zmianę nazwy ustawy na „ustawę z 29 lipca z 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej”.

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 wytchnieniowych; 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, 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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
- 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 14 grudnia 2016 prawo oświatowe;
- osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027²;
- 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;

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 znajdującą 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 znajdującą 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 dla Województwa Opolskiego na lata 2026-2028 przygotowywany jest przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu w wymiarze wojewódzkim, z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2026 r. 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 (DPF) i IP FEO 2021-2027 (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 w woj. opolskim (przekazanych do wszystkich samorządów gminnych w maju 2025 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 MRPiPS).⁵

⁵ Wypełnioną Ankietę dot. rozwoju usług społecznych (deinstytucjonalizacji) w gminach i powiatach w woj. opolskim, w wersji elektronicznej, przekazały do ROPS wszystkie samorządy gminne. Ankiety wypełniano w okresie od 22.05.2025 r. do 10.06.2025 r.

3. Obszary interwencji

Obszary wskazane w RPDl 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.

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 grudniu 2024 r. w woj. opolskim mieszkało 930,3 tys. osób, w tym 233,2 tys. (25,1 %) w wieku poprodukcyjnym (w czerwcu 2021 r. było to 226,6 tys. osób, tj. o 6,6 tys. mniej).⁶ Największy udział osób starszych (60/65+) w populacji występuje w powiatach: głubczyckim (27%) i nyskim (26,7%) oraz w Mieście Opolu (26,3%) , a najmniejszy w powiatach: opolskim (23%) i strzeleckim (23,2%).

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 prawie 125 tys. osób z niepełnosprawnościami (głównie wśród osób starszych), co wraz z procesem starzenia się społeczeństwa będzie wpływało na funkcjonujący system zabezpieczenia społecznego, w tym systemy pomocy i integracji społecznej.

⁶ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2024 r. <https://ops.rops-opole.pl/wp-content/uploads/ocena-zasobow-pomocy-spoecznej/OZPS%202024.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 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 w ramach wsparcia regionalnego ze środków unijnych na lata 2021-2027 do końca 2028 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 2024 r. pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych objęto 3 404 osób, w tym 513 osoby z zaburzeniami psychicznymi, korzystające ze specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze świadczone są w 91,5% (65) 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.

Aktualnie w ramach projektów ROPS w Opolu, finansowanych ze środków UE) rozwój usług opiekuńczych realizowany jest w 10 gminach województwa opolskiego (Głubczyce, Popielów, Zawadzkie, Dobrzeń Wielki, Głogówek, Gogolin, Skoroszyce, Strzelce Opolskie, Walce i Miasto Opole), a wsparcie dla seniorów świadczone jest

dla 91 osób, przez wykwalifikowanych opiekunów (11 osób). Celem realizacji tych usług wsparto gminy poprzez m. in. zakup samochodów lub rowerów elektrycznych dla opiekunów (w tym dla Gminy Gogolin).

W 2025 r. specjalistycznym wsparciem objęto 18 nowych osób, a łącznie w ramach projektu ROPS „Nie-Sami-Dzielni” – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja” skorzystało 139 beneficjentów, w tym 35 osób w ramach sąsiedzkich usług opiekuńczych.

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 treningowe i wspomagane)

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 wspomaganych i treningowych, 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 wspomagane i treningowe 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 funkcjonują 3 Centra Opiekuńczo-Mieszkalne - w Walcach, w Chróścicach w gminie Dobrzeń Wielki i w Krapkowicach). Kolejne COM powstaje także w Wysokiej w gminie Olesno.

Województwo opolskie dysponuje około 450 miejscami w mieszkaniach treningowych i wspomaganych o różnym typie przeznaczenia (dla starszych, chorych, z niepełnosprawnościami, wychowanków pieczy zastępczej). W latach 2015-2024 liczba miejsc w mieszkaniach treningowych i wspomaganych zwiększyła się ponad 4-krotnie (ze 101 do 441 miejsc), jedynie w powiecie namysłowskim brak jest takich mieszkań. W pozostałych powiatach wskaźnik liczby miejsc w mieszkaniach treningowych i wspomaganych (na 10 tys. ludności) waha się od 13,9 (pow. strzelecki) do 1,4 (pow. głubczycki). Choć liczba miejsc z roku na rok wzrasta, wciąż jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb, szczególnie w kontekście procesu deinstytucjonalizacji. 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).

Aktualnie w ramach projektów własnych ROPS w Opolu mieszkalnictwo wspomagane rozwija się w 5 gminach w województwie opolskim (Głubczyce, Krapkowice, Paczków, Prudnik i Zawadzkie) gdzie uruchomiono 8 mieszkań wspomaganych dla 11 osób starszych lub z niepełnosprawnościami.

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 m. in. 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 2024 r. w woj. opolskim funkcjonowało 122 placówek wsparcia dziennego dla osób starszych, w tym z niepełnosprawnościami (23 dzienne domy pomocy i 99 kluby seniora), na 7 021 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).

W 2026 r. ze środków UE, w ramach projektu partnerskiego ROPS w Opolu „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne - III edycja”, utworzony zostanie Dom Dziennego Pobytu w Kluczborku – dla 43 osób (przebudowa, remont budynku oraz zakup wyposażenia).

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

Usługi asystenckie

Jedną z podstawowych form wsparcia osób potrzebujących, zwłaszcza osób z niepełnosprawnościami, są usługi asystenckie. Osobom z niepełnosprawnościami, przy pomocy innej osoby – asystenta - stwarzana jest możliwość uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności i integracja społeczna. Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami (oraz ich rodzin), świadczone są przez asystentów, którzy wspierają ich w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, koniecznych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego. Gminy i powiaty realizują tę usługę najczęściej dzięki środkom zewnętrznymi (program Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025) oraz korzystając ze wsparcia w ramach realizacji różnych projektów finansowanych ze środków unijnych będących w dyspozycji Samorządu Województwa Opolskiego.

Według danych Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego (stan na październik 2025 r.) 59 JST realizowało Program (53 gminy i 6 powiatów), w którym 1933 osób niepełnosprawnych zostało objętych asystencją (w tym 166 dzieci z niepełnosprawnościami od 2 do 16 roku życia).

Usługi asystenckie w ramach projektu ROPS pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja” obecnie świadczone są jedynie na części obszaru województwa, obejmując ograniczoną grupę osób potrzebujących. W 2025 r. wsparcie finansowe na zatrudnienie asystentów osób z niepełnosprawnościami otrzymały: gmina Brzeg oraz Powiat Prudnicki. W powiecie prudnickim asystenturą objęto 66 osób, które mają możliwość samodzielnie wskazać swojego asystenta.

Ponadto usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami świadczą również organizacje pozarządowe (NGO) w tym stowarzyszenia, fundacje i inne, w całym kraju jest 264 takich organizacji, a w województwie opolskim w 2025 działały 3: Polski Związek Niewidomych Okręg Opolski (Opole), Spółdzielnia Socjalna Twoja Opiekunka (Tarnów Opolski), Fundacja Przemijanie (Opole).⁸

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, uwzględniając podmiotowość i potrzeby osoby z niepełnosprawnością.

⁸ „Lista zatwierdzonych ofert wraz z lokalizacją organizacji w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025", MRPiPS z 07.01.2025r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/lista-zatwierdzonych-ofert-wraz-z-lokalizacja-organizacji-w-ramach-programu-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-organizacji-pozarzadowych--edycja-2025>

Opieka wytchnieniowa

Opieka wytchnieniowa jest formą 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. Wsparcie tego rodzaju dotyczy również samego opiekuna (udzielane najczęściej w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, a także grup samopomocowych).

Opieka wytchnieniowa jest szczególnie ważna w przypadku wsparcia opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami oraz osób dorosłych ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Jest czasową usługą opiekuńczą w miejscu jej zamieszkania lub w formie całodobowego lub dziennego pobytu. Obecnie koszty opieki wytchnieniowej pokrywane są z Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025”. W województwie opolskim program ten realizowany jest przez 49 jednostek samorządu terytorialnego (44 gminy i 5 powiatów). W ramach pobytu dziennego – 552 opiekunów osób z niepełnosprawnościami (w tym 113 opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami (od 2 do 16 roku życia), 547 osób z niepełnosprawnościami objętych opieką (w tym 117 dzieci z niepełnosprawnościami (od 2 do 16 roku życia). Natomiast w ramach pobytu całodobowego – 90 opiekunów osób z niepełnosprawnościami korzystających z Programu, 90 osób z niepełnosprawnościami objętych opieką.

W ramach projektu „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja” wprowadzono innowacyjne działania na rzecz opiekunów – 16 z nich objęto wsparciem warsztatowym, m.in. z zakresu rozwoju osobistego, motywacji oraz relaksacji. Warsztaty dla opiekunów odbywają się równolegle z zajęciami dla ich podopiecznych z niepełnosprawnościami.

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. Natomiast jakość świadczonych usług w ramach opieki wytchnieniowej powinna podlegać kontroli zarządczej i być badana poprzez Samorządy – podmioty zlecające.

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 36 osoby w 9 gminach województwa (Brzeg, Byczyna, Kluczbork, Namysłów, Głucholazy, Opole, Tułowice, Turawa, Strzelce Opolskie).

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)

Zindywidualizowana pomoc transportowa i wsparcie przeznaczone dla osób o ograniczonej mobilności m. in. w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych (np. dostępu do usług zdrowotnych). Obecnie z tej usługi korzysta ok. 450 osób w 8 gminach województwa opolskiego (Głubczyce, Zawadzkie, Biała, Brzeg, Dobrze Wielki, Gogolin, Łubniany, Turawa) w ramach projektu partnerskiego ROPS w Opolu współfinansowanego za pośrednictwem środków UE realizowanego na terenie woj. opolskiego pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne– III edycja”. W ramach tego projektu w 2 gminach województwa opolskiego (Zawadzkie oraz Biała) zakupiono 2 nowe samochody dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz zakupiono 1 samochód używany dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami dla Gminy Gogolin.

Ponadto w ramach tego projektu z transportu korzysta obecnie około 357 osób z gmin: Głubczyce, Biała, Dobrzeń Wielki, Gogolin, Łubniany, Turawa oraz Krapkowice. Planowane jest rozszerzenie usługi o Gminę Krapkowice (dla 40 osób) oraz Gminę Brzeg (dla 100 osób). Finalnie zgodnie z założeniami projektu wsparciem objętych ma zostać co najmniej 497 osób.

W celu zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu konieczny 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)

Marszałkowski Kurier Społeczny to usługa, która była odpowiedzią na zagrożenie epidemiczne w czasie pandemii 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. Aktualnie usługa MKS odbywa się za pośrednictwem środków UE w ramach projektu partnerskiego ROPS w Opolu realizowanego na terenie woj. opolskiego pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne– III edycja”. Z usługi MKS korzystają głównie

osoby starsze, chore i z niepełnosprawnościami. Usługa obejmuje w szczególności sprawienie zakupów, dowóz artykułów spożywczych i leków, dostarczenie posiłków, doraźną pomoc wg potrzeb – na podstawie indywidualnych uzgodnień między kurierem i osobą wspieraną. Obecnie Marszałkowski Kurier Społeczny realizowany jest w 15 gminach województwa opolskiego (Paczków, Popielów, Prudnik, Baborów, Branice, Brzeg, Dobrodzień, Dobrzeń Wielki, Domaszowice, Nysa, Strzelce Opolskiem, Walce, Wołczyn, Turawa, Pakosławice) przez 22 kurierów społecznych. W 2025 r. z pomocy MKS skorzystało 278 osób w woj. opolskim.

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 (zapewnia poczucie bezpieczeństwa i szybką reakcję w sytuacjach kryzysowych).

Barierą w jej upowszechnianiu jest m. in. nieufność osób starszych wobec nowych technologii związana np. z utratą prywatności, koniecznością uczenia się obsługi nowych urządzeń lub lękiem przed inwigilacją i ingerencją w ich życie prywatne.

Rekomenduje się przeprowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych, przed wprowadzeniem bardziej powszechnego i jednolitego systemu teleopieki, które przybliżą potencjalnym odbiorcom zalety korzystania z usług teleopieki. Tego rodzaju działania mogą realizować organizacje pozarządowe lub inne podmioty, we współpracy z samorządem terytorialnym, dla zapewnienia legitymizacji technologii w oczach potencjalnych użytkowników. Ponadto zaleca się, by w ramach rozwoju usług teleopieki szczególnie brać pod uwagę osoby zamieszkałe w mieszkaniach wspomaganych i treningowych, ze względu na ich szczególne potrzeby, wynikające z wieku, choroby lub 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 wytechnieniową, 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.

Przykładem takiego zaangażowania jest wsparcie wolontariuszy udzielane jednemu z partnerów projektu ROPS „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja”, tj. Opolskiemu Centrum Demokracji Lokalnej w Opolu, poprzez organizację wyjazdów kulturalnych, spotkań i warsztatów aktywizujących seniorów.

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 2024 r. – 32,76, natomiast w kraju – 21,38 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. ok. 30%, natomiast rodziny emerytów i rencistów w 2010 r. stanowiły 22% korzystających ze wsparcia, a w 2021 r. ok. 30%).

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 intensywnej 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 równolegle świadczyć usługi środowiskowe przy ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego (co będzie wymagało licznych działań wspierających, 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 zdecydowaną większość stowarzyszeń i fundacji w województwie (choć jedynie część z nich prowadzi działania wpisujące się w obszar pomocy i integracji społecznej).

W 2024 r. ogółem funkcjonowało w woj. opolskim 4 196 podmiotów zaliczanych do ekonomii społecznej: 39 spółdzielni socjalnych, 2 520 stowarzyszeń, 578 fundacji oraz 10 spółek non profit o statusie przedsiębiorstwa społecznego, 35 podmiotów reintegracyjnych (8 klubów integracji społecznej, 5 centrów integracji społecznej, 5 zakładów aktywności zawodowej i 17 warsztatów terapii zajęciowej), 839 organizacji sportowych oraz 175 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-wspomagające).

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 maju 2025 r. ROPS w Opolu przekazał do wszystkich samorządów gminnych 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.

Z przekazanych odpowiedzi wynika, że ponad połowa gmin za najważniejszą potrzebę uważa rozwój usług opiekuńczych w miejscu lub środowisku zamieszkania osoby. Drugą najważniejszą potrzebą (według 40% gmin) jest rozwój asystentury osobistej (głównie dla osób z niepełnosprawnościami).

W dalszej kolejności wymieniano potrzeby rozwoju usług rehabilitacyjnych i opieki wytchnieniowej, jako wsparcia opiekunów osób zależnych, tworzenia warunków do godnego i samodzielnego życia osób ze specjalnymi potrzebami w swoim miejscu zamieszkania (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 pomocy 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), wzmocniania 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 w przedsiębiorstwach społecznych jako dostawcach

usług społecznych (np. usług opiekuńczych) lub jako pracodawcach dla osób z niepełnosprawnościami oraz rozwoju wolontariatu.

Jednocześnie ponad połowa gmin wskazała, że najtrudniejszy do realizacji będzie rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i treningowego. Wśród najczęstszych problemów i ograniczeń jakich doświadczają gminy w zakresie rozwoju usług dla osób starszych i z niepełnosprawnościami wymieniane były braki środków finansowych na realizację usług (77% gmin) oraz brak specjalistycznej kadry (60% gmin). Ponadto 63% gmin wskazało także na niedostateczną infrastrukturę lokalową, co ich zdaniem uniemożliwia rozwijanie usług społecznych.

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 2026-2028

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

- A. Wsparcie gmin, w których funkcjonują centra usług społecznych lub które 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 połączone z usługami społecznymi dostosowanymi do indywidualnych potrzeb ich mieszkańców.
 - B. Rozwój infrastruktury i wyposażenia 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 dostarczycieli 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 komponenty zdrowotny i społeczny, świadczonych w środowisku zamieszkania osób potrzebujących, ze szczególnym naciskiem na ich optymalne dopasowanie do potrzeb (rodzaj usługi, liczba godzin, częstotliwość).
- Zwiększenie liczby mieszkań wspomaganych i treningowych 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 dostarczycieli usług społecznych, tak aby mogły skutecznie odpowiadać na potrzeby swoich obiorców i mieszkańców społeczności lokalnej.
- Wdrożenie pilotażowego modelu opieki domowej, przeznaczonego dla osób starszych z pogłębiającą się niepełnosprawnością, zamieszkujących w szczególności terenach wiejskich⁹, lub innego modelu wypracowanego w ramach

⁹ Skalowanie innowacji społecznej „Opieka domowa na terenach wiejskich”.

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

Wg Narodowego Spisu Powszechnego 2021 w Polsce było 10 618,5 tys. rodzin, natomiast w województwie opolskim – 266,2 tys. Najczęstszym typem rodziny pozostaje małżeństwo z dziećmi. W 2021 r. w woj. opolskim takich rodzin było 117,9 tys., a związków partnerskich z dziećmi 13,5 tys. Znaczna jest liczba rodzin niepełnych 2 569,6 tys., w tym 64,7 tys. w woj. opolskim.

Na zmieniającą się strukturę rodzin wpływ mają zmiany demograficzne. W 2024 r. woj. opolskie liczyło 930,3 tys. ludności, tj. 0,7% mniej niż 2023 r. Jednocześnie zmniejsza się liczba urodzeń, a wzrasta liczba zgonów (w 2024 r. urodziło się 5,4 tys. dzieci, a zmarło 10,7 tys. osób), co wpływa na depopulację regionu i starzenie się społeczeństwa. 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 2024 r. w woj. opolskim 2 472 rodzin (5 047 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 9). Takie ośrodki znajdują się w Mieście 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 przeciwdziała ich marginalizacji i wykluczeniu społecznemu.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Rodzinom przeżywającym trudności w pełnieniu swoich funkcji przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. 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 osób, wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym dzieci z rozpoznaniem autyzmem).

W 2024 r. w woj. opolskim pomocą w formie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, a także usług sąsiedzkich, objęto 3 404 osoby, w tym 513 osób z zaburzeniami psychicznymi (specjalistyczne usługi opiekuńcze) i 55 osób w ramach projektów FEO 2021-2027.

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 2024 r. liczba zatrudnionych asystentów rodziny w województwie wyniosła 95. Asystenci zatrudnieni byli w 70 gminach woj. opolskiego. Na 95 asystentów rodziny 22 zatrudniono w latach 2016-2025, w tym 21 w ramach RPO WO 2014 – 2020 oraz 1 w ramach Funduszy Europejskich dla Opolskiego 2021-2027. Od 2012 r., tj. od początku działania systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej - liczba asystentów rodziny wzrosła prawie 4-krotnie (ich liczba w ostatnich 3 latach waha się w granicach 89-95).

W 2024 r. asystenci rodziny mieli pod opieką 1 171 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 i pracy socjalnej.

Placówki wsparcia dziennego

W ramach pomocy rodzinie, w tym rodzinie przeżywającej trudności opiekuńczo-wychowawcze, działają placówki wsparcia dziennego, obejmujące 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 2024 r. liczba placówek wsparcia dziennego wyniosła 35. Wśród nich (na ogółem 830 miejsc) było: 12 placówek opiekuńczych, 6 specjalistycznych (w tym opiekuńczo-specjalistycznych) oraz 17 w formie pracy podwórkowej (przy czym 21 placówek wsparcia dziennego, w większości w formie pracy podwórkowej na 309 miejsc, utworzono z funduszy europejskich, w tym 16 placówek na 227 miejsc z wykorzystaniem RPO WO 2014-2020, a 5 na 82 miejsca z FEO 2021-2027). Ponadto z wymienionych środków europejskich rozszerzono oferty zajęć w 6 placówkach wsparcia dziennego z 95 miejscami.

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 2024 r. liczba podmiotów rodzinnej pieczy zastępczej wynosiła 993, z tego funkcjonowało: 615 rodzin zastępczych spokrewnionych z dzieckiem, 303 rodziny niezawodowe, 48 rodzin zastępczych zawodowych (37 „zwykłych” zawodowych, 8 rodzin pełniących funkcję pogotowia rodzinnego i 3 rodziny specjalistyczne, wychowujące dzieci z niepełnosprawnościami) oraz 27 rodzinnych domów dziecka, w których przebywało 200 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 2024 r. opiekę nad rodzinami zastępczymi i rodzinnymi domami dziecka sprawowało 49 koordynatorów pieczy zastępczej (w tym 3 było zatrudnionych z regionalnych środków europejskich). Koordynatorzy pracowali z 650 rodzinami zastępczymi i rodzinnymi domami dziecka (średnio 13 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 wytchnieniowe, realne możliwości korzystania z urlopów i tworzenie tzw. rodzin zaprzyjaźnionych, pochodzących z bezpośredniego otoczenia rodziny.

V. Mieszkalnictwo treningowe i wspomagane 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 2024 r. w woj. opolskim w ramach systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz innych instytucji wsparcia, pomoc na usamodzielnienie otrzymało

112 wychowanków, z tego: 73 osoby opuszczające rodzinne formy pieczy zastępczej (rodziny zastępcze i rodzinne domy dziecka), 32 osoby opuszczające placówki opiekuńczo-wychowawcze (domy dziecka) oraz 7 osób opuszczających inne ośrodki wsparcia (np. zakład poprawczy).

Jedną z form pomocy osobom usamodzielnianym jest zapewnienie pobytu w mieszkaniu treningowym lub wspomaganim. Są one kierowane do osób usamodzielnianych, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Osobie w mieszkaniu świadczona jest pomoc umożliwiająca 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 2024 r. w woj. opolskim funkcjonowały 63 miejsca w mieszkaniach treningowych i wspomaganych dla osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą oraz inne ośrodki wsparcia, w tym 9 mieszkań dla 26 osób utworzono z RPO WO 2014-2020. Natomiast w IV kwartale 2025 r. oraz w 2026 r., w ramach FEO 2021-2027, planuje się utworzyć 6 mieszkań wspomaganych dla 9 osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą.

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).

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 2026-2028

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 trwałość 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 wzmocnienia 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, treningowych, interwencyjnych, 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-financingu 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

Zgodnie z informacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) blisko miliard ludzi na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych, a średnio co 40 sekund dochodzi do samobójstwa. Od lat eksperci wskazują, że zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia stanowią jedną z najistotniejszych grup problemów zdrowia

publicznego. Sytuacja ta uległa szczególnemu nasileniu w ostatnich latach, na skutek globalnej epidemii COVID-19, której przebieg spowodował znaczny wzrost obciążeń psychicznych, wynikających z izolacji społecznej, niepewności ekonomicznej i długotrwałych ograniczeń społecznych.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie psychiczne jako: „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka może realizować swój własny potencjał, radzić sobie z normalnymi stresami życia, pracować produktywnie i wносить wkład w społeczność” (WHO, 2001). Narodowy Fundusz Zdrowia przyjmuje z kolei następującą definicję: „zdrowie psychiczne to dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a także zdolność do rozwoju i samorealizacji. Oznacza nie tylko brak chorób psychicznych, ale także poczucie własnej wartości i umiejętność czerpania radości z życia” (NFZ, 2021).

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z ochroną zdrowia psychicznego w Polsce jest ustawa z 19 września 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którą zdrowie psychiczne jest jednym z fundamentalnych dóbr osobistych człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają, zgodnie z zapisami tej ustawy, organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

Drugim kluczowym aktem prawnym dotyczącym ochrony zdrowia psychicznego w Polsce - poza ustawą o ochronie zdrowia psychicznego - jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, który zawiera strategię działania mającą zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronną i kompleksową opiekę i wsparcie adekwatne do ich potrzeb. Główne założenia Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego to:

- promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom, poprzez m.in. uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego,
- zapewnienie powszechnej i wielostronnej opieki nad osobami z zaburzeniami oraz pomoc w odzyskaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia,
- rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z problemami psychicznymi.

Program kładzie szczególny nacisk na podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatnie do skali potrzeb oraz skoordynowanie wsparcia w społeczności, pomoc psychologiczno-pedagogiczną dla dzieci i młodzieży, a także aktywizację zawodową.

W odpowiedzi na pilną potrzebę poprawy dostępności i jakości opieki psychiatrycznej w Polsce, rozwijany jest w naszym kraju od 2018 r. środowiskowy model opieki psychiatrycznej w duchu procesu deinstytucjonalizacji, który zakłada

odejście od izolacji w instytucjach na rzecz wsparcia udzielanego jak najbliżej miejsca zamieszkania, aby umożliwić pacjentom zachowanie więzi społecznych, kontynuowanie nauki i pracy oraz szybszy powrót do zdrowia. Model ten oparty jest na interdyscyplinarnej współpracy specjalistów oraz integracji pomocy medycznej, psychologicznej i społecznej. Jego celem jest nie tylko leczenie, ale także włączenie społecznie i edukacyjnie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Środowiskowa opieka psychiatryczna zakłada również upodmiotowienie pacjenta, indywidualizację wsparcia i większą odpowiedzialność społeczności lokalnych za tworzenie dostępnych i zintegrowanych form pomocy. Kluczowe są w tym miejscu Centra Zdrowia Psychicznego i Zespoły Leczenia Środowiskowego, które koordynują pomoc w ramach indywidualnych planów leczenia.

Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego przyczynia się m.in. do przeciwdziałania stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz przy odpowiedniej koordynacji daje szansę na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych.

I. Diagnoza sytuacji w województwie opolskim

Zdrowie psychiczne mieszkańców województwa opolskiego stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnej polityki społecznej.

Województwo opolskie jest jednym z regionów Polski z najdalej posuniętymi procesami depopulacji i starzenia demograficznego. Zmniejszająca się liczba osób w wieku produkcyjnym oraz odpływ młodych osób wpływają na pogłębiające się problemy społeczne, m.in. samotność, izolację, niskie wsparcie sąsiedzkie oraz zwiększoną liczbę kryzysów psychicznych wśród osób starszych.

Wzrost zapotrzebowania na specjalistyczne wsparcie, rosnąca skala kryzysów psychicznych, starzenie się populacji oraz rosnący poziom stresu społecznego i zawodowego wskazują na konieczność rozwijania nowoczesnych, środowiskowych usług opiekuńczych i interwencyjnych.

II. Dane statystyczne dotyczące osób dorosłych

W kontekście krajowym podstawowym źródłem wiedzy o stanie zdrowia psychicznego społeczeństwa pozostaje „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań” (EZOP II), przeprowadzone w latach 2018-2020. Zgodnie z jego wynikami zaburzenia psychiczne w ciągu życia dotyczyły 26,5% dorosłych Polaków, co odpowiada około 8,33 miliona osób. Najczęściej diagnozowano zaburzenia związane z używaniem alkoholu, napady lękowe, fobie swoiste, epizody depresji oraz zaburzenia zachowania. Należy jednak podkreślić, że wyniki te zostały zebrane jeszcze przed okresem pandemii, co oznacza, że obecna skala problemu jest znacznie wyższa niż w latach poprzednich. Występowanie zaburzeń psychicznych różnicuje się terytorialnie: najniższe wartości notowane są na wsiach oraz w dużych miastach, natomiast najwyższe w małych i średnich ośrodkach miejskich.

Dane krajowe stanowią kontekst odniesienia dla oceny sytuacji w

województwie opolskim, gdzie również obserwuje się znaczące obciążenie systemu opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień.

Według analiz wynikających z Map Potrzeb Zdrowotnych, w 2024 roku w województwie opolskim z systemu opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych skorzystało 41,69 tysiąca pacjentów, którym udzielono 263,18 tysiąca porad. Liczba osobodni wyniosła 358,9 tysiąca, natomiast liczba hospitalizacji 6,86 tysiąca. W strukturze pacjentów dominują kobiety, które stanowiły 57,99 procent osób korzystających z pomocy. Wśród osób dorosłych w województwie opolskim najliczniej rozpoznawane są zaburzenia lękowe oraz zaburzenia nerwicowe, co jest zgodne z obserwacjami krajowymi i międzynarodowymi. Zaburzenia depresyjne stanowią drugą pod względem liczności kategorię, co potwierdza ich przewlekły charakter oraz konieczność stosowania kompleksowego leczenia. Istotną rolę odgrywają również zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także zaburzenia organiczne i schizofrenia. Obecność zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania, zaburzeń wieku rozwojowego oraz niepełnosprawności intelektualnej wskazuje na konieczność utrzymania szerokiego zakresu usług diagnostycznych i terapeutycznych w tym zakresie.

Powyższe dane, w tym wzrost liczby osób doświadczających zaburzeń depresyjnych oraz rosnąca liczba kryzysów psychicznych wymagających interwencji specjalistycznej w województwie opolskim, wskazują na konieczność wsparcia osób w szeroko pojętym kryzysie zdrowia psychicznego poprzez rozwój i różnicowanie rodzaju świadczonych usług środowiskowych, zapewniających niezależność, bezpieczeństwo i wsparcie dostosowane do indywidualnych potrzeb w miejscu zamieszkania.

III. Dane statystyczne dotyczące dzieci i młodzieży

Stan zdrowia psychicznego najmłodszych mieszkańców województwa opolskiego należy analizować, podobnie jak w przypadku osób dorosłych, w odniesieniu do wyników ogólnopolskiego badania pn. „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań” (EZOP II). Wnioski z EZOP II są punktem odniesienia dla oceny sytuacji w naszym regionie, choć należy podkreślić, że dane zbierano jeszcze przed pandemią COVID-19, a więc nie odzwierciedlają one obecnego, znacznie trudniejszego obrazu zdrowia psychicznego.

Zgodnie z wynikami wymienionego badania, w grupie dzieci w wieku 0–6 lat najczęściej występują zaburzenia emocjonalno-afektywne (ponad 6% najmłodszych), a także zaburzenia adaptacyjne i komunikacji społecznej (ponad 4%). Łącznie różnego rodzaju trudności dotyczą około 16% najmłodszych dzieci – co w skali województwa opolskiego przekłada się na kilka tysięcy dzieci wymagających wczesnej diagnostyki i terapii. Problemem pozostaje ograniczony dostęp do specjalistów, szczególnie w małych miejscowościach i na terenach wiejskich, gdzie wsparcie psychologiczne i pedagogiczne jest utrudnione i wiąże się z długim czasem oczekiwania.

W przypadku dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat szacuje się, że w Polsce ponad pół miliona osób w tym wieku zmagają się z zaburzeniami psychicznymi, co w odniesieniu do województwa opolskiego oznacza kilkanaście tysięcy uczniów. Najczęściej występują zaburzenia lękowe, a także zaburzenia nastroju – w tym depresja i epizody manii. Ponad 100 tysięcy młodych osób w skali kraju boryka się z problemami związanym z używaniem substancji psychoaktywnych. W regionie opolskim zjawisko to dotyczy głównie młodzieży z mniejszych miejscowości, gdzie dostęp do wsparcia terapeutycznego jest utrudniony, a rozpowszechnienie zaburzeń jest prawie dwukrotnie wyższe niż w miastach.

Według danych dla województwa opolskiego wynikających z Map Potrzeb Zdrowotnych, w 2024 roku w województwie opolskim zarejestrowano łącznie 6,88 tysięcy pacjentów – dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną, z czego 6,73 tysiąca korzystało z leczenia psychiatrycznego, a 266 osób z terapii uzależnień. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem pozostałych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, obejmujących m.in. zaburzenia emocji, zachowania i funkcjonowania społecznego. Wysoki odsetek dotyczył także całościowych zaburzeń rozwojowych oraz zaburzeń hiperkinetycznych. Mniejszą, lecz istotną grupę stanowiły osoby z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami odżywiania i schizofrenią. Dane te wskazują na znaczące zróżnicowanie problemów psychicznych w populacji dzieci i młodzieży oraz potrzebę kompleksowego podejścia do profilaktyki, diagnostyki i terapii.

Jak zostało wskazane w Ogólnopolskiej Strategii Deinstytucjonalizacji: Opieka Zdrowotna nad Osobami z Zaburzeniami Psychicznymi – „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027, z perspektywą do 2030 r.”, wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki, nie tylko szpitalnej lub ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, ale także na poziomie systemu rodzinnego, systemu edukacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, ośrodków pomocy społecznej, świetlic środowiskowych, ośrodków interwencji kryzysowej, ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, centrów integracji społecznej, ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy domowej itp.

IV. Zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne wśród dzieci i młodzieży

Jak wynika z przeprowadzonego w latach 2022-2023 przez Fundację UNAWEZA badania pn. „Młode Głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym”, coraz więcej młodych ludzi w Polsce doświadcza zachowań ryzykownych i autodestrukcyjnych, które są sygnałem głębokiego kryzysu psychicznego. Wśród najczęściej wymienianych form autoagresji pojawia się samookaleczanie, do którego przyznaje się znacząca część badanych. Bardzo powszechne są również problemy z jedzeniem – młodzież deklaruje zarówno objadanie się, jak i głodzenie, a także częste, intensywne odchudzanie. Inną formą szkodliwego postępowania jest przemęczenie organizmu, na przykład ćwiczenie ponad siły mimo złego

samopoczucia.

Powyższy raport zwraca uwagę na szeroką ekspozycję młodych na treści szkodliwe w internecie, takie jak przemoc czy pornografia. Autorzy podkreślają, że tego typu materiały mogą utrzymywać negatywne wzorce oraz pogłębiać problemy emocjonalne. Wskazuje się także na ryzykowne zachowania związane z korzystaniem z nowych technologii – m.in. impulsywne zakupy w grach online czy zainteresowanie agresywną rozrywką internetową.

Ważnym sygnałem alarmowym są również myśli samobójcze i poczucie bezradności, które pojawiają się u wielu młodych osób. Raport podkreśla, że źródłem tych trudności jest zwykle niska samoocena, brak akceptacji siebie oraz silne poczucie osamotnienia. Do tego dochodzą czynniki środowiskowe, takie jak presja szkolna, trudne relacje z rówieśnikami i rodziną czy brak wystarczającego wsparcia emocjonalnego.

Z danych Komendy Głównej Policji oraz statystyk regionalnych wynika, że problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży przybiera niepokojące rozmiary, również w województwie opolskim. W 2024 roku w Polsce odnotowano 920 prób samobójczych wśród osób do 18. roku życia, z czego 146 zakończyło się śmiercią. W województwie opolskim w tym okresie zarejestrowano 32 próby samobójcze wśród dzieci i młodzieży, w tym 6 zakończonych zgonem. Najwięcej prób podejmowała młodzież w wieku 14–17 lat. Ponad połowa przypadków miała miejsce na terenach wiejskich i w mniejszych miejscowościach, gdzie dostęp do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej jest ograniczony. Główne przyczyny wskazywane w raportach to kryzysy emocjonalne, konflikty rodzinne, przemoc rówieśnicza i szkolna oraz brak szybkiej interwencji kryzysowej. W wielu sytuacjach młodzi ludzie wcześniej sygnalizowali swoje trudności w rodzinie, szkole lub w Internecie, jednak nie otrzymali adekwatnego wsparcia.

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.

V. Działalność organizacji pozarządowych

Niezwykle ważną rolę w kształtowaniu i wspieraniu zdrowia psychicznego w województwie opolskim odgrywają organizacje pozarządowe, które stanowią istotny filar systemu wsparcia społecznego. Ich działalność uzupełnia i wzmacnia działania sektora publicznego, wnosząc elastyczność, innowacyjność oraz bezpośredni kontakt z lokalnymi społecznościami. Ważnym elementem ich pracy jest edukacja społeczeństwa w zakresie zdrowia psychicznego. Dzięki ich aktywności stopniowo zmniejsza się poziom stygmatyzacji oraz zwiększa świadomość społeczna na temat znaczenia profilaktyki i wczesnej interwencji.

Nie bez znaczenia pozostaje współpraca NGO z instytucjami publicznymi, takimi jak jednostki samorządu terytorialnego, szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne czy placówki ochrony zdrowia. Wspólne działania pozwalają na

skuteczniejsze reagowanie na lokalne potrzeby, tworzenie spójnej sieci wsparcia oraz efektywne wykorzystywanie dostępnych zasobów.

W związku z powyższym zasadnym jest wzmacnianie potencjału organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

VI. Wyniki badania ankietowego wśród gmin w województwie opolskim dot. potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Z badania ankietowanego przeprowadzonego przez ROPS w Opolu w maju 2025 r. wśród gmin w województwie opolskim, wynika, że za najważniejsze potrzeby w zakresie rozwoju usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym samorządy uznają rozwój: rozwój asystentury osobistej (35%), specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu lub środowisku zamieszkania (32%), usług sąsiedzkich i wspomagających (obejmujących dowóz żywności, leków, usługę „złotej rączki” itp., np. w ramach Marszałkowskiego kuriera społecznego (30%) oraz tworzenie i rozwój dziennych form wsparcia dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym klubów samopomocy lub typu środowiskowego domu samopomocy (24%). Następnie samorządy wskazały na istotną konieczność rozwoju różnych form mieszkalnictwa (w tym wspomagane) 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. Ponadto 75% gmin jako bariery w rozwijaniu usług społecznych dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego wskazało brak specjalistycznej kadry mogącej świadczyć takie usługi. 62% gmin wskazało, że brak środków finansowych uniemożliwia rozwój usług w tym obszarze wsparcia. Dodatkowo 61% gmin boryka się z brakiem infrastruktury lokalowej.

3.2. Założenia dotyczące rozwoju usług i deinstytucjonalizacji

Przedsięwzięcia zawarte w Regionalnym Planie Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Opolskiego na lata 2026-2028 ustalono w powiązaniu z zapisami zawartymi w następujących dokumentach strategicznych:

- 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.).
- 3) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030.

Cel strategiczny: Stworzenie spójnego, zintegrowanego i powszechnie dostępnego systemu środowiskowych usług zdrowia psychicznego, który zapewni mieszkańcom województwa opolskiego szybkie i skuteczne wsparcie, zwiększając samodzielność osób w kryzysie psychicznym i ograniczając potrzebę stosowania opieki instytucjonalnej.

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

3.3. Działania przewidziane planem na lata 2026–2028

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. przedsięwzięć o charakterze włączeniowym i aktywizującym adresowanych do osób dorosłych, doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.

3.3.2. Rozwój współpracy międzysektorowej na rzecz ochrony zdrowia psychicznego – współpraca pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia, pomocy społecznej, oświaty, kultury, sportu, rynku pracy, policji i innych służb oraz organizacjami pozarządowymi.

3.3.3. Budowanie potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego do świadczenia usług społecznych i zdrowotnych.

3.3.4. Budowanie sieci specjalistów działających na rzecz wspierania zdrowia psychicznego lokalnych społeczności.

3.3.5. Profilaktyka zachowań społecznych dzieci i młodzieży, w związku z uzależnieniami, przemocą domową, negatywnymi skutkami izolacji społecznej itp.

3.3.6. Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne dla dzieci, młodzieży, rodziców, opiekunów, w tym grupy wsparcia.

3.3.7. Działania edukacyjne, informacyjne i profilaktyczne służące poprawie zdrowia psychicznego, w tym w szczególności skierowane do dzieci i młodzieży, rodziców i opiekunów.

3.3.8. Realizacja studiów podyplomowych dla psychologów szkolnych, mających na celu podniesienie umiejętności i kompetencji niesienia pomocy dzieciom i młodzieży szkolnej w przezwyciężaniu trudności i problemów psychicznych,

3.3.9. Prowadzenie szkoleń i warsztatów dla kadry pracującej z dziećmi i

Młodzieżą, w szczególności w jednostkach oświatowych, jednostkach wspierania rodziny, w tym dla przedstawicieli organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

3.3.10. Realizacja Treningu Umiejętności Społecznych dla dzieci wymagających wsparcia w zakresie kompetencji społecznych.

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

3.3.12. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjno-edukacyjnej w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowych, kulturalno-oświatowych i oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych.

3.3.13. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci i młodzieży poprzez dofinansowanie działalności placówek wsparcia dziennego, prowadzonych w formie opiekuńczej, w tym kół zainteresowań, świetlic, klubów i ognisk wychowawczych.

3.3.14. Promowanie alternatywnych form spędzania czasu wolnego wśród dzieci i młodzieży.

3.3.15. Realizacja działań na rzecz wspierania zdrowia psychicznego seniorów (m.in. kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku, grupy wsparcia, zajęcia ruchowe, warsztaty artystyczne, szkolenia dla opiekunów formalnych i nieformalnych z zakresu komunikacji i reagowania na kryzysy psychiczne).

3.3.16. Tworzenie i rozwój ośrodków interwencji kryzysowej i punktów interwencji kryzysowej.

3.3.17. Zwiększenie dostępu do usług dla osób w sytuacjach kryzysowych (w tym m.in. poradnictwo psychologiczne, poradnictwo socjalne, konsultacje z terapeutą, psychoterapia, grupy wsparcia).

3.3.18. Tworzenie mieszkań interwencyjnych.

3.3.19. Wsparcie infrastruktury poradni i gabinetów psychologiczno-pedagogicznych.

3.3.20. Superwizja i spotkania wspierające dla kadry pracującej z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi wykluczeniem społecznym.

3.3.21. Utworzenie Centrum Wsparcia dla Rodzin jako miejsca kompleksowego wsparcia psychologicznego, pedagogicznego i terapeutycznego dla dzieci, młodzieży oraz ich rodziców, zagrożonych wykluczeniem społecznym. Utworzenie Centrum Wsparcia dla Dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.

3.3.22. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadry na potrzeby świadczenia usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, kadry bezpośrednio zajmującej się świadczeniem usług na rzecz dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym i wymagającej resocjalizacji i reintegracji, w tym m.in. kadry poradni psychologiczno-pedagogicznych, Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii, Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych oraz Specjalnych Ośrodków Szkolno-Wychowawczych.

3.3.23. Realizacja studiów podyplomowych z zakresu interwencji kryzysowej oraz integracji sensorycznej dla kadry bezpośrednio zajmującej się lub zamierzającej

świadczyć usługi dla dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym lub dzieci i młodzieży wymagającej resocjalizacji i reintegracji (m. in. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, MOW, MOS i SOSW, PCPR, OA oraz kadry NGO świadczącej usługi tego typu).

3.3.24. Wsparcie rodzin, w tym „Szkoła dla Rodziców” – zajęcia edukacyjne mające na celu podniesienie kompetencji rodzicielskich, poradnictwo rodzinne, konsultacje, zajęcia psychoedukacyjne.

3.3.25. Wsparcie terapeutyczne i psychologiczne dzieci i młodzieży, w tym terapia przez sztukę (muzykoterapia, arteterapia).

3.3.26. Działania na rzecz zapewnienia osobom zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poprawy kompetencji w zakresie spędzania czasu wolnego i rekreacji oraz uczestnictwa w kulturze.

3.4 Rekomendacje

- Rozwój usług środowiskowych w Centrach Zdrowia Psychicznego i innych formach środowiskowego wsparcia psychicznego dla dorosłych.
- Tworzenie i rozwijanie Centrów Usług Społecznych jako elementu działań na rzecz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych.
- Budowanie potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego do świadczenia usług społecznych i zdrowotnych.
- Prowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, w tym działań edukacyjnych i informacyjnych skierowanych do dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów.
- Tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi i wzmacnianiu w gminach i powiatach, podmiotów zapewniających wszechstronne wsparcie osobom z zaburzeniami psychicznymi, takich jak środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, kluby, mieszkania treningowe i wspomagane, dzienne domy pobytu jako alternatywy dla opieki całodobowej.
- Integracja usług społecznych, zdrowotnych i edukacyjnych.
- Realizacja programów profilaktycznych w szkołach (nauka regulacji emocji, radzenia sobie ze stresem).
- Rozwój współpracy samorządów z organizacjami pozarządowymi.
- Przeciwdziałanie stygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych poprzez organizowanie kampanii społecznych i profilaktycznych.
- Realizacja działań ukierunkowanych na pomoc psychologiczną, edukację, wsparcie i profilaktykę zachowań autodestrukcyjnych dla dzieci i młodzieży, ich rodzin oraz otoczenia społecznego i instytucjonalnego.
- Prowadzenie szkoleń, konsultacji i zajęć o charakterze superwizyjnym dla osób pracujących z dziećmi i młodzieżą, w tym kadry ośrodków I-go poziomu referencyjnego dla dzieci i młodzieży, nauczycieli/pedagogów i psychologów szkolnych oraz rodziców/opiekunów.

- Wsparcie instytucji oświatowych w zakresie zwiększania kompetencji kadry pracującej na co dzień z dziećmi i młodzieżą.
- Realizacja programów rekomendowanych w zakresie profilaktyki selektywnej i profilaktyki wskazującej, zawartych w bazie programów rekomendowanych.
- Realizacja programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.

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 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 MRPiPS badaniami liczby osób w kryzysie bezdomności w Polsce, w 2024 r. w Polsce jest ponad 31 tysięcy osób bezdomnych, w tym w woj. opolskim ich liczba szacowana jest na 767 osób (2,4%).¹⁰ Większość bezdomnych to mężczyźni (80%), 41% bezdomnych ma wykształcenie zawodowe (29% ma wykształcenie podstawowe). Najliczniejszą grupę stanowią obecnie osoby pozostające w kryzysie bezdomności do 2 lat – 31%. Kolejna grupa to osoby bezdomne od 2 do 5 lat – 25%. Osoby będące w kryzysie bezdomności powyżej 20 lat stanowią 6% populacji badanych. Wśród bezdomnych ok 42% to osoby w wieku 41-60 lat (13 232 osób), choć w kryzysie bezdomności znajdują się także osoby młode (w wieku 18-25 lat), a osoby poniżej 18 roku życia stanowią 5% (1 524) ogólnej liczby osób w kryzysie bezdomności.

Podczas badania 90% osób w kryzysie bezdomności zadeklarowało obywatelstwo polskie (27 959 osób), zaś 6% obywatelstwo ukraińskie (1 749 osób), pozostałe osoby deklarowały inne obywatelstwa lub jego brak.

Zdecydowana większość bezdomnych przebywa w palcówkach instytucjonalnych (76%), pozostali zajmują miejsca Niemieszkalne oraz pustostany lub przebywało na terenie ogrodów działkowych. Zwiększyła się liczba osób zarówno przebywających w placówkach jak i miejscach Niemieszkalnych. Jednocześnie, ponad 3% badanych (990 osób) przebywało w mieszkaniach treningowych i wspomaganych – zgodnie z deklaracją, co pozytywnie świadczy o postępującej deinstytucjonalizacji wsparcia.

Głównym źródłem ich dochodu jest zasiłek z pomocy społecznej (33%), w drugiej kolejności wskazywano emeryturę /rentę (16%). Trzecią najliczniejszą grupę stanowią osoby, które zadeklarowały brak dochodu (15%), przy czym ok. 9% bezdomnych pracuje na czarno, 7% wskazało zbieractwo, a u 6% dochód stanowi legalne zatrudnienie.

W 2024 r. w woj. opolskim 1 106 osób (około 4,5% wszystkich klientów korzystających z pomocy społecznej) otrzymało pomoc z tytułu bezdomności.

Najwięcej osób w kryzysie bezdomności znajduje się w gminach miejskich, tj. w Opolu (258 rodzin), Brzegu (116 rodzin) oraz Kędzierzynie-Koźlu (112 rodzin). Najmniej osób w kryzysie bezdomności jest w gminach wiejskich, co wynika ze specyfiki gmin, tj. z mniejszego dostępu do usług oraz świadczeń.¹¹

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 treningowym lub wspomaganim, jednak praktyka wskazuje, że proces adaptacji społecznej i pełnego ich usamodzielnienia jest trudny, a liczba dedykowanych im

¹⁰ Zob. więcej na stronie MRPiPS <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogolnopolskie-badanie-liczby-osob-bezdomnych---edycja-2024>

¹¹ Sprawozdanie MRiPS-03-R za I-XII 2024 r. Powody przyznania pomocy społecznej, cas.mpips.gov.pl:8443/CAS/SAC/sprawozdania/szczegolowe.do?idListy=SS0010&TRYB=HTML&idWywołania=SS0010&wiersz=0&kontekst=JEDNOSTKA¶metryKontekstu=9&_CSID=a0b387e03d3cd525a3a27ec9a559dd78

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 2024 r. w woj. opolskim funkcjonowało 17 instytucji udzielających pomocy w formie schronienia dla osób w kryzysie bezdomności na 803 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 (88 miejsc).

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 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 (258), Brzegu (116), Kędzierzyna-Koźla (112), Nysy (43), Strzelec Opolskich (32) i Kluczborka (27), tylko w Kędzierzynie-Koźlu i Strzelcach Opolskich realizowane są usługi streetworkingu (streetworkerzy są zatrudnieni na umowę-zlecenie przez ośrodki pomocy społecznej). W Kędzierzynie-Koźlu dwóch streetworkerów przypada na około 50 osób w kryzysie bezdomności, a w Strzelcach Opolskich jest 1 streetworker na 20 osób.

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 przejściowymi, 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 woj. opolskiego (z maja 2025 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). Ponad połowa gmin realizuje działania profilaktyczne (w tym 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. Sześć gmin nie realizuje żadnych usług dla osób w kryzysie bezdomności z uwagi na brak potrzeb lub znikomą liczbę osób w kryzysie bezdomności.

Ponadto wsparciem ekonomii społecznej w procesie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych sprzyjają Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES), czyli lokalne jednostki, które mają na celu wspieranie podmiotów ekonomii społecznej: spółdzielni socjalnych, fundacji oraz organizacji pozarządowych. W województwie opolskim są cztery OWES-y: **Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej - prowadzony przez Spółdzielnię Socjalną PROFES w Byczynie** (dla subregionu północnego woj. opolskiego, który obejmuje powiaty: brzeski, namysłowski, kluczborski, oleski oraz strzelecki - aktualnie jako jedyny realizujący projekt wspierających rozwój ES ze środków Samorządu Województwa Opolskiego) oraz trzy posiadające akredytację MRPiPS na prowadzenie OWES-u: **Nyski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – prowadzony przez Spółdzielnię Socjalną „PARASOL” w Nysie, Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Nysie – prowadzony przez Towarzystwo Oświatowe Ziemi Chrzanowskiej w Chrzanowie oraz Brzeskie Stowarzyszenie Chorych na SM w Brzegu** (obecnie podmioty te starają się o środki projektowe Samorządu Województwa Opolskiego na prowadzenie OWES-u dla subregionu środkowo-południowego woj. opolskiego, który obejmuje powiaty: Miasto Opole, opolski, nyski, prudnicki, krapkowicki, kędzierzyńsko-kozielski i głubczycki). OWES-y odgrywają istotną rolę w rozwoju sektora ekonomii społecznej w Polsce, wspierając zarówno istniejące podmioty ES, jak i nowe inicjatywy, które mają na celu poprawę jakości życia lokalnych społeczności, w tym aktywizację osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych tym zjawiskiem, m.in. poprzez realizację projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 (Działanie 6.1 Wsparcie ekonomii społecznej).

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 i 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 2026-2028

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 i 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 ogrzewalni dla osób w kryzysie bezdomności jako formy doraźnego interwencyjnego wsparcia i miejsca świadczenia np. usługi streetworkingu.
- Tworzenie mieszkań wspomaganych i mieszkań treningowych w ramach zasobów lokalowych gmin powiązane z rozwojem usług opiekuńczych i innych usług społecznych adresowanych do osób w kryzysie bezdomności.

- Wspieranie zatrudnienia osób w kryzysie bezdomności w centrach integracji społecznej i przedsiębiorstwach społecznych oraz osób które, 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.

5. Wskaźniki

Wskaźnik	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2028 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	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)
Liczba gmin, w których zostanie utworzone centrum usług społecznych	I	1.3.1	4	SRUS	Ocena Zasobów Pomocy Społecznej województwa opolskiego
Odsetek rodzin, w stosunku do których zastosowano kompleksową analizę możliwości reintegracji	II	2.3.1	30%	SRUS	MRPiPS/OUW
Odsetek gmin, w których zostanie utworzone miejsce	I	1.3.2	100%	SRUS	OZPS

Wskaźnik	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2028 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
koordynacji usług społecznych					
Odsetek dzieci przebywających w pieczy zastępczej, które wychowują się w rodzinnej pieczy zastępczej	II	2.3.3	79%	SRUS	OZPS
Odsetek DPS, w których wprowadzono badania okresowej oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańca	I	-	100%	SRUS	MRPiPS/OUW
Liczba utworzonych przedsiębiorstw społecznych	I	1.3.6	22	SRUS	OZPS
Odsetek gmin, w których uruchomiono specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	II	2.3.1	54%	SRUS	OZPS
Odsetek gmin, w których zabezpieczonoienne formy pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	I	1.3.4	68%	SRUS	OZPS
Liczba gmin, w których są	IV	4.3.1	1	SRUS	OZPS

Wskaźnik	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2028 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
świadczone usługi streetworkerów zintegrowane z systemem interwencyjnych usług schronienia i innymi usługami typu outreach					
Odsetek placówek dla osób w kryzysie bezdomności przekształconych w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym	IV	4.3.1	5%	SRUS	OZPS
Liczba osób objętych usługami w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej	II	2.3.1; 2.3.4	1 074	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie po opuszczeniu programu	I, II	1.3.1; 1.3.4; 1.3.5; 2.3.1	1 997	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	II	2.3.1; 2.3.4; 2.3.5	252	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych

Wskaźnik	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2028 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
istniejących po zakończeniu projektu					w ramach FEO 2021-2027
Liczba osób korzystających ze wspartych obiektów infrastruktury społecznej	I, II	1.3.1; 1.3.5; 2.3.5	2 000	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Ludność objęta projektami w ramach zintegrowanych działań na rzecz włączenia społeczno-gospodarczego społeczności marginalizowanych, gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz grup w niekorzystnej sytuacji	I, II	1.3.1 1.3.5; 2.3.5	1 000	FEO 2021-2027	Wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach FEO 2021-2027
Liczba godzin zrealizowanego wsparcia psychologicznego	III	3.3.6; 3.3.7; 3.3.17	100	Analizy własne	Sprawozdania ze zrealizowanych projektów
Liczba osób, która ukończyła studia podyplomowe z zakresu interwencji kryzysowej i integracji sensorycznej	III	3.3.23	75	Analizy własne/ ROPS	Sprawozdania ze zrealizowanych projektów

Wskaźnik	Obszar RPDI	Działanie RPDI	Wartość oczekiwana do 31.12.2028 r. (liczba nowych instytucji lub % gmin)	Źródło wskaźnika	Źródło danych do pomiaru wskaźnika
Liczba psychologów szkolnych, którzy ukończyli studia podyplomowe z zakresu wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie	III	3.3.8	75	Analizy własne	Sprawozdania ze zrealizowanych projektów
Liczba utworzonych punktów interwencji kryzysowej dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych	III	3.3.16	7	Analizy własne/ ROPS	Sprawozdania ze zrealizowanych projektów
Liczba przeprowadzonych konkursów ofert na powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w obszarze zdrowia psychicznego	III	3.3.4; 3.3.5; 3.3.6; 3.3.7; 3.3.8; 3.3.9; 3.3.10; 3.3.11	3	Analizy własne	Sprawozdania ze zrealizowanych zadań

6. Finansowanie / Alokacja na poszczególne działania w (PLN)

Obszar	Działanie	Źródło finansowania	Alokacja UE na lata 2026 -2028 [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	68 500 000	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 MRPiPS

Obszar	Działanie	Źródło finansowania	Alokacja UE na lata 2026 -2028 [PLN]	Uwagi
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	27 000 000	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 MRPiPS

Obszar	Działanie	Źródło finansowania	Alokacja UE na lata 2026 -2028 [PLN]	Uwagi
Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym	3.3.1-3.3.15 (RPDI), 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	3 500 000	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
	3.3.16-3.3.26 (RPDI), 6.8 Profilaktyka zachowań społecznych dzieci i młodzieży (FEO 2021-2027)	FEO 2021-2027	12 700 000	Opolskiego z Organizacjami Pozarządowymi oraz Podmiotami , Prowadzącymi Działalność Pożytku Publicznego, programy MRPiPS

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 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, UMWO (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 RPDl będzie podstawą do opracowania kolejnego planu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, uwzględniającego doświadczenia we wdrażaniu RPDl za lata 2026-2028.

8. Załączniki

Załącznik nr 1 - Przegląd dokumentów strategicznych regionalnych, krajowych i unijnych z zakresu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji

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, sprząatanie oraz towarzyszenie w czasie wolnym np. wyjście do kina, pubu czy odwiedziny 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 zaburzonym 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 wspomaganego z odpowiednim koszykiem usług. Cel strategiczny 2: Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych poprzez: – 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, wytchnieniowe 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:

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		- upowszechnianie aktywności zawodowej wśród opiekunów rodzinnych, - 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 wspomaganego; 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.

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		2. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie mieszkaniowej, w tym: - 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. Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030	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 wspomaganego 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.

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		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.: - 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 do 2030 roku. Ekonomia solidarności 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

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		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. 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 Opolskie 2030	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 wychowawczych; 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

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		do życia i wypoczynku. Wzrost poziomu jakości życia związany jest z rozwojem sektora e-usług, który ułatwia 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 wytchnieniowe 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 wspomaganym/chronionym 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 wspomaganego 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 (dienne 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. wzmocnieniu 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 na lata 2022-2025	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 doświadczających 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.
11.	Wojewódzki Program Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi na rok 2025 (Program ma edycje roczne)	Wybrane priorytetowe działania na 2025: • 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,

Lp.	Nazwa dokumentu	Kierunki rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wskazane w dokumencie
		– 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.
12.	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, – odpowiedniego schronienia oraz usług służących promowaniu ich integracji społecznej.
13.	Pokonać bezdomność Program Pomocy osobom bezdomnym edycja 2025 (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. W ramach celu głównego wyznaczone są następujące Moduły Programu wraz z celami szczegółowymi: ➤ MODUŁ I: PROFILAKTYKA Cel: Zapobieganie bezdomności przez prowadzenie działań profilaktycznych. ➤ MODUŁ II: WSPARCIE OSÓB BEZDOMNYCH Cel: Prowadzenie działań interwencyjnych i aktywizujących skierowanych do osób w kryzysie bezdomności. ➤ MODUŁ III: WSPARCIE POZAINSTYTUCJONALNE - ROZWIĄZANIA MIESZKANIOWE Cel: Wsparcie podmiotów w świadczeniu kompleksowego wsparcia w procesie wychodzenia z bezdomności poprzez świadczenie usług mieszkaniowych. ➤ MODUŁ IV: INNOWACYJNOŚĆ I WSPÓŁPRACA Cel: Inspirowanie do wdrażania nowych rozwiązań w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, a także sieciowanie i współpraca w obszarze zwalczania bezdomności.