DAĆ TO, CZEGO NAPRAWDĘ POTRZEBA

Opis innowacji i plan działania

Proposal VP/2019/003/0068

„Dać to, czego naprawdę potrzeba" - „To give what is really needed"
Innowacyjny model profesjonalnej opieki domowej nad osobami zależnymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi oraz wsparcia ich opiekunów na terenach wiejskich.

Spis treści

1. Wstęp, gdzie opisujemy, **w jakich realiach** społeczno – ekonomicznych narodził się pomysł innowacji. 1

2. Rozdział pierwszy - w nim opisujemy, **dlaczego** to właśnie my, nie zgadzając się z aktualnym stanem rzeczy, zdecydowaliśmy się na podjęcie wyzwania i testowanie innowacji. 2

3. Rozdział drugi, w którym wyjaśniamy, **jak** to zrobimy (workplan).....3

4. Rozdział trzeci. Tu opowiadamy jakie **cele** chcemy osiągnąć. 4

5. Rozdział czwarty. Tu dzielimy się nadziejami na **korzyści** odniesione z innowacji i wspominamy o naszych **obawach** z nią związanych. 5

6. Rozdział Piąty i ostatni, czyli kilka słów na zakończenie.....6

1. Wstęp,

gdzie opisujemy, **w jakich realiach** społeczno – ekonomicznych narodził się pomysł innowacji.

W Polsce na terenach wiejskich, stanowiących ponad 93% powierzchni kraju, mieszka prawie 40% jej obywateli. Mimo statystyk, wskazujących, że co dziesięć lat przybywa na terenach wiejskich 500 000 osób, obserwujemy starzenie się i wyludnianie terenów wiejskich. Jak pokazują badania Europejskiego Funduszu Rozwoju Wsi Polskiej, dostępność do usług medycznych na wsiach jest 2-2,5 razy gorsza niż w miastach. Także ubóstwo silniej dotyka mieszkańców terenów wiejskich. Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) pokazuje niewydolność opieki społecznej świadczonej osobom starszym w miejscu zamieszkania[1]. Osoby stare, nieuleczalnie i przewlekle chore, umierające, mieszkające na terenach wiejskich, pełnoprawni obywatele Polski i UE, to osoby, które z oczywistych powodów, nie potrafią zawalczyć o swoje prawa. Tym bardziej bezradne są osoby na wiejskich terenach o niskim lub bardzo niskim stopniu rozwoju społeczno-gospodarczego, ubogich, słabo zaludnionych, oddalonych od większych ośrodków. Działając już osiem lat, doświadczyliśmy, że system oferujący specjalistyczną opiekę hospicyjną i długoterminową jest na terenach wiejskich niewydolny. Trudno mówić o „wszechstronnej i całościowej opiece", jak definiuje się opiekę hospicyjną, [2] gdy tak ważne aspekty jak „łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych" nie są w dostateczny sposób zagwarantowane w ramach publicznej służby zdrowia.

[1] „Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. Informacja o wynikach kontroli", NIK, Nr Ewid,31/2018/P/17/043/KPS

[2] Pojęcia opieki hospicyjnej, paliatywnej czy paliatywno-hospicyjnej są różnie definiowane w różnych krajach UE. Pisząc o opiece hospicyjnej, rozumiemy ją w pierwotnym, szerokim znaczeniu - sprawowanie opieki nad osobami nieuleczalnie, przewlekle chorymi, umierającymi, zależnymi - wymagającymi profesjonalnego wsparcia. Im bliżej kresu życia, tym większy nacisk kładziony jest na poprawę jego jakości, nawet kosztem rezygnacji z procedur uciążliwych w tym okresie życia i obarczonych ryzykiem powikłań.

O pomoc i wsparcie dla osób zależnych proszą nas nie tylko lekarze rodzinni, ale także gminne ośrodki pomocy społecznej, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), proboszczowie czy sołtysi z okolicznych wiosek, dobrze znający potrzeby swoich. Czasem są to sąsiedzi, zaniepokojeni stanem zdrowia sąsiada za płotem. Dobra współpraca z nimi wszystkimi (przy naprawdę małych zasobach ludzkich na naszych słabo zaludnionych terenach), to jeden z ważniejszych kluczy do odniesienia sukcesu. Innym naszym doświadczeniem jest świadomość, że sami, będąc jednostką działającą na oddalonej prowincji jesteśmy zbyt słabym głosem, aby mieć wpływ na zmianę przepisów. Dlatego zdecydowaliśmy się na próbę zmiany rzeczywistości nam najbliższej w partnerstwie z instytucją mającą wpływ na kształtowanie polityki społecznej (ROPS). Zdecydowaliśmy się na wdrożenie i przetestowanie w naszej organizacji innowacji, która mogłaby zaproponować nowy model opieki nad osobami przewlekle i nieuleczalnie chorymi, skutecznie działający na terenach wiejskich.

Przystępując do innowacji, jesteśmy głosem ok 50% mieszkańców naszego regionu i prawie 40% (39,8%) ludności Polski[3]. W nieodległej przyszłości problemy ludzi starych, przewlekle chorych, dotkną mocno inne kraje UE, gdzie obszary wiejskie to ok. 77% powierzchni krajów i zamieszkuje je połowa ludności Unii Europejskiej (2013). Dla każdego ze społeczeństw człowiek stary, chory, cierpiący, umierający stanowił wyzwanie. Miarą postępu cywilizacyjnego jest nie tylko rozwój technologii, ale sposób, w jaki społeczeństwo stawia czoła temu właśnie wyzwaniu i jak traktuje swoich najsłabszych obywateli.

2. Rozdział pierwszy

w nim opisujemy, **dlaczego** to właśnie my, nie zgadzając się z aktualnym stanem rzeczy, zdecydowaliśmy się na podjęcie wyzwania i testowanie innowacji.

Lider projektu, Hospicjum Proroka Eliasza działa już ósmy rok na terenach wiejskich wschodniego Podlasia. Jako organizacja pozarządowa wciąż doskonalimy się i zmieniamy, próbując jak najlepiej odpowiedzieć na potrzeby tych, których wspieramy. Działamy na terenach o niskim i bardzo niskim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego[4], wyludniających się, starzejących. Odbiorcy naszych działań, to osoby z kilku grup – przewlekle, nieuleczalnie chorzy, osoby zależne, ich opiekunowie, ale także odbiorcy naszych działań edukacyjnych. Do tej pory objęliśmy opieką ponad 1000 osób - nieuleczalnie chorych i zależnych w ich domach, ich opiekunów i członków rodzin. W przypadku instytucji, jak nasza, działających na terenach wiejskich, oddalonych od dużych ośrodków miejskich, zwłaszcza tych prowadzonych na dużych obszarach o niewystarczającej infrastrukturze medycznej i transportowej, decyzja o nieprzyjęciu pacjenta, który opieki hospicjum domowego potrzebuje, ale nie spełnia formalnych kryteriów, jest szczególnie dramatyczna, oznacza bowiem skazanie pacjenta na - często samotne - cierpienie w domu, z braku realnej alternatywy. Mniej niż połowa naszych podopiecznych spełnia kryteria objęcia opieką hospicyjną refundowaną przez Państwo. Dla pozostałych próbujemy „szyć na miarę" pomoc, która niestety nie jest refundowana ze środków publicznych. Prowadząc zajęcia edukacyjne oraz autorskie warsztaty "Umieranie ludzka rzecz", dotarliśmy do kilkuset studentów medycyny i pielęgniarstwa. Byliśmy zapraszani, jako eksperci z wystąpieniami w Senacie RP (Sytuacja kobiet wiejskich), oraz Najwyższej Izby Kontroli w Warszawie w 2018 r., oraz do Rzecznika Praw Obywatelskich RP w roku 2019. Prowadzimy spotkania dla wolontariuszy, dzieci i młodzieży, a także wykłady dla klubów seniora i słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku i grup nieformalnych – przy parafiach, świetlicach wiejskich. Prowadzimy je

[3] Źródło: GUS, Obszary wiejskie w Polsce w 2016 roku.

[4] Raport „Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap I", 2014, EFRWP, IRWIR PAN. za:https://bs.net.pl/aktualnosci-zrzeszen/monitoring-rozwoju-obszarow-wiejskich

nieprzerwanie od założenia Fundacji, rozszerzając stale grono odbiorców (np. o osoby niepełnosprawne umysłowo, więźniów, osoby w żałobie).

W praktyce oznacza to wiele godzin obserwacji, spotkań i rozmów o potrzebach, trudnościach i wyzwaniach, jakie stają przed osobami przewlekle i nieuleczalnie chorymi i ich bliskimi. Mamy coraz większe doświadczenie i coraz lepiej dostrzegamy i potrafimy wskazać potrzeby i bolączki naszych beneficjentów. Będąc blisko, nauczyliśmy się patrzeć na nie z perspektywy osób chorych i ich bliskich zamieszkujących tereny wiejskie naszego kraju.

Jakie motywacje, jaki mechanizm leży u podstaw naszej gotowości do zaangażowania się w innowację? Ruch hospicyjny to od swoich początków ruch oddolny, wynikający z głębokiej potrzeby ludzi czułych, nieobojętnych na ludzką biedę, wrażliwych na nieszczęście, na słabość i samotność bliźniego. Nawet, gdy był brany w ramy instytucjonalne, celem jego nigdy nie było jedynie zrealizowanie norm, procedur czy sztywne trzymanie się reguł. Tworzyły go i prowadziły osoby charyzmatyczne, głęboko czujące sens swoich działań, potrafiące pociągnąć za sobą innych, zarazić ich swoim zaangażowaniem i oddaniem osobom chorym i cierpiącym. Ludzie ci reagowali na rzeczywiste potrzeby swoich podopiecznych i nie bali się proponować zmian, czy, jakbyśmy je dziś nazwali „innowacji" – od diakonów i pobożnych wdów z pierwszych wieków chrześcijaństwa, od Bazylego Wielkiego, budującego pierwsze szpitale dla umierających, po Dame Cicelly Saunders czy Hannę Chrzanowską. Ta ostatnia (panienka z dobrego domu, córka profesorska), w czasach głębokiego komunizmu odważyła się, twardo stąpając po ziemi, pielęgnować i opiekować się umierającymi w ich domach i stworzyć zręby nowoczesnego pielęgniarstwa środowiskowego. Nie bała się także mówić o duchowych potrzebach chorych umierających[5]. Podobnie i my – widząc możliwości rozwiązań, sposoby skuteczniejszego pomagania naszym podopiecznym – praktykujemy je i chcemy się swoimi, sprawdzonymi rozwiązaniami dzielić z innymi.

Opieka nad chorymi nieuleczalnie, nad osobami umierającymi zmienia się, ewoluuje i ciągle musi dorastać i dopasowywać się do nowej, wciąż zmieniającej się rzeczywistości. Widzimy to i czujemy się odpowiedzialni za powierzone nam osoby przewlekle i nieuleczalnie chore. Zmieniamy na lepsze (i chcemy to robić coraz lepiej i coraz skuteczniej) ich niełatwą rzeczywistość, oferując wszechstronną, profesjonalną pomoc osobom chorym oraz tym, którzy opiekują się nimi w ich domach.

3. Rozdział drugi,

w którym wyjaśniamy, **jak** to zrobimy (plan działania).

W ciągu 36 miesięcy przygotujemy się (miesiące 1 -4), a następnie wdrożymy (miesiące 5-34) działania związane z testowaniem innowacji (patrz - Wniosek). Lider, przy wsparciu Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej (ROPS), zdefiniuje i utworzy sieć z lokalnych zasobów instytucji zdrowia i pomocy społecznej oraz innych instytucji zaproszonych do działania w ramach sieci. Jako beneficjentów projektu przyjęliśmy osoby, które nie spełniały wymogów do objęcia opieką hospicyjną finansowaną ze środków publicznych (NFZ), ale będąc osobami ciężko, nieuleczalnie chorymi, z niepełnosprawnością i różnego stopnia zależnością - takiej opieki i wsparcia w warunkach domowych wymagały. Ze względu na niewydolne na terenach wiejskich inne sposoby wsparcia, bez naszego zaangażowania nie otrzymały by skąd inąd adekwatnej do potrzeb pomocy. Stworzenie „nowego", poszerzonego zespołu hospicyjnego to kolejne zadanie. Bazując na dotychczasowym zespole hospicjum domowego, sprawdzającym się pewnie w miastach, ale niewydolnym na terenach wiejskich - powiększymy zespół o kolejnych profesjonalistów - opiekunki, dietetyka i zapewnimy im wsparcie

[5] Florkowska M.: Radość dawania. Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach. Wydawnictwo św. Stanisława, Krakow,2017.

(podobnie jak pozostałym członkom sieci) dzięki rekrutacji Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ). Zakres obowiązków KOOZ przygotujemy wcześniej we współpracy z partnerami, podobnie jak proces rekrutacji na to stanowisko.

Częścią zadania jest badanie naukowe, pozwalające monitorować efekt, jaki przynosi wdrażana przez 2,5 roku innowacja. Obecnie wnioski o poprawie jakości życia i umierania wyciągamy jedynie z rozmów z beneficjentami - osobami chorymi i ich bliskimi. Aby rzetelnie zbadać poprawę tych aspektów funkcjonowania są potrzebne badania. Skonstruują je i przeprowadzą specjaliści z Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polska Akademia Nauk (IRWIR PAN). Grupa kontrolna zostanie wyłoniona na etapie przygotowania badania. Badanie i przebieg innowacji będzie wspierany merytorycznie przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS). Eksperci zorganizują spotkania i szkolenia dotyczące sieciowania, a także spotkania, gdzie osobom decydującym o rozwoju polityki społecznej zostaną przedstawione wnioski z przeprowadzanej innowacji. Także partnerzy projektu spotkają się kilkukrotnie w celu wspólnej oceny przebiegu testowania innowacji i zapoznania się z wynikami badań nad innowacją.

Efektem realizacji zadania będą rekomendacje (miesiące 35-36), co do sposobu sprawowania opieki nad osobami przewlekle i nieuleczalnie chorymi w ich domach, przedstawione decydentom na szczeblach regionalnych (spotkania organizowane przez ROPS) i krajowym. Zawierać będą one założenia dotyczące niezbędnych reform systemowych, konstrukcji opieki długoterminowej i opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi, zależnymi oraz ich opiekunami - w ich domach, na wsi.

Zadanie zostanie przeprowadzone, udokumentowane i rozpowszechniane w taki sposób, aby dostarczyć wzorców i narzędzi do przyszłego planowania i monitorowania polityki opieki długoterminowej, a także wsparcia opiekunów osób zależnych, nieuleczalnie i przewlekle chorych w ich domach.

Administrowanie projektem poprowadzą Specjaliści z Ośrodka Wspierania Organizacji Pozarządowych - oni będą wypełniać obowiązki sprawozdawcze i rozliczać projekt. Poprowadzenie tych zadań przez tą jednostkę, umożliwi innowatorom i badaczom skupienie się na zadaniu, jakie mają do wykonania, oddając tą część pracy z projektem doświadczonemu partnerowi.

Szczegółowy plan działań jest dostępny we Wniosku przy czym plan harmonogramu opracowany został w podziale na numerowane miesiące, których łączna liczba wynosić będzie 36. Konkretne daty dzienne dostosowano do planu z uwagi na konstrukcję formularza wniosku (komórki wyboru daty z kalendarza) i są one ustalone orientacyjnie.

4. Rozdział trzeci.

Tu opowiadamy jakie **cele** chcemy osiągnąć.

Zaproponowany przez nas sposób sprawowania opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi, zależnymi, umierającymi na terenach wiejskich znacznie poprawi dostępność, jakość opieki oraz jakość życia osób przewlekle i nieuleczalnie chorych, oraz ich opiekunów, a także jakość życia u jego kresu i jakość umierania[6] na wsi. Chcemy też stworzyć miejsca pracy, które przynoszą naszym podopiecznym wymierne korzyści, a członkom zespołu dają radość, satysfakcję i poczucie sensu wykonywanej pracy. Cele opisane zostały szczegółowo we Wniosku, poniżej szereg celów (część z nich to cele „miękkie"), które spodziewamy się osiągnąć realizując cel nr (1):

[6] Pojęcia Quality of Life (QoL), Quality of Dying and Death (QoDD) znane są w medycynie od lat 60-70' ubiegłego wieku.

(1.) przetestowanie i staranne opracowanie propozycji innowacyjnego podejścia do świadczenia opieki długoterminowej dla osób starszych i zależnych, przewlekle i nieuleczalnie chorych, na terenach wiejskich,
(2.) poprawa dostępności do specjalistycznej pomocy zespołu profesjonalistów, działających w sieci, dla osób przewlekle, nieuleczalnie chorych, zależnych, umierających oraz ich opiekunów na terenach wiejskich (pomoc nieodpłatna dla beneficjentów),
(3.) poprawa jakości życia i umierania tych osób,
(4.) zapewnienie wsparcia wytchnieniowego dla opiekunów domowych, osób często także sędziwych i schorowanych.
(5.) Stała ewaluacja i poprawa jakości świadczonych przez nas usług, pamiętając, że opiekun w domu osoby chorej jest także naszym beneficjentem i także wymaga wsparcia.
(6.) Dbałość o pracownika. Stworzenie miejsc pracy, budowanie zespołu dającego zadowolenie i satysfakcję osobom zatrudnionym i zaangażowanym w pomaganie ludziom nieuleczalnie chorym – możliwość rozwoju zawodowego, poszerzania i pogłębiania kompetencji, a także godziwego wynagrodzenia za wykonaną pracę. To czynniki mające działanie przeciw wypaleniu zawodowemu, na które przy tym rodzaju pracy są oni szczególnie narażeni. Ta innowacja nie miałaby szans na powodzenie bez aktywnego udziału i zaangażowania członków sieci i osób z grup nieformalnych. Ważnym będzie wykorzystanie lokalnych zasobów pracowników.
(7.) Działając lokalnie chcemy oddziaływać globalnie. Jest to hasło znane z naszych poprzednich inicjatyw, ale tu wydaje się być szczególnie na miejscu. Chcemy dzielić się doświadczeniem tej innowacji. Opowiadamy o niej w mediach, na naszej www i w mediach społecznościowych oraz podczas konferencji naukowych i spotkań, na które jesteśmy zapraszani lub które sami organizujemy.
(8.) Stworzenie modelu trwałego, efektywnego, dającego się powielać, sieciującego (skąpe na obszarach wiejskich) zasoby pomagających na wielu poziomach - od pomocy sąsiedzkiej i grup nieformalnych, po organizacje sektora publicznego i NGO.
(9.) Obniżenie kosztów funkcjonowania opieki bieżącej i zapobieżenie powstawaniu dodatkowych kosztów wynikających z zaniechania czy nieskutecznego sprawowania opieki domowej nad beneficjentami.
(10.) Wykorzystanie przetestowanej innowacji, popartej rzetelnymi badaniami partnerów projektu (IRWIR PAN, ROPS) do kształtowania polityki opieki długoterminowej, opieki nad chorymi przewlekle i nieuleczalnie, w regionie, kraju i Europie.
(11.) Stworzenie innowacji dającej się multiplikować i z powodzeniem wykorzystać w innych częściach obszarów wiejskich Polski i Europy.

5. Rozdział czwarty.

Tu dzielimy się nadziejami na **korzyści** odniesione z innowacji i wspominamy o naszych **obawach** z nią związanych.

Największa grupa naszych potencjalnych beneficjentów to chorzy z pogłębiającą się niepełnosprawnością (np. w przebiegu demencji, po udarach, chorzy z zakończonym leczeniem choroby nowotworowej lub chorzy, u których z racji złego stanu zdrowia nie wykonywano diagnostyki ani nie podejmowano się leczenia, odsyłając do domu). Osoba stara, leżąca, bez właściwej pielęgnacji i rehabilitacji w krótkim czasie dostaje odleżyn, a unieruchomiona umiera z powodu zapalenia płuc lub uogólnionego zakażenia mającego swój początek w źle zaopatrywanej lub w ogóle nie leczonej odleżynie. **Korzyści** z wdrażanej przez nas innowacji odczują:

- osoby przewlekle i nieuleczalnie chore, które będą mogły pozostać w swoich domach do końca życia,
- ich opiekunowie domowi, sami często starzy i chorzy,
- pracownicy sieci – profesjonaliści z poczuciem sensu wykonywanej pracy, rozwijający się zawodowo, dbający o własny rozwój i chronieni przed wypaleniem zawodowym,
- inne osoby i instytucje, które zapoznawszy się z proponowanym modelem opieki, zechcą
- wdrożyć go w miejscu, gdzie działają na rzecz osób przewlekle i nieuleczalnie chorych, pozostających w swoich domach,
- budżet Państwa, który zaoszczędzi środki wydawane na niepotrzebne hospitalizacje i eskalację zbędnych działań leczniczych, którym uda się zapobiec.

Oczywiście, mamy **obawy** w związku z wdrażaniem innowacji. Pytamy:

- Jak ułoży się współpraca ze środowiskiem świadczącym opiekę medyczną i wsparcie społeczne w regionie? Jakie będą ich obawy przed proponowanymi im nowościami? Czy będą chętni do przystąpienia do innowacji i wyjścia poza dobrze znaną i sprawdzoną strefę komfortu, w której do tej pory bezpiecznie przebywają?
- Jak ułożą się relacje w zespole? Czy osoby przyzwyczajone do pracy w mocno hierarchicznych strukturach ochrony zdrowia będą umiały wejść w zespół osób o różnorodnych, uzupełniających się i równie istotnych z punktu widzenia dobra pacjenta, kompetencjach?
- Jak przebiegnie proces rekrutacji i poszukiwanie osoby z oczekiwanym przez nas wykształceniem, kompetencjami i doświadczeniem zawodowym (KOOZ, dietetyczka, opiekunka itd.) na terenach zamieszkałych głównie przez seniorów-rolników? Ich dzieci, jeśli zdobyły wykształcenie, szukają pracy w dużych miastach i tam też decydują się przeprowadzić i mieszkać.
- Czy nie spotkamy się z oporem potencjalnych beneficjentów? Mentalność ludzi na terenach wiejskich, gdzie testujemy innowację, bardzo liczy się z opinią „co powiedzą sąsiedzi, że sam/a sobie nie radzę”? – przez lata zdobyte zaufanie pozwala żywić nadzieje, że udało się nam już opanować to wyzwanie - grupa tak myślących osób będzie coraz mniejsza.
- Jak pozyskamy środki na dalsze finansowanie tego rodzaju opieki po zakończeniu testowania innowacji? Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje niektórych schorzeń, także takich, które zdaniem personelu wiejskiego hospicjum, kwalifikują chorego do objęcia domową opieką hospicyjną. W efekcie instytucja, jak nasza, chcąca przyjmować wszystkich chorych, którym może pomóc i planująca wprowadzić elastyczny model opieki, stoi przed poważnym wyzwaniem znalezienia dodatkowych środków finansowych, o które może być trudno zwłaszcza w przypadku hospicjum wiejskiego, prowadzonego na słabo zaludnionych i ubogich terenach.

6. **Rozdział Piąty** i ostatni,

czyli kilka słów na zakończenie

Świadczenie opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej zazębiało się ze sobą, zmieniało się i dostosowywało do czasów i potrzeb, jakie te czasy ze sobą niosły. Stąd my, jako sukcesorzy tej tradycji, odważamy się twierdzić, że także i dziś sposoby instytucjonalnego udzielania wsparcia osobom przewlekle i nieuleczalnie chorym nie są rzeczywistością ostatecznie i na zawsze ukształtowaną. Mogą i powinny one zmieniać się i realnie odpowiadać na potrzeby osób nieuleczalnie chorych, zależnych, umierających.

Poza zgodą na istnienie instytucji i jednostek publicznych, w których możliwości działania są regulowane i w jakiś sposób ograniczane przez sztywne przepisy, trzeba także pozwolić działać tym hospicjom, które wciąż pielęgnują tradycje pomocy osobom starym, zależnym, niezależnie od tego, czy

kod jednostki chorobowej kwalifikuje ich pod opiekę finansowaną ze środków publicznych. Instytucjom działającym tam, gdzie osoby te innej pomocy nie otrzymają - z racji niewydolnego systemu, kruchości kadr specjalistów, dużych odległości, czy ubóstwa osób potrzebujących pomocy. Przetestowawszy wstępnie naszą innowację będziemy chcieli podać innym jej efekt, jak receptę. Może to nie jedyny sposób, nie jedyny lek na bolączki ludzi z grupy, którą obejmujemy opieką. Wiemy, że nasz sposób nie zadziała stosowany sam, wyjęty z kontekstu społecznego, bez zaangażowania instytucji i społeczności lokalnych. Z grupą Partnerów innowacji dostarczymy niezbędnych badań, aby zechcieli się w te działania z pełnym przekonaniem zaangażować.

Argumentów za wdrożeniem testowania takiego modelu funkcjonowania hospicjum wiejskiego jest kilka. Jesteśmy przekonani, że:

1. Zaspokajać on będzie realne potrzeby zdrowotne tej grupy mieszkańców wsi.
2. Będzie dawać możliwość elastycznego reagowania na potrzeby podopiecznych.
3. Zaoferuje profesjonalną „usługę" o wysokiej jakości, dopasowaną do potrzeb beneficjenta.
4. Jesteśmy przekonani, że racjonalizuje (obniża) koszty opieki.
5. Pokazuje on realną skuteczność sprawowanej opieki.
6. Pozwoli unikać sztucznych umów, zadowalających jedynie instytucje i urzędników, a działających wyłącznie „na papierze".
7. Będzie dawał się multiplikować, powielać i w przyszłości może służyć innym jednostkom działającym na terenach wiejskich o podobnych potrzebach zdrowotnych.

Model ten jest realizacją podejścia, które powinno stanowić podstawę filozofii wspólnego działania opieki społecznej i ochrony zdrowia. Łączy ze sobą te dwa obszary, umożliwiając holistyczne podejście do pacjentów. Realizuje jednocześnie zasadę wspierania osób zależnych w ich lokalnej społeczności i unikania tak długo, jak to jest możliwe, umieszczania ich w domach pomocy społecznej lub hospicjach stacjonarnych.

Wraz i pozostałymi partnerami jesteśmy gotowi poświęcić swój czas i energię, swoją wiedzę i doświadczenie, na udział w projekcie, do udziału w którym aplikujemy. Widzimy, że te działania są celowe, mają sens i zaowocować mogą stworzeniem korzystnych rozwiązań, dotyczących coraz większej grupy obywateli – seniorów i osób sędziwych zamieszkujących obszary wiejskie Polski i Europy.

DAĆ TO, CZEGO NAPRAWDĘ POTRZEBA

Publikacja jest dofinansowana przez Unię Europejską z Europejskiego Programu na rzecz zatrudnienia i innowacji społecznych „EaSI” (2014-2020). Więcje informacji na stronie:http://ec.europa.eu/social/easi