

DAĆ TO, CZEGO NAPRAWDĘ POTRZEBA

Model profesjonalnej opieki domowej nad osobami zależnymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi oraz wsparcia ich opiekunów na terenach wiejskich, testowany w ramach projektu partnerskiego „Dać to, czego naprawdę potrzeba”



Fot. A. Dowgier

Spis treści:

I. Wstęp	str. 3
II. Starość, choroba i umieranie na wsi. Wnioski z czterech lat pracy w terenie	str. 8
III. Propozycja rekomendacji opracowanych na podstawie testowanego modelu opieki	str. 22
1. Wprowadzenie	str. 23
2. Testowany model i jego elementy	str. 27
3. Rekomendacje ogólne	str. 31
4. Rekomendacje szczegółowe	str. 32
5. Rekomendacje krajowe wpływające na rozwój koordynowanej, elastycznej opieki	str. 39
6. Słownik pojęć i definicji	str. 41
7. Załącznik nr 1	str. 45



I. Wstęp

„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

W Polsce na terenach wiejskich, stanowiących ponad 93% powierzchni kraju, mieszka około 40% jej obywateli. Mimo statystyk, wskazujących, że co dziesięć lat przybywa na terenach wiejskich 500 000 osób, obserwujemy starzenie się i wyludnianie terenów wiejskich. Także ubóstwo silniej dotyka mieszkańców tych obszarów. Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) pokazuje niewydolność opieki społecznej świadczonej osobom starszym w miejscu zamieszkania. Osoby stare, nieuleczalnie i przewlekle chore, umierające, mieszkające na terenach wiejskich, pełnoprawni obywatele Polski i UE, to osoby, które z oczywistych powodów, nie potrafią zaważać 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. W czasie trzynastu lat działalności przekonał się, 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, gdy tak ważne aspekty jak „łagodzenie cierpień fizycznych, psychicznych, duchowych i socjalnych” nie są w dostateczny sposób zagwarantowane w ramach publicznej służby zdrowia.

O pomoc i wsparcie dla osób zależnych prosili 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 byli 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. 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 staliśmy się głosem ok 50% mieszkańców naszego regionu i około 40% (40,1%) ludności Polski. 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 r.). Dla każdego ze społeczeństw człowiek stary, chory, cierpiący, umierający stanowił wyzwanie. Miara postępu cywilizacyjnego jest nie tylko rozwój technologii, ale też sposób w jaki społeczeństwo stawia czoła temu właśnie wyzwaniu i jak traktuje swoich najsłabszych obywateli.

Dlaczego Lider projektu, Hospicjum Proroka Eliasza zdecydował się na testowanie nowatorskich rozwiązań? Fundacja działa już trzynasty rok na wiejskich terenach wschodniego Podlasia. Jako organizacja pozarządowa wciąż doskonalimy się i zmieniamy, próbując jak najlepiej odpowiedzieć na potrzeby tych, których wspieramy.

1. Źródło: Narodowy Spis Powszechny <https://spis.gov.pl>

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

3. 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 obciążonych ryzykiem powikłań.

4. Źródło: GUS, Obszary wiejskie w Polsce w 2016 r.



Działamy na terenach o niskim i bardzo niskim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego⁵, wyludniających się, starzejących. Odbiorcy naszych działań, to osoby z kilku grup – przewlekle, nieuleczalnie chorzy, osoby zależne, ich opiekunowie, ale także odbiorcy naszych działań edukacyjnych.

W chwili, gdy zdecydowaliśmy się na realizację projektu, mieliśmy doświadczenie opieki nad ponad 1 tys. osób - nieuleczalnie chorych i zależnych w ich domach, ich opiekunów i członków rodzin. 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. Mieliśmy coraz większe doświadczenie i coraz lepiej dostrzegaliśmy i potrafiliśmy 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.

W przypadku instytucji, jak nasza, działających na terenach wiejskich, oddalonych od dużych ośrodków miejskich, 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.

Jakie motywacje, jaki mechanizm leżał 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”. Działo się tak poczynając od diakonów i pobożnych wdów z pierwszych wieków chrześcijaństwa, od Bazylego Wielkiego, budującego pierwsze szpitale dla umierających, po Dame Cicelly Saunders czy Hanne 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.⁶ Podobnie i my – widząc możliwości rozwiązań, dostrzegając 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.

5. Raport „Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap I”, 2014, EFRWP, IRWIR PAN.

za: <https://bs.net.pl/aktualnosci-zrzeszen/monitoring-rozwoju-obszarow-wiejskich>

6. Florkowska M.: Radość dawania. Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach. Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków, 2017.



W ciągu 36 miesięcy przygotowaliśmy a następnie wdrożyliśmy działania związane z testowaniem innowacji. Lider, przy wsparciu Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej (ROPS), zdefiniował i utworzył 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 otrzymałyby 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 - powiększyliśmy zespół o kolejnych profesjonalistów - opiekunki, dietetyka i zapewniliśmy im wsparcie (podobnie jak pozostałym członkom sieci) dzięki rekrutacji Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ). Zakres obowiązków KOOZ przygotowaliśmy wcześniej we współpracy z partnerami projektu.

Częścią zadania było badanie naukowe, pozwalające monitorować efekt, jaki przyniosła wdrażana przez 2,5 roku innowacja. Do tej pory wnioski o poprawie jakości życia i umierania wyciągaliśmy jedynie z rozmów z beneficjentami - osobami chorymi i ich bliskimi. Aby rzetelnie zbadać poprawę tych aspektów funkcjonowania potrzebne były badania. Skonstruowały je i przeprowadziły badaczki z Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk (IRWiR PAN). Badanie i przebieg innowacji był wspierany merytorycznie przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS). Eksperci organizowali spotkania i szkolenia dotyczące sieciowania, a także spotkania, gdzie osobom decydującym o rozwoju polityki społecznej przedstawiliśmy wnioski z przeprowadzanej innowacji. Partnerzy projektu spotykali się kilkakrotnie w celu wspólnej oceny przebiegu testowania innowacji i zapoznania się z wynikami badań nad innowacją. Projektem administrowali specjaliści z Ośrodka Wspierania Organizacji Pozarządowych – na nich spoczywały obowiązki sprawozdawcze i rozliczanie projektu. Poprowadzenie tych zadań przez tę jednostkę, umożliwiło innowatorom i badaczom skupienie się na zadaniu, jakie mają do wykonania, oddając tę część pracy z projektem doświadczonemu partnerowi.

Jakie cele chcieliśmy osiągnąć, realizując nasz projekt? Byliśmy przekonani, że 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 na wsi.⁷ Celem naszym było zapewnienie skutecznego wsparcia wytchnieniowego dla opiekunów domowych, osób często także sędziwych i schorowanych. Chcieliśmy też stworzyć miejsca pracy, które przynoszą naszym podopiecznym wymierne korzyści, a członkom zespołu dają radość, satysfakcję i poczucie sensu wykonywanej pracy, 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. Działając lokalnie chcieliśmy 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 stronie www i w mediach społecznościowych oraz podczas konferencji naukowych i spotkań, na które jesteśmy zapraszani lub które sami organizujemy.

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



Jesteśmy przekonani, że stworzyliśmy model trwały, efektywny, dający się powielać, sieciujący (skąpe na obszarach wiejskich) zasoby pomagających na wielu poziomach – od pomocy sąsiedzkiej i grup nieformalnych po organizacje sektora publicznego i NGO.

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 ostateczną 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 innym hospicjom. Takim, 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 bólczki 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 dostarczyliśmy 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. zaspokaja on realne potrzeby zdrowotne tej grupy mieszkańców wsi,
2. daje możliwość elastycznego reagowania na potrzeby podopiecznych,
3. oferuje profesjonalną „usługę” o wysokiej jakości, dopasowaną do potrzeb beneficjenta,
4. racjonalizuje (obniża) koszty opieki,
5. pokazuje on realną skuteczność sprawowanej opieki,
6. pozwala unikać sztucznych umów, zadowalających jedynie instytucje i urzędników, a działających wyłącznie „na papierze”,
7. daje 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 i podopiecznych. 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.

Efektem realizacji zadania są, przedstawiane w niniejszej publikacji, rekomendacje co do sposobu sprawowania opieki nad osobami przewlekle i nieuleczalnie chorymi – mieszkańcami obszarów wiejskich – w ich domach.

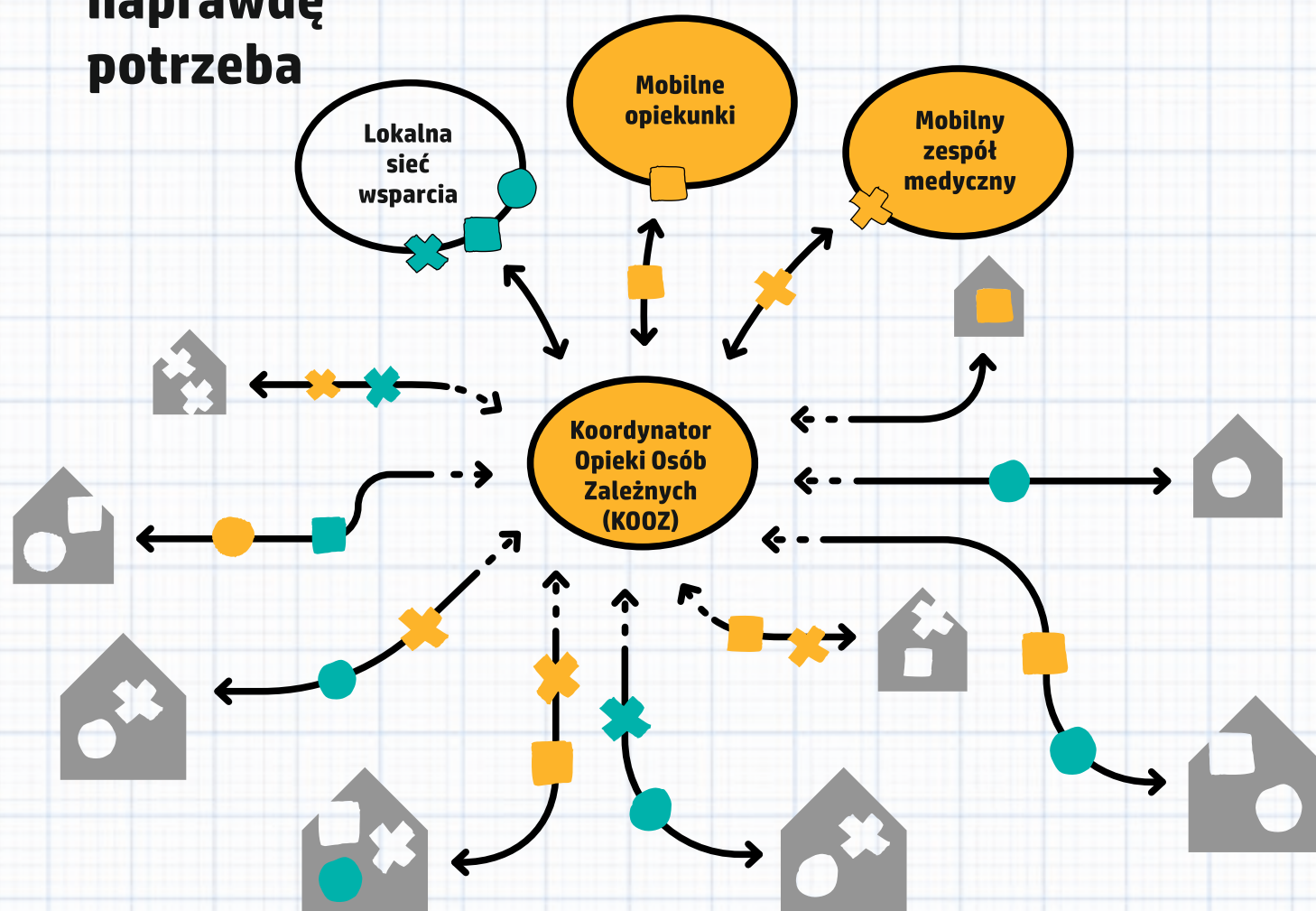


Projekt dofinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego programu na rzecz zatrudnienia i innowacji społecznych „EaSI” (2014–2020).

**DAĆ TO,
CZEGO
NAPRAWDĘ
POTRZEBA**

Dać to, czego naprawdę potrzeba

Innowacyjny model profesjonalnej opieki domowej nad osobami zależnymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi oraz wsparcia ich opiekunów na terenach wiejskich



Źródło: Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza

 podopieczni

 usługi medyczne realizowane przez członków lokalnej sieci wsparcia

 usługi medyczne świadczone przez zespół medyczny hospicjum

 usługi opiekuńcze realizowane przez członków lokalnej sieci wsparcia

 usługi świadczone przez opiekunki hospicjum

 pozostałe usługi świadczone przez członków lokalnej sieci wsparcia



II. Starość, choroba i umieranie na wsi. Wnioski z czterech lat pracy w terenie

1. O problemie i proponowanym rozwiązaniu

Zmiany demograficzne, zachodzące w Unii Europejskiej wskazują, że od dłuższego czasu stałym trendem jest starzenie się jej mieszkańców. Wynika to z wielu czynników: późniejszego niż dawniej wieku zakładania rodziny, mniejszej liczby rodzących się dzieci, postępu medycyny pozwalającego na dłuższe życie. Niektóre z regionów Unii starzeją się szybciej niż inne, również na skutek odpływu młodych mieszkańców i związanej z tym wyjątkowo niskiej liczby urodzeń. W tych miejscach często możemy zaobserwować też zanik usług, tych komercyjnych, związanych z ich malejącą opłacalnością oraz tych publicznych, związanych z niskimi wpływami z podatków (Bem, Ucieklak-Jeż, Prędkiewicz 2013, 2014, 2015; Bennett, Probst, Vyavaharkar, Glover 2012; Casey, Thiede Call, Klingner, 2001; Frączkiewicz-Wronka, 2004; Goins., Williams, Carter, Spencer, Solovieva, 2005; Guagliardo, 2004; Krawczyk-Soltys, 2014, Łuków i in. 2021). Wobec takich zmian szczególnie trudna wydaje się być sytuacja seniorów, pozostających na terenach, na których zachodzą opisane powyżej procesy (Roksandrić, Sikoronja 2021; Watts i in. 1999). Zostają oni pozbawieni dostępu do usług, które mogą decydować o ich zdrowiu czy jakości życia. Problem ten staje się na tyle palący, że konieczność wdrożenia sposobów radzenia sobie ze skutkami opisanych procesów znalazła się w centrum uwagi Komisji Europejskiej. Ogłaszając *Call for proposals on social innovation and national reforms - long-term care* poszukiwano inicjatyw mogących stać się modelowymi rozwiązaniami jako najbardziej rokujące na odpowiedź na istniejące potrzeby. Na konkurs, ogłoszony w 2019 roku, wpłynęło kilkadziesiąt inicjatyw – innowacji, z czego siedem wybrano do testowania. Wśród nich znalazła się jedna z Polski – realizowana przez konsorcjum czterech partnerów innowacja *Dać to, czego naprawdę potrzeba*.

Według danych Narodowego Spisu Ludności (2021 r.) ok. 60% ludności Rzeczypospolitej Polskiej zamieszkuje obecnie miasta, a 40% obszary wiejskie. Według prognoz demograficznych do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 1,8%, co wynika z wyższej dzietności na wsi niż w miastach oraz migracji z miast na tereny podmiejskie klasyfikowane statystycznie jako wsie. Jednak nie wszędzie dane dotyczące wsi są tak optymistyczne. W ujęciu powiatowym liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w miastach i powiatach od nich oddalonych, co będzie związane głównie z migracją z miast i obszarów peryferyjnych na tereny podmiejskie i rozlewaniem się samych miast. Jak wygląda gotowość obszarów wiejskich na przyjęcie nowych mieszkańców z perspektywy opieki zdrowotnej? Według raportu GUS „Obszary wiejskie w Polsce w 2020 roku” na terenach wiejskich w 2020 roku funkcjonowało 4,6 tys. przychodni, co stanowiło 21,5% wszystkich placówek w Polsce. Od 2010 roku przybyło ich 440. Z kolei w miastach, w 2020 roku działało prawie 16,9 tys. (16866) przychodni, a przez 10 lat ich liczba wzrosła o 4448, czyli ponad dziesięciokrotnie w porównaniu z placówkami na wsi. Oznacza to, że na 10 tys. mieszkańców terenów wiejskich przypadają trzy placówki ochrony zdrowia, a w miastach ten wskaźnik wynosi niemal 6,5. Dostęp do podstawowych świadczeń medycznych nie jest więc równy (por. też Ucieklak-Jeż, Bem 2017). Jeśli chodzi o wysoko specjalistyczną opiekę szpitalną zrozumiałe jest, że nieracjonalne byłoby rozpraszanie środków, sprzętu i nielicznych specjalistów (por. m. in. Siedlecki Bem, Ucieklak-Jeż, Prędkiewicz 2017) i lepiej jest, gdy działają nieliczne, ale wysoko wyspecjalizowane ośrodki. Istotne jest jednak, aby dostęp do nich był możliwy dla wszystkich. Warto spojrzeć na dane dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, świadczonej w przychodniach, które powinny znajdować się w pobliżu miejsca zamieszkania. Do tych placówek bez trudu powinni móc dotrzeć mieszkańcy niewielkich miejscowości, zarówno po pomoc, jak i po uzyskanie skierowania do dalszego leczenia u specjalistów.



Szczególnym rodzajem opieki medycznej jest ta dla osób u kresu życia. Współcześnie dominuje opinia, że najlepszym rozwiązaniem – zarówno z perspektywy zadowolenia seniora, ale także z perspektywy redukcji kosztów opieki – jest to, gdy osoba starsza jak najdłużej funkcjonuje w środowisku domowym, a nie w placówce opiekuńczo-leczniczej. Takie założenia w 2021 roku zapowiadał również polski rząd, postulując odejście od opieki w dużych instytucjach na rzecz zapewnienia wsparcia w środowisku lokalnym, w miejscu zamieszkania – jest to główne założenie „Strategii rozwoju usług społecznych”¹. Jednocześnie to w gminach wiejskich rzadziej dostępna jest ważna, z perspektywy pacjentów przewlekłe chorych i niesamodzielnych, pielęgnarska domowa opieka długoterminowa, w ramach której pacjent otrzymuje pomoc w miejscu zamieszkania.² Przyczyną jest brak w wielu przychodniach wiejskich wystarczającej liczby pracowników, którzy mogliby świadczyć tego typu usługi. Wynika to między innymi z faktu, że w ustawie, regulując kwestie wynagradzania pracowników nie przewidziano konieczności dojazdu własnymi środkami transportu do pacjenta, a także tego, że dojazd ten na terenach wiejskich zajmuje dużo więcej czasu, ze względu na rozproszoną zabudowę. Wynagrodzenie pracowników nie uwzględnia czasu dojazdu za wykonaną usługę, co powoduje, że pracownik może składać mniej wizyt, albo (niezgodnie z przepisami) skracać je, wliczając w czas trwania usługi ten poświęcony na dojazd. W systemie finansowania usług medycznych czy opiekuńczych nie uwzględniono specyficznych warunków występujących niekiedy na wsi. Z podobnych powodów pacjenci mieszkający na wsi mają utrudniony dostęp do domowej opieki hospicyjnej. Wyniki badań z roku 2012 (Dziechciaż i in. 2012) sugerują konieczność zwiększenia dostępu seniorów do opieki długoterminowej oraz kompleksowej opieki geriatrycznej ukierunkowanej na różnorodne potrzeby osób starszych i ich opiekunów.

Tereny wiejskie borykają się z wieloma problemami wynikającymi z ich dysparytetowej sytuacji. Sytuacja ta jest wynikiem wieloletnich zaniedbań, na które nakładają się procesy demograficzne: starzenie się ludności, migracje młodych do miasta, jednopokoleniowość rodzin, singularyzacja starości. Starość populacji wiąże się ze wzrostem zachorowań na choroby nieuleczalne, ograniczające sprawność i niezależność seniorów. Podejście do zdrowia i leczenia w społecznościach rolniczych (por. Szpak 2016) oraz degradacji w okresie kryzysu lat 80. XX wieku oraz transformacji postkomunistycznej zbudowanego w Polsce po II wojnie światowej systemu placówek opieki zdrowotnej na wsi (Jarosz, Kosiński 1995; Jastrzębowski 1994) sprawia, że warunki opieki zdrowotnej mieszkańców wsi nie są zadowalające. Kryzysową sytuację pogłębia zanik usług publicznych, wysokie koszty usług prywatnych oraz ich centralizacja w miastach. Brak dogodnego transportu publicznego, zwłaszcza na terenach peryferyjnych, pogłębia kryzys (Ciechański 2021; Wolański i in. 2016).

Celem działań podejmowanych w innowacji *Dać to, czego naprawdę potrzeba* było przetestowanie innowacyjnego podejścia do świadczenia opieki długoterminowej dla osób starszych i zależnych, przewlekłe i nieuleczalnie chorych na terenach wiejskich, dotkniętych depopulacją i szybkim starzeniem się mieszkańców. W tej publikacji prezentujemy wybrane wyniki badań naukowych, realizowanych w trakcie wdrażania innowacji oraz w trakcie działań podejmowanych, aby proponowana innowacja stała się elementem polityki społecznej na poziomie krajowym. Rozszerzone wyniki i analizy prezentowane były członkom Konsorcjum w roboczych raportach cząstkowych, przygotowywanych w trakcie prowadzonych prac oraz zostały umieszczone w publikacji podsumowującej zrealizowane badania.

1. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220000767>

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2015 poz. 1658 z późn. zm.)

Proponowana innowacja polegała na opracowaniu i wdrożeniu sieciowego systemu opieki i miała być odpowiedzią na specyficzne, opisane powyżej problemy terenów wiejskich i zamieszkujących je społeczności. W swojej codziennej pracy mierzył się z nimi zespół pracowników Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza, działający na terenie pięciu gmin wschodniego Podlasia. To właśnie ta instytucja została liderem Konsorcjum wdrażającego innowację. Kluczowym etapem innowacji była budowa od podstaw modelu wielopoziomowego, trwałego partnerstwa instytucji lokalnych, tak zwanej sieci. „Sieciowaniem” objęte zostały państwowe i pozarządowe instytucje sprawujące opiekę i dające profesjonalne wsparcie medyczne i socjalno-społeczne. Ponadto zostało stworzone stanowisko lokalnego Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ). Celem jego powstania miała być koordynacja działań, prowadzących do poprawy możliwości i jakości współpracy oraz dostępności usług skierowanych do osób starszych i zależnych oraz osób na co dzień opiekujących się nimi.



Fot. A. Dowgier - Zespół hospicjum domowego Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza

Na terenach wiejskich znacznie trudniej jest o dostęp do specjalistycznego wsparcia. Dlatego dodatkowym zyskiem wdrażanego modelu miało być wzmacnianie dostępnych zasobów profesjonalistów, którzy powinni zapewniać jak najbardziej adekwatne wsparcie, będące odpowiedzią na realne i dobrze zdiagnozowane potrzeby beneficjentów innowacji. Jako finalny efekt realizacji zadania wspólnie z podmiotami i władzami wojewódzkimi oraz krajowymi wypracowano rekomendacje, zawierające założenia dotyczące niezbędnych reform systemowych, konstrukcji systemu opieki długoterminowej i opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi, zależnymi oraz ich opiekunami - w ich domach, na wsi. Innowacja realizowana była na terenie, gdzie szczególnie zaawansowane są procesy zachodzące w całej Polsce – starzenie się populacji, wyludnianie się terenów wiejskich i zanik usług. Jeśli prognozy, dotyczące przemian demograficznych w nadchodzących latach potwierdzą się, procesy te będą z czasem postępować również w innych regionach Polski oraz Unii Europejskiej. Wypracowane w podlaskich realiach rozwiązania mogą więc być potraktowane jako próba przygotowania się na to, co nadchodzi w warunkach „laboratorium”, w którym zmiany i procesy są już na dużo bardziej zaawansowanym etapie.



2. O badaniach

Przedmiotem badań w projekcie pn. „Dać to, czego naprawdę potrzeba” był sposób i kontekst wdrażania innowacji, a także jej skuteczność i zasadność. Procedura badawcza została tak zaplanowana, by umożliwić analizę działań podejmowanych przez członków zespołu odpowiadającego za wdrażanie w innowacji w ramach jej trzech głównych komponentów, tj.

- A. stworzenia w ramach hospicyjnej opieki domowej interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunek, dietetyka i psychologa,
- B. zbudowania sieci współpracy lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych świadczących usługi na rzecz osób starszych, nieuleczalnie chorych i zależnych,
- C. utworzenia stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ).

Projektując badania naukowe odwołano się do zasad metody porównawczej. Metoda ta polega na poszukiwaniu, opisie i wyjaśnianiu podobieństw i/lub różnic pomiędzy dwiema jednostkami. W naszym przypadku są nimi dwie instytucje: ta, która wdraża innowację – Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza – i ta, która jej nie wdraża i działa w standardowy sposób. Rolę drugiej instytucji – instytucji kontrolnej/porównawczej – pełnił w niniejszym projekcie NZOZ „Nadzieja” (pełna nazwa placówki to Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Nadzieja”), który działa w województwie podkarpackim. Badaniem objęci zostali pracownicy tej instytucji oraz lokalne władze z wybranych gmin, na terenie których funkcjonuje. Badania jednostki kontrolnej i jej otoczenia instytucjonalnego pozwoliły na porównanie zadowolenia pracowników obu instytucji w różnych aspektach związanych z pracą, poznanie ich oczekiwań, obciążenia, wreszcie na sprawdzenie, z jakiego rodzaju innych form wsparcia mogą korzystać w miejscu zamieszkania podopieczni obu placówek.

Badania miały także charakter dynamiczny. Część z nich cyklicznie powtarzano w celu analizy zmian zachodzących w trakcie wdrażania innowacji. W hospicjum FHPE badanie ankietowe wśród pracowników zrealizowano czterokrotnie (2021 r., 2022 r., kwiecień 2023 r., wrzesień 2023 r.), aby uchwycić zmiany opinii i potrzeb pracowników FHPE na początku wdrażania innowacji, w trakcie oraz na końcu tego procesu. Natomiast w NZOZ „Nadzieja” badanie ankietowe wśród pracowników zrealizowano dwukrotnie – w 2022 i 2023 roku, korzystając z dyspozycyjności pracowników i ich zgody na udział w badaniu.

Nasze badania opierały się na kombinacji elementów *Participatory Action Research*, która rekomenduje takie techniki jak (1) opisywanie/dokumentowanie rzeczywistości oraz (2) jej kontekstualizację oraz *Social Innovation Biography*, rekomendującą m.in. analizę sieci, wywiady/ankiety z różnymi aktorami. W naszych analizach wykorzystano triangulację technik badawczych tak, by możliwie kompleksowo przeanalizować, a następnie opisać poszczególne elementy wdrażanej innowacji.

Tab. 1. Wykorzystywane metody i techniki badawcze

A. Stworzenie w ramach hospicyjnej opieki domowej interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunek, dietetyka i psychologa	✓ Desk reaserch ✓ Badania pracowników hospicjów ✓ Indywidualne wywiady pogłębione z pracownikami hospicjów ✓ Wywiady indywidualne z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej ✓ Obserwacja uczestnicząca
B. Zbudowanie sieci współpracy lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych świadczących usługi na rzecz osób starszych, nieuleczalnie chorych i zależnych	✓ Desk reaserch ✓ Wywiady indywidualne z lokalnymi liderami ✓ Badania pracowników hospicjów ✓ Wywiady indywidualne z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej ✓ Socjometria ✓ Obserwacja uczestnicząca
C. Utworzenie stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ)	✓ Desk reaserch ✓ Badania pracowników hospicjów ✓ Wywiady z osobą na stanowisku KOOZa ✓ Wywiady indywidualne z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej ✓ Obserwacja uczestnicząca

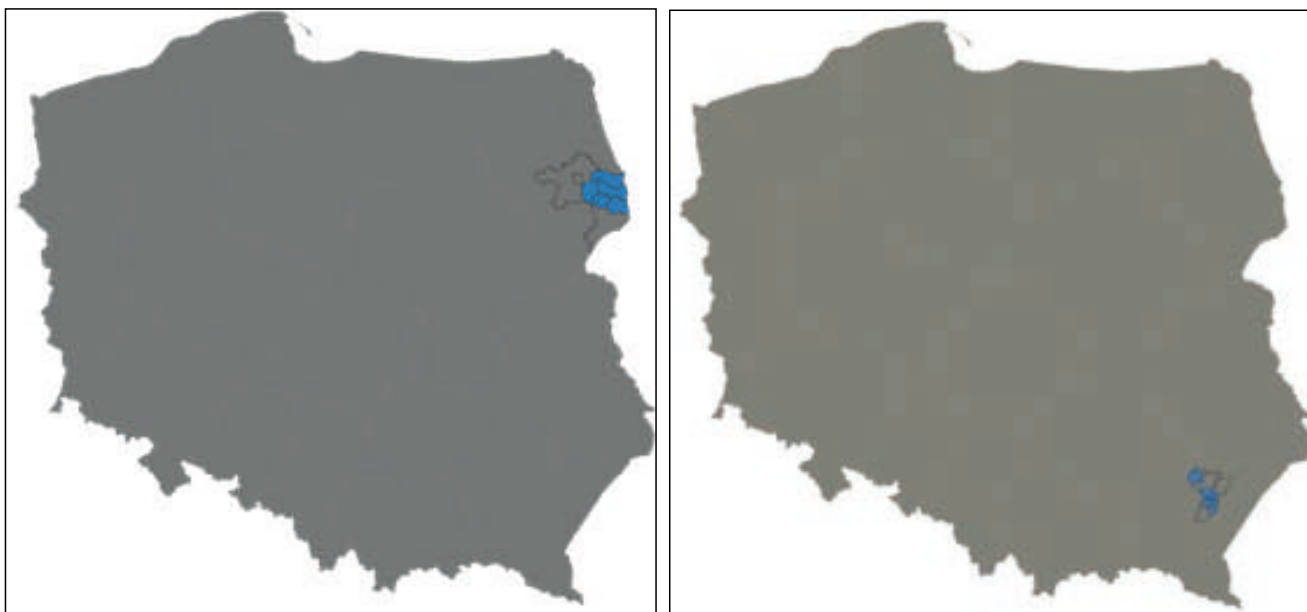
Źródło: Opracowanie własne

Specyfikę kontekstu wdrażanej innowacji wyznaczają jednostki, na terenie których działa Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza. Jest to pięć gmin zlokalizowanych w województwie podlaskim: Michałowo (gmina miejsko-wiejska, powiat białostocki), Zabłudów (gmina miejsko-wiejska, powiat białostocki), Gródek (gmina wiejska, powiat białostocki), Narew (gmina wiejska, powiat hajnowski) i Narewka (gmina wiejska, powiat hajnowski).

Rys. 1.
Gminy, na terenie
których realizowano
badania

Źródło: opracowanie własne





Rys. 2. Gminy, w których realizowano badania zaznaczone na mapie Polski

Źródło: opracowanie własne

Natomiast instytucja porównawcza - NZOZ „Nadzieja” – działa na obszarze bardziej rozległym niż hospicjum FHPE i obejmuje opieką więcej osób. Niemożliwe było objęcie badaniami ich wszystkich, dlatego też wybrano pięć gmin, na terenie których pacjenci placówki są liczni. Starano się, by wybrane do analiz gminy podobne były do typów (miejsko-wiejskie i wiejskie) gmin, na terenie których działa hospicjum FHPE wdrażające innowację, co zapewniło większą porównywalność kontekstów działania dwóch placówek. Ostatecznie badaniami objęto następujące gminy: Nowa Sarzyna (gmina miejsko-wiejska, powiat leżajski), Grodzisko Dolne (gmina wiejska, powiat leżajski), Przeworsk (gmina wiejska, powiat przeworski), Tryńcza (gmina wiejska, powiat przeworski) i Zarzecze (gmina wiejska, powiat przeworski).

Badaniami objęto zespół instytucji wdrażającej innowację (Fundację Hospicjum Proroka Eliasza (FHPE), psychologa pracującego z zespołem Fundacji, powołanego w ramach innowacji Koordynatora Opieki Osób Zależnych, lokalne instytucje, które utworzyły sieć współpracy, lokalnych liderów w gminach, na terenie których wdrażana jest innowacja. Ponadto pośrednio badano także podopiecznych instytucji wdrażającej innowację, ich potrzeby i oczekiwania. Pośredni sposób ich badania wynikał ze specyfiki tej grupy - były to w większości osoby umierające i/lub ciężko chore. Dlatego pozyskując informacje do opisu ich stanu, a także tego jak wdrażana innowacja na nich oddziałuje, korzystano z danych gromadzonych na potrzeby innych podmiotów – przede wszystkim na potrzeby Koordynatora Opieki Osób Zależnych.

3. Najważniejsze wyniki badań

Opis badań został dostosowany do głównych elementów nowego modelu profesjonalnej opieki domowej nad osobami zależnymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi oraz wsparcia ich opiekunów na terenach wiejskich, realizowanego w ramach innowacji. Składały się na niego trzy wspomniane już elementy.

A. Stworzenie w ramach hospicyjnej opieki domowej interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunek, dietetyka i psychologa

- Analizy wskazują deficyty na rynkach w zawodach medycznych w obu badanych lokalizacjach, jednak w województwie podlaskim sytuacja jest wyraźnie trudniejsza.

Tab. 2. Relacja między dostępnymi pracownikami a potrzebami pracodawców (2022 rok)

	Woj. podlaskie	Pow. białostocki	Pow. hajnowski	Woj. podkarpackie	Pow. leżajski	Pow. przeworski
Fizjoterapeuci	równowaga	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt
Lekarze	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	równowaga	równowaga
Opiekunowie osoby starszej i niepełnosprawnej	deficyt	deficyt	deficyt	równowaga	równowaga	równowaga
Pielęgniarki i położne	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt
Psycholodzy i psychoterapeuci	równowaga	równowaga	deficyt	równowaga	równowaga	równowaga

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych „Barometr Zawodów”

- Sytuacja na rynku pracy powoduje, że w FHPE zaobserwowano większą rotację pracowników, którzy poszukiwali lepiej wynagradzanej i mniej obciążającej pracy. Dla wielu z nich FHPE nie jest jedynym miejscem pracy. Dla Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza oznacza to konieczność poszukiwania pracowników na większym obszarze, co z kolei generuje większe koszty działania.
- Średni miesięczny koszt opieki FHPE przypadający na jednego pacjenta - w różnych analizowanych wariantach i przy operowaniu realnymi stawkami FHPE i referencyjnymi stawkami określonymi przez NFZ - jest od jednej trzeciej do jednej piątej niższy. Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że stawki specjalistów w hospicjach działających w ramach kontraktów NFZ są wyższe niż minimalne wskazane przez NFZ. Opieka szyta na miarę, bardziej elastyczna, świadczona wobec pacjentów FHPE była tańsza. Często byli oni chorzy na inne choroby niż te z listy NFZ, co mogło redukować część potrzeb. Elastyczna opieka w sytuacji niedoborów personelu w szerszym kontekście może jednak prowadzić do ryzyka niewystarczającej opieki, gdy zabraknie odpowiedniej kontroli i zarządzania.
- Rynek pracy pracownika powoduje, że w zawodach, w których jest deficyt specjalistów, mogą pojawiać się różnego rodzaju nieprawidłowości. Na przykład zatrudnienie tej samej osoby w FHPE i innej placówce powodowało, że priorytetowo realizowała ona opiekę w ramach instytucji, w której mogła uzyskać wyższe wynagrodzenie.



- Małym zainteresowaniem pracowników cieszył się ten element innowacji, który zaplanowano by zadbać o ich dobrostan psychiczny. Tłumaczyć to można na różne sposoby. Z jednej strony w Polsce występują uwarunkowania kulturowe – nadal spotykane na wsi, nawet w środowisku związanym z opieką czy medycyną, jak niechęć do korzystania z pomocy psychologa (czy psychoterapeuty lub psychiatry) jako świadczącej o słabości. Z drugiej strony w trakcie wdrażania innowacji w zespole FHPE odnotowano poprawę wyników w teście na wypalenie zawodowe, ryzyko wypalenia zawodowego zmniejszyło się. Być może wsparcie psychologiczne rzeczywiście w tej konkretnej grupie nie było potrzebne.

B. Zbudowanie sieci współpracy lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych świadczących usługi na rzecz osób starszych, nieuleczalnie chorych i zależnych

- Sieć lokalnych instytucji utworzona w ramach innowacji to w praktyce pięć sieci działających na terenie każdej z gmin. Taki układ wynika ze specyfiki podziału administracyjnego i zadań przypisanych organom samorządu terytorialnego. Przemawiał za tym fakt, że FHPE działa na rozległym terenie, a próba utrzymywania bliskiego kontaktu między członkami sieci oraz kontakt między instytucjami i Koordynatorem Opieki Osób Zależnych (KOOZ) korzystającym z zasobów sieci zdeteterminowała układ tychże sieci tj. jedna gmina – jedna sieć.
- Najbardziej aktywne w sieciach były podmioty podlegające samorządowi lokalnemu, trudniej do działań było zmobilizować innych aktorów.
- Budowę sieci utrudniały czynniki zewnętrzne – zaangażowanie aktywistów w inne sprawy (pandemia COVID-19, kryzys na granicy polsko-białoruskiej, napaść Rosji na Ukrainę).
- Odnotowaną w trakcie obserwacji uczestniczącej wartością, która pojawiła się w trakcie budowy sieci, jest nawiązanie relacji, poprawa komunikacji, zbudowanie zaufania między osobami zaangażowanymi w cykliczne spotkania organizowane przez KOOZa. Proces tworzenia sieci rozpoczął się, jednak będzie on długotrwały. Jego trwałość utrudniać może rotacja na stanowiskach podmiotów zaangażowanych w sieć.

C. Utworzenie stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ).

- Zadania realizowane przez KOOZa były bardzo różnorodne – obejmowały sprawy administracyjne, prawne, logistyczne, porządkowe, opiekuńcze. Ważnym obowiązkiem KOOZa były comiesięczne wizyty u pacjentów, co budowało poczucie bezpieczeństwa, pozwalało na monitorowanie ich potrzeb i ułatwiało komunikowanie z zespołem FHPE.
- Skutecznym rozwiązaniem okazało się zrekrutowanie na stanowisko KOOZa osoby, która zna lokalne uwarunkowania.
- Działania KOOZa obejmowały relatywnie niewielką liczbę osób – dotyczyły przede wszystkim podopiecznych, którzy nie mieli wystarczającej opieki w miejscu zamieszkania i zgłaszali wiele różnych potrzeb. W tym przypadku KOOZ wielokrotnie zastępował w realizacji zadań rodzinę lub pracowników istniejących instytucji.



- Z badań wynika, że zasadniczym zadaniem koordynatora opieki osób zależnych w przyszłości powinno być zarządzanie dostępnymi usługami na poziomie lokalnym (gminy, powiatu). Usługi te powinny obejmować możliwie szeroki zakres tj. usługi społeczne, socjalne, medyczne, rehabilitacyjne.
- Nieumocowanie koordynatora w strukturach istniejących instytucji może ujemnie wpływać na możliwość jego działania. Umieszczenie stanowiska KOOZa w strukturach istniejących instytucji samorządowych, ochrony zdrowia lub polityki społecznej może zwiększyć skuteczność jego działań - szczególnie w kontaktach z różnymi podmiotami działającymi w ramach ściśle określonych przepisów.

4. Wnioski i refleksje z badań

- Innowacja zapewnia opiekę nad osobami przewlekle chorymi, zależnymi i ich opiekunami poprzez nowy model opieki hospicyjnej na wsi w sytuacji niewydolności systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikającej z przemian zachodzących na obszarach wiejskich.
- Innowacja łączy działania, podlegające przepisom dwóch porządków: polityki społecznej i ochrony zdrowia. Próba połączenia ich na poziomie mikro w przypadku tej innowacji była trudna. Polityka społeczna ma reprezentację instytucjonalną na poziomie gminy i rozwiązania dostępne w systemie opieki społecznej są zarządzane z poziomu lokalnego. Sytuacja w służbie zdrowia jest bardziej skomplikowana, ponieważ na poziomie gminy brakuje podmiotów mających realny wpływ na zmiany w systemie opieki zdrowotnej, rozproszona jest odpowiedzialność za zapewnienie usług medycznych. Gdy usługi przestają być dostępne, trudno jest wskazać odpowiedzialnych za te braki.
- Opieka zapewniana w ramach innowacji pozwala na elastyczne podejście do różnych sytuacji życiowych pacjentów. Przykładowo w czasie zimowych wyjazdów podopiecznych do rodziny, zawieszana jest opieka medyczna i opiekuńcza w miejscu zamieszkania, jednak pacjent może otrzymywać paczki świąteczne przekazywane przez darczyńców. Jest to korzystne z perspektywy beneficjentów, ale z punktu widzenia obowiązującego systemu kontraktacji usług zdrowotnych trudne do wprowadzenia jako standardowa praktyka.
- Tam, gdzie system opieki społecznej działa dobrze, mniej zaangażowany w działania pomocowe jest KOOZ (przykład gminy Zabłudów). Potrzeba takiego stanowiska nie pojawiała się w oczekiwaniach pracowników instytucji kontrolnej.
- Mimo że w Zabłudowie problemy seniorów nie są priorytetami w dokumentach strategicznych i opinii władz lokalnych to są czynniki, które sprawiają, że sytuacja osób zależnych jest lepsza niż w innych gminach. Poza czynnikami obiektywnymi (jak lokalizacja i dostępność do Białegostoku) istotna okazała się obecność jednej dostrzegającej problemy i aktywnie działającej na rzecz osób zależnych instytucji (MOPS). Powoduje to, że system wsparcia osób zależnych jest bardziej wydolny niż w pozostałych gminach. Jak wynika z badań kluczowa jest w tym przypadku kompetentna osoba kierująca, aktywnie pozyskująca środki i organizująca pomoc. Jakość działania instytucji nie powinna zależeć od kompetencji jednostek, lecz powinna być wbudowana w system.



- Konsekwencje rozproszenia sprawczości w służbie zdrowia widoczne były w trakcie prac nad przełożeniem innowacji na politykę ogólnokrajową. Prace w obszarze polityki społecznej przebiegały sprawniej niż w kwestiach związanych ze opieką zdrowotną.
- Problematiczne okazało się poszerzenie zespołu medycznego o psycholożkę, której zadaniem było zapewnienie dobrostanu psychicznego pracownikom FHPE. Ofertą wsparcia psychologicznego było zainteresowanych niewielu pracowników. Może to wynikać z panującego w Polsce etosu pracy dowartościowującego duże obciążenie obowiązkami. Gdyby pracownicy chcieli zredukować liczbę przepracowywanych godzin, to wielu pacjentów mogłoby zostać bez opieki (dzięki zatrudnieniu w wielu placówkach i na wielu etatach pacjenci otrzymują pomoc, kosztem przeciążenia pracowników).
- Wprowadzanie trwałych, innowacyjnych rozwiązań jest trudne bez zapewnienia stabilnych, pewnych źródeł finansowania.
- Finansowanie projektowe przerywa ciągłość instytucjonalną (choćby na poziomie nazwy realizowanych działań). W praktyce, w działaniach często są wprowadzane pozorne zmiany, aby pozyskiwać środki w nowych, kolejnych konkursach. Zamiast budowania trwałych, przewidywalnych rozwiązań tworzy się pulę działań krótkoterminowych, rozproszonych, powielających się.
- Zbudowanie trwałej, opartej o instytucje zmiany ingerującej w dwa porządki: opieki zdrowotnej i polityki społecznej, nie jest możliwe z poziomu oddolnego. Bez skonfrontowania się z kryzysami w opiece zdrowotnej i w polityce społecznej (w której podjęto już pierwsze działania na rzecz osób zależnych, seniorów) nie będzie to w ogóle możliwe.
- System opieki zdrowotnej działa w oparciu o deficyty finansowe, kadrowe, zakłada zgodę na pracę jednostek w systemie opieki publicznej i/lub prywatnej. W zależności od możliwości finansowych pacjenta, można uzyskać pomoc w systemie publicznym (wolniej, bezpłatnie) lub prywatnym (szybciej, odpłatnie). W przypadku opieki u kresu życia na wsi uzyskanie pomocy w obu systemach
- Istniejące deficyty wykorzystywane są przez jednostki, które czerpią z tego korzyści, ponieważ wbudowały swoje życiowe strategie w niewydolny system i bronią istniejących rozwiązań i opierają się zmianom.
- Istnieje ryzyko, że działania realizowane w ramach innowacji będą wykorzystane jako wyręczające dla innych placówek, które powinny działać w obszarze opieki zdrowotnej i społecznej.
- Na poziomie mikro, działania oddolnego, innowacja jest potrzebna i sprawdza się tam, gdzie widać wyraźne deficyty funkcjonowania istniejących, krajowych systemów opieki społecznej i zdrowotnej. Za pomocą działań innowacyjnych można doraźnie rozwiązywać pojawiające się problemy, ale wpisanie ich do systemu, który powoduje pojawienie się braków, wymagałoby przeprowadzenia reformy polityki/systemu. Wymaga to działań na poziomie makro, które będą długoterminowe i będą uwzględniać te elementy innowacji, które okazały się skuteczne i efektywne w sytuacji kryzysowej.



Rys. 3. Innowacja jako proces: „spirała innowacji”

Źródło: Komorowska, Wygnański (2010 r.); adaptacja na podstawie Murray, Caulier-Grice, Mulgaty (2010 r.)

- Odnosząc się do powyższego modelu, przedstawionego przez Murraya, Caulier-Grice’a, Mulgary’go (2010 r.), elementy 1 – 3 innowacji mogą być realizowane z poziomu mikro, w podejściu *bottom-up*. Natomiast zapewnienie trwałości działań (punkt 4, zapewnienie trwałości) w opinii badanych wymaga pewnych źródeł finansowania, a za takie nie jest uważany system konkursowy. Jak wynika z badań, punkty 4 i 6 wymagają zmiany systemu i polityki na poziomie kraju. Z kolei punkt 5 (skalowanie), jak wynika z wcześniejszych doświadczeń FHPE, można realizować stopniowo, promując innowacyjne rozwiązania, bez wsparcia ogólnokrajowego. Jednak w tym sposobie działania instytucje skalujące pozyskują środki na działania innowacyjne w systemie konkursowym.



Bibliografia

Beinart D., McCarthy M. (2012), Civil society organisations, social innovation and health research in Europe, „The European Journal of Public Health”, Vol. 22, No. 6, s. 889–893.

Bem, A., Ucieklak-Jeż, P., Prędkiewicz, P. (2013). Effects of inequalities in access to health services in rural areas in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Aleksandras Stulginskis University, 35, 4, 491–497

Bem, A., Ucieklak-Jeż, P. (2014). Health status of the rural population in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Aleksandras Stulginskis University, 36, 2, 235–243

Bem, A., Ucieklak-Jeż, P. (2015). Nierówności w zdrowiu na terenach wiejskich. W: R. Andrzejak (red.), *Zdrowie dla regionu*. Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa, s. 59–66

Bennett, K.J., Probst, J.C., Vyavaharkar, M., Glover, S.H. (2012). Lower Rehospitalization Rates Among Rural Medicare Beneficiaries With Diabetes. *The Journal of Rural Health*, 3, 227–234.

Calsyn R.J., (2003), A modified ESID approach to studying mental illness and homelessness, „American Journal of Community Psychology”, Vol. 32, No. 3/4, s. 319–331.

Casey, M.M., Thiede Call, K., Klingner, J.M. (2001). Are Rural Residents Less Likely to Obtain Recommended Preventive Healthcare Services? *American Journal of Preventive Medicine*, September, 3, 182–188

Caulier-Grice J., Davies A., Patrick R., Norman W. (2013), Defining social innovation. A deliverable project „The theoretical, empirical and policy foundation for building social innovation in Europe” (TEPSIE), European Commission – 7th Framework Programme, European Commission, DG Research, Brussels.

Ciechański A., (2021) 30 years of the transformation of non-urban public transport in Poland’s peripheral areas — what went wrong?, *Journal of Mountain Science*, 18, 11, s. 3025–3040.

Cloutier J. (2003), Qu’est-ce que l’innovation sociale?, „Crises” 2003/11 s.1–46

Davies A., Simon J. (2012). The value and role of citizen engagement in social innovation. A deliverable of the project: “The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe” (TEPSIE). European Commission – 7th Framework Programme. Brussels: European Commission, DG Research.

Dziechciaż M., Guty E., Wojtowicz A., Schabowski J. (2012). Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Nowiny Lekarskie*, 81, 1, s. 26–30

European Commission, (2013), Guide to social innovation, <http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/10157/47822/Guide%20to%20Social%20Innovation.PDF>, dostęp: 30.09.2014.

Flew T., Cunningham S., Bruns A., Wilson J. (2008), Social innovation. User-created content and the future of the ABC and SBS as public service media, <http://eprints.qut.edu.au> dostęp: 30.09.2014.

Frączkiewicz-Wronka, A., (2004) Dostępność usług zdrowotnych – racjonalizacja czy wykluczenie. W: R. Holly (red.), *Polityka zdrowotna*, t. I (s. 71). Warszawa: KIU, s. 65–76

Goins, R.T., Williams, K.A., Carter, M.W., Spencer, M., Solovieva, T. (2005). Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. *The Journal of Rural Health*, 3, 206–213

Guagliardo, M. F. (2004) Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3, 3.

Halamska M. (2018). Wspierać czy zalesiać? Dylematy rozwoju wiejskich obszarów problemowych. *Więś i Rolnictwo*, 3 (180), 69–91. DOI: <https://doi.org/10.53098/wir032018/03>

Harris M., Albury D. (2009), Why radical innovation is needed to reinvent public services for the recession and beyond: The innovation imperative, The Lab Discussion Paper, March 2009, Nesta, London.

Heiscala R. (2007), Social innovations: structural and power perspectives [w:] T.J. Hamalainen, R. Heiskala (eds.), *Social innovations, institutional change and economic performance*, Edward Elgar, Cheltenham, s. 52–79.

Informacja sygnałowa GUS Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021 r. z dnia 24.06.2022, ambulatoryjna_opieka_zdrowotna_w_2021_r.docx (live.com)

Jarosz M., Kosiński S. (1995) Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia w Polsce, w: Machaj I., Styk J. (red.) *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce. Tom II Więś*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s.161–173



Jastrzębowski Z., (1994) Spory o model lecznictwa. Opieka medyczna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do końca 1948 r.), Łódź

Kazepov Y., Colombo F., Sarius T. (2020). On elephants, butterflies and lions: Social protection, innovation and investment. W: S. Oosterlynck, A. Novy, Y. Kazepov (red.). Local Social Innovation to Combat Poverty and Exclusion: A Critical Appraisal s. 43–62. Bristol: Policy Press. DOI: <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447338444.003.0003>

Komunikat z badań CBOS Nr 89/2018, Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Komunikat z badań CBOS Nr 125/2021, Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Krawczyk-Soltys, A. (2014). Dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce. Ujęcie przestrzenno czasowe. *Journal of Agribusiness and Rural Development*, 2, 79–86

Lavasque B., Degrave F., Callorda Fossati E. (2018) L'innovation sociale : retour sur les marches d'une construction théorique et pratique. Entretien avec Benoît Lévesque, *Revue de la régulation* 23(23), s. 1–22. DOI:10.4000/regulation.12980

Levesque J.-F., Harris M. F., Russell G. (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18

Loogma K., Tafel-Viia K., Ümarik M. (2012), Conceptualising educational changes: A social innovation approach, „*Journal of Educational Change*”, Vol. 14, Iss. 3, s. 283–301.

Łuków P., Muzur A., Slavec Zupanec Z., Streger F. (red.) (2021) Equal Access to Healthcare in Europe, Warszawa, Scholar
Marques P., Morgan K., Richardson R. (2017). Social innovation in question: The theoretical and practical implications of a contested concept. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 36 (3), 496–512. DOI :<https://doi.org/10.1177/2399654417717986>

Maruyama Y., Nishikido M., Iida T. (2007), The rise of community wind power in Japan: Enhanced acceptance through social innovation, „*Energy Policy*”, Vol. 35, s. 2761–2769

Mothe C., Thi T.U.N. (2010), The link between non-technological innovations and technological innovation, „*European Journal of Innovation Management*”, Vol. 13, No 3, s. 313–332.

Moulaert F., Martinelli F., Swyngedouw E., González S. (2005), Towards alternative model(s) of local innovation, „*Urban Studies*”, Vol. 42, No. 11, s. 1969–1990.

Mulgan G. (2006), The process of social innovation, „*Innovations: Technology, Governance Globalization*”, Vol. 1, No. 2, s. 145–162.

Mulgan G., Tucker S., Ali R., Sanders B. (2007), Social innovation: what it is, why it matters, how it can be accelerated, <http://youngfoundation.org/publications/social-innovation-what-it-is-why-it-matters-how-it-can-be-accelerated/> (dostęp: 30.09.2014).

Murray R., Caulier-Grice J., Mulgan G. (2010), The open book of social innovation, The Young Foundation & NESTA, London.

Narodowy Spis Ludności 2021 GUS Główny Urząd Statystyczny / Spisy Powszechne / NSP 2021 / NSP 2021 - wyniki ostateczne

Nicholls A., Murdock A. (2012), Social innovation: blurring boundaries to reconfigure markets, Palgrave Macmillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire – New York.

Penven A. (2015), Reconnaissance et institutionnalisation des innovations sociales dans le champ des politiques sociales, *Innovations* 2015/3 (n° 48), s. 129 à 150.

Phills J.A. Jr., Deiglmeier K., Miller D.T. (2008), Rediscovering Social Innovation, „*Stanford Social Innovation Review*”, Vol. 6, No. 4, s. 34–43.

Pol E., Ville S. (2009), Social innovation: buzz word or enduring term? „*The Journal of Socio-Economics*”, Vol. 38, No. 6, s. 878–885.

Raport GUS Obszary wiejskie w Polsce 2020 obszary_wiejskie_w_polsce_w_2020_r_pl.pdf dostęp 12.02.2022

Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2021 GUS Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Roczniki statystyczne /



Roczniki Statystyczne / Mały Rocznik Statystyczny 2001 r.

Roksandrić S., Sikoronia S. (2021) Legal protection of the elderly: Why do we need a UN convention on the rights of the elderly? W: Łuków, Muzur, Slavec, Streger (red.) Equal Access to Healthcare in Europe, Warszawa, Scholar, s. 13-50

Siedlecki R., Bem, A., Ucieklak-Jeż.P.,Prędkiewicz P. (2017) Rural Versus Urban Hospitals in Poland. Hospital's Financial Health Assessment. Procedia – Social and Behavioral Sciences, Elsevier, 220. DOI:10.1016/j.sbspro.2016.05.519.131, s. 444-451

Spacek M., Perlik M., Brnkalakova S., Kluvankova T., Valero D., Nijnik M., Melnykovych M., Lukesch R., Sarkki S. (2021). Social innovation for sustainability transformation and its diverging development paths in marginalised areas. Sociologia Ruralis, 61, 344-371. DOI: <https://doi.org/10.1111/soru.12337>

Sullivan C.M. (2003), Using the ESID model to reduce intimate male violence against women, „American Journal of Community Psychology”, Vol. 32, No. 3-4, s. 295-303.

Szpak E. (2016) „Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r. Warszawa, Instytut Historii PAN

Ucieklak-Jeż, P., Bem, A. (2017). Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce [Availability of health care in rural areas in Poland]. Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych – Problems of Small Agricultural Holdings, 4, doi: <http://dx.doi.org/10.15576/PDGR/2017.4.117>, s. 117-131

Utterback J.M. (1971), The process of technological innovation within firms, „Academy of Management Journal”, Vol. 14, No. 1, s. 75-87.

Watts, P.R., Dinger, M.K., Baldwin, K.A., Sisk, R.J., Brockschmidt, B.A., McCubbin, J.E. (1999). Accessibility and perceived value of health services in five western Illinois rural communities. Journal of Community Health, 2, s. 147-157

Wolański M. i in. (2016) Publiczny transport zbiorowy poza miejskimi obszarami funkcjonalnymi. Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Wolfe R.A. (1994), Organizational innovation: review, critique and suggested research directions, „Journal of Management Studies”, Vol. 31, s. 405-431.

Wronka-Pośpiech M. (2015), Innowacje społeczne – pojęcie i znaczenie, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” ISSN 2083-8611. Nr 212, s. 124-135.

The Young Foundation (2012). Social Innovation Overview: A deliverable of the project: “The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe” (TEPSIE), European Commission – 7th Framework Programme, Brussels: European Commission, DG Research

Zajda K. (2022a). Współpraca podmiotów lokalnej polityki społecznej a systemy innowacji społecznych w gminach wiejskich. Wieś i Rolnictwo, 1 (194), 41-55. DOI: <https://doi.org/10.53098/wir012022/02>

Zajda K. (2022b). Wdrażanie innowacji społecznych przez wiejskie organizacje pozarządowe i lokalne grupy działania. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Zajda K., Mazurek D. (2022). Public Institutions and NGOs Cooperation for Social Innovations in Post-Socialist Rural Poland. Eastern European Countryside, 14 (4), s. 623-637. DOI: <https://doi.org/10.2478/euco-2022-0031>

III. Propozycja rekomendacji opracowanych na podstawie testowanego modelu opieki

PROPOZYCJA REKOMENDACJI OPRACOWANYCH NA PODSTAWIE TESTOWANEGO MODELU

Adresowanych do:

Ministerstwa Zdrowia
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Narodowego Funduszu Zdrowia
Rzecznika Praw Pacjenta
Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej
Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi
Ministerstwa Edukacji Narodowej
Rzecznika Praw Obywatelskich

1. Model był testowany na terenie woj. podlaskiego w okresie sierpień 2021 - styczeń 2024, przez partnerstwo: Lider innowacji – Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie/Makówce, partnerzy innowacji – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa Państwowej Akademii Nauk w Warszawie, Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych.



Fot. P. Mojsak



1. Wprowadzenie

Osoby z nieuleczalnymi i przewlekłymi chorobami przebywające w swoich domach, również w środowisku wiejskim, mają prawo do korzystania m.in. z:

- podstawowej opieki zdrowotnej i koordynacji świadczeń opieki zdrowotnej zapewnionej przez lekarza POZ, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ,²
- rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych,³
- skoordynowanych świadczeń terapeutycznych i wsparcia edukacyjno-konsultacyjnego jego rodziny w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego⁴

oraz

- pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej⁵

i/bądź

- opieki paliatywnej i hospicyjnej.⁶

Ponadto, uprawnione są do:

- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej i usług społecznych: opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych,⁷ wsparcia asystenta osobistego osób z niepełnosprawnością⁸
- od 1 stycznia 2024 osoby, które ukończyły 75 rok życia po wstępnej ocenie geriatrycznej będą mogły korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej.⁹

2. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Za: „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi, s. 26 (Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.): Świadczenie gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach domowych w ramach hospicjum domowego lub zespołów domowej opieki paliatywnej.

7. Ustawa z dnia 4 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

8. W ramach realizacji programów resortowych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.

9. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.



Rodziny i opiekunowie domowi¹⁰ osób z nieuleczalną i przewlekłą chorobą mają praw m.in. do:

- wsparcia psychologicznego, informacyjnego, instrumentalnego,
- świadczeń pomocy społecznej i ochrony zdrowia (w tym telemedycznych),
- opieki wytchnieniowej, wsparcia w postaci czasowego pobytu osoby chorej w hostelu, domu pomocy społecznej, innym podmiocie.

Możliwość uzyskania wsparcia zależy jednak od jego dostępności w miejscu zamieszkania i spełnienia warunków odbiorcy opieki medycznej lub pomocy społecznej.

Niestety, pomimo szeregu zapisów w ww. aktach prawnych, a dotyczących uprawnień do korzystania z usług z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, jak również koordynacji tych usług:

- osoby chore oraz ich opiekunowie domowi nie mają pełnej informacji o przysługujących im usługach dających wsparcie w codziennym funkcjonowaniu,
- brak jest miejsc/osób koordynacji usług w gminie udzielających informacji o realizowanych usługach na danym terenie (gmina/powiat),
- dysproporcje w dostępie do usług pomiędzy wsią a miastem są nadal duże (jak wynika z raportu GUS,¹¹ danych z OZPS gmin i powiatów oraz doświadczeń z testowania modelu), pomimo wzrostu dostępności do opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich,
- zróżnicowanie jest również widoczne pomiędzy województwami.

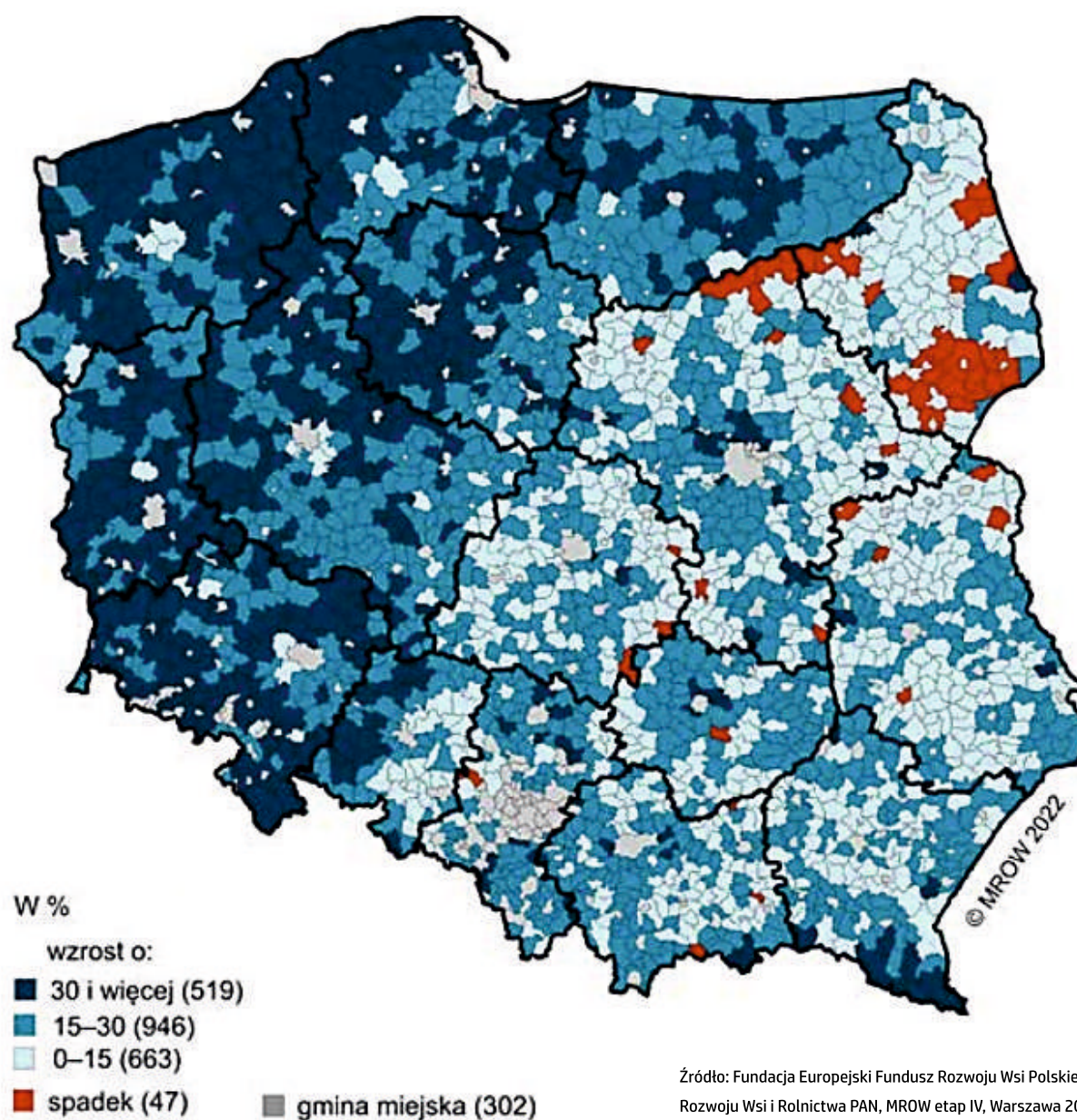
Kryzysową sytuację pogłębia brak dogodnego transportu publicznego, zwłaszcza na terenach peryferyjnych, co utrudnia dostęp do lekarzy specjalistów, którzy przyjmują pacjentów przeważnie w miastach powiatowych.

10. W Modelu oraz opracowanych rekomendacjach przyjęto, że opiekunem domowym (w węższym stopniu niż opiekun nieformalny) jest osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny. Za: Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiej Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, Minister Inwestycji i Rozwoju, Warszawa, 8 lipca 2019, s. 9. W Wytycznych opiekun nieformalny określany jest również jako opiekun faktyczny.

11. Raport GUS „Obszary wiejskie w Polsce w 2020 r.”, m. in. wskazuje, że na terenach wiejskich w 2020 r. funkcjonowało 4,6 tys. przychodni co stanowiło 21,5% wszystkich placówek w Polsce.



Rysunek 1. Zmiana wartości wskaźnika W21 (odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym) między MROW 2014 i MROW 2022



Źródło: Fundacja Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, MROW etap IV, Warszawa 2023

Mieszkańcy terenów wiejskich borykają się z niekorzystnymi procesami demograficznymi: starzeniem się ludności, depopulacją, migracją młodych do miasta, jednopokoleniowością rodzin czy wręcz singularyzacją. Starzenie się wiąże się ze wzrostem zachorowań na choroby nieuleczalne, ograniczające sprawność i niezależność.

Wskazane wyżej uwarunkowania wymagały opracowania modelu zindywidualizowanej, elastycznej, skoordynowanej opieki domowej nad osobami z nieuleczalnymi i przewlekłymi chorobami oraz wsparcia ich opiekunów domowych na terenach wiejskich.

Wśród pacjentów 528 hospicjów dla dorosłych, tylko niecałe 9% chorych skorzystało ze świadczeń w podmiotach działających na wsi.

Przyjęto założenie, że wśród osób starszych z chorobami nieuleczalnymi można zwiększyć dostępność do usług medyczno-pomocowych poprzez rozszerzenie grupy podopiecznych hospicjów domowych, elastyczność składu zespołu opieki hospicyjnej i wprowadzenie koordynacji tych usług.

Domowa opieka hospicyjna finansowana przez NFZ w praktyce jest warunkowana czterema elementami:

1. dostępnością podmiotu i/lub odległością do miejsca zamieszkania osoby chorej,
2. jednostką chorobową z katalogu chorób kwalifikujących do udzielania świadczenia gwarantowanego w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej,
3. limitem określającym maksymalny poziom finansowania przez NFZ wykonywanych przez podmiot świadczeń,
4. zapewnieniem odpowiednich warunków domowych i przeszkolonych opiekunów domowych w zakresie opieki i pielęgnacji.

Nawet jeżeli warunki te są spełnione, to aktualnie proponowany pakiet świadczeń w ramach NFZ ma charakter „sztywnych”, czasami zbyt wygórowanych i nieskoordynowanych usług.

Przygotowanie celowanego, a zarazem holistycznego pakietu usług medycznych i społecznych, realizowanego w środowisku domowym, wpisuje się w trwający proces deinstytucjonalizacji. Wdrożenie koordynacji działań adresowanych do pacjentów hospicjów domowych oraz osób nieuleczalnie i przewlekle chorych spoza hospicjum domowego, jak i ich rodzin, upowszechnienie dostępu do informacji o usługach medycznych i społecznych oraz zabezpieczenie ich realizacji przez kompetentnego koordynatora opieki wpływa na zaspokojenie rzeczywistych potrzeb oraz podniesienie jakości opieki nad osobami zależnymi.



Fot. P. Mojsak

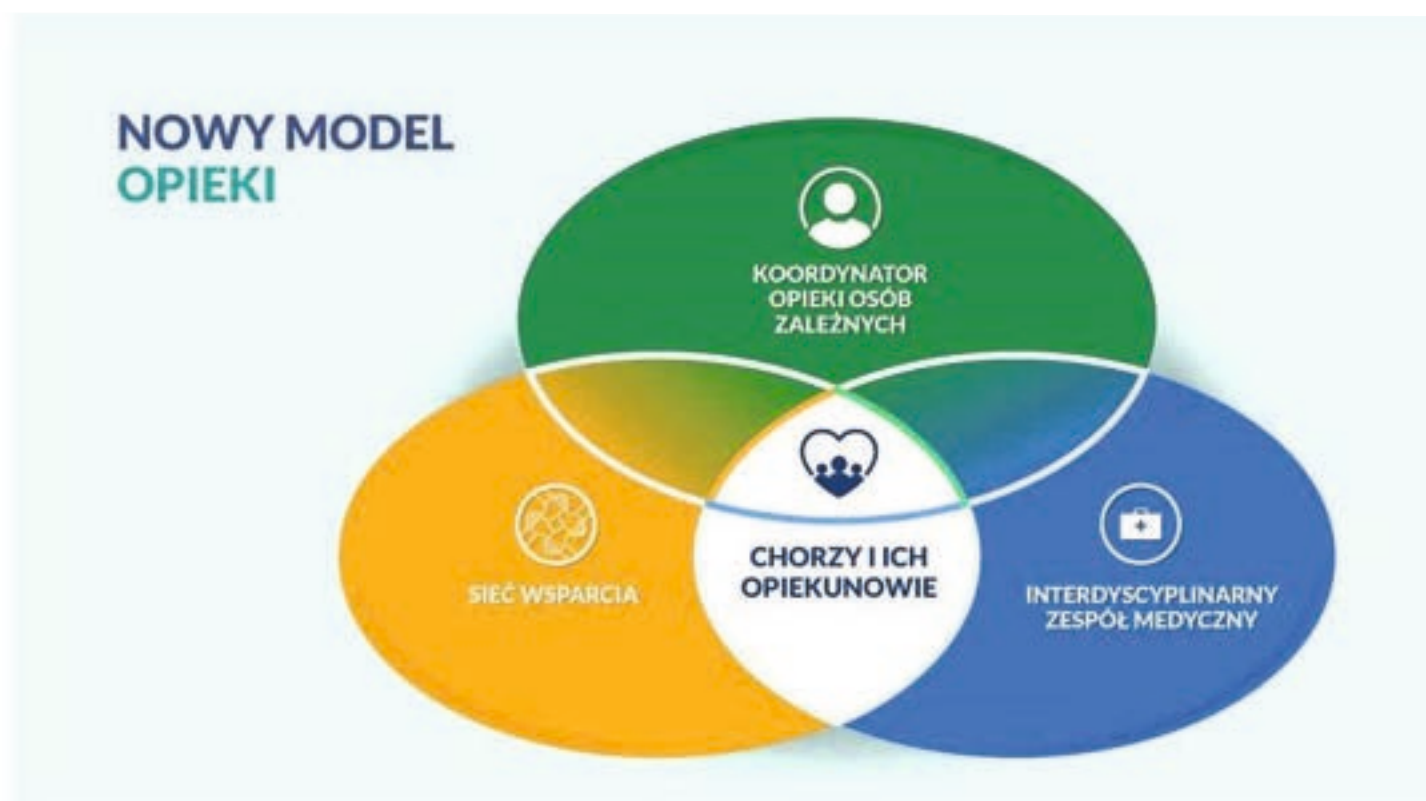


2. Testowany model i jego elementy

Model profesjonalnej opieki domowej nad osobami z nieuleczalnymi i przewlekłymi chorobami oraz wsparcia ich opiekunów domowych na terenach wiejskich był testowany przez Fundację Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie/Makówce (FHPE), pomysłodawcę i Lidera projektu.

Podczas 30 miesięcy testowania Modelu o przyjęciu do hospicjum domowego oraz koordynowanym, elastycznym, dostosowanym do indywidualnych potrzeb świadczeniu usług, decydował lekarz wraz z zespołem opieki hospicyjnej w warunkach domowych, po rozpoznaniu sytuacji osoby zależnej i jej rodziny/opiekunów domowych.

W tym okresie 60% pacjentów objętych wsparciem stanowiły osoby spoza ośmiu grup jednostek chorobowych z katalogu NFZ. 95% podopiecznych to osoby z obszarów wiejskich, dojazdy do nich były świadczone w odległości do ok. 40 km od siedziby Fundacji. Każda osoba i jej opiekun domowy zostali objęci indywidualnym skoordynowanym planem wsparcia opracowanym przez Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ).



Rysunek 2. Elementy modelu opieki hospicyjnej w warunkach domowych wg FHPE

Źródło: Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie/Makówce



Usługa opieki domowej testowana przez FHPE wprowadziła cztery elementy:

1. Rozszerzenie grupy chorych i objęcie wsparciem ich opiekunów domowych: osoby przyjmowane do opieki hospicyjnej, decyzją zespołu medycznego wykazywały jednostki chorobowe „z”, jak i „spoza” listy NFZ, ale zdaniem lekarza i zespołu hospicjum domowego kwalifikowały się do opieki hospicjum domowego, a ich opiekunowie domowi do różnych form wsparcia społecznego. O charakterze, częstotliwości, długości podejmowanych działań decydował zespół, a nie określony limit usług przypadających na pacjenta.¹² W konsekwencji więcej osób z nieuleczalnymi chorobami zostało objętych wsparciem opieki hospicyjnej w warunkach domowych. Usługi hospicjum zabezpieczające ich potrzeby wpłynęły na zmniejszenie w lokalnym środowisku osób wymagających systematycznej opieki realizowanej przez POZ i ośrodki pomocy społecznej. Objęto też wsparciem opiekunów domowych w trakcie opieki nad osobą zależną oraz w okresie żałoby.
2. Zespół opieki hospicyjnej w środowisku domowym został rozszerzony o opiekuna medycznego, dietetyka i K00Z.¹³ Zespół spotykał się koordynacyjnie raz w miesiącu. Poszczególni członkowie zespołu kontaktowali się ze sobą na bieżąco, w miarę potrzeb.
3. Koordynator Opieki Osób Zależnych (K00Z) – osoba w zespole opieki hospicyjnej do koordynacji usług społecznych, budowania i korzystania z sieci społecznej, uzyskiwania dla podopiecznych wsparcia m.in. socjalnego, rzeczowego (w tym sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego), remontowego oraz rozpoznania i zaspokojenia innych, niezbędnych potrzeb do codziennego funkcjonowania. Ponadto, istotnym zadaniem K00Z-a było zorganizowanie opiekunom domowym m.in. wsparcia informacyjnego i edukacyjnego czy zapewnienie opieki wytchnieniowej.
4. Sieć lokalnych podmiotów działających na rzecz osób zależnych oraz ich opiekunów, stanowiły instytucje publiczne, niepubliczne, organizacje pozarządowe, grupy nieformalne, parafie, liderzy lokalni i inni mieszkańcy zaangażowani w pomoc, zorganizowani i koordynowani przez K00Z w ramach systematycznych spotkań (m.in. raz w kwartale) w każdej z pięciu gmin. Podmioty te po spotkaniach informacyjnych złożyły deklarację przystąpienia do sieci wsparcia.

12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

13. Zgłaszane były też potrzeby zindywidualizowane, np. logopeda, psychiatra.



Celem podejmowanych działań było przedstawienie innowacyjnego modelu opieki hospicyjnej w warunkach domowych nad osobami z nieuleczalnymi i przewlekłymi chorobami oraz wsparcia ich opiekunów domowych na terenach wiejskich w pięciu gminach, w przedziale 25-40 pacjentów w miesiącu.

Adresaci działań, to głównie osoby z terenów wiejskich z gmin Michałowo (gmina miejsko-wiejska), Gródek (gmina wiejska), Zabłudów (gmina miejsko-wiejska), Narew (gmina wiejska) i Narewka (gmina wiejska). Mniej więcej 9 na 10 osób otrzymujących świadczenia w ramach modelu to były osoby mieszkające na wsi. Część podopiecznych stanowili ci, u których zdiagnozowano chorobę z listy ośmiu grup jednostek chorobowych określonych przez NFZ i kwalifikujących do opieki hospicjum domowego. Pozostałe osoby cierpiały na choroby, które nie kwalifikowałyby ich do leczenia w hospicjum domowym działającym w oparciu o zasady określone przez NFZ. Wśród tych osób można wymienić przykładowo: osobę po udarze mózgu, osobę z ciężkim otępieniem i afazją, osobę po amputacji kończyny.

Gminy, na terenie których testowano model, różniły się pod względem realnego korzystania z usług medycznych i społecznych. Niemniej, we wszystkich gminach brak jest dostępu do długoterminowej opieki pielęgniarstwa. Problemem dla mieszkańców potrzebujących wsparcia jest także brak zasobu lekarzy specjalistów w środowisku wiejskim. Niewiele jest także podmiotów świadczących komercyjne usługi medyczne, ograniczony jest dostęp do wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i aptek.

W badanych pięciu gminach różne były potrzeby mieszkańców i różniła się oferta, z jakiej mogli korzystać w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Tam, gdzie system działał sprawnie, był obudowany wsparciem innych instytucji, zapotrzebowanie na usługi w ramach innowacji było mniejsze. Większe zapotrzebowanie na usługi w ramach innowacji ma związek z wieloma czynnikami: niewielkie zaangażowanie w opiekę nad osobami z zależnościami przez władze lokalne, braki na rynku pracy, słabość oferty systemowej (np. długie oczekiwanie na wizyty u lekarzy czy fizjoterapeutów, niemożność skorzystania z istniejących form pomocy związana z utrudnieniami komunikacyjnymi, infrastrukturalnymi itp.), mało organizacji pozarządowych.



Fot. A. Dowgier



Analiza danych z przebiegu testowania innowacji pozwala stwierdzić, że wpływa ona na podniesienie jakości usług poprzez:

- zwiększenie liczby podmiotów sieci/zintensyfikowanie kontaktów społecznych w instytucjach świadczących pomoc społeczną i medyczną,
- wzmocnienie i wsparcie opiekunów domowych osób zależnych,
- skoordynowanie i zwiększenie dostępności do opieki hospicyjnej na wsi,
- obniżenie kosztów opieki nad osobami nieuleczalnie i przewlekle chorymi, przy uelastycznionym, niepodlegającym rygorom NFZ podejściu do sprawowanej opieki.

Model innowacji jest zgodny z założeniami dokumentów: „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, szczególnie z załącznikiem „Strategia Deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi” oraz Ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.

Głównym celem wprowadzanych rozwiązań – w zakresie opieki nad osobami starszymi – jest poprawa jakości życia i zdrowia seniorów i ich opiekunów poprzez rozwój zasobów kadrowych, rozwój form opieki dziennej, domowej oraz innowacyjnych form opieki. Zakładane jest wsparcie opiekunów domowych/nieformalnych i koordynacja opieki środowiskowej.

Uważamy, że przetestowany model i jego cztery elementy mogą być prowadzone w ramach na nowo „zdefiniowanej” opieki hospicyjnej w warunkach domowych przez hospicja domowe, a także inne podmioty medyczne i społeczne funkcjonujące w środowisku wiejskim.¹⁴ **Model opieki rozszerzonej, w ramach nowej usługi opieki hospicyjnej w warunkach domowych wg modelu FHPE daje możliwość zapewnienia opieki większej liczbie pacjentów, przez co zwiększa dostępność do opieki domowej.**

14. Por. R. Bakalarczyk, Opieka długoterminowa i hospicyjna w Polsce, Stare problemy, nowe wyzwania, Raport dla Caritas, 31 maja 2023 (Rekomendacje w obszarze opieki hospicyjnej i paliatywnej, Rekomendacje w zakresie reformy systemu opieki poza obszarem medycznym, Rekomendacje w zakresie wsparcia dla rodzin i opiekunów nieformalnych, s. 66-73).



3. Rekomendacje ogólne

Zabezpieczenie kompleksowej, w odpowiedzi na potrzeby środowiskowe, opieki domowej nad osobami z nieuleczalnymi i przewlekłymi chorobami oraz wsparcia ich opiekunów domowych w systemie usług medycznych i pomocy społecznej wymaga:

1. koordynowanej, elastycznej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb opieki hospicyjnej w warunkach domowych ze wsparciem opiekunów domowych, realizowanej przez podmioty medyczne, kontraktowanej przez NFZ,
2. koordynowanej w gminie, elastycznej, dostosowanej do potrzeb opieki w warunkach domowych nad pozostałymi osobami chorymi, ze wsparciem ich opiekunów domowych, realizowanej przez podmioty medyczne i społeczne, finansowanej ze środków krajowych,
3. podczas okresu przejściowego, to jest na czas opracowania i wdrożenia zmian systemowych prawnych, organizacyjnych i edukacyjnych (prezentowanych w szczegółowych rekomendacjach), proponowana jest koordynowana, elastyczna, dostosowana do indywidualnych potrzeb opieka w warunkach domowych ze wsparciem opiekunów domowych; usługa ta może być uzupełnieniem świadczeń kontraktowanych przez hospicja domowe w ramach NFZ, a dotyczyć wybranych elementów Modelu FHPE (może również być realizowana wg Modelu FHPE przez podmioty medyczne i niemedyczne z funduszy krajowych lub współfinansowana przez EFS).

15. Nowa definicja sformułowana podczas testowania modelu.



Fot. P. Mojsak



4. Rekomendacje szczegółowe

Warunek	Nr	Nazwa rekomendacji
GRUPA CHORYCH I WSPARCIE ICH OPIEKUNÓW DOMOWYCH		
konieczny	1	WPROWADZENIE NOWEJ DEFINICJI I REALIZACJA „OPIEKI HOSPICYJNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH” WEDŁUG MODELU FHPE Sugerowane są zmiany w regulacjach prawnych, w publikacjach i standardach pracy zespołu hospicjum domowego oraz w sposobie prowadzenia opieki i wsparcia opiekunów domowych. Załącznik nr 1. Wzór „Kwestionariusz badania potrzeb oraz plan wsparcia podopiecznego FHPE” Zmiana w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – na podstawie definicji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) oraz rekomendacji AOTMiT (Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji).
	2	USTALENIE NOWEGO KRYTERIUM PRZYJĘCIA DO OPIEKI HOSPICYJNEJ JAKO: „OBJAWY I WSKAZANIA KLINICZNE ZDIAGNOZOWANE PRZEZ LEKARZA” Opieka hospicjum w warunkach domowych powinna być dostępna dla każdego chorego w schyłkowej fazie jego choroby i obejmować objawowe leczenie pacjentów chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu i zagrażające życiu choroby. Opracowanie przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia standardów akredytacyjnych dla opieki hospicyjnej (co stworzy warunki do akredytowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych). Zmiana w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – na podstawie definicji WHO oraz rekomendacji AOTMiT.



	3	WPROWADZENIE UŁATWIENIA W DOSTĘPIE CHORYCH DO SILNIE DZIAŁAJĄCYCH LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH I INNYCH ŚRODKÓW NIEZBĘDNYCH CHORYM PRZEBYWAJĄCYM W DOMACH, POPRZECZ NOWĄ ŚCIEŻKĘ DOSTAW Procedura: określony punkt apteczny sprowadza lek dedykowany określonemu pacjentowi i farmaceuta wydaje go na podstawie recepty elektronicznej pacjenta. Zmiany w Ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
	4	WPROWADZENIE NOWEJ DEFINICJI/LUB UZUPEŁNIENIE FUNKCJONUJĄCYCH DEFINICJI OPIEKI REALIZOWANEJ W ŚRODOWISKU DOMOWYM O ELEMENTY: WSPARCIA OPIEKUNÓW DOMOWYCH I KOORDYNACJI USŁUG W regulacjach prawnych, w publikacjach i standardach należy wprowadzić opisy wsparcia i koordynacji usług realizowanych przez zespół hospicyjny, jak i sposoby prowadzenia opieki: środowiskowej, specjalistycznej, długoterminowej, geriatrycznej i innej, prowadzenia dokumentacji dotyczącej podopiecznych i ich opiekunów domowych. Zmiany w ustawie z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, zapisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych, zmiany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i w realizacji programów resortowych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Wdrożenie zapisów w ogłaszanych warunkach konkursów ze środków EFS – IZ oraz programów.
fakultatywny		UPOWSZECHNIANIE PROGRAMU OPIEKA WYTCHNIENIOWA ORAZ ZAPEWNIANIE WSPARCIA WYTCHNIENIOWEGO OPIEKUNOM DOMOWYM ORAZ FORM POBYTÓW DZIENNYCH I KRÓTKOTERMINOWYCH W DPS Rozszerzenie zapisów w programach i konkursach dotacyjnych o dostępność w każdej gminie, w tym programu „Opieka wytchnieniowa”. Należy zapewnić stabilność i ciągłość wsparcia, np. poprzez zmiany w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gwarantujące otrzymanie finansowego i organizacyjnego wsparcia w realizacji tego typu działań. W organizowanym przez MRiPS programie promować usługę na wsiach, włączyć dojazd do osób na wsi w koszt usługi poprzez zwiększenie stawki.



ZESPÓŁ DOMOWEJ OPIEKI HOSPICYJNEJ

konieczny	5	ELASTYCZNE KONTRAKTOWANIE PRZEZ NFZ SKŁADU ZESPOŁU OPIEKI HOSPICJUM W WARUNKACH DOMOWYCH Proponowane jest zniesienie sztywności składu zespołu. Sugerowany jest do negocjacji z NFZ minimalny wymagany skład zespołu opieki hospicyjnej w warunkach domowych: lekarz, pielęgniarka, opiekun medyczny, fizjoterapeuta, psycholog, KOZ oraz ewentualnie osoby do składu rozszerzonego: dietetyk, logopeda, psychiatra, itp. wg uznania i potrzeb lokalnych. Dołączenie do zespołu hospicjum domowego opiekunów medycznych (z ich rozszerzonymi kompetencjami) umożliwi płynne funkcjonowanie wielu hospicjom obecnie borykającym się z brakami personelu pielęgniarskiego. Wprowadzenie przez Ministra Zdrowia zmiany do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, załącznik II – zapisu o kontraktowaniu na świadczenia medyczne z zakresu opieki hospicyjnej i paliatywnej opiekunów medycznych w pracy hospicjum domowego dla dorosłych.
	6	WPROWADZENIE POZIOMÓW REFERENCYJNOŚCI DLA ZESPOŁÓW OPIEKI HOSPICYJNEJ Proponujemy zróżnicowanie wymagań dot. zespołów podstawowej opieki paliatywnej w porównaniu z jednostkami o wyższych stopniach referencyjności (jak to jest w innych specjalnościach medycznych). Proponowane - kierownik jednostki podstawowej opieki paliatywnej - lekarz ze specjalizacją w zakresie medycyny paliatywnej. Pozostali - z kursem specjalistycznym z zakresu medycyny paliatywnej bez limitów procentowych lekarzy ze specjalizacją czy kursem. Podobnie w przypadku pielęgniarek. Program kursów powinien być zgodny z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej kontraktowanych w NFZ.
	7	WPISANIE KOSZTÓW DOJAZDÓW DO PACJENTA I ZASAD AKTUALIZACJI TEJ STAWKI DO PLANU TARYFIKACJI PRZEZ AGENCJĘ OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI (AOTMIT) Wpisanie kosztów dojazdów do planu taryfikacji przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na podstawie szczegółowych danych pozyskanych od świadczeniodawców oraz wpisanie zasad aktualizowania tej stawki.



		Dotyczy to kosztów dojazdów nie tylko personelu zespołu hospicjów domowych, ale także uwzględnia dojazdy w stawkach pielęgniarek opieki długoterminowej, fizjoterapeutów domowych, innych specjalistów. Zespół przy AOTMiT powinien rozważyć różne scenariusze finansowe (maksymalny, minimalny, uśredniony) w różnych typach obszarów (ze szczególnych uwzględnieniem obszarów peryferyjnych).
	8	OKREŚLENIE STANDARDU PRACY ZESPOŁU OPIEKI HOSPICYJNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH PRZY ZACHOWANIU ELASTYCZNOŚCI USŁUG Opieka „szyta na miarę”, czyli dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta oznacza, że o zakresie świadczeń pielęgniarki i opiekuna medycznego, itp. decyduje lekarz prowadzący pacjenta wraz z zespołem, po ocenie jego stanu, reagując każdorazowo na zmiany stanu zdrowia pacjenta. Zapewnia to jakość usług, ich dostępność, umożliwia budowanie sieci usługowej blisko pacjentów i ich rodzin. Dostosowanie rodzaju i częstotliwości świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjenta oznacza obniżenie kosztów funkcjonowania opieki. Jednocześnie konieczne będzie wprowadzenie mechanizmów uniemożliwiających „generowanie oszczędności” kosztem sprawowania niedostatecznej opieki nad pacjentem. Proponujemy wyznaczenie granicy efektywności usług na poziomie: jeden zespół może realizować usługi w odległości optymalnie do 40 km od miejsca/siedziby podmiotu. Jeden K00Z (zatrudniony na pełen etat) obejmuje wsparciem maksymalnie 30 pacjentów. Rekomendacja ta wymaga jeszcze szerokich konsultacji wśród zespołów hospicyjnych.
	9	ZOBOWIĄZANIE LEKARZY RODZINNYCH DO WSPÓŁPRACY Z ZESPOŁEM OPIEKI HOSPICYJNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH/K00Z (WYSOKOŚCIĄ STAWKI KAPITACYJNEJ) Zobowiązanie do współpracy jest jednym z warunków zawarcia kontraktu na świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.¹⁶ Proponujemy, by koszt współpracy z zespołem hospicjum domowego był uwzględniony w wycenie tego świadczenia oraz zawartym kontrakcie, być może odpowiednio ją podwyższając (współpraca z koordynatorem opieki, udział w spotkaniach zespołu opieki hospicyjnej np. raz w miesiącu). Wprowadzenie zmian w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

16. Art. 4 i art. 5.1 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.



KOORDYNACJA OPIEKI

konieczny	10	UTWORZENIE STANOWISKA KOORDYNATORA OPIEKI OSÓB ZALEŻNYCH O OKREŚLONYCH STANDARDACH. ZATRUDNIENIE KOOZ W RAMACH ZESPOŁU OPIEKI HOSPICYJNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH Opieka hospicyjna w warunkach domowych powinna być koordynowana (uwzględnienie zasobów medycznych i społecznych dostępnych w środowisku lokalnym pacjenta). Zadania KOOZ to budowanie indywidualnego/spersonalizowanego koszyka usług adresowanego do osób z chorobami przewlekłymi i nieuleczalnie chorych oraz do ich opiekunów domowych: - wsparcie podopiecznych i ich rodziny (wsparcie organizacyjne, informacyjno-edukacyjne, emocjonalne, rzeczowe, wdrażanie opieki wytchnieniowej), - wsparcie zespołu oraz podmiotów sieci społecznej uwzględniające indywidualne potrzeby podopiecznych i ich opiekunów domowych, - udział w zbudowaniu sieci, wykorzystanie zasobów w celu podniesienia efektywności pomocy osobom chorym i ich opiekunom. Wprowadzenie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w załączniku nr II wskazującym na wymagania dotyczące personelu w hospicjum domowym dla dorosłych pkt 5) w brzmieniu: koordynator opieki osób zależnych – równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców. KOOZ: wykształcenie przynajmniej średnie, na kierunkach społecznych, doświadczenie w działaniach środowiskowych, organizacji lokalnych społeczności i współpracy z NGO.
	11	PRZYGOTOWANIE EDUKACYJNE/METODYCZNE/SZKOLENIOWE – DOSTARCZENIE NARZĘDZI WSPÓŁPRACY pielęgniarcom, opiekunom POZ/lekarzom POZ, koordynatorom opieki osób zależnych działającym przy hospicjach domowych lub innych jednostkach ochrony zdrowia świadczących pomoc w warunkach domowych, opiekunom OPS, pracownikom innych podmiotów. Sugerowane jest wdrożenie metodyki, narzędzi Modeli Kooperacji, wdrażanych przez ROPS w Polsce w ramach POWER oraz doświadczenia z sieciowania w ramach testowanego modelu opieki FHPE.



SIECIOWANIE LOKALNYCH PODMIOTÓW

konieczny	12	WŁĄCZENIE W DZIAŁANIA POMOCOWE ADRESOWANE DO CHORYCH I ICH OPIEKUNÓW PODMIOTÓW ŚRODOWISKA LOKALNEGO Utworzenie sieci z zaangażowanych podmiotów w środowisku lokalnym jest zadaniem KOOZ-a w podmiocie świadczącym opiekę w warunkach domowych. Podpisanie deklaracji lub porozumień (zgodnie z metodyką Modeli Kooperacji): - pozwala lepiej wykorzystać dostępne na miejscu usługi medyczne i opiekuńczo-wspierające, - tworzy szansę na pomoc szybką, skuteczną, elastyczną i szytą na miarę potrzeb, świadczoną w domu chorego, która wydłuży okres jego sprawności, - jest działaniem profilaktycznym, efektywnym, tańszym, w porównaniu do pomocy instytucjonalnej, w tym szpitalnej.
	13	BUDOWANIE I AKTUALIZOWANIE PRZEZ KOOZ KOSZYKÓW USŁUG SPOŁECZNYCH RAZ NA ½ ROKU Koszyk usług społecznych to spis usług dostępnych w gminie/powiecie w obszarze opieki nad osobami zależnymi, chorymi nieuleczalnie i ich opiekunami domowymi. Zadaniem KOOZ-a byłoby zebranie informacji o usługach, sporządzenie i aktualizowanie koszyka usług (m. in. raz na pół roku), po czym upowszechnianie w społeczności i wykorzystanie w celach wsparcia i planowania dalszych działań. Koszyk dotyczy gminy/powiatu, wśród usług są usługi ochrony zdrowia, w tym opieka hospicyjna w warunkach domowych. Po stworzeniu lista usług powinna być upowszechniona na stronach internetowych gmin i powiatów. W modelu usługi hospicyjnej spotkania służące koordynacji list usług stanowią pierwszy etap sieciowania. Lista usług społecznych (w tym dostępność do usługi hospicyjnej) opracowana przez gminę i powiat określa usługi społeczne w zakresie, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 114 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych oraz zadania publiczne, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571), zlecane w trybach, o których mowa w tej ustawie.
	14	PRZYPISANIE WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE ZADAŃ Z OBSZARU ZDROWIA, W TYM OPIEKI HOSPICYJNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH SAMORZĄDOWI POWIATU I WOJEWÓDZTWA, WOJEWODOM Sugerujemy, aby powiat odpowiadał za analizę potrzeb wspólnie z gminami oraz za zapewnienie usług opieki hospicyjnej w warunkach domowych wraz z podmiotami ochrony zdrowia na swoim terenie (sugerowane wykorzystanie metodyki i narzędzi MODELII KOOPERACJI).



		Samorząd województwa miałby takie zadania jak: udział w budowaniu dokumentu i zgłaszaniu potrzeb społecznych oraz obszaru opieki do Map Potrzeb Zdrowotnych i Planu Transformacji Obszaru Zdrowia wspólnie z Wojewodą, przygotowanie i szkolenia KOOZ, organizację szkoleń wg zgłoszonych potrzeb przez zespoły, uzupełniające szkolenia opiekunek medycznych, upowszechnianie programów wsparcia, opieki wytchnieniowej i innych kampanii społecznych. Proponowane jest też powołanie stanowiska pielęgniarki w ramach zespołu ROPS, z uwagi na potrzebę organizacji i opieki nad szkoleniami, w tym m.in. opiekunek medycznych. Wojewoda – konsultanci wojewódzcy ds. zdrowia mieliby za zadanie: sprawozdawczość oraz ustalanie wspólnie z ROPS-ami potrzeb w zakresie Map Potrzeb Zdrowotnych, w tym w zakresie domowej opieki i opieki hospicyjnej w warunkach domowych w gminach i powiatach (analizy i plany na 3 lata), szkolenia podmiotów medycznych, POZ w zakresie nowej opieki hospicyjnej w warunkach domowych i nowej opieki w warunkach domowych. Taka współpraca byłaby pierwszym krokiem łączenia obszaru zdrowia i polityki społecznej.
	15	PROWADZENIE EDUKACJI WOŁONTARIUSZY, GRUP I SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ Z ZAKRESU WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI POMOCY OSOBOM STARSZYM, Z PRZEWLEKŁYMI I NIEULECZALNYMI CHOROBYMI I ICH OPIEKUNOM DOMOWYM (bezpośrednio albo on-line) Podmioty realizujące opiekę lub opiekę hospicyjną w warunkach domowych powinny organizować na rzecz opiekunów domowych, sąsiadów, społeczności i grup, szkolenia dotyczące między innymi wsparcia osób z demencją, pierwszej pomocy, motywowania do korzystania z pomocy psychologicznej, upowszechniania wiedzy o uprawnieniach osób chorych i ich domowników. W ramach zespołów opieki KOOZ mógłby koordynować te działania i prowadzić poradnię on-line.
fakultatywny		UPOWSZECHNIANIE, EDUKOWANIE W ZAKRESIE ALTERNATYWNYCH FORM WSPARCIA, TAKICH JAK USŁUGI SĄSIEDZKIE CZY TELEOPIEKA (kampanie, materiały, reportaże, publikacje na portalach społecznościowych) Wprowadzone zmiany w ustawie o pomocy społecznej z dnia 29 lipca 2023 r. zawierają definicje i zasady odpłatności za usługi sąsiedzkie, opiekuńcze i inne niezbędne dla organizowania pomocy i wsparcia osób zależnych i ich opiekunów korzystających z usług hospicjum. Podmioty medyczne, społeczne oraz KOOZ przy zespole hospicjum domowego mogą wnioskować do gminy o takie usługi lub pomóc je zorganizować w ramach współpracy w sieci.



	PROMOWANIE I NAGRADZANIE WOLONTARIATU HOSPICYJNEGO/OPIEKI W WARUNKACH DOMOWYCH Wprowadzenie zapisów w regionalnym programie współpracy z NGO. Wprowadzenie systemu wsparcia, m.in. nieodpłatne szkolenia dla wolontariuszy hospicyjnych, finansowanie dojazdów do miejsca zamieszkania podopiecznych hospicjum domowego.
--	---

5. Rekomendacje krajowe wpływające na rozwój koordynowanej, elastycznej opieki

1. Wprowadzenie nowo zdefiniowanej usługi - opieki hospicyjnej w warunkach domowych. Aktualizacja przez Ministerstwo Zdrowia:

- Rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- Strategii Zdrowa Przyszłość w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2. Wprowadzenie cyklicznej analizy skutków limitowania świadczeń opieki hospicyjnej – NFZ z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, np. próba wyliczenia obciążenia systemu dodatkowymi kosztami z powodu konieczności zapewnienia pacjentom, których nie objęto opieką hospicyjną, świadczeń, które nie zawsze odpowiadają ich potrzebom i są bardziej kosztowne (np. przedłużanie pobytu w szpitalu). W tym działaniu wsparciem dla NFZ i MZ może być Rzecznik Praw Pacjenta, konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy ds. medycyny paliatywnej.

3. Zainicjowanie dialogu między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w celu i na rzecz określenia kierunków rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz docelowego modelu funkcjonowania tej opieki. Podmiotem inicjującym ten dialog może być Rzecznik Praw Pacjenta. Kolejnym krokiem powinno być przygotowanie systemu opieki zdrowotnej i polityki społecznej do skoordynowania opieki długoterminowej z opieką hospicyjną w warunkach domowych w ramach dialogu prowadzonego między Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Rzecznikiem Praw Pacjenta.

4. Wypracowanie metodologii badania służącego ocenie potrzeb, zakresu i kierunku rozwoju usług w obszarze opieki domowej oraz opieki hospicyjnej w warunkach domowych. Wskazania i rekomendacje powinny dotyczyć m.in. liczby: osób potrzebujących usług społecznych i medycznych, zespołów opieki hospicyjnej w warunkach domowych (poziom województwa/powiatu/gminy).

5. Cykliczne analizy poziomu zatrudnienia i kwalifikacji pielęgniarek i opiekunek medycznych z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów w różnych obszarach Polski, prowadzone przez Wydziały Zdrowia Urzędów Wojewódzkich.

6. Zwiększenie liczby miejsc rezydenckich dla lekarzy specjalizacji medycyna paliatywna. W 2022 roku było ich zaledwie 19, podczas gdy rezydentów anesteziologii było 248, czyli 134 razy więcej niż w przypadku medycyny paliatywnej, a na geriatrici liczba ta wynosiła 34 czyli blisko dwa razy więcej. Zmiana ta wymaga rozporządzenia Ministra Zdrowia, który zresztą w grudniu 2022 r. wskazał medycynę paliatywną jako jedną z priorytetowych dziedzin medycyny.

7. Utworzenie funduszu/programu stypendialnego dla studentów kierunków medycznych (np. medycyny, pielęgniarstwa, fizjoterapii czy przyszłych¹⁷ opiekunów/opiekunek medycznych) zachęcającego do podejmowania pracy na terenach wiejskich.

Rozważenie wprowadzenia systemu motywacji do podjęcia pracy w rejonach z deficytami personelu (mieszkania służbowe, dodatki do wynagrodzenia, szybsza ścieżka awansu, preferencje pierwszeństwo przy wyborze specjalizacji).

Organizowanie ogólnopolskiego konkursu na najlepszą inicjatywę wsparcia osób zależnych przez ministerstwa, do których kierowane są niniejsze rekomendacje.

8. Promowanie dobrych praktyk sieciowania usług społecznych (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i ROPS-y) i zdrowotnych (Ministerstwo Zdrowia, Departamenty Zdrowia UM).

9. Kampanie społeczne i wzrost prestiżu zawodów medycznych i społecznych – MRPiPS, MZ.



Fot. A. Dowgier

17. Dobra praktyka – Program stypendialny dla studentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa adresowany do studentów z powiatu hajnowskiego zobowiązujący do podjęcia pracy w szpitalu w Hajnówce (dwie gminy z powiatu hajnowskiego brały udział w testowaniu Modelu).



6. Słownik pojęć i definicji

POJĘCIA AKTUALNIE OBOWIĄZUJĄCE (USTAWOWE)

Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka obejmująca leczenie objawowe osób chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, zagrażające życiu i ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.¹⁸ Według Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna jest podejściem poprawiającym jakość życia pacjentów cierpiących na chorobę zagrażającą życiu oraz ich rodzin, przez łagodzenie cierpienia, leczenie bólu i ograniczanie innych problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych. Powinna ona być wdrożona w chwili zdiagnozowania choroby zagrażającej życiu i zwiększana w miarę potrzeb.¹⁹

Opieka długoterminowa oznacza organizację i udzielania szerokiego zakresu usług leczniczych, opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym okresie ze względu na wiek, stan zdrowia lub niesprawność funkcjonalną. Zgodnie z definicją WHO i OECD opiekę długoterminową definiuje się jako zakres usług udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania, na skutek czego osoby te przez dłuższy czas stają się zależne od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego. Opiekę tę można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgnarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opieka ta może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników pomocy społecznej) lub opiekunów nieformalnych (rodzinę, bliskich, wolontariuszy).²⁰

Katalog chorób kwalifikujących do udzielania świadczenia gwarantowanego w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Opieka paliatywna i hospicyjna jest świadczeniem gwarantowanym, niemniej Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej i **Obwieszczenie Ministra zdrowia z dn. 17.12.2021 r.** (Wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych) zawiera ograniczony katalog chorób kwalifikujących do leczenia w tym obszarze.

18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, paragraf 3.1., Dz. U. z 2013r. poz. 1347.

19. Za: Rekomendacja nr16/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 r. Prezesa Agencji Ocen Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

20. „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., s. 52



Wykaz grup jednostek chorobowych osób dorosłych ICD-10 uprawniających do korzystania ze wsparcia hospicjum domowego:

- B20-B24 choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
- C00-D48 nowotwory
- G09 następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
- G10-G13 układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
- G35 stwardnienie rozsiane
- I42-I43 kardiomiopatia
- J96 niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
- L89 owrzodzenie odleżynowe.

Szczególna opieka geriatryczna adresowana jest do osób, które ukończyły 75 rok życia i ma na celu: zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych; zapewnienie określonych w ustawie świadczeń opieki zdrowotnej;²¹ planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami centrum zdrowia 75+, w szczególności przez zapewnienie całościowej oceny geriatrycznej oraz opracowanie i realizację indywidualnego planu postępowania terapeutycznego, zwanego dalej „indywidualnym planem”; zapewnienie koncyliacji lekowej pacjentom centrum; zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób uprawnionych, w tym mających na celu zapobieganie ich niepełnosprawności i niesamodzielności; zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom centrum oraz ich opiekunom; zapewnienie wsparcia psychologicznego.

21. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.



POJĘCIA STOSOWANE W MODELU I REKOMENDACJACH

Koordynator Opieki Osób Zależnych (KOOZ) – osoba, do której zadań należą systematyczne bezpośrednie kontakty z osobami z zależnościami, a także z ich opiekunami domowymi w celu rozpoznania potrzeb medycznych i niemedycznych, które są rejestrowane na karcie wizyt i prowadzonej dokumentacji podopiecznego (kwestionariusz badania potrzeb oraz plan wsparcia podopiecznego); pozostawanie w ścisłym i regularnym kontakcie z członkami zespołu opieki hospicyjnej w warunkach domowych oraz z członkami tzw. społecznej sieci wsparcia w celu zapewnienia adekwatnej do potrzeb pomocy podopiecznym i ich opiekunom domowym. KOOZ ma wiedzę i wykorzystuje potencjał zasobów dostępnych lokalnie do działań pomocowych, może również prowadzić działania na rzecz społecznej sieci wsparcia np. o charakterze integrującym i edukacyjnym. Zadania KOOZ mają na celu tworzenie, umacnianie i poszerzanie zasobów pomocowych.

Zespół opieki hospicjum domowego o charakterze interdyscyplinarnym²² zapewnia udzielanie w warunkach domowych świadczeń opieki zdrowotnej i psychologicznej oraz zaspokojenie potrzeb higienicznych, pielęgnacyjnych, opiekuńczych, jak i wsparcia społecznego. W skład zespołu wchodzi personel spełniający warunki określone w Załączniku nr 2: Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej: lekarz, pielęgniarz, fizjoterapeuta, psycholog²³ oraz opiekun medyczny, dietetyk i KOOZ.

Opieka hospicyjna w warunkach domowych to skoordynowana, elastyczna, dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta opieka hospicyjna oraz celowane wsparcie opiekuna nieformalnego (podczas sprawowania opieki, jak i w czasie żałoby). Zadania te realizowane są przez rozszerzony interdyscyplinarny zespół medyczny (lekarz, pielęgniarz, fizjoterapeuta, opiekun medyczny, dietetyk), wspierany przez psychologa, Koordynatora Opieki Osób Zależnych oraz lokalne podmioty działające na rzecz osób zależnych oraz ich opiekunów domowych. Opieka hospicjum w warunkach domowych jest dostępna dla każdego chorego w schyłkowej fazie jego choroby, obejmuje objawowe leczenie chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu i zagrażające życiu choroby. O przyjęciu do opieki hospicyjnej w warunkach domowych decydują objawy i wskazania kliniczne, czyli zaburzenia i cierpienia somatyczne, psychosocjalne i duchowe pacjenta, a nie określona jednostka chorobowa.

22. Zgodnie z zapisami w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej Dz.U. z 2013 r., poz. 1347.

23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. z 2013r. poz. 1347.



7. Załącznik nr 1

KWESTIONARIUSZ BADANIA POTRZEB ORAZ PLAN WSPARCIA PODOPIECZNEGO FHPE

CZĘŚĆ I

DANE OSOBOWE BENEFICJENTA

Nr Ks. Gł.

1. Dane podopiecznego

Imię _____

Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania _____

PESEL _____

Data przyjęcia do opieki hospicyjnej w warunkach domowych _____

2. Sytuacja zdrowotna podopiecznego (z wywiadu hospicjum lub pielęgniarzkiego)

Choroby przewlekłe _____

Przebyte urazy i ich następstwa _____

Inne choroby i ich następstwa _____

Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej (prawidłowa, częściowa, brak orientacji) _____

Higiena - stan utrzymania podopiecznego (zadbany, brudny, itp.) _____

Podopieczny pozostaje pod opieką:

Lekarz rodzinny (dane, adres, telefon kontaktowy) _____

Specjalistów (dane, adres, telefon kontaktowy) _____



3. Opis miejsca zamieszkania (z inf. z hospicjum lub od prac. socjalnego lub z inf. w środowisku)

Ogrzewanie _____

Woda (ciepła, zimna) _____

Inne media _____

Łazienka, WC _____

Inne udogodnienia (telefon, internet, pralka, kuchenka, lodówka, własny pokój, własne łóżko, inne)

Udogodnienia dla osoby z niepełnosprawnością (sprzęty, wyroby medyczne, łóżko, materac przeciwo-
żynowy, inne) _____

Stan utrzymania miejsca zamieszkania _____

4. Dane opiekuna podopiecznego

Imię _____

Nazwisko _____

Data urodzenia _____

Stopień pokrewieństwa z podopiecznym _____

Czy jest to osoba wspólnie zamieszkująca _____

Stan zdrowia opiekuna (fizyczny, emocjonalny) _____

Funkcjonowanie opiekuna (sprawność, samodzielność, mobilność, aktywność, itp.) _____

Dostęp do podstawowych usług (sklep, transport, ośrodki zdrowia, apteka, itp. - odległość i forma
dotarcia) _____



5. Opis sytuacji rodzinnej

Informacje o członkach rodziny podopiecznego

Lp.	Imię i nazwisko	Miejsce zamieszkania (czy współzamieszkuje?)	Czy jest w kontakcie, czy udziela wsparcia?	Kontakt

Inne osoby współzamieszkujące (imię i nazwisko, kontakt tel.) _____

Relacje wśród osób współzamieszkujących (dobre strony, konflikty w rodzinie - z inf. z hospicjum lub od pracownika socjalnego lub z inf. w środowisku) _____

Przemoc w rodzinie, uzależnienia (z inf. z hospicjum lub od pracownika socjalnego lub z inf. w środowisku) _____



Inne informacje, których wypełniający ankietę uzna za stosowne udzielić:

Miesięczny dochód na gospodarstwo, stałe koszty, skąd uzyskują wsparcie materialne, jakiej wysokości?

Inne rodzaje wsparcia materialnego - jakie, jak często i czy są wystarczające?

6. Wsparcie w środowisku (hospicjum, pomoc sąsiedzka, grup nieformalnych, instytucji)

Podopieczny

Lp.	Imię i nazwisko / Instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt

Opiekun domowy

Lp.	Imię i nazwisko / Instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt



CZĘŚĆ II PLANOWANIE WSPARCIA BENEFICJENTA

Oczekiwania i potrzeby podopiecznego zgłaszane przez niego lub opiekuna na rzecz podopiecznego

Oczekiwania i potrzeby opiekuna zgłaszane przez niego samego lub osoby współzamieszkujące

Potrzeby podopiecznego i jego opiekuna domowego zgłaszane na przykład przez: lekarza FHPE zajmującego się podopiecznym, pielęgniarkę FHPE, psychologa FHPE, opiekuna FHPE, innych członków zespołu FHPE



do zebrania np. podczas spotkania zespołu medyczno-opiekuńczego lub rozmowy indywidualnej z podopiecznym lub jego opiekunem domowym

Potrzeby podopiecznego i jego opiekuna domowego zgłaszane przez innych członków sieci (GOPS, duchowny, lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa, inne)



PLAN WSPARCIA DATA _____

Podopieczny					
Lp.	Imię i nazwisko / Instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt	Realizacja, uwagi
Opiekun domowy					
Lp.	Imię i nazwisko / Instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt	Realizacja, uwagi



Projekt dofinansowany przez Unię Europejską
z Europejskiego programu na rzecz zatrudnienia
i innowacji społecznych „EaSI” (2014-2020).

DAĆ TO,
CZEGO
NAPRAWDĘ
POTRZEBA

Pomysłodawca i Lider projektu

Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza

Makówka 81

17-210 Narew

www.hospicjumeliasz.pl

Partnerzy projektu

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku

ul. gen. George’a Smitha Pattona 8

15-688 Białystok

www.rops-bialystok.pl

Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk

ul. Nowy Świat 72

00-330 Warszawa

www.irwirpan.waw.pl

Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych

ul. Stanisława Bukowskiego 1 lok.40

15-066 Białystok

www.owop.org.pl

Wyrażone opinie i poglądy są wyłącznie poglądami autorów. Ani Unia Europejska ani organ przyznający finansowanie nie mogą ponosić za nie odpowiedzialności.