



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



SOS dla Seniora czyli Skoordynowana Opieka Senioralna

Wstęp

Polityka senioralna to ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych. Celem polityki senioralnej jest wspieranie i zapewnienie możliwości **aktywnego starzenia się w zdrowiu** oraz możliwości prowadzenia samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych. Aktywne starzenie się jest procesem umożliwiającym zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym zagospodarowanie ich potencjału z perspektywy całego życia, zachowania zarówno dobrostanu psychicznego i fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności.¹ Celem i wyzwaniem dla polityki senioralnej państwa i samorządów lokalnych jest stworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii osób starszych. Do tego potrzebna jest, prowadzona na każdym szczeblu, efektywna, długofalowa polityka reagująca na pojawiające się wyzwania społeczne.

W świetle zapisów **Strategii polityki społecznej województwa śląskiego na lata 2006-2020** celem strategicznym w zakresie polityki senioralnej samorządu jest: **Tworzenie warunków do pełnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym oraz zawodowym**. W ramach tego celu realizowane są kierunki działań w zakresie: Wspierania i wzmacniania potencjału osób starszych oraz aktywnego ich uczestnictwa w życiu społecznym; Identyfikacji, łagodzenia, zapobiegania i przeciwdziałania barierom utrudniającym pełnoprawne życie osób starszych w społeczeństwie; Kształtowania wizerunku osób starszych i poprawy relacji międzygeneracyjnych; Dostosowania systemu wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

Skoordynowana opieka senioralna, będąca przedmiotem konkursu, powinna realizować zapisy dokumentów strategicznych zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym oraz lokalnym oraz powinna prowadzić do tworzenia środowiska przyjaznego osobom starszym między innymi poprzez rozwój sieci usług dla seniorów w środowisku lokalnym.

¹ Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020

Jak pokazują badania, najlepsze efekty w pracy z osobami starszymi osiąga się przez systematyczne wspieranie ich w dotychczasowym miejscu zamieszkania, wykorzystując formy półstacjonarne, typu kluby seniora, czy też lokalnie działające grupy wsparcia.

Powyższe wpisuje się w ideę deinstytucjonalizacji usług, która znalazła odzwierciedlenie w *Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, stanowiących wytyczne w zakresie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w przypadku dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz osób starszych w Europie.² *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Regionalnego na lata 2014-2020* definiują usługi świadczone w lokalnej społeczności, jako „usługi świadczone w interesie ogólnym, umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny i społeczności lokalnej, a gdy to nie jest możliwe, gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych oraz umożliwiają podtrzymanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich”. Zgodnie z SZOOP RPO WSL 2014-2020 deinstytucjonalizację usług należy rozumieć, jako proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w lokalnej społeczności, realizowany zgodnie z *Ogólnoeuropejskimi wytycznymi(...)* i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych w lokalnej społeczności, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest prewencja, mająca zapobiegać umieszczeniu osób w opiece instytucjonalnej. W związku z powyższym powinno się rozwijać inne, alternatywne wobec instytucjonalnych, formy opieki. Najbardziej rozpowszechnioną z form pomocy, alternatywnych dla całodobowych placówek opieki stacjonarnej, jest wsparcie w formie usług opiekuńczych. Inne możliwości polegające m.in. na wspieraniu seniorów poprzez kierowanie ich do mieszkania chronionego, rodzinnego domu pomocy, czy też środowiskowego domu samopomocy są wykorzystywane na niewielką skalę.

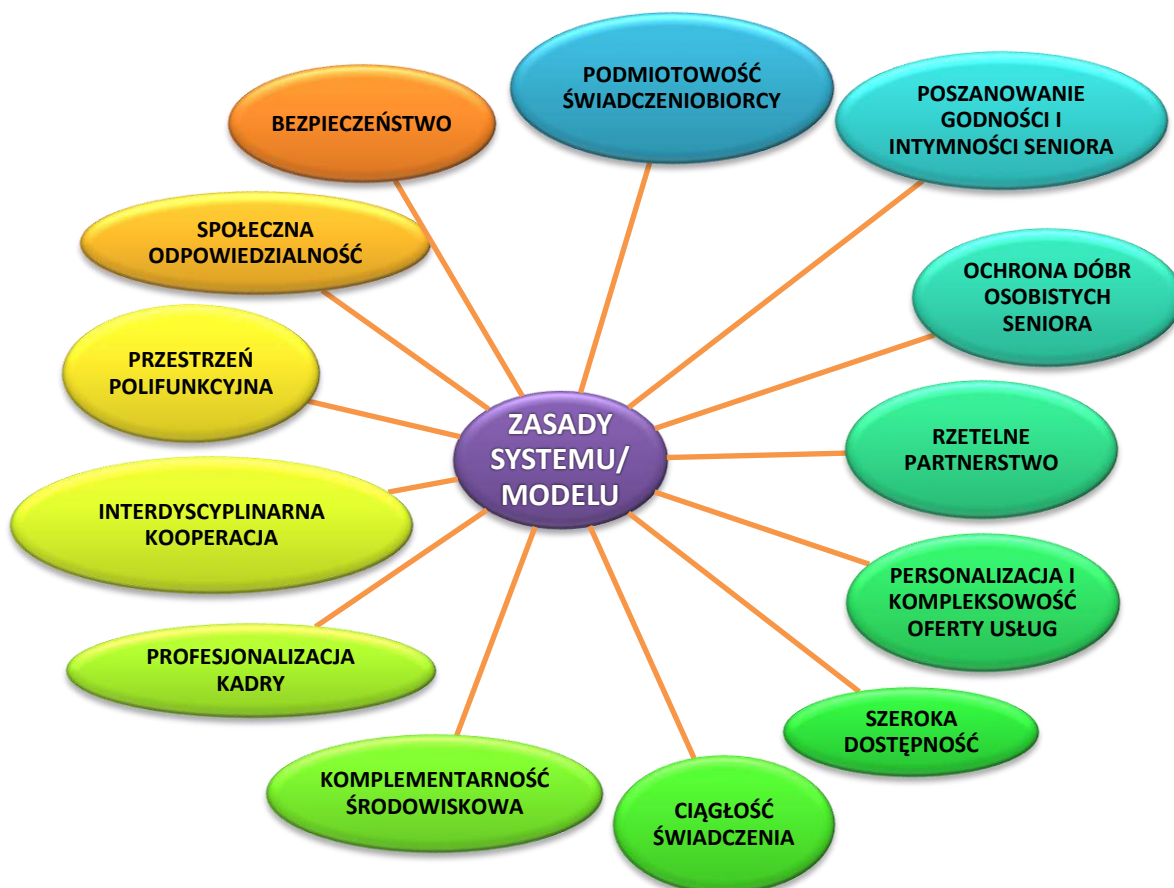
²Wytyczne opracowane przez Europejską Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012

I. SOS krok po kroku, czyli jak budować system opieki skoordynowanej

A. Zasady modelu (systemu)

Model (system) usług społecznych powinien być dopasowany do potrzeb danej społeczności lokalnej, a jego kształt powinien wynikać z diagnozy lokalnych uwarunkowań.

Niemniej jednak, można wskazać na **uniwersalne zasady**, w oparciu, o które powinno się budować system usług społecznych.



Zawarte w standardzie wskazówki mają charakter uniwersalny - dotyczą usług społecznych na rzecz Seniorów, które mogą być świadczone/organizowane przez różne podmioty zarówno publiczne, jak i niepubliczne, zaangażowane w działalność społeczną oraz zainteresowane budową efektywnego i przyjaznego systemu wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych, w tym przez organizacje pozarządowe, organizacje non-profit, podmioty ekonomii społecznej, kościoły i związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych, jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego posiadające osobowość prawną oraz przedsiębiorców, tj. beneficjentów Poddziałania 9.2.5 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.

Realizując projekty na rzecz starszych osób niesamodzielnych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego należy uwzględnić zasady wynikające z „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Regionalnego na lata 2014-2020”. W szczególności zastosowanie mają zapisy dotyczące usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych (Podrozdział 6.1, 6.2 oraz 6.4) jako „usług świadczonych w lokalnej społeczności”(słownik pojęć) oraz zapisy załącznika nr 1 do Wytycznych „Minimalne wymagania świadczenia usług społecznych w społeczności lokalnej”.

Projekty muszą ponadto być realizowane, zgodnie z kryterium dostępu, w oparciu o zawarty poniżej Standard Opieki Skoordynowanej. Standard wskazuje na elementy obowiązkowe oraz rekomendowane, których realizacja nie jest konieczna dla spełnienia kryterium dostępu, ale Projektodawcy mogą wykorzystywać zawarte propozycje w celu podwyższania standardu świadczonych usług.

B. Obowiązkowe elementy modelu (systemu)



II. Elementy modelu opieki skoordynowanej

1. Diagnoza lokalnych potrzeb i uwarunkowań

Lokalne uwarunkowania i potrzeby stanowią punkt wyjścia dla budowy systemu wsparcia osób starszych, w tym dla rozwoju środowiskowych form pomocy. Podstawą dla tworzenia całego systemu, w tym dla tworzenia oferty usług środowiskowych, powinny być odpowiednie zapisy zawarte w **Strategiach rozwiązywania problemów społecznych**³. Strategie winny zawierać diagnozę sytuacji społecznej, cele strategiczne projektowanych zmian, kierunki działań i sposób ich realizacji. Zapisy lokalnych strategii powinny wskazywać zarówno przewidywany okres powstania poszczególnych form pomocy, jak również źródła ich finansowania (NIK). Strategie rozwiązywania problemów społecznych powinny zawierać spójną wizję systemu pomocy dla określonych grup społecznych, w tym również dla osób starszych.

„Przeprowadzając diagnozę społeczną, chcemy się dowiedzieć, jaki jest stan społeczeństwa i dlaczego tak jest. To główne cele diagnozy. Dodatkowo można także wykorzystać ją do zapytania o opinie na temat tego, jak powinno być. Diagnoza społeczna zawsze bezpośrednio lub pośrednio odnosi się do stanu i sposobu zaspokajania potrzeb społecznych. Diagnoza problemów społecznych dotyczy zjawisk, które powodują, że istotne potrzeby społeczne nie mogą być zaspokajane. Wiedza, której dostarcza diagnoza, pozwala w sposób adekwatny do realiów zaplanować i zrealizować działania służące członkom społeczności lokalnej, a także optymalnie i efektywnie wykorzystać do tego posiadane zasoby finansowe, instytucjonalne, ludzkie.”⁴

Diagnoza problemów społecznych i analiza lokalnych uwarunkowań pozwoli:

- wyczerpująco opisać badane terytorium, zarówno pod względem struktury społecznej w gminie, jak również oferty usług społecznych, w tym opiekuńczych, z jakich mogą korzystać Seniorzy;
- rozeznaczyć i zdefiniować problemy, którym należy wyjść naprzeciw;
- wskazać potrzeby społeczne;
- zidentyfikować narzędzia i zasoby mogące służyć rozwiązywaniu problemów i łagodzeniu ich skutków

oraz odpowiedzieć na szczegółowe pytania:

- A. Jaka jest struktura wieku w gminie?
- B. Jakie są główne przyczyny korzystania z pomocy społecznej?
- C. Ile osób korzysta z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania?
- D. Ile osób przebywa/ czeka na przyjęcie do DPSu? (o ile taki w Gminie funkcjonuje)?
- E. Jaka jest oferta usług środowiskowych dla Seniorów?
- F. Jaki jest potencjał do świadczenia usług środowiskowych w gminie?

Projektodawca musi posiadać dokument, będący podstawą do zaplanowania usług społecznych świadczonych w ramach projektu. Jeżeli zapisy Strategii rozwiązywania problemów społecznych (lub

³ Lub odrębnego programu / innego dokumentu strategicznego poświęconego osobom starszym/polityce senioralnej

⁴ Diagnozowanie problemów społecznych, Tomasz Schimanek, Warszawa 2015

innego dokumentu programowego) gminy, na terenie której będzie realizowany projekt, nie wyczerpują ww. założeń, należy przed przystąpieniem do projektu opracować odpowiednią diagnozę. Dokument nie stanowi załącznika do wniosku o dofinansowanie, jednak musi być dostępny w miejscu realizacji projektu. Dokument może podlegać kontroli (na etapie weryfikacji wniosku o płatność lub kontroli na miejscu realizacji projektu).

Zróżnicowanie potrzeb mieszkańców i uwarunkowań występujących na poziomie lokalnym uzasadnia budowanie systemu opieki środowiskowej uwzględniającego szeroki wachlarz usług społecznych dla Seniorów. Dlatego **projekty realizowane w oparciu o SOS powinny w sposób systemowy oraz kompleksowy stawiać czoła wyzwaniom demograficznym i odpowiadać w jak najbardziej zróżnicowany sposób na oczekiwania Seniorów i ich otoczenia społecznego.**

2. Kompleksowa analiza indywidualnej sytuacji i potrzeb Seniora

Najistotniejszym elementem budowy systemu pomocy środowiskowej jest zidentyfikowanie grupy docelowej, do której pomoc będzie kierowana oraz dokładne rozpoznanie jej potrzeb.

Grupę docelową stanowią wyłącznie osoby niesamodzielne ze względu na wiek. Za osobę niesamodzielną ze względu na wiek uznaje się osobę nieaktywną zawodowo w wieku 60+, która wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Analiza sytuacji Seniora będzie punktem wyjścia do organizowania kompleksowej opieki.

Analiza powinna dać odpowiedź na pytanie: jakimi zasobami dysponuje podopieczny, a zaoferowana opieka powinna być oparta o potencjały podopiecznego celem wzmocnienia jego niezależnego życia.

Prawidłowe zdiagnozowanie stopnia niesamodzielności jest podstawą do świadczenia skutecznej i efektywnej pomocy Seniorom. Kompleksowa analiza sytuacji Seniora jest zatem konieczna, aby dopasować najbardziej optymalną formę usług i w sposób szczegółowy zdefiniować jej zakres.

Dzięki temu możliwe będzie **zidentyfikowanie i zdefiniowanie potrzeb Seniora** w kontekście zakresu usług społecznych, które zostaną mu zaoferowane. Ustalając zakres usług należy mieć na uwadze, jaki jest główny cel ich świadczenia.

GŁÓWNY CEL USŁUG SPOŁECZNYCH,
W TYM OPIEKUŃCZYCH,
DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH ZE WZGLĘDU NA WIEK



PODTRZYMYWANIE I WZMACNIANIE SAMODZIELNOŚCI SENIORA

Inaczej mówiąc, celem usług jest zmniejszanie niesamodzielności (obiektywnie istniejącej lub subiektywnie odczuwanej) u osób, które doświadczają ograniczeń w zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb

życiowych, oraz kompensowanie utraconej samodzielności działaniami umożliwiającymi tym osobom dalsze funkcjonowanie w swoim środowisku zamieszkania.

Nie mniej istotne są również oczekiwane efekty, jakie powinny zaistnieć dzięki wsparciu w postaci usług społecznych dla Seniorów.

OCZEKIWANE EFEKTY USŁUG SPOŁECZNYCH W ODNIESIENIU DO OSÓB NIMI OBJĘTYCH⁵



Dopasowanie i przyznanie usług społecznych należy poprzedzić **weryfikacją aktualnych potrzeb Seniora**. Każde podejmowane działanie ma określone cele i zadania, a do ich wykonania powinny być zaangażowane konkretne osoby z określonym zasobem umiejętności, ze specjalnymi kompetencjami. Dlatego ważne jest właściwe rozpoznanie potrzeb Seniorów.

A. Aspekty analizy



⁵ STANDARDY USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ interwencji kryzysowej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, poradnictwa specjalistycznego, w tym poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne. Praca zbiorowa. 2013


Analiza oparta o ww. elementy powinna być obligatoryjnie przeprowadzona dla każdego z Seniorów uczestniczących w projekcie przed objęciem go pierwszą usługą. Rekomenduje się, aby przeprowadzał ją zespół interdyscyplinarny.

Analiza nie stanowi załącznika do wniosku o dofinansowanie, jednak musi być dostępna w miejscu realizacji projektu. Dokument może podlegać kontroli (na etapie weryfikacji wniosku o płatność lub kontroli na miejscu realizacji projektu).

Konkretne potrzeby powinny decydować o tym, jaka forma pomocy będzie optymalna oraz - w przypadku usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania - jaki Opiekun będzie zaangażowany do realizowania usług. Pozwoli to na wstępnym etapie ocenić, z jak wysoce wykwalifikowanym personelem opiekuńczym należy nawiązać współpracę oraz jakimi minimalnymi kwalifikacjami powinien cechować się Opiekun w konkretnym przypadku.

B. Narzędzia analizy

Podstawą dla wyznaczenia zakresu i wymiaru usług będzie w szczególności:⁶

 **poziom samodzielności osoby uprawnionej do korzystania z usług, weryfikowany na podstawie obiektywnej skali⁷.** Należy zastosować takie narzędzie, które umożliwi przeprowadzenie kompleksowej oceny, która obejmuje stan psychofizyczny Seniora, uwzględniając, niezwykle istotne dla planowania przyszłego wsparcia, warunki socjalno-środowiskowe.

Zebrane w ten sposób informacje pozwolą ustalić:

- ❖ **możliwości wsparcia i udzielenia pomocy ze strony rodziny i środowiska, w tym możliwości wykorzystania uprawnień i zasobów osoby starszej i jej otoczenia (np. pomoc sąsiedzka, wolontariat)**
- ❖ **warunki, w jakich usługi będą świadczone, (w tym warunki mieszkaniowe)**
- ❖ **jego indywidualne uzasadnione potrzeby w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej jak i długoterminowej, odpowiadające celom i mieszczące się w możliwościach pomocy społecznej**

?

C. Zaangażowane podmioty

a) Zespoły interdyscyplinarne

Ocena socjalno-środowiskowa i psychofizyczna sytuacji Seniora winna być prowadzona z udziałem osób, które w konkretnym przypadku są niezbędne dla prawidłowego zdiagnozowania i zaplanowania wsparcia (mogą to być m.in. pracownik socjalny, pielęgniarka, lekarz geriatra lub lekarz innej specjalności, rehabilitant, opiekun, rodzina, sąsiedzi). Podstawą dla udzielenia kompleksowego oraz odpowiadającego na potrzeby Seniora wsparcia jest zapewnienie jego udziału w procesie podejmowania decyzji na temat zakresu, wymiaru oraz formy świadczenia usług.

W związku z powyższym należy powołać zespoły interdyscyplinarne, które:

➤ **opracują (lub co najmniej zaopiniują) diagnozę potrzeb i możliwości psychofizycznych każdego**

⁶ Tamże, str. 55

⁷ Np. ADL, IADL, Barthel lub na podstawie opracowanej własnej skali.

Seniora, z uwzględnieniem dostępnych informacji na temat jego sytuacji,
➤ ustalać formy i metody pracy,
➤ opracują indywidualne plany działania (programy usamodzielnienia, w przypadku mieszkań treningowych),
➤ będą monitorować sytuację Seniora poprzez okresową ocenę udokumentowanych działań podejmowanych wobec Seniora,
➤ w razie potrzeby będą udzielać doraźnego wsparcia w celu rozwiązywania sytuacji kryzysowych u Seniora
➤ działania zespołu obejmą spotkania interdyscyplinarne (wraz z opiekunami), ukierunkowane na wzajemną wymianę informacji oraz ustalenie planu działań interwencyjnych.

b) Lider

W uzasadnionych przypadkach, w szczególności, jeżeli SOS uwzględnia usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania lub przewiduje szeroki katalog usług, do koordynowania pracami zespołu interdyscyplinarnego można zaangażować lidera.

Rola Lidera

- **Udział w pracach zespołu interdyscyplinarnego.**
- **Kontakt z Seniorem (i otoczeniem Seniora), udzielanie informacji, przyjmowanie zamówień na usługi, nawiązywanie współpracy z instytucjami zewnętrznymi w celu poprawy sytuacji klienta (np. kontakt z pracownikami socjalnymi z OPS).**
- **Współudział w rekrutacji opiekunów.**
- **Układanie grafika pracy opiekunów, przyjmowanie informacji o niepokojących sytuacjach zidentyfikowanych u Seniora, przekazywanie zleceń, kontakt z opiekunami i udzielanie doraźnego wsparcia w sytuacjach trudnych, kontrola, jakości świadczonych usług, organizowanie spotkań z psychologiem (superwizji) i szkoleń podnoszących umiejętności pracowników, rozwiązywanie konfliktów.**

D. Decyzja/ dokument przyznający usługi

Bardzo istotne jest, aby **decyzja przyznająca usługi** osobom starszym (lub inny dokument, na podstawie którego przyznano usługi) **zawierała uzasadnienie** odnoszące się do indywidualnej sytuacji osoby objętej pomocą, wraz ze wskazaniem sposobu, w jaki obliczono odpłatność za roboczogodzinę usług dla danej osoby (o ile dotyczy), a także z podaniem wysokości dochodu osoby, od którego odpłatność tę policzono. **Sposób ustalania odpłatności należy opisać we wniosku o dofinansowanie projektu.**

Dodatkowo w takich dokumentach należy precyzyjnie określać zakres usług, wymiar i miejsce ich świadczenia. Decyzje powinny **odnosić się do celowości przyznania usługi w określonej formie i zakresie.**

Z uwagi na fakt, że są to decyzje w sprawach pomocy społecznej, należy je sporządzać ze szczególną starannością i precyzją. Należy wziąć pod uwagę, że ich odbiorcami są osoby w podeszłym wieku, często dotknięte nieporadnością wynikającą ze stanu zdrowia, które mogą mieć trudności z zrozumieniem treści dokumentów urzędowych – powinny one być napisane językiem zrozumiałym dla odbiorcy.

Dokumentację indywidualną stanowią spisane rozmowy rozpoznające sytuację osoby starszej i jej rodziny, dokumenty związane ze stanem zdrowia uczestnika, w tym m.in. kopia orzeczenia o niepełnosprawności, indywidualny plan działania, opinie i notatki pracowników, protokoły z posiedzeń

zespołów interdyscyplinarnych.

3. Usługi społeczne

A. Standard usług

Usługi powinny być udzielane wg. opisanego standardu, dzięki któremu możliwe będzie świadczenie pomocy wysokiej jakości. Dodatkowo, każda usługa powinna być opisana poprzez wskazanie katalogu świadczeń, jakie wchodzi w jej zakres. Określenie standardu i katalogu świadczeń pozwoli na zachowanie zasady przejrzystości i dostępu do informacji na temat możliwości do uzyskania wsparcia, jak również na przeprowadzanie kontroli prawidłowości świadczenia pomocy i jakości udzielanego wsparcia.

Projektodawca musi posiadać opisany standard każdej świadczonej usługi, zgodny z zalecaniami wynikającymi z niniejszego dokumentu oraz z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Regionalnego na lata 2014-2020*.

Dokument nie stanowi załącznika do wniosku o dofinansowanie, jednak musi być dostępny w miejscu realizacji projektu. Dokument może podlegać kontroli (na etapie weryfikacji wniosku o płatność lub kontroli na miejscu realizacji projektu).

B. Zasady świadczenia usług

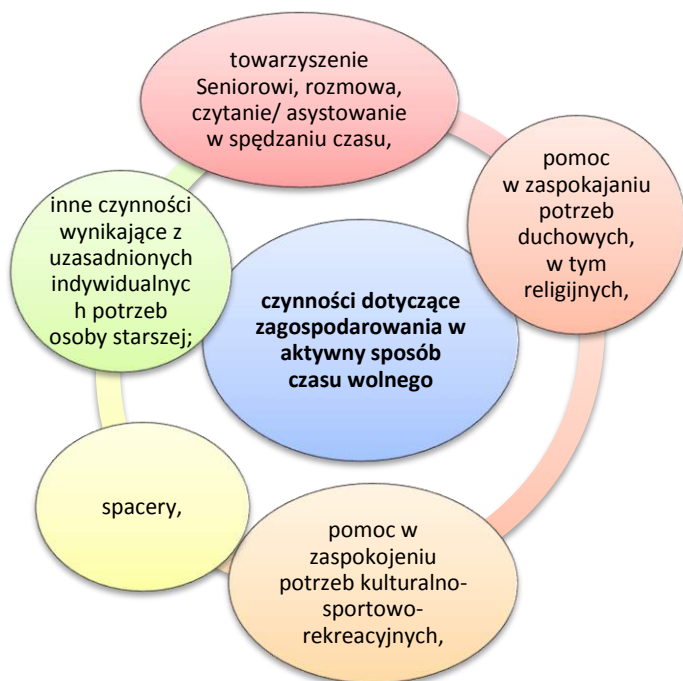


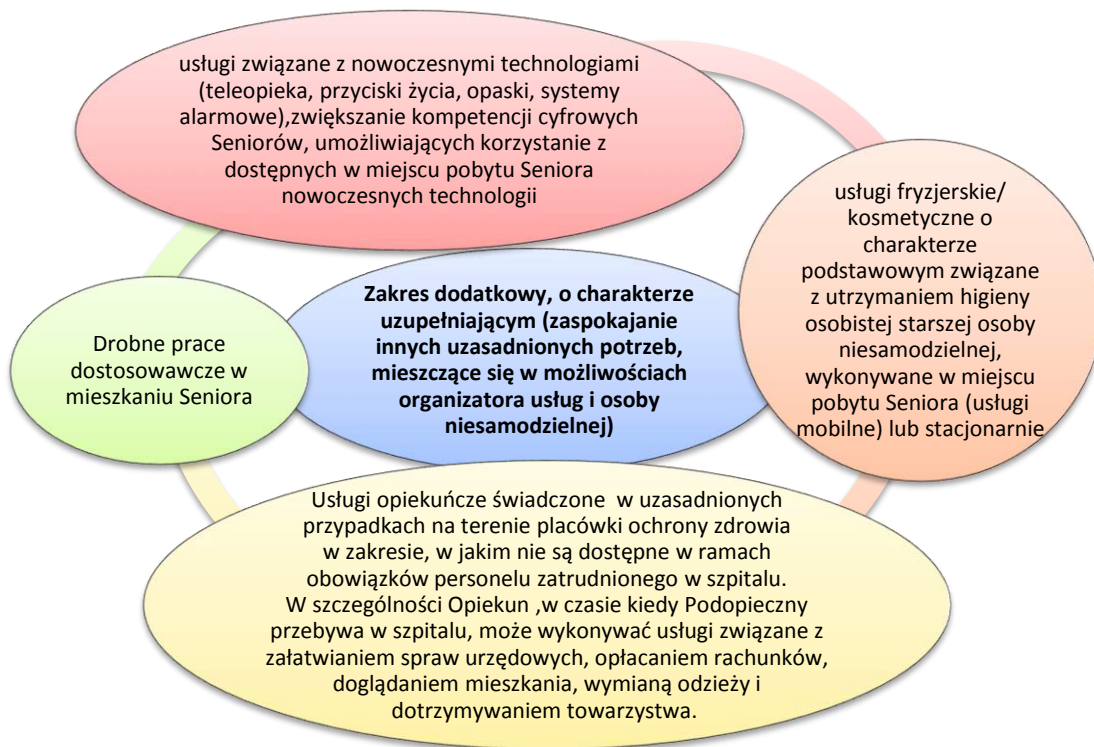
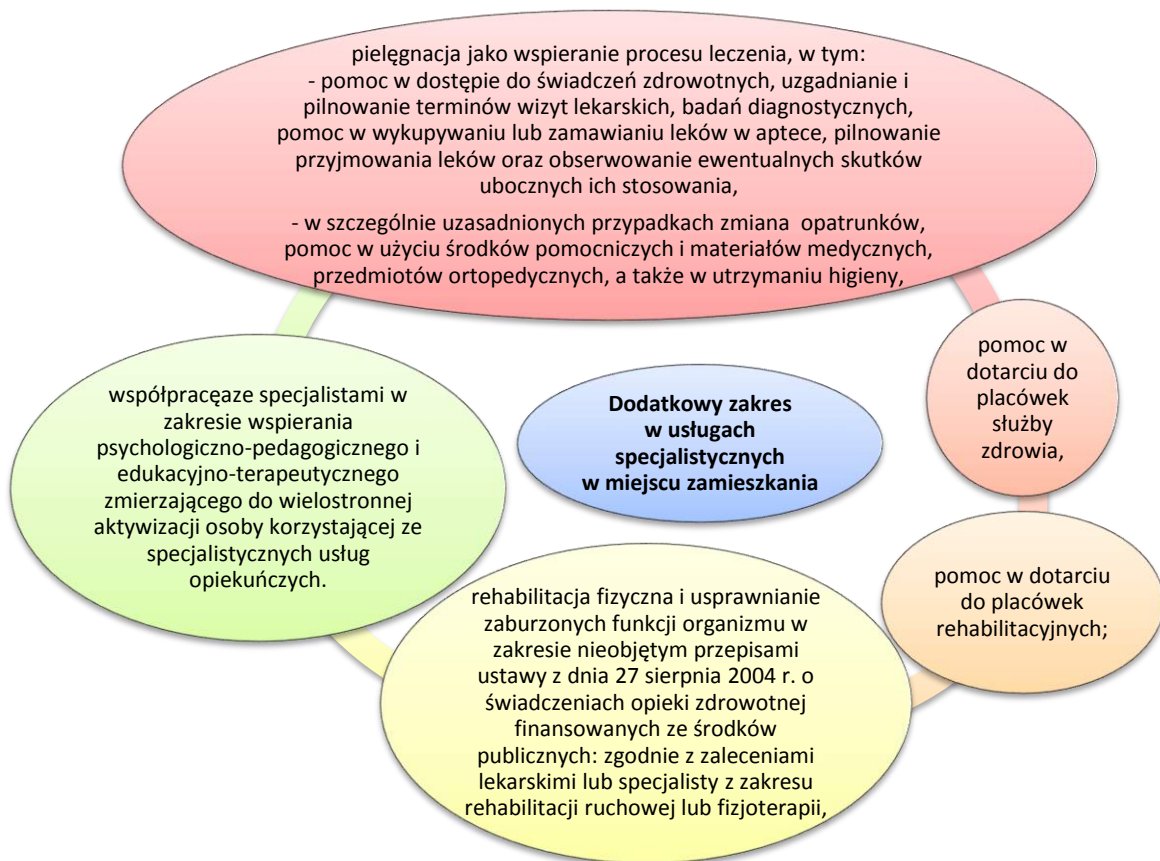
C. Zakres usług

Zakres usług powinien być dopasowany do indywidualnych potrzeb Seniora i wynikać z przeprowadzonej

diagnozy potrzeb i możliwości psychofizycznych każdego Seniora. Ponadto musi być ujęty w Indywidualnym zakresie usług opiekuńczych opracowanym zgodnie z powyżej zamieszczonymi zaleceniami.







D. Dokumentowanie świadczenia usług:

Organizowanie i świadczenie usług podlega indywidualnemu dokumentowaniu w formie papierowej lub elektronicznej i obejmuje w szczególności:

- a) indywidualny zakres usług społecznych – **wykaz czynności podejmowanych wobec Seniora, sporządzany przez podmiot realizujący usługi społeczne, przy udziale zespołu interdyscyplinarnego;**
- b) indywidualny plan działania (IPD) z osobą niesamodzielną (w przypadku, gdy okres świadczenia usług przekracza 3 miesiące) – **opracowywany przez osobę świadczącą usługę we współpracy: z podmiotem realizującym usługi, z zespołem interdyscyplinarnym i osobą niesamodzielną, jeżeli udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia i gotowość do uczestnictwa w nim, lub z jej opiekunem faktycznym lub prawnym, gdy stan psychofizyczny Seniora uniemożliwia udział w ustalaniu IPD. IPD określa w szczególności: cele pracy oraz zadania wspierająco-aktywizujące (podtrzymanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby uprawnionej oraz zapobieganie negatywnym skutkom jej niesamodzielnosci), działania krótkoterminowe i długoterminowe do realizacji, podlegające modyfikacji w zależności od zmieniającej się sytuacji Seniora;**
- c) dziennik czynności opiekuńczych (w przypadku usług w miejscu zamieszkania) – **zawierający ewidencję wykonania zleconych czynności opiekuńczych prowadzoną na bieżąco przez osobę świadczącą usługi opiekuńcze, obejmującą datę, rodzaj wykonanej czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu.**

E. Monitoring i ewaluacja realizowania usług społecznych⁸

Świadczenie usług podlega monitoringowi i okresowej ewaluacji podmiotu realizującego usługę opiekuńczą. Ewidencja wykonania zleconych czynności opiekuńczych winna być prowadzona na bieżąco przez osobę świadczącą usługi opiekuńcze. Ewidencja powinna zawierać co najmniej:

- imię i nazwisko osoby na rzecz której świadczona jest usługa;
- datę wykonania usługi;
- rodzaj wykonanej usługi (ewentualne spostrzeżenia i uwagi);
- podpis osoby dokonującej wpisu;
- datę, podpis i pieczęć kierownika projektu/przełożonego, zatwierdzającego - na zakończenie danego cyklu - wykonanej usługi.

Podstawowym celem monitoringu i ewaluacji jest ich użyteczność, należy więc zadbać o to, by jej efekty były wykorzystane dla polepszenia jakości działań⁹, **czyli do ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług.**

Ocena wykonania indywidualnego zakresu usług społecznych powinna być dokonywana nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy¹⁰ i powinna dać odpowiedź na pytanie o efektywność wspierania Seniora w zakresie i w

⁸ Realizacja usług pomocy sąsiedzkiej również musi być objęta bieżącym monitoringiem ze strony organizatora pomocy sąsiedzkiej a sposób monitoringu powinien być dostosowany do charakteru wsparcia i specyficznych uwarunkowań grupy odbiorców. Realizator usług pomocy sąsiedzkiej powinien każdorazowo zaplanować sposób monitoringu w oparciu o uwarunkowania lokalne, znajomość odbiorców tego działania, posiadane zasoby itd. (Więcej na ten temat, patrz: Usługi sąsiedzkie jako część katalogu usług opiekuńczych, Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „W stronę skutecznego modelu partycypacji obywatelskiej”, realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG, Bartłomiej Gluszek, Cezary Miżejewski, Warszawa 2016

⁹ Str. 23, Krzysztof Balon, Joanna Staręga Piasek, Grażyna Rutkiewicz, Katarzyna Stec, Izabela Szmaglińska, Mirosława Zielony, Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania

formie, jaka została przewidziana. W razie potrzeby należy wprowadzić zmiany co do formy usług, ich zakresu oraz sposobu realizacji. Ocena powinna zostać przeprowadzona przez zespół interdyscyplinarny, który udokumentuje sporządzenie oceny.

4. Opiekunowie

Opiekunami mogą być osoby w różnym wieku (w tym młodzież, studenci, emeryci), z różnymi doświadczeniami, umiejętnościami oraz wiedzą, dysponujący odpowiednią ilością czasu.

Obowiązkowe wymogi wobec kwalifikacji i przygotowania osób świadczących usługi opiekuńcze znajdują się w dalszej części dokumentu.

Należy zadbać o to, aby podstawą realizacji usług na rzecz Seniorów było poczucie misji i szacunek dla mniej samodzielnych uczestników życia społecznego.

Przydatne byłoby również, aby opiekunowie zamieszkiwali w bliskim sąsiedztwie podopiecznego (jeżeli świadczą usługi w miejscu zamieszkania), co w dużym stopniu ułatwiłoby organizację usług społecznych dla konkretnej osoby. Ponadto, niezwykle istotnym jest, aby dopasować pod względem usposobienia Opiekuna do Podopiecznego, aby współpraca przebiegała w sposób bezkonfliktowy i komfortowy dla każdej ze stron.

Pożądaną formą usług w tym kontekście są sąsiedzkie usługi opiekuńcze, dzięki którym osoby niesamodzielne mogą korzystać z pomocy świadczonej przez osoby blisko zamieszkujące.

A. Rekomendacje dotyczące Opiekunów:

Przy zatrudnianiu Opiekunów można posługiwać się poniższą listą sprawdzającą, która pozwoli ocenić kompetencje, umiejętności i predyspozycje do roli Opiekuna. Poniższa lista stanowi przykładowy zakres umiejętności i cech Opiekuna. Korzystanie z poniższego narzędzia jest rekomendacją, nie stanowi natomiast obowiązku.

¹⁰ W przypadku krótszego niż 6 m-cy okresu świadczenia na rzecz danej osoby usług, ocena powinna być wykonana przynajmniej raz w okresie jej świadczenia.

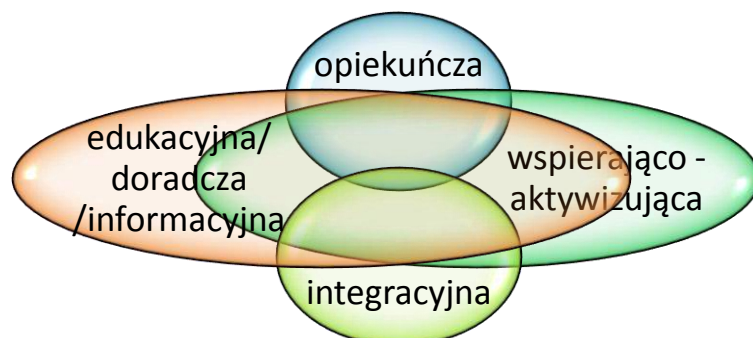
Kto jest potrzebny	Predyspozycje/ niezbędne cechy Opiekuna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zdolność do pracy i gotowość do pracy w systemie zmianowym	<input type="checkbox"/> wysoka kultura osobista
<input type="checkbox"/> doświadczenie w pracy z Seniorami	<input type="checkbox"/> odpowiedzialność
<input type="checkbox"/> dobra organizacja pracy	<input type="checkbox"/> bezstronność, bezinteresowność i obiektywizm
<input type="checkbox"/> umiejętność pracy zespołowej oraz samodzielnej	<input type="checkbox"/> zaradność, zaangażowanie i chęć niesienia pomocy/zdolność do udzielania wsparcia
<input type="checkbox"/> stan zdrowia pozwalający na wykonywanie usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> rozwinięta empatia, cierpliwość i wyrozumiałość dla Osób Starszych oraz ich schorzeń i ograniczeń
<input type="checkbox"/> umiejętność wykonywania czynności pielęgnacyjnych	<input type="checkbox"/> odporność na stres
	<input type="checkbox"/> komunikatywność oraz umiejętność słuchania
	<input type="checkbox"/> asertywność/ świadomość własnych ograniczeń
	<input type="checkbox"/> życzliwe podejście do Seniora, pogodne/otwarte usposobienie, zdolność tworzenia przyjaznej atmosfery

B. Potrzeby Opiekuna

Przy organizacji pracy ważne jest zarówno ustalenie potrzeb podmiotu organizującego usługi jak i potrzeb Opiekuna. Znajomość potrzeb i oczekiwań Opiekuna leży u podstaw rzetelnej i efektywnej współpracy. W przypadku młodych ludzi może być to chęć zdobycia doświadczenia zawodowego oraz nowych umiejętności lub też identyfikacja z konkretną grupą społeczną. W przypadku osób starszych zwykle ważne jest, by podzielić się z potrzebującymi swoją wiedzą i doświadczeniem zawodowym.

C. Do czego potrzebni będą Opiekunowie/usługi opiekuńcze?

Opiekę trzeba dopasować do stanu zdrowia i stopnia samodzielności. Zakres zadań, oprócz typowo opiekuńczych, może obejmować przede wszystkim następujące role:



Rola opiekuńcza nie powinna ograniczać się wyłącznie do roli osoby usługującej, pomocnika. Należy zadbać, aby Opiekun mógł realizować także inne zadania, mając na uwadze, że jego główną rolą powinno być **podtrzymywanie i wzmacnianie samodzielności Seniora**. Dlatego najważniejszą rolą będzie wspierająco-aktywizująca. Opiekun nie powinien wyręczać Seniora w czynnościach, które Senior może wykonać samodzielnie lub z pomocą Opiekuna. Tam gdzie to możliwe, Opiekun powinien angażować Podopiecznego w obowiązki dnia codziennego (proste czynności porządkowe, wspólne gotowanie, sporządzanie listy zakupów itp.).

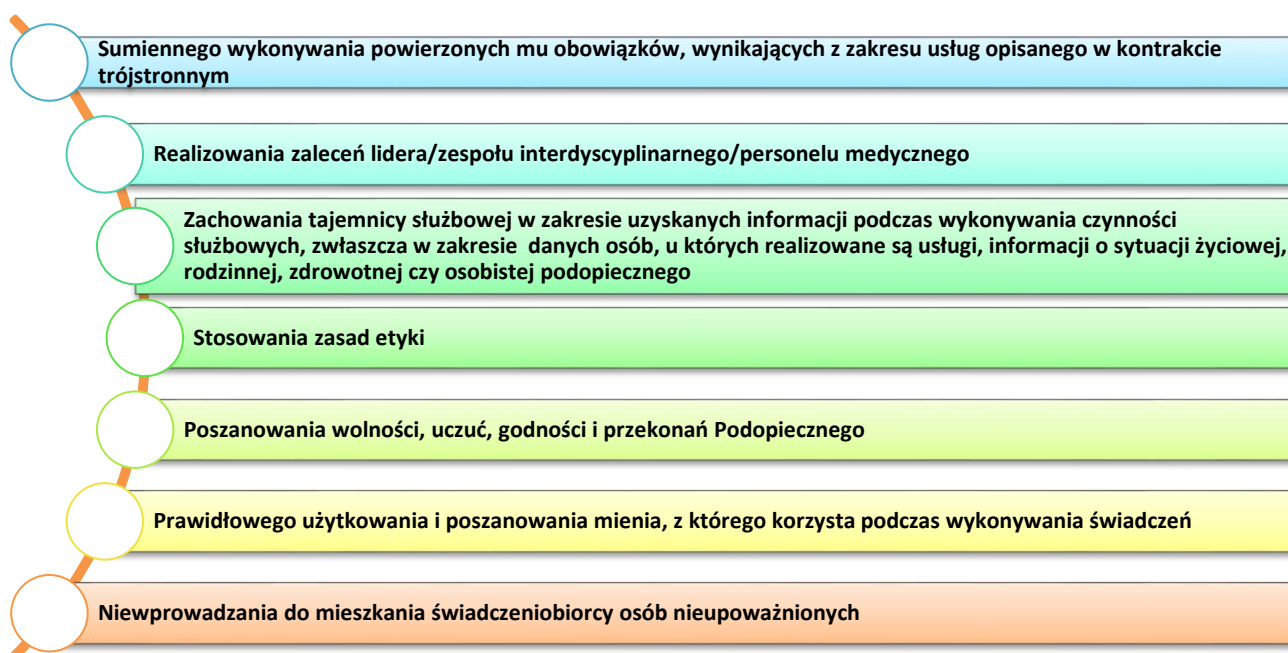
D. Zadania Opiekuna/usług opiekuńczych

Po zidentyfikowaniu obszarów, w których będzie realizowane wsparcie, kolejnym krokiem będzie **precyzyjne wyznaczenie zadań dla Opiekuna**. Wyznaczenie zadań musi być podyktowane wynikami szczegółowej diagnozy sytuacji podopiecznego. Zadania powinny być realizowane w przyjaznej atmosferze, a Opiekun powinien pozostawać w kontakcie z Podopiecznym – w zależności od potrzeb, w sytuacjach wyjątkowych również w nocy.

E. Obowiązki Opiekuna

Zadania/oczekiwania stawiane Opiekunowi powinny być jasno sprecyzowane w kontrakcie trójstronnym.

Opiekun zobowiązany jest m.in. do:



F. Miejsce pracy i narzędzia

Obowiązki opiekuna związane z organizacją pracy:
✓ podpisanie kontraktu (trójstronnego), określającego szczegóły działań na rzecz Podopiecznego;
✓ prowadzenie dokumentacji – świadczone wsparcie powinno być dokumentowane tj. odnotowywane w dzienniku usług prowadzonym odrębnie dla każdego Seniora;
✓ niezwłoczne informowanie swojego przełożonego o: wszelkich niepokojących zmianach w zachowaniu i stanie zdrowia Seniora, braku możliwości świadczenia usług, np. z powodu choroby, nagłego zdarzenia losowego, braku możliwości wejścia do mieszkania osoby starszej, czasowej rezygnacji Seniora z usług;
✓ legitymowanie się dokumentem ze zdjęciem oraz nazwą i telefonem do podmiotu, która realizuje to zadanie;
✓ współpraca z całym zespołem interdyscyplinarnym przy opracowaniu i realizacji indywidualnego planu pracy z Seniorem;
✓ doskonalenie umiejętności, w tym uczestnictwo w organizowanych szkoleniach;
✓ uczestnictwo w spotkaniach z liderem / zespołem interdyscyplinarnym;
✓ Udział w superwizji pracy indywidualnej/zespołowej, o ile będzie przeprowadzana

Po określeniu potrzeb oraz zadań, które będzie realizować Opiekun, należy ustalić kiedy i o jakich porach dnia będzie realizować zadania (w szczególności Opiekun, który będzie zatrudniony np. na część etatu). Będzie to szczególnie istotne przy formułowaniu oferty dla Seniora.

Podmiot realizujący usługi opiekuńcze zobowiązany jest do zapewnienia nieprzerwanego i właściwego pod względem jakości procesu świadczenia usług przez 7 dni w tygodniu, poprzez właściwe ustalenie z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze godzin oraz zleconego wymiaru i zakresu usług.

Należy uwzględnić, że godziny pracy Opiekuna powinny być elastyczne i dostosowane do z potrzeb Seniora. Podmiot realizujący usługi odpowiada za zapewnienie/wskazanie Opiekunowi warsztatu i odpowiednich warunków pracy. Od tego, jakie zadania będzie realizował Opiekun, zależeć będzie, jakie narzędzia oraz pomoce podmiot organizujący usługi powinien mu zapewnić, np. rękawice ochronne, narzędzia, strój roboczy, komputer, specjalne oprogramowanie, np. programy dla osób niedowidzących.

G. Bezpieczeństwo Opiekuna

Organizacja świadczenia usług opiekuńczych, w tym organizacja przestrzeni, uwzględnia jak najwyższy stopień bezpieczeństwa zarówno osoby niesamodzielnej, jak i osoby świadczącej usługi. Jeśli konieczne jest np. dzwiganie osoby unieruchomionej, osobie świadczącej usługi opiekuńcze powinien być zapewniony sprzęt wspomagający lub pomoc drugiej osoby.

Organizacja zatrudniająca ma m.in. obowiązek:
▽ poinformować Opiekuna o ewentualnym ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi usługami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami;
▽ podpisać z Opiekunem umowę, która powinna zawierać istotne elementy, takie jak zakres obowiązków oraz czas wykonywanej pracy, wysokość wynagrodzenia;
▽ zapewnić Opiekunowi bezpieczne i higieniczne warunki wykonywania przez niego usług, a w razie potrzeby także odpowiednie środki ochrony indywidualnej;

- | |
|---|
| ▽ pokrywać koszty podróży służbowych i diet oraz inne niezbędne koszty ponoszone przez Opiekuna związane z wykonywaniem usług na rzecz Seniora; |
| ▽ zapewnić ubezpieczenie. |

H. Przygotowanie Opiekuna:

Indywidualny proces szkolenia i „dopasowania” Opiekuna do potrzeb konkretnego Seniora zwiększa szanse na świadczenie usług na wysokim poziomie.

Szkolenia/spotkania

Oprócz obowiązkowych wymagań wobec kwalifikacji i przygotowania osób świadczących usługi opiekuńcze¹¹ rekomenduje się przeprowadzenie szkolenia przygotowującego Opiekunów do wykonywania zadań w ramach projektu (mogą to być np. spotkania informacyjne dotyczące podstawowych zasad współpracy i regulaminów). Pożądane byłoby również zorganizowanie spotkania Opiekuna z Seniosem lub z jego rodziną. Podopieczny i jego bliscy mają prawo wiedzieć, czego mogą wymagać i oczekiwać w ramach świadczonej usługi. Jak najdokładniejsze ustalenie zasad współpracy z Seniosem i jego rodziną pozwoli uniknąć wielu nieporozumień. Jest to także bardzo dobra „przestrzeń” aby zadbać o przejrzystość w świadczeniu usług, która jest podstawą do tworzenia zaufania pomiędzy Seniosem, personelem oraz rodziną Seniora (osób pozostających z nim w relacji).

W razie potrzeby można również organizować cykliczne spotkania grupowe dla Opiekunów, w ramach, których np. przy wsparciu mentoringowym bardziej doświadczonych Opiekunów będą mogli wymieniać się swoimi doświadczeniami i weryfikować osiągnięte efekty.

Konieczne mogą się okazać specjalne treningi przygotowujące Opiekuna do pracy, np. w potencjalnie niebezpiecznych warunkach, takich jak kontakt z osobami chorymi itp.

Wsparcie opiekunów faktycznych:

Bardzo istotnym elementem budowy systemu skoordynowanej opieki jest wsparcie dla opiekunów faktycznych, które może obejmować kształcenie, w tym szkolenie i zajęcia praktyczne oraz wymianę doświadczeń dla opiekunów faktycznych, w tym m.in. zwiększających ich umiejętności w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi; poradnictwo, w tym psychologiczne oraz pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, z których korzystanie jest niezbędne dla sprawowania wysokiej jakości opieki i odciążenia opiekunów faktycznych; tworzenie miejsc krótkookresowego pobytu w zastępstwie za opiekunów faktycznych w formie pobytu całodobowego lub dziennego; sfinansowanie usługi asystenckiej lub usługi opiekuńczej w celu umożliwienia opiekunom faktycznym funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego.

5. Minimalne wymagania wynikające z Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Regionalnego na lata 2014-2020.

i. Dotyczące kwalifikacji:

Opiekun powinien mieć kwalifikacje i spełniać wymogi odpowiadające rodzajowi wykonywanych usług. Opiekun powinien osobiście wykonywać usługi, których się podjął na mocy umowy zlecenie, umowy o

¹¹ Obowiązkowe wymogi wobec kwalifikacji i przygotowania osób świadczących usługi opiekuńcze znajdują się w dalszej części dokumentu

wolontariacie, umowy o pracę. Usługi powinny być wykonywane w czasie określonym w ramach umowy trójstronnej i w zakresie w niej określonym, z zachowaniem należytej staranności i sumienności.

Usługi opiekuńcze są świadczone przez osoby, które spełniają poniższe wymogi dotyczące kwalifikacji lub kompetencji oraz zostały zapoznane z zakresem obowiązków w formie pisemnej.

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania:

Usługa opiekuńcza jest świadczona przez

- a. osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyła szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej (szkolenie może zostać sfinansowane w ramach projektu);
- b. osobę, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi (szkolenie może zostać sfinansowane w ramach projektu).

W przypadkach, w których z różnych względów ograniczony jest dostęp do usług świadczonych przez pielęgniarkę środowiskową, a osoba korzystająca z usług opiekuńczych nie jest w stanie przyjmować leków samodzielnie, zasadne jest zapewnienie w składzie kadry świadczącej usługi opiekuńcze osoby/osób, które posiadają uprawnienia do podawania leków, w tym insuliny.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania:

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są świadczone przez osobę, która spełnia łącznie następujące warunki:

- a. spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;
- b. posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;
- c. posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Usługi asystenckie

Usługa asystencka jest świadczona przez:

a) asystenta osoby niepełnosprawnej (AON) – warunkiem zatrudnienia AON jest ukończone kształcenie w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.);

b) asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AOON) – warunkiem zatrudnienia kandydata jako AOON jest uzyskanie pozytywnej opinii psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz **kompetencji społecznych:**

-**podstawowych:** empatia, zrównoważenie emocjonalne, solidność, zaradność, cierpliwość, dyskrecja, odporność na stres, kultura osobista, motywacja do pracy;

- **pożądanych:** umiejętność słuchania, umiejętność nawiązywania kontaktu z innymi, umiejętność zachowań asertywnych;

i. po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa, AOOD mogą zostać kandydaci:

- posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego;

UWAGA!	
Minimalny okres doświadczenia AOOD -	
roczne doświadczenie w pracy z osobą niepełnosprawną, poświadczane formalnie bądź nieformalnie.	
Dokumenty potwierdzające doświadczenie kandydata na AOOD:	
Formalny charakter	Nieformalny charakter
<ul style="list-style-type: none">• Świadectwo Pracy;• Referencje;• Umowa o pracę/cywilno-prawna;• Zaświadczenie o odbytym lub odbywanym wolontariacie.	<ul style="list-style-type: none">• CV, list motywacyjny kandydata na AOOD opisujące posiadanie doświadczenie (w tym np. cykliczna i długotrwała opieka nad członkiem rodziny);• Polecenie, referencje.

- bez adekwatnego doświadczenia, którzy odbyli minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie (szkolenie może zostać sfinansowane w ramach projektu). Szkolenie składa się z minimum 20 godzin części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat;

Wykształcenie zawodowe nie stanowi zasadniczego kryterium naboru kandydatów do pracy na stanowisku AOOD.

Usługi sąsiedzkie

Kandydat nie musi posiadać kwalifikacji wymaganych w usługach opiekuńczych, ale powinien być osobą zaufaną, zdolną do pracy na rzecz osoby niesamodzielnej i pozostającą w codziennym kontakcie z podopiecznym. Oceny kandydata dokonuje projektodawca w uzgodnieniu z osobą niesamodzielną lub jej opiekunem faktycznym/prawnym. Osobą świadczącą sąsiedzkie usługi opiekuńcze zostaje kandydat, który odbył minimum 8-godzinne przygotowanie z zakresu realizacji usługi (np. przestrzegania zasad etycznych, zasad współżycia społecznego, dbałości o dobro osoby niesamodzielnej, w tym o jej mienie – możliwość sfinansowania w ramach projektu).

Klub seniora

Osoby prowadzące klub seniora nie mają określonych wymagań zawodowych. Wymagane jest, by odbyły one co najmniej 20-godzinny kurs przygotowujący do prowadzenia takiej działalności (kurs może zostać sfinansowany w ramach projektu).

Dzienny Dom Pomocy

Usługa opiekuńcza jest świadczona przez:

- a) osobę, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyła szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej (szkolenie może zostać sfinansowane w ramach projektu);
- b) osobę, która posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi (szkolenie może zostać sfinansowane w ramach projektu).

Mieszkania wspomagane

Opiekunem mieszkania wspomagane może być:

- a) osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: pedagog, psycholog, pracownik socjalny, terapeuta środowiskowy lub zajęciowy, pielęgniarz, asystent osoby niepełnosprawnej;
- b) osoba, która posiada doświadczenie w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym, np. w opiece nad rodziną zagrożoną wykluczeniem społecznym (do doświadczenia poza zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę zalicza się wykonywanie usług w oparciu o umowę cywilnoprawną, odbyte staże, praktyki oraz wolontariat) i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie dotyczące zakresu realizowanej usługi (szkolenie może zostać sfinansowane w ramach projektu).

Usługi w ramach mieszkań wspomaganych wykonują również specjaliści w danej dziedzinie (opiekun, asystent) posiadający stosowne uprawnienia i kwalifikacje, zatrudniani do realizowania określonych rodzajów usług społecznych.

ii. Dotyczące organizowania i świadczenia usług:

❖ Opiekuńczych w miejscu zamieszkania

1) Odbiorcami usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są osoby niesamodzielne.

Pomoc przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób i może być przyznana:

- a) osobie samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;
- b) osobie samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
- c) osobie w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

2) Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania obejmuje w szczególności:

- a) pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do

świadczeń zdrowotnych, czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się);

b) opiekę higieniczną (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej, zmianę bielizny pościelowej, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji);

c) pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej;

d) zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług, czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej).

3) Zakres wsparcia i wymiar godzinowy usług opiekuńczych jest określany indywidualnie w kontrakcie trójstronnym. Kontrakt trójstronny jest zawarty pomiędzy osobą niesamodzielną (lub jej opiekunem prawnym), osobą świadczącą usługi opiekuńcze oraz podmiotem realizującym usługi opiekuńcze. Dopuszcza się podpisanie kontraktu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

4) Usługa opiekuńcza jest świadczona w miejscu pobytu osoby niesamodzielnej, z uwzględnieniem bliskiego otoczenia.

5) Organizacja świadczenia usług opiekuńczych uwzględnia podmiotowość osoby niesamodzielnej, w tym respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności, w szczególności w przypadku czynności o charakterze opieki higienicznej i pielęgnacji oraz poczucia bezpieczeństwa i ochrony dóbr osobistych.

6) Organizacja świadczenia usług opiekuńczych, w tym organizacja przestrzeni, uwzględnia jak najwyższy stopień bezpieczeństwa zarówno osoby niesamodzielnej, jak i osoby świadczącej usługi. Jeśli konieczne jest np. dźwiganie osoby unieruchomionej, osobie świadczącej usługi opiekuńcze powinien być zapewniony sprzęt wspomagający lub pomoc drugiej osoby.

7) Podmiot realizujący usługi opiekuńcze zobowiązany jest do zapewnienia nieprzerwanego i właściwego pod względem jakości procesu świadczenia usług przez 7 dni w tygodniu, poprzez właściwe ustalenie z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze godzin oraz zleconego wymiaru i zakresu usług.

8) W przypadkach, w których z różnych względów ograniczony jest dostęp do usług świadczonych przez pielęgniarkę środowiskową, a osoba korzystająca z usług opiekuńczych nie jest w stanie przyjmować leków samodzielnie, zasadne jest zapewnienie w składzie kadry świadczącej usługi opiekuńcze osoby/osób, które posiadają uprawnienia do podawania leków, w tym insuliny.

9) Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych podlega indywidualnemu dokumentowaniu w formie papierowej lub elektronicznej i obejmuje w szczególności:

a) indywidualny zakres usług opiekuńczych – wykaz czynności opiekuńczych, sporządzany przez podmiot realizujący usługi opiekuńcze;

b) indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą niesamodzielną – opracowywany przez osobę świadczącą usługę opiekuńczą we współpracy z podmiotem realizującym usługi i osobą niesamodzielną (lub jej opiekunem faktycznym lub prawnym), gdy okres świadczenia usług przekracza 3 miesiące, zawierający w szczególności cele pracy oraz zadania wspierająco-aktywizujące (podtrzymanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby uprawnionej oraz zapobieganie negatywnym skutkom jej niesamodzielnosci);

c) dziennik czynności opiekuńczych – zawierający ewidencję wykonania zleconych czynności opiekuńczych prowadzoną na bieżąco przez osobę świadczącą usługi opiekuńcze, obejmującą datę, rodzaj wykonanej czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

10) Świadczenie usług opiekuńczych podlega monitoringowi i okresowej ewaluacji podmiotu realizującego usługę opiekuńczą.

❖ **Specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania¹²**

1) Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania to świadczenie niepieniężne z pomocy społecznej przyznawane osobom wymagającym pomocy innych osób, obejmujące usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, wykonywane przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

2) W przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania stosuje się zasady minimalnych wymagań świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, z zastrzeżeniem pkt 3.

3) Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania obejmuje obok usług opiekuńczych:

a) pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

- pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptecce,
- pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

b) rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn.zm.):

- zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
- współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

4) Specjalistyczna usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania jest realizowana w oparciu o indywidualny plan pracy z osobą objętą usługami.

❖ **Sąsiedzkich**

Usługi sąsiedzkie obejmują wspieranie osoby niesamodzielnej i pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach domowych i życiowych, w szczególności:

- a) pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów;
- b) pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków;

¹² Wymagania określone w pkt 3 nie dotyczą specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, określonych w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. poz. 1598, z późn. zm.).

- c) pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym;
- d) pomoc w praniu odzieży i bielizny;
- e) pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów, w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą,
- f) towarzyszenie na spacerach;
- g) informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych;
- h) odwiedziny w szpitalu.

Katalog wykonywanych prac powinien być otwarty na wskazane przez korzystającego z pomocy potrzeby i podlegać modyfikacji.

Usługi sąsiedzkie świadczone są w zależności od potrzeb osoby niesamodzielnej, nie rzadziej niż jeden raz na dobę, w ciągu dnia. W nagłych przypadkach usługi mogą być świadczone w nocy (np. nagłe zachorowanie lub złe samopoczucie).

Warunki wykonywania sąsiedzkiej usługi opiekuńczej określa kontrakt trójstronny zawarty pomiędzy osobą niesamodzielną lub jej opiekunem prawnym, osobą świadczącą sąsiedzkie usługi opiekuńcze i podmiotem realizującym sąsiedzkie usługi opiekuńcze. Dopuszcza się podpisanie kontraktu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Kontrakt określa w szczególności:

- a) zakres czynności oraz
- b) formę wynagrodzenia za nie lub funkcjonowania na zasadach wolontariatu.

Wynagrodzenie przyznawane jest na podstawie umowy cywilnoprawnej. Jego wysokość nie może być niższa od iloczynu liczby godzin świadczenia sąsiedzkiej usługi opiekuńczej i minimalnej stawki godzinowej, o której mowa w przepisach o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Ewidencja wykonania zleconych czynności opiekuńczych musi być prowadzona na bieżąco przez osobę świadczącą usługi opiekuńcze.

Ewidencja powinna zawierać co najmniej:

- imię i nazwisko osoby na rzecz której świadczona jest usługa;
- datę wykonania usługi;
- rodzaj wykonanej usługi (ewentualne spostrzeżenia i uwagi);
- podpis osoby dokonującej wpisu;
- datę, podpis i pieczętkę kierownika projektu/przełożonego, zatwierdzającego - na zakończenie danego cyklu - wykonanej usługi.

❖ **Asystenckich**

1) Odbiorcami wsparcia są osoby z niepełnosprawnościami, w tym w szczególności zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności.

2) Usługa asystencka obejmuje wspieranie osób z niepełnosprawnościami w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego (np. wsparcie w przemieszczaniu się m.in. do lekarza, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach, spędzanie czasu wolnego, w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych, tłumaczenie na język migowy)

3) Zakres wsparcia, sposób świadczenia i wymiar godzinowy usługi asystenckiej oraz prawa osoby z niepełnosprawnością są określone w kontrakcie trójstronnym, zawartym pomiędzy osobą z niepełnosprawnością (lub jej opiekunem prawnym), asystentem i podmiotem realizującym wsparcie w postaci usługi asystenckiej. Dopuszcza się podpisanie kontraktu przez opiekuna faktycznego osoby

z niepełnosprawnością, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

4) Usługa asystencka jest świadczona w sposób zindywidualizowany, uwzględniający rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością.

5) Usługa asystencka może zakładać elementy usług opiekuńczych o charakterze towarzyszącym. Asystent nie może wykonywać czynności medycznych oraz zadań z zakresu rehabilitacji zdrowotnej, jeżeli nie ma do tego wymaganych uprawnień i odpowiedniego przygotowania medycznego.

Dziennych form usług opiekuńczych

Usługi opiekuńcze w formie stacjonarnej opieki dziennej realizowane są przezienne domy pomocy oraz kluby seniora.

❖ Dzienny dom pomocy

1) Dzienny dom pomocy (DDP) jest ośrodkiem wsparcia przeznaczonym dla osób niesamodzielnych, zapewniającym całodienne usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz aktywizację w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej.

2) Organizacja DDP oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa uczestników zajęć oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.

3) W ramach prowadzonej działalności DDP oferuje swoim podopiecznym w szczególności:

a) zaspokojenie potrzeb życiowych, m.in. poprzez zapewnienie miejsca do bezpiecznego i godnego spędzania czasu;

b) usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, w tym pomoc w utrzymaniu higieny osobistej;

c) dwa posiłki w siedzibie DDP, na wynos lub w formie dowozu do miejsca zamieszkania;

d) umożliwienie udziału w zajęciach terapeutycznych, plastycznych, muzycznych i wspierających ruchowo;

e) dostęp do książek i środków przekazu, organizowanie imprez kulturalnych, rekreacyjnych i towarzyskich;

f) pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej;

g) pomoc psychologiczną, poradnictwo i wsparcie w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych oraz bieżących spraw życia codziennego np. udzielania pomocy w kontaktach z placówkami służby zdrowia i urzędami.

4) Liczba osób przebywających stacjonarnie w DDP jest nie większa niż 30.

5) DDP funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb uczestników i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania DDP może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb. DDP może prowadzić hostel.

6) W zakresie wymogów o charakterze infrastrukturalnym budynek DDP spełnia wymogi:

a) jest dostosowany do potrzeb osób korzystających z usług;

b) posiada co najmniej: 2 pokoje dziennego pobytu (do terapii grupowej, rehabilitacji i wypoczynku), jadalnię (może być urządzona w pokoju dziennego pobytu), kuchenkę pomocniczą (lub aneks kuchenny urządzone w pokoju dziennego pobytu), jedno pomieszczenie do prowadzenia terapii indywidualnej oraz pokój do wypoczynku;

c) udostępnione są co najmniej 2 łazienki, z których jedna jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością z możliwością kąpieli lub prysznica.

7) W domu do 30 osób stale pracują co najmniej 3 osoby, w tym dwóch opiekunów.

Pozostali specjaliści zatrudniani są w miarę potrzeb

8) DDP może świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób niebędących uczestnikami, tj. na rzecz społeczności lokalnej, szczególnie dla osób wymagających całodobowej opieki oraz osób oczekujących na miejsce w domu pomocy społecznej.

9) Dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności z zaburzeniami psychicznymi powinien stale pracować nie mniej niż jeden opiekun na dwóch uczestników.

❖ Klub seniora

1) Klub seniora to miejsce spotkań osób starszych. Przeciwdziała osamotnieniu i marginalizacji seniorów.

2) W klubach seniora wsparciem obejmowane są osoby niesamodzielne.

3) W klubie seniora możliwe jest prowadzenie zajęć mających na celu:

a) zagospodarowanie czasu wolnego po zakończeniu aktywności zawodowej (m.in. rozwijanie umiejętności i indywidualnych zainteresowań);

b) zwiększenie aktywności i uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym;

c) działalność prozdrowotną (m.in. edukacja zdrowotna, spotkania z lekarzami), kulturalna (wyjścia do kina, czy teatru) i edukacyjna (m.in. nauka obsługi komputera, korzystania z Internetu);

d) prowadzenie zajęć z zakresu kultury fizycznej poprzez organizację zajęć sportowych np. nordic walking, zorganizowane zajęcia w ramach stref aktywności rodzinnej, aerobik, aqua – aerobik itp.;

e) tworzenie grup samopomocowych, których członkowie będą wzajemnie się wspierać w trudnościach życia codziennego;

f) poradnictwo prawne realizowane poprzez udzielanie seniorom informacji o obowiązujących przepisach z zakresu m.in. prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów;

g) poradnictwo psychologiczne realizowane poprzez proces diagnozowania, profilaktyki i terapii;

h) poradnictwo rodzinne obejmujące funkcjonowanie rodziny.

4) Świadczenie usług opiekuńczych w klubie seniora podlega monitoringowi i okresowej ewaluacji podmiotu realizującego usługi opiekuńcze.

❖ Mieszkania wspomagane

1) Do mieszkań wspomaganych kieruje się osoby na podstawie:

a) wniosku o przyznanie pomocy w formie pobytu w mieszkaniu wspomaganym¹³;

b) w przypadku osób chorujących psychicznie lub niesprawnych intelektualnie, zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza prowadzącego, w tym lekarza rodzinnego, a w przypadku niepełnosprawności sprzężonych i występowania chorób współistniejących także lekarza specjalistę oraz opinii psychologa o osobie przyjmowanej;

c) uzgodnień zawartych w formie trójstronnego kontraktu pomiędzy przedstawicielem podmiotu prowadzącego mieszkanie wspomagane, opiekunem mieszkania wspomaganego a osobą ubiegającą się o wsparcie. Uzgodnienia określają m.in. poziom odpłatności osoby korzystającej ze wsparcia. Poziom odpłatności jest zależny od dochodu (w przypadku mieszkań treningowych) i stanowi część procesu usamodzielnienia. W przypadku mieszkań treningowych uzgodnienia określają zasady i sposób realizacji programu (planu) usamodzielnienia mieszkańca.

2) Pobyt w lokalu mieszkalnym jako mieszkaniu wspomaganym wraz z usługami przyznaje się na podstawie umowy cywilnoprawnej lub kontraktu socjalnego.

3) Pobyt w mieszkaniu treningowym przyznawany jest na czas określony. Pobyt w mieszkaniu wspieranym może być przyznany na czas określony lub nieokreślony.

¹³ Można stosować procedury obowiązujące dotychczas u projektodawcy.

- 4) Usługi mieszkańców wspomaganych polegają na dostarczeniu osobom możliwości:
- a) utworzenia miejsca w mieszkaniu wspomagany (np. adaptacja lokalu, wyposażenie);
 - b) pobytu w lokalu mieszkalnym;
 - c) usług wspierających pobyt osoby w mieszkaniu (np. praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne, usługi opiekuńcze, usługi asystenckie);
 - d) usług wspierających aktywność osoby w mieszkaniu (trening);
 - e) sfinansowania kosztów eksploatacji lokalu mieszkalnego.
- 5) Rodzaj oraz zakres usług świadczonych w mieszkaniu wspomagany powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb mieszkańców, z uwzględnieniem zapisów zawartych w kontrakcie oraz w przypadku mieszkań treningowych w indywidualnym programie (planie) usamodzielnienia.
- 6) Usługi wspierające pobyt osoby w mieszkaniu mogą obejmować w szczególności:
- a) pracę socjalną – usługa skierowana na wzmacnianie lub odzyskiwanie zdolności do funkcjonowania osoby w społeczeństwie;
 - b) poradnictwo specjalistyczne, w szczególności psychologiczne i prawne. Poradnictwo powinno być nakierowane na umożliwienie samodzielnego rozwiązania problemu lub wskazanie konkretnego rozwiązania i wytycznych do jego zrealizowania;
 - c) usługi opiekuńcze;
 - d) usługi asystenckie.
- 7) Usługi wspierające aktywność osoby w mieszkaniu dotyczą nauki, podtrzymania lub powstrzymania regresu maksymalnego osiągalnego dla danej osoby poziomu sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, utrzymania lub rozwijania kontaktów społecznych oraz pełnienia ról społecznych, pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, realizacji kontaktów społecznych, zagospodarowania czasu wolnego, z wykorzystaniem usług dostępnych w społeczności lokalnej, które mogą być realizowane poprzez:
- a) trening umiejętności praktycznych, którego celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie samodzielności w zakresie doskonalenia podstawowych czynności dnia codziennego (np. pranie, suszenie odzieży, sprzątanie, korzystanie z urządzeń elektrycznych);
 - b) trening higieny, którego celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie działań w zakresie utrzymania higieny ciała oraz estetycznego wyglądu zewnętrznego;
 - c) trening finansowy, którego celem jest rozwijanie umiejętności planowania i wydatkowania dostępnych środków finansowych – w tym związanych z utrzymaniem mieszkania;
 - d) trening zarządzania mieszkaniem, w tym zarządzanie energią;
 - e) trening kulinarny, którego celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie umiejętności niezbędnych do życia, jak nauka gotowania, przechowywania żywności itp.;
 - f) trening umiejętności spędzania czasu wolnego realizowany poprzez rozwijanie zainteresowań literaturą, audycjami radiowymi, telewizyjnymi, internetem, udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych, wspólne wyjścia do kina i teatru, sport;
 - g) trening interpersonalny, którego celem jest nauka rozwiązywania konfliktów i problemów osobistych, ćwiczenie i nauka zachowań w określonych sytuacjach, rozwój umiejętności społecznych;
 - h) trening autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;
 - i) trening umiejętności społecznych umożliwiający kształtowanie umiejętności komunikacyjnych, współpracy w grupie, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z emocjami oraz modyfikowania zachowań na bardziej aprobowane społecznie;
 - j) rozwijanie umiejętności integracji ze społecznością lokalną;
 - k) trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;

- l) pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania – działanie adresowane do osób, które objawiają możliwość samodzielnego funkcjonowania.
- 8) Zapewnienie lokalu mieszkalnego należy do projektodawcy. Pozyskanie lokalu następuje na podstawie umowy między projektodawcą a podmiotem uprawnionym do dysponowania lokalem lub w ramach partnerstwa projektowego.
- 9) Standard lokalu mieszkalnego dostarczonego na potrzeby usługi spełnia minimum poniższe warunki:
- a) powierzchnia użytkowa wynosi minimum 8 m. kw. na osobę¹⁴;
 - b) oprócz pomieszczeń mieszkalnych jest wyposażony w kuchnię lub wnękę kuchenną, łazienkę, ustęp z umywalką lub miskę ustępową w łazience i przestrzeń komunikacji wewnętrznej;
 - c) posiada bezpośrednie oświetlenie światłem dziennym co najmniej w przypadku pomieszczeń mieszkalnych;
 - d) w przypadku, gdy mieszkańcem jest osoba/osoby z niepełnosprawnością ruchową (w tym w szczególności poruszające się na wózku inwalidzkim), mieszkanie oraz budynek, w którym ono się znajduje, są dostępne architektonicznie.
- 10) Osobą odpowiedzialną za prowadzenie usługi w mieszkaniu wspomaganym, w tym za realizację programu (planu) usamodzielnienia mieszkańca w mieszkaniu treningowym, jest opiekun mieszkania.
- 11) Działalność opiekuna powinna mieć charakter koordynujący, a do jego zadań należy w szczególności:
- a) koordynacja działań o charakterze administracyjnym związanych z bezpośrednim zarządzaniem mieszkaniem, w tym także sprawowanie opieki nad właściwym użytkowaniem mieszkania przez jego mieszkańców;
 - b) bieżące monitorowanie poziomu funkcjonowania społecznego i stanu zdrowia mieszkańców i reagowanie w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia czy zaprzestania zażywania leków (kryzys społeczny);
 - c) współpraca i wspieranie mieszkańców w rozwiązywaniu ich problemów, w szczególności udzielanie pomocy i wskazywanie sposobów załatwiania bieżących spraw codziennych, osobistych i urzędowych;
 - d) uczestnictwo i koordynacja w realizacji usług świadczonych w mieszkaniu wspomaganym;
 - e) wspieranie mieszkańca mieszkania treningowego w realizacji programu (planu) usamodzielnienia lub programu wsparcia oraz dokonywanie oceny sytuacji mieszkańca warunkującej zakres i rodzaj świadczonego wsparcia;
 - f) współpraca z rodzinami mieszkańców;
 - g) pomoc w rozwiązywaniu konfliktów pomiędzy mieszkańcami – rola mediatora.

¹⁴ Odstępstwa od tej zasady możliwe są jedynie w wyjątkowych przypadkach.