



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Publikacja powstała w ramach projektu „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

**MODEL DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG
W FORMIE MIESZKALNICTWA
WSPOMAGANEGO DLA OSÓB Z CHOROBYMI
NEUROLOGICZNYMI,
W TYM Z CHOROBYĄ ALZHEIMERA,
I CHOROBYĄ PARKINSONA
ORAZ OSÓB STARSZYCH WRAZ
Z REKOMENDACJAMI
PO PRZEPROWADZENIU PILOTAŻU**



Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
w Opolu



Regionalne
Centrum
Polityki
Społecznej w Łodzi



TOWARZYSTWO
PRZYJACIÓŁ NIEPEŁNOSPRAWNYCH

AUTORZY:

Zespół ds. opracowania Standardu

Łódź

dr Robert Błaszczak

dr inż. Joanna Borowczyk

dr hab. prof. Ewa Borowiak

dr Iwona Makowska

dr hab. prof. Jerzy Krzyszkowski

Opole

Joanna Bryłkowska-Hehn

Magdalena Osińska-Kurzywilk

dr Marzena Pogorzelska

Mariola Sibilska

dr Piotr Sikora

Konsultant merytoryczny

Grażyna Busse

Ekspert ds. funkcjonalności modelu

dr Dorota Kobus-Ostrowska

Recenzent:

dr hab. Anna Weissbrot-Koziarska

ISBN 978-83-963514-3-2

LIDER PROJEKTU

Województwo Łódzkie – Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi,

ul. Snycerskiej 8, 91-302 Łódź

PARTNERZY PROJEKTU

Województwo Opolskie – regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu,

ul. Głogowska 25c, 45-315 Opole

Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi,

ul. Zawiszy Czarnego 22, 91-824 Łódź

Skład, łamanie, druk i oprawa:

Argrafpol sp. z o.o.

ul. Żmudzka 21, 51-354 Wrocław; tel. 507 096 545

email: argrafpol@argrafpol.pl; www.argrafpol.pl

Spis treści

Wstęp	5
Wprowadzenie	6

Część 1

Rozdział I Wyzwania dla Polski w kontekście osób chorych neurologicznie i osób starszych.....	9
--	----------

1. Stan zdrowia Polaków w grupie osób starszych oraz podstawowe informacje nt. przebiegu chorób neurologicznych, tj. Alzheimerera, Parkinsona, oraz potrzeb osób obciążonych chorobami neurologicznymi	9
2. Mieszkanie jako dobro <i>versus</i> idea deinstytucjonalizacji.....	17
3. Międzynarodowe oraz regionalne standardy i wytyczne w zakresie pomocy osobom z chorobą Alzheimerera, chorobą Parkinsona oraz osobom starszym	19

Rozdział II Model mieszkań wspomaganych. Informacje wstępne	23
--	-----------

1. Przesłanki i cel powstania publikacji oraz uzasadnienie wyboru jej struktury	23
2. Podstawowe pojęcia i definicje	24
3. Uwarunkowania prawno-finansowe dla tworzenia mieszkalnictwa wspomaganego	25
4. Realizatorzy mieszkalnictwa wspomaganego	31

Rozdział III Szczegółowy opis standardów w zakresie utworzenia oraz funkcjonowania mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi oraz z chorobą Alzheimerera, Parkinsona i osób starszych	33
---	-----------

1. Charakterystyka profilu potencjalnych mieszkańców MW	33
2. Standard lokalu MW – rekomendacje	37
3. Usługi wspierające pobyt i aktywność w MW – rodzaj i zakres	54
4. Kadra mieszkań wspomaganych	58
5. Zasady użytkowania mieszkań	67
6. Wdrażanie modelu; rekomendacje dotyczące finansowania oraz zapewnienia trwałości wypracowanych rozwiązań.....	70
7. Konkluzje po wdrożeniu modelu	72

Część 2	75
----------------------	-----------

1. Prezentacja wyników badań jakościowych i ilościowych zrealizowanych w pilotażowym projekcie niezależne życie	75
2. Zasady pobytu w mieszkaniu wspomaganym	80
3. Dokumenty powdrożeniowe	82

Załączniki: opracowania tematyczne i narzędzia¹

1. Potrzeby osób chorych neurologicznie, w tym z chorobą Alzheimera, Parkinsona, oraz osób starszych. Raport z przeprowadzonych badań, Gdańsk 2018.
2. Wprowadzenie diagnostyczne do Modelu deinstytucjonalizacji usług społecznych w formie mieszkania wspomaganego, Opole 2018.
3. Standardy pakietu usług w mieszkaniach wspomaganych (...), Łódź 2018.
4. Program szkolenia dla kadry mieszkań wspomaganych (...), Łódź 2018.
5. Wymagania budowlane i wyposażenia mieszkań wspomaganych (...), Łódź 2018.
6. Zestaw narzędzi diagnostycznych oraz wzorów/propozycji dokumentów roboczych².
7. Zestawienie uwag oraz rekomendacji, zebranych w wyniku konsultacji w gminach.
8. Dobre praktyki międzynarodowe.

Zastosowane w publikacji skróty:

MW – mieszkanie wspomagane/mieszkalnictwo wspomagane

JST – jednostka samorządu terytorialnego

OPS – ośrodek pomocy społecznej

GOPS – gminny ośrodek polityki społecznej

MOPS – miejski ośrodek pomocy społecznej

TBS – Towarzystwo Budownictwa Społecznego

IPW –indywidualny plan wsparcia

PES – podmioty ekonomii społecznej

ON – osoby z niepełnosprawnością

AD – choroba Alzheimera

PD – choroba Parkinsona

COG – całościowa ocena geriatryczna

DPS – Dom Pomocy Społecznej

ZOL – Zakład opiekuńczo-leczniczy

¹ Załączniki zostały udostępnione na stronie internetowej Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi: www.rcpslodz.pl

² Wzór Umowy oraz Regulaminu w Załączniku nr 6 pochodzi z dokumentu: **Środowiskowy model wsparcia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną** wypracowane w ramach projektu „Lokalne zasoby, środowiskowe wsparcie” (POWR.04.01.00-00-005/16).

Model jest wypracowanym **standardem** dla utworzenia oraz funkcjonowania mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym osób z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych.

Wstęp

Niniejsza publikacja (Model/Standard) powstała jako rezultat działań w projekcie, którego celem, zgodnie z założeniami konkursowymi, jest wypracowanie rozwiązań umożliwiających niezależne życie osobom o specyficznych potrzebach: „Wypracowanie standardów i przeprowadzenie pilotaży w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób o specyficznych potrzebach, z uwzględnieniem możliwości finansowania tych rozwiązań”, Numer konkursu: POWR.02.08.00-IP.03-00-001/17. Jest to jeden z 6 Modeli, wypracowanych w ramach konkursu o dofinansowanie, przy czym każdy dotyczy innego standardu (innej kategorii odbiorców).

Publikacja została wzbogacona licznymi rekomendacjami uwzględnionymi po przeprowadzonym okresie pilotażu. Rekomendacje dotyczą: uwarunkowań prawno-finansowych w kontekście tworzenia MW, profilu potencjalnego mieszkańca, standardu lokalu, usług wspierających pobyt i aktywność mieszkańców w MW, kwalifikacji i kompetencji kadry MW oraz zasad użytkowania lokalu.

Zgodnie z wytycznymi, istotą opracowywanych Modeli nie powinno być ograniczanie możliwości tworzenia mieszkalnictwa wspomagane przez opracowanie sztywnych ram, które często uniemożliwiają działania różnych podmiotów, ale opracowanie standardów funkcjonowania mieszkań wspomaganych, które przyczynią się do świadczenia dobrej jakości usług na rzecz wskazanych grup osób.

W przypadku niniejszego Standardu, kluczowe było odniesienie wszelkich rekomendacji i zaleceń do specyfiki odbiorców mieszkalnictwa wspomagane, to jest w szczególności osób starszych, bowiem według wszelkich badań oraz doświadczeń, zarówno choroby neurologiczne, jak i choroba Alzheimera i Parkinsona, dotyczą w przeważającej części najstarsze grupy wiekowe. Autorzy Modelu wzięli także pod uwagę lokalne możliwości i ograniczenia realizatorów – władz gmin, które będą wdrażać niniejszy Standard, stąd proponowane rozwiązania mają w przeważającej części charakter rekomendacji oraz zaleceń, nie zaś bezwzględnych wymagań. Wskazane zostały optymalne warunki oraz zasady, do których realizatorzy mieszkań wspomaganych powinni dążyć, mając możliwość skorzystania z najnowszych opracowań i ekspertyz w zakresie deinstytucjonalizacji usług wspierających wskazane kategorie odbiorców.

Zapewnienie dobrej jakości usług jest możliwe jedynie wówczas, gdy realizatorzy działań doskonale znają zarówno specyficzne potrzeby, jak i możliwości oraz ograniczenia odbiorców tychże usług, stąd też prezentowany Model zwraca szczególną uwagę na dobre przygotowanie i kompetencje realizatorów.

Wprowadzenie

Termin „niezależne życie” w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością i starszych bywa często używany wymiennie z terminem „życie w społeczności”. Nie znaczy on „wykonywania czynności samodzielnie” ani „samowystarczalności”. Niezależne życie wiąże się ze zdolnością dokonywania wyborów i podejmowania decyzji co do miejsca zamieszkania, współmieszkańców oraz sposobu organizacji życia codziennego. Wymaga ono:

- dostępności środowiska architektonicznego;
- dostępnego transportu;
- dostępności pomocy technicznych;
- dostępu do informacji i komunikacji;
- dostępu do pomocy osobistej, a także coachingu osobistego i zawodowego;
- dostępu do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności.

(*European Network on Independent Living, ENIL's Key definitions in the Independent Living area* [„Najważniejsze definicje ENIL dotyczące niezależnego życia”], 2009, dokument dostępny pod adresem: <http://www.enil.eu/policy/>).

Pierwotny model mieszkalnictwa wspomaganego powstał w efekcie prac projektowych, obejmujących opracowanie wyników pogłębionego badania w zakresie potrzeb osób z chorobami neurologicznymi, a także rezultatów dwóch zagranicznych wizyt studyjnych, w których uczestniczyły osoby zaangażowane w opracowanie modelu.

Dodatkowo przy opracowaniu dokumentu głównego wykorzystano zewnętrzne ekspertyzy uzupełniające oraz wyniki merytorycznych prac koncepcyjnych zespołu ekspertów z województw łódzkiego oraz opolskiego.

Ostateczna forma i treść dokumentu pozwalającego na realizację mieszkań wspomaganых w formie pilotażu powstała w wyniku konsultacji w formule paneli dyskusyjnych, zorganizowanych w gminach, które zdecydowały się uczestniczyć w fazie wdrożeniowej projektu. Wypracowany model został pilotażowo wdrożony w 5 gminach województw: łódzkiego i opolskiego, a następnie opracowane zostały rekomendacje, które służą autorom modelu do przygotowania i przeprowadzenia działań edukacyjno-szkoleniowych dla przedstawicieli gmin uczestniczących w projekcie oraz innych jednostek samorządu terytorialnego.

Prezentowane rekomendacje w modelu mieszkania wspomaganego powstały w oparciu o szereg działań podejmowanych w ramach projektu pilotażowego. Warto wymienić tu:

- pogłębioną analizę potrzeb osób z chorobami neurologicznymi (zrealizowana *ex post* i *ex ante*);
- spotkania konsultacyjne, w których uczestniczyły osoby zaangażowane w opracowanie modelu i odpowiedzialne za jego realizację u partnerów projektu;
- opracowanie koncepcji badawczej badania jakościowego i ilościowego (w formie ankiet: w wersji papierowej i elektronicznej, oraz wywiadów pogłębionych);
- przeprowadzone wywiady bezpośrednie, częściowo ustrukturyzowane, z osobami zaangażowanymi w opracowanie modelu i odpowiedzialnymi za jego realizację u partnerów projektu – burmistrzowie gmin, pracownicy OPS, opiekunowie

mieszkań wspomaganych, asystenci osoby niepełnosprawnej, pracownicy socjalni, animatorzy czasu wolnego zaangażowani do projektu (badanie o charakterze jakościowym, składające się z II części: część I to badania podstawowe, część II to badania szczegółowe – BLOK A, B i C) w dniach 21.02.2022-04.03.2022;

- przeprowadzone badanie ankietowe wśród osób zaangażowanych w opracowanie modelu i odpowiedzialnych za jego realizację – pracownicy OPS, opiekunowie mieszkań wspomaganych, asystenci osoby niepełnosprawnej, pracownicy socjalni, animatorzy czasu wolnego, w dniach 21.02.2022-04.03.2022;
- przeprowadzone badanie ankietowe wśród mieszkańców mieszkań wspomaganych, pogłębione (jeśli tylko była taka możliwość) w dniach 21.02.2022-04.03.2022;
- przeprowadzone badanie ankietowe za pomocą formularza FORMS w dniach 8.03-29.03.2022 wśród uczestników szkoleń dla kadry mieszkań wspomaganych w projekcie pt.: „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych”;
- pogłębioną analizę międzynarodowych oraz regionalnych standardów i wytycznych w zakresie pomocy osobom z chorobą Alzheimera, Parkinsona, oraz osobom starszym;
- wszechstronną analizę materiałów zdeponowanych w pełnotekstowej kolekcji czasopism i aktów prawnych następujących wydawnictw: Taylor&Francis, bazy AcademicSearch Ultimate, SAGE Journals, Web of Science. OECD iLibrary oraz [Lex-Systemu Informacji Prawnej](#);
- pogłębioną analizę materiałów udostępnionych przez partnerów projektu: TPN w Łodzi, ROPS Opole, OPS w miejscowościach: Biała, Brzeg oraz Paczków;
- analizę 5 załączników – opracowań merytorycznych udostępnionych przez RCPS w Łodzi i wypracowanych w ramach projektu Niezależne Życie:
 - Potrzeby osób chorych neurologicznie, w tym z chorobą Alzheimera, Parkinsona oraz osób starszych w różnych formach wsparcia. Raport z przeprowadzonych badań, Gdańsk 2018;
 - Wprowadzenie diagnostyczne do modelu deinstytucjonalizacji usług społecznych w formie mieszkania wspomaganego, Opole 2018;
 - Standardy pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych w projekcie pt. „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych”, Łódź 2018;
 - Program szkolenia dla kadry mieszkań wspomaganych w projekcie pt. „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych”, Łódź 2018;

- Wymagania budowlane i wyposażenia mieszkań wspomaganych w projekcie pt. „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych”, Łódź 2018.

Wypracowany model prezentuje zasady funkcjonowania mieszkań wspomaganych dla osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych. Całościowe ujęcie modelu pozwala na jego elastyczne stosowanie, przy uwzględnieniu wcześniej rzetelnie przeprowadzonej analizy potrzeb osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych na danym terenie, a także **możliwości lokalnych władz dla realizacji usługi mieszkań wspomaganych, przy uwzględnieniu zasobów mieszkaniowych gminy**. Realizacja projektu staje się możliwa tylko dzięki **rzeczywistej współpracy** pomiędzy władzami miast, gmin, kierownikami OPS w miastach i w gminach, organizacjami pożytku publicznego działającymi na rzecz osób z niepełnosprawnościami na danym terenie.

W projekcie uwzględniającym realizację mieszkań wspomaganych w oparciu o zasoby lokalne istotna jest również współpraca z Towarzystwami Budownictwa Społecznego (TBS) działającymi na danym obszarze oraz NGO i stowarzyszeniami.

Wypracowane w trakcie projektu standardy działania, formy edukacji oraz rekomendacje, w znaczący sposób wpłynęły na poszerzenie wiedzy i umiejętności służb społecznych i innych instytucji, zajmujących się organizacją oraz wsparciem i opieką nad osobami mniej samodzielnyymi z grupy odbiorców, których charakterystyka została dokładnie przygotowana i przeanalizowana.

Proces deinstytucjonalizacji usług społecznych daje szansę na systematyczny rozwój środowiskowych form wsparcia – przy stopniowym ograniczaniu opieki całodobowej w placówkach zamkniętych. Zmianom tym towarzyszy także modelowanie usług społecznych, oznaczające tworzenie i upowszechnianie standardów.

Zachęcamy Państwa do zapoznania się z dokumentem, który umożliwi realizację nowoczesnej formy wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych.

Mamy nadzieję, że wypracowany model mieszkalnictwa wspomaganego wpłynie na usprawnienie wsparcia udzielanego w ramach systemu pomocy społecznej, dając szansę na zaspokojenie coraz bardziej dostrzegalnych, specyficznych potrzeb osób chorych i starszych, przebywających w społeczności lokalnej.

Przeprowadzone badania jakościowe i ilościowe oraz ww. liczne spotkania konsultacyjne zrealizowane w ramach projektu pilotażowego potwierdziły fakt konieczności wsparcia osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych poprzez realizację usługi mieszkań wspomaganych. Szczegółowe wyniki badań jakościowych i ilościowych zostały zaprezentowane w części II niniejszego dokumentu.

³ Fakt ten potwierdziły spotkania bezpośrednie oraz wywiady pogłębione, które zostały zrealizowane na potrzeby niniejszego projektu w dniach 21-22.02.2022, 28.02.2022 oraz 04.03.2022.

Część 1

Rozdział I Wyzwania dla Polski w kontekście osób chorych neurologicznie i osób starszych

1. Stan zdrowia Polaków w grupie osób starszych oraz podstawowe informacje nt. przebiegu chorób neurologicznych, tj. choroby Alzheimera i choroby Parkinsona, oraz potrzeb osób obciążonych chorobami neurologicznymi.
2. Mieszkanie jako dobro *versus* idea deinstytucjonalizacji.
3. Międzynarodowe oraz regionalne standardy i wytyczne w zakresie pomocy osobom z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona oraz osobom starszym.

1. Stan zdrowia Polaków w grupie osób starszych oraz podstawowe informacje nt. przebiegu chorób neurologicznych, tj. Alzheimera, Parkinsona, oraz potrzeb osób obciążonych chorobami neurologicznymi

W Polsce żyje ponad 5,6 mln osób w wieku powyżej 60. roku życia – szacuje się, że w 2023 r. będzie to już 20%, a w 2035 r. – ponad 27% ludności⁴. **Możliwość codziennego, samodzielnego funkcjonowania maleje wraz z wiekiem.** Dostępne badania dotyczące stanu zdrowia Polaków jednoznacznie potwierdzają, że ponad 13% osób dorosłych ma trudności w przejściu 500 m bez użycia kuli czy balkoniku, z tego niemalże co trzecia osoba uznała, że jest w stanie przejść ten dystans z bardzo dużymi trudnościami, a kolejne 2% nie jest w stanie tego zrobić w ogóle. Wśród osób starszych powyżej 65. roku życia coraz większe problemy z przemieszczaniem się miała co druga osoba, która ukończyła 70 lat, i niemalże 3/4 osób z grupy najstarszych badanych. Warto dodać, iż kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów, na przykład tylko na pierwsze piętro i bez jakiegokolwiek pomocy, miała co siódma osoba dorosła, co trzecia osoba, która ukończyła 60. rok życia i co druga osoba, która ukończyła 70. rok życia.

Wśród Polaków poważnym problemem zdrowotnym pozostają udary, które oprócz tego, że stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów, znacząco wpływają na sprawność, skutecznie ją ograniczając. Poza tym zarówno choroba Alzheimera, jak i inne choroby otępienne nieustannie odnotowują wzrost⁵. Mianowicie choroba Alzheimera i inne choroby otępienne w 2019 r. w Polsce według wskaźnika DALY⁶ to wartość blisko 0,28 mln (0,7 tys. na 100 tys. ludności). U kobiet wartość bezwzględna wyniosła 0,19 mln (1 tys. na 100 tys. kobiet), a u mężczyzn 0,08 mln (0,45 tys. na 100 tys. mężczyzn). Wartość DALY na 100 tys. ludno-

⁴ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2019, Warszawa 2020, <https://das.mpips.gov.pl/source/2020/Informacja%20za%202019%20r.%202027.10.2020%20r.pdf> [dostęp: 17-02-2022].

⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Dz. U. Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2021 r. (poz. 69), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, sierpień 2021, s. 29.

⁶ DALY oznacza lata życia skorygowane niesprawnością (ang. Disability Adjusted Life-Years).

ści była najwyższa w województwie mazowieckim (0,8 tys.), a najniższa w województwie wielkopolskim (0,6 tys.)⁷. Obecnie najczęstszym rozpoznaniem, z jakim trafiają pacjenci do opieki długoterminowej, są: przebyty udar (18% pacjentów), choroba Alzheimera (14,8% pacjentów) oraz choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia (11% pacjentów)⁸. Natomiast najczęstszym rozpoznaniem, z jakim trafiają pacjenci pod opiekę domową, są: choroba Alzheimera (15%), przebyty udar (15%) oraz choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia (12%).

Szczegółowa analiza problemów zdrowotnych odpowiedzialnych za największą liczbę zgonów wykazała, że w przeciągu 20 lat powodowały je przede wszystkim choroby układu krążenia, następnie udary i nowotwory. Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne odpowiadały za ponad dwukrotnie większą liczbę zgonów w 2019 r. w porównaniu do 1999 r. (w roku 2019 było to aż 52,0 tys. osób)⁹. **Przyjrzyjmy się, przed jakimi wyzwaniem, uwzględniając neurologiczne problemy Polek i Polaków do roku 2028, zmierzy się system opieki zdrowotnej w wybranych województwach: łódzkim, opolskim.**

W województwie **łódzkim** od 1990 r. wartość DALY dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych wzrosła o 42%. Podobną tendencję odnotowano dla pozostałych wskaźników – liczby zgonów, zapadalności oraz chorobowości. Prognozuje się wzrost liczby zgonów z powodu chorób układu nerwowego o 15,64% w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 18,3%). Liczba ośrodków opieki długoterminowej (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), przypadających na 100 tys. ludności w 2019 r., wyniosła 4,11, co uplasowało województwo łódzkie na 14. miejscu w rankingu województw (-21% w stosunku do Polski). Widoczna jest niska dostępność do świadczeń opieki długoterminowej na tle innych województw. Niezbędne będzie zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (we wszystkich oferowanych zakresach), stosownie do aktualnych potrzeb. Zauważalna jest także niska dostępność do świadczeń opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych w regionie na tle innych województw

Również w województwie **opolskim** pacjentami opieki długoterminowej były w większości kobiety (67,9%), mężczyźni stanowili tylko (32,1%). Głównymi rozpoznaniem w opiece długoterminowej były choroby układu krążenia (35%, z czego dużą grupę stanowiły udary) oraz choroby układu nerwowego (28%; w grupie tej dominowała choroba Alzheimera i inne choroby otępienne). Niezbędne jest dostosowanie dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (we wszystkich oferowanych zakresach) uwzględniające pogłębiającą się niekorzystną sytuację demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie¹⁰.

Na koniec warto dodać, że według prognoz udział osób w Polsce w wieku 65-79 lat w populacji do 2060 r. ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku 80 lat wzwyż nawet trzykrotnie. Najwięcej pacjentów korzystających z opieki paliatywno-hospicyjnej to osoby starsze, w wieku 65-79 lat (47,7%) oraz 80 lat wzwyż (25,5%). W perspekty-

⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., op. cit., s. 67.

⁸ Ibidem, s. 360.

⁹ Ibidem, s. 69.

¹⁰ Ibidem, s. 844.

wie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych, liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie rosła¹¹.

Poniżej scharakteryzowano zespoły otępienne w podeszłym wieku oraz zidentyfikowano chorobę Alzheimera i chorobę Parkinsona.

Zespoły otępienne w podeszłym wieku

W podeszłym wieku można wskazać na kilka zespołów otępiennych. Pierwszy z nich to otępienie naczyniopochodne, drugi to otępienie z ciałami Lewy'ego, trzecie to otępienie czołowo-skroniowe. Otępienie naczyniopochodne powstaje w wyniku zmian niedokrwiennych bądź pokrwotocznych w mózgu, tj. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy czy zmian miażdżycowych. W odróżnieniu od choroby Alzheimera, która nadal pozostaje najczęstszą przyczyną otępienną i stanowi około 60% wszystkich przypadków, otępienie naczyniopochodne ma bardzo nagły przebieg. Na początek stan chorego pogarsza się skokowo, co świadczy o rozwijającej się miażdżycy lub obecności innych chorób naczyń, tj.: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy itp. Otępienie z ciałami Lewy'ego ma inny przebieg. To choroba, która objawia się sztywnością mięśni, drżeniem w czasie spoczynku, zaburzeniami chodu (upadki, omdlenia). Przebieg choroby jest znacznie szybszy niż w przypadku choroby Alzheimera. Często są: depresja, zaburzenia pamięci oraz zauważalne stopniowo pogarszające się funkcjonowanie chorego. I choć na początku choroby, chorzy mają bardzo dobrą orientację w miejscu oraz czasie, to wraz z rozwojem choroby pojawiają się dezorientacja w terenie i zaburzenia mowy. Dodatkowo pacjenci tracą płynność wypowiedzi, czasami nawet nie potrafią przekazać treści, którą wcześniej usłyszeli. Ostatecznie pojawiają się trudności w pisaniu i czytaniu.

Przebieg chorób otępiennych wpływa na stan zdrowia opiekunów, zgodnie z sentencją zamieszczoną na początku niniejszego dokumentu, która brzmi: **„Kiedy choruje pacjent, choruje cała rodzina”**. Wobec powyższego nie można analizować chorób tylko w wymiarze medycznym. Pełny obraz choroby neurologicznej uzyskamy dopiero wówczas, gdy analizy dokonamy w wymiarze osobistym, ekonomicznym i społecznym. Mianowicie w wymiarze osobistym opiekunowie chorego cierpią nie tylko z powodu coraz gorszego kontaktu z osobą, która często była towarzyszką życia, ale również z powodu lęku o jutro. Cierpią na skutek nieprzewidywalności zachowań chorego, a ich życie w ciągłym stresie powoduje nerwowość, drażliwość. Chory z zaburzeniem pamięci nie ma poczucia, że robi coś złego. W wymiarze społecznym opieka nad chorym często przekłada się na ograniczenie, a nawet zerwanie więzi z własną rodziną. Choroba np. jednego z rodziców, powoduje ograniczenie kontaktów społecznych bądź nawet trudności w funkcjonowaniu wśród członków własnej rodziny. Jeśli do tego dodamy fakt, iż osoba, która jest opiekunem, zaniedbuje własne zdrowie, to w niedługim czasie spowoduje to pogorszenie się jakości wykonywanej przez nią pracy, a w skrajnym przypadku może doprowadzić do zwolnienia z pracy, a w konsekwencji do pogorszenia sytuacji finansowej. Doświadczenia wielu osób pokazują, że sprawowanie samotnej opieki

¹¹ Ibidem, s. 1107.

w domu bez pomocy organizacji czy instytucji generuje dodatkowe koszty związane z postępującą niepełnosprawnością opiekuna.

Identyfikacja choroby Alzheimera

Choroba Alzheimera polega na zanikaniu komórek nerwowych i ich połączeń. Jest to spowodowane odkładaniem się w tkance mózgowej białek o patologicznej strukturze. To choroba zwyrodnieniowa mózgu, która przejawia się otępieniem. Chory przestaje interesować się otoczeniem, traci poczucie czasu, miejsca, ostatecznie traci pamięć bądź skarży się na jej stopniową utratę. Do tego należy dodać zaburzenia zachowania oraz licznych czynności, które są niezbędne w zakresie prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu. Warto zastanowić się, jakie czynniki ryzyka towarzyszą chorobie Alzheimera. Pierwszym czynnikiem ryzyka jest wiek. To czynnik bezsporny, gdyż wraz z wiekiem nasilają się procesy zwyrodnieniowe mózgu, co nieuchronnie prowadzi do choroby otępiennej. Drugim czynnikiem często analizowanym w środowisku naukowym jest poziom wykształcenia. Liczne badania wskazują, że im więcej lat nauki, tym kliniczne objawy choroby Alzheimera rozwijają się później, a przebieg choroby bywa łagodniejszy. Kolejnym czynnikiem, który w istotny sposób potęguje choroby otępienne, jest długotrwałe samotne życie oraz brak kontaktów towarzyskich i rodzinnych.

Przewiduje się, iż czas trwania choroby może wynosić od 2 do 12 lat. Im bardziej zaawansowana choroba, tym zaburzenia otępienne są silniejsze. W przebiegu choroby Alzheimera można wyróżnić trzy etapy. Pierwszy etap oznacza otępienie o niewielkim nasileniu. Charakteryzuje się ono zmianami w zakresie sprawności intelektualnej, zachowania, zaburzeniami pamięci orientacyjnej oraz koncentracji. We wczesnych stadiach choroby pojawiają się zaburzenia procesów poznawczych, tj.: pozostawianie rzeczy w niewłaściwych miejscach, niemożność znalezienia podstawowych przedmiotów w domu, rosnąca potrzeba sprawdzania różnych wykonanych wcześniej czynności, wielokrotne powtarzanie uwag i pytań, krótkotrwałe zapamiętywanie informacji, trudność w uczeniu się nowych rzeczy. Wówczas chory wymaga jedynie okresowego wsparcia. Warto dodać, że chory już na tym etapie odczuwa, że jego sprawność intelektualna jest znacznie niższa. Ma świadomość, że potrzebuje więcej czasu na wykonanie swoich codziennych czynności w domu, a nawet w miejscu pracy. Kolejnym charakterystycznym objawem na wczesnym etapie otępienia są zmiany osobowości. Klinicznie zaobserwowano, że chorzy gorzej nawiązują kontakt, są mniej uczuciowi, często bardziej drażliwi i mniej pewni siebie. Zauważalna jest utrata energii i entuzjazmu, a nawet zaburzenia uwagi. Częstym objawem choroby Alzheimera jest depresja. Jest ona widoczna głównie we wczesnych stadiach choroby. W początkowym okresie choroby u wielu chorych występują zmiany nastroju, charakteryzujące się większą drażliwością emocjonalną. Widoczne są również: spowolnienie ruchowe, spadek aktywności i zainteresowań, coraz częstsze zaburzenia snu. Etap drugi to otępienie umiarkowane. Na tym etapie występują wyraźne zaburzenia pamięci oraz zaburzenia procesów poznawczych, tj. zaburzenia mowy, charakteryzujące się zapominaniem słów, a także objawy psychotyczne, tj. urojenia czy omamy. Do zaburzeń pamięci operacyjnej dołączyć należy zaburzenia pamięci krótko- i długotrwałej. Coraz większą trudność sprawia pacjentowi przypomnienie sobie tego, co zdarzyło się niedawno. Zdarza się również, że pacjent zapomina

o podstawowych czynnościach, na przykład fizjologicznych. Nasila się również agresja słowna i fizyczna, niepokój ruchowy oraz krzyk. Do tego dochodzą jeszcze omamy wzrokowe i słuchowe, a nawet urojenia. Wówczas konieczna jest już stała opieka. Etap trzeci określane jest jako otępienie o nasileniu znacznym. W tym przypadku kontakt werbalny ulega znacznemu ograniczeniu, występują zachowania agresywne, utrata zdolności ruchowych, aż do całkowitego unieruchomienia. Konieczna jest wówczas całodobowa opieka i pielęgnacja. Chory nie jest już zdolny do samodzielnego życia. Zapomina nie tylko fakty ze swojego życia czy imiona bliskich, ale myli osoby. Co więcej, przestaje rozumieć mowę, stopniowo traci możliwość wykonywania umiejętności praktycznych. Chory nie jest w stanie samodzielnie przygotować bardziej złożonych posiłków, samodzielnie ubrać się bądź używać sprzętu domowego. Nasilają się trudności z poruszaniem się oraz utrzymaniem pionowej postawy ciała. W tej sytuacji chorzy bardzo często narażeni są na upadki i przestają panować nad czynnościami fizjologicznymi.

Identyfikacja choroby Parkinsona

Choroba Parkinsona charakteryzuje się powoli postępującym zaburzeniem układu nerwowego, układu kostno-stawowego oraz mięśniowego¹². To schorzenie o charakterze długotrwałym, któremu towarzyszą zaburzenia psychoorganiczne, między innymi dotyczące zmian zachowania, nastroju oraz wyrażanych emocji. Pierwsze objawy choroby to: spowolnienie ruchowe, wzmożone napięcie mięśni oraz drżenie spoczynkowe. Objawom typowym dla choroby Parkinsona (spowolnienie, sztywność, drżenie) zazwyczaj towarzyszą objawy uszkodzenia innych struktur mózgu. Najczęstszą obecnie przyczyną parkinsonizmu jest miażdżyca naczyń. Objawy mogą być również następstwem działania silnych leków psychotropowych. Choroba postępuje stale, choć powoli, w ciągu kilku, a nawet kilkudziesięciu lat. Pierwszym objawem choroby jest zwykle drżenie, występujące głównie w kończynach górnych, często jednostronnie. Jeżeli dotyczy palców rąk, ma ono dosyć charakterystyczny obraz przypominający liczenie pieniędzy. Drżenie to występuje przede wszystkim w spoczynku, a wyraźnie zmniejsza się lub zupełnie zanika w czasie ruchu. U chorego można często zaobserwować wyraźne drżenie ręki opuszczonej wzdłuż ciała lub ułożonej na kolanie, a jednocześnie nie ma on większych problemów z sięganiem po przedmiot lub z podnoszeniem wypełnionej płynem szklanki do ust. Drżenie to również ustępuje całkowicie w czasie snu. Drugim podstawowym objawem choroby jest spowolnienie ruchów i zubożenie ruchowe. Zmniejszeniu ogólnej aktywności ruchowej chorego towarzyszy zwolnienie szybkości ruchów oraz zmniejszenie ruchów mimicznych twarzy. Często sprawia wrażenie przygnębionego, a nawet depresyjnego. Jego mowa jest cicha, zamazana, a po pewnym czasie trwania choroby przestaje być zrozumiała. Często już we wczesnym stadium choroby pojawia się trudność zmiany pozycji w łóżku, a w zaawansowanych przypadkach spowolnienie prowadzi do całkowitego unieruchomienia chorego. Charakterystyczną cechą choroby jest sztywność mięśni. Co więcej, z powodu sztywności i drżenia zmienia się pismo. W trakcie pisania litery, od początku zniekształcone drżeniem, stają się coraz mniejsze i mniej wyraźne. O ile rozpoznanie typowego i zaawansowanego

¹² Szerzej zob.: K. Janicki, *Domowy poradnik medyczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011 <https://www.forumzdrowia.pl/arttykul/choroba-parkinsona> [dostęp: 14-02-2022].

przypadku choroby Parkinsona nie sprawia zwykle większych trudności, to problemem jest wczesne rozpoznanie choroby, już przy pierwszych, niewielkich jej objawach. Przyczyną niewielkiego spowolnienia lub drżenia rąk może być bowiem inna choroba zwyrodnieniowa, miażdżycy naczyń mózgu, a nawet sam fizjologiczny proces starzenia się. W tym ostatnim przypadku nie obserwuje się jednak istotnego postępu choroby w ciągu lat. Wczesne i poprawne rozpoznanie choroby ma istotne znaczenie dla podjęcia odpowiedniego leczenia, w tym rehabilitacji oraz zachowania sprawności ruchowej. Szybkość postępu choroby w indywidualnych przypadkach jest bardzo różna i niemożliwa do przewidzenia przynajmniej na początku choroby. Chorzy, u których objawem dominującym jest drżenie, mają lepsze rokowanie niż ci, u których na plan pierwszy wysuwa się spowolnienie. Osoby dotknięte chorobą Parkinsona stopniowo tracą wiele funkcji, w rezultacie czego w końcowym etapie choroby następuje nieodwracalne inwalidztwo i pełna zależność od innych.

Wykazany przebieg choroby Alzheimerera oraz choroby Parkinsona, będących chorobami otępiennymi, potwierdza, że zachowanie godności człowieka staje się możliwe jedynie przy systematycznym i kompleksowym wsparciu na każdym etapie choroby: osób obarczonych chorobami neurologicznymi oraz osób starszych. Realizacja projektu pilotażowego „Niezależne życie” potwierdza¹³, że zachowanie aktywności osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimerera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych sprzyja lepszemu funkcjonowaniu chorego, wzmacnia jego poczucie bezpieczeństwa i poprawia jego jakość życia. Aktywności chorego muszą być dostosowane do jego stanu zdrowia i możliwości. Należy pomagać choremu tak długo, jak jest to możliwe, ale nigdy go nie wyręczać. Cenne jest również udzielanie choremu krótkich i prostych instrukcji oraz dostosowanie zadań, które są mu powierzane, do jego rzeczywistych możliwości i umiejętności. Chory może gorzej radzić sobie w nowym otoczeniu, należy zatem zapewnić mu największą pomoc i uwagę. Wprowadzenie zatem różnego rodzaju zajęć – nie tylko tych, które będą aktywizować osoby z otępieniem, ale również stymulujących zachowane jeszcze zdolności poznawcze – jest pomocne w utrzymaniu praktycznych umiejętności chorego, poprawia jego samopoczucie i jednocześnie łagodzi występujące zaburzenia zachowania. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż z powodu uszkodzenia mózgu chory nie jest w stanie właściwie zinterpretować docierających do niego bodźców, w wyniku czego jest coraz bardziej zagubiony. Ta sytuacja powoduje u niego strach, przerażenie oraz wyzwala liczne reakcje obronne, otaczająca rzeczywistość dla osoby chorej staje się coraz trudniejsza, zaś opieka nad chorym coraz bardziej wymagająca.

W miarę rozwoju choroby wzrasta obciążenie opieką, należy więc pamiętać, że trzeba tak zorganizować opiekę, aby nie pozostawiać chorego przez długie godziny w domu¹⁴.

¹³ Fakt ten potwierdziły spotkania oraz wywiady pogłębione z mieszkańcami mieszkań wspomaganym oraz kadrą MW, które zostały zrealizowane na potrzeby niniejszego projektu w dniach 21-22.02, 28.02.2022 oraz 04.03.2022 w miejscowościach: Biała, Paczków, Brzeg, Aleksandrów Łódzki oraz Witonia.

¹⁴ Z tego też względu w prezentowanym opracowaniu wskazuje się na możliwość realizacji usługi mieszkań wspomaganym w dwóch typach: pierwszy to mieszkania wspomagane prywatne (realizacja wsparcia odbywa się w domu, mieszkaniu beneficjenta – co gwarantuje znacznie większy zakres opieki nad chorym, szczególnie w porze wieczornej i nocnej), drugi to mieszkania wspomagane komunalne (docelowe lub rotacyjne – realizacja wsparcia odbywa się w lokalu mieszkalnym przeznaczonym na ten cel).

Jeśli w jego otoczeniu znajdują się osoby, które wspierają go, staje się bardziej aktywny, a czasami również spokojniejszy. W procesie organizowania pomocy opieki dla chorego najważniejszą rolę odgrywa rodzina. Jest ona ostoją, która zapewnia choremu poczucie bezpieczeństwa i ciągłość opieki. Obowiązki te znajdują swoje uregulowania prawne w przepisach kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, kodeksu postępowania cywilnego oraz kodeksu karnego.

Czy można zorganizować pomoc choremu w innym miejscu niż jego własne mieszkanie? Realizacja projektu wskazuje, że istnieje taka możliwość, w wielu przypadkach nawet uzasadniona. Spróbujmy jednak zastanowić się nad specyfiką chorób neurologicznych i rzeczywistymi możliwościami osób cierpiących na nie, biorąc na przykład pod uwagę specyfikę choroby Alzheimera, w tym: dominujące zaburzenia pamięci i przyswajania nowych informacji oraz pogarszającą się orientację wzrokowo-przestrzenną. Wydaje się, że osoba obciążona tą chorobą najlepiej będzie czuła się we własnym domu – *co też najczęściej podkreśla część lekarzy neurologów*. Chorzy dłużej pozostają wtedy samodzielni. Łatwiej jest też ich prawnym opiekunom prosić o pomoc przyjaciół czy sąsiadów. Bardzo rzadko dzieci bądź rodzeństwo osoby obciążonej chorobą neurologiczną rozważają zorganizowanie przeprowadzki chorego do innej miejscowości czy do innego mieszkania. Trzeba również wskazać, że próba umieszczenia chorego w innym zakupionym do tego celu mieszkaniu może mieć małe szanse powodzenia. Wskazywały na to rozmowy przeprowadzone w formie wywiadów swobodnych („Trudniej jest do mieszkania wspomaganego znaleźć osobę pochodzącą z małej miejscowości, wioski niż z dużych miast”). Czynniki determinujące tę sytuację należy szukać w sferze psychologicznej i społecznej. Mianowicie np. chory, który w danej okolicy robił zakupy na przykład w osiedlowym sklepie, nie będzie chciał zamieszkać w innym miejscu, uczyć się rozkładu tego mieszkania. Cały proces nauki będzie zajmował bardzo dużo czasu, będzie obciążony stresem i ostatecznie może zakończyć się niepowodzeniem. Czasami jednak zmiana miejsca zamieszkania staje się konieczna, gdyż opiekun nie może pogodzić wspierania osoby chorej z wychowywaniem swoich dzieci i obowiązkami wynikającymi z pracy zawodowej. Trzeba pozwolić osobie chorej na oswojenie się z nowym miejscem i na poznanie go tak, aby wyzwolić poczucie bezpieczeństwa. Trzeba zauważyć, że czasami nowe środowisko budzi lęk, a nawet chęć ucieczki. Znane są jednak sytuacje, gdy chory w nowym otoczeniu mobilizuje się i zachowuje się znacznie lepiej niż w swoim domu. Niemniej jednak warto zastanowić się nad zmianami, jakie należy wprowadzić w najbliższym otoczeniu chorego, aby zapewnić mu bezpieczeństwo.

Wielochorobowość wśród osób w wieku podeszłym

Pacjenci w wieku podeszłym nie są grupą jednorodną. Różnorodność tej grupy pacjentów wynika z przebiegu samego procesu starzenia się, który jest procesem indywidualnym, oraz z występowania u każdej osoby przewlekłych procesów chorobowych oraz stosowania innych leków bądź odmiennych metod leczenia. Dodatkowo wraz z wiekiem coraz większą rolę odgrywają czynniki psychospołeczne, które mają znaczenie dla występowania i przebiegu niektórych chorób. Postępujące w okresie starzenia się zmiany inwolucyjne zachodzące w naszym organizmie powodują osłabienie mechanizmów adaptacyjnych, nato-

miast trudności z utrzymaniem homeostazy, spadek naturalnej obronności oraz kumulacja wpływu różnych szkodliwych czynników przyczyniają się do bardzo wysokiej chorobowości w późniejszym okresie życia.

Wydłużenie naszego życia, które obserwujemy na przestrzeni ostatnich lat, jest spowodowane zarówno postępem medycyny, jak i poprawą warunków sanitarno-epidemiologicznych. Musimy pamiętać, że w tym okresie starości kumulują się schorzenia z lat wcześniejszych, które często ulegają zaostrzeniom. Zaledwie 10% osób w wieku podeszłym może powiedzieć, że czuje się zdrowo i nie ma żadnych dolegliwości. Pacjent w wieku podeszłym jest obciążony współwystępowaniem kilku przewlekłych procesów chorobowych, jest to tzw. wielochorobowość, tak bardzo charakterystyczna dla osób starszych. Ponad 50% osób starszych cierpi z powodu trzech lub więcej chorób przewlekłych, których kumulacja składa się na indywidualny obraz chorobowy pacjenta. Najczęstszym w wieku podeszłym schorzeniem jest choroba zwyrodnieniowa stawów, którą stwierdza się nawet u 80% osób po 75. roku życia. Nadciśnienie występuje u 60–70% osób w wieku podeszłym, a objawy choroby niedokrwiennej serca – u około 30%.

W grupie osób po 65. roku życia około 20% chorych ma cukrzycę, a u kolejnych 20% występuje nietolerancja glukozy. U 25% populacji osób starszych występują objawy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, co najmniej 20% ma zaparcia (częściej kobiety) i podobna liczba nietrzymanie moczu (również częściej kobiety). Przy czym częstość występowania kilku problemów zdrowotnych jest znacznie większa u osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej. Zarówno wiek, jak i współwystępujące schorzenia u osób starszych wpływają na sprawność ruchową i utrudniają samodzielne wykonywanie czynności dnia codziennego, dlatego też osoby starsze są grupą pacjentów, którzy częściej niż inne grupy wiekowe wymagają pomocy innych osób i są zagrożone instytucjonalizacją, ponieważ zmiany wynikające zarówno ze schorzeń, jak i z wieku wpływają na sytuację socjalną i materialną – zarówno ostre, jak i przewlekłe schorzenia w wieku podeszłym z reguły powodują pogorszenie dotychczasowej sytuacji materialnej i społecznej oraz samodzielności pacjenta. Grupa seniorów z kilkoma współistniejącym schorzeniami jest obciążona wyższym ryzykiem: zgonów, niesprawności, zdarzeń niepożądanych, co związane jest z częstszym korzystaniem przez tych pacjentów z opieki medycznej, instytucjonalizacją opieki oraz z niższą jakością życia. Istotną cechą populacji wieku podeszłego jest statystycznie częstsze występowanie schorzeń przewlekłych, niesprawności i niepełnosprawności, która wykazuje tendencje wzrostowe wraz z wiekiem seniora.

Biorąc pod uwagę specyficzność poszczególnych stanów chorobowych występujących u osób w wieku podeszłym, w tej grupie wyróżniamy schorzenia, które charakteryzują się swoistym dla tego etapu życia przebiegiem klinicznym – określamy je jako schorzenia występujące w starości, tzw. „*in aging*” (do grupy tych chorób należą m.in. cukrzyca, choroba niedokrwienne serca, nadciśnienie tętnicze i inne). Inna grupą schorzeń, które przede wszystkim występują w grupie pacjentów geriatrycznych, ponieważ są związane z procesem starzenia i starością, to choroby tzw. „*of aging*”. Są to schorzenia zaliczane do wielkich zespołów geriatrycznych, które zwiększają ryzyko występowania niesprawności funkcjonalnej. Są to stany, które cechuje wieloprzyczynowość oraz przewlekłe postępujący

proces związany z: zaburzeniami lokomocji, upadkami, brakiem kontroli nad utrzymaniem moczu i stolca, zaburzeniami otępiennymi, depresją, majaczeniem, upadkami.

Biorąc pod uwagę specyfikę pacjenta w wieku podeszłym, zostało opracowane narzędzie pod postacią Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która jest wieloaspektowym, interdyscyplinarnym, zintegrowanym procesem diagnostycznym, obejmującym 4 podstawowe obszary życia seniora: zdrowie fizyczne, sprawność funkcjonalną, zdrowie psychiczne oraz uwarunkowania społeczno-środowiskowe. COG ma na celu rozpoznanie problemów zdrowotnych, ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia, rehabilitacji lub opieki. Dzięki Całościowej Ocenie Geriatrycznej możemy zaplanować dalsze postępowanie dla pacjenta w wieku podeszłym, między innymi ocenić zakres pomocy, po to aby mógł jak najdłużej funkcjonować, bez konieczności instytucjonalizacji.

2. Mieszkanie jako dobro *versus* idea deinstytucjonalizacji

Wdrażanie skutecznych rozwiązań instytucjonalnych w zakresie mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnościami ma fundamentalne znaczenie dla poprawy warunków ich codziennego funkcjonowania. Szansą na realną poprawę warunków życia osób z niepełnosprawnościami jest deinstytucjonalizacja¹⁵, a zatem kompleksowe wsparcie osób zależnych w miejscu zamieszkania lub w miejscu udostępnionym dla realizacji usługi wsparcia.

Deinstytucjonalizacja kojarzona jest z różnymi formami i procesami, w związku z tym do opisu praktyk służących deinstytucjonalizacji często używane są takie nazwy, jak: życie/mieszkanie niezależne (ang. **independent living**), życie/mieszkanie chronione/wspierane/wspomagane (ang. **assisted/serviced/supported/sheltered living** lub **accomodation**), życie/mieszkanie w społeczności (ang. **community living**), życie/mieszkanie na małą skalę (ang. **small scale living**), mieszkanie bezpieczne (ang. **secure housing**). Warto dodać również, że wypracowanie europejskich standardów mieszkalnictwa wspomaganego dla osób starszych, które jest wymiernym efektem deinstytucjonalizacji, było także przedmiotem prac Europejskiego Komitetu Normalizacyjnego (Comité européen de normalisation, CEN)¹¹. Zakończyły się one wypracowaniem **normy CEN/TS 16118:2012 Sheltered housing – Requirements for services for older people provided in a sheltered housing scheme**. Choć stosowanie normy jest dobrowolne, to wiele krajów europejskich, reagując na nieuchronną perspektywę starzejących się społeczeństw i pragnąc „stawić czoła” stojącym wyzwaniom¹⁶, aktywnie działa na tym polu i wypracowuje własne (bardziej lub mniej restrykcyjne) standardy, wytyczne lub zbiory dobrych praktyk w zakresie projektowania dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, które odnoszą się do mieszkalnictwa wspomaganego.

¹⁵ Co potwierdziły spotkania oraz wywiady pogłębione z mieszkańcami mieszkań wspomaganym oraz kadrą MW, które zostały zrealizowane na potrzeby niniejszego projektu w dniach 21-22.02, 28.02.2022 oraz 04.03.2022 w miejscowościach: Biała, Paczków, Brzeg, Aleksandrów Łódzki oraz Witonia.

¹⁶ Wyzwania dla Polski w kontekście osób starszych oraz obarczonych chorobami neurologicznymi zostały przedstawione w pkt. 1.3.

Dlaczego wybrano deinstytucjonalizację jako formę wsparcia osób potrzebujących, z niepełnosprawnościami, w tym dla osób starszych i chorych neurologicznie, w szczególności osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona?

Ważnym argumentem przemawiającym za rozwojem środowiskowych, lokalnych form wsparcia jest wysoki i stale wzrastający koszt opieki stacjonarnej (instytucjonalnej). Z uwagi na niewystarczający zakres świadczeń opiekuńczych w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych, od wielu lat najczęściej stosowaną formą wsparcia dla tej grupy było skierowanie do domu pomocy społecznej lub zakładu opiekuńczo-leczniczego. W przypadku domów pomocy społecznej koszt odpłatności za pobyt ponoszony jest przez: samego mieszkańca (do wysokości 70% jego dochodu), najbliższą rodzinę (małżonka, zstępnych przed wstępnymi, jednak do wysokości określonego kryterium dochodowego rodziny), a kiedy środki te nie pokrywają całego miesięcznego kosztu utrzymania – częściową odpłatność ponosi gmina właściwa dla miejsca zamieszkania osoby przed jej umieszczeniem w DPS. Badania wskazują, że gminy ponoszą coraz wyższe koszty utrzymania mieszkańców w domach pomocy społecznej, które obejmują prawie 30% wszystkich wydatków gmin przeznaczonych na świadczenia pomocy społecznej. Dodatkowo pojawił się również problem ze ściągalnością opłat od rodzin zobowiązanych do zapłaty za pobyt pensjonariusza. Powodem tej sytuacji jest m.in. duża skala migracji zarobkowych (zwłaszcza w przypadku woj. opolskiego) oraz trudności w nawiązaniu kontaktu z rodziną przebywającą za granicą i zobowiązaniu jej do ponoszenia odpłatności za pobyt rodzica w DPS, uszczuplone finanse potencjalnych płatników (np. dzieci, małżonka etc.) z powodu SARS – CoV-2 i związanych z tym ograniczeń aktywności gospodarczej.

Istotne są również wymierne korzyści, jakie deinstytucjonalizacja niesie dla osób z niepełnosprawnościami, w tym przypadków osób z chorobami neurologicznymi: z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, **i członków ich rodzin.** Na plan pierwszy wysuwa się tu poprzez ofertę wzmocnienia opieki nad osobami z chorobami neurologicznymi, realizowaną przez specjalistów. Drugi równie istotny aspekt to fakt, iż organizacja mieszkań wspomaganych ma na celu usamodzielnienie osób z niepełnosprawnością w zakresie potrzeb bytowych, co ma ogromne znaczenie dla tych, którzy opiekują się osobami starszymi oraz obciążonymi chorobami neurologicznymi. Kolejne to: poprawa funkcji poznawczych u osób z chorobami neurologicznymi, poprawa aktywności przy wykonywaniu przez nich czynności codziennych, wzmocnienie potrzeby współdziałania najpierw z asystentem osoby z niepełnosprawnością, opiekunem mieszkania, fizjoterapeutą, pracownikiem socjalnym, a następnie animatorem czasu wolnego czy psychologiem oraz prawnym opiekunem (żoną, mężem, córką, synem, wnukiem, wnuczką).

I jeszcze jedna kwestia, natury socjologicznej i psychologicznej. Otóż w starzejącym się społeczeństwie – oprócz zmian demograficznych (m.in. w zakresie struktury ludności wg wieku) – następują również zmiany modelu rodziny, polegające na przejściu od tradycyjnej rodziny wielopokoleniowej do rodziny zatomizowanej, w której osłabieniu ulega jej opiekuńcza funkcja, zwłaszcza wobec najstarszych jej członków. Z tego też względu, deinstytucjonalizacja jest szansą na godne życie tych, którzy z różnych powodów, często osobistych, nie mogą liczyć na pomoc swoich bliskich. Badania prowadzone w tym obszarze: Chiria-

cescu, D. (2008)¹⁷; Bott, S. (2008)¹⁸; Gillman, D.(2006)¹⁹ oraz liczne publikacje potwierdzają, że tego rodzaju wsparcie ma olbrzymie znaczenie dla poprawy poczucia własnej wartości u osób z niepełnosprawnością oraz ich relacji z otoczeniem²⁰.

Wróćmy jeszcze na chwilę do interpretacji ostatniego z wymienionych czynników deinstytucjonalizacji. Bez wątplenia realizacja usług wspierających, aktywizujących w mieszkaniu wspomaganym pozwala na zaangażowanie wielu specjalistów. To rzeczywiste działanie dla dobra drugiego człowieka, które pozwala mu na zachowanie godności w przebiegu choroby neurologicznej. Doświadczane każdego dnia, postępujące procesy otępienne, które dotyczą osoby starsze, uświadamiają opiekunom, że pomoc w wykonaniu nawet najprostszych czynności dnia codziennego staje się możliwa dla osób zależnych tylko w sytuacji wyciągniętej, pomocnej dłoni drugiego, w pełni oddanego człowieka. Z tego też względu ekonomiczny wymiar, który warto podkreślić, przejawiać się powinien w tworzeniu nowych miejsc pracy w sferze usług niezbędnych dla realizacji wsparcia w mieszkaniu wspomaganym.

Reasumując, proces deinstytucjonalizacji usług społecznych daje szansę na systematyczny rozwój środowiskowych form wsparcia (poprzez poprawę jakości realizowanych świadczeń oraz zaangażowanie asystentów osób niepełnosprawnych, fizjoterapeutów, animatorów czasu wolnego w proces wsparcia) – przy stopniowym ograniczaniu opieki całodobowej w placówkach zamkniętych. Zmianom tym towarzyszy także modelowanie usług społecznych, które w każdej gminie, mieście czy powiecie powinno być poprzedzone wnikliwą analizą potrzeb potencjalnych beneficjentów w zakresie wsparcia realizowanego w ramach mieszkań wspomaganym.

3. Międzynarodowe oraz regionalne standardy i wytyczne w zakresie pomocy osobom z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona oraz osobom starszym

Mimo iż prawo do mieszkania nie znajduje się na szczycie praw społecznych (społecznych), często za takie jest uznawane. Prawo międzynarodowe tworzy zatem pewien szkielet, ale jego wypełnieniem zajmują się poszczególne kraje. Z tego też względu krajowa, regionalna i lokalna praktyka mają największe przełożenie na codzienne życie osób z niepełnosprawnościami. Prześledźmy zatem, jakie **międzynarodowe oraz regionalne standardy i wytyczne należy uwzględnić w kontekście pomocy udzielanej osobom z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona oraz osobom starszym**.

Polska jako członek UE, poprzez ratyfikację Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, znajduje się w grupie państw, które gwarantują osobom z niepełnosprawnościami respektowanie praw człowieka i podstawowych wolności, bez jakiegokolwiek dyskryminacji, a prawo do mieszkania i godnego życia jest jednym z nich. Dodatkowo uznaje się, że niepełnosprawność to wynik oddziaływania pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barie-

¹⁷ D. Chiriacescu, *Shifting the Paradigm in Social Service Provision, Making Quality Services Accessible for People with Disabilities in South East Europe*, Disability Monitor Initiative, Sarajevo, 2008, s. 36.

¹⁸ S. Bott, *Peer support and personalisation*, National Center for Independent Living, 2008.

¹⁹ D. Gillman, *The Power of Mentoring*, Wisconsin Council on Developmental Disabilities, 2006.

²⁰ World Health Organization, *Build workforce capacity and commitment (Better health, better lives: children and young people with intellectual disabilities and their families)*, București, 26–27 listopada, 2010, s. 5.

rami wynikającymi z postaw i środowiska. Tym samym zwraca się uwagę, na fakt, że integracja osób z niepełnosprawnością wymaga nie tylko działań samej jednostki czy wyspecjalizowanych instytucji, ale całego społeczeństwa, co bezpośrednio potwierdza realizację idei mieszkań wspomaganych. Dodatkowo w Konwencji ONZ podkreśla się również znaczenie, jakie dla osób niepełnosprawnych ma ich samodzielność, często wzmocniona dzięki oferowanym i realizowanym na rzecz osób z niepełnosprawnościami usługom wspierającym. Prawo do odpowiednich warunków życia i ochrony socjalnej reguluje art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. W KPON odnajdujemy zapisy wskazujące na²¹:

- prawo osób niepełnosprawnych do odpowiednich warunków życia ich samych i ich rodzin, włączając w to (...) mieszkanie oraz prawo do stałego polepszania warunków życia (bez dyskryminacji);
- prawo osób niepełnosprawnych do ochrony socjalnej (bez dyskryminacji). Z tego też względu prawo do odpowiednich warunków życia dotyczy nie tylko samych ON, ale również ich rodzin, co jest niezwykle ważne w kontekście MW;
- podejmowanie na szczeblu krajowym, regionalnym oraz lokalnym wszystkich niezbędnych działań, które będą sprzyjały wzmocnieniu samodzielnemu bądź wspieralnemu funkcjonowaniu w społeczeństwie.

Kolejnym istotnym dokumentem jest Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. Zgodnie z art. 25 ust. 1 („PDP Cz”): „Každy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne (...), starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”.

W kontekście niniejszego dokumentu interesujące jest również **prawo do mieszkania** zawarte w art. 11 u. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych („ICESCR”): „państwa (strony) (...) uznają prawo każdego do odpowiedniego standardu życia dla siebie i swojej rodziny, w tym adekwatnych (...)mieszkania”. Dodatkowo Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR) zidentyfikował siedem aspektów, które należy brać pod uwagę przy określaniu odpowiednich standardów mieszkań. Jednym z nich jest priorytetowe potraktowanie w zakresie odpowiednich i dostępnych cenowo mieszkań dla grup defaworyzowanych, do których zalicza się osoby starsze, dzieci, osoby z problemami zdrowotnymi.²² W art. 10 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka dotyczącej postępu społecznego i rozwoju ONZ podkreśla się, że „**zapewnienie podstawowych wolności człowieka może zostać osiągnięte przez dostarczenie wszystkim, w tym szczególnie najbiedniejszym, (...) odpowiedniego mieszkania i usług społecznych**”²³. Warto zwrócić uwagę również na Europejską strategię w sprawie niepełnosprawności 2010–2020, która stanowi uzupełnienie strategii Europa 2020 – EAA (European Accessibility Act). We wstępie wspomnianego doku-

²¹ A. Sadowa, *Warunki mieszkaniowe jako wyznacznik jakości życia osób niepełnosprawnych na przykładzie osób z dysfunkcją wzroku*, *Ekonomia — WROCLAW ECONOMIC REVIEW, Acta Universitatis Wratislaviensis*, 2018, s. 103.

²² I. Leijten, K. de Bel, *Facing financialization in the housing sector: A human right to adequate housing for all*, *NETHERLANDS QUARTERLY OF HUMAN RIGHTS*, 2020, Vol. 38(2) 94–114.

²³ A. Sadowa, *Warunki mieszkaniowe jako wyznacznik jakości życia osób niepełnosprawnych*, op. cit., s. 102-104.

mentu znajdujemy odwołanie się do art. 1 Karty Praw Podstawowych UE stanowiącego, że: „Godność człowieka jest nienaruszalna. Musi być szanowana i chroniona”. Należy również zwrócić uwagę na art. 26, który brzmi: „Unia uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności”. Ponadto w niniejszym dokumencie odnajdujemy art. 21, który zakazuje wszelkiej dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność²⁴. Odwołuje się też do Konwencji praw osób niepełnosprawnych ONZ, będącej pierwszym prawnie wiążącym instrumentem w zakresie praw człowieka, którego stronami są UE i jej państwa członkowskie. Reasumując, Konwencja ONZ zobowiązuje zatem Państwa Strony do ochrony wszystkich praw człowieka i praw podstawowych osób niepełnosprawnych.

Z tego też względu władze publiczne powinny zapewnić preferencyjne traktowanie osób z niepełnosprawnościami poprzez łatwiejszy dostęp np. do mieszkań komunalnych, mieszkań w towarzystwach budownictwa społecznego oraz mieszkań i form wsparcia przewidzianych w Narodowym Programie Mieszkaniowym²⁵. Obecnie, niestety, ta grupa osób często mieszka w lokalach substandardowych²⁶. Niezwykle ważny jest również fakt, iż w Polsce art. 75 Konstytucji podkreśla konieczność zaangażowania władz publicznych w prowadzenie polityki sprzyjającej zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych: „Władze publiczne prowadzą politykę sprzyjającą zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych obywateli, w szczególności przeciwdziałają bezdomności, wspierają rozwój budownictwa socjalnego oraz popierają działania obywateli zmierzające do uzyskania własnego mieszkania”²⁷. Warto wskazać również na rolę gmin jako jednostek szczebla lokalnego zobowiązanych do zaspokajania potrzeb mieszkaniowych. „W art. 7 ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. 1990 Nr 16, poz. 95), wskazuje się na obowiązek gmin do zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty. Kolejny dokument to Ustawa o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz. U. 2001 Nr 71, poz. 733). tu również nawiązuje się do prawa mieszkańców gminy do dachu nad głową. Zgodnie z art. 4 pkt. 2, Gmina, na zasadach i w wypadkach przewidzianych w ustawie, zapewnia lokale socjalne i lokale zamienne, a także zaspokaja potrzeby mieszkaniowe gospodarstw domowych o niskich dochodach. „Do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy (...) udzielenie schronienia (...) osobom tego pozbawionym”, mówi o tym art. 17 Ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 Nr 64, poz. 593)²⁸.

Konkludując, obecne dokumenty prawa krajowego oraz międzynarodowego zobowiązują Państwa do ochrony praw podstawowych osób z niepełnosprawnościami. Również w Polsce trwają gruntowne prace nad stworzeniem odpowiedniego, równie spójnego i całościowego, co ogólne ramy prawne, systemu wsparcia osób niepełnosprawnych w zakresie mieszkalnictwa, a realizacja pilotażowych projektów z zakresu mieszkań wspomaganych jest jednym z nich.

²⁴ J. Hohmann, Toward a right to housing for Australia: Reframing afford ability debates through article 11(1) of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, AUSTRALIAN JOURNAL OF HUMAN RIGHTS, 2020, <https://doi.org/10.1080/1323238X.2020.1813378> [dostęp:24-02-2022].

²⁵ Program Rządowy Dostępność Plus 2018-2025, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Lipiec 2018, s. 18.

²⁶ Housing Issues for People with Disabilities in Canada, March 2017, s. 2-3.

²⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 114/2009, poz. 946).

²⁸ A. Sadowa, Warunki mieszkaniowe (...), op. cit., s. 102.

Rozdział II Model mieszkań wspomaganych – informacje wstępne

1. Przesłanki i cel powstania publikacji oraz uzasadnienie wyboru struktury
2. Podstawowe pojęcia i definicje
3. Uwarunkowania prawno-finansowe dla tworzenia mieszkalnictwa wspomaganego
4. Realizatorzy mieszkalnictwa wspomaganego

1. Przesłanki i cel powstania publikacji oraz uzasadnienie wyboru struktury

Rozwój mieszkalnictwa wspomaganego jest jednym z zaleceń Komisji Europejskiej, zawartych m.in. w *Ogólnopolskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*.

Tworzenie i upowszechnianie środowiskowych form wsparcia, w tym w formie mieszkań wspomaganych, jest również jednym z kierunków działań określonych w strategiach samorządów wojewódzkich oraz regionalnych programach operacyjnych na lata 2014-2020.

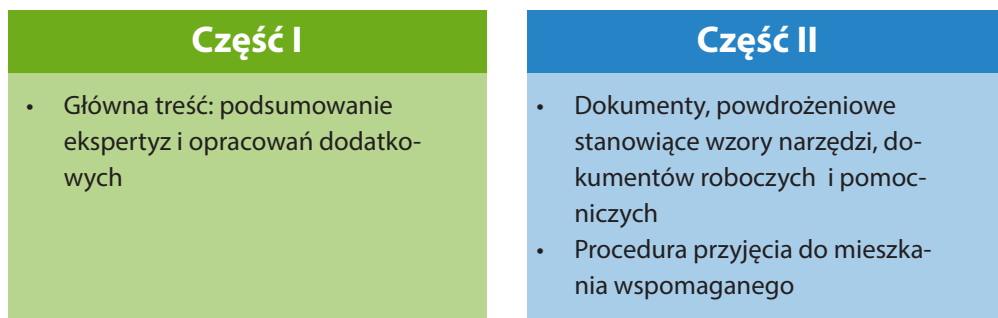
Trendy demograficzne wskazują, że liczba osób powyżej 65. roku życia będzie nadal rosła, co pociąga za sobą szereg konsekwencji w wymiarze medycznym, ekonomicznym i społecznym. Jedną z konsekwencji wydłużania się życia jest coraz większa liczba lat życia z chorobami przewlekłymi, wielochorobowością, a co za tym idzie – w uzależnieniu i niesamodzielności. Szczególnym problemem są także choroby neurologiczne, w tym choroba Alzheimera, choroba Parkinsona oraz zespoły otępienne, powodujące ograniczenie sprawności fizycznej i intelektualnej oraz w konsekwencji prowadzące do niesamodzielności. Ciężar opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi spoczywa na rodzinie i instytucjach opiekuńczych.

W obu przypadkach beneficjenci opieki stają się bierni i zależni do końca swego życia. Idee współczesnych społeczeństw zachodnich zwracają uwagę na konieczność włączania osób wykluczonych z powodu różnych cech (np. wiek, niepełnosprawność) do życia społecznego i stwarzania im możliwości samodzielnego i niezależnego życia, dostosowanego do ich ograniczeń. Jednym z rozwiązań jest koncepcja mieszkań treningowych i wspomaganych. Te pierwsze przygotowują do samodzielnego życia, a pobyt w nich jest relatywnie krótki i kończy się wraz z nabyciem przez podopiecznego kompetencji i umiejętności potrzebnych do samodzielnego życia.

Mieszkania wspomagane to propozycja dla osób z niepełnosprawnościami o różnym charakterze, ale także chorobami neurologicznymi oraz dla osób starszych. U podstaw koncepcji mieszkań wspomaganych leży idea **deinstytucjonalizacji**, która w praktyce oznacza znaczne odciążenie instytucji świadczących dotychczas pomoc wyżej wymienionym kategoriom osób.

Idea mieszkań wspomaganych wpisuje się w koncepcję normalizacji, której pierwotnym celem było stworzenie osobom z niepełnosprawnością warunków życia najbardziej zbliżonych do naturalnych i umożliwienie im normalnego funkcjonowania na miarę ich możliwości.

Główną przesłanką dla opracowania niniejszej publikacji jest więc konieczność uporządkowania całościowej koncepcji tworzenia, funkcjonowania oraz rozwijania mieszkalnictwa wspomaganego dla szczególnej kategorii odbiorców, to jest osób z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, i osób starszych. Założonym celem zaś jest uproszczenie formuły oraz przejrzystość i praktyczność przygotowanej treści. W związku z tym, autorzy zdecydowali się, aby podzielić strukturę dokumentu na 2 części, co ilustruje poniższy schemat:



Zaprezentowany model ma charakter uniwersalny, co oznacza, że można go z powodzeniem wykorzystać we wszystkich gminach na terenie całego kraju. Zaprezentowane poniżej rozwiązania nie stanowią sztywnych zaleceń, a jedynie są modelowym wzorcem do tworzenia takiej formy wsparcia i mogą być dodatkową propozycją dla regionalnych polityk społecznych.

2. Podstawowe pojęcia i definicje

Mieszkania wspomagane: Są usługą społeczną, świadczoną w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia.

Mieszkania wspomagane przeznaczone są dla osób, które nie wymagają całodobowej opieki i wsparcia, a jedynie pomocy, którą można świadczyć zależnie od indywidualnych potrzeb w niewielkim wymiarze godzin. Ponadto kondycja finansowa gospodarstwa domowego²⁹ musi pozwalać na częściowe pokrycie kosztów eksploatacji mieszkania³⁰ i samodzielnego utrzymania. W przypadku mieszkań wspomaganych potencjalny mieszkaniec, który spełnia kryteria (wiek, dochód, dotychczasowe zamieszkanie na terenie gminy itd.) zawiera umowę z organem prowadzącym.

⁰ „Gospodarstwo domowe to zespół osób spokrewnionych lub niespokrewnionych, zamieszkujących razem i wspólnie utrzymujących się” podstawa prawna USTAWA z dnia 2 grudnia 1999 r. o narodowym spisie powszechnym ludności i mieszkań w 2002 r. (Dz. U. z 2000 r. Nr 1, poz. 1, Nr 93, poz. 1026, z 2002 r. Nr 74, poz. 676).

³⁰ Uszczegółowienie zamieszczono na s. 25 niniejszego dokumentu, w części I pkt. 3 Uwarunkowania prawno-finansowe dla tworzenia mieszkalnictwa wspomaganego.

Szersza analiza oraz rekomendacje, dotyczące tworzenia i funkcjonowania mieszkalnictwa wspomaganego – punkty 3 i 4 Rozdziału 1, a także opisowe rozważania w załącznikach nr: 2, 3 i 5

Usługi w mieszkaniach wspomaganych: polegają na dostarczeniu odbiorcom możliwości:

- skorzystania z miejsca oraz z pobytu w lokalu mieszkalnym,
- skorzystania z usług wspierających pobyt oraz usług wspierających aktywność osób.

Rodzaj oraz zakres usług powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb mieszkańców, z uwzględnieniem zapisów zawartych w indywidualnym planie wsparcia.

Usługi wspierające aktywność obejmują m.in.: podtrzymanie sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, utrzymanie i rozwijanie kontaktów społecznych, pełnienia ról społecznych, a także pomoc w wykonywaniu niezbędnych czynności w życiu codziennym, zagospodarowanie czasu wolnego. Usługi mogą być realizowane poprzez treningi: umiejętności praktycznych, higieny osobistej, zarządzania finansami, zarządzania mieszkaniem (w tym zarządzania energią), kulinarne, umiejętności spędzania czasu wolnego, interpersonalne, autonomii decyzji oraz w zakresie załatwiania spraw urzędowych, a także poradnictwo specjalistyczne (prawne i psychologiczne) i pracę socjalną.

3. Uwarunkowania prawno-finansowe dla tworzenia mieszkań wspomaganych

Mieszkania wspomagane zgodnie z interpretacją wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 to:

usługa społeczna świadczona w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia.

Mieszkanie lub dom może być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, spółki z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego, towarzystwa budownictwa społecznego lub podmioty ekonomii społecznej, w formie mieszkania:

- a) treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia. Usługa ma charakter okresowy i służy określonym kategoriom osób w osiągnięciu częściowej lub całkowitej samodzielności, m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji;

b) wspieranego, stanowiącego alternatywę dla pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego (w przypadku potrzeby opieki w zastępstwie za opiekunów faktycznych). Służy osobom niesamodzielnym, w szczególności osobom starszym i osobom z niepełnosprawnościami, wymagającym wsparcia w formie usług opiekuńczych lub asystenckich³¹.

Formą mieszkania wspomaganego nie jest mieszkanie socjalne.

Definicja ta nie ma jednak charakteru powszechnie obowiązującego – dotyczy projektów realizowanych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020. Poza projektami współfinansowanymi ze środków unijnych, mieszkalnictwo wspomagane nie jest w żaden sposób regulowane lub oficjalnie definiowane, w związku z powyższym należy przyjąć, iż mieszkanie wspomagane to szersze pojęcie niż stosowany dotychczas termin mieszkania chronionego.

Zarówno w mieszkaniach wspomaganych, jak i chronionych w ramach oferowanego wsparcia zapewnia się:

- a) usługi wspierające, w tym usługi opiekuńcze i asystenckie;
- b) usługi wspierające aktywność, w tym treningi samodzielności, poradnictwo specjalistyczne, pracę socjalną, integrację ze społecznością lokalną.

Poniżej zaprezentowano kluczowe regulacje prawne obowiązujące w Polsce, które mają zastosowanie w odniesieniu do usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych(*stan prawny na dzień 30.03.2022*)

Jak wykazano wcześniej, polski system prawny zawiera szereg aktów prawnych dotyczących funkcjonowania osób z niepełnosprawnością oraz obowiązku świadczenia im określonej pomocy. Wśród najważniejszych wymieniane są m.in.:

1. Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 roku, ratyfikowana 6 września 2012 roku (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169);
2. Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 (MP/Dz.U. 2021, poz. 218);
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej (M.P. z 1997 r., nr 50, poz. 475); zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2021, poz. 573, 1981);

³¹ Jako model utworzenia oraz realizacji usług w ramach mieszkania wspomaganego proponujemy zatem obie wymienione formy, które mogą mieć zastosowanie praktyczne, zgodnie z potrzebami, możliwościami oraz planami i uzgodnieniami organizacyjno-finansowymi na poziomie poszczególnych gmin.

4. Uchwała Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 roku Karta Praw Osób Niepełnosprawnych;
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1,66);
6. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz. U. z 2018 r., poz. 822);
7. Ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali mieszkalnych na wynajem, mieszkań chronionych, noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, ogrzewalni i tymczasowych pomieszczeń (Dz. U. 2020.508).
8. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020. Opracowane na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. 2019, poz. 60,730). *Wytyczne zmienione Komunikatem Ministra Inwestycji i Rozwoju z dnia 18 lipca 2019 r. w sprawie zmienionych wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.*
9. Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 (Minister Inwestycji i Rozwoju), obowiązujące od 11 kwietnia 2018 roku;
10. Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności obowiązujące od listopada 2012 roku.

REKOMENDACJA NR 1

Kategoria mieszkania wspomaganego powinna być rozszerzona i obejmować:

- **mieszkania i/lub domy specjalnie udostępnione i przygotowane** do prowadzenia działalności wspierającej **przez gminy i społeczności lokalne (mieszkania wspomagane prowadzone przez instytucje zewnętrzne)**
- **mieszkania/domy przyszłych Podopiecznych (mieszkania wspomagane będące własnością podopiecznego, czyli zajmowane przez Podopiecznych i/lub będące ich własnością)**, które po spełnieniu podstawowych wymogów budownictwa wspomaganego oraz wymagań lokalowych projektu mogą zostać dostosowane do potrzeb Podopiecznego oraz zaleceń i rekomendacji co do warunków prowadzenia usług wspierających.

[Zacytuj źródło tutaj.]

Mieszkanie wspomagane, prowadzone przez instytucje **zewnętrzne oraz będące własnością podopiecznego**, powinny służyć poprawie sytuacji życiowej wybranej grupy osób i ich rodzin, a także usprawnić system wsparcia i opieki dla osób starszych i chorych neurologicznie, w szczególności osób z chorobą Alzheimera i/lub chorobą Parkinsona. Poprzez wielostronne i kompleksowe wsparcie, mieszkańcy mogliby jak najdłużej pozostać w środowisku lokalnym i odsunąć w czasie moment umieszczenia w placówce całodobowej opieki. W Modelu rekomendujemy formułę mieszkań wspomaganych, nie zaś treningowych, z uwagi na specyfikę i potrzeby wcześniej wymienionej kategorii odbiorców.

Mieszkanie wspomagane (będące własnością podopiecznego) TYP I:

powinno spełniać podstawowe/minimalne standardy infrastruktury dostosowane do indywidualnych potrzeb osób przebywających w mieszkaniach.

Mieszkanie wspomagane (prowadzone przez instytucję zewnętrzną – docelowe lub rotacyjne) TYP II- może być prowadzone przez:

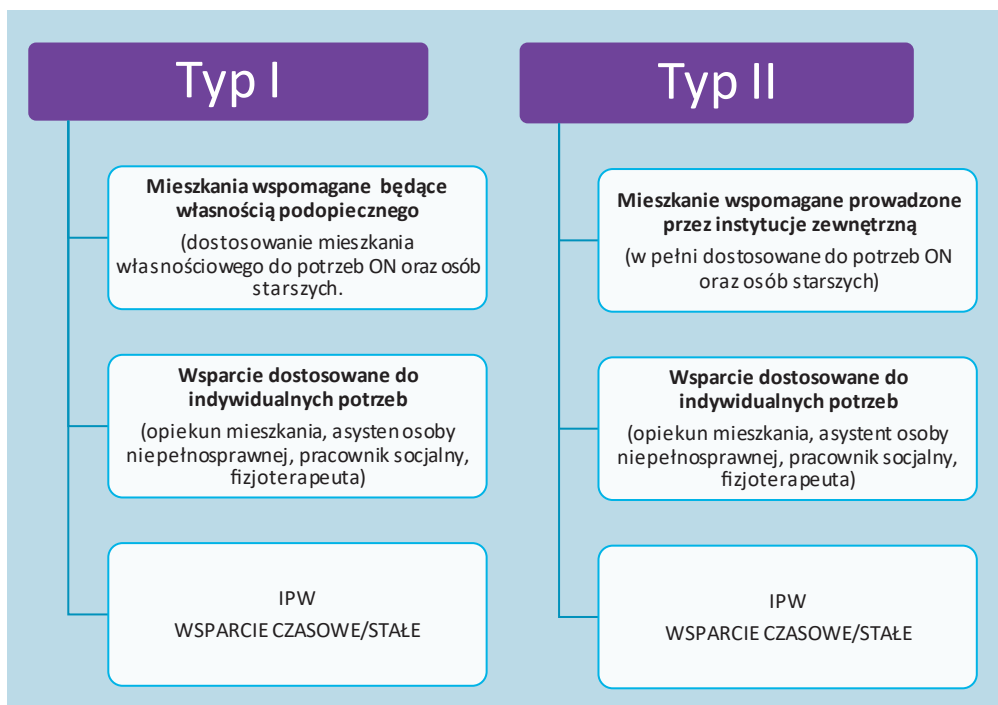
- jednostki samorządu terytorialnego,
- spółki z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego,
- towarzystwa budownictwa społecznego; organizacje pozarządowe, stowarzyszenia, przedsiębiorstwa ekonomii społecznej – spółdzielnie socjalne i inne podmioty ekonomii społecznej na podstawie umów z jednostkami samorządu terytorialnego.

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU, aby usługami asystenckimi i opiekuńczymi objąć zarówno mieszkańców mieszkań zewnętrznych, jak i mieszkań będących własnością podopiecznego³².

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU, aby w każdym z wymienionych przypadków stworzyć dla potencjalnego beneficjenta usługi (IPW), które umożliwiają dalsze funkcjonowanie osoby starszej, osoby z chorobą neurologiczną, chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona w otoczeniu, oraz pozwolą na usprawnienie dotychczas zaburzonych funkcji lub będą szansą na utrzymanie funkcji, np.: poznawczych, na dotychczasowym poziomie.

³² Potwierdziły to spotkania oraz wywiady pogłębione z mieszkańcami mieszkań wspomaganych oraz kadrą MW, które zostały zrealizowane na potrzeby niniejszego projektu w dniach 21-22.02.2022, 28.02.2022 oraz 04.03.2022 w miejscowościach: Biała, Paczków, Brzeg, Aleksandrów Łódzki oraz Włocławek.

Schemat 1. Model mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych



Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku włączenia do mieszkań wspomaganych mieszkania, którego właścicielem/dysponentem/najemcą jest sam Podopieczny, i prowadzenie usług wspierających bezpośrednio w miejscu zamieszkania Podopiecznego, wskazane jest wsparcie określone w standardach infrastruktury i wyposażenia, w zakresie przystosowania mieszkania do sprawowania opieki i świadczenia usług wspierających. W wielu środowiskach lokalnych może być to bardziej uzasadnione ekonomicznie niż wysokonakładowe remonty przystosowawcze posiadanych zasobów lokalowych czy też budowa nowych specjalnych lokalizacji.

Warto jest rozważyć współpracę i skoordynowanie działań np. z PFRON, dysponującym środkami na usuwanie barier architektonicznych i przystosowanie mieszkań indywidualnych mieszkańców oraz włączyć w działania wszelkie dostępne lub nowe, pojawiające się na bieżąco instrumenty wsparcia np. w Programie Dostępność Plus.

Rozszerzenie oraz szczegółowy opis koncepcji dostępny jest w załączniku nr 3.

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU, aby katalog rzeczowy urządzeń, robót lub innych czynności, niezbędnych do wprowadzenia w miejscu zamieszkania osoby obciążonej problemami neurologicznymi, objętych dofinansowaniem na wniosek osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna uwzględniał³³:

- 1) Budowę indywidualnej pochylni wychodzącej bezpośrednio z miejsca zamieszkania wnioskodawcy, tj.: balkonu, okna, tarasu (...) w przypadku gdy zastosowanie innych rozwiązań z uwagi na warunki techniczne jest niemożliwe.
- 2) Zakup i montaż podnośników, platform schodowych, wind przyściennych i innych urządzeń do transportu pionowego (...) sprzęt musi bezpośrednio wychodzić z miejsca zamieszkania Wnioskodawcy.
- 3) Dostosowanie elementów poszczególnych pomieszczeń w celu umożliwienia samodzielnego funkcjonowania. (...)
- 4) Wykonanie odpowiedniego doświetlenia pomieszczenia, oznakowania lokalu i ciągów komunikacyjnych, dla osób dodatkowo z dysfunkcją narządu wzroku, (starszych i obciążonych chorobą neurologiczną – *przyp. aut.*).

Analiza dostępnych zasobów finansowych

Usługi lokalne o wysokiej jakości nie muszą kosztować więcej. Porównania uwzględniające potrzeby osób korzystających z MW oraz jakość opieki wykazały, że koszty opieki instytucjonalnej i usług świadczonych w obrębie społeczności są podobne. Na przykład badania dotyczące kosztów opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w zakresie zdrowia psychicznego w porównaniu z opieką instytucjonalną wykazały, że koszty pozostają w przybliżeniu na tym samym poziomie, natomiast jakość życia odbiorców oraz ich zadowolenie z usług wzrastają. Podobnie działania profilaktyczne, takie jak wczesne interwencje i wsparcie dla rodzin oraz reintegracja rodzin, mogą mieć długoterminowo bardzo pozytywny wpływ na budżet i ogół społeczeństwa. Inwestycje w opiekę rodzinną i usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności oraz w podstawowe usługi poprawiają jakość życia odbiorców.

W Załączniku nr 5 (w rozdziale pn. „Analiza zasobów finansowych” strony 14-42) przedstawiono przykładowe źródła finansowania realizowanych projektów mieszkalnictwa wspomaganego w Polsce (ze względu na niewielką liczbę projektów dedykowanych osobom ze schorzeniami neurologicznymi, podane zostały także przykłady skierowane do innych grup beneficjentów – metody finansowania można stosować analogicznie, niezależnie od grupy docelowej, do której adresowane są lokale).

W zestawieniu z katalogiem przykładowych realizacji, formami organizacji oraz różnorodnym zakresem usług, proponowanych w przywołanych analizach, czytelnik niniejszej publikacji może wykorzystać bardzo różnorodne formy, łączące źródła finansowania.

³³ Źródło: https://mops.krakow.pl/pfron/234687,artykul,likwidacja_barier_architektonicznych.html [dostęp: 12-03-2022].

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU, aby samorządy lokalne miały swobodę w tworzeniu i organizacji funkcjonowania mieszkalnictwa wspomaganego. Proponowany model usługi mieszkalnictwa wspomaganego zakłada zatem:

- częściową odpłatność za pobyt w mieszkaniu udostępnionym z zasobów komunalnych (sfinansowanie kosztów eksploatacji lokalu: opłata za gaz, energię, wodę);
- co do zasady mieszkania powinny być 1-osobowe, przy czym możliwe jest tworzenie mieszkań dla więcej niż jednej osoby, jeżeli te osoby wyrażą wolę wspólnego zamieszkania, maksymalna liczba osób w jednym mieszkaniu to 3 osoby (przy uwzględnieniu faktu osobnych pokoi dla każdego z beneficjentów oraz 11 m² powierzchni przypadającej na mieszkańca³⁴. Jednakże zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002r. w domu wielorodzinnym, co najmniej jeden pokój powinien mieć powierzchnię nie mniejszą niż 16 m².³⁵ W tym przypadku niezbędne staje się również tworzenie kameralnych kompleksów niezależnych mieszkań z uwzględnieniem potrzeby zorganizowania przestrzeni wspólnej oraz miejsc dla osób świadczących usługi, jako rozwiązanie, np. dla seniorów. W uzasadnionych przypadkach mieszkanie wspomagane powinno być mieszkaniem docelowym;
- dostęp do usług pomocniczych realizowanych przez pracowników OPS, stowarzyszeń itp. na podstawie zadań zleconych w ramach przygotowanych przez specjalistów indywidualnych planów wsparcia (IPW);
- wsparcie, które może być udzielane czasowo bądź określone jako bezterminowe.

Dodatkowo rodzaj oraz zakres usług, z których korzystają beneficjenci, powinien być dostosowany do ich indywidualnych potrzeb w taki sposób, aby usługi wspierające pobyt w mieszkaniu oraz umożliwiające aktywność i interakcję z otoczeniem obejmowały usługi opiekuńcze oraz asystenckie.

4. Realizatorzy mieszkalnictwa wspomaganego

Analiza dostępnych zasobów organizacyjnych

Ponieważ instytucja mieszkań wspomaganych nie jest regulowana w polskim systemie prawnym, należy przyjąć, iż katalog podmiotów, które mogą prowadzić tego typu lokale, jest nieograniczony: mogą to być przykładowo zarówno podmioty publiczne, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, jak i przedsiębiorstwa prowadzące mieszkania wspomagane zgodnie z zasadą swobody działalności gospodarczej.

W przypadku projektów realizowanych ze środków unijnych, różne programy mogą różnie definiować katalog podmiotów uprawnionych do prowadzenia mieszkań wspomaganych. Na przykład w ramach projektu „Model mieszkań wspomaganych adresowanych do osób niepełnosprawnych intelektualnie” realizowanego w ramach Regionalnego Programu

³⁴ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z dnia 2015 r. poz. 1422).

³⁵ Ibidem.

Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 do grupy beneficjentów (czyli podmiotów uprawnionych do prowadzenia mieszkań wspomaganych) zalicza się:

- organizacje pozarządowe;
- podmioty ekonomii społecznej;
- kościoły i związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych;
- jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia oraz jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego posiadające osobowość prawną;
- ochotnicze hufce pracy;
- przedsiębiorców³⁶.

REKOMENDACJA NR 2

Należy uznać za zasadne, aby od podmiotów prowadzących mieszkania wspomagane wymagać odpowiedniego doświadczenia w zakresie świadczenia usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera, Parkinsona, i osób starszych, jednakże na chwilę obecną nie ma uregulowań prawnych w tym zakresie ani wymogów.

Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, żeby wymogi dotyczące doświadczenia zawrzeć w dokumentacji konkursowej w przypadku zlecenia realizacji zadania organizacji pozarządowej, wyłonionej w drodze otwartego konkursu ofert przez JST.

Załącznik nr 4 Modelu jest rekomendowanym, szczegółowym programem szkoleń dla potencjalnej kadry, zatrudnianej w ramach funkcjonowania usług mieszkalnictwa wspomaganego, dedykowanej osobom z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera, Parkinsona, i osobom starszym. Oczekiwanym standardem jest przeszkolenie kadry MW według zaproponowanego programu szkolenia, który powinien stanowić wymagane minimum kompetencyjne.

³⁶ *Model mieszkań wspomaganych adresowanych do osób niepełnosprawnych intelektualnie*, http://www.rpo.malopolska.pl/download/Model_mieszka_wspomaganych_dla_niepenosprawnych_intelektualnie_31_08_2015.pdf [dostęp: 22 listopada 2018]

Rozdział III Szczegółowy opis standardów w zakresie utworzenia oraz funkcjonowania mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi oraz chorobą Alzheimera, Parkinsona i osób starszych

1. Charakterystyka profilu potencjalnych mieszkańców MW
2. Standard lokalu MW – rekomendacje
3. Usługi wspierające pobyt i aktywność osób w MW – rodzaj i zakres
4. Kadra mieszkania wspomagane – kwalifikacje, kompetencje; dodatkowe rekomendacje
5. Zasady użytkowania mieszkania
6. Wdrażanie Modelu; rekomendacje dotyczące finansowania oraz zapewnienia trwałości wypracowanych rozwiązań

1. Charakterystyka profilu potencjalnych mieszkańców MW

Wsparcie w Modelu powinno być adresowane do pięciu grup:

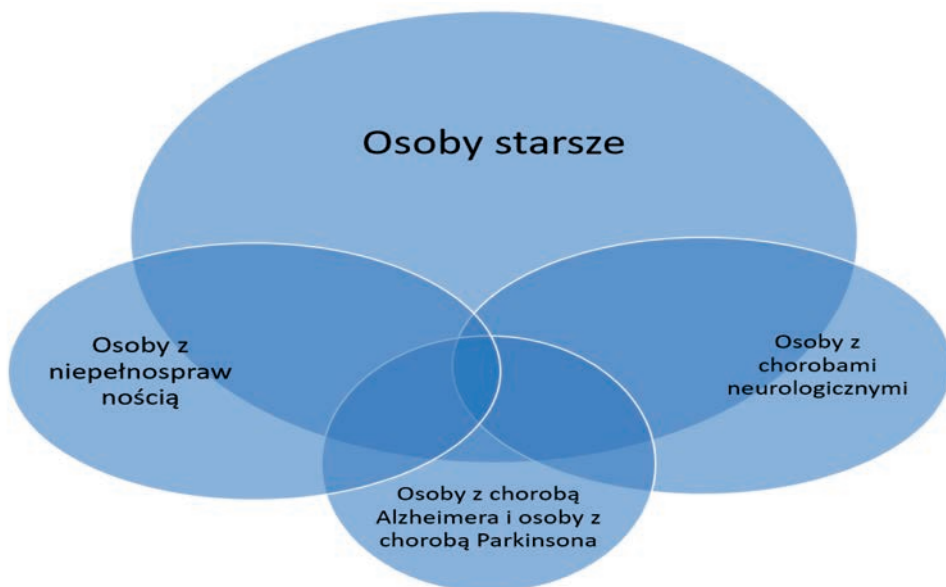
1. osób z chorobami neurologicznymi, do których zaliczyć należy osoby po udarach mózgu, osoby z polineuropatią i zwyrodnieniami kręgosłupa czy też osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi – otępiennymi, innymi niż Choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona (tj. SM, zespół Hakima, choroba z ciałami Lewy`ego, choroba Picka i inne);
2. osób z chorobą Alzheimera (skrót AD);
3. osób z chorobą Parkinsona (skrót PD);
4. osób starszych 60+.
5. rodzin/ opiekunów faktycznych ww. grup, którzy mogą stanowić dodatkową grupę wspieraną³⁷, np. współmałżonek osoby chorej neurologicznie, z chorobą AD, PD lub osoby starszej.

UWAGA: w opracowaniu, stanowiącym Załącznik nr 3, osoby starsze zdefiniowano wg granicy wiekowej 65+. **W Modelu przyjmuje się definicję zgodną z Informacją o sytuacji osób starszych³⁸, czyli wiek 60+. (stan prawny na 2022 rok).**

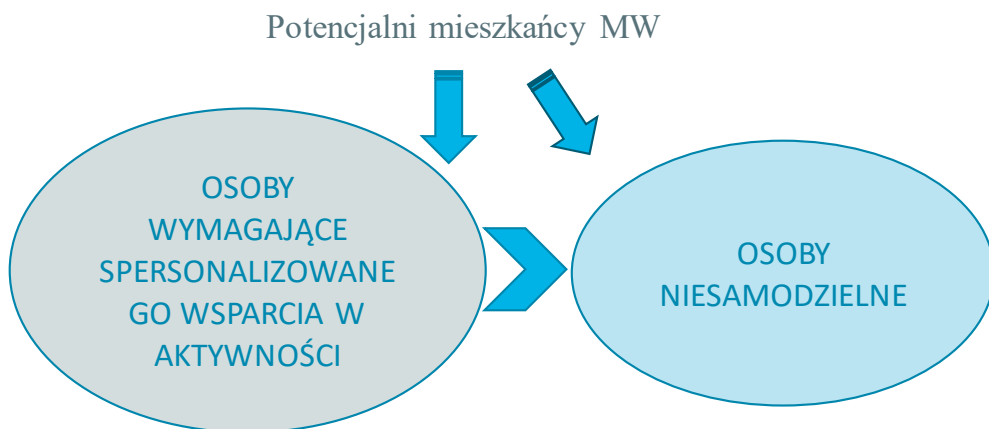
³⁷ Określenie „dodatkowa grupa wspierana” obejmuje członków rodziny dotychczas opiekujących się osobą zależną i jednocześnie potencjalnym adresatem wsparcia, a zatem osobą obciążoną schorzeniami wskazanymi w pkt. od 1 do 4. Oferowane wsparcie należy utożsamiać z realizacją na rzecz „dodatkowej grupy wspieranej” usługi wytchnieniowej.

³⁸ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2020 <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2020> [dostęp: 20-062022].

Wykres nr1. Graficzna forma charakterystyki potencjalnych odbiorców MW w Modelu



Wykres nr 2. Charakterystyka odbiorców MW w Modelu



REKOMENDACJA PO OKRESIE PILOTAŻU

Projekt skierowany jest do: osób wymagających spersonalizowanego wsparcia, osób niesamodzielnych doświadczających chorób neurologicznych oraz osób starszych. Należy uwzględnić fakt, iż osoby obciążone chorobami neurologicznymi oraz osoby starsze będą w dłuższej perspektywie czasu osobami niesamodzielnymi. W związku z tym niezbędne jest uwzględnienie tego faktu na etapie projektowania IPW w dłuższym okresie(*stąd znak przejścia zaznaczony na wykresie 2.*)

Poniżej wymienione zostały czynniki decydujące o komforcie życia osób z chorobami neurologicznymi i osób starszych przebywających w środowisku naturalnym, poza zakładami opieki zinstytucjonalizowanej:

- brak wykluczenia społecznego i potencjalnie zawodowego;
- zdrowie i dobra kondycja fizyczna;
- zachowanie samodzielności i niezależności;
- poczucie godności i równości społecznej;
- poczucie bezpieczeństwa;
- a także możliwość dokonywania wyborów i podejmowania decyzji co do miejsca zamieszkania, współmieszkańców oraz sposobu organizacji życia codziennego.

W przypadku osób hospitalizowanych lub przebywających w ośrodkach leczniczych i terapeutycznych, informację taką powinien otrzymać już pracownik socjalny w szpitalu lub ośrodku, lub bezpośrednio pracownik socjalny właściwy miejscu zamieszkania/stałego pobytu Podopiecznego.

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU, aby wstępna weryfikacja beneficjentów do udzielenia wsparcia w formie mieszkania wspomaganego uwzględniała fakt, iż usługa skierowana jest do osób należących do grup 1-4, niepotrzebujących opieki całodobowej, posiadających wymaganą dokumentację medyczną, w szczególności **ocenę** ich funkcjonalności **ustaloną** na podstawie wybranych testów medycznych, potwierdzających, że spełniają następujące kryteria:

1. posiadają sprawność psychomotoryczną, umożliwiającą poruszanie się tak w mieszkaniu, jak i poza nim; nie wymagają stałej, całodobowej specjalistycznej opieki innych osób, w szczególności służb medycznych;
2. posiadają przynajmniej częściową samoświadomość w zakresie swojego stanu zdrowotnego i własnego działania, są pozytywnie nastawione do leczenia (w tym farmakologicznego) i procesu rehabilitacji psychospołecznej;

Z uwagi na duże zainteresowanie tą formą wsparcia REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILO-TAŻU przygotować listę osób oczekujących, potencjalnych użytkowników MW.

REKOMENDACJA NR 3

Ze względu na cele i przyjęte założenia dotyczące mieszkań wspomaganych, rekomendujemy pogłębione kryteria wstępnej weryfikacji osób z szeroko wskazanej grupy docelowej, która powinna być objęta usługami wspierającymi w mieszkaniach wspomaganych.

Kryteria dodatkowe rekomendowane do ostatecznej weryfikacji i kwalifikacji osoby do udzielenia wsparcia, w szczególności w formie mieszkania wspomaganego:

Na poziomie ostatecznej kwalifikacji rekomenduje się wykonanie Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która powinna być wykonana przez zespół specjalistów, optymalnie w składzie: lekarz, psycholog, rehabilitant, pielęgniarka, pracownik socjalny, w oparciu o wywiad, badanie przedmiotowe i czynnościowe (testy, skale), rozszerzone o konieczne badania dodatkowe i/lub inne, adekwatne do ww. oceny kryteriów, testów medycznych i wywiadów.

Zestawienie proponowanych testów i skal Modelu; szczegółowy opis adresatów MW wraz z proponowanymi narzędziami diagnostycznymi zawarte są w opracowaniu – Załącznik nr 3.

Adresatami tej formy pomocy nie powinny być:

1. osoby z głębokim stopniem upośledzenia, wymagające stałej całodobowej opieki;
2. osoby uzależnione od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych;
3. osoby z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych;
4. osoby z zaburzeniami i schorzeniami psychicznymi powiązаныmi z agresją, agorafobią i przeciwwskazaniami do pobytu poza własnym miejscem zamieszkania lub do przebywania z innymi osobami obcymi;
5. osoby, które odmawiają aktywnego udziału w rehabilitacji społecznej, leczenia (farmakologicznego, terapii, konsultacji specjalistycznych: psychiatrycznych, neurologicznych).

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU, aby adresatami tej formy wsparcia nie były również osoby:

- z wysokim poziomem agresji lub autoagresji;
- z wysokim zagrożeniem tendencjami samobójczymi;
- których stan zdrowia wskazuje na pobyt w innej placówce świadczącej całodobową opiekę, m.in. DPS, ZOL, Szpital Psychiatryczny;
- z głębokim stopniem upośledzenia, wymagające stałej całodobowej opieki;
- zdrowe (nieposiadające schorzeń neurologicznych, poniżej 60 r.ż.).

Załącznik nr 3 opisuje szczegółowo różnorodne tryby i warunki kwalifikowania osób do pobytu w mieszkaniach wspomaganych, przeznaczonych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera, Parkinsona, i osobom starszym.

Proponowany standard wskazuje na dopuszczenie elastyczności oraz dostosowania wyboru formy usługi do:

- warunków lokalnych danej gminy;
- potrzeb oraz możliwości lokalnych;
- indywidualnych przypadków oraz konieczności wdrożenia stosownej interwencji.

2. Standard lokalu MW – rekomendacje

W związku z mankamentami, wynikającymi z braku szerszego opracowania w przepisach prawa budowlanego wymagań dotyczących środowiska dostosowanego dla osób starszych oraz chorych neurologicznie, w tym z chorobą AD i PD, w procesach projektowych należy posilkować się opracowaniami zawartymi w literaturze fachowej i standardach zalecanych przez odpowiednie placówki badawcze na świecie.

REKOMENDACJA NR 4

Z uwagi na specyfikę odbiorców-lokatorów mieszkań wspomaganych, jako modelową przyjęć należy zasadę kierowania do MW osób, dla których będzie to mieszkanie docelowe. W szczególnych przypadkach można rozważyć czasowy charakter pobytu w MW, jednak tylko w przypadku świadomej zgody i zrozumienia dla tego typu interwencji ze strony beneficjenta-seniora.

Jednocześnie, autorzy Modelu dopuszczają możliwość realizacji usługi mieszkalnictwa wspomaganego w formie okresowej lub wytchnieniowej, jednakże wyłącznie w formie interwencji w mieszkaniu własnym odbiorcy ww. usługi, a więc wcześniej opisanej formule mieszkania wspomaganego własnego. **W tym zakresie, zespół ekspertów nie rekomenduje opisanej w Załączniku nr 3 formy „przenoszenia” osób objętych wsparciem usługi MW z własnego mieszkania na pobyt czasowy do mieszkania zewnętrznego.**

Kompletny i szeroki opis optymalnych standardów – wymagań dla MW, zgodnych z zasadami projektowania uniwersalnego oraz szczegółowych zaleceń, zawiera Załącznik nr 5, stanowiący integralną część Modelu.

W tej części dokumentu wymienione zostaną poniżej zalecenia, które mają charakter podstawowych rekomendacji, minimalnych wymogów, związanych z przygotowaniem technicznym MW, przystosowanych do zamieszkania przez osoby z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera, Parkinsona, oraz osoby starsze, na podstawie ww. opracowania.

Szczególnie istotne jest uwzględnienie w projektowaniu środowiska dla osób **starszych oraz z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera, Parkinsona**, zasad związanych z **kształtowaniem bezpieczeństwa i poczucia bezpieczeństwa** w miejscu pobytu oraz jego otoczeniu. Osoby starsze, ze względu na niesprawności i postępującą wraz z wiekiem słabość fizyczną, mają zwiększone zapotrzebowanie na bezpieczeństwo w środowisku zabudowanym. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do **niewystępowania barier w otoczeniu urbanistycznym (schody)**, do możliwości korzystania z **poręczy czy ławek** umożliwiających krótki odpoczynek, do wprowadzenia miejsca na **odłożenie rzeczy przed wejściem do budynku** oraz zapewnienia **widoczności otaczającego terenu** (gęsta zieleń uniemożliwiająca wgląd jest odbierana jako zagrożenie). W projekcie budynku należy unikać zbyt długich i ciemnych korytarzy i wnęk, za którymi może się ktoś ukryć itp.

Wskazanie kryteriów projektowych

Przyjęto następujące założenia:

- wykorzystanie założeń projektowania uniwersalnego³⁹, z uwzględnieniem różnych typów niepełnosprawności;
- wykorzystanie założeń kształtowania środowiska terapeutycznego (*healing environment*), poprzez które możliwa jest realizacja potrzeb funkcjonalnych grupy docelowej ma to znaczenie w procesie kształtowania odpowiedniego środowiska dla osób starszych w miejscu zamieszkania, ale także dla wspomagania procesu leczenia czy dla poprawy warunków opieki, dla wzmocnienia lub podtrzymania samodzielności tych osób w codziennych czynnościach.

Środowisko terapeutyczne tworzą trzy zasadnicze czynniki⁴⁰:

- zapewnienie poczucia kontroli w zakresie uwarunkowań fizycznych i społecznych otoczenia;
- zapewnienie odpowiedniego klimatu (wsparcia) społecznego – m.in. udział rodziny w procesie opieki i leczenia;
- wprowadzenie elementów pozytywnie oddziałujących, odwracających uwagę od dyskomfortów zdrowotnych, np. elementy przyrodnicze, sztuka;
- tworzenie kameralnego klimatu wewnątrz i mniejszych zespołów funkcjonalnych, co obniża stres środowiskowy

Przykłady znoszenia barier architektonicznych, zgodnie z zasadą projektowania uniwersalnego

Program funkcjonalny mieszkania wynika z Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1422).

Wyróżniamy następujące pomieszczenia w mieszkaniu:

- pomieszczenia mieszkalne (pokoje), w tym co najmniej jeden pokój o powierzchni nie mniejszej niż 16 m²;
- kuchnia lub wnęka kuchenna;
- łazienka;
- ustęp wydzielony lub miska ustępowa w łazience;
- przestrzeń składowania;
- przestrzeń komunikacji wewnętrznej.

³⁹ „Projektowanie uniwersalne, postrzegane jest jako klucz do rozwiązania większości problemów związanych z obecnością barier w przestrzeniach publicznych, ale dotyczy także znacznie szerszego kontekstu kształtowania obiektów i elementów – służyć ma tworzeniu warunków ułatwiających partycypację społeczną i niwelacji sytuacji powodujących wykluczenie oraz marginalizację” [G. Gawron, 2015, *Universal Design – Projektowanie Uniwersalne jako idea w dążeniu do osiągnięcia partycypacji społecznej osób niepełnosprawnych*, „Roczniki Nauk Społecznych” 2015, t. 7(43).

⁴⁰ R. Ulrich, 1991

Minimalne wymagania, zalecenia oraz optymalne i innowacyjne rozwiązania, dotyczące projektowania oraz przygotowania użytkowego/funkcjonalnego wszystkich pomieszczeń, zostały opisane szczegółowo w Załączniku nr 5.

Podstawowe wymagania projektowania wnętrza mieszkania dotyczą:

- przewietrzania i wentylacji;
- oświetlenia światłem dziennym pokoi i kuchni;
- minimalnych szerokości pomieszczeń;
- wyposażenia w instalacje i urządzenia (wodociągowe, kanalizacyjne, grzewcze, elektryczne, telekomunikacyjne oraz w razie potrzeby: gazowe⁴¹, telewizji przemysłowej, sygnalizacji domowej i domofonowej, klimatyzacji).

Wymagania związane z wielkością, układem funkcjonalno-przestrzennym i wyposażeniem mieszkań są zróżnicowane i bezpośrednio wynikają z rodzaju niepełnosprawności, schorzenia czy wieku. Konieczne jest takie kształtowanie mieszkań, aby sprostać zmieniającym się w czasie potrzebom użytkowników. Załącznik nr 5 zawiera proponowane plany, układy funkcjonalno-przestrzenne oraz standardy, zgodne z obowiązującymi przepisami.

Zasadą projektowania mieszkań dla grupy docelowej jest prostota i czytelność układu przestrzennego. Uwypuklić trzeba rolę specjalnego wyposażenia ułatwiającego poruszanie się, wykonywanie czynności związanych z higieną i codziennym życiem.

Wielkość pomieszczeń mieszkalnych odbiega znacząco od rekomendacji powierzchniowych zgodnych z obowiązującymi przepisami. Wynika to z konieczności dostosowania wnętrz do potrzeb osób z dysfunkcjami ruchu (wózek inwalidzki, chodzik, kule).

Nieodpowiedni mikroklimat wnętrza (temperatura, wilgotność, wymiana powietrza) może powodować duży dyskomfort u użytkowników, pogorszenie stanu zdrowia. W związku z tym istnieje związek z projektowaniem budownictwa, którego głównym założeniem jest tworzenie warunków sprzyjających samodzielnemu, świadomemu korzystaniu ze środowiska w wielu jego aspektach.

Dla oceny jakości środowiska wewnętrznego 4 kategorie zostały uznane za najważniejsze:

- jakość powietrza;
- temperatura powietrza;
- oświetlenie;
- akustyka pomieszczeń.

⁴¹ W przypadku mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych stosowanie urządzeń gazowych jest nie wskazane.

System odpowiedniej wentylacji i napływu świeżego powietrza to ważny element zapewniający komfortowe przebywanie we wnętrzu. Dobra wentylacja zapewnia:

- napływ świeżego powietrza;
- odprowadzanie wilgoci z pomieszczeń;
- obniżenie stężenia szkodliwych dla człowieka zanieczyszczeń w powietrzu.

Minimalne wymagania dotyczące wentylacji pozostają takie same niezależnie od jej rodzaju w domu. Zbyt mała ilość świeżego powietrza powoduje występowanie wielu niekorzystnych objawów, takich jak: osłabienie, suche wargi, podrażnienie oczu, podrażnienie śluzówek nosa i gardła. Pomieszczeniami, w których należy położyć szczególny nacisk na dobrą wentylację ze względu na wilgotność i intensywność zapachów, są przede wszystkim kuchnia i łazienka, a także małe pomieszczenia zamknięte typu spiżarnie czy garderoby.

Temperatura powietrza

Człowiek czuje się najlepiej, gdy zapewniony ma komfort ciepły, to znaczy nie odczuwa ani zimna, ani ciepła. Optymalna temperatura zależy od wielu czynników – pory roku, wieku, stylu życia. Latem lepiej znosimy wyższe temperatury, a zimą za optymalną temperaturę w mieszkaniu uważa się 18-21°C.

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1422), określa obliczeniowe temperatury wewnętrzne, które są wymagane dla zapewnienia komfortu cieplnego w budynku.

Temperatura powinna być dostosowana do indywidualnego stylu życia, a także do charakteru pomieszczenia – przykładowo w pokojach dziennych nie powinna przekraczać 21°C, w kuchni – gdzie temperatura podnosi się podczas gotowania, 19 -20°C. Sen w zbyt ciepłym pomieszczeniu nie daje odpoczynku, dlatego w sypialni najlepiej ustawiać termostat na 17-19°C. W łazience powinno być najcieplej – nawet 25°C.

Osobno należy analizować i rozwiązywać problem z punktu widzenia projektowania dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych z powodu odczuwania dyskomfortu cieplnego, złego samopoczucia oraz zmniejszenia koncentracji podczas wykonywania różnych czynności. Mogą u nich występować zaburzenia prawidłowego funkcjonowania układu termoregulacji wynikające z dysfunkcji układu ruchu, chorób wewnętrznych czy neurologicznych, jak również związane z przyjmowaniem leków wpływających na układ termoregulacji.

Zaburzenia układu termoregulacji powodują nieprawidłową kompensację dużych odchyleń od temperatury komfortu, przez co komfort ciepły jest odczuwany w mniejszym zakresie niż w przypadku osób w pełni sprawnych.

Oświetlenie

W procesie kształtowania prawidłowego otoczenia dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych oświetlenie dzienne i sztuczne odgrywają zasadniczą rolę – wpływają nie tylko na czytelność, bezpieczeństwo, ale również na samopoczucie. Światło oraz jego barwy mają duży wpływ na

nastrój i psychikę człowieka. Naturalnym źródłem światła jest słońce. Oko człowieka pod względem optycznym jest najlepiej przystosowane do światła słonecznego. Obecnie dostępne techniki oświetleniowe coraz lepiej imitują światło naturalne.

Światło dzienne bezpośrednie lub sztuczne może być powodem **oślnienia, które staje się bardziej problematyczne wraz z wiekiem**. Oślnienie może być podzielone na dwa typy: oślnienie powodujące dyskomfort oraz powodujące zakłócenia w sprawności. Pierwszy typ charakteryzuje się intuicyjnym odwróceniem wzroku od źródła mocnego światła, drugi typ powoduje trudności w widzeniu i wykonywanie czynności z uczuciem dyskomfortu.

Okna powinny redukować ryzyko oślnienia i posiadać żaluzje, zasłony, markizy, szkło refleksyjne lub zewnętrzne urządzenia osłaniające.

Umieszczenie światła sztucznego musi być dokładnie przemyślane. Światło na wysokości wzroku powoduje oślnienie, rekomendowane jest pośrednie źródło światła. Bezppośrednie źródło światła nie powinno być jaskrawe, natomiast światło do czytania może być mocniejsze, jednak nie powinno posiadać żarówki o mocy większej niż 40W.

Przy doborze oświetlenia sztucznego w pomieszczeniach, w których przebywają osoby z dysfunkcjami wzroku, należy wziąć pod uwagę trzy zasadnicze aspekty:

- imitację zmian oświetlenia dziennego oraz jego uzupełnienie;
- elastyczność rozwiązań i zastosowanie środków indywidualnej kontroli oświetlenia z uwagi na wpływ światła na funkcje fizjologiczne;
- dobór światła o optymalnej temperaturze barwowej i natężeniu.

W projektowaniu oświetlenia dla osób starszych zaleca się miejscowe doświetlenie pola widzenia z trzykrotnie zwiększonym poziomem natężenia oświetlenia w stosunku do minimalnych wymagań.

Rozszerzenie zagadnienia oraz szczegółowy opis wraz z odniesieniami do prawnych uwarunkowań i unormowań – Załącznik nr 5.

Akustyka pomieszczeń

Akustyka pomieszczeń jest kolejnym zagadnieniem związanym z prawidłowym kształtowaniem środowiska wewnętrznego. Hałas może negatywnie wpływać na użytkowników wnętrz, szczególnie na osoby stale przebywające w budynkach, w tym osoby z chorobami neurologicznymi, z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osoby starsze. W związku z tym podczas projektowania wnętrz należy projektować przegrody o odpowiedniej izolacyjności akustycznej (ściany, stropy, okna, drzwi). Dźwięki powietrzne przenikające przez te przegrody określa się liczbą decybeli, jaką może wytłumić każda z tych przegród. Przyjęto

oznaczenia: R_{Al} – izolacyjność odniesiona do wnętrza budynku, R_{All} – izolacyjność odniesiona do dźwięków dobiegających z zewnątrz. Im wyższe wskaźniki, tym większe tłumienie⁴².

Lokalizacja⁴³

Mieszkania powinny być usytuowane na parterze lub na kondygnacji z dostępem do windy (co rekomenduje Niezabitowski, wskazując na badania Zaniewskiej).⁴⁴ Dojście, dojazd do klatki bez dziur, poluzowanych płyt chodnikowych, schody bez ubytków. Na klatce schodowej zainstalowanie mocniejszego światła/żarówek. Schody – kilka stopni – po obu stronach zainstalowane poręcze oraz podjazd na wózek, chodzik. Dostosowanie budynków, pomieszczeń do osób niesprawnych określają przepisy, które regulują te kwestie, tj. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane* (Dz.U. z 2016 r. poz. 290) oraz Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r., w *sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (Dz.U. z 2015 r. poz. 1422). Przepisy te traktują o prawidłowościach dotyczących min. dojazdów, dojść (1,5 m), pochylni, wind, drzwi czy pomieszczeń sanitarnych, wskazując też na konsekwencje prawne.

Kształtowanie mieszkań⁴⁵

Zamieszkiwanie „wspólnotowe” dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych to współuczestnictwo i wspomaganie, wspieranie samych siebie poprzez samopomoc współmieszkańców. Powinno być oparte o prawidłowe, dobre relacje współmieszkańców, którzy należycie zostali dobrani, a przede wszystkim przejawiają chęć zamieszkania wspólnie. Adaptacja seniorów do nowego środowiska, jakim jest tu mieszkanie wspierane, oznacza wzajemny, zrozumiały system komunikowania wspólnie podzielanych przeżyć, działań, wartości i spostrzegania otaczającej rzeczywistości, czemu sprzyja wcześniejsza znajomość i chęć wspólnego bycia w jednym miejscu, co rekomenduje Niezabitowski.⁴⁶

Rozwiązania funkcjonalne mogą być zróżnicowane. O kształtowaniu mieszkania zdecydować powierzchnia użytkowa, liczba mieszkańców oraz zastany układ funkcjonalny, konstrukcyjny, instalacyjny (mieszkania wspomagane są formą zamieszkania bardzo często adaptowaną z istniejących zasobów).

Mieszkania wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych powinny charakteryzować się zastosowaniem indywidualnych rozwiązań funkcjonalno-behawioralnych, ze względu na swoiste potrzeby tej grupy. Mieszkania te powinny dawać możliwość kontroli przez opiekunów zachowań mieszkańców, poprzez ograniczenie możliwości wyjścia poza mieszkanie i zagu-

⁴² Rozszerzenie oraz szczegółowy opis zagadnienia – Załącznik nr 5.

⁴³ Tekst z *Wprowadzenia do modelu wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi oraz ich rodzin* – dokumentu wewnętrznego, przekazanego Wykonawcy przez RCPS Łódź.

⁴⁴ M. Niezabitowski, *Środowisko zamieszkania w doświadczeniu osób starszych*, wyd. PŚ, Gliwice 2018, s.29.

⁴⁵ Tekst z *Wprowadzenia...*, op. cit.

⁴⁶ Tamże, s. 183.

bieńia się na skutek ograniczonych zdolności poznawczych (jeśli dotyczy to użytkowników danego MW, ze zdiagnozowaną chorobą, wymagającą takiego zabezpieczenia). Mieszkańcy mogą poruszać się po terenie mieszkania, mają swobodny dostęp do strefy rekreacyjnej. Strefy te powinny być całkowicie pozbawione barier architektonicznych oraz wyposażone w system alarmowo-przywoławczy. We wnętrzach powinny znajdować się dodatkowe wskazówki orientacyjne w postaci obrazków, napisów, a brak nadmiernej dekoracji zmniejsza możliwość dezorientacji. Istotną cechą tego typu przestrzeni jest dodatkowy, specjalistyczny personel, przeszkolony w zakresie technik kontroli zachowań oraz stosowanie specjalistycznego programu pobudzania do aktywności.

Ze względu na swoiste potrzeby osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych **REKOMENDUJĘ** zastosowanie indywidualnych rozwiązań funkcjonalno-behawioralnych. Należy tu wymienić: prostotę i czytelność układu przestrzennego, konieczność wprowadzenia dla mieszkańca dodatkowych wskazówek orientacyjnych w postaci obrazków, napisów, a także ułatwienia w zakresie przemieszczania się. Z tego też względu wnętrza powinny być dostosowane do osób z dysfunkcjami ruchu. Należy zrezygnować z nadmiernej dekoracji, która mogłaby zmniejszać możliwość orientacji mieszkańca/mieszkańców. Podkreślić trzeba również potrzebę wprowadzenia dodatkowego pomieszczenia, w którym mogłyby być przechowywane wózki inwalidzkie, chodziki czy kule. Dostępne wyposażenie powinno ułatwiać poruszanie się, a także wykonywanie czynności związanych z higieną i codziennym życiem. Mieszkanie powinno być funkcjonalne, bez zbędnych elementów ograniczających przestrzeń, a powierzchnie w pomieszczeniach powinny umożliwiać manewrowanie wózkiem inwalidzkim. Ciąg komunikacyjny z pokoju do łazienki, a także z pokoju do kuchni powinien być w sposób czytelny i właściwie oznaczony, tak aby mieszkańcy bez problemu poruszali się po terenie mieszkania oraz mieli swobodny dostęp do strefy rekreacyjnej. Strefy te powinny być całkowicie pozbawione barier architektonicznych oraz wyposażone w system alarmowo-przywoławczy. Ta formuła stwarza możliwość kontroli przez opiekunów zachowań mieszkańców, co ma szczególne znaczenie w sytuacji zagubienia się na skutek ograniczonych zdolności poznawczych. Mieszkanie powinno być pełni wyposażone i zagospodarowane w sprzęty niezbędne do prawidłowego funkcjonowania. Mianowicie podstawowe wyposażenie kuchni to sprzęt gospodarstwa domowego (tj.: piekarnik, lodówka, kuchenka mikrofalowa, płyta indukcyjna, zmywarka, okap, czajnik elektryczny) oraz naczynia, sztućce. Łazienka powinna być wyposażona w prysznic wraz z zamontowanymi uchwytami, które pozwolą osobie z niepełnosprawnością na w miarę swobodne korzystanie z prysznica lub toalety. W sypialni niezbędne jest łóżko z dostępem do niego z trzech stron, szafka nocna, lampka oraz krzesło, ew. stolik, szafa na ubrania). Mieszkanie powinno być również wyposażone w czujniki: gazu, dymu oraz czadu. Niezbędne są również ułatwienia w segregacji odpadów i usuwania śmieci.

⁴⁷ Choć jak wykazano w ankietach, skutecznie jest kwestionowana przez mieszkańców.

Szczegółowe opisy wymagań oraz zaleceń, dotyczące rozwiązań związanych z funkcjonalnością i przystosowaniem poszczególnych pomieszczeń, stref pobytu oraz części mieszkań, znajdują się w Załączniku nr 5.

Poniżej zestawienie najistotniejszych wskazówek, według których zaleca się projektowanie i wyposażanie MW.

Mieszkania wspomagane charakteryzuje podział na część półprywatną (dzienną) oraz część prywatną (nocną).

Strefa półprywatna jest to przestrzeń, w której mieszkańcy przebywają w ciągu dnia. Powinna być złożona z funkcji, które wspierają i uatrakcyjnają pobyt osób starszych w mieszkaniu wspomaganym. Możemy ją nazwać strefą wspierającą, którą należy kształtować w taki sposób, aby była społeczna, sprzyjała nawiązywaniu kontaktów, aby integrować mieszkańców.

Strefa ta powinna znajdować się w sąsiedztwie strefy mieszkalnej – prywatnej. Zwykle w tej części budynku przewiduje się kontakt z naturą, np. wyjście na taras, balkon, loggię lub do ogrodu.

Pomieszczenie kuchenne powinno być zaprojektowane zgodnie z zasadami ergonomii, tzn. tak, aby jego optymalne użytkowanie wymagało minimalnego wysiłku. Powierzchnia podłogi powinna umożliwiać osobie na wózku inwalidzkim wykonanie pełnego obrotu (średnica 165 cm) oraz powinna być bezpieczna.

Przechowywanie, przygotowanie, gotowanie i zmywanie w kuchni powinno przebiegać bez przestojów i być rozwiązane na zasadach obowiązujących wszyskich. Wysokość płaszczyzny roboczej zawierać się powinna w granicach od 82 do 95 cm.

Przeźrzeń komunikacji wewnętrznej – podstawowe wymagania:

- szerokość korytarza: minimum 120 cm;
- kształt i wymiary korytarza umożliwiające przeniesienie chorego na noszach oraz wykonanie manewru wózkiem inwalidzkim w miejscu zmiany kierunku ruchu.

Dopuszcza się:

- miejscowe zwężenie korytarza do 90 cm na długości nie większej niż 150 cm.

Zalecenia:

- zwarty, czytelny układ, z uprzywilejowaniem dojścia do pokoju dziennego;
- poszerzenie w rejonie wejścia, ewentualne zwężenie – w głębi mieszkania;
- posadzka zmywalna, zwłaszcza w rejonie wejścia;
- trwałe, odporne na uszkodzenia i zabrudzenia wykończenie ścian.

Pokoje prywatne: Zasadnicze znaczenie dla samopoczucia mieszkańców w czasie pobytu w mieszkaniu wspomaganym mają ich pokoje. Przede wszystkim konieczne są rozwiązania pozwalające na pozostanie w pokoju poprzez **możliwość dostosowania tego**

pomieszczenia do stopnia samodzielności mieszkańców, ich wieku oraz kondycji psychicznej.

Osoby starsze oraz osoby z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, wymagają pomieszczeń bardziej elastycznych pod względem aranżacji, zmiany umeblowania – pozwalających na stosowanie wizualnych czy akustycznych przegród, zmianę techniki wykonywania zabiegów higienicznych w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia. Istotne jest również wzięcie pod uwagę komfortu użytkownika dla personelu oraz możliwość przebywania w pobliżu mieszkańca jego bliskich.

Rozwiązania przestrzenne pokoi dla mieszkańców są zróżnicowane, jednak powinny odpowiadać na potrzeby użytkowników. Do najważniejszych kryteriów jakości behawioralnej zalicza się potrzeby:

- **prywatności**, która realizowana jest poprzez zapewnienie odpowiedniego terytorium wokół łóżka i zaopatrzenie w niezbędne sprzęty (szafki przyłóżkowe). W większości prezentowanych przykładów rozwiązania zapewniają gradację prywatności – od intymnych rozmów z bliskimi po kontakty z personelem bądź współlokatorem;
- **personalizacji przestrzeni** – zapewnia się ją poprzez możliwość indywidualizacji pokoi (szczególnie pojedynczych). W analizowanych przypadkach przyjmowano różnicowane rozwiązania w wyposażeniu, kolorystyce czy oświetleniu, które pomagały uzyskać domową atmosferę w pokojach;
- **regulacji intensywności interakcji społecznych** – odbywa się poprzez możliwość swobodnego kształtowania relacji i ochronę przed uciążliwą obecnością innych osób. Potrzeby te realizować można za pomocą oddzielenia się parawanem, zmiany miejsca w pokoju (łóżko – fotel);
- **bezpieczeństwa**, która wiąże się między innymi z potrzebą kontaktu wzrokowego z otoczeniem oraz ochroną przed wpływem stresów środowiskowych – realizowana była poprzez możliwość obserwacji otoczenia przez okno, obserwacji wejścia do pokoju, ale także poprzez możliwość izolacji i odosobnienia;
- **kontroli czynników środowiskowych** – polega na ochronie przed następującymi obszarami zagrożeń (związanymi również z bezpieczeństwem): zagubieniem, błędzeniem (przez osoby dotknięte otępieniem, majaczeniem), izolacją, deficytem opieki (szczególnie w przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową), urazami (upadkami, oparzeniami, porażeniem prądem), przemocą psychiczną lub fizyczną, molestowaniem seksualnym (przez współmieszkańców), zakażeniami przenoszonymi drogą kropelkową (wirus grypy), rozprzestrzeniającymi się przez systemy klimatyzacji (*Legionella*), kontaktowymi, pokarmowymi – przez wodę lub potrawy. W końcu zagrożeniem może być również narażenie na dym tytoniowy, hałas, uciążliwe zachowania sąsiadów, przykre zapachy oraz przegrzanie.

Pokoje mieszkańców powinny być projektowane z uwzględnieniem odpowiedniej powierzchni użytkowej pomieszczenia, dostosowanej do liczby łóżek (zagęszczenia), ich usytuowania; odległości między nimi, odległości łóżka od okna, drzwi, łazienki, wc, umywalki. Należy również brać pod uwagę ergonomię, czyli gabaryty wyposażenia i przystosowanie przestrzeni pokoju dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi, a także widok za oknem, kontakt wzrokowy z korytarzem, kontakt z innymi mieszkańcami.

Powierzchnie – wymagania podstawowe

- pokoje 1-osobowe – **powierzchnia min. 11,00 m²/osobę**;
- zróżnicowanie gabarytów pokoi w stosunku do stopnia sprawności;
- wydzielenie w pokoju różnych stref wpływa na jego wymiary – przedsiónek, strefa dla użytkownika, strefa dla rodziny, toaleta, dodatkowe, np. dla personelu.

Poniżej znajdują się wybrane wytyczne projektowe dla mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych. Zasady, którymi warto się kierować⁴⁸:

- „zapewnienie odpowiednich warunków akustycznych, z dala od źródeł hałasu;
- wprowadzenie elementów kontrastujących, szczególnie w sferze wejścia, np. ciemne drzwi wejściowe przy jasnej elewacji;
- zastosować kontrastowy kolor drzwi wewnątrz mieszkania, aby zapewnić łatwe odróżnienie drzwi;
- wprowadzić zasłonięcie drzwi frontowych zasłoną – rozwiązanie dla osób starszych cierpiących na demencję, które wędrują bez kontroli i często opuszczają mieszkanie;
- żaluzje i zasłony nie powinny absorbować naturalnego światła (...);
- zapewnić jednolite matowe wykończenia, które redukują efekt olśnienia, mocne kolorystycznie i wzorzyste wykończenia nie są zalecane;
- wykończenia posadzki antypoślizgowej klasa od R10 Do R13, powinny zachować ciągłość, z jak najmniejszą zmianą rodzaju materiału; tam, gdzie następuje zmiana materiału, należy wprowadzić kontrast kolorystyczny;
- listwy przypodłogowe powinny posiadać kontrastujące kolory, aby uzyskać widoczne przerwy pomiędzy ścianami a podłogą;
- lokalizacja okna oraz wysokość parapetu powinny zapewniać wizualny dostęp do widoku na zewnątrz;
- fronty kuchenne powinny być przeszklone, aby zapewnić wizualny dostęp do ich zawartości;
- otoczenie mieszkania powinno być bezpieczne i dostępne dla mieszkańców, aby zachęcać ich do spędzania czasu na świeżym powietrzu;

⁴⁸ Cyt. za: I. Benek, A. Miśkowiec, E. Rogalska, *Wymagania budowlane i wyposażenie mieszkań wspomaganych w projekcie pt.: „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych*, s. 122.

- ważne miejsca, tj. strefa wejścia, miejsce spotkań, kuchenka, kosz na śmieci, czajnik, powinny być umiejscowione w zasięgu wzroku – daje to poczucie bezpieczeństwa, gdyż pozwala na możliwość kontroli otoczenia, zachęca do prowadzenia codziennego trybu życia;
- wprowadzić odmienny kolor drzwi do pomieszczeń szczególnie ważnych, np. łazienka;
- zapewnić bezpośredni widok z pokoju na łazienkę – zwiększa to poczucie kontroli i bezpieczeństwa;
- zapewnić odpowiednie doświetlenie pomieszczeń oraz oznakowanie ciągów komunikacyjnych. Oświetlenie w pomieszczeniach poprowadzić ze szczególną dbałością, gdyż jest istotne na drogach prowadzących do łazienki, toalety, kuchni (szczególnie w porze nocnej);
- zapewnić wizualny dostęp do szafy”.

Warto również zwrócić uwagę na zaprezentowany poniżej zestaw kryteriów, który jest istotny przy projektowaniu pokoi dla mieszkańców⁴⁹:

- skierowanie pokoi na wschód, zachód lub południe;
- widoki: na ogród, osiedle, dziedziniec – zapewnienie mieszkańcom kontaktu z otoczeniem;
- unikać widoków na cmentarz, szpital, fabryki;
- pokoje powinny mieć prosty i czytelny dostęp do pozostałych funkcji w budynku;
- pokoje 1-osobowe (ze względu na mieszkańców – którzy mogą być zbyt uciążliwi dla innych, np. osoby z demencją);
- możliwe jest projektowanie kombinacji pokoi 1-osobowych z 2-osobowymi. Powierzchnie pokoi według obowiązujących przepisów: pokoje 1-osobowe – pow. min. wynosi 11 m²/osobę, pokoje dwuosobowe – pow. min. wynosi 9 m²/osobę;
- niezbędne jest zróżnicowanie gabarytów pokoi w stosunku do stopnia niepełnosprawności;
- wydzielenie w pokoju różnych stref wpływa na jego wymiary – przedśrodek, strefa dla pacjenta, strefa dla rodziny, toaleta, dodatkowe, wprowadzić dodatkowe pomieszczenie dla personelu.

Dodatkowe elementy istotne dla osób niepełnosprawnych ruchowo⁵⁰:

- w pokojach należy zapewnić miejsce na pole manewrowe o średnicy 150 cm;
- szerokość przejścia w pokoju powinna umożliwić obrót łóżkiem bez przesuwania innych łóżek;
- możliwość zmiany ustawienia łóżka – w przypadku utraty sprawności należy zapewnić dostęp do łóżka z trzech stron (odstęp między ścianą zewnętrzną

⁴⁹ Szerzej zob. *Wymagania budowlane i wyposażenia mieszkań wspomaganych w projekcie pt.: „Niezależne życie (...), op. cit., 84.*

⁵⁰ Szerzej zob. *Wymagania budowlane i wyposażenia mieszkań wspomaganych w projekcie pt.: „Niezależne życie (...), op. cit., 84-85.*

a łóżkiem – 90 cm, z drugiej strony 150 cm), minimalny odstęp między łózkami – 90 cm, zalecany 150 cm (pole manewrowe);

- wysokość zawieszenia i montażu – od 90 cm do 120 cm – poręcze, klamki, wyłączniki;
- kontakty, szafki, poręcze na wysokości 85 cm, poręcze powinny posiadać od 40 mm do 45 mm średnicy.

W pokojach powinno zapewnić się systemy kontroli łatwo dostępne dla mieszkańca z ograniczonym zasięgiem i zręcznością, systemy kontrolne muszą być dostępne z łóżek i znajdować się nie wyżej niż 120 cm od poziomu podłogi. Proponuje się instalować system przyzywowo-alarmowy.

Przygotowując mieszkanie dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych, warto zwrócić uwagę jeszcze na kilka istotnych elementów wyposażenia:

- zamontować umywalkę wraz z baterią umywalkową o szerokości nie mniejszej niż 60 cm (pod umywalką obowiązuje wolna przestrzeń);
- stworzyć wolną przestrzeń kąpielową z profilowaną powierzchnią najazdową zapewniającą przestrzeń manewrową z panelem prysznicowym – jej wymiary nie mogą być mniejsze niż 100x110 cm, ze spadkiem 1-2% w kierunku odpływu;
- zamontować poręcze (pochwyty proste 30 cm, pochwyty proste 60 cm, pochwyty kątowe 30x60 cm, pochwyty łukowe stałe 60 cm, pochwyty łukowe składane 60 cm);
- zamontować siedzisko prysznicowe dostosowane indywidualnie do potrzeb osoby niepełnosprawnej;
- zamontować deskę sedesową dostosowaną dla osób niepełnosprawnych (deska ma być twarda i stabilna).

Dodatkowo dla osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego niezbędne jest:

- poszerzenie otworu drzwiowego oraz montaż drzwi wewnętrznych; drzwi do łazienki powinny otwierać się na zewnątrz pomieszczenia, mieć co najmniej szerokość 0,8 m i wysokość 2 m w świetle ościeżnicy, a w dolnej części – otwory o sumarycznym przekroju nie mniejszym niż 0,022 m² dla dopływu powietrza;
- montaż drzwi zewnętrznych; drzwi powinny mieć szerokość 0,9 m i wysokość 2 m w świetle ościeżnicy,
- poszerzenie otworu drzwiowego – otwór drzwiowy w świetle ościeżnicy powinien mieć szerokość 0,9 m i wysokość 2 m;
- dostosowanie stolarki okiennej i drzwi balkonowych z obniżonymi okuciami (maksymalna wysokość klamki od poziomu posadzki – 120 cm, w przypadku drzwi balkonowych dodatkowe zabezpieczenie drzwi przed uderzeniem podstopnicą wózka do wysokości nie mniejszej niż 40 cm od poziomu posadzki, w przypadku montażu szyby hartowanej należy przedłożyć certyfikat), obniżenie/podwyższenie gniazd elektrycznych, wyłączników światła i innych.

Wyposażenie

- pokój powinien być wyposażony w łóżko (łóżko rehabilitacyjne dla osoby słabo chodzącej lub leżącej – czyli łóżko z czterema regulowanymi barierkami, regulowaną wysokością, wyposażone w materac przeciwodleżnowy);
- wzdłuż strefy komunikacyjnej pokoju należy sytuować pochwyt i odbojnice;
- zapewnienie miejsca na prywatne rzeczy – minimum to szafka przyłóżkowa, tablica lub możliwość zawieszenia obrazów np. półka na bibeloty, szafa ubraniowa;
- wprowadzenie elementów wyposażenia wpływających na charakter pokoju (zasłony, bibeloty, oświetlenie);
- każdy mieszkaniec powinien mieć szafę;
- instalować wyraźne i wielkie zegary oraz kalendarze;
- w zasięgu ręki mieszkańca powinna znajdować się szafka nocna, kontakt, światło kontrolowane przez mieszkańca oraz szereg przedmiotów codziennego użytku (np. okulary, zegarek, lusterko, czasopisma);
- meble powinny mieć jednolity kolor (unikamy wzorów, pasków), ponieważ wtedy łatwiej zauważyć przedmioty położone na nich;
- należy stosować materiały mięłe w dotyku, lekko chropowate, o miękkim chwycie, antyalergiczne, wodoodporne, antyseptyczne, wytrzymałe;
- w pokoju powinien się znajdować stół (najlepiej okrągły) i krzesła (sugerowane wymiary siedzisk krzesła: wysokość między 45 cm a 47,5 cm, głębokość od 45 cm do 50 cm);
- drzwi – pełne, z wyróżnioną kolorystycznie ościeżnicą, z tabliczką z nazwiskiem mieszkańca, z zamkiem otwieranym przez osoby upoważnione (personel);
- okna powinny mieć klamki w zasięgu rąk osoby siedzącej na wózku inwalidzkim;
- przesuwne otwierane okna są łatwiejsze do otwarcia niż okna otwierane przez podnoszenie;
- okna z limitem szerokości otwarcia (dla bezpieczeństwa) i z zainstalowanymi żaluzjami okiennymi;
- unikać mebli pochylających się do tyłu, jak również mebli na kółkach.

Kolorystyka

- unikać wzorzystych i nakrapianych wzorów tapicerki;
- kolor daje wskazówki, ukierunkowuje – bezpieczne poruszanie się, odnajdywanie przedmiotów,
- osoby starsze mogą mieć trudności z rozróżnianiem kolorów. Potrzebują trzy razy więcej światła, aby wyraźnie widzieć. Dlatego należy stosować kolorystykę skontrastowaną (ściany–posadzka, obrus -stół, krawędź–szafka, fotel–dywan, umywalka–**ściana**);
- kolorystyka pastelowa – niemęcząca oczu,
- obicia mebli powinny być w kolorach kontrastujących z otoczeniem, aby z łatwością odróżnić meble od ścian i podłóg, nieobite meble również powinny być w kontrastujących z otoczeniem kolorach. Ponadto powinno się skontrastować kolorystycznie brzegi mebli;

- dekorować wnętrza ciepłą kolorystyką, która jest dla starszych ludzi łatwiejsza do rozpoznania niż zimne tony;
- unikać wzorów, zwłaszcza na ścianach i podłogach, ponieważ przesadna wizualna stymulacja potrafi wywołać u starszych ludzi dezorientację i zakłopotanie, a co za tym idzie strach;
- unikać łączenia koloru niebieskiego i zielonego, ponieważ osoby starsze mają trudność w rozróżnianiu tych kolorów;
- rozróżnić należy ściany od podłóg, używając kontrastujących kolorów na każdej płaszczyźnie;
- uchwyty i poręcze powinny być w innych kolorach niż ściany i podłoga, aby ułatwić starszym ludziom zlokalizowanie poręczy;
- unikać błyszczących wykończeń i nie woskować lub polerować podłóg, gdyż błyszczenie podłóg jest wyzwaniem wizualnym dla starszych ludzi;
- preferowane matowe ściany;
- wszystkie materiały podłogowe powinny być antypoślizgowe, niebłyszczące, żeby wspierać dorosłych z ograniczoną możliwością ruchu i widzenia. Polecane jest także, aby materiały zmniejszały hałas.

Łazienki

Osoby chore neurologicznie, w tym z chorobą Parkinsona, Alzheimer, oraz osoby starsze, korzystając ze zwykłych urządzeń toaletowych i sanitarnych, inaczej wykonują niektóre czynności higieniczne. Trudności w lokalizacji przestrzennej ścian oraz elementów wyposażenia w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym spowodowane są zastosowaniem jednakowych lub zbliżonych barw ścian, podłogi i stałego wyposażenia (muszle klozetowe, umywalki itp.). Osoby słabowidzące mają problem z rozpoznaniem miejsca, gdzie kończy się podłoga, a zaczyna ściana, oraz rozpoznaniem umywalki czy miski ustępowej na tle podłogi, co utrudnia korzystanie z tych urządzeń.

Ułatwienie wzrokowego rozpoznania miejsca połączenia podłogi i ściany możliwe jest przez wykonanie podłogi np. z ciemnej terakoty, kontrastowej względem jasnych ścian. Ponadto na tle czarnej i matowej podłogi można łatwo rozpoznać białą muszlę klozetową i umywalkę. Również zastosowanie ciemnego, np. czarnego blatu, w który jest wbudowana biała umywalka, a także ciemnego dozownika mydła na jasnej ścianie, ułatwia ich szybkie zlokalizowanie.

Z pewnością zaproponowane rozwiązanie umożliwi **bezpieczne przemieszczanie się osób słabowidzących w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym i szybkie rozpoznanie wzrokowe elementów wyposażenia i komfortowego z nich korzystania**⁵¹.

⁵¹ Szczegółowe wymagania, rekomendacje oraz opisy elementów składających się na projektowanie oraz wyposażenie łazienek w MW, wraz z wizualnymi propozycjami, znajdują się w Załączniku nr 5.

Podsumowanie oraz wskazówki merytoryczne

Poza regulacjami legislacyjnymi, które obejmują podstawowe zagadnienia w projektowaniu obiektów mieszkalnych, funkcje terapeutyczne i wspomagające zaczynają odgrywać coraz większą rolę w kształtowaniu rozwiązań architektonicznych – także w przypadku osób chorych neurologicznie, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych.

Mieszkania wspomagane nie powinny być jedynie przestrzeniami, w których wszystkie komponenty zostają podporządkowane procedurom opiekuńczym. **Uwaga ogniskuje się na mieszkańcu, którego potrzeby stają się najważniejsze w kształtowaniu rozwiązań przestrzennych.** Kluczową rolę odgrywa wypracowanie rozwiązań, które nie tylko wspomagają funkcjonalną niezależność użytkowników, ale także pozwalają na ich właściwą stymulację.

Projektowanie środowiska bez barier, mieszczące się w nurcie projektowania uniwersalnego, jest realizowane w części dzięki regulacjom legislacyjnym i uznanym rekomendacjom.

W przypadku mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi oraz osób starszych mamy do czynienia z programowaniem i projektowaniem obiektów dla grup użytkowników o szczególnych potrzebach. Taką grupą użytkowników są osoby z zaburzeniami poznawczymi, które najtrudniej odnajdują się w otoczeniu i dla których zbyt silna presja środowiskowa jest istotnym czynnikiem ryzyka pogorszenia stanu zdrowia. Element wspomagania ich niezależności łączy się w tym przypadku z poczuciem bezpieczeństwa i łatwym przyswajaniem kodów znaczeniowych otoczenia⁵².

Istotnym zagadnieniem projektowym jest kształtowanie mieszkań pod kątem rozwiązań obniżających poziom stresu środowiskowego. Czynnikiem ten wymiennie wpływa na komfort użytkownika i personelu, przede wszystkim z uwagi na fakt, że na osoby z zaburzeniami poznawczymi nowe, zbyt intensywne otoczenie wywiera presję wywołującą nienormalne zachowania⁵³. Komponenty środowiska fizycznego, jak oświetlenie dzienne i sztuczne, poziom hałasu, zastosowana kolorystyka, kształtują istotną warstwę sensoryczną oddziaływania otoczenia.

Dlatego też warto podkreślić, że projektowanie przestrzeni mieszkania wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych wymaga uwzględnienia następujących uwarunkowań:

- zapewnienia przyjaznej przestrzeni i uwzględnienia szczególnych uwarunkowań projektowych dostosowujących obiekty do dysfunkcji tych osób;

⁵² I. Benek A. Szewczenko, *Ergonomia w projektowaniu obiektów z funkcją opieki dla osób starszych*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie”, [ROK WYDANIA?] t. 27, nr 2–3, s. 79.

⁵³ Waller S. Masterson A., Finn H., *Improving the patient experience. Developing the Supportive Design for People with Dementia*, The King's Fund's Enhancing the Healing Environment Programme 2009–2012, The King's Fund, London, 2013.

- zapewnienia komfortu użytkownika w zakresie jakości środowiska wewnętrznego;
- zapewnienia poczucia prywatności, niezależności i bezpieczeństwa (w tym wzmacnianie dotychczasowych zdolności funkcjonalnych w zakresie aktywności ruchowej; wspieranie możliwości przemieszczania się użytkownika samodzielnego oraz wspomaganie obsługi użytkownika wymagającego pomocy kadry opiekuńczej).

Wymiernym przejawem ogólnego stanu zdrowia osób z chorobami neurologicznymi oraz osób starszych jest poziom ich sprawności funkcjonalnej. **Zmniejszenie aktywności ruchowej, obniżenie sprawności w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego jest często pierwszym zwiastunem wielu chorób – zarówno somatycznych jak i psychicznych**⁵⁴. Zatem umożliwienie wykonywania niektórych czynności samodzielnie i ułatwienie orientacji w przestrzeni jest ważnym elementem komfortu użytkownika przestrzeni⁵⁵.

Istotnym aspektem projektowania mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych jest wprowadzenie elementów **aranżacji wewnątrz ułatwiających samodzielną orientację i poruszanie się w przestrzeni, co jest odpowiedzią na potrzebę samostanowienia, lokomocji i poczucia bezpieczeństwa** – użytkownikowi łatwiej „oswoić” przestrzeń, w której przestrzenne kody znaczeniowe są zrozumiałe i czytelne. Jednocześnie dobór elementów aranżacji powinien uwzględniać ograniczenia wynikające z różnych dysfunkcji

Wybrane wytyczne ułatwiające przemieszczanie się w przestrzeni:

- wprowadzenie pochwytów wzdłuż ciągów komunikacyjnych, w kolorystyce odmiennej od ścian i podłóg z uwagi na osoby niedowidzące; zasada ta dotyczy także stosowania kolorystyki ścian kontrastowej w stosunku do podłóg,
- projektowanie systemu identyfikacji wizualnej (oznaczenia, piktogramy) uwzględniającego ograniczenia kognitywne osoby starszej; dotyczy to także prostoty układu komunikacyjnego, kolorystyki pomieszczeń, która może być spójna z systemem oznaczeń. Rozwiązania te powinny być wspomagane liniowymi elementami kierunkowymi czy oświetleniem liniowym naprowadzającymi na określone miejsca;
- wrażliwą grupą są osoby z zaburzeniami kognitywnymi, które najtrudniej odnajdują się w środowisku, zwłaszcza o nadmiernej ilości bodźców. Doświadczenia wskazują, że poczucie zagubienia w czasie i przestrzeni, brak warunków do podejmowania znaczących aktywności oraz utrata niezależności u tych osób pogłębia stan choroby. Stąd wniosek, że jakość przestrzeni powinna być także w pewnym zakresie stymulująca (np. umieszczenie kalendarza i zegara w pomieszczeniach).

⁵⁴ Szewczenko A., *Podstawowe wymagania funkcjonalno-przestrzenne dotyczące stacjonarnych oddziałów geriatrycznych w aspekcie potrzeb indywidualnych osób starszych* w: „GERONTOLOGIA POLSKA” 2013, nr 4, s. 162.

⁵⁵ Doświadczenia brytyjskie dowodzą, że w oddziałach szpitalnych dla chorych na demencję, w których stworzono warunki do zachowania pewnego poziomu prywatności i znaczących aktywności spadła znacząco liczba reakcji agresywnych ze strony pacjentów. Por. Waller S. Masterson A., Finn H., op. cit.

Poniżej przykłady negatywnych zjawisk, których występowanie należy zminimalizować bądź wykluczyć w ramach kreowania przestrzeni mieszkania wspomagane:

- brak odpowiedniej przestrzeni manewrowej dla sprzętu rehabilitacyjnego, jak np. wózek inwalidzki czy podnośnik;
- brak dostępności łóżka z trzech stron spowodowany nadmiernym zagęszczeniem elementów wyposażenia w pokojach;
- upadki użytkowników przy nadmiernym zagęszczeniu elementów wyposażenia;
- brak możliwości regulacji parametrów środowiska fizycznego: nadmierna insolacja, zgrubna regulacja temperatury w pomieszczeniu, brak regulowanego oświetlenia;

Dopuszczalne są w uzasadnionych przypadkach odstępstwa od wytycznych, jednak odstępstwa te nie powinny naruszać minimalnych wymagań prawnych w zakresie dostępności wynikających z obowiązujących przepisów.

Analiza finansowa - szacunkowe koszty adaptacji oraz wyposażenia mieszkań wspomaganych dostępne są w Załączniku nr 5

3. Usługi wspierające pobyt i aktywność osób w MW – rodzaj i zakres

Istotą świadczenia pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych jest osiągnięcie celów postawionych przed koncepcją MW jako jedną z form wsparcia osób starszych i ze schorzeniami neurologicznymi typu AD i PD, czyli utrzymania tych osób jak najdłużej we względnej samodzielności życiowej w ich lokalnych społecznościach, w miejscach niemających charakteru instytucjonalnego i/lub zakładu zamkniętego.

Taki jest również cel przedstawionych w Modelu rekomendacji oraz wskazówek dla tworzenia oraz funkcjonowania mieszkalnictwa wspomagane.

Szczegółowy opis założeń, podstaw merytorycznych i praktycznych oraz specyfikacja propozycji pakietu usług wspierających dla szczególnego typu kategorii mieszkańców zostały opracowane i przedstawione w Załączniku nr 3 Modelu.

Według powyżej przywołanego opracowania:

Podstawową cechą i ideą standardu jest więc jego dynamika – rozwój i ewolucja, aby wchodzić na wyższe poziomy jakości i ustawicznie ulepszać nasze działania wraz z poprawiającymi się warunkami bytowymi i funkcjonowania społeczeństwa.

Dlatego też standard z zasady powinien ulegać podwyższaniu w zależności od postępu rozwoju życia społecznego i/lub zwiększania się posiadanych zasobów podmiotu prowadzącego MW.

W związku z powyższym zaproponowane informacje, rekomendacje, propozycje pakietów usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych należy rozumieć jako próg wyjścia do podejmowanych działań, a nie zamknięty katalog, w którego granicach należy się poruszać.

Wdrażając instrumenty wsparcia, niezależnie od ich rodzajów, należy zawsze pamiętać, że dobrą praktyką i podstawowym standardem powinno być systematyczne i szczegółowe analizowanie prowadzonych działań, dostrzeganie punktów słabych i krytycznych oraz podejmowanie działań w celu zapobiegania im lub minimalizowania ich negatywnych skutków dla Podopiecznych w przyszłości.

Wskazane jest śledzenie najnowszych trendów międzynarodowych, współpraca i wymiana doświadczeń pomiędzy samorządami terytorialnymi, śledzenie najnowszej literatury tematycznej, a także dobrych praktyk stosowanych przez innych i na tej podstawie modyfikowanie i/lub rozszerzanie pakietu usług wspierających o najbardziej aktualne i nowoczesne technologie, propozycje zajęć terapeutycznych i aktywizujących, zgodnie z zasadą prowadzenia pracy z podopiecznymi opartej na dowodach i aktualnych osiągnięciach i wnioskach nauki.

Dla znalezienia dodatkowych źródeł informacji i inspiracji do rozwoju usług opiekuńczych dla projektu mieszkań wspomaganych, jak i innych metod, i sposobów budowania systemu wsparcia, rekomendowane są ścisła współpraca i szersze wykorzystanie wiedzy naukowej i praktycznej oraz osiągnięć nowych gałęzi medycyny i nauki, takich jak geriatria, gerontologia, psychogerontologia, geragogika.

Wdrażaniu i stosowaniu niniejszych standardów powinien zawsze towarzyszyć równoległy **ciągły proces informacyjny i edukacyjny, obejmujący wszystkich mieszkańców, organizacje funkcjonujące w społeczeństwie (samorządy, służbę zdrowia, OPS, organizacje rządowe i pozarządowe, przedsiębiorstwa komercyjne i państwowe, ośrodki kultury, religijne i szkoły)**, wraz z efektywnym systemem bieżącego monitorowania efektów świadczonych usług i prowadzonych działań, tak aby doprowadzić w przyszłości do funkcjonowania maksymalnie skoordynowanego, spójnego, zintegrowanego społecznego systemu wsparcia.

REKOMENDUJĘ PO OKRESIE PILOTAŻU ścisłą współpracę mieszkańca MW z jego bliskimi oraz personelem. Wsparcie rodziny mieszkańca jest niezbędne dla prawidłowego realizowania wyznaczonych w ramach IPW celów i jest skuteczne w sytuacjach kryzysowych.

Charakterystyka najistotniejszych, wybranych elementów rekomendowanych pakietów usług, niezbędnych w realizacji mieszkalnictwa wspomagane – propozycja przedstawiona w opracowaniu – Załącznik nr 3.

Mówiąc o usługach opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach wspomaganych, będziemy odnosić się do punktów 3 i 4 Art. 50. Ustawy o pomocy społecznej.

Wszystkim Podopiecznym mieszkań wspomaganych przysługują podstawowe usługi opiekuńcze w zakresie:

- pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych;
- pomocy w utrzymaniu higieny;
- pomocy przy pielęgnacji realizowanej zgodnie z zaleceniem lekarskim;
- zapewnienia kontaktów z otoczeniem i aktywnego udziału w życiu społecznym.

Zgodnie z zasadą podmiotowości i indywidualnego podejścia do Podopiecznego świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze – z uwzględnianiem zaleceń lekarza, dostosowane do szczególnych potrzeb konkretnych osób, wynikających z rodzaju schorzenia, świadczone przez kadrę ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Pakiet usług powinien mieć charakter usług wspierających aktywność Podopiecznego w miejscu zamieszkania/pobytu w środowisku lokalnym i obejmować maksymalnie wszystkie sfery życia we własnym domu/ środowisku, czyli:

- utrzymywanie maksymalnie wysokiej samodzielności życiowej;
- kontynuowanie nauki i wspieranie w rozwoju osobistym;
- utrzymywanie maksymalnie osiągalnego dla danej osoby poziomu sprawności w zakresie samoobsługi;
- utrzymanie lub rozwijanie kontaktów społecznych;
- pełnienie ról społecznych.

Usługi wspierające pobyt mieszkańca oraz jego aktywność powinny być:

- wpisane w Indywidualny Plan Wsparcia;
- zgodne z zaleceniami opiekuńczymi przekazanymi przez lekarza/y;
- monitorowane z uwzględnieniem założonych celów w IPW;
- analizowane pod kątem efektywności;
- modyfikowane i dostosowywane do zmieniającego się stanu zdrowia i poziomu samodzielności Podopiecznego, po konsultacji z lekarzem lub specjalistą.

Indywidualny Plan Wsparcia powinien zawierać minimum:

- cele do osiągnięcia;
- liczbę godzin wsparcia tygodniowo/miesięcznie do zrealizowania;
- metody i techniki, jakimi zrealizowane będą dane usługi;
- opisane środki dydaktyczne.

Szczegółowe opisy oraz proponowane formy sporządzania dokumentacji znajdują się w Załączniku nr 3 Modelu.

REKOMENDACJA NR 5

Rekomenduje się, aby wszystkie osoby kadry mieszkań wspomaganych, rodzina, opiekunowie faktyczni, wybrane osoby z organizacji włączonych do sieci wsparcia współpracującej w ramach mieszkań wspomaganych, zostały profesjonalnie przeszkolone z zakresu rozpoznawania symptomów zagrożenia zdrowia i życia, udzielania pierwszej pomocy oraz znały procedurę postępowania w takich sytuacjach.

REKOMENDACJA NR 6

Wszelkie działania podejmowane w ramach świadczenia usług wspierających powinny nosić rzeczywiste znamiona wsparcia, a nie wyręczenia Podopiecznych w wykonywaniu czynności codziennych, treningowych czy też podejmowania za nich decyzji, jeśli nie jest to bezwzględnie wymagane lub uprawnione.

Zasadą prowadzonych działań powinno być motywowanie Podopiecznych do współpracy, ponawianie prób i włączanie ich – w miarę ich indywidualnych możliwości – w czynności i aktywności dnia codziennego oraz życie lokalnych społeczności, co pozwoli na wzmacnianie i budowanie ich wewnętrznego poczucia własnej wartości, przynależności społecznej, samozadowolenia, zwiększenia poziomu akceptacji choroby czy też starości i budowania pozytywnych odczuć.

Świadczone usługi wspierające powinny umożliwiać realizację potrzeb duchowych, religijnych i kulturalnych, zapewniać współpracę z samorządem lokalnym, stymulować nawiązywanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktu z rodziną i środowiskiem, oraz wspierać działania na rzecz lokalnego środowiska.

REKOMANDACJA NR 7

Z uwagi na specyfikę, ogromne zróżnicowanie oraz indywidualne preferencje i życiowe przyzwyczajenia odbiorców MW, należy bezwzględnie uwzględnić w niniejszym Modelu zarówno ich wybory co do form proponowanych zajęć, jak i dotychczas prowadzony styl i rytm życia codziennego.

Niedopuszczalne jest narzucanie przygotowanych planów czy też pakietów usług. Wszystkie działania muszą zostać świadomie zaakceptowane przez mieszkańców i odpowiadać ich specyficznym potrzebom.

W Modelu pojawia się określenie „trening” jako forma usługi dla odbiorców MW.

Rekomenduje się, aby stosować określenia znane i przyjazne mieszkańcom, dla których słowo „trening” może oznaczać działanie narzucone. Stosowniejsze wydaje się więc określenie „ćwiczenie” bądź „uczenie się”, prowadzące do rozwoju i wzmacniania kompetencji własnych mieszkańca.

Należy zwrócić szczególną uwagę na prawo Podopiecznych do wyboru form spędzania czasu wolnego oraz zapewnienie poczucia poszanowania ich prywatności, intymności oraz prawa do tak zwanej samotności z wyboru.

Tak więc zindywidualizowane pakiety usług nie mogą mieć charakteru opresyjnego, narzucającego zbyt intensywne ingerowanie w intymność i życie prywatne odbiorców usług MW.

4. Kadra mieszkań wspomaganych

Od zasobów ludzkich zależy jakość świadczonych usług oraz powodzenie całego przedsięwzięcia, gdyż to na barkach personelu mieszkań wspomaganych spoczywać będzie opieka, nadzór, kontrola i wsparcie mieszkańców. Osoby takie muszą spełniać określone, jasno sprecyzowane kryteria, ale warunkiem kluczowym jest ich odpowiednie przeszkolenie, tak aby stanowiły dobrze dobrany zespół umiejący reagować na każdą sytuację.

Stworzenie programu szkoleniowego mieszkań wspomaganych uwzględniać musi szereg czynników. Można je podzielić na następujące grupy::

- **Lokalowo-architektoniczne** – związane z wyborem i dostosowaniem mieszkań do potrzeb ich przyszłych lokatorów;
- **Medyczno-zdrowotne** – uwzględniające ograniczenia zdrowotne oraz potrzeby w zakresie opieki i usług medycznych przyszłych lokatorów mieszkań;
- **Prawne** – wszystkie działania muszą uwzględniać aktualne zapisy prawa (np. prawo budowlane);
- **Ekonomiczne** – związane z kosztami ponoszonymi przez jednostki przygotowujące i utrzymujące lokale oraz personel, a także z kosztami ponoszonymi przez lokatorów mieszkań wspomaganych;
- **Społeczne** – związane z zakresem aktywności i uczestnictwa społecznego mieszkańców mieszkań wspomaganych, charakterem i zakresem relacji z otoczeniem, rodziną, znajomymi, rówieśnikami;
- **Merytoryczne** – związane z profesjonalnym zespołem wspierającym, kontrolującym i nadzorującym życie i funkcjonowanie mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych.

Zespół składać się będzie z profesjonalistów z różnych dyscyplin, a ich zadaniem będzie całościowe, zintegrowane podejście do zadań wynikających z roli personelu mieszkania wspomaganego.

Rekomenduje się zespołowe podejście geriatryczne we wszystkich interwencjach i procedurach, stosowanych w odniesieniu do odbiorców działań w niniejszym Modelu.

Kadra mieszkania wspomaganego może składać się z:

1. opiekuna mieszkania wspomaganego;
2. opiekuna / asystenta osoby niepełnosprawnej;
3. animatora czasu wolnego / terapeuty zajęciowego;
4. pracownika socjalnego.

REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZENIU PILOTAŻU, aby:

- kadre MW opcjonalnie zasilili fizjoterapeuta. Jego udział w projekcie pilotażowym wielokrotnie pozytywnie wpływał na aktywność mieszkańców, wobec powyższego warto uwzględnić w modelu wsparcie rehabilitanta, który będzie świadczył na rzecz mieszkańca/mieszkańców usługę dodatkową;
- zakres obowiązków dla animatora czasu przejął opiekun mieszkania bądź asystent osoby niepełnosprawnej (jednakże warto dodać, że dla zachowania wysokiej jakości świadczonych usług realizowanych w MW, podmiot realizujący usługę MW powinien rozważyć umożliwienie skorzystania ze wsparcia animatora czasu wolnego, ponieważ jego kreatywność w istotny sposób wpływa na dobrostan mieszkańców, co potwierdziły badania jakościowe zrealizowane w projekcie pilotażowym).
- **REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZENIU PILOTAŻU** – zmianę w zakresie wymagań dla potencjalnej kadry, co potwierdził projekt pilotażowy. Wymagania określone dla opiekuna mieszkania wspomaganego oraz opiekuna / asystenta osoby niepełnosprawnej są bardzo wysokie i skutecznie utrudniają pozyskanie kompetentnej kadry mieszkań wspomaganych. Jest to szczególnie widoczne w małych miastach, gminach miejsko-wiejskich oraz gminach wiejskich. Pozyskanie kadry, która spełniałaby dotychczas ustalone wymagania, jest w ww. jednostkach samorządu terytorialnego trudne do zrealizowania, a w wielu przypadkach wręcz nieosiągalne. Przeprowadzone badania (tak ankiety, jak i wywiady wśród obecnej kadry mieszkań wspomaganych, potencjalnych pracowników oraz osób zarządzających projektem) potwierdziły konieczność obniżenia wymagań.
- Wobec powyższego **REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZENIU PILOTAŻU** – zmianę zasad kwalifikowania dla: opiekuna mieszkania wspomaganego oraz opiekuna / asystenta osoby niepełnosprawnej. Główny nacisk powinien być położony na dotychczasowe doświadczenie zawodowe (potencjalnego pracownika) w pracy z osobami chorymi neurologicznie, w tym osobami doświadczającymi choroby Alzheimera oraz choroby Parkinsona, i osobami starszymi, a nie jak to zostało pierwotnie wprowadzone w modelu pilotażowym – na ukończone studia wyższe. Należy również dostosować liczbę osób zatrudnionych do rzeczywistych potrzeb osoby wspieranej.

Uwzględniając powyższe, **PO PRZEPROWADZENIU PILOTAŻU REKOMENDUJĘ**:

- dobór kadry ze szczególnym uwzględnieniem predyspozycji osobowościowych;
- dobór kadry w jak największym stopniu ze społeczności lokalnej i niekaranej;
- przeszkolić w ramach specjalistycznego szkolenia, rekomendowanego w Modelu, więcej osób, które będą gotowe do podjęcia pracy w sytuacji zastępstwa, np. opiekuna mieszkania czy asystenta osoby niepełnosprawnej;
- zapewnić elastyczność zatrudnienia;
- uwzględnić możliwość wolontariatu w ramach usług świadczonych w mieszkaniu wspomaganym;
- zapewnić kadry mieszkań wspomaganych poradnictwo oraz regularnie przeprowadzać superwizje.

W opracowaniu dodatkowym – Załącznik nr 4 – przedstawiono szczegółowy opis kadry mieszkania wspomaganego oraz kryteria kwalifikujące do naboru.

Należy podkreślić, iż kryteria mają charakter wstępny, organizator indywidualnie określa szczegółowy opis kadry mieszkań wspomaganych, jak również sposób kwalifikowania na szkolenie oraz kryteria dodatkowe.

Poniżej, rekomendowana przez ekspertów, zaproponowana w opracowaniu zewnętrznym charakterystyka kadry MW:

Opiekun mieszkania wspomaganego

Osoba zatrudniona na tym stanowisku odpowiada za zarządzanie mieszkaniem, organizację pomocy społecznej, współpracę zespołu oraz koordynowanie działań opiekuńczych, wspierających i aktywizujących, podejmowanych przez poszczególnych członków kadry mieszkania wspomaganego.

Do szczegółowych zadań tej osoby należą:

- opracowanie zasad i regulaminów dotyczących organizacji mieszkania wspomaganego, w tym zasad rekrutacji mieszkańców;
- zarządzanie zasobami ludzkimi, materialnymi, finansowymi oraz informacyjnymi w odniesieniu do mieszkania wspomaganego;
- koordynowanie wykorzystania tych zasobów w pracy kadry mieszkania wspomaganego oraz w opiece i wsparciu lokatorów mieszkania wspomaganego;
- planowanie wsparcia dla mieszkańców w oparciu o dostępną kadrę mieszkania wspomaganego;
- monitoring realizacji zadań przez kadrę mieszkania wspomaganego;
- ewaluacja efektywności zadań realizowanych przez zespół oraz osiągniętego przez podopiecznych stopnia samodzielności;
- monitorowanie poziomu funkcjonowania społecznego i stanu zdrowia mieszkańców oraz reagowanie w sytuacji kryzysu lub zagrożenia życia lokatora;
- rozwiązywanie konfliktów zarówno w odniesieniu do kadry mieszkania, jak i jego lokatorów;
- współpraca z otoczeniem zewnętrznym (w tym z rodziną podopiecznego) w zakresie realizacji zadań wynikających ze świadczonej lokatorom mieszkań wspomaganych opieki, wsparcia oraz ich aktywizacji w obszarze społecznym, ruchowym i zawodowym;
- nadzorowanie pracy członków kadry mieszkania wspomaganego w zakresie wykonywania pracy zgodnie z kwalifikacjami i kompetencjami, z poszanowaniem aktów prawnych, zasad profesjonalizmu zawodowego oraz norm etycznych, w oparciu o najnowszą wiedzę i standardy.

REKOMENDUJĘ dla OPIEKUNA MIESZKANIA WSPOMAGANEGO PO OKRESIE PILOTAŻU

Wymagania⁵⁶: roczne doświadczenie w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym lub ukończone studia wyższe w dziedzinie nauk społecznych lub nauk medycznych, lub nauk o zdrowiu.

Wymagania: ukończone studia wyższe w dziedzinie nauk społecznych (preferowane dyscypliny: ekonomia i finanse, nauki o zarządzaniu i jakości, nauki prawne, nauki socjologiczne (w tym praca socjalna), pedagogika, psychologia) lub nauk medycznych i nauk o zdrowiu (pielęgniarstwo, zdrowie publiczne); ukończone studia podyplomowe w zakresie zarządzania lub udokumentowane kwalifikacje lub doświadczenie menedżerskie w zarządzaniu zespołem, placówką; doświadczenie w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym, np. w opiece nad rodziną zagrożoną wykluczeniem społecznym; ukończone kursy, szkolenia lub studia w zakresie terapii zajęciowej, terapii środowiskowej, asystenta osoby niepełnosprawnej; gotowość do podjęcia szkolenia; gotowość do podpisania umowy o pracę.

Kompetencje: zdolności zarządcze i organizacyjne, umiejętność szybkiego reagowania w sytuacjach nagłych, odporność na stres, asertywność, komunikatywność, umiejętność pracy w zespole, umiejętność delegowania zadań.

Pracownik socjalny

Do zadań pracownika socjalnego należy wsparcie udzielane podopiecznemu w zależności od jego potrzeb.

Animator czasu

Głównym zadaniem animatora czasu jest ogólna poprawa dobrostanu lokatorów mieszkań wspomaganych poprzez organizację czasu wolnego, rehabilitację oraz wsparcie społeczne.

Do szczegółowych zadań tej osoby należą:

- Trening w zakresie użytkowania mieszkania wspomaganego przez lokatorów;
- Diagnoza potrzeb, preferencji i ograniczeń w zakresie czasu wolnego i aktywizacji podopiecznych;
- Ustalenie indywidualnych planów dnia oraz zakresu i form organizacji czasu wolnego podopiecznym (zajęcia kulinarne, plastyczne, literackie, czytelnicze itp.);
- Realizacja tych planów przy współudziale pozostałych członków zespołu mieszkania wspomaganego;
- Diagnoza ograniczeń i potrzeb podopiecznego w zakresie rehabilitacji;
- Organizacja i realizacja rehabilitacji podopiecznego;
- Organizacja czasu i aktywizacja podopiecznych leżących;

⁵⁶ Proponuję odstąpić od wymogu prowadzonego w modelu pilotażowym, który brzmiał: „ukończone studia wyższe w dziedzinie nauk społecznych (preferowane dyscypliny: ekonomia i finanse, nauki o zarządzaniu i jakości, nauki prawne, nauki socjologiczne (w tym praca socjalna) lub nauki medycznych i nauki o zdrowiu (pielęgniarstwo, zdrowie publiczne); ukończone studia podyplomowe w zakresie zarządzania” – co jednoznacznie potwierdzają wyniki przeprowadzonego badania ankietowego oraz wywiady zrealizowane w miejscu świadczenia usług.

- Diagnoza kryzysów psychicznych i zagrożeń zdrowia psychicznego podopiecznych;
- Tworzenie i realizacja planów psychoterapii dla podopiecznych;
- Tworzenie i realizacja planów terapii zajęciowej dla podopiecznych;
- Monitoring realizacji planów terapeutycznych;
- Ewaluacja planów terapeutycznych i ocena poprawy stanu psychofizycznego podopiecznego;
- Promocja zdrowego stylu życia;
- Współpraca z podmiotami świadczącymi wsparcie w przedmiotowym zakresie (aktywizacja społeczna, kulturalna, zawodowa; terapia zajęciowa).

Wymagania: wykształcenie wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa / terapeuta zajęciowy, animacja czasu wolnego / animator czasu wolnego lub wykształcenie wyższe na kierunku lub w specjalności animacja czasu wolnego / animator czasu wolnego oraz ukończone studia podyplomowe z zakresu terapii zajęciowej / terapeuta zajęciowy lub wykształcenie wyższe oraz ukończone studia podyplomowe z zakresu terapia zajęciowa / terapeuta zajęciowy lub wykształcenie średnie medyczne w zawodzie terapeuta zajęciowy, lub ukończenie szkoły policealnej publicznej/niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej z tytułem zawodowym terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego; gotowość do podjęcia szkolenia; gotowość do podpisania umowy o pracę.

Kompetencje: zdolności organizacyjne, kreatywność, komunikatywność, cierpliwość, empatyczność, dyspozycyjność.

Opiekun / asystent osoby niepełnosprawnej

Głównym zadaniem asystenta / opiekuna osoby niepełnosprawnej jest poprawa jakości życia osób starszych lub chorych neurologicznie, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona.

Do szczegółowych zadań tej osoby należą:

- Wspieranie podopiecznego w codziennych czynnościach i aktywnościach;
- Towarzystwo podopiecznemu w robieniu zakupów, załatwianiu spraw urzędowych, czynnościach codziennych (sprzątanie, gotowanie), dojazdach do miejsc docelowych, wizytach lekarskich, rehabilitacji, zajęciach psychoterapeutycznych, terapii zajęciowej, zajęciach aktywizujących, w zależności od zakresu niesamodzielności podopiecznego;
- Pomoc podopiecznemu w tworzeniu dokumentów, pism urzędowych;
- Współpraca z rodziną podopiecznego;
- Ocena stanu funkcjonalnego podopiecznego i monitoring tego stanu;
- Pielęgnacja i opieka nad podopiecznym w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb będących efektem choroby, kalectwa, starości (karmienie, ubieranie, zmiana pościeli itp.);
- Asystowanie podopiecznemu umierającemu;
- Motywowanie podopiecznego do podejmowania działań zmierzających do usamodzielnienia się;
- Stawianie się na każde wezwanie podopiecznego, szczególnie leżącego i niesamodzielnego;

- Czuwanie nad bezpieczeństwem podopiecznego;
- Edukacja podopiecznego w zakresie prawidłowego odżywiania się, odpowiedzialnego przyjmowania leków, zarządzania mieszkaniem wspomaganym, użytkowania mieszkania wspomaganego, zachowań prozdrowotnych, zachowań konsumpcyjnych, przedsiębiorczości, zarządzania budżetem domowym, przysługujących podopiecznemu praw;
- Współpraca z otoczeniem zewnętrznym w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb podopiecznego;
- Prowadzenie dokumentacji podejmowanych działań;
- Współpraca z pozostałymi członkami mieszkania wspomaganego.

REKOMENDUJĘ dla OPIEKUNA/ ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Wymagania⁵⁷: roczne doświadczenie w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym, w tym z osobami z niepełnosprawnością. Ważne jest również wykształcenie co najmniej średnie bądź ukończona policealna szkoła z tytułem asystenta osoby niepełnosprawnej.

Wymagania: wykształcenie co najmniej średnie oraz ukończona szkoła policealna publiczna/niepubliczna o uprawnieniach szkoły publicznej z tytułem zawodowego opiekuna medycznego lub asystenta osoby niepełnosprawnej, lub posiadanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej lub opiekun osoby starszej; gotowość do podjęcia szkolenia; gotowość do podpisania umowy o pracę.

Kompetencje: dyspozycyjność, umiejętności organizacyjne, odporność na stres, cierpliwość, umiejętności komunikacyjne, asertywność, umiejętność pracy w zespole.

Najważniejszą częścią współpracy kadry mieszkań wspomaganych z najbliższym otoczeniem Podopiecznego powinna być edukacja w zakresie tego, co dzieje się z Podopiecznym na danym etapie życia i/ lub schorzenia oraz przygotowanie na prawdopodobny rozwój procesu dolegliwości i dysfunkcji w czasie, a także przekazanie wiedzy w zakresie profilaktyki zdrowotnej i wsparcia dla Podopiecznego, jak i dla wszystkich najbliższych.

Priorytetem i warunkiem skutecznego wsparcia jest zrozumienie choroby/stanu/etapu życia człowieka oraz uświadomienie sobie, jakich metod i narzędzi możemy użyć, aby znacznie zwiększyć komfort Podopiecznego i polepszyć relacje w jego bezpośrednim otoczeniu. **Wobec powyższych oczekiwań, niezbędne jest dodatkowe szkolenie dla kadry mieszkań wspomaganych i przygotowanie specjalistyczne, aby zakres wiedzy, umiejętności i kompetencji odpowiadał w sposób kompletny potrzebom specyficznej kategorii odbiorców usług, realizowanych w ramach niniejszego Modelu.**

⁵⁷ Proponuję usunąć zapis w brzmieniu „ukończona szkoła policealna publiczna lub niepubliczna o uprawnieniach szkoły publicznej z tytułem zawodowym opiekuna medycznego”, co jednoznacznie potwierdzają wyniki przeprowadzonego badania ankietowego oraz wywiady zrealizowane w miejscu świadczenia usług.

REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZONYM PILOTAŻU udział kadry mieszkań wspomaganych w szkoleniach przeznaczonych dla tej grupy osób. Co więcej, realizowane cele szkolenia, przedstawione poniżej, są w pełni uzasadnione i zostały potwierdzone na podstawie badań wykazanych w ramach projektu pilotażowego. Program szkoleń stanowi integralną część zrealizowanego projektu pilotażowego. Przeprowadzone badania jednoznacznie potwierdziły potrzebę ograniczenia liczby godzin realizowanych szkoleń ze 160 do 120. Zajęcia powinny być prowadzone w ramach godzin dydaktycznych, a nie jak wskazano poniżej w ramach godz. zegarowych. Szkolenie powinno być podzielone na moduły, jednakże liczba modułów musi zostać ograniczona z V do IV. Pogłębiona analiza treści zamieszczonych w MODUŁACH oraz konsultacja merytoryczna przeprowadzona dla tej części wdrożonego projektu potwierdziły potrzebę: po pierwsze ograniczenia liczby godzin w Module I z 40 do 30, po drugie usunięcia Modułu V i przeniesienia zagadnień do Modułu III i Modułu IV.

REKOMENDUJĘ po przeprowadzeniu pilotażu, aby szkolenia nadal odbywały się w formie kursu grupowego, a każdy członek mieszkania aktywnie uczestniczył w 120 godz. zajęć dydaktycznych (zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne). Szczegółowy program szkoleń dla kadry mieszkań wspomaganych został zamieszczony w części II – DOKUMENTY POWDROŻENIOWE – Dok. 1.

REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZONYM PILOTAŻU **prowadzenie zajęć w ramach godziny dydaktycznej (45 min), a nie jak to miało miejsce w pilotażu w ramach godziny zegarowej.**

Szczegółowy program szkolenia dla kadry mieszkań wspomaganych, wraz z charakterystyką oraz wymaganiami kompetencyjnymi osób prowadzących takie szkolenie, zawiera opracowanie zewnętrzne – **Załącznik nr 4.**

Poniżej, główne cele szkolenia, które jednocześnie określają rekomendowane obszary kompetencyjne dla osób zatrudnionych jako specjalistyczna kadra MW:

Głównym celem jest trening umiejętności i kompetencji w zakresie opieki, wsparcia, nadzoru i aktywizacji lokatorów mieszkań wspomaganych. **Szczegółowy zakres tematyczny szkoleń:**

- utworzenie efektywnego zespołu kompetentnych specjalistów;
- trening kompetencji społecznych obejmujący: wiedzę i umiejętności w obszarze komunikacji interpersonalnej, budowania zespołu, radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, procedur interwencyjnych;
- trening rozpoznawania najważniejszych potrzeb biopsychospołecznych mieszkańców mieszkania wspomaganego;
- przygotowanie kadry mieszkania wspomaganego do świadczenia opieki w warunkach domowych nad osobami dorosłymi ze schorzeniem neurologicznym, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz w podeszłym wieku;

- analizowanie wpływu procesu starzenia się człowieka, jego choroby i innych sytuacji trudnych na stan fizyczny, psychiczny i funkcjonowanie społeczne człowieka;
- trening oceny funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych (stres, konflikt, frustracja);
- projektowanie i realizowanie w warunkach domowych elementarnych form pomocy psychologicznej;
- trening umiejętności aktywnego słuchania;
- trening podstawowych umiejętności pedagogicznych;
- trening umiejętności racjonalnego gospodarowania środkami ekonomicznymi i powierzonym sprzętem;
- stosowanie przepisów prawnych dotyczących praw człowieka, pacjenta, pracy, udzielania świadczeń społecznych i zdrowotnych, podstaw wykonywania zawodu przez poszczególnych członków kadry;
- trening interakcji społecznej i procesu socjalizacji;
- nadzór nad czynnościami i aktywnościami podopiecznego w zakresie higieny osobistej, użytkowania sprzętów domowych, planowania wydatków, załatwiania spraw urzędowych, dbania o zdrowie, zażywania leków oraz przygotowywania posiłków;
- profilaktyka starzenia się, zachowań ryzykownych, kryzysów psychicznych i zaburzeń psychicznych wśród podopiecznych;
- trening udzielania pomocy przedmedycznej w stanach zagrożenia życia podopiecznych;
- projektowanie i realizowanie w warunkach mieszkania wspomaganego form aktywizacji społecznej, ruchowej i zawodowej podopiecznych;
- analizowanie wpływu środowiska i kultury człowieka na postrzeganie stanu fizycznego, psychicznego i funkcjonowanie społeczne mieszkańca;
- trening tolerancji;
- trening w zakresie posługiwania się ICT i wykorzystywania tych technologii w opiece oraz wsparciu lokatorów mieszkań wspomaganych;
- trening tworzenia planów zajęć aktywizujących oraz scenariuszy organizacji czasu wolnego;
- trening w zakresie diagnozy psychologicznej;
- trening w zakresie współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym w funkcjonowaniu, opiece i wsparciu podopiecznego;
- trening w opiece nad podopiecznym leżącym;
- trening w asystowaniu osobie umierającej.

REKOMENDACJA NR 8

Rekomenduje się wprowadzenie systematycznej superwizji w procesie realizacji usług mieszkalnictwa wspomaganego jako formy wsparcia, pomocy, ewaluacji oraz ważnego narzędzia zwiększania efektywności pracy i rozwoju zawodowego.

Superwizja pozwala na ocenę przydatności pracownika dla organizacji oraz stanowi pomoc w pracy i rozwoju zawodowym pracowników.

1. Superwizja pracy socjalnej to specyficzny proces uczenia się, w którym pracownik socjalny lub inna osoba realizująca pracę socjalną, współpracując z superwizorem, rozwija swoje umiejętności interpersonalne i uczy się postępowania metodycznego w pracy z klientem pomocy społecznej lub rozwiązywania kwestii społecznej. Proces superwizji opiera się na współpracy z superwizorem lub współpracy z superwizorem i grupą superwizyjną (Domaradzki, Krzyszkowski, Sosnowski, Włoch, 2015).
2. Opracowanie innowacyjnego Modelu/standardu realizowania usług społecznych w formie mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych nie powinno pominać istotnego elementu, wzmacniającego zarówno organizację, jak i jakość proponowanego rozwiązania, dostosowanego do specyfiki realizowanych działań oraz odbiorców tych działań.

REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZONYM PILOTAŻU, łączenie funkcji i zakresu obowiązków w **zespole**, stanowiącym kadrę MW, jednak musi się w nim znaleźć pracownik socjalny (który może łączyć obowiązki opiekuna mieszkania) oraz osoba, która będzie wypełniała zakres obowiązków terapeuty zajęciowego i asystenta / opiekuna osoby starszej (zgodnie z propozycją zamieszczoną w modelu pilotażowym).

REKOMENDUJĘ PO PRZEPROWADZONYM PILOTAŻU przeszkolenie szerszej grupy osób z lokalnej społeczności, w ramach specjalistycznego szkolenia rekomendowanego w Modelu. Stanowić to będzie bezcenną inwestycję w kompetencję i rozszerzenie potencjału kadrowego dla realizacji usług nie tylko w zakresie MW, ale także innych działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa i wyzwań z tym związanych (zgodnie z propozycją zamieszczoną w modelu pilotażowym). W kontekście mieszkań wspomaganych, osoby po odbytych szkoleniach mogłyby stanowić istotne wsparcie dla kadry mieszkań wspomaganych w przypadku urlopu, choroby czy problemów wynikających z pandemii SARS COV-2.

5. Zasady użytkowania mieszkań wspomaganych

Rekomendowana liczba użytkowników MW

Zgodnie z kryteriami i dostępnymi wytycznymi, w mieszkaniach wspomaganych może przebywać maksymalnie 12 osób.

Doświadczenia naszych sąsiadów europejskich dopuszczają 6-16 (np. Belgia). Z uwagi na cel deinstytucjonalizacji, naszym zdaniem optymalna liczba Podopiecznych w mieszkaniu wspomaganym to **1-6** osób.

Nie należy jednak traktować żadnej z powyżej zapisanych liczebności jako wytyczną bezwzględną. (Zgodnie z rekomendacjami w Załączniku nr 5, liczba użytkowników MW nie powinna przekraczać 4 osób).

Z uwagi na skuteczność większości terapii i zajęć wspierających w przypadku osób starszych i ze schorzeniami neurologicznymi AD i PD zaleca się, aby grupy terapeutyczne nie były zbyt liczne. Pozwala to na optymalizację liczebności kadry, łatwiejsze skompletowanie i dobór kadry specjalistów, na poświęcenie większej ilości czasu i uwagi na indywidualną pracę z każdym z podopiecznych oraz na łatwiejszą pracę z grupą.

Prowadząc kwalifikacje osób do mieszkań wspomaganych w danym okresie, przy założeniu dużych grup (8-12 osób) należałoby rozważyć potencjalny podział Podopiecznych na mniejsze grupy.

Regulamin mieszkania wspomaganego

Mieszkania wspomagane adresowane do osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych powinny działać na podstawie regulaminu, przyjętego przez podmiot prowadzący. Regulamin ten powinien zawierać w szczególności:

- nazwę podmiotu prowadzącego oraz adres mieszkania;
- zasady formalno-prawne dotyczące przyjmowania mieszkańców;
- cele funkcjonowania mieszkania;
- organizację wewnętrzną mieszkania;
- prawa i obowiązki mieszkańców;
- szczegółowe zasady odpłatności.

Szczegółowe zasady odpłatności powinny być ustalone przez organ prowadzący mieszkanie i wpisane do regulaminu mieszkania. Wysokość odpłatności powinna być ustalana w odniesieniu do średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkania w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Odpłatność za pobyt w mieszkaniu wspomaganym ustala się –

w uzgodnieniu z osobą, której przyznano pobyt w mieszkaniu wspomaganym, lub jej rodziną – uwzględniając sytuację zdrowotną, bytową i materialną Podopiecznego.⁵⁸

Kontrakt/Umowa trójstronna

Ostateczny zakres wsparcia wraz z rodzajem i wymiarem godzinowym usług opiekuńczych jest określany indywidualnie w umowie o świadczenie usług w formie **kontraktu trójstronnego**.

Umowa/Kontrakt trójstronny ma być zawarta pomiędzy Podopiecznym zakwalifikowanym do pobytu w mieszkaniu wspomaganym (lub jego opiekunem prawnym), opiekunem mieszkania wspomaganego oraz podmiotem realizującym usługę MW.

Dopuszcza się podpisanie umowy przez opiekuna faktycznego Podopiecznego, jeżeli stan jego zdrowia nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie został wyznaczony opiekun prawny.

Zasady ponoszenia odpłatności

Jako przykład i jednocześnie rekomendacja dla formalnego przygotowania zasad ponoszenia odpłatności i zawierania umów cywilno-prawnych można zaproponować **projekt Uchwały Rady Miasta Gdańska**.

Dokument zawiera następujące zapisy (wybór):

Rozdział 3. Zasady zawierania umów cywilnoprawnych w mieszkaniach wspomaganym

§ 8. 1. Przyznanie pobytu w mieszkaniu wspomaganym następuje w drodze umowy cywilnoprawnej zawartej między mieszkańcem mieszkania wspomaganego (określonej części mieszkania) a podmiotem prowadzącym mieszkanie wspomagane.

2. Umowa powinna zawierać przynajmniej określenie stron, wskazując numer PESEL, numer dowodu osobistego lub innego dowodu tożsamości mieszkańca, jego adres zamieszkania i adres wynajmowanego lokalu, okres pobytu, odpłatność, warunki wypowiedzenia umowy, a także wysokość kaucji – jeśli jest wymagana.

3. Umowa jest zawierana na czas oznaczony w zależności od rodzaju mieszkania wspomaganego.

4. Umowa określa prawa i obowiązki podmiotu prowadzącego mieszkanie wspomagane oraz mieszkańca mieszkania wspomaganego, a także warunki wypowiedzenia umowy w przypadku stwierdzenia niewywiązywania się z zapisów zawartej umowy przez mieszkańca.

5. Umowa określa wysokość opłat, jakie ma ponosić mieszkaniowiec mieszkania wspomaganego (czynsz, użytkowanie mediów), oraz termin, w którym należy uiszczać opłaty.

6. Umowę na pobyt w mieszkaniu sporządza się na piśmie po 1 egzemplarzu dla każdej ze stron.

7. Zmiany w postanowieniach podpisanej umowy, w tym dotyczące zmiany wysokości opłat za pobyt w mieszkaniu wspomaganym, mogą być dokonywane za pomocą aneksu do umowy.

⁵⁸ Model mieszkań wspomaganym adresowanych do osób niepełnosprawnych intelektualnie, finansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

8. Pobyt w mieszkaniu wspomaganym prowadzonym na zlecenie przez podmiot niepubliczny wymaga dodatkowo skierowania na pobyt wydany przez pracownika OPS.

9. Szczegółowe zasady odpłatności powinny być ustalone przez podmiot prowadzący mieszkanie wspomagane, zgodnie z zasadami określonymi w § 14.

§ 9. 1. Pobyt w mieszkaniu wspomaganym jest odpłatny.

2. Odpłatność za pobyt w mieszkaniu wspomaganym, prowadzonym na zlecenie przez podmiot niepubliczny zależy od indywidualnej sytuacji mieszkańca i może wynosić od 10% do 20% dochodu mieszkańca w przeliczeniu na 1 osobę. Opłata za zużycie mediów jest naliczana osobno w części proporcjonalnej do liczby osób korzystających równocześnie z tego mieszkania wspomaganego.

3. Odpłatność za pobyt w mieszkaniu wspomaganym bez dotacji zależy od indywidualnej sytuacji mieszkańca i może wynosić od 150% do 300% stawki czynszu za najem 1m² lokalu socjalnego zgodnie ze stawkami obowiązującymi w mieszkaniowym zasobie. Opłata jest liczona od powierzchni zajmowanego pokoju oraz powierzchni pomieszczeń wspólnych, w części proporcjonalnej do liczby osób korzystających z pomieszczeń wspólnych w mieszkaniu wspomaganym. Opłata za zużyte media jest naliczana osobno w części proporcjonalnej do liczby osób korzystających równocześnie z tego mieszkania wspomaganego.

§ 10. 1. Mieszkaniec ponosi odpłatność za cały miesiąc kalendarzowy z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Osoba nowo przyjęta lub opuszczająca mieszkanie wspomagane ponosi odpłatność proporcjonalnie do dni obecności w danym miesiącu kalendarzowym.

3. Odpłatności za pobyt w mieszkaniu wspomaganym dokonuje się nie później niż do ostatniego dnia miesiąca na rachunek bankowy podmiotu prowadzącego mieszkanie wspomagane, z zastrzeżeniem, że w przypadku mieszkań prowadzonych na zlecenie OPS odpłatność należy uiścić na rachunek bankowy organu prowadzącego.

§ 11. 1. Na wniosek osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w mieszkaniu wspomaganym pomiot prowadzący mieszkanie wspomagane może zwolnić ją z tej opłaty częściowo lub całkowicie.

2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić w szczególności z powodu:

1) ponoszenia przez mieszkańca znacznych wydatków na leki, leczenie i rehabilitację uniemożliwiających dokonanie odpłatności; 2) zdarzenia losowego, sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej czy ekologicznej; 3) ponoszenia odpłatności za pobyt członka rodziny w placówkach pomocy społecznej m.in. w domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach interwencji kryzysowej.

3. W przypadkach szczególnych, zwłaszcza jeżeli żądanie zwrotu wydatków na udzielone świadczenie w całości lub w części stanowiłoby dla osoby zobowiązanej nadmierne obciążenie lub też niweczyłoby skutki udzielanej pomocy, podmiot prowadzący mieszkanie może odstąpić od żądania takiego zwrotu.

Rozdział 4. Postanowienia końcowe

§ 12. Do spraw nieuregulowanych w niniejszym załączniku, a dotyczących funkcjonowania mieszkań wspomaganych stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz inne obowiązujące przepisy.

(źródło: www.gdansk.pl)

6. Wdrażanie Modelu; rekomendacje dotyczące finansowania oraz zapewnienia trwałości wypracowanych rozwiązań

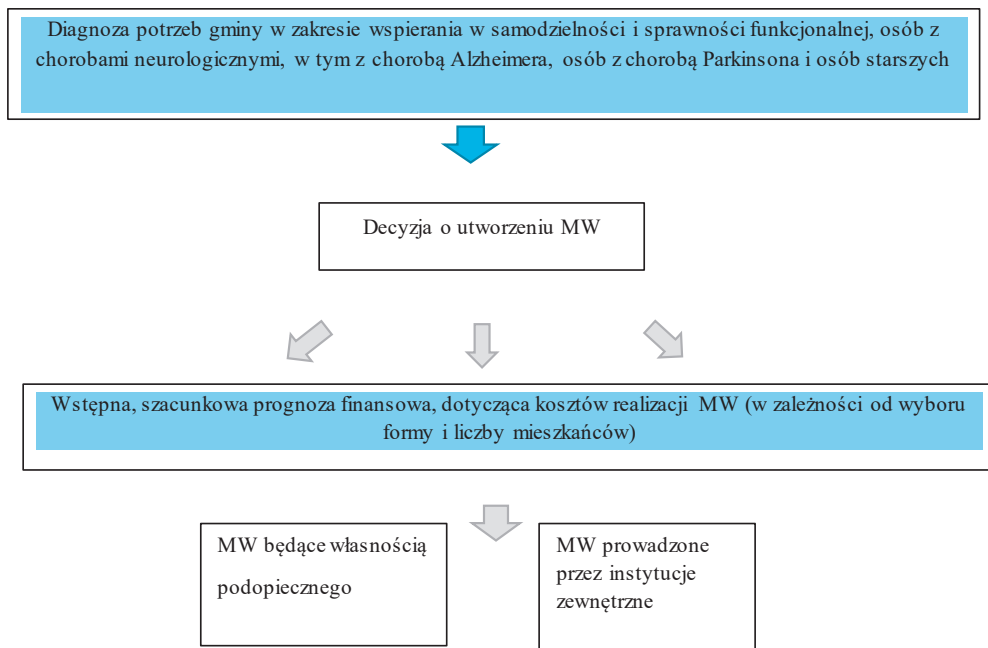
Na podstawie analizy dostępnych opracowań eksperckich, po zapoznaniu się z wnioskami z badań oraz dokonując podsumowania konsultacji w zakresie przygotowania Modelu deinstytucjonalizacji usług w formie mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona, oraz osób starszych, wypracowany został schemat wdrażania ww. Modelu.

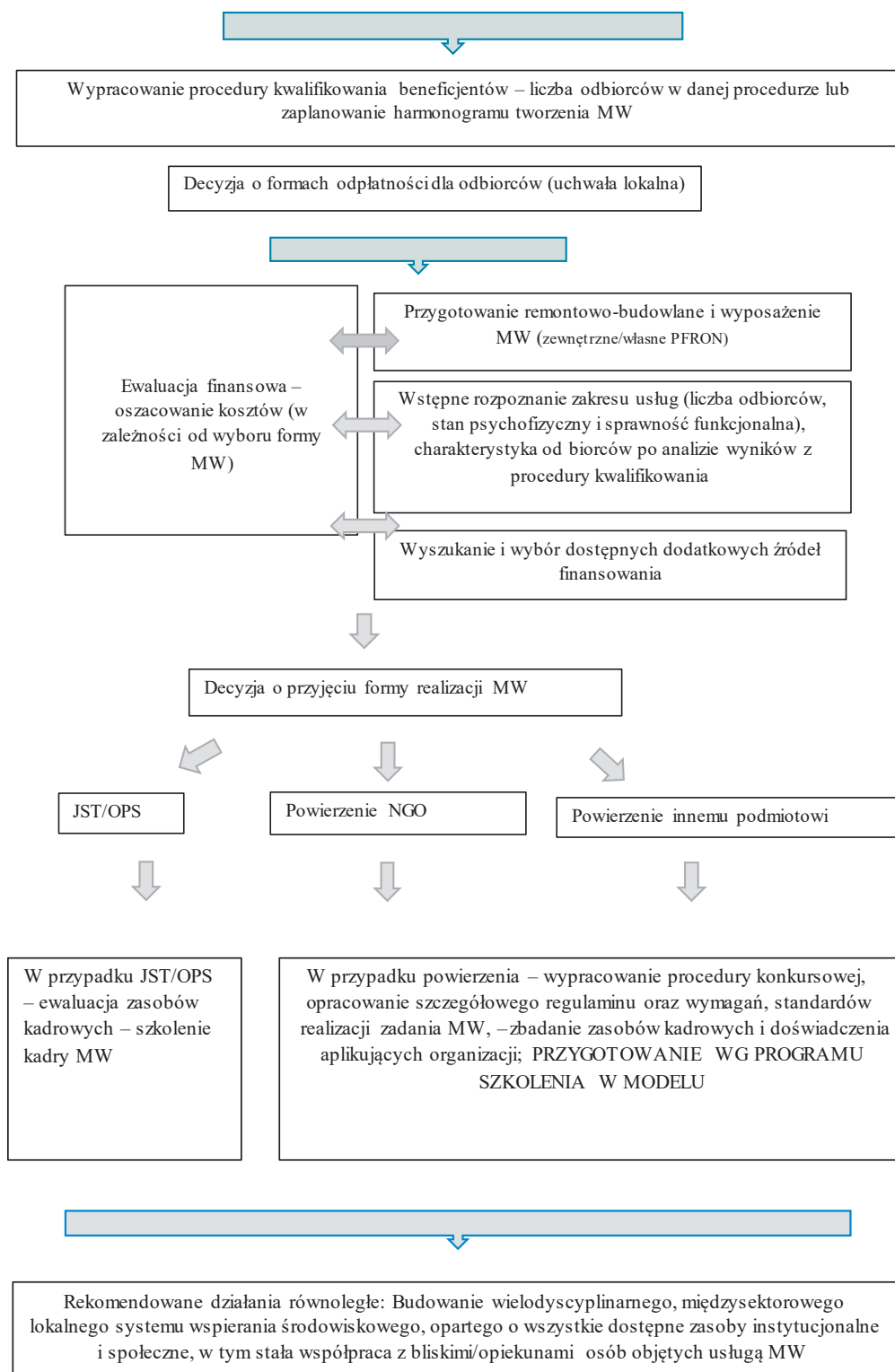
Graficzna forma schematu

Opis procesu postępowania w realizacji wdrożenia

Modelu mieszkalnictwa wspomaganego

Schemat według etapów





7. Konkluzje po wdrożeniu modelu

Mieszkanie wspomagane w istotny sposób uzupełnia system wsparcia w Polsce (obejmujący: domy pomocy społecznej, placówki wsparcia dziennego, centra opiekuńczo-mieszkalne, a także inne formy wsparcia środowiskowego). Jak wskazano wcześniej, nadrzędnym celem rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego jest nie tylko poprawa skuteczności działań opiekuńczych i wspierających, ale również przekształcenie systemu opieki – od instytucji do usług świadczonych w lokalnych społecznościach. W efekcie deinstytucjonalizacji – realizując usługi społeczne w sposób kompleksowy, przy uwzględnieniu specyficznych i indywidualnych potrzeb beneficjenta – potwierdzono poprzez realizację projektu pt. „Niezależne życie (...)”, że następuje poprawa jakości oraz dostępności usług społecznych dla wybranych grup osób z niepełnosprawnością i przewlekle chorych. Wdrożenie usługi MW umożliwia pełną realizację art. 10 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ, gdyż pozwala na „**zapewnienie podstawowych wolności człowieka (...) przez dostarczenie wszystkim, w tym szczególnie najbiedniejszym, (...) odpowiedniego mieszkania i usług społecznych**”, oraz art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Realizacja usługi MW wprowadza w życie prawo osób niepełnosprawnych do odpowiednich warunków życia ich samych i ich rodzin, włączając w to (...) mieszkanie oraz prawo do stalego polepszania warunków życia (bez dyskryminacji); oraz czyni rzeczywistym zapis pkt. 3 art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych poprzez „podejmowanie na szczeblu krajowym, regionalnym oraz lokalnym wszystkich niezbędnych działań, które będą sprzyjały wzmocnieniu samodzielnego, bądź wspieranego funkcjonowania w społeczeństwie”.

Konkludując, mieszkanie wspomagane służy poprawie sytuacji życiowej wybranej grupy osób i ich rodzin, a także usprawnia system wsparcia i opieki dla osób starszych i chorych neurologicznie, w szczególności osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, tak aby poprzez wielostronne i kompleksowe wsparcie mogli jak najdłużej pozostać w środowisku lokalnym i odsunąć w czasie moment umieszczenia w placówce całodobowej opieki. Można to zatem czynić na dwa sposoby: realizując formułę mieszkania wspomaganego w mieszkaniu prywatnym lub realizując usługi przypisane do mieszkańca w mieszkaniu komunalnym (rotacyjnym lub docelowym). Wobec powyższego deinstytucjonalizacja stała się już procesem niemalże naturalnym. Postępująca zmiana demograficzna w strukturze i wielkości polskiego społeczeństwa wymusiła zmianę dotychczasowego postrzegania polityki społecznej. Szybkie starzenie się ludności potwierdza, że wyzwania, przed którymi stoi ochrona zdrowia, będą rosnąć. Niezbędna będzie większa opieka nad osobami starszymi (opieka długoterminowa, paliatywno-hospicyjna), dodatkowo obciążeniem staną się utrudnienia finansowania systemu ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym. Co więcej, szacuje się, że w ciągu najbliższych 10 lat liczba pielęgniarek w wieku 25-59 lat zmniejszy się o 34%. Brak pielęgniarek może nieść poważne konsekwencje dla funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Trzeba zauważyć, że procesu starzenia się społeczeństwa nie da się w najbliższym czasie zatrzymać. Na emeryturze lub zaraz przed nią są osoby z powojennego wyżu demograficznego, a w perspektywie 20 lat dołączą do nich

również osoby urodzone w wyżu lat 70. i 80.⁵⁹. Dodatkowo postępujący proces starzenia się społeczeństwa nieodłącznie wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Obecnie 17,5% ludności jest w grupie wiekowej od 65 lat wzwyż, a do 2050 r. ten udział zwiększy się do 32,7% (w tym 10,4% w grupie wiekowej od 80 lat wzwyż). Już w 2030 r. w tym wieku będzie aż 26% populacji. Zmiany w zakresie opieki długoterminowej nie mogą czekać ze względu na fakt, że nadchodzące zmiany demograficzne (skutkujące m.in. istotnym spadkiem wskaźnika pielęgnacyjnego) nie są odległe w czasie⁶⁰. Nadal największym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia jest choroba niedokrwienna serca. W najbliższych latach spodziewany jest jednak wzrost (zgodnie z dotychczasowym trendem) osób chorych obciążonych chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi.

Realizacja projektu pilotażowego potwierdziła, że wsparcie usług opiekuńczych i asystenckich nie tylko jest możliwe, ale przynosi beneficjentom wsparcia wymierne korzyści. To właśnie poprzez realizację wsparcia w MW możliwe stało się usprawnienie, w miejscu zamieszkania, funkcji dotychczas zaburzonych oraz skuteczne przeciwdziałanie pogłębianiu się procesów otępiennych u osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, które uczestniczą w projekcie (co często podkreślano w trakcie wywiadów i wskazano również w ankietach).

Wyzwania, jakie pojawiły się w trakcie realizacji projektu:

- JST mają trudności z dostosowaniem istniejącej infrastruktury mieszkaniowej do potrzeb beneficjentów, np. osób z chorobami neurologicznymi, w tym osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych; decydują o tym wysokie koszty dostosowania lokali do wymogów Uniwersalnego Projektowania oraz wyzwania lokalizacyjne (odległość mieszkań od miejsc usług, dostępność lekarzy/urzędów). O ile wyboru lokali na mieszkania wspomagane można dokonać w stosunkowo krótkim czasie, to całe przedsięwzięcie generuje jednak wysokie koszty, niemożliwe do udźwignięcia przez JST w obecnym czasie bez wsparcia pochodzącego z programów rządowych dedykowanych realizacji usługi mieszkalnictwa wspomagane;
- OPS-y mają problem z doborem i dostępnością wykwalifikowanej kadry (łatwiej o nią w dużym mieście niż w gminie miejsko-wiejskiej lub wiejskiej);
- OPS-y zgłaszały problem z doborem mieszkańców (miasto/wieś – bariera psychospołeczna – łatwiej zmotywować do udziału w projekcie osoby z terenów miejskich niż wiejskich, towarzyszy temu obawa o zerwanie już istniejących więzi zgłaszana przez potencjalnych beneficjentów wsparcia oraz opinie środowiska);
- mieszkańcy zgłaszali konieczność udziału w zbyt dużej liczbie aktywności oraz za dużą liczbę personelu – co należało ograniczyć;
- mieszkańcy nie wyrażali/ją zgody na obecność kamer w mieszkaniach, które stanowiły wyposażenie mieszkań w modelu pilotażowym.

⁵⁹ *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Dz. U. Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2021 r. (poz. 69), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, sierpień, s. 31.

⁶⁰ *Ibidem*, s. 32.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom mieszkańców, kadry MW oraz władze miast i gmin, poniżej podane zostały rekomendacje niezbędne dla realizacji usługi mieszkalnictwa w Polsce:

I Uwzględnienie mieszkalnictwa wspomaganego w aktach prawa krajowego;

II Uwzględnienie mieszkalnictwa wspomaganego w programach krajowych realizowanych na rzecz społeczeństwa, ujęcie MW w Wieloletnim Programie Gospodarowania Zasobem Mieszkaniowym Gminy;

III Umożliwienie Jednostkom Samorządu Terytorialnego korzystania z Rządowego Programu Bezzwrotnego Wsparcia Budownictwa z Funduszu Dopląt, np. na remont mieszkań.

IV Szczegółowe rekomendacje dla JST:

- rzetelne stosowanie zasad rekrutacji do mieszkań wspomaganych;
- akceptacja zasad współpracy przez wszystkie strony zaangażowane w usługę mieszkań wspomaganych (mieszkańca, przedstawiciela OPS-u/ przedstawiciela stowarzyszenia czy fundacji, przedstawiciela JST);
- realizacja usługi mieszkań wspomaganych na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- partycypacja mieszkańców w opłatach (czynsz, media etc.);
- realizacja usługi mieszkalnictwa wspomaganego, poprzedzona wcześniejszą, rzetelną analizą zasobów dostępnych w społeczności lokalnej – wybór MW (z zasobów komunalnych – najefektywniejszym rozwiązaniem jest przeznaczenie lokalu do MW już na etapie projektowania, a nie adaptowanie lokali już istniejących; z zasobów prywatnych – uwzględnienie wsparcia w formie dofinansowania z PFRON w celu likwidacji barier architektonicznych i dostosowania mieszkania do potrzeb, np. dla osób z problemami neurologicznymi i osób starszych), organizacja kadry MW (opiekun mieszkania/mieszkań, asystent osoby niepełnosprawnej, pracownik socjalny, fizjoterapeuta) oraz potencjału wdrożeniowego – (zasoby własne gminy);
- realizacja IPW (elastyczność w realizacji wsparcia) dla mieszkańców mieszkań własnościowych i komunalnych;
- współfinansowanie usług np. asystenta osoby niepełnosprawnej z projektów: PFRON, FUNDUSZ SOLIDARNOŚCI;
- ścisła współpraca burmistrzów/wójtów/prezydentów miast z: OPS, stowarzyszeniami, PES, spółdzielniami, TBS, a także organizacjami pozarządowymi.

CZĘŚĆ 2

- 1. Prezentacja wyników badań jakościowych i ilościowych zrealizowanych w pilotażowym projekcie niezależne życie;**
- 2. Zasady pobytu w mieszkaniu wspomaganym;**
- 3. Dokumenty powdrożeniowe.**

1. Prezentacja wyników badań jakościowych i ilościowych zrealizowanych w pilotażowym projekcie „Niezależne życie”

W celu dokonania kompleksowej i szczegółowej analizy efektywności oraz oceny pilotażowo wdrożonego modelu MW, opracowano koncepcję badania jakościowego (w formie ankiet w wersji papierowej, w wersji on-line oraz wywiadów). Wywiady miały charakter wywiadów bezpośrednich, częściowo ustrukturyzowanych, z osobami zaangażowanymi w opracowanie modelu i odpowiedzialnymi za jego realizację u partnerów projektu, tj.: burmistrzowie gmin, pracownicy OPS, opiekunowie mieszkań wspomaganych, asystenci osoby niepełnosprawnej, pracownicy socjalni, animatorzy czasu wolnego zaangażowani do projektu. Przeprowadzone badanie o charakterze jakościowym składało się z II części: część I to badania podstawowe, część II to badania szczegółowe – BLOK A, B i C.

Dodatkowo wśród osób zaangażowanych w opracowanie modelu i odpowiedzialnych za jego realizację – pracownicy OPS, opiekunowie mieszkań wspomaganych, asystenci osoby niepełnosprawnej, pracownicy socjalni, animatorzy czasu wolnego – przeprowadzono badanie ankietowe. Badaniem ankietowym pogłębionym, jednakże o odmiennej specyfikacji pytań, objęci byli również mieszkańcy mieszkań wspomaganych. Wywiady z respondentami zostały przeprowadzone w formie indywidualnej, w pokojach podopiecznych, co przyczyniło się do swobody i otwartości ich wypowiedzi zamieszczonych w dalszej części niniejszego rozdziału.

Kolejnym badaniem zostały objęte osoby, które uczestniczyły w szkoleniach realizowanych dla kadry mieszkań wspomaganych w projekcie „Niezależne życie”. Respondenci mieli możliwość wypełnienia ankiet w wersji on-line, poprzez formularz FORMS – 29 osób (29Rsz) oraz 7 osób (7Rsz) w wydrukowanej wersji papierowej – łącznie w badaniu dotyczącym szkoleń uczestniczyło 36 respondentów. Podmiotem wspierającym w przeprowadzeniu badania ankietowego za pomocą przygotowanego formularza był ROPS w Opolu.

Wróćmy do badań zrealizowanych w pierwszej kolejności, a zatem wywiadów bezpośrednich, częściowo ustrukturyzowanych z osobami zaangażowanymi w opracowanie modelu i odpowiedzialnymi za jego realizację u partnerów projektu. Nadrzędnym celem przeprowadzonych ww. badań była odpowiedź na pytanie: Czy mieszkanie wspomagane dla osób z *chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych* to właściwy rodzaj wsparcia? Aby umożliwić respondentom – osobom zaangażowanym w realizację usług mieszkalnictwa wspomaganego – swobodę wypowiedzi

w tej kwestii, badacz posłużył się trzema pytaniami podstawowymi, aczkolwiek obowiązko-
wa była odpowiedź na co najmniej dwa z nich⁶¹:

1. *Jakie wsparcie jest bezwzględnie konieczne dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz dla osób starszych w mieszkaniach wspomaganych?*
2. *Jakie rozwiązania w potencjalnych mieszkaniach Państwo proponujecie (organizacyjne, systemowe, instytucjonalne, finansowe)?*
3. *Jak odbywał się proces przekazania mieszkań wspomaganych?*

Całość badania została wzbogacona o pytania z bloku A, B, C, przy czym pytania te były skierowane głównie do opiekunów mieszkań, asystentów osób niepełnosprawnych, pracowników socjalnych oraz obecnych na spotkaniach animatorów czasu wolnego. Łącznie w spotkaniach uczestniczyło 27 respondentów (R27), zaś w badaniach pogłębionych w mieszkaniach wspomaganych ośmiu mieszkańców (M8).

Chronologia badań była następująca. W dniach 21-22.02.2022 badania zostały przeprowadzone w województwie opolskim (w miejscowościach: Biała, Brzeg i Paczków). Następnie odbyły się badania w TPN w Łodzi w dniu 28.02.2022 oraz w województwie łódzkim, w miejscowościach: Aleksandrów Łódzki (28.02.2022), Witonia (04.03.2022) w mieszkaniach wspomaganych. Mieszkania te są prowadzone przez Gminy zlokalizowane w województwie opolskim, w miejscowościach: Biała, Brzeg i Paczków, oraz przez Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z siedzibą w Łodzi: mieszkania w województwie łódzkim, w miejscowościach: Aleksandrów Łódzki, Witonia. Obecnie w mieszkaniach przebywają osoby z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym. W Białej są to 2 osoby, w Brzegu – 2 osoby, Paczkowie 1 osoba (mieszkająca wraz z opiekunem), Aleksandrowie Łódzkim 2 osoby, Witoni 3 osoby. Mieszkańcy to osoby dorosłe, kobiety i mężczyźni, w wieku powyżej 50 lat. Na co dzień nie pracują. Badana grupa to osoby w miarę samodzielne (1 osoba niesamodzielna), jednakże potrzebujące wsparcia w czynnościach i sytuacjach dnia codziennego. Materiał z przeprowadzonych spotkań został zapisany na nośniku elektronicznym i przekazany do lidera projektu – RCPS w Łodzi.

Metodologia badań

Celem przeprowadzonych badań jakościowych i ilościowych (wywiadów oraz ankiet, oprócz ankiet w wersji on-line) było zrozumienie badanego zjawiska. W celu wzbogacenia materiału badawczego przeprowadzono wywiady niestandardyzowane, częściowo ustrukturyzowane z: mieszkańcami, wódcami gmin, osobami odpowiedzialnymi za wdrażanie modelu i prawidłowy przebieg działań w gminie, opiekunami mieszkań, asystentami osoby niepełnosprawnej, pracownikami socjalnymi, animatorami czasu wolnego. Podczas przeprowadzania wywiadów, badacz miał możliwość decydowania o kolejności zadawa-

⁶¹ Pytanie podstawowe z numerem 3 w kontekście mieszkań w Aleksandrowie Łódzkim oraz w miejscowości Witonia – było bezzasadne – ponieważ w trakcie wywiadu nie nastąpiło jeszcze przekazanie mieszkań do gmin. W związku z tym respondenci w Aleksandrowie Łódzkim odpowiadali na 2 pytania, natomiast w województwie opolskim: w miejscowościach Brzeg, Paczków, Biała udzielono odpowiedzi na wszystkie wskazane trzy pytania.

nia pytań, biorąc pod uwagę kontekst rozmowy. Do przeprowadzenia badania wykorzystano metody z orientacji jakościowej. W związku z tym, że w badaniu brała udział dosyć mała liczba respondentów (R27, M8; dodatkowo Rsz36), badacz osobiście zebrał wszystkie niezbędne informacje. Aby wspomóc badania jakościowe, materiały potrzebne do analizy zostały zgromadzone dzięki zastosowaniu metody obserwacji bezpośredniej uczestniczącej. Realizacja badań za pomocą tej metody pozwoliła badaczowi być jednocześnie uczestnikiem i obserwatorem danej zbiorowości⁶², co miało szczególne znaczenie w kontekście wywiadów przeprowadzonych z mieszkańcami mieszkań wspomaganym. Było to zgodnie z zasadą, iż nadrzędnym celem realizacji badań jakościowych jest odpowiedź na pytanie, dlaczego respondenci zachowują się w określony sposób oraz co jest przyczyną danego zachowania⁶³.

Z uwagi na fakt, iż wypowiedzi osób z niepełnosprawnością często są ubogie, badacz w czasie wywiadu swobodnie dopytywał o interesujące go kwestie. Obserwacje mieszkańców odbywały się w ich naturalnym środowisku, a zatem w mieszkaniu wspomaganym. W toku przeprowadzania wywiadów wypowiedzi respondentów nie spotkały się z ocenami badacza, ponadto język zadawanych pytań był dostosowany do poziomu funkcjonowania osób badanych. Do przeprowadzenia wywiadów z mieszkańcami i opiekunami posłużono się przygotowanymi dyspozycjami do wywiadów, wykorzystując materiał częściowo ustrukturyzowany.

Dyskusja wyników badań

Osoby z chorobami neurologicznymi oraz osoby starsze niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym i znacznym stale potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W związku z tym, że mieszkańcy mieszkań wspomaganym mają swoje deficyty, życie szczególnie na początku organizowane jest przez opiekunów mieszkania i wspierane przez asystentów osoby niepełnosprawnej, pracowników socjalnych oraz animatorów czasu wolnego. To oni określają zakres działań i sposób ich realizacji. Poniżej kilka wypowiedzi:

Wydaje mi się, że wspólnie staramy się organizować życie mieszkańców. Niestety bez pomysłu opiekuna na to, co można zrobić, jak ma wyglądać dzień/tydzień, sami mieszkańcy najczęściej nie mają pomysłu. To opiekunowie muszą nadać kierunek działania. (R3)

Mieszkańców wspierają opiekunowie. Osoby, które z nimi przebywają. To oni są wzorem w postępowaniu. To opiekunowie wyznaczają kierunek działań. (R14)

(...) U osób, które nie posiadają prawnego opiekuna, sprawy przejmuje opiekun mieszkania, ale u nas takiej sytuacji nie ma. (R15)

Ja, jak tu przyszedłem, to okazało się, że niewiele umiem. Nawet włączyć kuchni się bałem, a teraz proszę. (M3)

Ja nie miałem takich warunków w domu, tu panie przyjdą, pomogą, nie to, żeby za mnie zamiatały czy prały, ale pokażą, jak pralkę włączyć. (M2)

⁶² D. Jemielniak, *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 16-30.

⁶³ J. Bendkowski, *Badania jakościowe – wybrane problemy, odniesienia do logistyki stosowanej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2016, nr 89, 25–38.

Pomoc ogromna, czy w urzędzie coś załatwić, czy do lekarza zawieźć, sama bym nic nie zrobiła, a tak dobrze mi tu z Wami, aniołki kochane. (M4)

Mieszkańcy potrzebują nieustannego wsparcia. Obszary są różne w zależności od osoby i od tego, z jakimi umiejętnościami przychodzi z domu. Najczęstsza pomoc to pomoc w czynnościach domowych, przygotowywaniu posiłków, zrobieniu zakupów. Najwięcej pomocy potrzebują przy załatwianiu spraw urzędowych i u lekarza. (R17)

Staramy się nie wyręczać, raczej pokazujemy, jak zrobić coś dobrze. Czasami nauka wydawałoby się prostej czynności, np. zamiatania czy zrobienia prania, trwać może miesiącami. (R19)

Tu wszystko wiedzą, wszystko zrobić potrafią, że ja wcześniej takich nie znałem, bo i skąd (M3)

Mieszkańcy potrzebują wsparcia emocjonalnego (mają problemy w radzeniu sobie w sytuacjach dla nich trudnych, ale też materialnych – w wydawaniu pieniędzy, – czy planowaniu dnia. (R23)

Po miesiącu już dbają o swoją przestrzeń, angażują się w czynności domowe, tj.: sprzątnięcie, przygotowanie posiłków, dbają o swoją przestrzeń. No, ale niektórym trzeba ciągle przypominać. To osoby ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które potrzebują wsparcia codziennie. (R7)

Mieszkańcy z reguły nie mają pomysłu na organizowanie swojego życia, czasu wolnego. U nas opiekun mieszkania, czasami nawet asystent osoby niepełnosprawnej lub animator czasu wolnego organizują mieszkańcom czas wolny. Jeśli im się pokaże, jak można zagrać w grę, jak pomalować obrazek albo jak zrobić ozdobę świąteczną, to robią. O, jakie piękne ozdoby. Proszę. (R9)

U nas opiekun organizuje mieszkańcom czas wolny, a to wspólna gra w chińczyka, a nawet pierniki piekliśmy na święta. Były wyśmienite. (R13)

Mieliśmy też różne aktywności, byliśmy w kinie, w arboretum w Rogowie. Tu się o nas starała. (M7)

Trzeba również zwrócić uwagę na proces rehabilitacji, który musi bezwzględnie towarzyszyć osobom obciążonym chorobą neurologiczną i osobom starszym. Zarówno wyniki ankiet, jak i przeprowadzone wywiady pogłębione zrealizowane w grupie mieszkańców i opiekunów jednoznacznie potwierdzają utrzymanie tej formy wsparcia.

Rehabilitant to super człowiek, dopiero mnie na nogi postawił. Ja sam nie miałbym mu szansy zapłacić, bo niby z czego. (M5)

Te zajęcia z rehabilitantem to dużo mi dają, już rękę podnoszę, a wcześniej nie robiłam tego. (M4)

Przeprowadzone wywiady potwierdziły, iż należy ograniczyć liczbę godzin zajęć aktywizujących, tak aby dostosować je do rzeczywistych możliwości beneficjentów.

Proszę Pani, tu się w ogóle odpocząć nie da, po co tyle zajęć. (M2)

Ciągle coś robimy, ale i odpocząć czasami się chce. (M5)

Jednym z celów pobytu w mieszkaniu wspomaganym jest rozwijanie umiejętności społecznych. Jak wynika z obserwacji i wywiadów, mieszkańcy cały czas wymagają ćwiczenia tej umiejętności, pojawiające się konflikty rozwiązuje się dzięki spokojnej rozmowie. Zawikują się też przyjaźnie.

Najpierw się klóćmy, a potem się godzimy. Taka rozmowa jest nam potrzebna. (M8)

Często z opiekunką rozmawiamy, żeby się nie klócić, ale to takie trudne (...). (M6)

Ja czasami tak sobie myślę, że my to jak rodzina jesteśmy. Lokator jutro wraca, bo do szpitala poszedł, a ja tu tęsknię za nim. (M1)

Reasumując, kompetencje oraz poziom funkcjonowania mieszkańców decydują o zakresie udzielanego wsparcia. Niektórzy mieszkańcy z powodu deficytów wymagają znacznie większego wsparcia niż inni. Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród: pracowników OPS, opiekunów mieszkań wspomaganych, asystentów osoby niepełnosprawnej, pracowników socjalnych oraz animatorów czasu wolnego, jednoznacznie wskazują na potrzebę udzielenia wsparcia mieszkańcom w zakresie: radzenia sobie w sytuacjach trudnych (np. na początku była to obsługa sprzętu AGD, z którym wcześniej nie mieli do czynienia), planowania dnia, organizacji czasu wolnego oraz w kwestiach materialnych. Przeprowadzone wywiady potwierdzają również, że mieszkańcy korzystają z następujących form wsparcia: treningi pamięci, przygotowywanie posiłków, utrzymanie czystości, załatwianie spraw w urzędzie i u lekarza, wspólne spędzanie czasu wolnego, pomoc specjalistów: rehabilitant, psycholog, dietetyk, oraz pomoc w kontrolowaniu swoich zachowań w sytuacjach trudnych. Zdaniem ankietowanych, te usługi najpełniej wspierają pobyt i aktywność w mieszkaniu wspomaganym osoby doświadczającej choroby neurologicznej oraz osób starszych. W większości pomoc polega zatem na wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz czynności, które wymagają dużego nakładu pracy i wysiłku. Trzeba również dodać, że wśród mieszkańców obarczonych chorobami neurologicznymi, a także osób starszych są i Ci, którzy wymagają wsparcia podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych: kąpiel, umycie zębów, lub czynności porządkowych, np. pranie. Dobrodziejstwem jest fakt, iż zawsze mogą liczyć na pomoc ze strony opiekuna mieszkania, asystenta osoby niepełnosprawnej oraz pracownika socjalnego.

I jeszcze kilka słów w związku z badaniem przeprowadzonym wśród uczestników szkoleń dla kadry mieszkań wspomaganych w projekcie – „Niezależne życie”. Jak wspomniano wcześniej, respondenci mieli możliwość wypełnienia ankiet w wersji on-line poprzez formularz FORMS – 29 osób (29Rsz) oraz wypełnienia ankiet w wersji papierowej – 7 osób (7Rsz); łącznie w badaniu dotyczącym szkoleń uczestniczyło 36 respondentów. W badaniu uczestniczyło 35 kobiet i 1 mężczyzna, pochodzący z miasta (69 proc.) lub wsi (31 proc.), którzy w znaczącej większości nie stanowią kadry mieszkań wspomaganych, jednakże są zainteresowani podjęciem pracy na stanowiskach: (76 proc.)⁶⁴.

Dla 79 proc. z nich wcześniejsze doświadczenie zawodowe lub życiowe (np. opieka nad osobą starszą) są wystarczające do podjęcia pracy w mieszkaniach wspomaganych. Respondenci zostali poproszeni również o wskazanie, jakie ich zdaniem kwalifikacje są niezbędne na poszczególnych stanowiskach pracy w mieszkaniach wspomaganych. Ich sugestie oraz informacje przekazane w trakcie wywiadów pogłębionych przeprowadzonych w dniach 21-22.02.2022, 28.02.2022 oraz 4.03.2022 jednoznacznie potwierdziły konieczność zrewidowania dotychczas przyjętych wymagań w zakresie kwalifikacji, co zostało zaprezentowane w **rozdz. 2.4**. Ankietowani wypowiedzieli się również w kwestii liczby osób, które

⁶⁴ Ankietowani wskazywali w badaniu rodzaj stanowiska, którym są zainteresowani oraz które mogli by wykonywać, gdyż posiadają kwalifikacje i niezbędne umiejętności.

ich zdaniem powinny stanowić kadrę mieszkań wspomaganych, co zostało uwzględnione w **rozd. 2.3 oraz rozdz. 2.4**. Dodatkowo respondenci zostali poproszeni o ocenę zajęć i cenne sugestie co do wymiaru czasu ich trwania. Uczestnicy szkoleń niemalże jednogłośnie wskazali, że treści poruszane na zajęciach pozwoliły im na zapoznanie się z zasadami funkcjonowania mieszkań wspomaganych dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, oraz osób starszych. Głosy co do wymiaru godzinowego szkoleń były podzielone. Pojawiły się propozycje, podobnie jak w przypadku wspomnianych wcześniej i przeprowadzonych wywiadów, aby ograniczyć wymiar godzin szkoleń z 160 do 120 i zrealizować je w MODUŁACH od I do IV, co uważam za zasadne w ramach prezentowanego modelu MW.

Badania i rozważania podjęte w prezentowanym modelu MW nie wyczerpują problematyki związanej z ideą mieszkalnictwa wspomaganego w sferze wsparcia osób z *chorobami neurologicznymi oraz osób starszych*. Na postawione pytanie badawcze, czy mieszkanie wspomagane dla osób z *chorobami neurologicznymi oraz osób starszych* to właściwy rodzaj wsparcia, odpowiedź jest pozytywna. Usługi świadczone w ramach MW to pomoc realizowana w obszarze życia codziennego, często wspierająca osoby, których funkcje poznawcze zostały zaburzone. Jednakże kluczową rolę w mieszkaniu spełniają opiekunowie mieszkania. To oni ustalają strukturę dnia, zachęcają mieszkańców do uczenia się zaradności, zachęcają do samodzielności. Opiekunowie wraz z asystentami osób niepełnosprawnych i przy aktywnym współudziale animatorów czasu wolnego prezentują mieszkańcom zróżnicowane formy spędzania wolnego czasu. Pobyt w mieszkaniu pozwala mieszkańcom również rozwijać kompetencje społeczne.

Bez wątplenia w Polsce mieszkalnictwo wspomagane powinno być jedną z głównych usług świadczonych osobom z *chorobami neurologicznymi oraz osobom starszym*, w celu wsparcia w zakresie prowadzenia jak najbardziej „normalnego” życia. Pobyt w mieszkaniach wspomaganych umożliwia rozwój beneficjentów w różnych obszarach funkcjonowania i daje im szansę na w miarę niezależną przyszłość.

2. Zasady pobytu w mieszkaniu wspomaganym

Procedura przyjęcia mieszkańca do MW powinna zostać rozpoczęta w momencie złożenia przez potencjalnego mieszkańca⁶⁵ do: OPS, stowarzyszenia lub innej placówki, która realizuje usługę MW – Formularza zgłoszeniowego – ankiety rekrutacyjnej (dok. 3) oraz poniżej wymienionych dokumentów⁶⁶:

⁶⁵ Potencjalnym mieszkańcem jest osoba, która mieszka w lokalu prywatnym (jest jego prawnym właścicielem) lub przebywa w mieszkaniu komunalnym udostępnionym na podstawie umowy zawartej pomiędzy najemcą i wynajmującym (gmina, TBS).

⁶⁶ Każdemu z mieszkańców w odniesieniu do złożonej dokumentacji, która zawiera jego dane osobowe, przysługuje prawo wskazane w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w tym prawo dostępu do swoich danych osobowych. Podmiot prowadzący mieszkanie jest zobowiązany do przechowywania dokumentacji w sposób uniemożliwiający dostęp do niej osobom z zewnątrz, przy zastosowaniu odpowiednich rozwiązań organizacyjnych, jak i technicznych.

- Zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do zamieszkania w MW (dok. 4);
- Zaświadczenie pielęgniarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do zamieszkania w MW (dok. 5);
- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych mieszkańca (dok. 7);
- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych rodziny mieszkańca (dok. 8).

Na tej podstawie zostaje dokonana wstępna rekrutacja mieszkańca. Następnie po formalnej weryfikacji wniosku z adnotacją „pozytywna wstępna weryfikacja formalna” dodatkowo informuje się potencjalnego beneficjenta usługi o zasadach pobytu (w tym o wysokości odpłatności za pobyt, terminach dokonywania płatności itp.), sposobie funkcjonowania mieszkania wspomaganego i jego wyposażeniu. Ważne jest, aby w kolejnym etapie osoba odpowiedzialna za prowadzenie lub nadzór nad mieszkaniem przeprowadziła rozmowę z potencjalnym mieszkańcem MW i jej/jego opiekunem już w proponowanym miejscu zamieszkania oraz zapoznała osobę zainteresowaną z Regulaminem Mieszkania, obowiązującymi procedurami⁶⁷.

W kolejnym etapie, po wydaniu decyzji pozytywnej, mieszkaniowiec wraz z opiekunem uczestniczy w podpisaniu poniższych dokumentów:

- Regulaminu mieszkania wspomaganego (dok. 1);
- Umowy o pobyt w mieszkaniu wspomaganym (dok. 2);
- Opcjonalnie kontraktu socjalnego.

Warto również dodać, że w dniu wprowadzania się do MW powinien być obecny opiekun mieszkania, który sprawuje nadzór. Mieszkaniowiec zostaje zapoznany z warunkami lokalowymi oraz poinformowany o możliwościach doposażenia pokoju za zgodą opiekuna oraz z ogólnie dostępnymi zasadami integracji ze współmieszkańcem (jeśli taka sytuacja ma miejsce bądź spodziewamy się, że wystąpi). Dodatkowo mieszkaniowiec zostaje zapoznany z obowiązującymi procedurami (dok. 10⁶⁸ i dok. 11⁶⁹, dok. 14⁷⁰ i dok. 15⁷¹), w tym procedurą ratowania życia, którą akceptuje i przy pomocy opiekuna uzupełnia kartę życia oraz załączniki: do procedury postępowania w przypadku zachorowania lub zgonu mieszkańca w mieszkaniu wspomaganym (dok. 15 i 16). Następnie w ciągu 7 dni ustalany jest Indywidualny Plan Wsparcia (IPW), za którego realizację odpowiedzialny jest opiekun mieszkania. Mieszkaniowiec podpisuje zgodę na realizację IPW (dok. 9). Nowo przybyły mieszkaniowiec zostaje otoczony szczególnym wsparciem, umożliwia się mu integrację z nowym otoczeniem oraz stwarza się warunki, w których osoba nowo przyjeta nie będzie się czuła osamotniona i zagubiona. W trakcie pobytu ma prawo do wglądu w dokumentację medyczną oraz podpisuje przygotowane raporty: okresowe, przygotowane w regularnych okresach, np. co kwartał

⁶⁷ Dotyczy mieszkańców, którzy będą korzystać z zasobów komunalnych, w których znajduje się mieszkanie wspomaganie, przystosowane do ich potrzeb, z uwzględnieniem jednostki choroby, której doświadczają.

⁶⁸ Dok. 10. Procedura przyjęcia mieszkańca do mieszkania wspomaganego, s. 28.

⁶⁹ Dok. 11. Procedura dotycząca zapoznawania się z sytuacją w mieszkaniu wspomaganym, s. 30.

⁷⁰ Dok. 14. Procedura urlopowania mieszkańców mieszkania wspomaganego, s. 34.

⁷¹ Dok. 15. Procedura dotycząca postępowania w przypadku zachorowania lub zgonu mieszkańca, s. 35.

(ocena skuteczności przeprowadzonych usług wsparcia, dalsze rekomendacje) i końcowe po zakończonym pobycie (opcjonalnie).

3. Dokumenty powdrożeniowe

Dokument nr 1. Regulamin mieszkania wspomaganego	83
Dokument nr 2. Umowa o pobyt w mieszkaniu wspomaganym	87
Dokument nr 3. Formularz zgłoszeniowy.....	92
Dokument nr 4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do zamieszkania w mieszkaniu wspomaganym	98
Dokument nr 5. Zaświadczenie pielęgniarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do zamieszkania w mieszkaniu wspomaganym.....	99
Dokument nr 6. Indywidualny plan wsparcia mieszkańca.....	100
Dokument nr 7. Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych dla mieszkańca	104
Dokument nr 8. Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych dla rodziny	105
Dokument nr 9. Zgoda mieszkańca na realizację IPW	106
Dokument nr 10. Procedura przyjęcia mieszkańca do mieszkania wspomaganego	107
Dokument nr 11. Procedura dotycząca zapoznawania się z sytuacją w mieszkaniu wspomaganym	108
Dokument nr 12. Notatka służbowa do procedury	109
Dokument nr 13. Postępowanie w typowej sytuacji, przy przyjęciu nowego mieszkańca	110
Dokument nr 14. Procedura urlopowania mieszkańców mieszkania wspomaganego	112
Dokument nr 15. Procedura dotycząca postępowania w przypadku zachorowania lub zgonu mieszkańca.....	113
Dokument nr 16. Oświadczenie do procedury.....	114
Dokument nr 17. Wyciąg z Dziennika rządowego	115
Dokument nr 18. Zarządzenie Burmistrza.....	119
Dokument nr 19. Umowa użyczenia	120

DOKUMENT NR 1. REGULAMIN MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**Rozdział I****§1. Postanowienia ogólne**

Regulamin określa zasady pobytu w mieszkaniu wspomaganym oraz określa prawa i obowiązki Mieszkańców.

§2.

Mieszkanie wspomagane znajdujące się w miejscowości

§3.

Mieszkanie wspomagane jest formą pomocy zapewniającą Mieszkańcom odpowiednie wsparcie przygotowujące do samodzielnego funkcjonowania.

Rozdział II**§4. Funkcjonowanie mieszkania wspomaganego**

1. Prawo do zamieszkania w mieszkaniu wspomaganym mają osoby, które w wyniku rekrutacji zostały zakwalifikowane do projektu, a także spełniały następujące przesłanki:

- a) Osoby z chorobami neurologicznymi w tym Alzheimera i Parkinsona;
- b) Osoby powyżej 60 roku życia (zgodnie z założeniami modelu);
- c) Osoby wymagające opieki i usług asystenckich;
- d) Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

2. Pobyt w mieszkaniu wspomaganym będzie trwał

3. Mieszkanie wspomagane nie jest formą mieszkania socjalnego.

4. Zakres wsparcia w mieszkaniu wspomaganym obejmuje:

- a) wsparcie opiekuna mieszkań;
- b) wsparcie personelu mieszkań;
- c) określenie indywidualnego programu usamodzielnienia;
- d) trening umiejętności interpersonalnych;
- e) trening umiejętności praktycznych według potrzeb mieszkańca;
- f) trening kulinarny i nawyków prozdrowotnych;
- g) indywidualny trening finansowy i zarządzania mieszkaniem;
- h) pomoc w załatwieniu spraw urzędowych;
- i) trening umiejętności spędzania czasu wolnego;
- j) realizacja usług wspierających: pracowników socjalnych, terapeutycznych, psychologicznych, prawniczych, mediacyjnych.

5. W ramach zamieszkania w mieszkaniu wspomaganym zakładane jest:

- a) Zapewnienie odpowiednich warunków bytowych umożliwiających prowadzenie samodzielnego gospodarstwa domowego;
- b) Pomoc w integracji ze środowiskiem poprzez rozwój umiejętności prawidłowego wchodzenia w relacje i role społeczne;
- c) Umożliwienie przygotowania do pełnej samodzielności poprzez doskonalenie umiejętności prowadzenia samodzielnie gospodarstwa domowego, radzenia sobie z problemami codziennego życia, zarządzania posiadanymi środkami finansowymi itp.;

d) Stwarzanie możliwości w zakresie podnoszenia kompetencji społecznych, uzyskania wykształcenia, zdobycia kwalifikacji zawodowych, poszukiwania zatrudnienia, uzyskania samodzielnego mieszkania;

e) Stwarzanie możliwości samodzielnego pokonywania trudności życiowych, emocjonalnych, rodzinnych – przy odpowiednim wsparciu zatrudnionych specjalistów;

f) Rozwijanie umiejętności planowania i wykorzystania czasu wolnego;

g) Umożliwienie, rozwijanie i utrwalanie poczucia odpowiedzialności za własne życie i prawidłowe pełnienie ról społecznych.

§5. Uprawnienia i obowiązki Mieszkańca

1. Mieszkańcy mają prawo do:

a) bezpiecznych i właściwych warunków do odpoczynku, nauki, pracy własnej, przygotowania posiłków;

b) korzystania ze wszystkich urządzeń i wyposażenia znajdującego się w mieszkaniu wspomaganym;

c) pomocy i odpowiedniego wsparcia ze strony pracowników.

2. Mieszkańcy mają obowiązek:

a) poszanowania wyposażenia i sprzętów znajdujących się w pomieszczeniach;

b) przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i przeciwpożarowych;

c) utrzymywania czystości w pokojach i innych pomieszczeniach użytkowych;

d) dbania o bezpieczeństwo własne oraz innych mieszkańców;

e) poszanowania prawa do odpoczynku i prywatności każdego mieszkańca;

f) przestrzegania higieny osobistej;

g) przestrzegania zakazu posiadania oraz bycia pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w mieszkaniu wspomaganym;

h) przestrzegania zakazu palenia papierosów oraz wyrobów tytoniowych na terenie mieszkania wspomaganego;

i) przestrzegania postanowień regulaminu porządku domowego;

j) dbania i chronienia przed uszkodzeniem lub dewastacją części budynku przeznaczonego do wspólnego użytkowania, jak korytarze oraz otoczenie budynku, budowania dobrych relacji z sąsiadami, współpracy z otoczeniem, przestrzegania zasad współżycia społecznego;

k) przestrzegania regulaminu organizacji i zasad funkcjonowania mieszkania oraz regulaminu mieszkania;

l) racjonalnego korzystania z mediów i powierzonego sprzętu;

3. Za wszelkie szkody wyrządzone w częściach wspólnych mieszkania wspomaganego odpowiadają solidarnie wszyscy mieszkańcy.

4. Mieszkaniec może zostać poddany badaniu na obecność alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

5. Mieszkaniec ma obowiązek poinformować Opiekuna o każdej planowanej dłuższej niż 24 godziny nieobecności.

6. Mieszkaniec ma obowiązek poinformować Opiekuna o planowanych odwiedzinach osób z zewnątrz na dzień wcześniej, do godziny 16:00.

7. W mieszkaniu wspomaganym zabrania się:
- a) przyjmowania gości będących pod wpływem alkoholu lub/i środków odurzających;
 - b) stosowania przemocy fizycznej i psychicznej;
 - c) zakłócania spokoju domowego;
 - d) posiadania, stosowania i rozprowadzania wszelkich rodzajów środków odurzających;
 - e) palenia papierosów oraz innych wyrobów tytoniowych;
 - f) wynoszenia na zewnątrz przedmiotów stanowiących wyposażenie mieszkania wspomaganego;
 - g) odstępowania kluczy do mieszkania wspomaganego osobom nieupoważnionym.

§6. Rozwiązanie umowy

1. Podstawą do rozwiązania umowy jest nieprzestrzeganie postanowień niniejszego Regulaminu, a w szczególności:

- a) przebywanie na terenie mieszkania wspomaganego w stanie nietrzeźwym, spożywania napojów alkoholowych lub innych środków odurzających;
- b) zakłócanie spokoju innych mieszkańców poprzez wszczynanie awantur, agresję, naruszanie dóbr osobistych innych mieszkańców;
- c) niespektowanie zaleceń porządkowych Opiekuna Mieszkania, wydawanych w ramach swoich uprawnień i obowiązków służbowych;
- d) brak współdziałania z Opiekunem Mieszkania w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej;
- e) posiadanie bez zezwolenia zwierząt w Mieszkaniu Wspomaganym.

2. Umowa może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym w przypadku:

- a) wnoszenia, przechowywania, sprzedaży, zażywania środków psychoaktywnych;
- b) zakłócania spokoju;
- c) dewastacji lokalu;
- d) wynoszenia wyposażenia mieszkania wspomaganego.

§7. Zasady rezygnacji mieszkańca

1. Rezygnacja mieszkańca w trakcie pobytu w mieszkaniu wspomaganym może nastąpić z ważnej przyczyny i wymaga złożenia pisemnego oświadczenia dotyczącego przyczyny rezygnacji.

2. W przypadku rezygnacji mieszkańca w trakcie pobytu w mieszkaniu wspomaganym, Podmiot prowadzący może żądać, aby mieszkaniiec przedłożył zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty usprawiedliwiające jego rezygnację.

3. W przypadku nieusprawiedliwionej rezygnacji, Podmiot prowadzący może obciążyć mieszkańca kosztami jego uczestnictwa proporcjonalnie do wykorzystanego wsparcia. Niniejsze postanowienie wynika z faktu, iż wsparcie jest finansowane ze środków publicznych, w związku z czym na Podmiocie prowadzącym spoczywa szczególny obowiązek dbałości o ich prawidłowe i zgodne z założonymi celami wydatkowanie, a także konieczność zapewnienia środków finansowych na organizację założonych form wsparcia dla mieszkańców wchodzących na miejsce osoby rezygnującej.

4. W przypadku rezygnacji przez mieszkańca na jego miejsce zostanie zakwalifikowana pierwsza osoba z listy rezerwowej.

5. Podmiot prowadzący zastrzega sobie prawo skreślenia mieszkańca z listy potencjalnych mieszkańców w przypadku naruszenia przez mieszkańca niniejszego Regulaminu.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez
2. Dokumenty dodatkowe to: umowa o pobyt w mieszkaniu wspomaganym oraz formularz zgłoszeniowy – ankieta rekrutacyjna.

DOKUMENT NR 2. UMOWA O POBYT W MIESZKANIU WSPOMAGANYM

zawarta dnia

pomiędzy:

.....
.....

.....zwanym dalej Instytucją **Prowadzącą Mieszkania Wspomagane,**

a

Panem

Urodzonym w dniu

w

zamieszkałym

zwanym/-ą dalej Mieszkańcem.

Umowa została zawarta w dniu

§1. Ustalenia ogólne

Instytucja Prowadząca Mieszkanie Wspomagane (MW) oferuje Mieszkańcowi miejsce zamieszkania oraz zapewnia niezbędne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu w postaci:

- a) opiekuna mieszkania, pracownika socjalnego, opiekunki oraz animatora czasu
- b) realizacji usług wspierających pobyt osób w mieszkaniach wspomaganych (np. poradnictwo specjalistyczne, treningi rehabilitacji społecznej, koszt dowozu mieszkańców do lekarzy, urzędu itp. – wg potrzeb Mieszkańca),
- c) wsparcie psychoedukacyjne i psychospołeczne dla rodzin mieszkańców – do realizacji od do
- d) finansowanie kosztów eksploatacji mieszkań wspomaganych do kwoty, o której mowa w §4.

§2. Mieszkańcy

Do Mieszkania Wspomaganego może zostać przyjęta:

- 1) osoba z chorobami neurologicznymi, do których zaliczyć należy osoby po udarach mózgu, osoby z polineuropatią i zwyrodnieniami kręgosłupa, czy też osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi – otępiennymi, innymi niż Choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona (tj. SM, zespół Hakima, choroba z ciałami Lewy`ego, choroba Picka i inne); osoba z chorobą Alzheimera; osoba z chorobą Parkinsona;
- 2) lub osoba z grupy wiekowej 60+ (zgodnie z założeniami modelu),
- 3) osoby zamieszkałe na terenie gminy, wyrażające chęć pobytu w MW, po uzyskaniu pozytywnej opinii w oparciu o proces kwalifikacyjny przeprowadzony przez Instytucję prowadzącą. Pozostałe kryteria uwzględniają:
 - a) osobę, która podpisała (lub jej opiekun prawny/ustawowy) stosowne oświadczenie,
 - b) odpisała regulamin mieszkania.

§3. Zakres świadczeń

1. Mieszkaniec otrzymuje miejsce zamieszkania zlokalizowane w miejscowości
.....
2. Mieszkaniec zamieszka w pokoju jednoosobowym. Podstawowe wyposażenie i umeblowanie pokoju są zapewnione.
3. Wszystkie/Wspólne pomieszczenia, tj. kuchnia, łazienka, przedpokój, są przeznaczone do wspólnego użytku i służą Mieszkańcom Mieszkania Wspomaganego.
4. Korzystanie z pomieszczeń obejmuje zaopatrzenie w ciepłą i zimną wodę, ogrzewanie i prąd.
5. Ogólny zakres świadczenia opieki i wsparcia obejmują działania wspomagające codzienne funkcjonowanie mieszkańca.

§4. Odpłatność za świadczenia w MW

1. Instytucja prowadząca ponosi koszty związane z czynszem i mediami Mieszkania Wspomaganego w wysokości dozł/miesiąc w terminie do
2. W skład kosztów, o których mowa w ust. 1, ujmuje się: czynsz, fundusz remontowy, opłaty administracyjne, wodę, ścieki zgodnie z wycenieniami Wodociągi i Kanalizacja Spółka z.o.o. w, dodatkowo za prąd i gaz oraz usługi: telewizja, Internet i abonament telefoniczny, na które Instytucja Prowadząca mieszkanie zawrze stosowne umowy, udostępni w pełni ww. usługi dla Mieszkańca i pokryje ten wydatek do kwoty zł brutto miesięcznie
3. W kwocie, o której mowa w ust. 1, zawiera się kwota, o której mowa w u.st. 2.
4. Mieszkaniec pokrywa koszty związane z ponoszeniem odpłatności za gospodarowanie odpadami komunalnymi i jest zobowiązany do złożenia odpowiedniej deklaracji w tym zakresie w Urzędzie Gminy
5. **Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, odpłatność za pobyt w mieszkaniu ponosi Mieszkaniec lub Gmina, wg indywidualnych rozstrzygnięć Gminy w tym zakresie.**
6. W przypadku gdy faktyczne opłaty wykazane w ust. 1 przekroczą kwotę limitu, mieszkaniec będzie pokrywał wysokość „niedoboru” solidarnie w częściach z osobami wspólnie zamieszkałymi w terminie 14 dni od otrzymania zawiadomienia w tej sprawie.
7. Miesięczna opłata za pobyt i opiekę w MW w kwocie „niedoboru” jest ponoszona przez Mieszkańca w formie przelewu bankowego na konto Instytucji Prowadzącej MW w Banku w nr rachunku
8. Wpłaty dokonuje się z dołu za miesiąc, w którym kwota limitu nie reguluje w pełni opłat za gospodarowanie i użytkowanie mieszkania, z terminem płatności 14 dni od uzyskania pisemnej informacji od Instytucji Prowadzącej MW.

§5. Okres trwania i warunki rozwiązania umowy

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony do
2. Stosunek niniejszej umowy wygasa wraz z upływem okresu, na jaki umowa została zawarta, chyba że strony dokonają jej przedłużenia.
3. Instytucja Prowadząca Mieszkanie Wspomagane ma prawo rozwiązać umowę o pobyt i opiekę w Mieszkaniu Wspomaganim wyłącznie w przypadku wystąpienia ważnej przyczyny. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy wymaga formy pisemnej i uzasadnienia.
4. Ważna przyczyna, o której mowa w ust. 3, ma miejsce, gdy:
 - a) stan zdrowotny Mieszkańca ulegnie poważnym zmianom i opieka nad Mieszkańcem w pomieszczeniach MW nie jest możliwa,
 - b) Mieszkaniec dopuszcza się zwłoki z uiszczaniem odpłatności za pobyt i opiekę w MW za co najmniej jeden pełen miesiąc,
 - c) Mieszkaniec narusza Regulamin MW, nie dotrzymuje obowiązków Mieszkańca oraz indywidualnych ustaleń pomiędzy Mieszkańcem a personelem merytorycznym MW.
5. Instytucja Prowadząca Mieszkanie Wspomagane ma prawo do rozwiązania umowy w przypadku wstrzymania, znacznego ograniczenia lub istotnych zmian w rodzaju działalności statutowej, które uniemożliwiają wypełnienie zapisów niniejszej umowy.
6. Strony mogą rozwiązać umowę w każdym czasie na mocy porozumienia stron.

§6. Mienie własne i odpowiedzialność cywilna

1. Wnoszenie oraz przechowywanie przez Mieszkańca mienia własnego oraz przedmiotów, które nie należą do wyposażenia Mieszkania Wspomaganego, wymaga zgody personelu.
2. Mieszkaniec został poinformowany przez personel o ryzyku, jakie wiąże się z wnoszeniem i przechowywaniem mienia własnego (np. gotówka, biżuteria, wartościowe przedmioty) w pomieszczeniach Mieszkania Wspomaganego.
3. Mieszkaniec odpowiada wobec Instytucji Prowadzącej Mieszkanie Wspomagane za wyrządzone przez niego szkody w wyposażeniu zajmowanego pokoju oraz pomieszczeń wspólnego użytku w wypadku rażącego niedbalstwa lub zamiaru.

§7. Przekazywanie prawa użytkowania

Mieszkaniec nie może dawać schronienia w pomieszczeniach Mieszkania Wspomaganego osobom trzecim lub przekazywać im prawa użytkowania.

§8. Reguły współżycia

1. Mieszkaniec ma prawo do:

- a) Poszanowania jego godności osobistej;
- b) Prywatności i zachowania dyskrecji w sprawach prywatnych i zdrowotnych;

- c) Swobody wyrażania myśli i przekonań, w szczególności dotyczących życia społeczności MW oraz wyznawanej religii, jeżeli sposób praktykowania przekonań nie narusza dobra Współmieszkańców;
- d) Korzystania z pomocy w sprawach socjalno-bytowych, w sprawach problematycznych i naglących;
- e) Korzystania ze sprzętów gospodarstwa domowego, ogólnie dostępnych dla każdego Mieszkańca;
- f) Swobodnego korzystania ze wszystkich pomieszczeń wspólnego użytku, tj.: pokoju dziennego, kuchni, łazienki, przedpokoju;
- g) Przyjmowania gości na ogólnie przyjętych zasadach społecznych;
- h) Aktywnego wpływu na życie społeczności MW poprzez wyrażanie swoich spostrzeżeń i uwag na spotkaniach społeczności;
- i) Zgłaszania pracownikom MW uwag, postulatów oraz zapytań dot. spraw Mieszkańców i MW.
- j) Bezpiecznych i właściwych warunków do odpoczynku, nauki, pracy własnej, przygotowania posiłków;
- k) Korzystania ze wszystkich urządzeń i wyposażenia znajdującego się w mieszkaniu wspomaganym;
- l) Pomocy i odpowiedniego wsparcia ze strony kadry MW.

2. Mieszkaniec ma obowiązek:

- a) Poszanowania wyposażenia i sprzętów znajdujących się w pomieszczeniach;
- b) Przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i przeciwpożarowych;
- c) Utrzymywania czystości w pokojach i innych pomieszczeniach użytkowych;
- d) Dbania o bezpieczeństwo własne oraz innych mieszkańców;
- e) Poszanowania prawa do odpoczynku i prywatności każdego mieszkańca;
- f) Przestrzegania higieny osobistej;
- g) Przestrzegania zakazu posiadania oraz bycia pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w Mieszkaniu Wspomaganym;
- h) Przestrzegania zakazu palenia papierosów oraz wyrobów tytoniowych na terenie mieszkania wspomaganego;
- i) Przestrzegania postanowień regulaminu porządku domowego;
- j) Dbania i chronienia przed uszkodzeniem lub dewastacją części budynku przeznaczonego do wspólnego użytkowania, jak korytarze oraz otoczenie budynku, budowania dobrych relacji z sąsiadami, współpracy z otoczeniem, przestrzegania zasad współżycia społecznego.
- k) Przestrzegania regulaminu organizacji i zasad funkcjonowania mieszkania oraz regulaminu mieszkania;
- l) Do racjonalnego korzystania z mediów i powierzonego sprzętu.

§9 Ochrona danych osobowych

1. Podpisując niniejszą umowę Mieszkaniec oświadcza, że podając dane osobowe nie działał pod przymusem, zna cel, do którego będą wykorzystywane.
2. Personel Instytucji Prowadzącej Mieszkanie Wspomagane zobowiązuje się do ochrony danych osobowych Mieszkańca zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§10. Ustalenia końcowe

1. Regulamin Mieszkania Wspomaganego stanowi załącznik do niniejszej umowy.
2. Mieszkaniec oświadcza, że przed podpisaniem niniejszej umowy został szczegółowo poinformowany o formach wsparcia i wyposażeniu Mieszkania Wspomaganego oraz zapoznał się z Regulaminem.
3. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne właściwe dla przedmiotu umowy.
4. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem umowy strony poddają rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Instytucji Prowadzącej Mieszkanie Wspomagane.
5. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
Instytucja Prowadząca Mieszkanie Wspomagane

.....
Mieszkaniec

DOKUMENT NR 3. FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane kandydata												
LP.	Formularz zgłoszeniowy wypełnia osoba rekrutująca w oparciu o wywiad z kandydatem											
	Imię (imiona)											
	Nazwisko											
	Data urodzenia											
	PESEL											
	Nr i seria dowodu osobistego											
	<p>Wykształcenie</p> <input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> Średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Obecnie uczyć się/studiując <input type="checkbox"/> Średnie techniczne											
	<p>Zatrudniony</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie											

Dane kontaktowe	Adres zameldowania wraz z kodem pocztowym	Miejscowość/ kod pocztowy Ulica i nr domu/lokalu
	Adres do korespondencji	
	Województwo	
	Powiat	
	Telefon stacjonarny	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty elektronicznej	
	Stan cywilny	
	Dzieci	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Ile?..... Wiek dzieci.....
	Sytuacja rodzinna	
Sytuacja zdrowotna	Rozpoznanie-schorzenia	
	Data rozpoznania/zachorowania	

Sytuacja społeczna		<p>Źródło dochodu</p> <p>Aktualna sytuacja mieszkaniowa</p> <p><input type="checkbox"/> mieszkam samodzielnie <input type="checkbox"/> mieszkam z rodziną <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....</p> <p>Korzystanie z ośrodków leczenia</p> <p><input type="checkbox"/> zakład opiekuńczo leczniczy <input type="checkbox"/> zespół leczenia środowiskowego <input type="checkbox"/> hostel terapeutyczny <input type="checkbox"/> inne (jakie?)</p> <p>Od kiedy:.....</p> <p>Korzystanie z ośrodków wsparcia</p> <p><input type="checkbox"/> Dom Pomocy Społecznej <input type="checkbox"/> Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze <input type="checkbox"/> Środowiskowy Dom Samopomocy <input type="checkbox"/> Warsztaty Terapii Zajęciowej <input type="checkbox"/> Klub Integracji Społecznej <input type="checkbox"/> Klub samopomocy <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....</p> <p>Od kiedy:.....</p>
Osoba do kontaktu/ opiekun pp	Imię i Nazwisko	
	Telefon	

Dla kandydatów na mieszkańców do mieszkań wspomaganych

Ankieta rekrutacyjna - Pytania pomocnicze przy rekrutacji mieszkańca do mieszkań wspomaganych:

1. Sprawność funkcjonalna:
 - a. Osoby aktywne w pełni samodzielne
 - b. Osoby wymagające wsparcia w aktywności
 - c. Osoby niesamodzielne
2. Stopień niepełnosprawności:
 - a. Lekki
 - b. Umiarkowany
 - c. Znaczny
3. Status zawodowy:
 - a. Osoba bezrobotna
 - b. Osoba pracująca dorywczo
 - c. Osoba pracująca zawodowo
4. Status społeczny:
 - a. Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym
 - b. Osoby biorące aktywny udział w życiu społecznym
 - c. Osoby wspomagające aktywny udział w społeczeństwie
5. Status rodzinny
 - a. Osoby samotne
 - b. Osoby posiadające uregulowaną sytuację rodzinną
 - c. Osoby posiadające nieuregulowaną sytuację rodzinną (posiadające niepełnoletnie dzieci, w trakcie rozwodu, separacji, sprawy sądowe związane z rodziną itd.)
6. Posiadanie zwierzęcia domowego
 - a. Osoby posiadające zwierzę domowe
 - b. Osoby nieposiadające zwierzęcia domowego
7. Wiek
 - a. Do 40 – 10pkt
 - b. 40-60 – 5pkt
 - c. 60 + – 0 pkt
8. Status mieszkaniowy
 - a. Osoby nieposiadające własności mieszkaniowej 10pkt
 - b. Osoby posiadające stałe miejsce zamieszkania (osoby posiadające mieszkanie, komunalne, socjalne itp.) 5 pkt.
 - c. Osoby posiadające własność mieszkaniową 0 pkt.
9. Osoby palące tytoń
 - a. Osoby niepalące
 - b. Osoby palące okazjonalnie 1-5 sztuk
 - c. Osoby palące nałogowo pow. 5 sztuk

10. Obsługiwanie siebie

- a. Higiena osobista (toaleta, wizerunek)
- b. Sprawność motoryczna
- c. Ubieranie się
- d. Spożywanie posiłków
- e. Przygotowanie posiłków
- f. Komunikowanie się
- g. Czynności domowe
- h. Leczenie – farmakoterapia
- i. Zainteresowania
- j. Ubiór – wygląd
- k. Obsługa sprzętów gospodarstwa domowego

11. Załącznik – SAMOOBSŁUGA

	Samodzielnie	Z pomocą	Niesamodzielnie
1. HIGIENA OSOBISTA			
2. SPRAWNOŚĆ MOTORYCZNA			
3. UBIERANIE SIĘ			
4. KOMUNIKOWANIE SIĘ			
5. CZYNNOŚCI DOMOWE			
6. LECZENIE FARMAKOLOGICZNE			
7. ZAINTERESOWANIA (jakie?)			
8. SPOŻYWANIE POSIŁKÓW			
9. OSŁUGA SPRZĘTU GOSPODARSTWA DOMOWEGO			
10. PRZYGOTOWANIE POSIŁKÓW			

12. Zachowanie cyklu dnia

- i. Pełne zachowanie cyklu dnia (rozdzielenie dni tygodnia, miesięcy, pór dnia i posiłków)
- ii. Częściowe zachowanie cyklu dnia
- iii. Nie rozróżnia

13. Umiejętność obserwacji i dostosowania zachowania do warunków pogodowych

- iv. Potrafi
- v. Z pomocą
- vi. Nie potrafi

-
14. Umiejętność rozporządzenia budżetem domowym – pieniężnym
 - vii. Rozróżnia nominały pieniężne, orientacja w cenach artykułów, dostosowanie zakup artykułów życia codziennego do posiadanego zasobu gotówkowego
 - viii. Z pomocą
 - ix. Nie potrafi
 15. Samoświadomość stanu zdrowia
 - x. Pełna (potrafi obiektywnie ocenić swój stan zdrowia)
 - xi. Z pomocą (odpowiada na pytania)
 - xii. Nie jest w stanie ocenić stanu zdrowia
 16. Relacje interpersonalne (bliskie osoby utrzymujące stały kontakt, rodzina, przyjaciele, znajomi, partnerzy)
 - xiii. Tak
 - xiv. Nie wiem
 - xv. Nie
 17. Przestrzeganie zasad i norm społecznych
 - xvi. Tak
 - xvii. Nie wiem
 - xviii. Nie

**DOKUMENT NR 4. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO ZAMIESZKANIA W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do zamieszkania
w mieszkaniu wspomaganym

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

Opinia lekarza

.....

.....

.....

.....

.....

Czy istnieją przeciwwskazania do samodzielnego zamieszkania osoby badanej?

TAK/NIE

Jeśli Tak, to jakie?

.....

.....

Czy pacjent zalicza się do którejś z grup: (zaznaczyć odpowiednie)

1. osoby z chorobami neurologicznymi, do których zaliczyć należy osoby po udarach mózgu, osoby z polineuropatią i zwyrodnieniami kręgosłupa, czy też osoby
2. z chorobami neurodegeneracyjnymi – otępiennymi, innymi niż Choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona (tj. SM, zespół Hakima, choroba z ciałami Lewy`ego, choroba Picka i inne);
3. osób z chorobą Alzheimera;
4. osób z chorobą Parkinsona;
5. osób starszych 60+ (zgodnie z założeniami modelu).

.....

Podpis lekarza

**DOKUMENT NR 5. ZAŚWIADCZENIE PIELĘGNIARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO ZAMIESZKANIA W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

Zaświadczenie pielęgniarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do zamieszkania
w mieszkaniu wspomaganym

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

Opinia pielęgniarki

.....
.....
.....
.....

Czy istnieją przeciwwskazania do samodzielnego zamieszkania osoby badanej?

TAK/NIE

Jeśli Tak, to jakie?

.....
.....

.....

Podpis pielęgniarki

DOKUMENT NR 6. INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA MIESZKAŃCA

Mieszkaniec:

ZAKRES, FORMY I METODY WSPARCIA

A. REHABILITACJA OGÓLNA

I. Stan zdrowia oraz higiena osobista

.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

II. Czynności dnia codziennego oraz ogólna zaradność

.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

III. Motoryka

.....
.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

IV. Sfera Intelktualna

.....
.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

V. Sfera społeczna

.....
.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

VI. Sfera emocjonalno-motywacyjna

.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

B. REHABILITACJA ZAWODOWA

1. Samowystarczalność

.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

2. Zasoby

.....
.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.
3. Dojrzałość i umiejętności zawodowe (postawa zawodowa, tempo pracy, akceptacja współpracowników, stosunek do opiekuna)
.....
.....

Planowane efekty rehabilitacji:

1.
2.

Formy zajęć:

Zajęcia indywidualne oraz grupowe w zakresie:

1.
2.
3.

Stosowane metody:

1.
2.
3.

DOKUMENT NR 7. OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**DLA MIESZKAŃCA**

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych osobowych uzyskanych przez Administratora – dotyczących mojej osoby w związku moim z pobytem w Mieszkanu Wspomagany t.j. w celu prawidłowej organizacji mojego pobytu w Mieszkanu Wspomagany w poprzez zapewnienie mi usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających.

Jednocześnie oświadczam, że zgody udzielam dobrowolnie oraz że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawienia, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....

.....

Za zgodność podpisu

Podpis Mieszkańca

**DOKUMENT NR 8. OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
DLA RODZINY**

.....
Imię i nazwisko

.....

Adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych osobowych uzyskanych przez
dotyczących mojej osoby w związku moim z pobytem w Mieszkanie Wspomagany
m tj. w celu prawidłowej organizacji mojego pobytu w Mieszkanie Wspomagany
w poprzez zapewnienie mi usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających.

Jednocześnie oświadczam, że zgody udzielam dobrowolnie oraz że zostałem/
poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich
poprawienia, jak również wycofania zgody na jej przetwarzanie w każdym czasie.

.....
Za zgodność podpisu

.....
Podpis Członka rodziny mieszkańca

DOKUMENT NR 9. ZGODA MIESZKAŃCA NA REALIZACJĘ IPW.....
Miejscowość dnia

Imię i Nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

.....

ZGODA MIESZKAŃCA NA REALIZACJĘ IPW

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację IPW

.....

.....
(Imię i Nazwisko)

Jednocześnie oświadczam, że zgody udzielam dobrowolnie oraz że zostałem/am poinformowany/ a o zasadach korzystania ze wsparcia w ramach IPW.

.....

Podpis

DOKUMENT NR 10. PROCEDURA PRZYJĘCIA MIESZKAŃCA DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO

1. Pracownik socjalny, przed przyjęciem osoby ubiegającej się o wsparcie w mieszkaniu wspomaganym, przeprowadza wywiad środowiskowy, do którego dołącza niezbędne dokumenty. Udziela także informacji o zasadach pobytu i sposobie funkcjonowania mieszkania wspomaganego i jego wyposażeniu. W miejscu zamieszkania osoby ubiegającej się pracownik socjalny wraz z opiekunem mieszkania wspomaganego przeprowadza rozmowę oraz zostaje ona zapoznana z Regulaminem Mieszkania, Procedurami. Umożliwia się osobie przed przyjęciem zapoznanie się z mieszkaniem w obecności opiekuna i pracownika socjalnego na terenie mieszkania.
2. Na podstawie zebranej dokumentacji podejmuje się decyzję o przyznaniu mieszkania wspomaganego i podpisuje Umowę o pobyt w mieszkaniu wspomaganym.
3. W dniu wprowadzania się do mieszkania obecny jest pracownik socjalny i opiekun, którzy sprawują nadzór. Mieszkaniec podpisuje niezbędne dokumenty i zostają uzgodnione warunki zamieszkania. Mieszkaniec zostaje zapoznany z warunkami lokalowymi oraz poinformowany o możliwościach doposażenia pokoju za zgodą opiekuna oraz z ogólnie dostępnymi zasadami integracji ze współmieszkańcem. Zostaje poinformowany o Regulaminie mieszkania wspomaganego oraz zostaje zapoznany się z obowiązującymi procedurami.
4. W zależności od przejawianych zainteresowań osobę nowo przyjętą otacza szczególną troską personel mieszkania.
5. Mieszkaniec zostaje zameldowany w mieszkaniu wspomaganym na pobyt czasowy lub stały w zależności od decyzji. Fakt zameldowania odnotowuje się w Książce Meldunkowej prowadzonej przez opiekuna mieszkania. Następnie po miesięcznej aklimatyzacji ustalany jest Indywidualny Plan Wspierania, za którego realizację odpowiedzialny jest opiekun.
6. Nowo przybytemu mieszkańcowi udzielane jest szczególne wsparcie, aby stworzyć mu dogodne warunki, umożliwiające prawidłową aklimatyzację i integrację z nowym otoczeniem, w których osoba nowo przyjęta nie będzie czuła się osamotniona i zagubiona.

**DOKUMENT NR 11. PROCEDURA DOTYCZĄCA ZAPOZNAWANIA
SIĘ Z SYTUACJĄ W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

Opiekun mieszkania rozpoczynając pracę informuje mieszkańca mieszkania wspomaganego o tym fakcie za pomocą form: telefonicznie, listownie itp.

1. Zapoznaje się z aktualną sytuacją na terenie mieszkania.
2. W sytuacji, gdy opiekun poweźmie informację o zachowaniu mieszkańca niezgodnym z Regulaminem Mieszkania Wspomaganego, podejmuje się działania wyjaśniające.
3. Z działań tych sporządza notatkę służbową.
4. Po dokonaniu oceny zaistniałej sytuacji podejmuje decyzję o dalszych działaniach.

NOTATKA SŁUŻBOWA

Spisana w dniu.....na terenie mieszkania wspomaganego
..... przez.....dotycząca (w sprawie)
.....
.....

Treść.....
.....
.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko opiekuna mieszkania
lub innej osoby sporządzającego notatkę służbową).

DOKUMENT NR 13. POSTĘPOWANIE W TYPOWEJ SYTUACJI, PRZY PRZYJĘCIU NOWEGO MIESZKAŃCA

Przy przyjęciu do Mieszkania Wspomaganego powinna towarzyszyć Mieszkańcowi najbliższa osoba, która przywozi Mieszkańca. Jeśli Mieszkaniec jest osobą samotną, pracownik socjalny powinien towarzyszyć Mieszkańcowi. Podczas przyjęcia nowego Mieszkańca uczestniczą: pracownicy socjalni, opiekun osoby niepełnosprawnej, opiekun mieszkania, którzy zapoznają Mieszkańca z obowiązującym regulaminem.

Postępowanie w typowej sytuacji przed, w trakcie i po przyjęciu nowego Mieszkańca opisane jest w planie adaptacyjnym.

Plan adaptacji Mieszkańca do warunków Mieszkań Wspomaganych

Czas adaptacji	Cel	Formy realizacji, zamierzone działania
Przed przyjęciem	Poznanie osoby, która ma przybyć do mieszkania.	Zapoznanie Zespołu z sytuacją socjalno-bytową przyszłego Mieszkańca, ustaloną w miejscu jego zamieszkania
		Powiadomienie o terminie przyjęcia
Przy przyjęciu	Proces adaptacji	Wypełnienie niezbędnych dokumentów wewnętrznych
		Umieszczenie Mieszkańca w przygotowanym pokoju, wskazanie łóżka, szafki na rzeczy osobiste
		Zapoznanie z regulaminami i procedurami Mieszkania Wspomaganego
Do 1 miesiąca	Integracja z miejscowym środowiskiem Diagnoza potrzeb mieszkańca	Zapoznanie z personelem i Mieszkańcami – rozmowy indywidualne
		Zapoznanie z topografią Mieszkania Wspomaganego i najbliższą okolicą
		IWP – propozycja/ akceptacja

Czas adaptacji	Cel	Formy realizacji, zamierzone działania
Okolo 1 miesiąca	Zapoznanie z obowiązującymi zasadami organizacyjnymi i funkcjonowaniem	Pomoc w załatwieniu spraw urzędowych, m.in. orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, rozwiązanie umów z mediami: telefon, gaz, energia, czynsz, ewentualne wyrobienie dokumentu tożsamości itp.
Okolo 3 miesięcy	Organizacja czasu wolnego z uwzględnieniem możliwości i potrzeb Mieszkańca	Rozmowy indywidualne
		Obserwacje

Obserwacja potrzeb mieszkańca:

1. Zaspokojenie potrzeb bytowych.
2. Aktywizacja Mieszkańca do czynnego spędzania czasu wolnego w celu zapobiegania bierności i pogorszenia stanu zdrowia.
3. Wdrażanie do samodzielnego funkcjonowania.
4. Stymulowanie kontaktów z otoczeniem i Mieszkańcami, personelem oraz środowiskiem spoza Mieszkania Wspomagany.

**DOKUMENT NR 14. PROCEDURA URLOPOWANIA MIESZKAŃCÓW MIESZKANIA
WSPOMAGANEGO**

1. Nieobecność w mieszkaniu po godz. 21 mieszkaniec winien zgłosić opiekunowi mieszkania, w drugiej kolejności pracownikowi socjalnemu. Fakt ten zostaje odnotowany w zeszycie Ewidencja urlopowania mieszkańca, gdzie mieszkaniec powinien podać: imię i nazwisko osoby, u której będzie przebywał, czas trwania i miejsce pobytu w czasie urlopu oraz telefon kontaktowy.
2. W przypadku, gdy mieszkaniec wyjeżdża na urlop samodzielnie, opiekun lub pracownik socjalny zobowiązany jest do skontaktowania się z osobą, u której zamierza przebywać mieszkaniec, w celu uzyskania informacji dotyczących jego pobytu.
3. O wszelkich zmianach, które dotyczą mieszkańca podczas jego nieobecności, mieszkaniec (jeśli jest w stanie) lub osoba, pod opieką której mieszkaniec przebywa, zobowiązani są powiadomić opiekuna mieszkań lub pracownika socjalnego.

DOKUMENT NR 15. PROCEDURA DOTYCZĄCA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZACHOROWANIA LUB ZGONU MIESZKAŃCA

1. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia mieszkańca osoby świadczące aktualnie pracę podejmują decyzję:
 - o dalszym postępowaniu – wezwanie karetki pogotowia lub innych służb;
 - powiadamiają opiekuna mieszkania o zdarzeniu;
 - podjęte działania zostają udokumentowane w formie notatki.
2. Powiadomiony w niezwłocznym czasie opiekun mieszkania lub inna wskazana osoba, w przypadku pobytu mieszkańca w szpitalu podejmuje właściwe działania: zobowiązany jest nawiązać kontakt z placówką służby zdrowia, zapewniając mieszkańcowi niezbędne wsparcie w zabezpieczeniu podstawowych jego potrzeb (odwiedziny w zależności od potrzeb i kontakt z lekarzem prowadzącym).
3. Mieszkaniec, który pomimo zagrożenia życia nie wyraża zgody na umieszczenie w szpitalu – pozostaje w mieszkaniu, gdzie umożliwia się mu konieczną opiekę, ewentualnie osoba wyznaczona powinna:
 - być gotowa do słuchania i milczenia;
 - przejawiać życzliwy i wyrozumiały stosunek, i zapewnić opiekuńczy kontakt;
 - w miarę możliwości spełniać życzenia tej osoby;
 - jeżeli wyraża taką wolę, zapewnić tej osobie usługi kapłańskie;
 - ułatwić kontakt z rodziną i pozwolić na odwiedziny;
 - zapewnić osobom cierpiącym z bólu dostępne środki farmakologiczne obniżające poziom bólu, zgodnie ze wskazaniem lekarskim.
4. W przypadku zgonu mieszkańca opiekun lub osoba będąca na miejscu powinna zapoznać się z Kopertą Życia, powiadomić lekarza POZ dla dorosłych i podjąć dalsze działania:
 - a. na podstawie karty zgonu, pracownik socjalny lub członek rodziny w Urzędzie Stanu Cywilnego załatwia odpis skrócony aktu zgonu;
 - b. o śmierci mieszkańca powiadamia się rodzinę zmarłego. W przypadku gdy nie ma rodziny lub rodzina nie chce angażować się w organizowanie pogrzebu, inicjatywę przejmuje Opiekun mieszkania lub pracownik socjalny;
 - c. opiekun mieszkania organizuje uroczystości pogrzebowe zgodnie z wyznaniem mieszkańca i zgodnie z jego wolą.

DOKUMENT NR 16. OŚWIADCZENIE DO PROCEDURY**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż w przypadku mojej śmierci proszę o poinformowanie:

1. Pana/i.....
zamieszkałego/łej.....

2. Pana/i.....
zamieszkałego/łej.....

3. Pana/i.....
zamieszkałego/łej.....

Mój majątek ruchomy / nieruchomości proszę przekazać:

.....
.....

Jednocześnie informuję, iż wolą moją jest

.....
.....

W przypadku braku miejsca wykupionego wyrażam zgodę na sprawienie pogrzebu zgodnie z zapisami ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z moim wyznaniem

1.....

2..... (podpis mieszkańca)

(podpisy świadków)



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Opole, dnia 12 stycznia 2021 r.

Poz. 97

Podpisany przez:
Joanna Pietrzykowska
Data: 2021-01-12 14:38:43



UCHWAŁA NR XVI.218.2020 RADY MIEJSKIEJ W BIAŁEJ

z dnia 18 grudnia 2020 r.

w sprawie zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy Biała

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713 oraz 1378) oraz art. 21 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 ustawy z dnia 21 czerwca 2001r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 611) Rada Miejska w Białej uchwala, co następuje:

Postanowienia ogólne

§ 1. Uchwała reguluje zasady wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy Biała.

§ 2. Mieszkaniowy zasób Gminy Biała jest tworzony i utrzymywany w celu zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych wspólnoty samorządowej.

Rozdział 1

Wysokość dochodu gospodarstwa domowego uzasadniająca oddanie w najem lub podnajem lokalu na czas nieoznaczony i najem socjalny lokalu oraz wysokość dochodu gospodarstwa domowego uzasadniająca stosowanie obniżek czynszu

§ 3. Oddanie w najem lub podnajem lokalu mieszkalnego na czas nieoznaczony może nastąpić na rzecz osób, których średni dochód z gospodarstwa domowego w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa nie przekroczył, w okresie trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku:

- 1) 200% najniższej emerytury w gospodarstwach jednoosobowych;
- 2) 150% najniższej emerytury w gospodarstwach wieloosobowych.

§ 4. Oddanie w najem socjalny lokalu może nastąpić na rzecz osób, których średni dochód z gospodarstwa domowego, w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa nie przekroczył w okresie trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku:

- 1) 100% najniższej emerytury w gospodarstwach jednoosobowych;
- 2) 75% najniższej emerytury w gospodarstwach wieloosobowych.

§ 5. Wysokość dochodu uzasadniająca stosowanie obniżek czynszu:

- 1) 75% najniższej emerytury w gospodarstwie jednoosobowym;
- 2) 50% najniższej emerytury w gospodarstwie wieloosobowym.

Rozdział 2

Warunki zamieszkiwania kwalifikujące wnioskodawcę do ich poprawy

§ 6. Za warunki kwalifikujące wnioskodawcę do ich poprawy uważa się:

- 1) zamieszkiwanie w lokalu, w którym powierzchnia pokoi przypadająca na członka gospodarstwa domowego jest mniejsza niż 5 m² w gospodarstwie wieloosobowym i 10 m² w gospodarstwie jednoosobowym;
- 2) zamieszkiwanie w lokalu niespełniającym wymogów technicznych pomieszczeń przeznaczonych na stały pobyt ludzi.

Rozdział 3

Kryteria wyboru osób, którym przysługuje pierwszeństwo zawarcia umowy najmu na czas nieoznaczony i najmu socjalnego lokalu

§ 7. Pierwszeństwo zawarcia umowy najmu lokalu na czas nieoznaczony przysługuje osobom, które:

- 1) utraciły lokal mieszkalny w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub katastrofy i nie mają zaspokojonych potrzeb mieszkaniowych;
- 2) zajmują lokale w budynkach przeznaczonych do rozbioru, w związku ze stwierdzonym przez organ nadzoru budowlanego stanem zagrożenia życia lub zdrowia ludzi;
- 3) opuścili dom dziecka, inną placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub rodzinę zastępczą, w związku z osiągnięciem pełnoletności, a nie mają możliwości powrotu do lokalu, w którym mieszkały przed umieszczeniem w placówce;
- 4) ubiegają się wspólnie z osobą zaliczoną do znacznego stopnia niepełnosprawności;
- 5) osobom, które doznały w rodzinie udokumentowanej przemocy.

Rozdział 4

Warunki dokonywania zamiany lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy oraz zamiany pomiędzy najemcami lokali należących do tego zasobu, a osobami zajmującymi lokale w innych zasobach

§ 8.1. Zamiana lokali mieszkalnych wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy oraz zamiana pomiędzy najemcami lokali należących do tego zasobu, a osobami zajmującymi lokale w innych zasobach, następuje za zgodą Burmistrza Białej na wniosek zainteresowanych zamianą stron, będących najemcami przedmiotów zamiany.

2. Najemcy lokali mieszkalnych wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy mogą dokonywać zamiany lokali z osobami zajmującymi lokale w innych zasobach pod warunkiem pisemnej zgody właścicieli tych zasobów.

3. Zawieranie umów najmu z osobami, które chcą wstąpić w stosunek najmu na skutek zamiany dotychczas zajmowanych lokali mieszkalnych może nastąpić pod warunkiem zachowania minimalnej powierzchni pokoi, wynoszącej co najmniej 10 m² na osobę w gospodarstwie jednoosobowym i 5 m² w gospodarstwie wieloosobowym.

Rozdział 5

Tryb rozpatrywania i załatwiania wniosków o najem lokali zawierany na czas nieoznaczony i o najem socjalny lokali oraz sposób poddania tych spraw kontroli społecznej

§ 9.1. Oddanie w najem lokalu mieszkalnego na czas nieoznaczony lub najem socjalny lokalu może nastąpić na rzecz osób spełniających kryteria określone w niniejszej uchwale.

2. Osoba ubiegająca się o najem lokalu zobowiązana jest do złożenia pisemnego wniosku w Urzędzie Miejskim w Białej.

3. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) deklarację o wysokości dochodów członków gospodarstwa domowego w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie deklaracji;
- 2) oświadczenie o stanie majątkowym członków gospodarstwa domowego;
- 3) oświadczenie o nieposiadaniu tytułu prawnego do innego lokalu położonego w tej samej lub pobliskiej miejscowości;
- 4) inne dokumenty na okoliczność sytuacji uprawniającej do najmu lokalu.

§ 10.1. Rozpatrywanie wniosków, o których mowa w § 9 ust. 2, przeprowadzane jest w oparciu o dokumenty przedłożone przez wnioskodawcę.

2. W razie potrzeby prowadzone jest postępowanie w celu uzupełnienia i zweryfikowania danych określonych wnioskiem.

3. Wnioskodawcy, których wnioski są kompletne i pozytywnie ocenione w zakresie spełnienia kryteriów są dopisywani do listy oczekujących.

4. Odmawia się umieszczenia na liście oczekujących, jeżeli wnioskodawca nie spełnia:

- 1) kryterium dochodowego, o którym mowa w § 3 lub § 4;
- 2) ma zaspokojone potrzeby mieszkaniowe;
- 3) nie zamieszkuje na terenie Gminy Biała.

5. O odmowie umieszczenia na liście osób oczekujących na przydział lokalu wnioskodawcę powiadamia się niezwłocznie w formie pisemnej.

§ 11.1. W oparciu o listę oczekujących, decyzję o zawarciu umowy najmu podejmuje Burmistrz Białej.

2. Propozycje zawarcia umowy najmu przekazywane są wnioskodawcom na piśmie.

3. Wnioskodawca, który otrzymał propozycję, o której mowa w ust. 2 zobowiązany jest poinformować pisemnie o przyjęciu lub nieprzyjęciu propozycji w ciągu 7 dni od daty jej otrzymania.

4. Z wnioskodawcą, który przyjął propozycję niezwłocznie zawierana jest umowa.

§ 12.1. Kontrolę społeczną trybu rozpatrywania i załatwiania wniosków o najem lokali na czas nieoznaczony i wniosków o najem socjalny lokali sprawuje Społeczna Komisja Mieszkaniowa, poprzez kontrolę prawidłowości rozpatrywania wniosków oraz przydzielania lokali.

2. Burmistrz powołuje Społeczną Komisję Mieszkaniową w składzie co najmniej 3 członków.
3. Szczegółowe zasady działania Komisji określa zarządzenie Burmistrza Białej.

Rozdział 6

Zasady postępowania w stosunku do osób, które pozostały w lokalu opuszczonym przez najemcę lub w lokalu, w którego najem nie wstąpiły po śmierci najemcy

§ 13.1. Z osobą, która pozostała w lokalu opuszczonym przez najemcę lub w lokalu, w którego najem nie wstąpiła po śmierci najemcy, może być na jej wniosek zawarta umowa najmu, jeżeli spełnia kryteria określone w niniejszej uchwale.

2. Wniosek o zawarciu umowy najmu, osoba o której mowa w ust. 1 powinna złożyć w terminie 2 miesięcy od dnia opuszczenia lokalu przez najemcę lub śmierci najemcy.

3. Jeżeli osoba nie złoży wniosku zgodnie z ust. 2 jest zobowiązana do opuszczenia i opróżnienia lokalu oraz zdania kluczy w Urzędzie Miejskim w Białej, w terminie 14 dni od upływu terminu określonego w ust. 2.

Rozdział 7

Warunki jakie musi spełniać lokal wskazywany dla osób niepełnosprawnych, z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb wynikających z rodzaju niepełnosprawności oraz zasady przeznaczania lokali na realizację zadań, o których mowa w art. 4 ust. 2b. Ustawy

§ 14.1. Lokale wskazywane dla osób niepełnosprawnych powinny zapewniać im możliwość należytego dostępu do lokalu, w szczególności powinny być wyposażone w odpowiednio architektonicznie ukształtowane schody, poręcze, podejścia lub podjazdy.

2. Położenie drzwi wejściowych do budynku oraz kształt i wymiary pomieszczeń lokalu powinny umożliwiać dogodne warunki ruchu.

3. Pomieszczenia sanitarne powinny być odpowiednio dostosowane.

§ 15.1. Gmina może przeznaczać lokale wchodzące w skład mieszkaniowego zasobu Gminy na wykonywanie innych zadań jednostek samorządu terytorialnego realizowanych na zasadach przewidzianych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

2. Wydzielenie lokali z zasobu mieszkaniowego Gminy na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 następuje w formie Zarządzenia Burmistrza Białej, na wniosek Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Białej.

Rozdział 8**Zasady wynajmowania lokali mieszkalnych wymagających remontu**

§ 16.1. Burmistrz Białej może złożyć osobie umieszczonej na liście osób oczekujących propozycję przydziału lokalu wymagającego remontu.

2. Wykonanie remontu odbywa się w sposób i na zasadach określonych odrębną umową, która zawierana jest na okres 3 miesięcy z możliwością jej przedłużenia na kolejne 2 miesiące.

3. Umowa, o której mowa w ust. 2, oprócz zobowiązania wnioskodawcy do poniesienia kosztów remontu powinna w szczególności określać:

- 1) zakres remontu;
 - 2) wysokość kosztów remontu;
 - 3) termin wykonania remontu i termin zawarcia umowy najmu na czas nieoznaczony;
 - 4) warunki i sposób rozliczenia stron po zawarciu umowy najmu lokalu na czas nieoznaczony, z poniesionych przez wnioskodawcę kosztów remontu.
4. Po bezusterkowym odbiorze robót zostaje zawarta umowa najmu lokalu na czas nieokreślony.

Rozdział 9**Postanowienia końcowe**

§ 17.1. Traci moc uchwała nr XI/134/07 Rady Miejskiej w Białej z dnia 26 października 2007 r. w sprawie ustalenia zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy Biała.

§ 18. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Opolskiego i wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Przewodnicząca Rady

Sabina Gorek

DOKUMENT NR 18. ZARZĄDZENIE BURMISTRZA

Zarządzenie NR z dnia
w sprawie wydzielenia zasobu mieszkalnego gminy lokalu mieszkalnego położo-
nego w budynku nr przy ulicy

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1372 z późn. zm) oraz art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm) w związku z Uchwałą Rady Miejskiej z dniaw miejscowości W sprawie zasad wynajmowania lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu Gminy, Burmistrz zarządza co następuje:

§ 1. Z zasobu mieszkaniowego Gminy wydziela się lokal mieszkalny położony przy ul. na realizację zadań Ośrodka Pomocy Społecznej w miejscowości z przeznaczeniem na mieszkanie wspierane w związku z ...

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Referatowi
oraz Ośrodkowi Pomocy Społecznej w miejscowości

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

Burmistrz

DOKUMENT NR 19. UMOWA UŻYCZENIA

Umowa użyczenia zawarta w dniu

Pomiędzy: Ośrodkiem Pomocy Społecznej z siedzibą w
 reprezentowanym przez

Zwanym dalej Biorącym w użyczenie

A gminą z siedzibą Reprezentowaną
 przez:

Zwaną dalej Użyczającym

§ 1. Na podstawie Zarządzenia Burmistrza z dnia W sprawie wydzielenia z zasobu Gminy lokalu mieszkalnego położonego przy ul..... w miejscowości, Użyczający niniejszym przekazuje Biorącemu w użyczenia lokal mieszkalny położony, na realizację zadań Ośrodka Pomocy Społecznej w miejscowości z przeznaczeniem na mieszkanie wspierane w związku z

§ 2. Umowa zawarta zostaje na czas nieoznaczony.

§ 3. Przekazanie lokali mieszkalnych nastąpi na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego.

§ 4. Biorący w użyczenie zobowiązuje się do używania lokali mieszkalnych zgodnie z ich przeznaczeniem oraz do utrzymania ich w należytym stanie.

§ 5. Użyczający wyraża zgodę na oddanie do korzystania lokali mieszkalnych objętych umową osobom wymagającym wsparcia zgodnie z założeniami projektu

§ 6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej Umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego

§ 7. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8. Umowa zostaje zawarta w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Użyczający

Biorący w użyczenie

.....

.....