**Czarny gryf na tarczy herbowej w kolorze żółtym.
Tekst: Zarząd Województwa Pomorskiego**

Załącznik do Uchwały Nr 978/473/23

Zarządu Województwa Pomorskiego

z dnia 17 sierpnia 2023 roku

****

**Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025**

[I. Wykaz skrótów i definicje kluczowych pojęć 2](#_Toc143161528)

[II. Wprowadzenie 6](#_Toc143161529)

[III. Cele opracowania Planu 7](#_Toc143161530)

[IV. Karty obszarów interwencji 9](#_Toc143161531)

[1. OBSZAR INTERWENCJI: RODZINA – DZIECI, W TYM DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI 9](#_Toc143161532)

[2. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY STARSZE 10](#_Toc143161533)

[3. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI 11](#_Toc143161534)

[4. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I W KRYZYSIE PSYCHICZNYM 13](#_Toc143161535)

[5. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI 14](#_Toc143161536)

[OBSZAR HORYZONTALNY 15](#_Toc143161537)

[V. Działania przewidziane planem i ścieżki finansowania: 16](#_Toc143161538)

[VI. Rezultaty i opis wskaźników: 17](#_Toc143161539)

[VII. Monitoring i ocena stopnia realizacji Planu 18](#_Toc143161540)

[VIII. Załączniki 18](#_Toc143161541)

# Wykaz skrótów i definicje kluczowych pojęć

DI Deinstytucjonalizacja usług

DZ Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego

EFRR Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

EFS+ Europejski Fundusz Społeczny Plus

FEP Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027

FERS Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego

IZ FEP Instytucja Zarządzająca Programem Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027

JST Jednostka samorządu terytorialnego

LPDI Lokalny Plan Deinstytucjonalizacji i Rozwoju Usług Społecznych

MRiPS Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

NGO Organizacja pozarządowa

OZPS Ocena zasobów pomocy społecznej

POWER Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

PFRON Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ROPS Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej

SWP Samorząd Województwa Pomorskiego

UE Unia Europejska

**asystencja osobista osoby z niepełnosprawnością** – forma indywidualnego wsparcia osoby z niepełnosprawnością w wykonywaniu codziennych czynności, których osoba ta nie może wykonywać na równi z innymi osobami. Asystencja opiera się na indywidualnej ocenie potrzeb i okoliczności życiowych. Indywidualizacja usług nie może prowadzić do ograniczenia środków lub do ponoszenia odpłatności własnej. Usługi te podlegać muszą kontroli osoby z niepełnosprawnością, w takim znaczeniu, że to ta osoba zamawia usługi od jednego z wielu wykonawców bądź pełni rolę pracodawcy. Osoby z niepełnosprawnością mają możliwość dokładnego dopasowania tej usługi do swoich potrzeb, czyli do decydowania o tym, kto, jak, kiedy i w jaki sposób świadczy usługę, mają one również możliwość instruowania osób tę usługę świadczących. Kontrola asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami może odbywać się za pośrednictwem wspieranego podejmowania decyzji.

**e-zdrowie** – obejmuje swoim zakresem m.in. telemedycynę, zdalną opiekę medyczną (teleopieka), informatykę medyczną, zarządzanie informacjami o zdrowiu, technologie informacyjno-komunikacyjne w opiece zdrowotnej;

**gospodarstwo opiekuńcze** – forma rolnictwa społecznego łącząca gospodarstwo

rolne z usługami społecznymi na rzecz m.in. osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, osób z niepełnosprawnościami. Prowadzeniem gospodarstwa zajmują się rolnicy lub domownicy gospodarstw rolnych. Wsparcie obejmuje między innymi niezbędną opiekę, pomoc w czynnościach życia codziennego oraz agroterapię;

**mieszkanie chronione** – mieszkanie chronione, o którym mowa w art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Rodzaj i zakres wsparcia świadczonego w mieszkaniu chronionym oraz standard lokalu przeznaczonego na mieszkanie chronione określają akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy;

**mieszkanie wspomagane** – usługa społeczna świadczona w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, przy wsparciu specjalistów, do prowadzenia niezależnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu niezależnego życia. Mieszkanie lub dom może być prowadzone w formie mieszkania:

* 1. treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia niezależnego 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;
  2. wspieranego, stanowiącego alternatywę dla opieki instytucjonalnej. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego (w przypadku potrzeby opieki w zastępstwie za opiekunów faktycznych) i służy osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub osobom z niepełnosprawnościami;

**opieka koordynowana** – koncepcja świadczeń związanych z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania. Koordynowana opieka prowadzi do poprawy dostępności, jakości oraz efektywności opieki, a także poziomu satysfakcji klienta (rozumianego również jako pacjenta);

**opieka wytchnieniowa** – opieka nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego) oraz wsparcie dla opiekuna faktycznego, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocowych;

**opiekun faktyczny (nieformalny)** – osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz;

**osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;

**osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością** – osoba:

1. bezdomna w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, czyli osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowane na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania;
2. znajdująca się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu;
3. zagrożona bezdomnością – osoba znajdująca się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osoba bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osoba wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkująca mieszkanie i potrzebująca wsparcia w utrzymaniu mieszkania;

**osoba z niepełnosprawnością** – osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027 lub uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej;

**osoba starsza** – osoba, osoba, która ukończyła 60. rok życia (ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych);

**osoba z zaburzeniami psychicznymi** – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia wydanym przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia;

**usługi świadczone w społeczności lokalnej** – usługi społeczne lub zdrowotne umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym, a dzieciom życie w rodzinie lub rodzinnej pieczy zastępczej. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny lub społeczności lokalnej oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Są to usługi świadczone w sposób:

1. zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby);
2. umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą (w zakresie wsparcia dzieci uwzględnianie ich zdania);
3. zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
4. gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej.

Warunki, o których mowa w lit. a–d, muszą być spełnione łącznie.

Do usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej należą w szczególności:

* + 1. usługi opiekuńcze, obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem, świadczone przez opiekunów faktycznych lub w postaci: sąsiedzkich usług opiekuńczych, usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub dziennych form usług opiekuńczych;
    2. opieka wytchnieniowa w formie krótkookresowego (do 12 tygodni w roku), całodobowego lub dziennego pobytu;
    3. usługi w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
    4. usługi w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (zarówno w formie pobytu dziennego jak i całodobowego), o ile liczba miejsc całodobowego pobytu w tych ośrodkach nie jest większa niż 8;
    5. usługi w gospodarstwach opiekuńczych w formie pobytu dziennego lub całodobowego, o ile liczba miejsc pobytu całodobowego w tych gospodarstwach nie jest większa niż 8;
    6. usługi asystenckie, świadczone przez asystentów na rzecz osób z niepełnosprawnościami (oraz ich rodzin), umożliwiające stałe lub okresowe wsparcie tych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego;
    7. usługi asystenckie dla innych grup niż osoby z niepełnosprawnościami, z wyłączeniem asystentury rodzinnej;
    8. usługi pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej;
    9. opieka paliatywna i hospicyjna w formach zdeinstytucjonalizowanych;
    10. poradnictwo specjalistyczne, świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych;
    11. usługi wspierania rodziny zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w tym:
        1. praca z rodziną, w tym w szczególności asystentura rodzinna, konsultacje i poradnictwo specjalistyczne, terapia i mediacja; usługi dla rodzin z dziećmi, w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne, pomoc prawna, szczególnie w zakresie prawa rodzinnego; organizowanie dla rodzin spotkań mających na celu wymianę ich doświadczeń oraz zapobieganie izolacji, zwanych „grupami wsparcia” lub „grupami samopomocowymi”;
        2. pomoc w opiece i wychowaniu dziecka poprzez usługi placówek wsparcia dziennego w formie opiekuńczej i specjalistycznej oraz w formie pracy podwórkowej;
        3. pomoc rodzinie w opiece i wychowaniu poprzez wsparcie rodzin wspierających;

1. usługi dla dzieci i młodzieży w formach dziennych i środowiskowych;
2. usługi preadopcyjne i postadopcyjne;
3. rodzinna piecza zastępcza, rodzinne domy dziecka oraz placówki opiekuńczo-wychowawcze typu rodzinnego, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, a także usługi dla kandydatów do pełnienia funkcji rodzinnych form pieczy zastępczej;
4. usługi w postaci mieszkań chronionych, usługi w postaci mieszkań wspomaganych, o ile liczba miejsc w mieszkaniu nie jest większa niż 7, usługi w ramach innych mieszkań z usługami/ze wsparciem,
5. usługi interwencji kryzysowej, o których mowa w art. 47 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (schronienie nie może być udzielane w placówkach świadczących opiekę instytucjonalną);
6. usługi przeciwdziałania przemocy, w tym przemocy w rodzinie na mocy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (schronienie nie może być udzielane w placówkach świadczących opiekę instytucjonalną).

# Wprowadzenie

**Deinstytucjonalizacja** to długofalowy proces przejścia od opieki zdominowanej przez pomoc instytucjonalną do zintegrowanych i zindywidualizowanych usług świadczonych przede wszystkim w miejscu zamieszkania, przy zaangażowaniu zasobów społeczności lokalnej. Proces ten wymaga rozwoju usług społecznych i zdrowotnych oraz przeniesienia zasobów z poziomu instytucjonalnego na lokalny. Dopiero zapewnienie wystarczającej dostępności do usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnej pozwoli rozpocząć stopniowe ograniczanie usług w ramach opieki instytucjonalnej.

Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej, a w przypadku dzieci – rozdzieleniu ich z rodziną i umieszczeniu w pieczy zastępczej lub w opiece instytucjonalnej.

Dzięki rozwojowi usług społecznych i zdrowotnych, świadczonych w środowisku lokalnym: w rodzinie, w miejscu zamieszkania, w sąsiedztwie osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu będzie miała alternatywę wobec wsparcia w instytucjach opieki całodobowej. Wsparcie środowiskowe powinno być dostosowane do indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji odbiorców tych usług.

Docelowo proces deinstytucjonalizacji wymaga również zmiany roli instytucji całodobowych i sposobu świadczenia przez nie usług. Potencjał istniejących obecnie placówek (m.in. podmiotów instytucjonalnej pieczy zastępczej, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych), a więc tworzących je kadr, w aspektach kompetencyjnym i infrastrukturalnym, może zostać wykorzystany do zapewniania wsparcia w społeczności lokalnej.

**Usługi społeczne i zdrowotne** są jednym z najważniejszych komponentów realizowanych polityk publicznych państwa. Stanowią one odpowiedź na wyzwania społeczne i powiązane są z potrzebami wynikającymi z takich procesów jak: zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, zmiany w strukturze rodzin, przeobrażenia rynku pracy, wzrost liczby osób o szczególnych potrzebach i z niepełnosprawnością, ryzyka socjalne, kryzysy personalne i rodzinne, a także zapotrzebowanie na kompetencje i kwalifikacje. Usługi w zakresie wsparcia społecznego, profilaktyki i zdrowia powinny być dostępne dla każdej osoby, która może ich potrzebować. Warunek ten w szczególny sposób dotyczy osób z grup zagrożonych wykluczeniem, takich jak: osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby w kryzysach: psychicznym, bezdomności, uzależnienia i przemocy, a także rodziny, w tym dzieci i młodzież przebywające w pieczy zastępczej. Tym grupom (przede wszystkim) dedykowane są: „Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do 2030 r. (z perspektywą do 2035)” oraz „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”, a na poziomie regionalnym Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych.

Usługi zdrowotne należy rozpatrywać w kontekście potencjalnych nierówności zdrowotnych, na które narażone mogą być wymienione wyżej grupy osób. Stan zdrowia jest bowiem silnie związany ze statusem społeczno-ekonomicznym. Czynniki takie jak wykształcenie, status materialny, stan rodziny, miejsce zamieszkania, doświadczenie migracji, umiejętność korzystania oraz dostęp do urządzeń technologicznych, możliwość samodzielnego przemieszczania mogą istotnie wpływać na dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Proces deinstytucjonalizacji programowany jest w perspektywie wielu lat, co powoduje, że zmiany w zakresie dostępności usług i ich koordynacji będą następowały etapowo w sposób:

1. zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby), jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym;
2. umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i decyzjami, które ich dotyczą;
3. chroniący odbiorców usług przed izolacją od ogółu społeczności;
4. gwarantujący prymat indywidualnych potrzeb mieszkańców gmin nad organizacyjnymi wymogami i procedurami.

Zmiany w zakresie DI będą następowały w pierwszej kolejności poprzez uruchamianie nowych usług i nowych miejsc świadczenia usług społecznych, tak by umożliwić wybór pomiędzy opieką i wsparciem domowym, a instytucjonalną opieką całodobową.

Koordynacja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w regionie wymaga interdyscyplinarnego podejścia i zaangażowania osób, które posiadają wiedzę ekspercką zarówno w obszarze realizacji usług społecznych, usług zdrowotnych jak i zarządzania środkami europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych. W opracowanie Regionalnego Planu Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych zaangażowani zostali eksperci posiadający wieloletnie doświadczenie w realizacji usług społecznych i zdrowotnych na rzecz dzieci i rodzin, osób z niepełnosprawnościami, z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, osób starszych i osób w kryzysie bezdomności, dzięki czemu w sposób partycypacyjny zostały wskazane kierunki działań i priorytety w rozwoju usług społecznych i zdrowotnych wraz z niezbędną infrastrukturą.

# Cele opracowania Planu

Celem Regionalnego Planu Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych jest:

1. Wskazanie priorytetów w zakresie deinstytucjonalizacji w województwie pomorskim oraz wytyczenie oczekiwanych kierunków rozwoju usług na poziomie lokalnym i ponadlokalnym;
2. Zapewnienie spójności procesu deinstytucjonalizacji w województwie pomorskim, w tym w szczególności w zakresie działań samorządów terytorialnych odpowiedzialnych za organizowanie, dostarczanie i finansowanie usług;
3. Skoordynowanie działań podejmowanych przez samorządy terytorialne (w tym SWP) oraz sektor obywatelski i partnerów społecznych, a także inne zaangażowane podmioty;
4. Silniejsze powiązanie dostępnych źródeł finansowania, w szczególności funduszy UE z regionalnymi i lokalnymi celami w obszarze usług społecznych.

Regionalny Plan Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych opracowany został w odniesieniu do następujących dokumentów:

1. Ogólnoeuropejskie Wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;
2. Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030, z perspektywą do 2035 r. (zwana dalej: SRUS);
3. Strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021-2030;
4. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030;
5. Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej;
6. Krajowy Programu przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030;
7. Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027;

oraz dokumentów o charakterze regionalnym:

1. Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030, stanowiąca jednocześnie strategię w zakresie polityki społecznej;
2. Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej;
3. Program Fundusze Europejskie dla Pomorza na lata 2021-2027;
4. Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Pomorskiego na lata 2022-2026;
5. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022-2030;
6. Wojewódzki Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2021-2030;
7. Wojewódzki Program Dotyczący Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych na lata 2021-2030;
8. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2021-2030;
9. Pomorski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;
10. **Wieloletni Program Współpracy Samorządu Województwa Pomorskiego z organizacjami pozarządowymi na lata 2022-2025;**
11. Regionalny Program Rozwoju Ekonomii Społecznej. Pomorska Ekonomia Społeczna 2030.

# Karty obszarów interwencji

Usługi społeczne i zdrowotne, co do zasady adresowane są wszystkim, jednak w sposób szczególny dedykowane są osobom/ grupom osób narażonym na doświadczanie wykluczenia społecznego i/lub dyskryminację, wśród których wskazano: (1) rodzinę – dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami, (2) osoby z niepełnosprawnościami, (3) osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, (4) osoby starsze, (5) osoby w kryzysie bezdomności.

Rozwój usług społecznych i zdrowotnych oraz proces ich deinstytucjonalizacji będzie odbywał się tam, gdzie są potrzeby społeczne, czyli na poziomie lokalnym. Kluczowe w tym względzie jest zaangażowanie samorządów lokalnych, które będą odpowiedzialne za proces diagnozowania potrzeb w zakresie usług społecznych i zdrowotnych, a w kolejnym kroku za odpowiednie zaplanowanie procesu ich deinstytucjonalizacji. Opracowanie lokalnego planu deinstytucjonalizacji usług społecznych (LPDI) powinno stanowić punkt wyjścia dla rozwoju usług społecznych i środowiskowych usług zdrowotnych na terenie danej JST. Ze środków EFS+ dostępnych w ramach regionalnego programu FEP 2021-2027 będzie możliwe wsparcie realizacji tych planów, tak aby zapewnić ich jak najbardziej skuteczne wdrożenie.

**CEL INTERWENCJI:**

**ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH NA RZECZ OSÓB WYMAGAJĄCYCH WSPARCIA, UMOŻLIWIAJĄCYCH IM NIEZALEŻNE ŻYCIE W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ.**

Podstawowym założeniem procesu deinstytucjonalizacji we wskazanych obszarach jest wsparcie udzielane w środowisku lokalnym, zapewnienie wysokiej jakości spersonalizowanych usług społecznych i zdrowotnych oraz takie ich zintegrowanie, by zapobiegać konieczności umieszczania osób dorosłych i dzieci potrzebujących pomocy w instytucjach opieki całodobowej.

1. OBSZAR INTERWENCJI: RODZINA – DZIECI, W TYM DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

**WNIOSKI Z DIAGNOZY:**

Rozwój oraz deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych w tym obszarze w przypadku rodzin z dziećmi pozostającymi w środowisku lokalnym powinien nastąpić w oparciu o rozwój oferty placówek wsparcia dziennego. Rekomenduje się rozwój asystentury rodzin poprzez zwiększenie liczby pracowników w miejscach, w których ta usługa jest realizowana oraz zapewnienie jej tam, gdzie obecnie nie świadczy się tego typu usług (tzw. „białe plamy”).

Biorąc pod uwagę najbardziej wymagające grupy dzieci i młodzieży trafiających do pieczy (dzieci z niepełnosprawnościami, niedostosowane społecznie), istotne znaczenie ma rozwój zawodowego rodzicielstwa zastępczego. Niezbędna jest zatem kontynuacja działań ukierunkowanych na tworzenie rodzinnych form opieki zastępczej (w tym rodzin wspierających) oraz szkolenia dla kandydatów do pełnienia roli rodzica zastępczego, jak również zapewnienie szerokiego wsparcia istniejącym już rodzinom zastępczym. Wobec kryzysu w psychiatrii dziecięcej niezbędne jest rozwój form wsparcia dzieci i rodzin komplementarnych do świadczeń realizowanych w ramach reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Ważnymi komponentami usług społecznych dla rodzin jest rozwój oferty specjalistycznego wsparcia dla rodzin znajdujących się w różnego typu kryzysach, rodzin zastępczych i (post)adopcyjnych, a także rozwój mieszkalnictwa chronionego wspieranego i treningowego dedykowanego między innymi osobom opuszczającym pieczę zastępczą.

**KIERUNKI INTERWENCJI:**

**Priorytetowe działania w regionie w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na rzecz rodzin i dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami, wraz z niezbędną infrastrukturą, powinny dotyczyć:**

1. rodzinnych form pieczy zastępczej (w tym upowszechnianie zawodowych rodzin zastępczych, w tym: specjalistycznych oraz rodzinnych domów dziecka) oraz form specjalistycznego wsparcia rodzin zastępczych;
2. oferty wsparcia dziennego dzieci i młodzieży, w tym dzieci doświadczających problemów opiekuńczo-wychowawczych, w szczególności poprzez takie usługi jak: placówki wsparcia dziennego, streetworking i inne, np. kluby młodzieżowe z ofertą wsparcia w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

**Działania uzupełniające na rzecz rodzin i dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami:**

1. rozwój usług opiekuńczych, opiekuńczo-wychowawczych, asystenckich specjalistycznych i innych wynikających z diagnozy potrzeb dzieci i rodzin, w tym np. usług w zakresie bezpieczeństwa ekonomicznego rodzin, usług opieki wytchnieniowej;
2. rozwój mieszkalnictwa wspomaganego (treningowego i wspieranego) oraz chronionego na rzecz rodzin oraz usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej.
3. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY STARSZE

**WNIOSKI Z DIAGNOZY:**

Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych skierowanych do osób starszych ze względu na kontekst demograficzny i rosnące potrzeby na usługi dedykowane tej grupie odbiorców, powinny obejmować przede wszystkim rozwój siatki środowiskowych usług opiekuńczych, wspomaganych wsparciem stacjonarnym/ półstacjonarnym. Głównym celem jest ograniczanie konieczności stosowania opieki instytucjonalnej, a alternatywą dla umieszczania osób starszych w placówkach całodobowego wsparcia jest rozwój usług mieszkalnictwa chronionego wspieranego i treningowego, a także innych form np. wspólnot domowych czy mieszkaniowych.

Kierunki rozwoju wsparcia w formie dziennej i stacjonarnej powinny być organizowane w sposób uwzględniający możliwość pozostawania opiekunów aktywnymi zawodowo. Powinny być zatem uzupełniane innymi usługami społecznymi, przede wszystkim asystenckimi. Wsparcie osób starszych na poziomie lokalnej społeczności powinno uwzględniać i rozwijać formy samopomocowe oraz pomocy sąsiedzkiej – w tym zakresie projektowane jest wpisanie usługi do znowelizowanej ustawy o pomocy społecznej, a także rozwijać formy opieki wynikające ze zmian społeczno-gospodarczych i technologicznych.

Ważnym kryterium jest kompleksowość wsparcia, by nie odgrywało roli „swoistego plastra nakładanego na niewydolny system wsparcia”. Realizacja tego kryterium w praktyce może oznaczać uruchomienie punktów informacyjnych, w których osoby starsze oraz osoby opiekujące się nimi mogłyby dowiedzieć się, z jakich form wsparcia/pomocy mogą skorzystać i gdzie się o nie ubiegać. Potencjał tkwi w tym przypadku w Centrach Usług Społecznych oraz usługach Menadżera Opieki – osoby specjalizującej się w koordynowaniu i projektowaniu działań pomiędzy osobą zależną, opiekunem a placówkami, instytucjami i usługami (m.in. wskazywanie miejsc oraz wsparcie organizacyjne dla opiekuna w zakresie łączenia opieki z aktywnością zawodową). Usługi społeczne odgrywają kluczową rolę w utrzymywaniu aktywnego życia osób starszych, ograniczając występowanie zjawisk marginalizacji i wykluczenia społecznego.

Komplementarne wsparcie wolontariuszy powinno być włączone do systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej poprzez odpowiednio zaadresowaną promocję, edukację i wsparcie.

**KIERUNKI INTERWENCJI:**

**Priorytetowe działania w regionie w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób starszych, wraz z niezbędną infrastrukturą, powinny dotyczyć:**

1. usług opiekuńczych, asystenckich, specjalistycznych i innych wynikających z diagnozy potrzeb osób starszych, w tym w szczególności: usług samopomocowych, pomocy sąsiedzkiej, usługi menagera opieki – osoby koordynującej wsparcie w obszarze usług społecznych i zdrowotnych, usług opieki wytchnieniowej;
2. mieszkalnictwa wspomaganego (treningowego i wspieranego) oraz chronionego, jak również stosowania innych, innowacyjnych rozwiązań w obszarze mieszkalnictwa dla seniorów, np. wspólnot domowych / mieszkaniowych, skierowanych do osób starszych niewymagających opieki (osobne mieszkania znajdujące się w jednym budynku lub kompleksie mieszkalnym, których mieszkańcy mogą korzystać z systematycznej opieki lekarskiej, mają możliwość zlecania pracownikom, zatrudnionym w takim domu, wykonanie różnych czynności, tj. robienie zakupów, sprzątanie);
3. działania wspierające rozwiązania pozainstytucjonalne w zakresie opieki długoterminowej.

**Działania uzupełniające na rzecz osób starszych:**

1. rozwój usług wsparcia dziennego, przy założeniu, że długość realizowanej usługi w ciągu dnia roboczego umożliwia aktywność zawodową opiekunów seniorów;
2. rozwój wsparcia środowiskowego zwiększającego potencjał zdrowotny osób starszych;
3. działania wzmacniające opiekę koordynowaną, z wykorzystaniem rozwiązań z zakresu e-zdrowia;
4. wdrażanie standardów dostępności w podmiotach leczniczych.
5. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

**WNIOSKI Z DIAGNOZY:**

Rozwój oraz deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych, których odbiorcą jest grupa osób z niepełnosprawnościami, jak również innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, powinna skupiać się na rozbudowie oferty usług mieszkalnictwa chronionego wspieranego i treningowego, umożlwiającego prowadzenie maksymalnie niezależnego życia ze wsparciem w środowisku lokalnym. Niezbędnym warunkiem funkcjonowania tychże mieszkań, jak i wsparcia osób z niepełnosprawnościami prowadzących własne gospodarstwa domowe (a więc pozwalających na ich pozostanie w miejscu zamieszkania) jest świadczenie usług asystencji osobistej, usług opiekuńczych i specjalistycznych, zgodnie z indywidualnymi potrzebami tychże osób. Natomiast w przypadku osób z niepełnosprawnościami (w tym dzieci), mieszkających w rodzinie, istotną rolę odgrywa dostępność usługi opieki wytchnieniowej, która w połączeniu z usługami asystencji osobistej powinny uwzględniać możliwość aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę oraz budować niezależność i spełnianie ról społecznych osoby wspierającej oraz wspieranej w rodzinie.

W celu zapobiegania umieszczania osób z niepełnosprawnościami, jak również innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w placówkach wsparcia całodobowego z jednej strony, z drugiej zaś, by nie pozostały bez adekwatnego względem potrzeb wsparcia należy realizować usługi zdrowotne i społeczne w formie dziennej oraz interwencyjnej w utworzonych miejscach/placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Oferta usług społecznych i zdrowotnych dedykowana osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a w szczególności osobom z niepełnosprawnościami wymaga odpowiedniej koordynacji, w tym umożliwienia zainteresowanym (odbiorcom usług oraz ich opiekunom) uzyskania kompleksowej informacji o koszyku usług i miejscach ich świadczenia. Realizatorami tejże koordynacji mogą być centra usług społecznych.

**KIERUNKI INTERWENCJI:**

**Priorytetowe działania w regionie w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób z niepełnosprawnościami, wraz z niezbędną infrastrukturą, powinny dotyczyć:**

1. usług mieszkalnictwa wspomaganego (treningowego i wspieranego) oraz chronionego;
2. usług wsparcia dziennego dla osób z niepełnosprawnościami;

**Działania uzupełniające na rzecz osób z niepełnosprawnościami:**

1. usługi społeczne i zdrowotne w miejscach całodobowego pobytu do 6 miesięcy, obsługujących jednocześnie maksymalnie 8 osób z niepełnosprawnościami, wymagających interwencyjnego wsparcia;
2. usługi opiekuńcze, usługi asystenckie, usługi asystencji osobistej, usługi specjalistyczne i inne wynikające z diagnozy grupy docelowej, w tym również usługi zdrowotne i usługi opieki wytchnieniowej, celem pozostania osób z niepełnosprawnościami jak najdłużej w swoim miejscu zamieszkania.

Dodatkowo, w przypadku działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami, jak również innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wskazane jest zapewnienie koordynacji usług społecznych i zdrowotnych poprzez stworzenie miejsc / punktów informacji dla pacjenta, gdzie może uzyskać kompleksową diagnozę, pomoc, wsparcie i terapię. Punkty takie mogą być tworzone np. w ramach centrów usług społecznych, koordynujących realizację usług społecznych i zdrowotnych.

1. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I W KRYZYSIE PSYCHICZNYM

**WNIOSKI Z DIAGNOZY:**

Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym powinna obejmować ich rozwój i zintegrowanie na poziomie środowisk lokalnych, by ograniczać konieczność stosowania opieki instytucjonalnej. Wobec stale zwiększających się potrzeb w zakresie usług na rzecz osób z zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego oraz niewystarczających wysokospecjalistycznych zasobów oraz kadr, istotną rolę odgrywa rozwój zdeinstytucjonalizowanych form świadczeń zdrowotnych w ramach reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego, przy współpracy w obszarze usług społecznych. Jak pokazują doświadczenia pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego, pomoc psychologiczna może być dostępna dla pacjentów w perspektywie krótkoterminowego oczekiwania (do 10 dni od zgłoszenia). Należy zatem wspierać rozwijanie tego typu przedsięwzięć oraz multiplikować w pozostałych częściach regionu.

Ponadto wsparcie dedykowane tej grupie osób powinno obejmować aktywności, których celem jest kompleksowa rehabilitacja, w tym społeczna i zawodowa. Proces poprawy kondycji psychicznej może być wspierany także poprzez usługi mieszkalnictwa chronionego – wspieranego i treningowego, miejscach pobytu krótkoterminowego, interwencyjnego z zabezpieczonymi usługami specjalistycznymi. Istotną rolę odgrywają dzienne formy wsparcia w postaci środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy czy grup samopomocowych, pozwalających osobie pozostać w obrębie swojej (dotychczasowej) społeczności lokalnej i stwarzających przestrzeń oddziaływania w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej.

Dostępność do opieki psychiatrycznej i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym jest istotna także w przypadku osób starszych – szacuje się, że 30% osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej przejawia objawy depresyjne.

**KIERUNKI INTERWENCJI:**

**Priorytetowe działania w regionie w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób w z zaburzeniami psychicznymi oraz w kryzysie psychicznym, wraz z niezbędną infrastrukturą, powinny dotyczyć:**

1. wsparcia istniejących oraz rozwoju nowych centrów zdrowia psychicznego;
2. wsparcia ośrodków środowiskowej, ambulatoryjnej oraz dziennej opieki psychologicznej, psychoterapeutycznej i psychiatrycznej dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz rodzin;
3. spersonalizowanych usług społecznych i zdrowotnych dla dzieci z zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego i ich opiekunów, w tym w ramach wsparcia środowiskowego, z uwzględnieniem środowiska szkolnego.

**Działania uzupełniające na rzecz osób w z zaburzeniami psychicznymi oraz w kryzysie psychicznym:**

1. działania uzupełniające i wspierające działania ośrodków środowiskowej, ambulatoryjnej oraz dziennej opieki psychologicznej, psychoterapeutycznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz rodzin;
2. działania w obszarze kompleksowej rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, połączonej z działaniami w obszarze aktywizacji zawodowej, umożliwiającymi podjęcie przez te osoby zatrudnienia;
3. rozwój usług specjalistycznych w interwencyjnych miejscach pobytu i wsparcia krótkoterminowego / hostelach / mieszkaniach chronionych, wspomaganych lub mieszkaniach ze wsparciem dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym;
4. wdrażanie standardów dostępności w podmiotach leczniczych.
5. OBSZAR INTERWENCJI: OSOBY W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI

**WNIOSKI Z DIAGNOZY:**

Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych skierowanych do osób w kryzysie bezdomności wymaga upowszechnienia form już realizowanych – m.in. streetworkingu, usług zdrowotnych oraz mieszkań chronionych (treningowych i wspieranych). Usługi, o których mowa powinny cechować się dostępnością, co oznacza redukowanie „białych plam” na obszarze całego województwa, a to wymaga ich rozwoju na poziomie społeczności lokalnej.

Ponadto usługi społeczne i zdrowotne powinny spełniać warunek indywidualności tzn. odpowiadać na jednostkowe potrzeby ich odbiorców. Podstawą realizacji tego warunku jest wieloaspektowy wachlarz pomocy i wsparcia specjalistycznego (psychologicznego, psychiatrycznego, medycznego, terapii uzależnień, ekonomicznego w zakresie wychodzenia z długów), który pozwoli na spersonalizowane zaplanowanie i realizację interwencji mających na celu przezwyciężenie kryzysu, w jakim znalazła się dana osoba.

Osoby w kryzysie bezdomności borykają się z poważnymi problemami zdrowotnymi, a poprawa ich kondycji jest elementarnym warunkiem planowania, a w dalszej perspektywie realizowania działań w zakresie aktywizacji społecznej. Stąd też, w odpowiedzi na te potrzeby, należy rozwijać katalog usług zdrowotnych świadczonych indywidualnie, w miejscach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w tym świadczonych interwencyjnie np. po okresie hospitalizacji. Rozwiązania w zakresie tworzenia placówek/oddziałów o charakterze interwencyjnym dla osób w kryzysie bezdomności wymagających usług opiekuńczych, w których osoby te będą diagnozowane w zakresie stanu zdrowia i możliwości samoobsługowych są rekomendowane we wnioskach badawczych ujętych w raporcie „Dostępność usług opiekuńczych dla osób w kryzysie bezdomności”.

Istotną alternatywę dla umieszczania osób w kryzysie bezdomności w domach pomocy społecznej jest uruchamianie mieszkań chronionych (treningowych i wspieranych) oraz w ramach metody „Najpierw mieszkanie” (Housing first), umożliwiających tym osobom z jednej strony, przezwyciężyć kryzys, w którym się znajdują, zaś z drugiej, pozostać w środowisku lokalnym. Nieodłącznym elementem funkcjonowania wspomnianych mieszkań jest zapewnienie świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych stwarzających perspektywę partycypacji społecznej, a w perspektywie długoterminowej szansę usamodzielniania osób w kryzysie bezdomności.

**KIERUNKI INTERWENCJI:**

**Priorytetowe działania w regionie w zakresie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób w kryzysie bezdomności, wraz z niezbędną infrastrukturą, powinny dotyczyć:**

1. usług specjalistycznych, w szczególności streetworkingu oraz innych usług związanych z procesem wychodzenia z bezdomności (usługi te powinny być realizowane przez zespoły interdyscyplinarne, w których skład wchodzą m.in. psycholodzy, lekarze, w tym: lekarze psychiatrzy, terapeuci uzależnień i inni specjaliści, zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami);
2. mieszkalnictwa na rzecz osób w kryzysie bezdomności oraz usług asystenckich i opiekuńczych, świadczonych w mieszkaniach wspomaganych (treningowych i wspieranych) oraz chronionych, w tym w ramach metody „Najpierw mieszkanie”.

**Działania uzupełniające na rzecz osób w kryzysie bezdomności:**

1. usługi profilaktyczne, zapobiegające kryzysowi bezdomności, np. poradnictwo psychologiczne, prawne (np. wychodzenie z długów);
2. zapewnienie usług zdrowotnych osobom pozbawionym dostępu do mieszkań, w szczególności usług lekarzy psychiatrów, jak również zapewnienie miejsc pielęgnacyjno-opiekuńczych (liczba miejsc: do 8, pobyt na okres do 6 miesięcy) dla osób w kryzysie bezdomności, wymagających interwencyjnego wsparcia i rehabilitacji po pobycie w szpitalu.

OBSZAR HORYZONTALNY

Zachodzi potrzeba koordynacji usług społecznych i zdrowotnych na poziomie lokalnym. Konieczne jest objęcie wsparciem szkoleniowym i doradczym pracowników całego systemu pomocy i integracji społecznej, zarówno w zakresie specjalistycznych metod pracy z osobami potrzebującymi wsparcia jak i w obszarze planowania zmian systemowych. Z uwagi na obecną sytuację społeczną niezbędna jest intensyfikacja działań w obszarze wsparcia instytucji pomocowych w realizacji działań na rzecz osób z doświadczeniem migracji. Niezbędne jest podjęcie działań szkoleniowych skierowanych do kadr systemu ochrony zdrowia, w celu lepszego dostosowania ich kompetencji do realizacji nowych form wsparcia. Niezbędne jest również wdrażanie standardów dostępności w podmiotach leczniczych. W obliczu wyzwań związanych z sytuacją migracyjną działania skierowane do poszczególnych grup wskazanych w Regionalnym Planie Rozwoju i Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych i Zdrowotnych w Województwie Pomorskim na lata 2023-2025 dedykowane są także osobom z takim doświadczeniem.

# Działania przewidziane planem i ścieżki finansowania:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Działanie | Rok | Realizator | Adresaci | Finansowanie |
|  | Diagnozy w zakresie rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych w poszczególnych obszarach wsparcia | 2023-2025 | ROPS | Instytucje pomocy i integracji społecznej | PT RPO WP 2014-2020  2.5 POWER  FERS 2021-2027 |
|  | Otwarte konkursy ofert ogłaszane przez samorząd województwa na realizację działań  – w obszarze pomocy społecznej,  – dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym,  – **w obszarze działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym,**  – **w obszarze działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami** | 2023-2025 | ROPS | NGO | Budżet państwa  Środki własne SWP  Środki PFRON |
|  | Rozwój DI w ramach FEP 2021-2027 | 2024-2025 | IZ FEP | beneficjenci projektów | FEP 2021-2027 |
| Obszar horyzontalny | | | | | |
|  | Wsparcie doradcze i szkoleniowe procesu deinstytucjonalizacji w gminach i powiatach. Szkolenia kompetencyjne kadr pomocy i integracji społecznej. Szkolenia kadr systemu ochrony zdrowia. | 2023-2025 | ROPS  DZ | Pracownicy instytucji pomocy i integracji społecznej, JST, NGO, podmiotów leczniczych | 2.5 POWER  2.8 POWER  FERS 2021-2027  Środki własne SWP  Budżet państwa  FEP 2021-2027 |

# Rezultaty i opis wskaźników:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźnik** | **Działanie RPDI** | **Wartość wskaźnika**  **2025 r.** | **Źródło wskaźnika** | **Źródło danych do pomiaru wskaźnika** |
|
| liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie | 3 | 2900 | FEP 2021-2027 (k) | IZ FEP |
| liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie | 3 | 800 | FEP 2021-2027 (k) | IZ FEP |
| liczba nowo utworzonych mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby | 3 | 20 | SRUS | OZPS /  ROPS |
| odsetek gmin, w których zostanie utworzone centrum usług społecznych lub miejsce koordynacji usług społecznych | 3 | 10% | SRUS | OZPS /  ROPS |
| odsetek dzieci przebywających w pieczy zastępczej, które wychowują się w rodzinnej pieczy zastępczej | 3 | 85% | SRUS | OZPS /  ROPS |
| odsetek gmin, w których uruchomiono/ realizowano specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi | 3 | 85% | SRUS | OZPS /  ROPS |
| odsetek gmin, w których funkcjonują dzienne formy pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi | 3 | 45% | SRUS | OZPS /  ROPS |
| liczba podmiotów realizujących świadczenia medyczne na rzecz pacjentów z zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego w formie dziennej | 3 | 9 | rozporządzenie NFZ | dane NFZ |
| liczba pracowników zatrudnionych w instytucjach i podmiotach działających na rzecz włączenia społecznego, którzy dzięki wsparciu EFS+ świadczonemu przez ROPS podnieśli kwalifikacje | 4 | 1800 | projekty ROPS | dane własne ROPS |
| liczba pracowników zatrudnionych w instytucjach i podmiotach działających na rzecz włączenia społecznego objętych wsparciem świadczonym przez ROPS | 4 | 2000 | projekty ROPS | dane własne ROPS |
| Liczba podmiotów leczniczych, w których personel objęto wsparciem szkoleniowym/edukacyjnym, zgodnie z ideą DI | 4 | 12 | Projekt DZ | Dane własne DZ |
| Odsetek jednostek samorządu terytorialnego, które opracowały i realizują lokalne lub regionalne plany deinstytucjonalizacji usług społecznych | 3 | 20% | Projekty ROPS | Dane własne ROPS |
| Liczba diagnoz w obszarze deinstytucjonalizacji przeprowadzonych na terenie województwa | 1 | 2 | Projekty ROPS | Dane własne ROPS |

# Monitoring i ocena stopnia realizacji Planu

Monitoring na poziomie każdego z obszarów będzie prowadzony na bieżąco, raportowany do 30 czerwca każdego roku. Raport będzie stanowił część przygotowywanej co roku przez ROPS na podstawie art. 16a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Oceny zasobów pomocy społecznej województwa pomorskiego. Wyniki przeprowadzonego monitoringu oraz ocena stopnia realizacji Planu prezentowane będą na posiedzeniu Zespołu ds. rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w województwie pomorskim. Obejmować one będą analizę wskaźników, na których zmianę wartości samorząd województwa posiada realny wpływ.

Wyniki monitoringu będą wykorzystywane do aktualizacji Planu oraz do tworzenia kolejnych edycji tego dokumentu. Tym samym dane te posłużą jako kierunki w kolejnych działaniach podejmowanych w ramach danej interwencji.

Ponadto przewiduje się ewaluację niniejszego planu w formie badania zawierającego również aktualizację diagnozy.

# Załączniki

1. Diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych – województwo pomorskie.