

Uchwała Nr VI/731/23
Zarządu Powiatu Wejherowskiego
z dnia 28 marca 2023 r.

w sprawie przyjęcia Powiatowego Planu Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych na lata 2023-2035

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5 oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (dz. U. Z 2022 poz.1526), w zw. z uchwałą Rady Ministrów z dnia 15.06.2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pn. „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035r.)”

Zarząd Powiatu Wejherowskiego
uchwala, co następuje:

§ 1

Uchwala się Powiatowy Plan Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych na lata 2023-2035, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorom jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie właściwym dla ich zadań statutowych. Nadzór nad realizacją Planu Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpisy członków Zarządu:

- | | |
|----------------------|-----|
| 1. Gabriela Lisius | /-/ |
| 2. Jacek Thiel | /-/ |
| 3. Jolanta Król | /-/ |
| 4. Kazimierz Bistroń | /-/ |
| 5. Ludwik Zegzuła | /-/ |

Załącznik do Uchwały nr VI/731/23
Zarządu Powiatu Wejherowskiego
z dnia 28 marca 2023 r.



POWIATOWY PLAN DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH NA LATA 2023 - 2035

WEJHEROWO, MARZEC 2023r.

Spis treści

I.	Deinstytucjonalizacja w powiecie wejherowskim	4
II.	Struktura demograficzna w Powiecie Wejherowskim.	8
2.1.	Osoby starsze w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych.	10
2.2.	Cena opieki nad osobami starszymi w domu	11
2.3.	Osoby z zaburzeniami psychicznymi	15
2.3.1.	Istota zaburzeń psychicznych	15
2.3.2.	Definicja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych w odniesieniu do niepełnosprawności.....	18
2.3.3.	Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.....	20
2.3.4.	Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi	22
2.3.5.	Liczebność i struktura osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa pomorskiego i powiatu wejherowskiego.....	24
2.3.6.	Analiza danych dotyczących form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie gmin powiatu wejherowskiego	28
2.3.7.	Ponadgminne ośrodki wsparcia przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi	37
2.3.8.	Niepełnosprawność intelektualna dzieci i młodzieży.....	39
2.3.9.	Zasoby i placówki wspierające osoby niepełnosprawne i starsze funkcjonujące na terenie Powiatu	41
2.3.10.	Proponowane kierunki działań w procesie deinstytucjonalizacji usług dla osób z niepełnosprawnościami i seniorów:	42
III.	WSPIERANIE RODZINY	43
3.1.	Wspieranie rodziny	43
3.2.	Praca z rodziną	45
3.3.	Pomoc w opiece i wychowaniu dziecka	47
3.3.1.	Placówki wsparcia dziennego.....	47
3.3.2.	Rodziny wspierające	48
3.4.	System pieczy zastępczej.....	49
3.4.1.	Rodzinna piecza zastępcza.....	50
3.4.2.	Instytucjonalna piecza zastępcza	58
IV.	Działania na rzecz deinstytucjonalizacji usług społecznych w powiecie wejherowskim.	62
4.1.	Finansowanie zadań	73
	SPIS TABEL.....	75
	SPIS WYKRESÓW.....	76

I. Deinstytucjonalizacja w powiecie wejherowskim

Deinstytucjonalizacja (DI) – to proces zwiększania dostępności usług społecznych (opiekuńczych, pielęgnacyjnych, asystenckich, mieszkaniowych i innych) w środowisku lokalnym, co oznacza realizowanie ich poza instytucjami pobytu całodobowego¹.

Deinstytucjonalizacja oznacza:

-  uprzedmiotowienie – każda osoba powinna mieć prawo wyboru, gdzie chce mieszkać i jak chce mieszkać, powinna mieć wpływ na kształtowanie usługi,
-  indywidualizacja – usługi dostosowane do potrzeb i możliwości konkretnej osoby, na rzecz której mają być one świadczone,
-  uspołecznienie – ograniczanie konieczności opieki instytucjonalnej na rzecz usług świadczonych w miejscu zamieszkania (w mieszkaniu czy domu osoby, która potrzebuje wsparcia), nie w izolacji od społeczności, ale w relacji ze społecznością,
-  alternatywę dla pobytu w instytucjach świadczących usługi całodobowe,
-  możliwość niezależnego życia².

Proces zmian nazywany deinstytucjonalizacją to kreowanie rozwoju usług domowych i środowiskowych realizowanych przez sektor publiczny, społeczny oraz działania nieformalne. Integralną jego częścią jest proces polegający na reorganizacji istniejących placówek, otwierający je na środowisko, ograniczający ich wielkość i przede wszystkim poprawiający jakość życia osób w nich przebywających.

Usługi w rodzinie i w środowisku mają stworzyć każdemu człowiekowi realną możliwość wyboru sposobu życia, szczególnie w sytuacji niepełnosprawności, kryzysu zdrowia psychicznego, starości, kryzysu bezdomności czy w sytuacji opuszczenia swojego domu w wyniku wojny lub z innych powodów. To również szansa na urzeczywistnienie prawa dzieci i młodzieży do życia w rodzinach³.

Deinstytucjonalizacja usług rozumiana jako proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w środowisku lokalnym realizowany jest w Powiecie Wejherowskim od kilku lat w odniesieniu do różnych grup społecznych i na kilku płaszczyznach. Powiat Wejherowski przyjął Strategię Rozwiązywania Problemów Społecznych dostrzegając potrzeby seniorów, osób z niepełnosprawnościami, dzieci, młodzieży i w 10 letniej perspektywie zamierza podejmować dalsze działania mające wpływ na deinstytucjonalizację usług społecznych poprzez np. uruchomienie mieszkań chronionych treningowych i wspomaganych dla osób z niepełnosprawnościami, tworzenie centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej, stworzenie centrum wolontariatu. Tworzenie w środowiskach lokalnych różnego typu placówek adekwatnych do potrzeb osób starszych jak kluby seniora, domy dziennego pobytu, świadczenie

¹ Projekt Sektora Usług Społecznych (09.2021-02.2023) realizowany przez Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych (WRZOS) , ul. Oleandrów 6, 00-629 Warszawa, Ulotka s. 1

² Projekt Sektora Usług Społecznych (09.2021-02.2023) realizowany przez Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych (WRZOS) , ul. Oleandrów 6, 00-629 Warszawa, Ulotka, s. 1

³ Projekt „SUS-Sektor Usług Społecznych” realizowany z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowany przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.

usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych na rzecz osób starszych w odpowiednim standardzie czy rozwój idei pomocy sąsiedzkiej.

Mając na uwadze, że Powiat Wejherowski jest powiatem ziemskim, a zadania z zakresu polityki społecznej realizowane są nie tylko przez samorząd powiatowy, ale również przez 10 samorządów gminnych, konieczna jest systematyczna i dobrze przemyślana współpraca w zakresie wypełniania niszy w obszarze wsparcia mieszkańców w ich miejscach zamieszkania. Dziś w powiecie wejherowskim seniorzy i osoby z niepełnosprawnościami objęte są usługami opiekuńczymi w tym specjalistycznymi realizowanymi przez poszczególne gminy, jednak część gmin nie ma w ofercie pomocowej usług specjalistycznych. Realizowane są programy do seniorów i osób z niepełnosprawnościami, uruchamiane nowe dzienne ośrodki wsparcia, we współpracy z sektorem pozarządowym prowadzone jest wsparcie, wśród uczniów funkcjonuje od lat wolontariat dla seniorów i osób niepełnosprawnych.

Powiat Wejherowski przyjął w 2019 roku Uchwałę Rady Powiatu nr VI/VI/82/19 z dnia 26.04.2019 roku Powiatowy Program Wsparcia Seniorów w Powiecie Wejherowskim na lata 2019 – 2023. Założenia programu uwzględniają zapewnienie seniorom bezpieczeństwa socjalnego poprzez adekwatne do potrzeb wsparcie w miejscu zamieszkania, wsparcie opiekunów seniorów, zwiększenie aktywnego udziału osób starszych w życiu społecznym, kulturalnym, edukacyjnym i zawodowym. Obejmują także aspekty związane ze zdrowiem, profilaktyką i rehabilitacją seniorów oraz dbania o wizerunek seniorów w lokalnej społeczności.

Seniorzy w powiecie wejherowskim zrzeszeni są w łącznie 20 organizacjach pozarządowych i stanowią ok 40% ogółu ich członków. Rokrocznie Powiat dofinansowuje ze swojego budżetu realizowane przez te organizacje działania o charakterze integracyjnym, edukacyjnym, sportowym.

W związku z przyjęciem przez Radę Ministrów (dalej RM) Strategii Rozwoju Usług Społecznych należy wspomnieć również o działaniach podejmowanych na rzecz deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej.

Powiat wejherowski zapewnia dzieciom pozbawionym opieki rodzicielskiej miejsca w rodzinach zastępczych spokrewnionych, niezawodowych, zawodowych w tym specjalistycznych i pogotowiach rodzinnych oraz rodzinnych domach dziecka i placówce typu rodzinnego. Wskaźnik deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w Powiecie wynosi 79,9%. Do 2035 roku wskaźnik deinstytucjonalizacji pieczy zgodnie z przyjętą przez RM strategią ma wynosić 85%.

Powiat osiągnął również standard przewidziany ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej tj. maksymalny limit 14 dzieci w placówkach opiekuńczo – wychowawczych, w tym w placówce powiatowej liczącej 30 dzieci.

Od września 2019 roku opieka nad dziećmi sprawowana jest w trzech odrębnych domach, każdy dla 14 dzieci, które objęte są wsparciem specjalistów, a warunki stworzone dzieciom

zbliżone są do domowych. Placówki opiekuńczo – wychowawcze działające na zlecenie Powiatu również spełniają standardy ustawowe.

Jeśli by mówić o deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej to obawy budzi niski wskaźnik kandydatów na rodziny zastępcze mimo podejmowanych działań promocyjnych, wzrostu wynagrodzeń rodzin zastępczych zawodowych i prowadzących rodzinne domy dziecka, finansowania przez Powiat wszystkich świadczeń fakultatywnych i obligatoryjnych przewidzianych ustawą. Dodatkowo niedostateczna profilaktyka mierzona ilością np. rodzin wspierających w gminach, stosunkiem rodzin niewydolnych wychowawczo do liczby zatrudnianych asystentów rodzin stanowi o ciągłym wzroście liczby postanowień sądowych o zabezpieczeniu dzieci w pieczy zastępczej może przyczynić się do niewydolności systemu rodzinnej pieczy zastępczej a tym samym stanowić trudność w osiągnięciu wskaźników przewidzianych w Strategii Rozwoju Usług Społecznych. Ponadto bardzo niski wskaźnik powrotów dzieci do rodzin biologicznych, związany nierzadko z zaprzestaniem pracy z rodziną przez asystenta po umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej powoduje brak rotacji dzieci w rodzinach zastępczych i konieczność poszukiwania nowych rodzin zastępczych.

W gminach brak jest placówek wsparcia dziennego i rodzin wspierających, nie wykorzystywany jest pełen katalog możliwości wsparcia rodziny na poziomie gmin.

Powiat zleca również prowadzenie placówki wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym dla 30 dzieci. Starosta Wejherowski wydał decyzję na prowadzenie placówki wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym w formie pracy podwórkowej Związкови Harcerstwa Polskiego Chorągi Gdańskiej w 2022 roku.

W zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami Powiat zamierza do końca br. uruchomić środowiskowy dom samopomocy z miejscami całodobowymi, które będą również pełnić funkcję opieki wytchnieniowej. Celem tego rozwiązania jest wsparcie rodzin w opiece nad osobami zależnym, a tym samym utrzymanie jak najdłużej osób w ich środowisku rodzinnym bez konieczności umieszczania w całodobowych ośrodkach wsparcia. Inicjatywa uruchomienia w powiecie ŚDS jako dziennego ośrodka wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami w tym z autyzmem ma na celu także aktywizację tych osób, rozwijanie ich zdolności psychospołecznych a tym samym zapobieganie alienacji społecznej.

Od 2020 roku Powiat realizuje program „Opieka wytchnieniowa”, a w bieżącym roku również „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, których celem jest również wsparcie osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów w ich naturalnych, rodzinnych warunkach.

Deinstytucjonalizacja w powiecie wejherowskim prowadzona jest w sposób systematyczny i planowy. Wymaga wdrażania takiej oferty, która będzie odpowiadała na potrzeby mieszkańców i która będzie wypełniała te obszary, które nie są zaopiekowane przez gminy.

Najbardziej popularną usługą społeczną realizowaną przez gminy są usługi opiekuńcze, realizowane jako zadanie własne, są to jednak świadczenia odpłatne co niejednokrotnie powoduje, że usługobiorcy decydują się na niezbędne minimum godzinowe, które często nie jest

wystarczające. Inną kwestią jest natomiast standard usług, gdzie w postępowaniach przetargowych głównym kryterium jest cena, co w konsekwencji przekłada się na jakość świadczonej pomocy.

Myśląc o deinstytucjonalizacji ośrodków wsparcia takich jak DPS trzeba brać pod uwagę kontekst społeczny, gotowość i otwartość społeczeństwa na sąsiedztwo osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi, chorych psychicznie np. w mieszkalnictwie chronionym.

Rehabilitacja społeczna, prowadzona przez domy pomocy społecznej, zakłada oddziaływania terapeutyczne na przebywających w nim mieszkańców w trzech sferach, tj. farmakologicznej, psychologicznej i społecznej, w celu poprawy zaradności osobistej, aktywności społecznej oraz wzrostu umiejętności samodzielnego pełnienia ról społecznych. Problemem staje się jednak brak możliwości powrotu do środowiska, jeśli osoba taka nie ma rodziny, a lokal, który wcześniej zajmowała (socjalny czy komunalny) zostaje przekazane innemu najemcy. Wówczas powrót do środowiska staje się niemożliwy, nawet przy wsparciu usług społecznych.

Zatem w obu obszarach wydaje się być zasadnym uruchomienie ogólnopolskiej kampanii społecznej oraz podjęcie rozwiązań systemowych.

Dziś obserwujemy sztywny podział kompetencyjny pomiędzy gminami i powiatem w zakresie zadań określonych w ustawie o pomocy społecznej, co w takim powiecie jak wejherowski (powiat ziemski) skutkuje tym, że nie zawsze obrane kierunki polityki społecznej określone w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych w samorządach są spójne. Wobec tego Zarząd Powiatu Wejherowskiego powołał Powiatowy Zespół Monitorowania Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w celu wytyczania i określania kierunków działań i reagowania na pojawiające się potrzeby społeczne, co jest uzasadnione również 10 letnim okresem obowiązywania strategii. Aby zapewnić rozwój usług społecznych i stworzyć pakiet usług odpowiadający lokalnym potrzebom społecznym konieczna jest współpraca poszczególnych szczebli organizacyjnych pomocy społecznej.

II. Struktura demograficzna w Powiecie Wejherowskim.

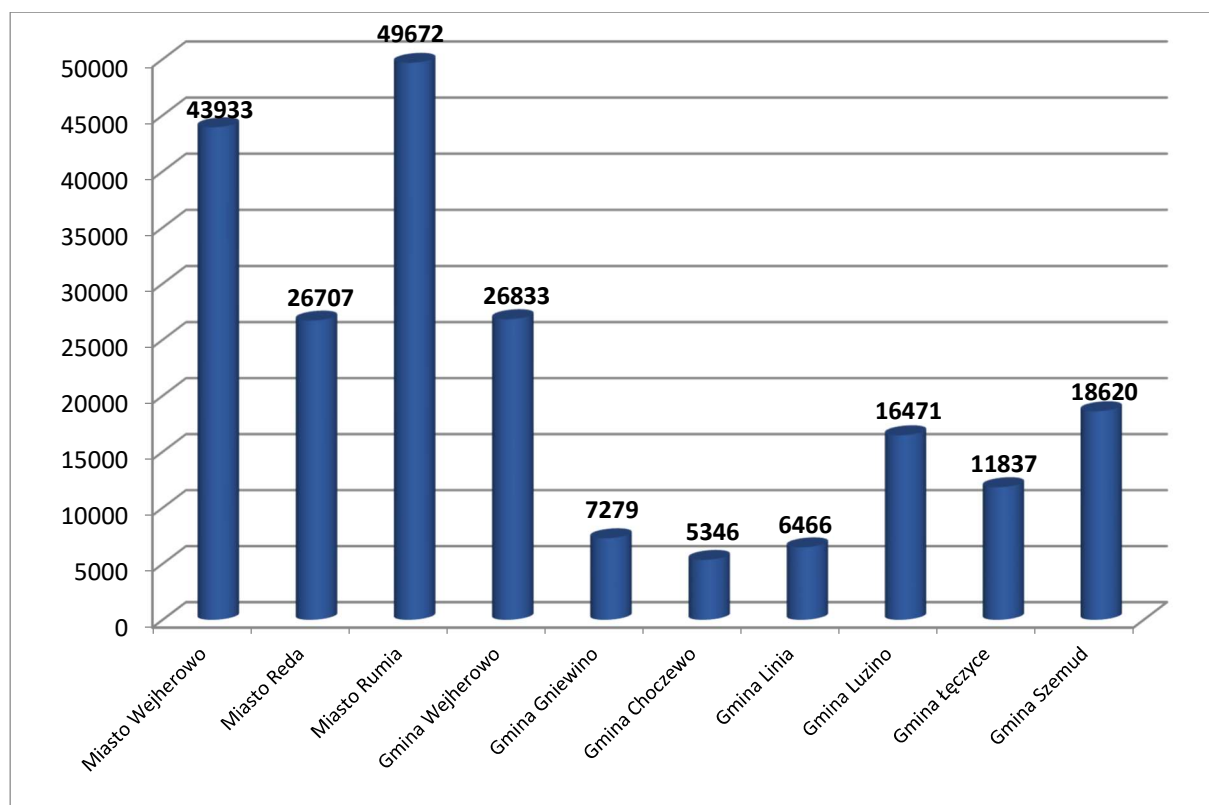
Powiat wejherowski jest prężnie rozwijającym się obszarem pod względem demograficznym. Tworzy go 10 gmin w tym 3 miejskie. Liczba mieszkańców wg. Danych GUS przekroczyła już 220 tys. mieszkańców.



Źródło: <https://www.powiatwejherowski.pl/o-powiecie> dostępne 23.11.2022 r.

Sytuację demograficzną powiatu przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 1 Liczba mieszkańców w powiecie wejherowskim w rozbiciu na poszczególne gminy.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS na dzień 31.12.2021 r.

Tabela 1 Liczba mieszkańców w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego – struktura demograficzna: (stan na 31.12.2022 r.)

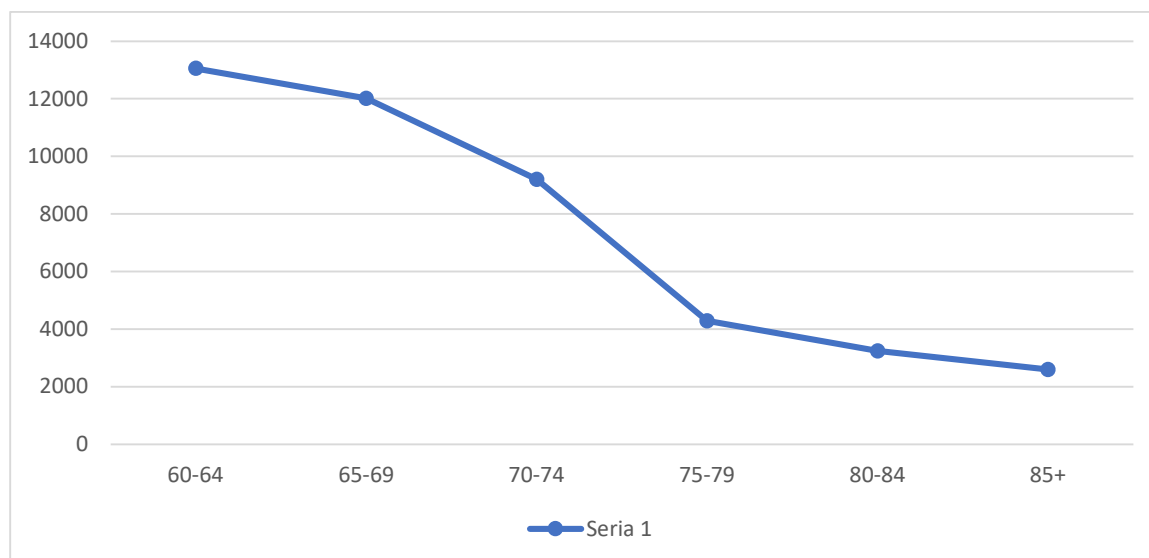
Nazwa gminy	Liczba mieszkańców	Liczba osób w wieku przedprodukcyjnym (%)	Liczba osób w wieku produkcyjnym (%)	Liczba osób w wieku poprodukcyjnym (%)
Miasto Wejherowo	43933	22	57	21
Miasto Reda	26707	24,2	60,3	15,5
Miasto Rumia	49672	19,7	59,1	21,2
Gmina Wejherowo	26833	27	60	13
Gmina Gniewino	7279	25	61	14
Gmina Choczewo	5346	20	60	20
Gmina Linia	6466	26	61	13
Gmina Luzino	16471	28,4	60,3	11,3
Gmina Łęczyce	11837	26	55	19
Gmina Szemud	18620	29,5	58	12,5
Powiat Wejherowski	220 880	22,9	59,8	17,3

Źródło: Ankiety i Oceny Zasobów Pomocy Społecznej gmin Powiatu Wejherowskiego

Statystycznie 59,8% mieszkańców powiatu wejherowskiego jest w wieku produkcyjnym, 22,9% w wieku przedprodukcyjnym, a 17,3% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

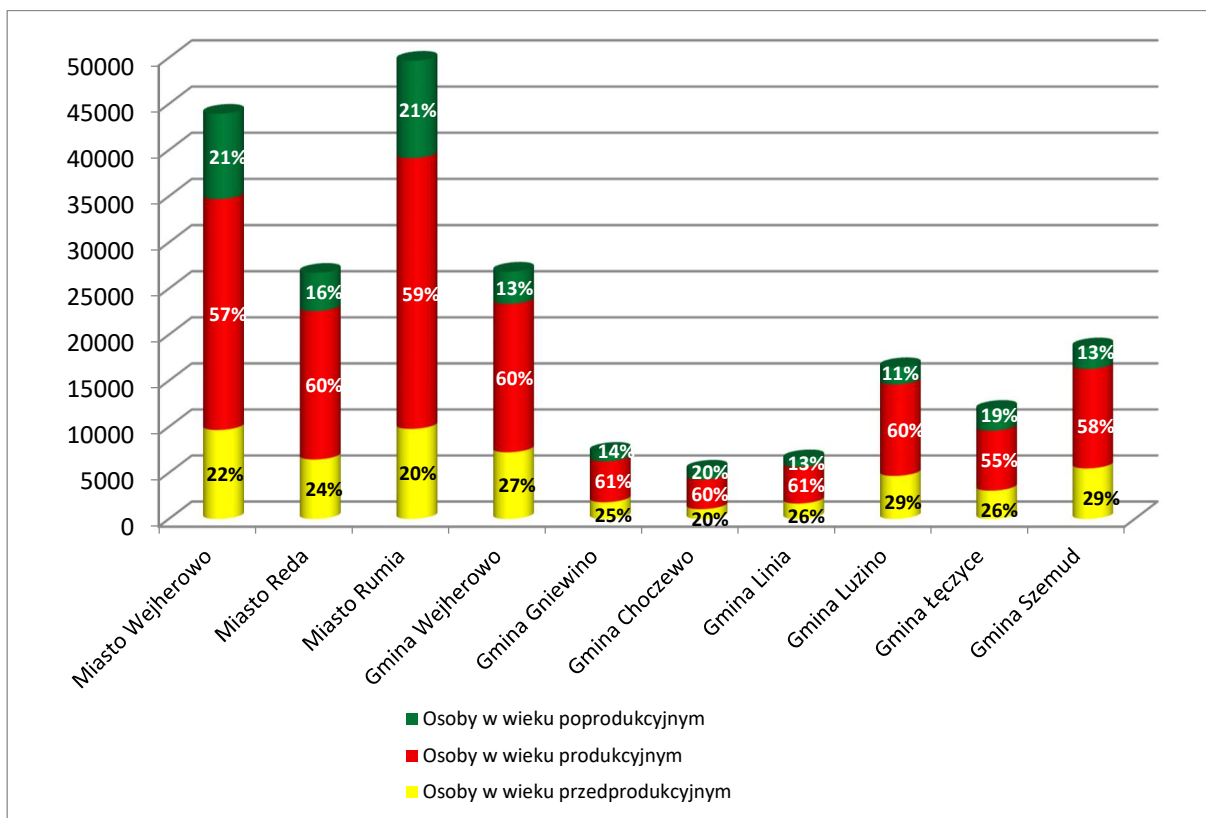
W latach 2002-2021 liczba mieszkańców powiatu wzrosła o **26,7%**. Średni wiek mieszkańców wynosi 38,4 lat i jest mniejszy od średniego wieku mieszkańców województwa pomorskiego oraz mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców powiatu wejherowskiego w 2050 roku wynosi **265 128**, z czego 134 366 to kobiety, a 130 762 mężczyźni.

Wykres 2 Piramida wieku 60-85+ mieszkańców powiatu wejherowskiego (wg danych GUS 2021 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS na dzień 31.12.2021 r.

Wykres 3 Liczba mieszkańców w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego – struktura demograficzna – zbiorczo

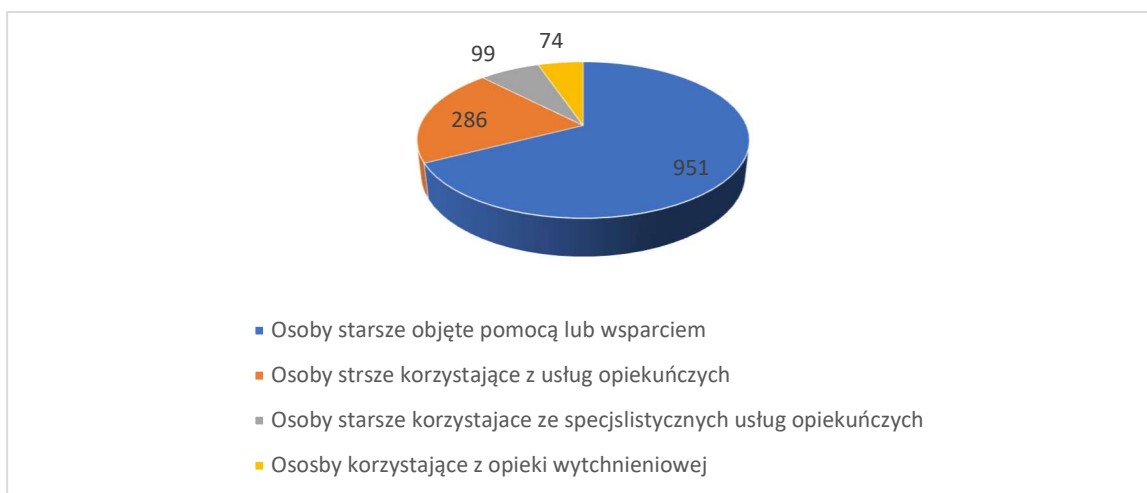


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS na dzień 31.12.2021 r.

2.1. Osoby starsze w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych.

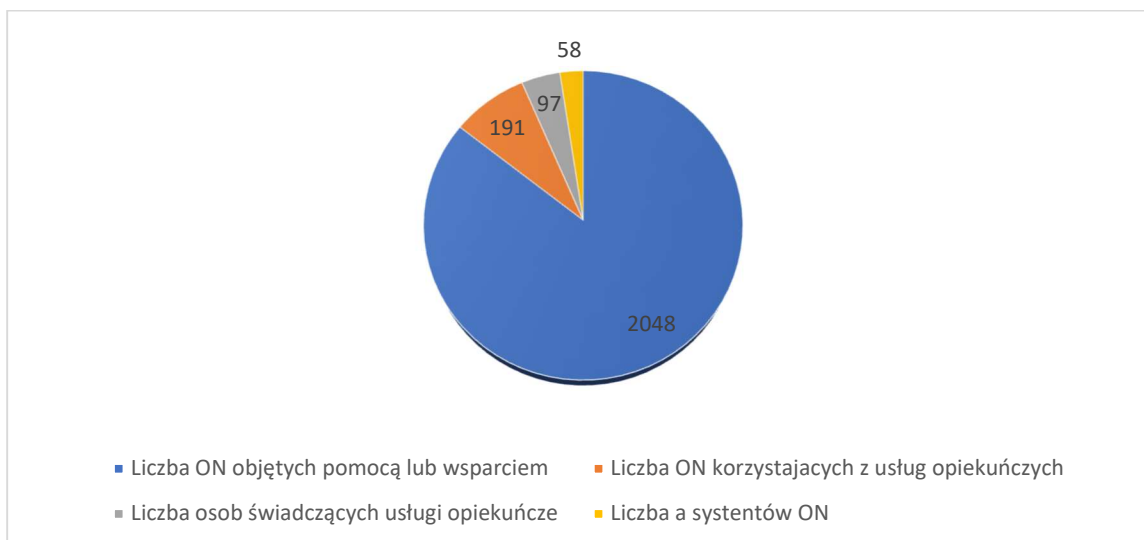
Zgodnie z prognozami GUS w 2050 roku w powiecie wejherowskim wskaźnik osób starszych osiągnie próg 26% mieszkańców, toteż podejmowanie inicjatyw rozwoju środowiskowego wsparcia jest tak istotny.

Wykres 4 Osoby starsze objęte pomocą w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego (stan na dzień 31.12.2021 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet.

Wykres 5 Osoby niepełnosprawne objęte pomocą w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego (stan na 31.12.2021 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet

2.2. Cena opieki nad osobami starszymi w domu

Koszt miesięcznej opieki jest uzależniony od stanu seniora lub osoby niepełnosprawnej. Cena opieki nad osobami leżącymi jest wyższa w porównaniu do cennika dotyczącego opieki nad osobami sprawnymi ruchowo. W niektórych przypadkach konieczna będzie całodobowa opieka nad podopiecznym. Cena usługi opieki całodobowej realizowana przez kilku opiekunów w domu okaże się ostatecznie znacznie wyższa w porównaniu do opieki kilka godzin dziennie. Opiekun pomaga w czynnościach dnia codziennego, robi zakupy, pomaga w sprzątaniu, dba o przyjmowanie leków lub świadczy opiekę nad osobami chorymi. Niższy koszt miesięcznej opieki odnotowuje się w niewielkich miejscowościach. Jednak w tym przypadku problemem okazuje się mniejsza dostępność opiekunów. Opiekun mieszkający w domu osoby niepełnosprawnej musi mieć zapewnione zakwaterowanie i przeważnie wyżywienie. Należy mu zapewnić przynajmniej cztery dni w miesiącu wolne od pracy. Ponadto jeden opiekun nie będzie w stanie realizować opieki całodobowej. Średni koszt wynajęcia prywatnego opiekuna rozpoczyna się od kwoty 3 tys. zł miesięcznie. Jest to stawka najczęściej spotykana w mniejszych miejscowościach. Cena zatrudnienia prywatnie opiekuna, która świadczy kompleksowe usługi opiekuńcze i zamieszkuje w domu, niejednokrotnie dochodzi do kwoty 5 tys. zł. Na koszt miesięcznej opieki całodobowej składa się wynajęcie przynajmniej dwóch opiekunów, którzy będą świadczyć usługi w systemie zmianowym.

Tabela 2 Cennik opieki nad osobami starszymi - średni koszt miesięcznej opieki w domu seniora

	Cena miesięcznej opieki realizowanej w domu podopiecznego - od	Cena miesięcznej opieki realizowanej w domu podopiecznego - do
Opieka całodobowa 7 dni w tygodniu	4 000 zł	8 000 zł
Prywatna opiekunka	3 000 zł	5 000 zł

Źródło: Ile kosztuje miesięcznie opieka nad starszą osobą? ONET, 12 października 2022 r. 17:31, <https://www.onet.pl/styl-zycia/kb/ile-kosztuje-miesiecznie-opieka-nad-starsza-osoba-wyliczamy/vs11b17,30bc1058>

Wielu seniorów, osób niepełnosprawnych nie wymaga opieki kompleksowej i w zupełności wystarczy im pomoc w postaci kilku wizyt w tygodniu. Opiekun świadczy usługi w domu podopiecznego, pomaga w wykonywaniu codziennych czynności, ewentualnie robi zakupy. Koszt miesięcznej opieki w domu podopiecznego zostaje przeliczony w oparciu o stawkę za każdą wizytę. Na przykład stawka za godzinę prywatnej opieki (wizyta w domu) rozpoczyna się od kwoty 30 zł brutto. Zatem za wizytę trwającą dwie godziny zapłacimy minimum 60 zł.

Stawki usług opiekuńczych u osób starszych, niepełnosprawnych realizowanych przez firmy prywatne na zlecenie ośrodków pomocy społecznej są ustalane w odrębnej uchwale rady miasta/gminy. Przy ustalaniu odpłatności za daną usługę pod uwagę brane są kryteria dochodowe osoby/rodziny korzystającej z usług opiekuńczych.

Działania w zakresie deinstytucjonalizacji powinny w pierwszej kolejności skupiać się na powszechnym dostępie do usług świadczonych w środowisku zamieszkania, gdyż tylko nieograniczony dostęp do szerokiego spektrum interdyscyplinarnych usług środowiskowych może wpłynąć na zmniejszenie popytu na usługi stacjonarnej opieki długoterminowej. Należy stwierdzić, iż zakres procesu deinstytucjonalizacji obejmować będzie szereg działań zmierzających do rozwoju usług w środowisku lokalnym.

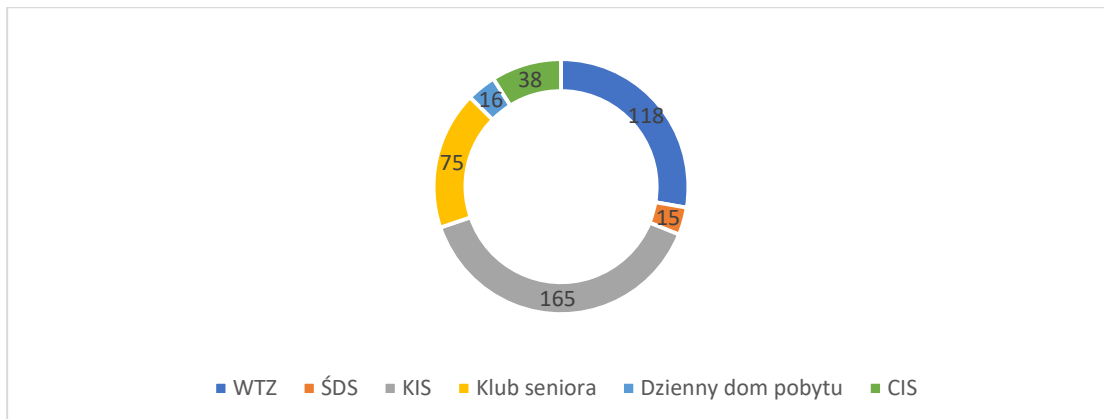
Strategia rozwoju usług społecznych na lata 2021– 2035 (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 4.10.2021, s. 84–85) określa:

1. Priorytet usług społecznych realizowanych w środowisku zamieszkania nad usługami stacjonarnymi.
2. Rozwój lokalnych i zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej.
3. Działania zmierzające do wykorzystania zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej.
4. Rozwój różnych form mieszkalnictwa⁴.

⁴ Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia, Redakcja naukowa: Mirosław Grewiński, Joanna Lizut, Warszawa 2021, s. 102

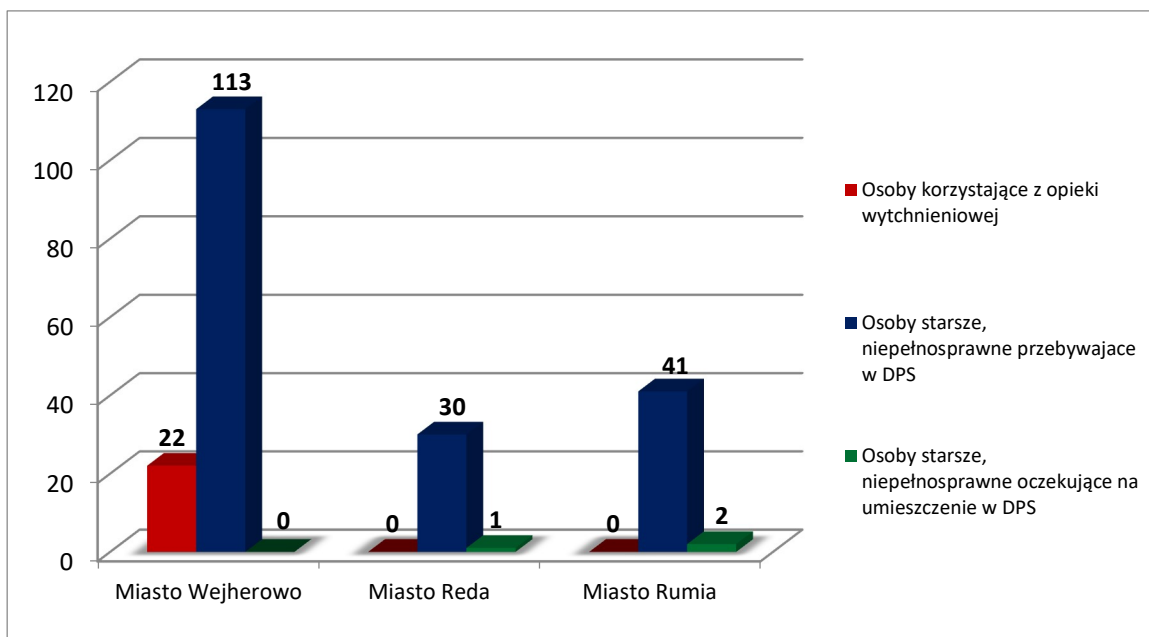
W powiecie wejherowskim usługi wsparcia dziennego dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami realizowane są na poziomie poszczególnych gmin oraz o zasięgu ponadgminnym.

Wykres 6 Miejsca w dziennych ośrodkach wsparcia w Powiecie Wejherowskim.



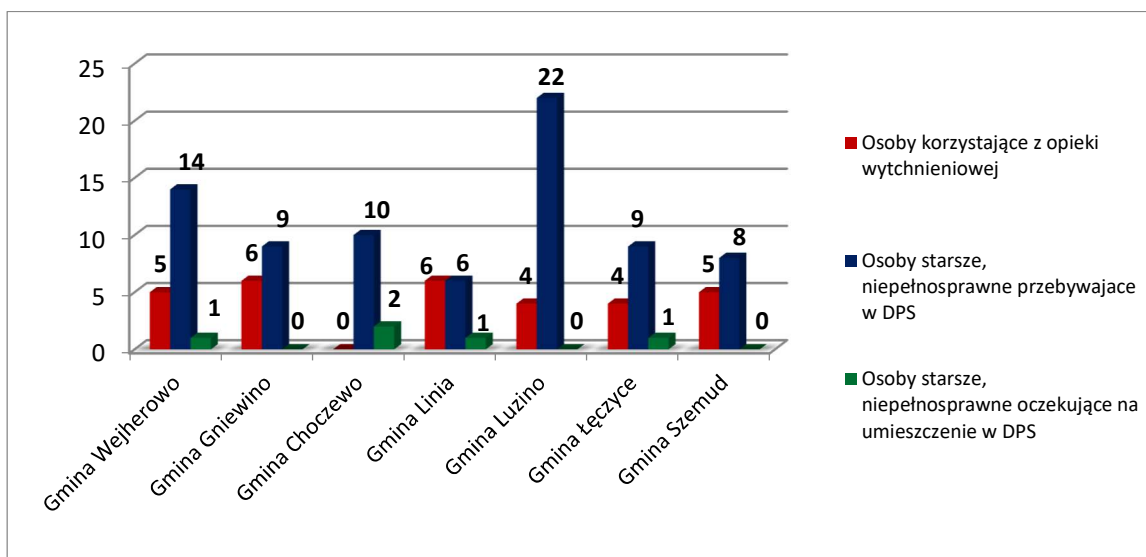
Opracowanie własne na podstawie ankiet

Wykres 7 Liczba osób w gminach miejskich Powiatu Wejherowskiego korzystających z opieki wytchnieniowej, przebywających w DPS i oczekujących na umieszczenie w DPS (stan na 31.12.2021 r.)



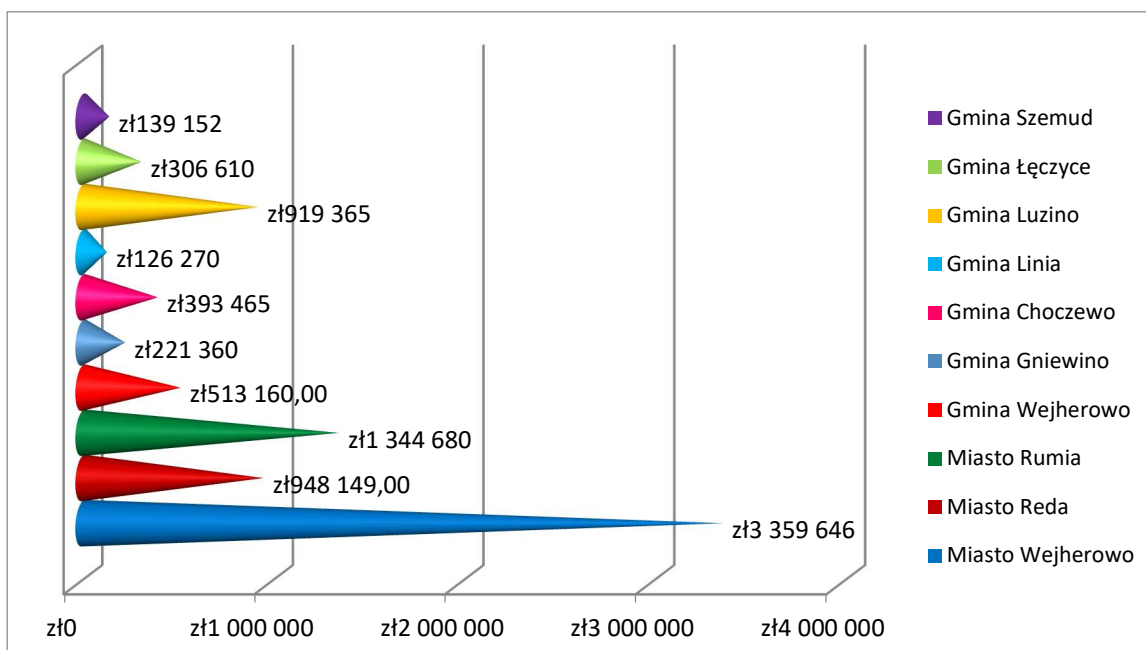
Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet

Wykres 8 Liczba osób w gminach wiejskich Powiatu Wejherowskiego korzystających z opieki wytchnieniowej, przebywających w DPS i oczekujących na umieszczenie w DPS (stan na 31.12.2021 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet

Wykres 9 Koszty ponoszone przez gminy za pobyt mieszkańców w DPS w 2021 r. (łącznie kwota 8 271 858 zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Ankiet oraz Ocen Zasobów Pomocy Społecznej z gmin Powiatu Wejherowskiego

2.3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi

2.3.1. Istota zaburzeń psychicznych

Współcześnie ze względu na stygmatyzujący charakter określenia „choroby psychicznej” proponowane jest używanie określenia „zaburzenie psychiczne”⁵.

Zaburzenia psychiczne to zespoły zachowań lub objawów, utrudniające funkcjonowanie społeczne lub psychiczne jednostki, powodujące zakłócenia czynności organizmu, uniemożliwiające utrzymanie równowagi wewnętrznej lub zrównoważonej wymiany z otoczeniem w sferze psychicznej, które wiążą się z cierpieniem (*distress*)⁶.

Różnego rodzaju krótkotrwałe zaburzenia funkcjonowania psychicznego zdarzają się każdemu, jak np. niepewność czy wyłączyło się żelazko. Choć mogą być uciążliwe, nie zakłócają znacząco codziennego funkcjonowania. Osoby z zaburzeniami psychicznymi podobne objawy odczuwają w znacznie większym nasileniu i dłuższym czasie. Zaburzenia mogą mieć różny przebieg: przewlekły, postępujący, nawrotowy, przemijający i współwystępować ze sobą, np. zaburzenie osobowości i uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Zaburzenia psychiczne i choroby neurologiczne odpowiadają łącznie za 25% wszystkich niepełnosprawności, z którymi wiążą się głównie cztery kategorie chorób: depresje, otępienia, uzależnienie od alkoholu i udar⁷.

Przyczyny zaburzeń psychicznych są różne w zależności od danego typu modelu teoretycznego. Wyróżnia się trzy modele: biologiczny, społeczny i psychologiczny⁸. Model biologiczny definiowany jest w kategorii anatomii oraz fizjologii i wiąże się z uszkodzeniem mózgu lub zakłóceniem jego czynności. Przykładami takich zaburzeń są otępienie, zespół amnestyczny, niepełnosprawność intelektualna. Według modelu społecznego przyczynami zaburzeń psychicznych są negatywne wydarzenia życiowe, patologiczne stosunki rodzinne i społeczne oraz oddziaływanie środowiska. Zgodnie z modelem psychologicznym zaburzenie psychiczne to stan, gdy osoba doznaje wyczerpania energii, zasobów czy umiejętności, aby sprostać wymaganiom i obciążeniom oraz aby zachować poczucie równowagi i harmonii. Podkreśla on aspekt relacji jakie zachodzą między psychiką, a funkcjami organizmu człowieka. Obecnie podczas badań diagnostycznych pod uwagę brany jest model biopsychospołeczny, który ujmuje holistyczne podejście do przyczyn powstawania zaburzeń.

⁵ Pużyński S. (2007). *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*. „Psychiatria Polska”, tom XLI, nr 3, s. 303–304.

⁶ Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, tom I, Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

⁷ Whiteford H.U. i wsp. (2013). *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders; findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*, 3(9904), 1575-86.; Wittchen H.U. i wsp. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79.

⁸ Soroko, E. (2014). *Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości*. W: L. Cierpiąłkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Do diagnozy zaburzeń psychicznych wykorzystywane są dwie klasyfikacje: Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) – DSM-V oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – ICD-10. Aktualnie na terenie Polski stosowana jest klasyfikacja ICD-10, która pomaga w porządkowaniu informacji o charakterystykach poszczególnych rozpoznań psychiatrycznych. Wyróżnia poniższe grupy zaburzeń:⁹

- 1) Organiczne zaburzenia psychiczne łącznie z zespołami objawowymi, których podłoże jest fizyczne, tj. choroba lub uszkodzenie mózgu. Należą do nich m.in. otępienia oraz organiczne zaburzenia nastroju.
- 2) Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, np. używaniem alkoholu, narkotyków, leków uspokajających i nasennych.
- 3) Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe, cechujące się przebiegiem epizodycznym, czyli okresami z ostrymi zaburzeniami psychotycznymi oraz okresami remisji, czyli takimi, w których brak jest objawów chorobowych. Poszczególne fazy choroby mogą mieć różny czas trwania, ściśle związany z postawą osoby chorującej. Główną cechą charakteryzującą schizofrenię są zaburzenia procesów myślenia, które prowadzą do urojeń, halucynacji, nietypowej mowy lub zachowania. Wbrew powszechnemu przekonaniu schizofrenia nie jest chorobą "rozszerzenia osobowości". Jednakże osoby chorujące mogą postrzegać rzeczywistość w sposób skrajnie różny niż osoby wokół nich. Rozróżnia się objawy pozytywne choroby, jak np. słyszenie głosów, których nie słyszą inni, przekonanie, że inni ludzie mogą czytać w umysłach lub kontrolować myśli osób dotkniętych chorobą, oraz objawy negatywne, polegające na wycofaniu się z życia społecznego, braku motywacji do działania, spłyceniu odczuwanych emocji. U osób chorujących można często zaobserwować zaburzenia funkcji poznawczych, np. trudności w koncentracji, problemy z pamięcią, osłabienie zdolności językowych, objawy depresyjne, obniżony nastrój, zubożenie aktywności czy poczucie niskiej wartości.
- 4) Zaburzenia nastroju (afektywne), np.: epizod depresyjny, epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Główną ich cechą jest zakłócony stan emocjonalny chorych, który głównie przybiera postać depresji. Depresja rozumiana jest jako głęboki, nieuzasadniony realnie stan obniżenia nastroju, poczucia beznadziei w odniesieniu do siebie, świata i przyszłości, utraty zainteresowań, spadku energii i aktywności. Natomiast mania związana jest z podwyższonym nastojem oraz nadaktywnością fizyczną i psychiczną. Osoba doświadczająca takich zaburzeń może odczuwać zmniejszoną potrzebę snu i być przekonana o swoich nieograniczonych możliwościach, co często

⁹ Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wyd. II*, Kraków: Vesalius.

wiąże się z podejmowaniem nieracjonalnych decyzji życiowych. W obrazie klinicznym zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zauważalne jest przeplatanie się epizodów depresji i manii.

- 5) Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, m.in. zaburzenia lękowe (np. fobie, lęk paniczny, zaburzenie lękowe uogólnione), zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD), adaptacyjne, występujące pod postacią somatyczną. Cechami charakterystycznymi tego typu zaburzeń są, między innymi, duszności, zawroty głowy, ból serca, utrata pamięci, natręctwa, fobia społeczna.
- 6) Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, w tym nieorganiczne zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną, zaburzenia odżywiania (anoreksja psychiczna, bulimia psychiczna, przejadanie się).
- 7) Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych. Charakteryzują się one sztywnymi niedostosowanymi do sytuacji reakcjami na rozmaite okoliczności, zachodzącymi zarówno w życiu psychicznym jednostki, jak i w interakcjach społecznych. W grupie tej wyróżnia się specyficzne zaburzenia osobowości, mieszane zaburzenia osobowości, zaburzenia nawyków i popędów, zaburzenia identyfikacji płciowej i zaburzenia preferencji seksualnych.
- 8) Upośledzenie umysłowe, które cechuje się obniżoną sprawnością intelektualną. Rozróżnia się cztery stopnie głębokości upośledzenia umysłowego: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie.
- 9) Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego), w których składzie diagnozujemy specyficzne zaburzenia mowy i języka, rozwoju umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych i całościowe zaburzenia rozwojowe, np. autyzm.
- 10) Zaburzenia zachowania i emocji, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym, np. nadpobudliwość ruchowa, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, tiki, mutyzm wybiórczy.
- 11) Nieokreślone zaburzenia psychiczne. Kategoria ta wykorzystywana jest w przypadku braku możliwości klasyfikacji zaburzeń do innej kategorii.

Zaburzenia psychiczne niosą często za sobą nieszczęście chorych i ich rodzin. Powszechny brak zrozumienia przebiegu choroby może powodować alienację, dyskryminację oraz stygmatyzację. Lata doświadczeń osób leczących się i osób im pomagających wskazują na wysoką skuteczność stosowania kompleksowego modelu terapii. Terapia ta obejmuje model biomedyczny, który kładzie nacisk na farmakoterapię oraz model psychospołeczny, akcentujący

oddziaływania psychoterapeutyczne, psychoedukację i socjoterapię¹⁰.

Praktycy i naukowcy definiują zdrowienie jako zmniejszenie natężenia objawów i poprawę funkcjonowania, np. poprzez zdobycie pracy, czy też możliwość samodzielnego funkcjonowania¹¹. Opierają się oni na poglądzie, iż zdrowienie jest procesem uwzględniającym dążenie jednostki do odnajdywania wewnętrznej nadziei na przyszłość, osiągania pełni własnego potencjału, zdobycia autonomii i współistnienia w społeczeństwie ponad wszelką dyskryminację¹². Zauważyć należy, że są to dążenia tożsame z dążeniami większości ludzi, a nie tylko osób z zaburzeniami psychicznymi, co może być istotnym argumentem w walce z ich wykluczeniem i stygmatyzacją w społeczeństwie.

2.3.2. Definicja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych w odniesieniu do niepełnosprawności.

Polityka społeczna państwa zwraca uwagę na wyzwania, przed którymi na co dzień stoją osoby niepełnosprawne. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z niepełnosprawnościami gwarantuje poszanowanie praw człowieka oraz lepszą jakość życia. Główne założenia mówią o tym, że zmiana systemu pomocy społecznej z instytucjonalnego na taki, który będzie świadczony w formie usług środowiskowych i realizowany wśród społeczności lokalnej, z zachowaniem sprawdzonych i istniejących już rozwiązań, przemawia za zmianą w tym zakresie, gdyż ukazuje podmiotowość człowieka potrzebującego w centrum wszelkich działań pomocowych. Deinstytucjonalizacja rozumiana jako wielopłaszczyznowy rozwój usług ma za zadanie kompleksowo spojrzeć na osobę z niepełnosprawnościami, dając jej możliwość pełnoprawnego udziału w życiu społecznym, przy równoczesnym zindywidualizowaniu świadczonych usług¹³.

Termin deinstytucjonalizacji w kontekście realizacji usług społecznych rozumiany jest jako proces, który ma na celu tworzenie stosownych alternatyw w społecznościach lokalnych, psychoedukację oraz rehabilitację dla osób, które nie muszą przebywać w całodobowych placówkach. Deinstytucjonalizacja ma na celu zapobieganie nadmiernemu umieszczaniu oraz separacji długoterminowej w placówkach opieki społecznej, aby przyczynić się do poprawy warunków życia oraz upowszechnieniu terapii osób wymagających specjalistycznego wsparcia¹⁴.

¹⁰ Górna R. (1997). *Geneza, założenia oraz modele programów pschoedukacyjnych*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 6. Supplement 2 (5).

¹¹ Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., Garety P., Geddes J., Martindale B., et al. (2002). *Psychological treatments in schizophrenia: Meta-analyses of randomised controlled trials of social skills training and cognitive remediation*. Psychol Med., 32: 793-91.; Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., Garety P., Geddes J., Martindale B., et al. (2002). *Psychological treatments in schizophrenia: Meta-analyses of randomised controlled trials of social skills training and cognitive remediation*. Psychol Med., 32: 793-91.

¹² Resnick S.G., Fontana A., Lehman A.F., et al. (2005). *An empirical conceptualization of the recovery orientation*. Schizophrenia Research., 75:119-28.

¹³ Zdebska E. (2021). *Deinstytucjonalizacja usług społecznych na rzecz osób z niepełnosprawnościami*. Warszawa: Instytut naukowo – wydawniczy „Spatium”.

¹⁴ Zbyrad T. (2016). *Od instytucjonalizacji opieki ku deinstytucjonalizacji wyzwania polityki społecznej i szanse rozwoju*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.

Termin deinstytucjonalizacji pojawił się w kontekście polityki społecznej i usług społecznych w latach 70 XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Odnosił się on wówczas szczególnie do opieki długoterminowej, terapii czy też odosobnienia osób starszych, niepełnosprawnych, chorych psychicznie, a także kryminalistów. UNICEF definiuje deinstytucjonalizację jako „całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki nad dziećmi bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty”¹⁵. W znacznym stopniu deinstytucjonalizacja jest procesem obejmującym szczególnie rozwój w obrębie społeczności zindywidualizowanych usług o wysokiej jakości, w tym zapobiegających umieszczaniu osób niepełnosprawnych w instytucjach pomocy społecznej, w tym przeniesienie zasobów ze stacjonarnych ośrodków opieki długoterminowej w celu świadczenia niezbędnych usług w środowisku. Kolejnym etapem jest systematyczne wprowadzanie planów zamykania dużych, stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, w których osoby, mające problemy ze zdrowiem psychicznym oraz innymi niepełnosprawnościami, są odizolowane od społeczności lokalnych. Zakłada się również zapewnienie powszechnej dostępności podstawowych usług w dziedzinach takich jak: edukacja i szkolenia, zatrudnienie, mieszkalnictwo, opieka zdrowotna oraz transport dla wszystkich osób potrzebujących wsparcia¹⁶.

W opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji z dnia 27 maja 2015 roku wskazuje się argumenty, które przemawiają za przekształceniem usług społecznych od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Jednym z argumentów są doświadczenia wielu krajów wskazujące na to, że sposób zapewniania opieki i wsparcia dla osób niepełnosprawnych poprzez zastąpienie zakładów opieki długoterminowej usługami świadczonymi na poziomie rodziny i społeczności lokalnych przynosi oczekiwane efekty. Poza tym nowe systemy opieki środowiskowej i wsparcia w społecznościach lokalnych zapewniają poszanowanie praw, godności, potrzeb oraz woli każdej osoby i jej rodziny. Osoby niepełnosprawne, szczególnie pod względem psychospołecznym oraz osoby starsze, mają bardzo różne potrzeby w zakresie świadczonej im profesjonalnej opieki. W związku z tym proces deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej pozwala na lepsze dostosowanie świadczonych usług do zindywidualizowanych potrzeb ich odbiorców. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny podkreśla, że deinstytucjonalizacja jest procesem wymagającym długoterminowej strategii politycznej i przeznaczenia odpowiednich środków finansowych na rozwój alternatywnych usług wsparcia na

¹⁵ UNICEF.(2010). *At Home or in a Home?: Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia* [„W domu czy w domu dziecka – formalna opieka nad dziećmi oraz adopcja w Europie Wschodniej i Azji Środkowej”].

¹⁶ Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. (2012). *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*.

poziomie społeczności lokalnych¹⁷.

Zwracając uwagę na alternatywne kierunki procesu deinstytucjonalizacji, między innymi, likwidację lub zmniejszanie liczby miejsc w istniejących ośrodkach, wspomnieć należy, że w unijnych dokumentach unika się stosowania pojęcia „deinstytucjonalizacji”, zastępując je pojęciami wskazującymi na trend świadczenia i rozwijania usług na poziomie społeczności lokalnej. Praktyka operowania innymi terminami podyktowana jest błędnym, niepełnym rozumieniem istoty deinstytucjonalizacji, często kojarzonej z całkowitą likwidacją zakładów opiekuńczych. Głównym celem procesów wyprowadzania wsparcia z instytucji do lokalnych środowisk jest zapewnienie świadczenia w nich niezbędnych usług poprzez stworzenie ku temu odpowiednich warunków w danej społeczności. Powodzenie w realizacji tego procesu zakłada konieczność przygotowania do niego ogółu społeczeństwa, w tym szczególnie poprzez podniesienie świadomości nie tylko osób świadczących takie usługi i ich odbiorców, ale również pozostałej części lokalnej społeczności, w celu uniknięcia stygmatyzacji w tym zakresie. W przeciwnym razie zamiast deinstytucjonalizacji w efekcie doszłoby do ponownej instytucjonalizacji poprzez tworzenie swoistego wyobcowania pod względem psychospołecznym osób niepełnosprawnych, które żyją w społeczeństwie, ale pozostają w izolacji ze względu na negatywne postawy wobec nich¹⁸.

2.3.3. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi

W 2012 roku Rzeczpospolita Polska zatwierdziła Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych. W art. 19 niniejsza konwencja nakłada na Państwa-Strony obowiązek podjęcia skutecznych i odpowiednich środków w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym życia w społeczności lokalnej¹⁹. Państwa te uznały równe prawo wszystkich osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami. Konwencja zakłada również zapewnienie osobom niepełnosprawnym możliwość wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, na zasadzie równości z innymi osobami. Ponadto osobom niepełnosprawnym należy zapewnić dostęp do szerokiego zakresu usług wspierających świadczonych w domu lub w placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz do innych usług wspierających, świadczonych w społeczności lokalnej, w tym do pomocy osobistej niezbędnej do życia i włączenia w społeczność oraz zapobiegającej izolacji i segregacji społecznej.

Realizację obowiązków, zawartych w przyjętej konwencji, dookreśla Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który ma na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami

¹⁷ Europejski Komitet Ekonomiczno – Społeczny. (2015). *Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji*.

¹⁸ Grewiński M., Lizut J. (2021). *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej szanse i zagrożenia*. Warszawa: Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.

¹⁹ Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. (2006). *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*. (rezolucja 61/106).

psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Głównymi założeniami powyższego programu jest wprowadzenie regulacji, ułatwiających objęcie kompleksową opieką osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym dotyczących centrów zdrowia psychicznego, zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowania efektywności opieki medycznej. Istotne jest również określenie zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami²⁰.

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2123 ze zm.) zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa.

Prowadzenie działań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego należy do zadań własnych samorządów województw, powiatów i gmin oraz zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, a także ministrów właściwych ze względu na charakter działań określonych w programie.

W działaniach takich mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin.

Ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- 2) zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

W celu realizacji przyjętych zadań jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne podmioty, działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, powinny na terenie swojego działania objąć oparciem społecznym osoby z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną. Oparcie to powinno polegać na podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia, organizowaniu pomocy w środowisku społecznym ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji oraz udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej, a także innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej²¹.

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>.

²¹ Art. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

Ważnym elementem umożliwiającym prawidłowe funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi w środowisku lokalnym, zgodnym z kierunkiem zmian usług społecznych, powinno być zwiększenie wymiaru sprawowania nad nimi opieki przez członków rodziny, sąsiadów, wolontariuszy oraz przedstawicieli niesformalizowanych inicjatyw pomocowych.

Obowiązek wzajemnego szacunku i wspierania się dzieci oraz rodziców wynika z kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (Dz.U. z 2020 r., poz. 1359 ze zm.)²². Stosownie do art. 128 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nałożony został obowiązek dostarczania środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania na krewnych w linii prostej oraz rodzeństwo. W sytuacji, gdy w niedostatku pozostaje osoba, która nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb w zakresie wyżywienia, mieszkania oraz zdrowia, kodeks rodzinny i opiekuńczy nakłada obowiązek alimentacyjny na zstępnych przed wstępnymi, a wstępnym przed rodzeństwem²³.

Jednym z elementów wsparcia rodzin jest opieka wytchnieniowa²⁴, która wpisuje się w główny cel powstałego w dniu 1 stycznia 2019 r. państwowego funduszu celowego pod nazwą Fundusz Solidarnościowy. Celem Funduszu Solidarnościowego jest m.in. wsparcie społeczne osób niepełnosprawnych²⁵. Stała opieka nad osobą, której niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych, prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, oznacza konieczność wsparcia jej w prawie każdej sferze życia codziennego. Członkowie rodzin lub opiekunowie muszą podporządkować swój dzienny rozkład zajęć wykonywaniu czynności związanych z opieką i pomocą, co jest powodem znacznego obciążenia psychofizycznego. Opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który może zostać przeznaczony zarówno na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw.

Opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych mają również możliwość otrzymania świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna²⁶. Po złożeniu stosownego wniosku osoby niepełnosprawne mogą otrzymać dodatkowe wsparcie finansowe w ramach systemu pomocy społecznej w postaci zasiłków celowych i okresowych.

2.3.4. Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi

Deinstytucjonalizacja powinna być rozumiana jako działanie podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług w środowisku. Lokalna polityka społeczna jest realizowana na

²² Art. 87 ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy.

²³ Art.129 ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy.

²⁴ Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.(2021). „Program Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2022. <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1299,program-opieka-wytchnieniowa-edycja-2022>.

²⁵ Art. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787).

²⁶ Art. 17 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2022.0.615).

terenie gminy i powiatu. Zaletami tej formy polityki są m.in. szybkość reakcji na problemy społeczne, trafna diagnoza sytuacji, lepsze możliwości wykorzystania miejscowego potencjału społecznego, a także lepsza kontrola społeczna, sprzyjająca racjonalnemu gospodarowaniu zasobami.

Jednym z podstawowych obowiązków gminy jest zapewnienie usług opiekuńczych, obejmujących pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem²⁷.

Gmina powinna realizować także usługi specjalistyczne w przypadku wystąpienia szczególnych potrzeb, wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Usługi powinny być świadczone przez osoby ze specjalistycznym wykształceniem zawodowym. Szczegółowe regulacje w tym zakresie znajdują się w rozporządzeniu z dnia 22 września 2005 roku Ministra Polityki Społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598 ze zm.).

Kolejnym narzędziem gmin, wspierającym proces deinstytucjonalizacji, jest możliwość tworzenia ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, środowiskowych domów pomocy lub klubów samopomocy. Osoby tam uczęszczające mają możliwość zwiększenia zaradności osobistej oraz samodzielności życiowej, co sprzyja integracji społecznej. W placówkach tych odbywają się indywidualne lub zespołowe treningi samoobsługi i umiejętności społecznych, polegające na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym.

Gminy mają możliwość tworzenia spółdzielni socjalnych, opierających się na zasadzie osobistego świadczenia pracy przez jej członków²⁸. Spółdzielnia socjalna to forma prawna podmiotu, łączącego cechy przedsiębiorstwa oraz organizacji pozarządowej, mająca umożliwić jej członkom, którymi muszą być w 50% osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, powrót do uregulowanego życia społecznego i aktywności na rynku pracy.

Jednym z kolejnych zadań gminy jest tworzenie mieszkań chronionych²⁹. W zależności od celu udzielenia wsparcia mieszkania takie mogą mieć formę mieszkania treningowego lub mieszkania wspieranego. W mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną. Działania te zmierzają do przygotowania osoby, korzystającej z tej formy pomocy, do prowadzenia w przyszłości samodzielnego życia. Natomiast w mieszkaniu chronionym wspieranym zapewnia się osobom z zaburzeniami psychicznymi usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, a także umożliwia się realizację kontaktów społecznych. Celem tych działań

²⁷ Art. 50 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (Dz.U.2021.0.2268).

²⁸ Ustawa z 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U.2020.0.2085).

²⁹ Art. 53 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U.2021.0.2268).

jest utrzymanie lub rozwijanie samodzielności osób objętych wsparciem na poziomie ich psychofizycznych możliwości.

Osobom z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają całodobowej opieki i nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a nie ma możliwości zapewnienia im niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej³⁰. Zakres usług świadczonych przez dom pomocy społecznej oferuje kompleksową realizację potrzeb osób w nim przebywających, poprzez świadczenie usług bytowych, opiekuńczych oraz wspomagających. Szczegółowy zakres realizacji tych usług zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej ma również możliwość świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych dla osób przebywających w środowisku³¹.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają ponadto możliwość skorzystania z usług zdrowotnych, świadczonych przez psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze. Muszą one spełniać kryterium wymogu konieczności sprawowania nad nimi stałej opieki i pielęgnacji, w tym również konieczność leczenia oraz po badaniu skalą Barthel nie mogą przekraczać 40 punktów w skali samodzielności. Sposób i tryb kierowania do tych zakładów szczegółowo określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Pobyt w tych zakładach jest całodobowy i trwa do czasu poprawy stanu zdrowia.

2.3.5. Liczebność i struktura osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa pomorskiego i powiatu wejherowskiego.

Z danych uzyskanych z Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że na dzień 31.12.2021 roku w województwie pomorskim zamieszkiwały 2 346 982 osoby, z czego 51,4% stanowiły kobiety, a 48,6% mężczyźni. Średni wiek mieszkańca województwa wynosił 41 lat. Analogicznie w tym okresie, w powiecie wejherowskim, zamieszkiwało 220 880 osób, z czego 50,6% stanowiły kobiety, a 49,4% mężczyźni. W powiecie wejherowskim średnia wieku była niższa niż w całym województwie i wyniosła średnio 38,4 lat. Zaznaczyć należy, iż powiat wejherowski ma dodatni przyrost naturalny, wynoszący 192. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu 0,87 na 1000 mieszkańców powiatu wejherowskiego. W związku z tym prognozowana liczba mieszkańców powiatu wejherowskiego w 2050 roku wyniesie 265 128 osób, z czego 134 366 osób będzie płci żeńskiej, a 130 762 osoby męskiej.³²

Na podstawie danych statystycznych można stwierdzić, iż w województwie pomorskim w 2020 roku w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi leczyło się ogółem 134 105 osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania.

³⁰ Art. 54 [ustawy o pomocy społecznej](#) z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U.2021.0.2268).

³¹ Art. 55 pkt 3 [ustawy o pomocy społecznej](#) z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U.2021.0.2268).

³² https://www.polskawliczbach.pl/powiat_wejherowski.

Szczegółowy rozkład liczby osób, u których zdiagnozowano poszczególne zaburzenia, jest następujący:

- 1) 20 252 osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi włącznie z zespołami objawowymi,
- 2) 8 893 osoby ze schizofrenią,
- 3) 968 osób z innymi zaburzeniami psychotycznymi (nieschizofrenicznymi),
- 4) 31 532 osoby z zaburzeniami nastroju (afektywnymi),
- 5) 43 639 osób z zaburzeniami nerwicowymi, odżywiania i zespołami behawioralnymi,
- 6) 3 528 osób z zaburzeniami osobowości i zachowania dorosłych,
- 7) 4 548 osób z upośledzeniem umysłowym,
- 8) 7 207 osób z zaburzeniami rozwojowymi,
- 9) 1 049 osób z innymi zaburzeniami.

Usługi świadczone w środowisku na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi obejmują m.in.: poradnie zdrowia psychicznego, które zajmują się poradnictwem i leczeniem w zakresie zdrowia psychicznego. To zazwyczaj pierwsze miejsce kontaktu osoby z problemem natury psychicznej z psychologiem lub lekarzem psychiatrą. Podczas konsultacji wstępnie rozpoznawane jest schorzenie pacjenta i ustalane są ewentualne kroki konieczne do podjęcia, a mające na celu powrót do zdrowia.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą też korzystać z zespołu leczenia środowiskowego. Jest to forma terapii adresowana do pacjentów z diagnozą psychozy, chorobą afektywną, zaburzeniami psychicznymi o podłożu organicznym oraz silnymi zaburzeniami lękowymi, które ze względu na objawy choroby nie są w stanie skorzystać z opieki ambulatoryjnej, a ich stan nie wymaga hospitalizacji.

Kolejną dostępną formą instytucjonalną, w której może odbywać się proces leczenia, jest oddział dzienny szpitala, przeznaczony do kompleksowego diagnozowania, leczenia, terapii i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi fachowej pomocy, wykraczającej poza możliwości poradni zdrowia psychicznego, ale nie potrzebujących całodobowej opieki szpitalnej. Pobyt dzienny na oddziale trwa zazwyczaj 5 godzin przez 5 dni w tygodniu.

Dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy wymagają całodobowego, stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, przeznaczony jest całodobowy psychiatryczny oddział szpitalny. W oddziale takim pacjent ma zapewnioną diagnostykę, leczenie, psychoterapię i rehabilitację.

Na terenie województwa pomorskiego w 2020 roku znajdowało się 5 szpitali psychiatrycznych. Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych w województwie pomorskim wynosiła 1 274, a liczba pacjentów 10 811.

W 2020 roku na terenie województwa pomorskiego usługi świadczyło 162 lekarzy specjalistów psychiatrii.

Z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwie pomorskim

w roku 2020 odnotowano 398 zgonów, w tym 336 mężczyzn i 62 kobiet³³.

Dane statystyczne dla powiatu wejherowskiego, dotyczące m.in. przedstawia tabela zamieszczona poniżej.

Tabela 3 Liczba poradni zdrowia psychicznego, osób korzystających z tych poradni, zespołów leczenia środowiskowego, oddziałów szpitalnych i oddziałów dziennych.

Liczba poradni zdrowia psychicznego w powiecie wejherowskim	4 poradnie: Gniewino, ul. Pomorska 40/1 Reda, ul. Gdańska 72 Rumia, ul. Derdowskiego 23 Wejherowo, ul. Jagalskiego 10
Domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w powiecie wejherowskim	1 (182 mieszkańców)
GMINY WIEJSKIE	
Liczba osób chorujących psychicznie leczących się w poradniach zdrowia psychicznego w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Choczewo: 118 Gmina Gniewino: 331 Gmina Linia: 123 Gmina Luzino: 319 Gmina Łęczyce: 258 Gmina Szemud: 318 Gmina Wejherowo: 451 Razem: 1918 osób
Liczba osób chorujących psychicznie korzystających z usług zespołu leczenia środowiskowego w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Choczewo: - Gmina Gniewino: 1 Gmina Linia: 1 Gmina Luzino: 10 Gmina Łęczyce: 1 Gmina Szemud: 10 Gmina Wejherowo: 14 Razem: 37 osób
Liczba osób chorujących psychicznie leczących się na oddziałach dziennych w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Choczewo: - Gmina Gniewino: 1 Gmina Linia: 3 Gmina Luzino: 9 Gmina Łęczyce: 2 Gmina Szemud: 3 Gmina Wejherowo: 4 Razem: 22 osoby
Liczba osób chorujących psychicznie leczących się na oddziałach szpitalnych w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Choczewo: 11 Gmina Gniewino: 15 Gmina Linia: 11 Gmina Luzino: 35 Gmina Łęczyce: 20 Gmina Szemud: 24 Gmina Wejherowo: 77 Razem: 193

³³Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych.

GMINY MIEJSKIE	
Liczba osób chorujących psychicznie leczących się w poradniach zdrowia psychicznego w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Wejherowo: 1254 Gmina Reda: 641 Gmina Rumia: 1887 Razem: 3782 osoby
Liczba osób chorujących psychicznie korzystających z usług zespołu leczenia środowiskowego w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Wejherowo: 21 Gmina Reda: 22 Gmina Rumia: 178 Razem: 221 osób
Liczba osób chorujących psychicznie leczących się na oddziałach dziennych w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Wejherowo: 17 Gmina Reda: 11 Gmina Rumia: 21 Razem: 49
Liczba osób chorujących psychicznie leczących się na oddziałach szpitalnych w poszczególnych gminach w roku 2020	Gmina Wejherowo: 129 Gmina Reda: 66 Gmina Rumia: 111 Razem: 306
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO W ŁĘBORKU	
Lekarze specjaliści psychiatrii	6 plus 1 lekarz kierujący oddziałem
Oddział psychiatryczny	32 łóżka
Oddział psychogeriatryczny	6 łóżek
Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	6 łóżek
Poradnia zdrowia psychicznego	6 lekarzy psychiatrów
Liczba osób korzystających z poradni zdrowia psychicznego na terenie powiatu łębskiego	2297 osób
Oddział dzienny psychiatryczny	1 lekarz psychiatra
Zespół Leczenia Środowiskowego	1 lekarz psychiatra

Źródło Opracowanie własne na podstawie danych zawartych m.in. w Bazie analiz systemowych i wdrożeniowych³⁴ oraz informacji zawartych na stronie internetowej Centrum Zdrowia Psychicznego w Łęborku³⁵.

Zaznaczyć należy, iż na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego³⁶ powstało Centrum Zdrowia Psychicznego w Łęborku. Głównym celem powstania centrum jest integracja zespołu podmiotów medycznych, w tym lekarzy, pielęgniarek, psychologów, terapeutów, psychologów klinicznych, zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i ambulatoryjnym z udziałem leczenia środowiskowego. Centrum ma spełniać funkcję drogowskazu dla często wykluczonej społecznie

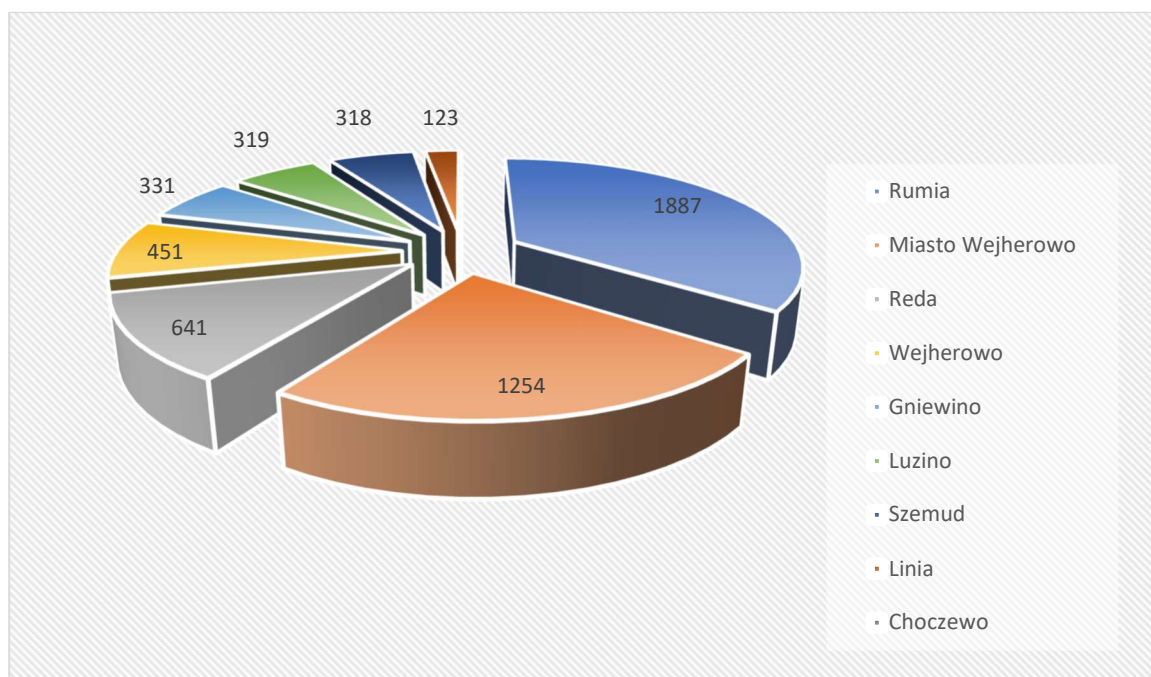
³⁴<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dorosli/>.

³⁵<https://www.czp.szpital-lebork.com.pl/>.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086 i 2364, z 2021 r. poz. 1976, 2012 i 2491 oraz z 2022 r. poz. 955).

grupy ludzi, objętej schorzeniami psychicznymi³⁷.

Wykres 10 Liczba osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego w poszczególnych gminach powiatu wejherowskiego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ankiet wypełnionych przez poszczególne gminy powiatu wejherowskiego.

Z danych zamieszczonych na powyższym wykresie wynika, że łącznie w powiecie wejherowskim w roku 2020 liczba osób z zaburzeniami psychicznymi z poszczególnych gmin, leczących się w poradniach zdrowia psychicznego, wynosi 5700 osób. W tym okresie w szpitalach psychiatrycznych przebywało łącznie 499 mieszkańców z poszczególnych gmin.

2.3.6. Analiza danych dotyczących form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie gmin powiatu wejherowskiego

W celu umożliwienia rozpoznania potrzeb mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi poszczególnych gmin, wchodzących w skład powiatu wejherowskiego, przeprowadzono ankietę, które skierowane zostały do ośrodków pomocy społecznej. Badania przeprowadzono w październiku 2022 roku.

Na ich podstawie ustalono, że w gminie Luzino, liczącej 17 123 mieszkańców, aktualnie 148 osób z zaburzeniami psychicznymi objętych jest pomocą lub wsparciem gminy, w tym 6 osób korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych. Polegają one m.in. na uczeniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, rehabilitacji fizycznej i usprawnianiu zaburzonych funkcji organizmu.

Z dalszej analizy wyżej wspomnianej ankiety wynika, że w celu świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych gmina ta zatrudnia obecnie 6 osób na podstawie umów zleceń. W 2021 roku usługi takie świadczyła firma „LIBERA” S. C. z Wołomina.

³⁷ <https://www.czp.szpital-lebork.com.pl/>.

Brak jest w gminie Luzino pracowników zatrudnionych w celu świadczenia usług opiekuńczych osobom z zaburzeniami psychicznymi. Gmina ta nie posiada również dla takich osób żadnych miejsc w mieszkaniach chronionych lub ośrodkach wsparcia typu środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej i inne.

Ponadto na terenie gminy Luzino nie istnieją stowarzyszenia, fundacje ani inne organizacje, których głównym celem działalności byłoby wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi. Gmina wspomina jednak o dwóch organizacjach, które działają na jej terenie na rzecz osób niepełnosprawnych, tj. Stowarzyszenie Świetlica Integracyjna „Skrzydło Anioła” oraz Towarzystwo Osób Niepełnosprawnych – TON. Dodatkowo informuje również o funkcjonowaniu na jej terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Vademecum”.

Z uzyskanych danych wynika, że 11 mieszkańców gminy Luzino z zaburzeniami psychicznymi przebywa w domach pomocy społecznej odpowiedniego typu i obecnie nikt więcej nie oczekuje na umieszczenie w takim domu.

Gmina ta podaje, że na jej terenie realizowany jest program Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 oraz „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022. W kolejnych latach gmina planuje kontynuowanie powyższych programów.

W zakresie trudności, jakie istnieją na terenie gminy Luzino w realizacji pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi, wskazuje ona na brak ośrodków wsparcia oraz brak dostępu do lekarza psychiatry w ramach NFZ. Twierdzi ponadto, iż brak jest możliwości nawiązania współpracy z podmiotami leczniczymi w zakresie świadczenia usług osobom z zaburzeniami psychicznymi, przy czym deklaruje ze swojej strony chęć podjęcia współpracy w tym zakresie z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, działającymi na terenie powiatu.

Odnosząc się do kosztów poniesionych przez gminę na świadczenie pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w roku 2021, gmina Luzino podaje kwotę w wysokości 445 242,73 zł za pobyt osób umieszczonych w domach pomocy społecznej oraz kwotę w wysokości 81 879 zł za świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Gminą, która podała drugą co do wielkości liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi objętych pomocą lub wsparciem jest gmina miejska Wejherowo, tj. 103 osoby na 48 462 mieszkańców.

Według ankiety 75 osób z terenu tej gminy korzysta z usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym dla dzieci z autyzmem. Usługi te świadczone są przez 39 osób, zatrudnionych przez gminę. Wśród świadczeniodawców usług specjalistycznych gmina podaje firmę JOLEX z siedzibą w Rumi.

Dodatkowo 2 osoby z zaburzeniami psychicznymi korzystają z usług środowiskowego domu samopomocy, a 34 osoby przebywają w domach pomocy społecznej odpowiedniego typu. Na umieszczenie w takiej placówce oczekują 3 osoby.

Na podstawie dostępnych danych należy stwierdzić, że gmina miejska Wejherowo nie posiada miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Na jej terenie nie funkcjonują też kluby samopomocy i inne ośrodki wsparcia.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi z terenu tej gminy mogą korzystać ze wsparcia Wejherowskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Autyzmem oraz Fundacji Uśmiech Dziecka, a także pomocy psychologicznej.

Wśród podmiotów leczniczych, z którymi współpracuje gmina miejska Wejherowo w zakresie świadczenia usług osobom z zaburzeniami psychicznymi, wskazuje ona Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Gdańsku, Centrum Zdrowia Psychicznego w Lęborku oraz Poradnię Zdrowia Psychicznego w Redzie.

Trudnościami, na jakie wskazuje gmina, w zakresie realizacji pomocy oraz wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi jest brak miejsc w domach pomocy społecznej oraz ograniczona liczba przyjęć do środowiskowych domów samopomocy.

W 2021 roku gmina miejska Wejherowo poniosła łączny koszt w wysokości 1 669 993,50 zł na świadczenie usług opiekuńczych.

Kolejną gminą, która wskazała jedną z najwyższych liczb osób z zaburzeniami psychicznymi objętych pomocą lub wsparciem, jest gmina Łęczyce. Jest to liczba 59 osób przypadających na 12 062 mieszkańców gminy.

Łącznie usługami opiekuńczymi na terenie tej gminy objętych jest 6 osób, w tym 4 specjalistycznymi usługami opiekuńczymi, polegającymi m.in. na uczeniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz rehabilitacji fizycznej. Usługi takie świadczą 2 osoby zatrudnione przez gminę, a także podmioty prywatne, w tym Ewa Kowalewska Terapia Mobilna Wejherowo, Gabinet Logopedyczno-Pedagogiczny Supełek w Bożympolu Małym oraz Masażysta Lucyna Kozłowska – Gościcino.

W domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych przebywa 5 osób z gminy Łęczyce, a 1 oczekuje na umieszczenie.

Na terenie tej gminy, zgodnie z danymi z ankiety, nie działają stowarzyszenia, fundacje lub inne organizacje, które wspierają osoby z zaburzeniami psychicznymi. Brak jest też miejsc dla takich osób w mieszkaniach chronionych, środowiskowych domach samopomocy, klubach samopomocy lub innych ośrodkach wsparcia.

Brak miejsc w tego typu ośrodkach gmina Łęczyce uznaje za istotną trudność w realizacji pomocy oraz wsparcia swoim mieszkańcom i w związku z tym planuje w przyszłości utworzenie na swoim terenie środowiskowego domu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Pomimo współpracy gminy z ośrodkiem zdrowia w zakresie świadczenia usług leczniczych takim osobom, za istotną trudność w tym zakresie uznany został przez nią brak lekarza psychiatry na terenie tego ośrodka.

Z uzyskanych danych wynika, że gmina ta nie jest zainteresowana podjęciem współpracy w zakresie świadczonych usług i wsparcia udzielanego osobom z zaburzeniami psychicznymi z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej z terenu powiatu.

Wśród oferowanych form pomocy gmina podaje również możliwość korzystania przez osoby z zaburzeniami psychicznymi z zasiłków stałych, celowych oraz świadczeń pieniężnych na zakup posiłków lub żywności.

Łączny koszt świadczonej pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w roku 2021 przez gminę Łęczyce stanowi kwotę 676 450,59 złotych.

W gminie Szemud na 19 053 mieszkańców 39 osób z zaburzeniami psychicznymi objętych jest wsparciem i pomocą.

Gmina podaje, iż aktualnie ze specjalistycznych usług opiekuńczych korzystają 2 takie osoby. Usługi takie realizowane są przez Ewę Kowalewską – Terapia Mobilna Wejherowo.

Dodatkowo 3 osoby z zaburzeniami psychicznymi z terenu gminy uzyskały miejsca w domu pomocy społecznej.

Osoby takie na terenie gminy Szemud mogą uzyskać pomoc finansową, a także skorzystać z porady psychologicznej w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Szemudzie.

Z danych zawartych w ankiecie wynika, iż na terenie gminy nie działają żadne stowarzyszenia lub inne organizacje samopomocowe. Obecnie mieszkańcy tej gminy nie mają możliwości uzyskania pomocy w formie miejsca w mieszkaniu chronionym, warsztatach terapii, klubie samopomocy lub środowiskowym domu samopomocy. Fakt ten gmina postrzega jako istotną trudność w realizacji pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Zamiarem gminy jest objęcie wsparciem większej liczby takich osób, między innymi, poprzez podjęcie współpracy ze środowiskowym domem samopomocy, działającym na terenie powiatu.

Gmina podaje, że nie współpracuje z podmiotami leczniczymi świadczącymi usługi osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Jako główne koszty świadczonej pomocy tym osobom w 2021 roku gmina Szemud wskazuje: zasiłki celowe – 14 183,99 zł, zapewnienie schronienia – 34 594,39 zł, opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej – 128 934,31 zł oraz usługi opiekuńcze – 17 790,61 zł.

Z danych uzyskanych z ankiet wynika, że w gminie Choczewo, liczącej 5 392 mieszkańców, 8 osób z zaburzeniami psychicznymi jest objętych pomocą lub wsparciem gminy.

Aktualnie gmina nie zatrudnia pracowników w celu świadczenia usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych i nie ma osób z zaburzeniami psychicznymi, które korzystałyby na terenie gminy z tego rodzaju usług.

Gmina Choczewo nie posiada miejsc zarówno w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i w ośrodkach wsparcia dla takich osób. Na jej terenie nie działają w tym obszarze żadne stowarzyszenia, fundacje lub inne organizacje.

Gmina podaje, że 2 osoby z jej terenu przebywają aktualnie w domach pomocy społecznej odpowiedniego typu, a 1 osoba oczekuje na umieszczenie w takiej placówce.

Z informacji uzyskanych na podstawie ankiety wynika, że osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą uzyskać na terenie gminy pomoc i wsparcie w postaci pracy socjalnej.

Za najistotniejsze trudności w realizacji pomocy i wsparcia takim osobom gmina Choczewo uznaje brak miejsc na oddziałach psychiatrycznych, brak lekarzy psychiatrów oraz brak osób chcących świadczyć usługi specjalistyczne na terenach wiejskich.

Gmina jest zainteresowana podjęciem wszelkiej możliwej współpracy w zakresie świadczonych usług i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.

Gmina Choczewo nie określiła w ankiecie rodzajów i wysokości kosztów, jakie poniosła na świadczenie pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w roku 2021.

Z danych otrzymanych od gminy Linia, liczącej 6 496 mieszkańców, wynika, że 5 osób z zaburzeniami psychicznymi z jej terenu jest aktualnie objętych pomocą i wsparciem.

Żadnej z tych osób gmina nie świadczy usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych. Gmina nie zatrudnia osób w celu realizacji wyżej wymienionych usług.

Na terenie gminy Linia nie ma miejsc w mieszkaniach chronionych oraz w jakichkolwiek ośrodkach wsparcia przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie działają tu również żadne stowarzyszenia, fundacje lub inne organizacje, wspierające takie osoby.

W domu pomocy społecznej przebywa obecnie 1 osoba z zaburzeniami psychicznymi z terenu gminy. Nikt więcej nie oczekuje na umieszczenie w tego rodzaju placówce.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi na terenie gminy Linia mogą skorzystać z pomocy pracowników socjalnych oraz bezpłatnej porady psychologa.

W zakresie świadczenia usług takim osobom gmina współpracuje z Ośrodkiem Leczenia Uzależnień w Smażynie.

Z danych uzyskanych z ankiety wynika, że gmina Linia za najistotniejszą trudność w realizacji pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi uznaje likwidację poradni zdrowia psychicznego w Wejherowie. Obecnie najbliższa taka poradnia znajduje się w Rumi, do której mieszkańcy z terenu tej gminy mają utrudniony dojazd, co spowodowało ich rezygnację z leczenia.

Jako koszty poniesione przez gminę na świadczenie pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w roku 2021 gmina ta wskazała sumę 45 000 zł, tytułem opłat za pobyt 1 osoby w domu pomocy społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych.

Dane, uzyskane z gminy Gniewino, liczącej 7 439 osób, nie pozwalają określić aktualnej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi objętych pomocą lub wsparciem tej gminy.

Obecnie gmina nie zatrudnia pracowników w celu świadczenia usług opiekuńczych osobom z zaburzeniami psychicznymi i nie ma na jej terenie osób, które z takich usług by korzystały. Gmina Gniewino podaje, że na jej terenie specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone są przez podmiot prywatny Ewa Kowalewska, nie wskazuje jednak liczby osób, które są nimi objęte.

Gmina Gniewino nie udzieliła również informacji odnośnie do liczby posiadanych miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Podaje natomiast, że nie posiada dla takich osób miejsc w jakichkolwiek ośrodkach wsparcia oraz że na jej terenie nie działają żadne stowarzyszenia, fundacje lub inne organizacje, które zajmują się wspieraniem osób z zaburzeniami psychicznymi.

Z danych uzyskanych na podstawie ankiety wynika ponadto, że obecnie 8 osób z terenu tej gminy przebywa w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz że aktualnie nikt nie oczekuje na umieszczenie w placówce tego typu.

Gmina Gniewino wskazuje, że w zakresie świadczenia usług osobom z zaburzeniami psychicznymi współpracuje z ośrodkiem zdrowia, znajdującym się w Gniewinie i podaje, że mieszkańcy gminy mogą skorzystać z porady lekarza psychiatry w ramach działalności tego ośrodka.

Gmina Gniewino twierdzi, że nie ma trudności w realizacji pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz że nie jest zainteresowana podjęciem współpracy w tym zakresie z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, działającymi na terenie powiatu wejherowskiego.

W wypełnionej ankiecie, przedłożonej przez gminę Gniewino, brak jest danych co do działań, jakie planuje ona podjąć w celu poszerzenia lub dostosowania oferty świadczonych usług do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

Gmina ta nie odniosła się również do rodzaju i wysokości kosztów, jakie poniosła w 2021 roku na świadczenie tego typu usług.

Kolejną gminą, która nie posiada danych na temat aktualnej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi objętych jej pomocą lub wsparciem, jest gmina miejska Reda, licząca 27 014 mieszkańców.

Z terenu tej gminy 10 osób uzyskało miejsce w domu pomocy społecznej, który przeznaczony jest dla osób przewlekle psychicznie chorych, a 1 osoba oczekuje na umieszczenie w tego rodzaju placówce.

Gmina Reda nie zatrudnia pracowników w celu świadczenia usług opiekuńczych osobom z zaburzeniami psychicznymi i nie ma na jej terenie osób, którym takie usługi byłyby świadczone. Natomiast odnośnie do specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych takim osobom na terenie tej gminy aktualna liczba zatrudnionych przez nią osób wynosi 2. Obecnie jest 9 świadczeniobiorców tego typu usług, które, jak podaje gmina, polegają na rehabilitacji i usprawnianiu zaburzonych funkcji organizmu.

Wśród rodzajów pomocy i wsparcia, jakie mogą uzyskać na terenie gminy osoby z zaburzeniami psychicznymi, gmina Reda wymienia specjalistyczne usługi opiekuńcze, skierowania do domów pomocy społecznej oraz informowanie o dostępności do warsztatów terapii zajęciowej lub środowiskowych domów samopomocy.

Gmina nie posiada żadnych miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi ani w ośrodkach wsparcia typu środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej i inne.

Ponadto na terenie gminy Reda nie istnieją stowarzyszenia, fundacje ani inne organizacje, których głównym celem działalności byłoby wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi.

Brak takich organizacji, brak terapeutów oraz domu pomocy społecznej na swoim terenie gmina Reda określa jako istotne trudności w realizacji pomocy oraz wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi.

W zakresie realizacji takiej pomocy gmina ta współpracuje z Poradnią Zdrowia Psychicznego, Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Łęborku i zamierza kontynuować ją w przyszłości. W ocenie gminy współpraca ta jest jednakże niewystarczająca.

Jako główne koszty świadczonej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w roku 2021 gmina Reda wskazuje kwotę 416 690,06 zł, wnoszoną tytułem opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej oraz kwotę 199 458,74 zł, stanowiącą opłatę za świadczone jej mieszkańcom specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Gmina Rumia, licząca ogółem 49 936 mieszkańców, nie podała aktualnej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi objętych jej pomocą lub wsparciem.

Z danych uzyskanych z ankiety wynika, że gmina ta nie zatrudnia pracowników w celu świadczenia usług opiekuńczych osobom z zaburzeniami psychicznymi. Na jej terenie 1 taka osoba korzysta z tego rodzaju usług. Odnośnie do specjalistycznych usług opiekuńczych obecnie korzysta z nich 41 osób, a gmina zatrudnia 4 osoby do ich świadczenia. Wśród tych usług, które w latach 2021-2022 były świadczone na terenie gminy Rumia, wymienia ona uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia oraz zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych.

Obecnie 13 osób z zaburzeniami psychicznymi z terenu tej gminy przebywa w domach pomocy społecznej odpowiedniego typu, a kolejne 2 osoby oczekują na umieszczenie w tego rodzaju placówkach.

Na terenie gminy Rumia brak jest miejsc w mieszkaniach chronionych przeznaczonych dla takich osób. Gmina nie posiada też dla nich miejsc w ośrodkach wsparcia typu środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, czy też warsztaty terapii zajęciowej.

Na terenie tej gminy działają natomiast organizacje, które wspierają osoby z zaburzeniami psychicznymi i są to Centrum Pomocowe im. Św. Siostry Faustyny Caritas w Rumi, Fundacja Dla Was oraz Stowarzyszenie „Pomóż Sąsiadowi”.

Gmina Rumia ma również w planach wybudowanie środowiskowego domu samopomocy, na który to cel został już złożony stosowny wniosek.

Aktualnie osoba z zaburzeniami psychicznymi może uzyskać na terenie gminy pomoc opiekuna medycznego, asystenturę oraz opiekę wytchnieniową.

Gmina Rumia bierze też udział w projekcie unijnym „Wspieramy ich codzienność”.

Z danych uzyskanych z ankiety wynika, że gmina ta jest zainteresowana podjęciem współpracy w zakresie świadczonych usług i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, działającymi na terenie powiatu.

W chwili obecnej gmina Rumia współpracuje w tym zakresie z Przychodnią NZOZ Nr 1 w Rumi. Twierdzi jednak, że ta współpraca jest niewystarczająca.

Jako występujące trudności w realizacji pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi gmina ta wymienia słaby dostęp do lekarza psychiatry oraz długie terminy oczekiwania na wizytę.

Spośród kosztów, jakie poniosła gmina na świadczenie pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w 2021 roku, gmina Rumia wymienia jedynie usługi opiekuńcze jako zadania zlecone, bez podania wysokości wydatkowanej na nie kwoty.

Ostatnią gminą, która została objęta badaniem, jest gmina Wejherowo, licząca 27 900 mieszkańców.

Gmina ta nie dysponuje danymi odnośnie do aktualnej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi objętych jej pomocą lub wsparciem.

Z uzyskanych od gminy danych wynika, że nie zatrudnia ona pracowników w celu świadczenia usług opiekuńczych oraz nie ma w niej osób, które korzystałyby z tego rodzaju usług.

Gmina ta nie zatrudnia też pracowników w celu świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych, natomiast 9 osób z terenu gminy korzysta z tego rodzaju usług. Są one realizowane przez firmę zewnętrzną i adresowane m.in. do dzieci z autyzmem.

Na terenie gminy Wejherowo nie ma miejsc dla osób z zaburzeniami psychicznymi w mieszkaniach chronionych ani w ośrodkach wsparcia typu środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, czy też warsztaty terapii zajęciowej.

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w ankiecie gmina Wejherowo nie posiada danych, dotyczących stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji, które działałyby na jej terenie.

Na chwilę obecną 1 mieszkaniec tej gminy przebywa w domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, a także 1 osoba z zaburzeniami psychicznymi oczekuje na umieszczenie w takiej placówce.

Jako główne trudności, na które gmina napotyka w trakcie realizacji pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi, wymienia ona brak instytucji pomocowych dedykowanych takim osobom. W związku z tym gmina ta byłaby zainteresowana podjęciem takiej współpracy z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, działającymi na terenie powiatu.

Aktualnie gmina Wejherowo współpracuje ze Szpitalem Psychiatrycznym w Łęborku w zakresie świadczenia usług osobom z zaburzeniami psychicznymi i osobom uzależnionym.

Gmina ta nie posiada danych w zakresie ponoszonych kosztów na świadczenie pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi w 2021 roku.

Tabela 4 Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych pomocą lub wsparciem gminy, w tym korzystających z usług opiekuńczych, a także liczby pracowników świadczących takie usługi.

Gmina	Liczba osób z zab. psych. objętych pomocą/ wsparciem gminy	Liczba osób z zab. psych. Korzystających z usług opiekuńczych	Liczba osób zatrudnionych przez gminę w celu świadczenia usług opiekuńczych	Liczba osób z zab. psych. korzystających ze spec. usług opiekuńczych	Liczba osób zatrudnionych przez gminę w celu świadczenia spec. usług opiekuńczych
Luzino	148	0	0	6	6
Miasto Wejherowo	103	75	39	75	39
Łęczyce	59	2	0	4	2
Szemud	39	0	0	2	0
Choczewo	8	0	0	0	0
Linia	5	0	0	0	0
Wejherowo	Brak danych	0	0	9	0
Gniewino	Brak danych	0	0	Brak danych	Brak danych
Reda	Brak danych	0	0	9	2
Rumia	Brak danych	1	0	41	4
Razem	362	78	39	146	53

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ankiet wypełnionych przez poszczególne gminy powiatu wejherowskiego.

Z powyższego zestawienia wynika, że cztery gminy powiatu wejherowskiego nie mają rozeznania co do liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, które zamieszkują na ich terenie i są objęte pomocą. Natomiast pozostałe sześć gmin łącznie obejmuje pomocą 362 takie osoby. Na terenie powiatu wejherowskiego łącznie 146 osób objętych jest w poszczególnych gminach specjalistycznymi usługami opiekuńczymi, w celu świadczenia których zatrudnia się łącznie 53 pracowników.

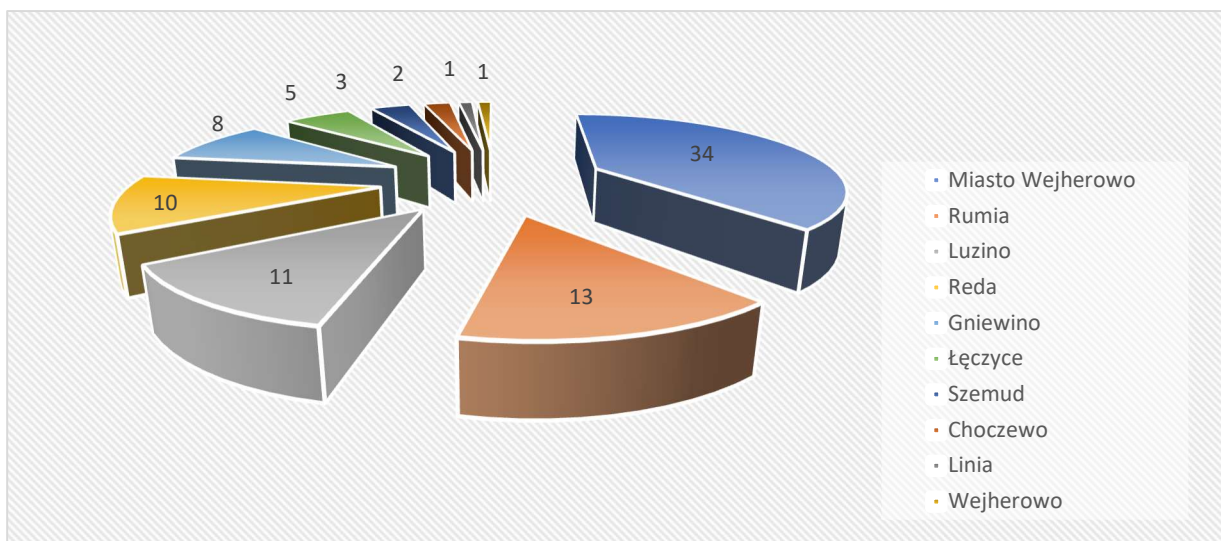
Tabela 5 Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi, które uzyskały pomoc w formie skierowania lub umieszczenia w domu pomocy społecznej właściwego typu, a także liczbę miejsc dla takich osób posiadanych przez gminę w mieszkaniach chronionych oraz w innych ośrodkach.

Gmina	Liczba osób z zab. psych. z terenu gminy przebywających w domach pomocy społecznej	Liczba osób z zab. psych. z terenu gminy oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej	Liczba posiadanych miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób z zab. psych.	Liczba posiadanych miejsc w ośrodkach wsparcia dla osób z zab. psych.
Miasto Wejherowo	34	3	0	2
Rumia	13	2	0	0
Luzino	11	0	0	0
Reda	10	1	0	0

Gniewino	8	0	Brak danych	0
Łęczyce	5	1	0	0
Szemud	3	0	0	0
Choczewo	2	1	0	0
Linia	1	Brak danych	0	0
Wejherowo	1	1	0	0
Razem	88	9	0	2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ankiet wypełnionych przez poszczególne gminy powiatu wejherowskiego.

Wykres 11 Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w domach pomocy społecznej.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z ankiet wypełnionych przez poszczególne gminy powiatu wejherowskiego.

2.3.7. Ponadgminne ośrodki wsparcia przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Na terenie powiatu wejherowskiego funkcjonuje Środowiskowy Dom Samopomocy w Wejherowie. Jednostka ta jest prowadzona na zlecenie powiatu wejherowskiego przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Przystanek”. Środowiskowy Dom Samopomocy w Wejherowie przeznaczony jest dla 15 osób przewlekłe psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo. Mogą one podczas zajęć korzystać z usług terapeutycznych i opiekuńczych.

Celem umożliwienia szerszego dostępu do usług specjalistycznych planowane jest zwiększenie liczby miejsc w Środowiskowym Domu Samopomocy w Wejherowie z 15 do 50. Nowo powstająca placówka przy ulicy Ofiar Piaśnicy w Wejherowie przeznaczona będzie dla trzech kategorii pełnoletnich osób z zaburzeniami psychicznymi: dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (15 osób), dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych (5 osób) oraz dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi (35 osób). Zgodnie z projektem w budynku znajdować się

będzie m.in. osiem wielofunkcyjnych pracowni do prowadzenia działalności wspierającej, aktywizującej i rehabilitacyjnej, pomieszczenia do indywidualnego poradnictwa psychologicznego, socjalnego, pedagogicznego i logopedycznego, pokój wyciszenia, pracownia kulinarna, sala aktywizacji ruchowej oraz dwa dwuosobowe pokoje całodobowego pobytu z aneksem kuchennym i węzłem sanitarnym.

W celu realizacji założonych zadań statutowych zostaną w tej placówce zatrudnieni specjaliści, w tym psycholodzy, pedagodzy, oligofrenopedagodzy, instruktorzy terapii zajęciowej, terapeuci, fizjoterapeuci oraz asystenci osobiści osób niepełnosprawnych. Powstający wysoko wystandaryzowany ośrodek wsparcia dziennego wpisuje się w deinstytucjonalizację usług społecznych powiatu, przyczyniając się do zaspokojenia potrzeb społecznych i rozwojowych osób z zaburzeniami psychicznymi.

Kolejną instytucją, świadczącą usługi osobom z zaburzeniami psychicznymi na terenie powiatu wejherowskiego, jest Dom Pomocy Społecznej w Strzebielinku. Jest to jednostka organizacyjna pomocy społecznej, przeznaczona dla 182 osób dorosłych przewlekłe psychicznie chorych. Obecnie przebywa w niej 26 kobiet i 156 mężczyzn.

Placówka ta świadczy całodobowe usługi bytowe, opiekuńcze oraz wspomagające, zgodnie z obowiązującym standardem, określonym w ustawie o pomocy społecznej oraz stosownych aktach wykonawczych.

Struktura organizacyjna placówki zakłada funkcjonowanie czterech pawilonów mieszkalnych, pozbawionych barier architektonicznych, stanowiących działy opiekuńcze. W obrębie każdego z działów funkcjonuje 7 – 8 kompleksowo wyposażonych mieszkań, składających się z dwóch sypialni, pokoju dziennego pobytu, aneksu kuchennego wraz z jadalnią oraz łazienką. Struktura i rozkład pomieszczeń w tych mieszkaniach mają charakter umożliwiający realizację celów terapeutycznych i treningu umiejętności społecznych, podejmowanych przez personel domu w ramach rehabilitacji społecznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi, przebywającymi w placówce.

Ze wszystkimi mieszkańcami domu codziennie prowadzone są zajęcia z zakresu rehabilitacji społecznej, zgodnie ze stosownym rozporządzeniem z dnia 14 stycznia 2014 roku, mające na celu poprawę ich funkcjonowania społecznego, a w szczególności wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych oraz promowanie zdrowia psychicznego przez aktywizację fizyczną.

Jednym z celów pracy terapeutycznej z mieszkańcami jest umożliwienie im powrotu do środowiska. Osoby, których stan psychofizyczny, umożliwia podjęcie działań zmierzających do usamodzielnienia, wymagają ukierunkowanych i zintensyfikowanych oddziaływań terapeutycznych, uwzględniających m.in. psychoedukację, rozwój umiejętności społecznych i emocjonalnych, wsparcie w zakresie regularnego przyjmowania leków oraz konsultacji lekarskich.

W Domu Pomocy Społecznej w Strzebielinku zatrudnionych jest 124 pracowników. Z uwagi na zadania statutowe placówki najliczniejszą grupę stanowią opiekunowie. W codziennej pracy wspierani są oni przez pracowników, zatrudnionych w dziale terapeutyczno-rehabilitacyjnym, w tym m.in. 5 psychologów, pedagoga, 5 terapeutów oraz 3 pracowników socjalnych.

W wymiarze deinstytucjonalizacji usług społecznych zaznaczyć należy, iż wizją rozwojową domu jest zwiększenie integracji ze środowiskiem lokalnym, a przez to wpłynięcie na zmniejszenie wykluczenia osób chorych psychicznie oraz podniesienie ich samooceny. Obecnie obserwowany kierunek zmian w zakresie postrzegania osób niepełnosprawnych zwiększa ich szansę na powrót do środowiska.

Kolejnym zasobem powiatu wejherowskiego w kontekście deinstytucjonalizacji jest możliwość uzyskania wsparcia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi w formie konsultacji psychologicznych, z których można skorzystać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie. Są one realizowane przez 4 psychologów na terenie placówki oraz wyjazdowo, w przeciągu pięciu dni w tygodniu.

2.3.8. Niepełnosprawność intelektualna dzieci i młodzieży

Literatura przedmiotu niepełnosprawność intelektualną definiuje jako zaburzenie rozwojowe, które objawia się znacznym obniżeniem funkcji intelektualnych, w tym zachowań adaptacyjnych, w szczególności niezależności i odpowiedzialności, a także osiągnięcia samodzielności w życiu, w szkole i społeczności. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają problemy rozwojowe w sferze percepcyjnej i poznawczej, co jest przyczyną wolniejszego tempa uczenia się i opanowania różnorodnych sprawności społecznych i poznawczych.

Osobom z niepełnosprawnością intelektualną można pomóc m.in. poprzez wdrożenie odpowiedniej terapii, warsztatów oraz edukacji w specjalnej placówce, przeznaczonej do nauczania osób niepełnosprawnych. Tego typu jednostki dostosowują program nauczania do możliwości intelektualnych uczniów.

Na terenie Powiatu Wejherowskiego działa Powiatowy Zespół Kształcenia Specjalnego w Wejherowie przy ul. Sobieskiego 279. Warunkiem przyjęcia do szkoły jest posiadanie orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej wystawionego przez odpowiednie zespoły orzekające.

W skład Powiatowego Zespołu Kształcenia Specjalnego wchodzi:

1. Szkoła Podstawowa nr 7 Specjalna w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279, przeznaczona dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.
2. Szkoła Specjalna Przysposabiająca do Pracy nr 1 w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279, zapewnia edukację młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie lub niepełnosprawnościami

sprzężonymi. Celem zajęć jest przygotowanie do samodzielnego funkcjonowania w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym w warunkach pracy chronionej.

3. Branżowa Szkoła I Stopnia nr 5 Specjalna w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279, dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, która kształci w zawodach: kucharz, murarz-tylnik, pracownik pomocniczy obsługi hotelowej.
4. Przedszkole Specjalne w Wejherowie, ul. Sobieskiego 277, dla dzieci z niepełnosprawnością ruchową, intelektualną, niedowidzących, niedosłyszących, autyzmem i niepełnosprawnościami sprzężonymi.
5. Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy w Rumi, ul. Sabata 12, przeznaczony dla dzieci i młodzieży w wieku od 3 do 25 lat z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, a także dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie z niepełnosprawnością sprzężoną, realizujących obowiązek nauki do 24 roku życia.

Tabela 6 Liczba uczniów korzystających z PZKS Wejherowo w roku szkolnym 2021-2022.

Nazwa szkoły/placówki	Liczba uczniów ogółem
Szkoła Podstawowa nr 7 Specjalna w Wejherowie	248 (w tym: 91 z niepełnosprawnością sprzężoną, 92 z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, 56 z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym, 4 z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, 5 zagrożonych niedostosowaniem społecznym)
Szkoła Specjalna Przystosowująca do Pracy nr 1 w Wejherowie	83 (w tym: 41 z niepełnosprawnością sprzężoną, 40 z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym, 1 z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, 1 zagrożony niedostosowaniem społecznym)
Branżowa Szkoła I Stopnia nr 5 Specjalna w Wejherowie	87 (w tym: 18 z niepełnosprawnością sprzężoną, 69 z niepełnosprawnością w stopniu lekkim)
Przedszkole Specjalne w Wejherowie	39 (w tym: 12 z niepełnosprawnością sprzężoną, 4 z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym, 2 słabowidzące, 3 z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją, 18 z autyzmem)
Ośrodek-Rewalidacyjno-Wychowawczy w Rumi	49 (w tym: 22 z niepełnosprawnością sprzężoną, 27 z niepełnosprawnością w stopniu głębokim)
Razem:	506

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z PZKS Wejherowo

Ponadto na terenie powiatu działa Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a' Paulo w Wejherowie przy ul. św. Jacka 14. Zapewnia 32 dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej dostęp do edukacji, terapii zajęciowej i aktywizacji, udziału w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, naukę i wychowanie poprzez doświadczenia życiowe w tym prowadzenie rehabilitacji społecznej oraz indywidualnych planów wsparcia dostosowanych do potrzeb każdego podopiecznego.

2.3.9. Zasoby i placówki wspierające osoby niepełnosprawne i starsze funkcjonujące na terenie Powiatu

Obecnie na terenie powiatu wejherowskiego funkcjonują ośrodki wsparcia prowadzone przez Powiat, gminy oraz organizacje pozarządowe:

1. Powiatowe ośrodki wsparcia dziennego i całodobowego:

-  3 domy pomocy społecznej,
-  4 warsztaty terapii zajęciowej,
-  1 środowiskowy dom samopomocy

2. Gminne ośrodki wsparcia

1) Miasto Wejherowo:

-  Klub Integracji Społecznej – 137 osób korzystających
-  Wejherowski Uniwersytet Trzeciego Wieku – 200 osób
-  Klub seniora – 15 osób

2) Miasto Rumia:

-  Centrum Integracji Społecznej – 38 osób
-  Klub Integracji Społecznej – 28 osób
-  Rumski Uniwersytet Trzeciego Wieku – ok. 200 osób
-  Klub seniora przy Caritas – 30 osób

3) Miasto Reda:

-  Klub seniora – 15 osób

4) Gmina Linia:

-  Dom dziennego pobytu dla 16 osób
-  Klub seniora – 15 osób

W perspektywie najbliższych 3 lat w gminach Powiatu Wejherowskiego planowane jest utworzenie placówek wsparcia dziennego, przy wykorzystaniu dofinansowania z programów m.in. Senior+³⁸, Za Życiem³⁹, Funduszu Solidarnościowego⁴⁰, Aktywni+⁴¹ w:

-  Środowiskowy dom samopomocy w Wejherowie dla 50 uczestników – Powiat Wejherowski, (2023 r),
-  Dom dla samotnych matek i kobiet w ciąży – Powiat Wejherowski (do 2025r.)

³⁸ Senior+ - Program na lata 2021-2025 dla jednostek samorządu terytorialnego na utworzenie DDP, Klubu Seniora.

³⁹ Za Życiem – Program wspierający rozwój sieci Środowiskowych Domów Samopomocy

⁴⁰ Fundusz Solidarnościowy – wspiera zatrudnianie asystentów osób niepełnosprawnych, rozwój opieki wytchnieniowej i centrów opiekuńczo-mieszkalnych

⁴¹ Aktywni+ - program na rzecz Osób Starszych na lata 2021-2025 dla organizacji pozarządowych.

- ✚ Klub Senior+ - miasto Rumia (2023 r.),
- ✚ 2 mieszkania chronione - miasto Rumia (2023 r.),
- ✚ Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne na 15 miejsc pobytu dziennego i 8 całodobowych – miasto Rumia (2023r.),
- ✚ Środowiskowy Dom Samopomocy dla 25 uczestników – miasto Rumia (2023 r.).
- ✚ Dzienny Dom Pobytu – g. Wejherowo (w perspektywie 2 lat),
- ✚ WTZ – g. Choczewo (w perspektywie 3lat),
- ✚ Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne dla osób niepełnosprawnych – g. Łęczyce,
- ✚ Centrum Rehabilitacji dla seniorów przy Ośrodku Rewalidacyjno-Edukacyjno-Wychowawczym dla dzieci niepełnosprawnych w Kielnie – g. Szemud

Z ankiet otrzymanych z ośrodków pomocy społecznej wynika, że żadna z gmin nie posiada obecnie w swoim zasobie mieszkań chronionych dla osób niepełnosprawnych, starszych, czy też wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych i rodzin zastępczych. Jedynie miasto Rumia planuje w najbliższej przyszłości utworzenie dwóch mieszkań chronionych.

Na terenie powiatu funkcjonuje 23 całodobowe niepubliczne domy pomocy społecznej dla 972 osób.

2.3.10. Proponowane kierunki działań w procesie deinstytucjonalizacji usług dla osób z niepełnosprawnościami i seniorów:

1. Wsparcie rodzin, w których funkcjonują osoby niepełnosprawne, aby pozostawały w swoim środowisku zamieszkania jak najdłużej. Podstawą jest rodzina, która zostanie objęta szeregiem usług wspierających.
2. Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnościami. Zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego (np. opieka, pomoc w czynnościach dnia codziennego, usługi podtrzymujące zdrowie, ochrona przed przemocą i nadużyciami), socjalnego (świadczenia zapewniające jakość życia) i społecznego (udział w życiu społecznym). Kluczowe jest jak najdłuższe utrzymanie aktywności i autonomii osób z niepełnosprawnościami oraz wzmacnianie nieformalnych więzi społecznych, które samoistnie stworzą sieci wsparcia i zastępowanie ich wsparciem formalnym, gdy zachodzi taka potrzeba.
3. Kształtowanie środowiska zamieszkania w taki sposób, aby było przyjazne dla osób z niepełnosprawnościami.
4. Zminimalizowanie opieki całodobowej, jedynie do sytuacji związanych z niezbędną koniecznością oraz brakiem alternatywnych form opieki.

Proces deinstytucjonalizacji nie eliminuje instytucji opieki stacjonarnej, jedynie może zmieniać ich profil, natężenie, zakres usług, czy też rozwijać działalność dostosowaną do potencjalnych potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych.

Sprawnie zorganizowany system deinstytucjonalizacji spowoduje przeniesienie ciężaru realizacji usług na poziom usług świadczonych w miejscu zamieszkania. Kluczową kwestią będzie

utworzenie jednego spójnego wewnętrznie i skoordynowanego systemu opieki długoterminowej. Wymaga to również wprowadzenia prawnych zmian w systemie finansowania usług.

Deinstytucjonalizacja nie oznacza likwidacji form instytucjonalnych, a raczej promuje rozwój form dziennych, środowiskowych i półstacjonarnych, których obecnie w środowisku lokalnym brakuje. Proces deinstytucjonalizacji powinien wejść w głąb instytucji opieki stacjonarnej, czyniąc je kameralnymi, respektującymi autonomię i sprzyjającymi kontaktom z otoczeniem społecznym. Proces deinstytucjonalizacji jest procesem długotrwałym i musi być prowadzony w sposób precyzyjnie zaplanowany, skoordynowany i niezwykle przemyślany, tak aby żadna osoba z niepełnosprawnością nie pozostała bez wsparcia, a jednocześnie udało się wykorzystać zasoby pracowników oraz personelu zarządzającego opieką instytucjonalną.

W ramach deinstytucjonalizacji usług na rzecz osób z niepełnosprawnościami rekomenduje się dążenie do większego wykorzystania „alternatywnych” wobec DPS-ów form opieki, np. mieszkania chronione, ośrodki wsparcia dziennego, rodzinne domy pomocy, których upowszechnienie niesie wiele korzyści społecznych i ekonomicznych⁴².

Wprowadzenie we wszystkich gminach Powiatu Wejherowskiego rozwiązań w ramach deinstytucjonalizacji usług na rzecz osób starszych i osób z niepełnosprawnościami gwarantuje tym osobom uzyskanie szerszego wsparcia na poziomie społeczności lokalnych, podniesienie jakości ich życia, rozwój usług społecznych oraz w uzasadnionych sytuacjach opiekę długoterminową, stacjonarną w profesjonalnych instytucjach całodobowych.

III. WSPIERANIE RODZINY

3.1. Wspieranie rodziny

Wspieranie rodziny przeżywającej trudności w sprawowaniu opieki nad dziećmi i ich wychowaniu to system zaplanowanych działań, które mają pomóc przywrócić takim rodzinom zdolności do pełnienia funkcji opiekuńczo – wychowawczych. Działania te wspomagają rodziców, mających problemy w wypełnianiu obowiązków rodzicielskich, w taki sposób, aby zapobiec doprowadzeniu do sytuacji, w której dziecko, zostałoby umieszczone w pieczy zastępczej.

Obowiązki gminy w zakresie wsparcia rodziny zostały wskazane w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, któremu poświęcono osobny rozdział. Niezwykle istotnym zadaniem gminy jest praca z rodziną. Gmina może zlecić realizację tego zadania ośrodkowi pomocy społecznej. We wszystkich dziesięciu gminach Powiatu Wejherowskiego podmiotami odpowiedzialnymi za organizację i prowadzenie pracy z rodziną są miejskie lub gminne ośrodki pomocy społecznej.

W celu dokonania analizy sytuacji rodzin przejawiających trudności w wypełnianiu funkcji

⁴² Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia, Redakcja naukowa: Mirosław Grewiński, Joanna Lizut, Warszawa 2021, s. 108

opiekuńczo – wychowawczych przeprowadzono ankiety za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej.

Tabela 7 Liczba rodzin mających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych z podziałem na gminy, wg stanu na 31.12.2021r.

Gmina	Liczba rodzin objętych wsparciem OPS	Liczba rodzin w OPS ze zdiagnozowanymi problemami opiekuńczo – wychowawczymi
miasto Wejherowo	962	243
Rumia	821	84
Reda	344	32
gmina Wejherowo	223	33
Szemud	438	37
Luzino	209	13
Łęczyce	213	12
Gniewino	256	20
Linia	213	14
Choczewo	312	2

Źródło: ośrodki pomocy społecznej, opracowanie własne

Jak wskazano w ankietach, ośrodki pomocy społecznej identyfikują rodziny przejawiające trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych poprzez uzyskiwanie informacji od:

-  środowiska szkolnego – wychowawców, pedagogów psychologów;
-  pracownika socjalnego;
-  przedstawicieli Policji;
-  szpitali lub przedstawicieli służby zdrowia;
-  kuratorów, sądu;
-  grup roboczych realizujących zadania w ramach procedury Niebieskiej Karty;
-  sygnałów zgłaszanych ze środowiska lokalnego.

Najczęstszym diagnozowanym problemem stanowiącym o dysfunkcyjności rodziny wskazanym przez ośrodki pomocy społecznej jest alkoholizm rodziców biologicznych lub inny rodzaj uzależnień, w tym od środków psychoaktywnych. Równie często wymieniano bezradność rodziców w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych wobec swoich dzieci, często występujący w rodzinach wielodzietnych. Kolejnym problemem występującym w rodzinach jest niepełnosprawność rodzica lub rodziców, w tym niepełnosprawność intelektualna oraz długotrwała choroba rodzica, w tym choroba psychiczna. Nader często zdarzają się również przypadki występowania przemocy w rodzinie. Jednym z problemów występujących w rodzinach

objętych wsparciem ośrodków pomocy społecznej, który może zagrażać umieszczeniem dzieci poza środowiskiem rodzinnym jest problem bezrobocia jednego z rodziców lub obojga. Dokonując analizy należy jednak wskazać, że problemy występujące w rodzinach nigdy nie są jednorodne. Często niewydolność wychowawcza i opiekuńcza rodziców związana jest z uzależnieniem od alkoholu, przemocą czy brakiem aktywności zawodowej, co skutkuje problemami finansowymi w rodzinie i stwarza dodatkowe zagrożenie ubóstwem.

3.2. Praca z rodziną

Zgodnie z art. 10 ust. 3 ww. ustawy praca z rodziną winna być prowadzona w szczególności w formie:

- 1) konsultacji i poradnictwa specjalistycznego,
- 2) terapii i mediacji,
- 3) usług dla rodzin z dziećmi, w tym usług opiekuńczych i specjalistycznych,
- 4) pomocy prawnej, szczególnie w zakresie prawa rodzinnego,
- 5) organizowania dla rodzin spotkań, mających na celu wymianę ich doświadczeń oraz zapobieganie izolacji, zwanych „grupami wsparcia” lub „grupami samopomocowymi”,

Istotną kwestią jest to, że praca z rodziną powinna być prowadzona także w przypadku czasowego umieszczenia dziecka poza rodziną np. w pieczy zastępczej.

Z informacji uzyskanych od ośrodków pomocy społecznej wynika, że najczęstszą formą pracy jest poradnictwo prawne i psychologiczne, następnie terapie oraz usługi opiekuńcze i specjalistyczne. Jednak żadna z gmin nie organizowała dla rodzin spotkań w ramach grup wsparcia lub grup samopomocowych.

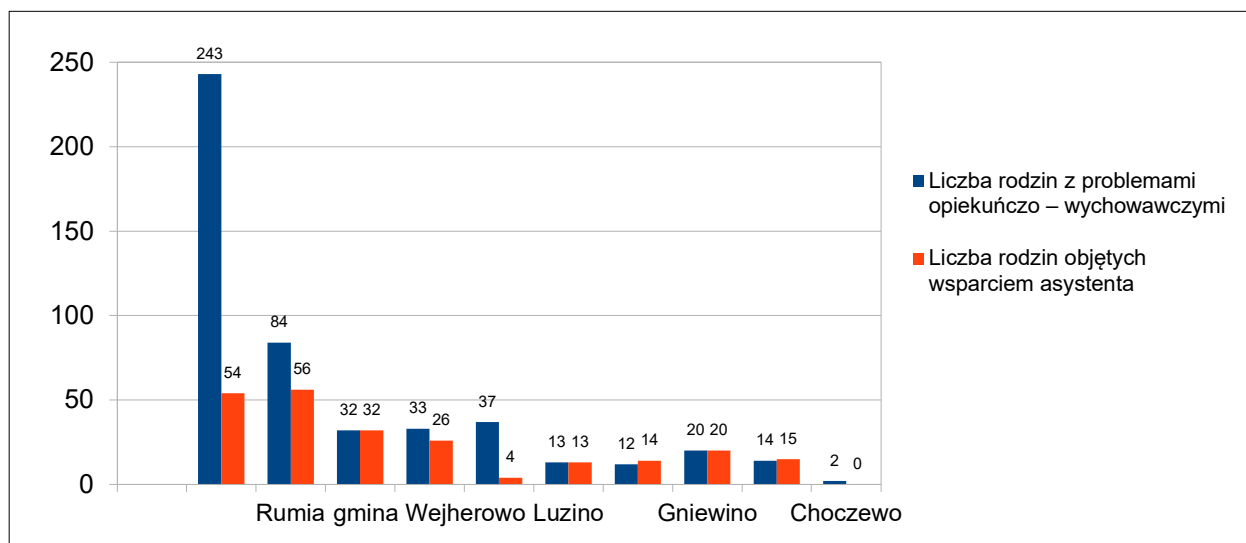
W ramach wsparcia rodzina przeżywająca trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych może zostać objęta pomocą asystenta rodziny. Celem pracy asystenta jest osiągnięcie przez rodzinę, którą się opiekuje, podstawowego poziomu stabilności życiowej umożliwiającej jej samodzielne wychowywanie dzieci. Asystent pomaga również rodzicom ubiegającym się o odzyskanie władzy rodzicielskiej. Efektem prawidłowo prowadzonej pracy asystenta z rodziną powinno być pozostanie dziecka w rodzinie lub jego powrót do rodziców, jeżeli zostało umieszczone poza rodziną. Pomoc udzielana przez asystenta rodziny prowadzona jest za jej zgodą i z jej aktywnym udziałem, z uwzględnieniem własnych możliwości tej rodziny oraz wsparcia zewnętrznego. Jedynym wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, gdy – na mocy postanowienia sądu rodzinnego – rodzina zostaje zobowiązana do podjęcia współpracy z asystentem rodziny.

Tabela 8 Liczba asystentów w gminie, średni czas pracy asystenta z rodziną, źródło finansowania asystenta.

Gmina	Liczba asystentów rodzin	Średni czas pracy asystenta z rodziną	Źródło finansowania asystentów			
			Budżet gminy	Część budżetu gminy	Dofinansowanie z programu resortowego	Inne źródło
miasto Wejherowo	3	20 m-cy	100,00%	x	x	x
Rumia	5	24 m-ce	x	69,00%	3,00%	28,00%
Reda	2	4 m-ce	x	96,53%	3,47%	x
gmina Wejherowo	4	Brak danych	x	95,50%	4,50%	x
Szemud	1	36 m-cy	100,00%	x	x	x
Luzino	1	21 m-cy	x	98,00%	2,00%	x
Łęczyce	1	22 m-ce	100,00%	x	x	x
Gniewino	1	24 m-ce	100,00%	x	x	x
Linia	1	56 m-cy	x	97,00%	3,00%	x

Źródło: ośrodki pomocy społecznej, opracowanie własne

Wykres 12 Liczba rodzin z problemami opiekuńczo – wychowawczymi i liczba rodzin objętych wsparciem asystenta.



Źródło: ośrodki pomocy społecznej, opracowanie własne.

W 2021r. w powiecie wejherowskim zatrudnionych było 19 asystentów rodziny, którzy prowadzili pracę z 234 rodzinami na 490 rodzin wymagających wsparcia z powodu dysfunkcji naruszających stabilność rodziny w tym wychowawczą. Najwięcej asystentów pracowało w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rumi – 5 osób, z kolei w gminie Choczewo nie zatrudniono żadnego asystenta. Najwięcej rodzin, w których występowały problemy opiekuńczo – wychowawcze, przebywało na terenie miasta Wejherowa, najmniej w gminie Choczewo. Średni czas pracy asystenta z rodziną wynosił około 2 lat.

W przesłanych ankietach ośrodki pomocy społecznej wskazały następujące powody zakończenia pracy z rodziną przez asystenta:

-  niechęć ze strony rodziny do współpracy z asystentem;
-  brak możliwości udzielenia wsparcia rodzinie przez inne instytucje lub specjalistów, zgodnie z rozpoznanymi przez asystenta potrzebami;
-  niewystarczająca liczba asystentów w gminie – objęcie wsparciem tylko tych rodzin z największą ilością problemów;
-  rezygnacja asystentów ze świadczenia dalszej pracy;
-  brak realnego wsparcia merytorycznego dla asystentów (szkolenia, superwizje).

3.3. Pomoc w opiece i wychowaniu dziecka

Oprócz wsparcia asystenta rodzina przeżywająca trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych może również otrzymać wsparcie przez działania placówek wsparcia dziennego oraz rodzin wspierających.

3.3.1. Placówki wsparcia dziennego

Zgodnie z zapisami ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w celu wsparcia rodziny dziecko może zostać objęte opieką i wychowaniem w placówce wsparcia dziennego. Placówkę taką prowadzi gmina, lub podmiot któremu gmina zleciła realizację tego zadania. Natomiast powiat może prowadzić lub zlecić prowadzenie placówki wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym.

W ramach pomocy rodzinie placówki wsparcia dziennego obejmują opieką i wychowaniem dzieci w czasie pozalekcyjnym. Do placówek wsparcia dziennego zalicza się m. in. koła zainteresowań, świetlice, kluby środowiskowe oraz ogniska wychowawcze. Sprawują one funkcje opiekuńcze, wspierają rodziców w wychowywaniu dzieci, oferują pomoc w nauce oraz organizację czasu wolnego, zabawę i zajęcia sportowe oraz rozwój zainteresowań. Istnieją też placówki wsparcia dziennego prowadzone w formie specjalistycznej dla dzieci i młodzieży wymagającej szczególnej opieki i wsparcia. W placówkach tych prowadzi się zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne. Działają także placówki prowadzone w formie pracy podwórkowej, które pomagają rodzinie poprzez organizowanie zajęć dla dzieci na podwórkach, placach zabaw itp., w bezpośrednim kontakcie

z dziećmi w ich środowisku. Pobyt w placówce wsparcia dziennego jest nieodpłatny i dobrowolny, za wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko do placówki skieruje sąd. Placówka wsparcia dziennego współpracuje z rodzinami lub opiekunami dziecka, a także z placówkami oświatowymi i podmiotami leczniczymi.

Na terenie powiatu wejherowskiego funkcjonuje 5 placówek wsparcia dziennego prowadzonych w formie opiekuńczej przez 2 gminy (miasto Wejherowo – 1, gmina Wejherowo – 3) oraz 1 w formie specjalistycznej (Rumia). Pozostałe gminy nie prowadzą placówek wsparcia dziennego, mimo że jest to zadanie obligatoryjne. Powiat Wejherowski zleca prowadzenie 2 placówek wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym – jedna prowadzona jest w formie opiekuńczej, druga w formie pracy podwórkowej.

3.3.2. Rodziny wspierające

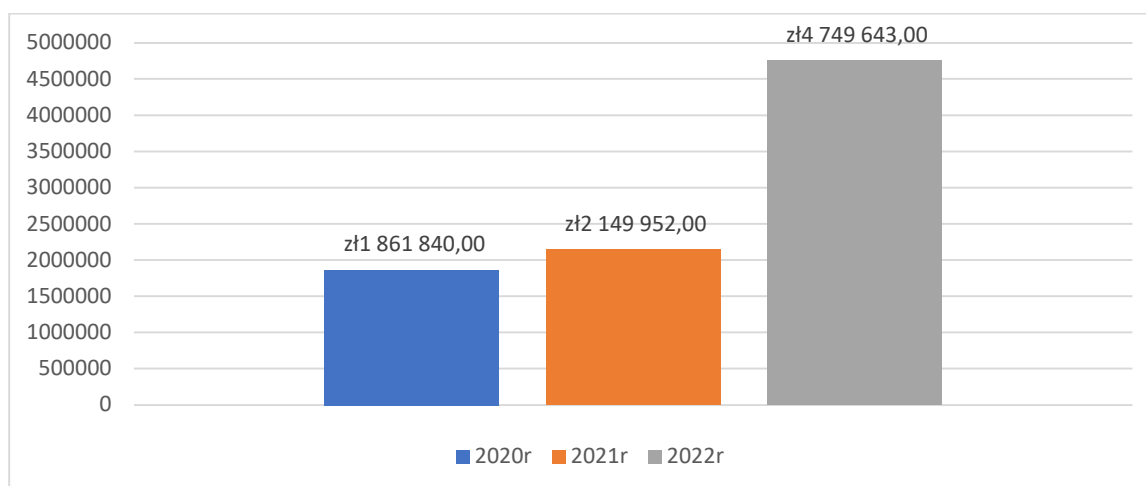
Inną formą wsparcia rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo - wychowawczych są rodziny wspierające. Pełnienie funkcji rodziny wspierającej może zostać powierzone osobom z bliskiego otoczenia dziecka, które nie były skazane prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo. Rodzina wspierająca, przy współpracy asystenta rodziny, pomaga rodzinie przeżywającej trudności w opiece i wychowaniu dziecka, prowadzeniu gospodarstwa domowego, a także kształtowaniu i wypełnianiu podstawowych ról społecznych.

W 2021 roku w powiecie wejherowskim funkcjonowała 1 rodzina wspierająca na terenie gminy Szemud. W 2022 roku w gminie Luzino pełnienie funkcji rodziny wspierającej zostało powierzone 1 rodzinie dla matki z 8 małoletnich dzieci, co zapobiegło umieszczeniu tych dzieci w pieczy zastępczej. Pozostałe gminy nie posiadają na swoim terenie rodzin wspierających.

Podsumowując, we wszystkich gminach powiatu wejherowskiego nie są wykorzystywane formy pomocy rodzinie przewidziane przepisami prawa. Tylko 3 gminy prowadzą placówki wsparcia dziennego, w całym powiecie funkcjonują zaledwie 2 rodziny wspierające, pomimo 490 rodzin, u których zostały zdiagnozowane problemy opiekuńczo – wychowawcze. Żadna z gmin, w ramach pracy z rodziną, nie organizowała spotkań grup wsparcia lub grup samopomocowych. Niewykorzystywanie przez ośrodki pomocy społecznej wszystkich możliwych form, instrumentów i narzędzi pracy z rodziną, która przejawia trudności w opiece i wychowaniu, skutkuje dużą ilością wydanych postanowień sądu w przedmiocie umieszczania dzieci w pieczy zastępczej.

W latach 2020 – 2022 gminy powiatu wejherowskiego poniosły koszty utrzymania dzieci w pieczy w wysokości 8.761.840,17 zł

Wykres 13 Wysokość środków finansowych poniesionych przez gminy na utrzymanie dzieci w pieczy zastępczej w latach 2020-2022.



Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne.

Inwestowanie w tworzenie systemu wsparcia rodzin w gminach w postaci rodzin wspierających, placówek wsparcia dziennego, zatrudnienie wykwalifikowanej kadry asystenckiej miałyby wymierny efekt w reintegracji rodzin a także utrzymaniu dzieci w ich naturalnym środowisku rodzinnym.

3.4. System pieczy zastępczej

Pieczą zastępczą jest sprawowana w przypadku niemożności zapewnienia dziecku opieki i wychowania przez rodziców biologicznych. Pieczę zastępczą zapewnia pracę z rodziną umożliwiającą powrót dziecka do rodziny lub gdy jest to niemożliwe – dążenie do przysposobienia dziecka, a w przypadku braku możliwości przysposobienia dziecka – opiekę i wychowanie w środowisku zastępczym, przygotowanie dziecka do godnego, samodzielnego życia, pokonywania trudności życiowych oraz zaspokojenie potrzeb dzieci: emocjonalnych, bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalno – rekreacyjnych. Pieczę zastępczą organizuje powiat. Zgodnie z art. 182 ust. 1 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zadania powiatu w zakresie pieczy zastępczej starosta wykonuje za pośrednictwem powiatowego centrum pomocy rodzinie oraz organizatorów rodzinnej pieczy zastępczej. W Powiecie Wejherowskim funkcję organizatora rodzinnej pieczy zastępczej pełni Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie.

Od 1 stycznia 2012 roku ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej wprowadziła podział na dwie formy pieczy zastępczej: rodzinną i instytucjonalną.

Pieczą zastępczą sprawowaną w formie rodzinnej dzieli się na:

1. rodziny zastępcze:

- a) spokrewnione,
- b) niezawodowe,
- c) zawodowe, w tym: pełniące funkcję pogotowia rodzinnego lub specjalistyczne,

2. rodzinne domy dziecka.

Z kolei piecza zastępcza instytucjonalna może być sprawowana w formie:

1. placówki opiekuńczo – wychowawczej typu:
 - a) socjalizacyjnego,
 - b) interwencyjnego,
 - c) specjalistyczno – terapeutycznego,
 - d) rodzinnego,
2. regionalnej placówki opiekuńczo – terapeutycznej
3. interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego.

Na terenie powiatu wejherowskiego w 2021 roku w pieczy zastępczej przebywało łącznie 485 dzieci (stan na 31 grudnia). Od roku 2012 liczba dzieci w pieczy utrzymuje się na podobnym poziomie. Jednak w latach 2019-2021 i pierwszej połowie 2022r. obserwowany jest wzrost liczby dzieci przebywających w pieczy zastępczej. W 2022 r. (stan na 30 czerwca) liczba dzieci przebywających w rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej wynosiła **510**.

Tabela 9 Liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej na terenie powiatu wejherowskiego.

rok	liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej		
	łącznie	rodzinnej	instytucjonalnej
2017	444	336	108
2018	456	359	97
2019	446	347	99
2020	481	385	96
2021	485	387	98

Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

3.4.1. Rodzinna piecza zastępcza

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wejherowie – Organizator Rodzinnej Pieczy Zastępczej realizuje zadania zgodnie z ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r. (Dz.U. z 2022r., poz. 447 ze zm.) oraz inne zadania wykraczające poza wytyczne ustawy a wynikające z Powiatowego Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej na lata 2021-2023.

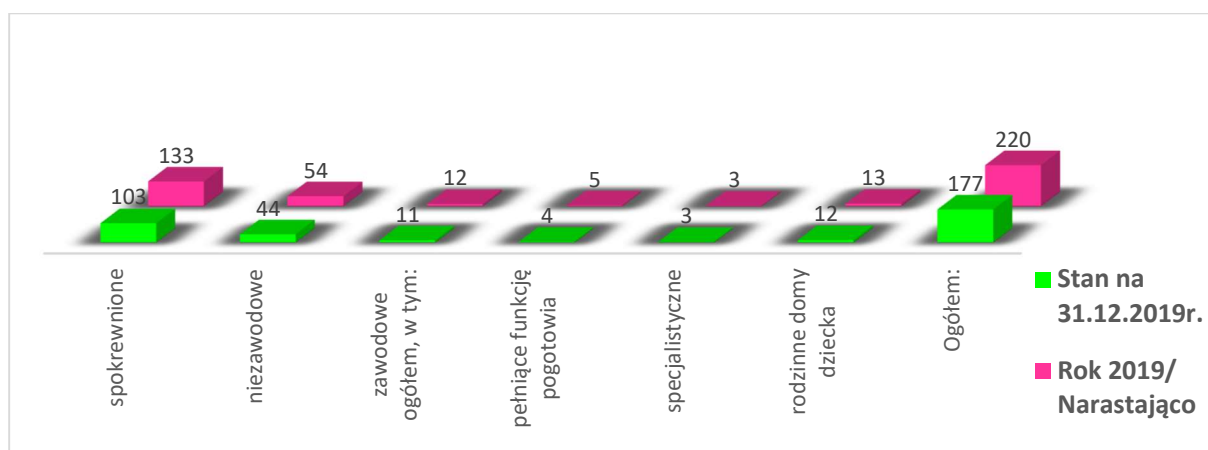
Zgodnie z art. 32 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej piecza zastępcza jest sprawowana w przypadku niemożności zapewnienia dziecku opieki i wychowania przez rodziców naturalnych. Formami rodzinnej pieczy zastępczej są rodzina zastępcza:

1. spokrewniona,
2. niezawodowa,

3. zawodowa, w tym zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego i zawodowe specjalistyczne.
4. rodzinny dom dziecka.

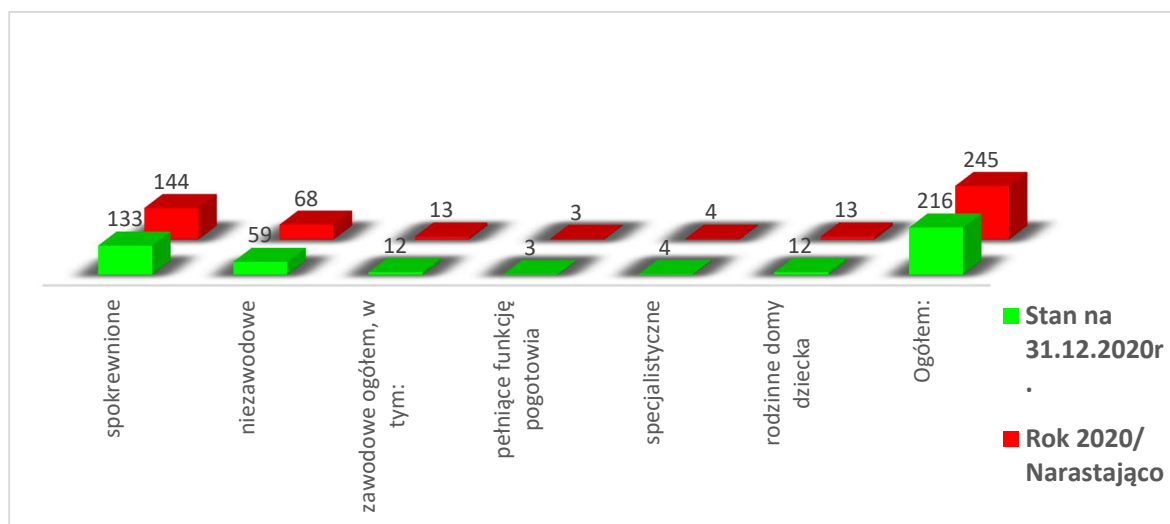
Istotą pieczy zastępczej jest jej tymczasowość, a jej celem jest zapewnienie dzieciom opieki i wychowania do czasu powrotu do rodziców biologicznych. W przypadku dzieci, których sytuacja opiekuńcza nie pozwala na powrót do rodziny, a w przypadku braku możliwości przysposobienia dziecka piecza zastępcza zapewnia dziecku opiekę i wychowanie w środowisku zastępczym przygotowując go do godnego, samodzielnego i odpowiedzialnego życia, pokonywania trudności życiowych zgodnie z zasadami etyki, nawiązania i podtrzymywania bliskich, osobistych i społecznie akceptowanych kontaktów z rodziną i rówieśnikami, w celu łagodzenia skutków doświadczania straty i separacji oraz zdobywania umiejętności społecznych, a także zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalno – rekreacyjnych.

Wykres 14 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2019 roku.



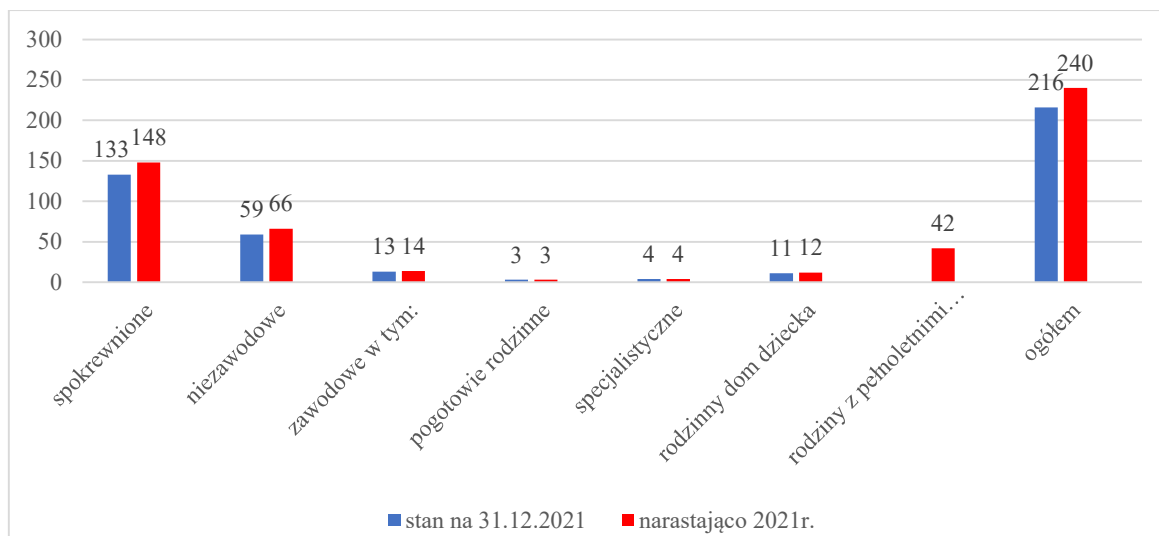
Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

Wykres 15 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2020 roku.



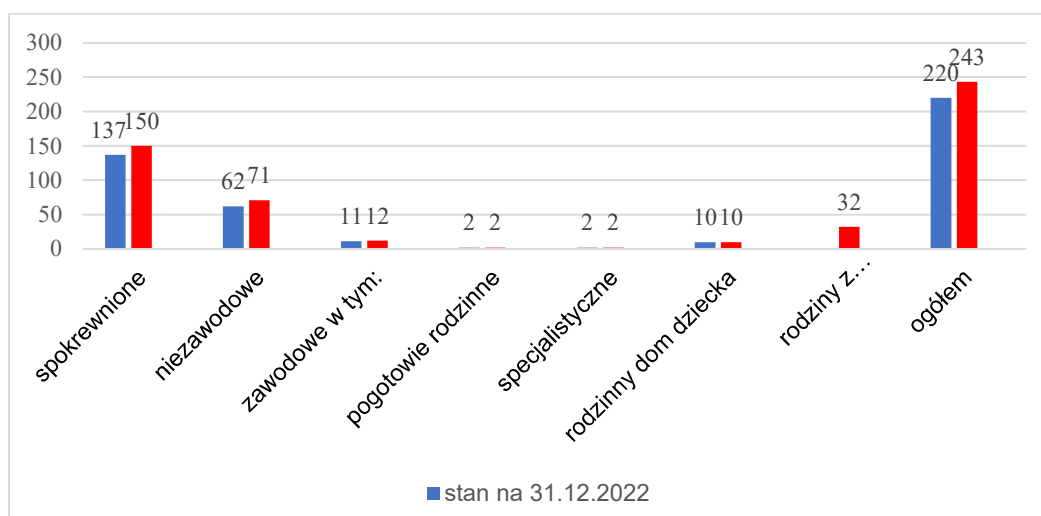
Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

Wykres 16 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2021 roku.



Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

Wykres 17 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2022 roku.



Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

W roku **2019** wsparciem Organizatora Rodzinnej Pieczy Zastępczej objętych było łącznie **220 rodzin zastępczych**, w których przebywało na mocy postanowień sądu łącznie **441 dzieci**, w tym 36 dzieci w wieku do 3 lat i 405 w wieku powyżej 3 lat.

W roku **2020** wsparciem Organizatora Rodzinnej Pieczy Zastępczej objętych było łącznie **245 rodzin zastępczych**, w których przebywało na mocy postanowień sądu łącznie **437 dzieci**, w tym 35 dzieci w wieku do 3 lat i 402 w wieku powyżej 3 lat.

W roku **2021** wsparciem Organizatora Rodzinnej Pieczy Zastępczej objętych było łącznie **240 rodzin** (w tym 42 rodziny zastępcze pod opieką pracowników socjalnych, w których przebywało 46 pełnoletnich wychowanków), w których przebywało na mocy postanowień sądów łącznie **437 dzieci**, w tym 50 dzieci w wieku do lat 3 oraz 387 w wieku powyżej 3 lat.

W roku **2022** wsparciem Organizatora Rodzinnej Pieczy Zastępczej objęto łącznie **243 rodziny zastępcze** oraz **445 dzieci** w tym 31 dzieci w wieku do lat 3 oraz 319 w wieku powyżej 3 lat.

Tabela 10 Liczba rodzin zastępczych i dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej.

ROK	Liczba dzieci	Napływ dzieci	Odpływ dzieci	Liczba rodzin
2020	437	49	22	245
2021	437	71	16	240
2022	445	64	49	243

Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

Powyższe dane wskazują, że w powiecie wejherowskim na przestrzeni 4 lat liczba rodzin utrzymuje się na podobnym poziomie, natomiast w ostatnich dwóch latach odnotowano znaczny wzrost umieszczanych dzieci.

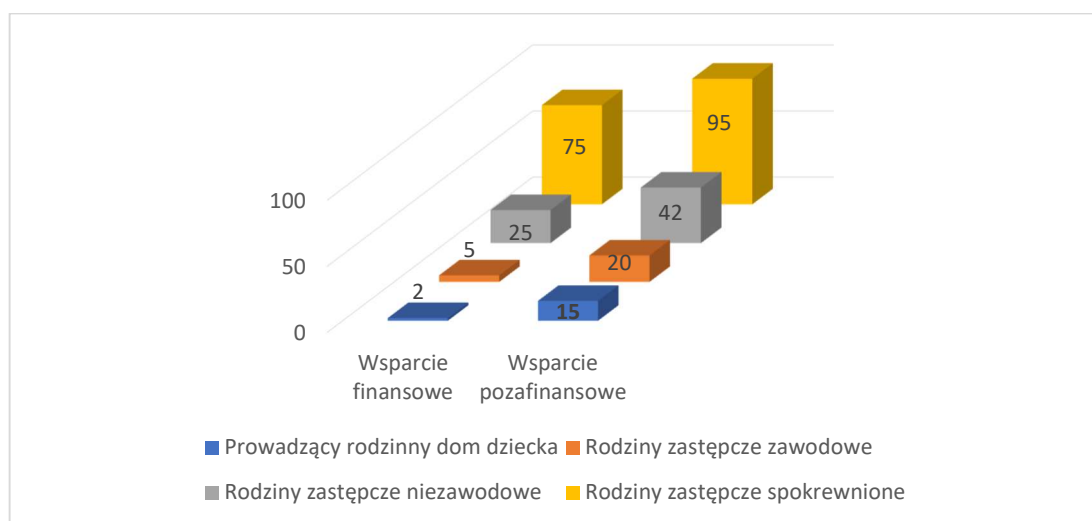
W tym samym okresie czasu z rodzin zastępczych odeszło łącznie 87 dzieci.

W związku z dokonywaną diagnozą w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych dla Powiatu Wejherowskiego przeprowadzono badania ankietowe wśród funkcjonujących w powiecie rodzin zastępczych spokrewnionych, niezawodowych, zawodowych i prowadzących rodzinne domy dziecka. Ankiety przeprowadzono ze 193 rodzinami co stanowi ponad 79 % ogółu wszystkich rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka.

Zadaniem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej jest udzielanie wsparcia rodzinom zastępczym w zależności od potrzeb samej rodziny i przebywających w niej dzieci.

Ankietowani zapytani o najbardziej potrzebne formy wsparcia wskazywali na formy finansowe i pozafinansowe. Zdecydowanie częściej wszystkie rodziny, bez względu na formę wskazywały na wsparcie pozafinansowe jako to najbardziej potrzebne i oczekiwane przez rodziny dla siebie jak i dla swoich podopiecznych.

Wykres 18 Oczekiwane formy wsparcia rodzin zastępczych.



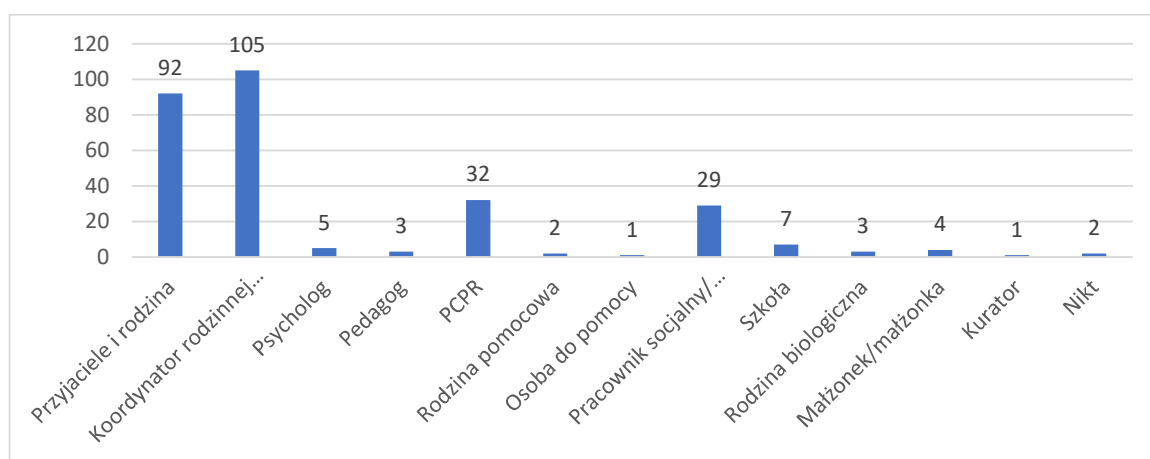
Źródło: badania własne.

Wśród wsparcia pozafinansowego za najbardziej pożądane uznano:

1. Wsparcie specjalistów (psycholog, pedagog, terapeuta, psychiatra) – 104rotnie
2. Wsparcie koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej – 34rotnie
3. Doskonalenie kompetencji poprzez organizowanie szkoleń – 8rotnie
4. Zwiększenie środków na utrzymanie dziecka w tym na wypoczynek dziecka poza miejscem zamieszkania – 6rotnie.

Ponadto wskazywano na takie obszary jak: ochrona przed wpływem rodzin biologicznych, wsparcie mieszkaniowe, zapewnienie badań lekarskich dla rodzin zastępczych zawodowych, wsparcie pracownika socjalnego, wsparcie wolontariuszy, zaniechanie ingerencji w życie rodziny zastępczej spokrewnionej, wsparcie w opiece nad dziećmi z niepełnosprawnościami, dofinansowania do zakupu sprzętu AGD, ułatwienie kontaktu z instytucjami, spotkania rodzin zastępczych.

Wykres 19 Najbardziej wspierający w pełnieniu funkcji rodziny zastępczej wg. ankietowanych.



Źródło: badania własne

Badanie wskazuje, że ankietowani najbardziej doceniają wsparcie udzielane przez PCPR w tym koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej oraz bliskie im osoby tj. rodzinę i przyjaciół. Wyniki badania potwierdzają, że koordynator rodzinnej pieczy zastępczej jest tym ogniwem wsparcia które okazuje się niezbędnym w pieczy zastępczej. Wysoki wskaźnik takiej odpowiedzi skłania ku wnioskowi, że aby utrzymać i wzmocnić tę rolę zasadnym jest dążenie do zatrudnienia koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej tak aby obejmowali wsparciem oni relatywnie mniej rodzin i dzieci niż zakłada to ustawodawca, co przełoży się na większą skuteczność i jakość pracy.

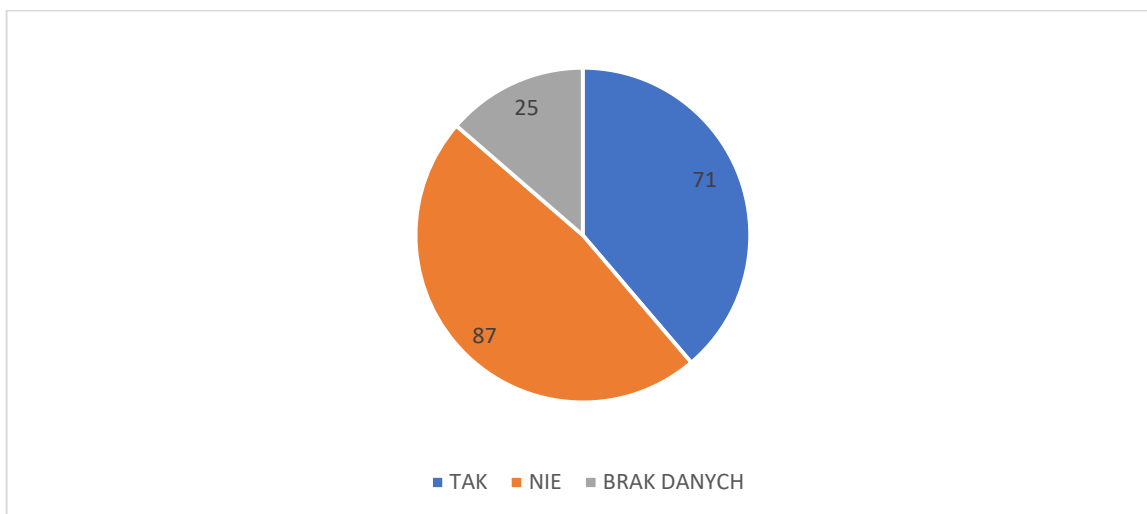
Zbadano również poziom satysfakcji ankietowanych ze wsparcia organizatora rodzinnej pieczy zastępczej. Zdecydowana większość 89% uznała wsparcie za wystarczające, pozostali ankietowani wskazali, że wsparcie ORPZ należy poszerzyć o:

1. Większą dostępność do specjalistów,
2. Ochronę prawną,

3. Zwiększenie środków na utrzymanie dzieci,
4. Finansowanie badań i opinii dla rodzin zastępczych,
5. Organizowanie wakacji, wycieczek dla dzieci,
6. Większe wsparcie dla usamodzielniających się wychowanków,
7. Szkolenia,
8. Rozwój wolontariatu.

Zapytano ankietowanych czy pełnienie opieki zastępczej wpływa na jakość związku rodziców zastępczych.

Wykres 20 Wpływ pełnienia funkcji rodziny zastępczej na jakość związku małżonków.



Źródło: badania własne

Ankietowani odpowiadali w większości, że pełnienie tej funkcji nie wpływa na jakość ich związku, jednak znacząca grupa odpowiedziała, że funkcja ta ma wpływ na jakość relacji małżeńskich.

Badanie wykazało, że w zdecydowanej większości rodziny spokrewnione wskazały że pełnienie funkcji rodziny zastępczej nie ma wpływu na relacje w związku. Powyższe wynika zapewne z powinowactwa rodziców zastępczych z dziećmi pozostającymi w pieczy.

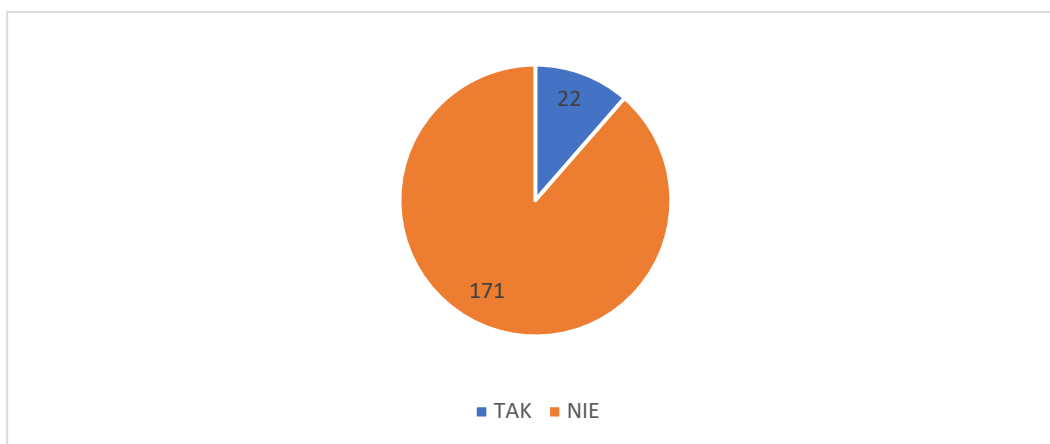
Rodziny zastępcze niezawodowe (52 rodziny) zapytano o wolę rodzinną zawodową. W zdecydowanej większości (45 rodzin) nie jest zainteresowanych przekwalifikowaniem, pięć wyraziło zainteresowanie takim rozwiązaniem, dwie nie miały w tym temacie zdania. Przy czym 22 rodziny niezawodowe uznały, że należy opracować ścieżkę rozwoju zawodowego dla rodzin zastępczych, a 26 uznało, że nie ma takiej potrzeby.

Za opracowaniem ścieżki rozwoju zawodowego wypowiedziało się 18 z 22 rodzin zastępczych zawodowych i prowadzących rodzinny dom dziecka, przeciwnych było 3 przedstawicieli tej grupy badanych. Natomiast rodziny spokrewnione zdecydowanie opowiedziały się przeciwko uzawodowieniu rodzicielstwa zastępczego, co może świadczyć o przekonaniu, że dziecko powinno wychowywać się wśród najbliższych mu osób, a więc w przypadku ograniczenia władzy rodzicom biologicznym przez osoby z nim spokrewnione.

Myślenie takie wpisuje się w ideę rodzicielstwa zastępczego i skłania do zintensyfikowania działań interdyscyplinarnych w zakresie pozyskiwania opieki zastępczej wśród osób bliskich dziecku tj. dziadków, dorosłego rodzeństwa, dającego gwarancję właściwej opieki nad dzieckiem i pozostanie w jego najbliższym otoczeniu.

Ankietowani wyrazili swoje stanowisko w zakresie przyjęcia pod opiekę większej liczby dzieci niż posiadają z uwzględnieniem limitu ustawowego. Wyniki badania przedstawia poniższy wykres:

Wykres 21 Gotowość do przyjęcia dzieci przez rodziny zastępcze.



Źródło: badania własne

Blisko 89 % ankietowanych nie wyraża woli zaopiekowania się większą ilością dzieci i argumentują to m.in:

1. brakiem warunków mieszkaniowych i bytowych,
2. swoim stanem zdrowia,
3. stanem zdrowia podopiecznych
4. wiekiem dzieci pozostających pod opieką,
5. pracą zawodową,
6. trudną współpracą z rodzicami biologicznymi.

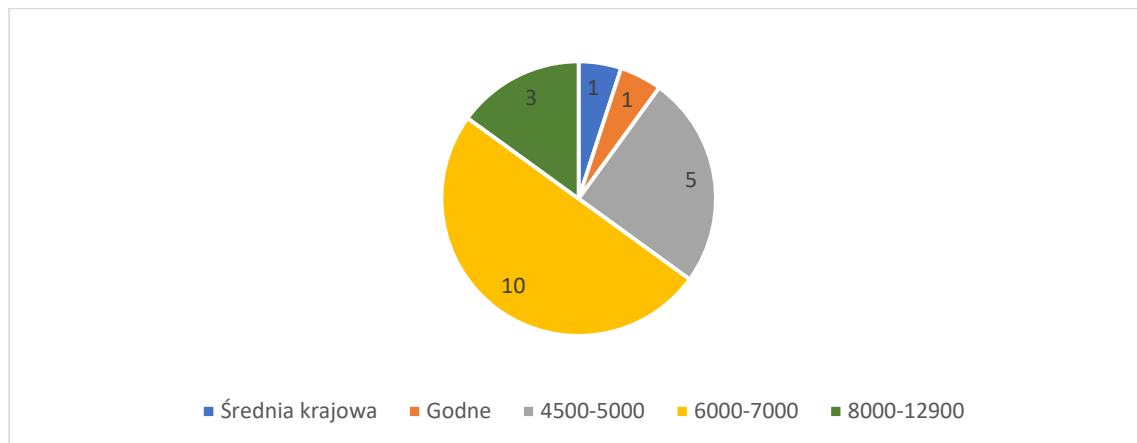
Pozostałe 11% badanych, które zadeklarowało że mogłoby zaopiekować się większą liczbą dzieci niż dotychczas za przeszkodę wskazało:

1. swój wiek,
2. wiek dzieci,
3. warunki mieszkaniowe,
4. brak czasu,
5. praca zawodowa,
6. obowiązujące przepisy prawa,
7. problemy wychowawcze z podopiecznymi.

Częściej twierdząco odpowiadały rodziny zawodowe i prowadzący rodzinne domy dziecka niż rodziny niezawodowe i spokrewnione.

Na 22 rodziny zawodowe i prowadzący rodzinne domy dziecka biorący udział w badaniu 20 wyraziło swoje niezadowolenie z uzyskiwanego wynagrodzenia z tytułu pełnionej funkcji. Rodziny zapytane o to jaki poziom wynagrodzenia byłby dla nich satysfakcjonujący odpowiedziały następująco:

Wykres 22 Oczekiwany poziom wynagrodzenia przez rodziny zastępcze.

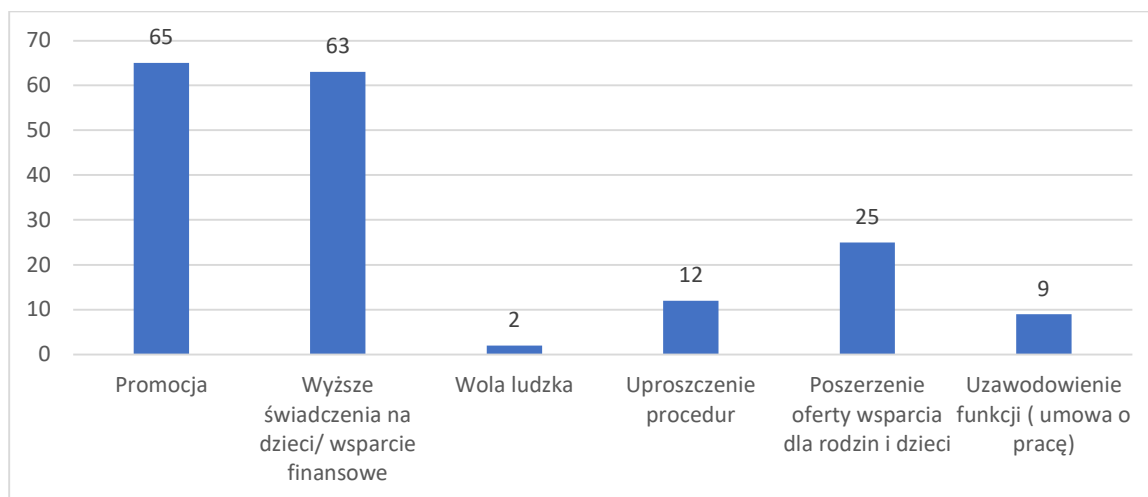


Źródło: badania własne

Średnie wynagrodzenie w powiecie wynosi obecnie dla rodzin zawodowych o charakterze pogotowia rodzinnego – 5.100 zł dla rodzin zawodowych - 4.206 zł, dla prowadzących rodzinne domy dziecka 4.865zł.

Mając na uwadze deinstytucjonalizację usług społecznych ankietowanych zapytano co ich zdaniem przyczyniłoby się do pozyskania większej liczby rodzin zastępczych.

Wykres 23 Powody, dla których kandydaci podejmują się pełnienia funkcji rodziny zastępczej.



Źródło: badania własne

Ankietowani uznali, że promocja rodzicielstwa zastępczego oraz wysokość świadczeń finansowych jakie otrzymują rodziny zastępcze to główne przesłanki mające wpływ na rozwój rodzicielstwa zastępczego. O ile działania promocyjne na poziomie lokalnym jak i globalnym wydają się być niezbędne do tego aby dotrzeć do jak najszerszego grona potencjalnych kandydatów, to wysokość świadczeń na utrzymanie dzieci regulowane ustawowo winno być

rozpatrywane na poziomie ministerialnym. Wysokość świadczeń fakultatywnych i obligatoryjnych, które finansowane są ze środków samorządów lokalnych uzależniona będzie od możliwości i zamożności samorządu. Dlatego też zasadnym wydaje się pozyskiwanie środków zewnętrznych na zadania ustawowe oraz w zakresie rozwoju usług wspierających, na które ankietowani wskazali w swoich odpowiedziach.

3.4.2. Instytucjonalna piecza zastępcza

W powiecie wejherowskim w 2021 r. (stan na 31 grudnia) funkcjonowało 8 placówek opiekuńczo - wychowawczych, prowadzonych przez powiat i na zlecenie powiatu, które dysponowały łącznie 102 miejscami. W kwietniu 2022r. powstała nowa placówka opiekuńczo – wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego przeznaczona dla 10 dzieci. Według stanu na 30 czerwca 2022r. funkcjonowało 9 placówek opiekuńczo – wychowawczych posiadających łącznie 112 miejsc, z czego 6 prowadzonych jest na zlecenie Powiatu Wejherowskiego, na podstawie art. 190 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dwie placówki funkcjonują na terenie Gdyni, na podstawie porozumień zawartych pomiędzy Starostą Wejherowskim a Prezydentem Miasta Gdyni.

Tabela 11 Liczba placówek opiekuńczo – wychowawczych prowadzonych przez Powiat Wejherowski lub na zlecenie Powiatu.

rok	liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych				
	łącznie	socjalizacyjnych	łączących zadania socjalizacyjne i interwencyjne	specjalistyczno – terapeutycznych	rodzinnych
2012	7	3	1	0	3
2013	7	3	1	0	3
2014	8	3	1	0	4
2015	6	3	1	0	2
2016	8	5	1	0	2
2017	7	4	1	0	2
2018	6	4	1	0	1
2019	7	4	2	0	1
2020	7	3	3	0	1
2021	8	4	3	0	1
2022	9	4	3	1	1

Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

Od 2012 roku liczba miejsc w poszczególnych placówkach opiekuńczo – wychowawczych Powiatu Wejherowskiego sukcesywnie malała, aby pod koniec 2021 roku osiągnąć wymagany ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej standard maksymalnie 14 miejsc w jednej placówce.

Zgodnie z art. 95 ust. 1 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w placówce opiekuńczo – wychowawczej typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno – terapeutycznego są umieszczane dzieci powyżej 10 roku życia. Młodsze dzieci w większości przypadków umieszczane są w rodzinnych formach pieczy zastępczej. Natomiast zgodnie z art. 95 ust. 2 ww. ustawy umieszczenie w placówce dziecka poniżej 10 roku życia jest możliwe w przypadku, gdy w danej placówce umieszczona jest matka lub ojciec dziecka oraz w innych wyjątkowych przypadkach, szczególnie gdy przemawia za tym stan zdrowia dziecka lub gdy dotyczy to rodzeństwa. W placówkach opiekuńczo – wychowawczych Powiatu Wejherowskiego w zdecydowanej liczbie przypadków umieszczane są dzieci powyżej 10 roku życia, zachowując tym samym standardy wyznaczone w obowiązujących przepisach. Młodsze dzieci umieszczane są w wyjątkowych przypadkach, o których mówi art. 95 ust. 2 ustawy lub w przypadku konieczności pilnego zabezpieczenia dziecka w pieczy.

Według stanu na dzień 31.12.2022 r. w trzech placówkach socjalizacyjnych z miejscami interwencyjnymi funkcjonujących na terenie powiatu wejherowskiego przebywało 5 dzieci poniżej 10 roku życia, w tym:

- ⇒ 1 dziecko w Ognisku Wychowawczym nr 2 w Rumi w wieku 8 lat – dziecko umieszczone w trybie interwencyjnym, z rodziny zastępczej,
- ⇒ 2 dzieci w Ognisku Wychowawczym nr 2 w Rumi w wieku 9 lat – jedno dziecko umieszczone wraz ze starszym rodzeństwem, zgodnie z art. 95 ust. 2 ww. ustawy; drugie dziecko umieszczone w trybie interwencyjnym,
- ⇒ 1 dziecko w Domu Rodzinnym Fundacji „Rodzina Nadziei” w Luzinie w wieku 3 – dziecko przebywa w placówce wraz ze swoją matką, która urodziła je w lipcu 2019r. będąc wówczas niepełnoletnią wychowanką tej placówki,
- ⇒ 1 dziecko w „Domu pod Lawendami” w Rumi w wieku 9 lat – dziecko umieszczone wraz ze starszym rodzeństwem, zgodnie z art. 95 ust. 2 ww. ustawy.

Największym problemem związanym z realizacją postanowień sądowych jest umieszczanie w pieczy zastępczej liczego rodzeństwa. W przypadkach konieczności pilnego zabezpieczenia dzieci jedynym wyjściem jest rozdzielenie rodzeństwa i umieszczenie ich w różnych formach pieczy zastępczej, zachowując jednocześnie standardy wyznaczone w ww. ustawie związane z wiekiem dzieci (dzieci poniżej 10 r.ż. w rodzinnej pieczy zastępczej, starsze – w instytucjonalnej).

Do placówek opiekuńczo – wychowawczych trafiają również dzieci powyżej 10 roku życia, które wcześniej przebywały w rodzinach zastępczych lub rodzinnych domach dziecka. Powodów zmiany formy pieczy może być kilka, m.in.: rozwiązanie rodziny zastępczej lub rezygnacja rodziny z opieki nad danym dzieckiem spowodowana np. jego stanem zdrowia lub problemami opiekuńczo – wychowawczymi. Ponadto w placówkach umieszczane są dzieci przenoszone z innych placówek opiekuńczo – wychowawczych z powodu np. likwidacji placówki, stanu zdrowia dziecka, w tym zdrowia psychicznego, konieczności przeniesienia dziecka z miejsca interwencyjnego do placówki socjalizacyjnej lub ze względu na wiek dziecka (poniżej 10 r.ż. do placówki rodzinnej).

Tabela 12 Liczba umieszczeń w instytucjonalnej pieczy zastępczej.

ROK	Liczba umieszczeń w danym roku								
	WPLACÓWKACH POWIATU WEJHEROWSKIEGO				W PLACÓWKACH POZA POWIATEM				RAZEM
	łącznie	Z rodziny biologicznej	Z rodziny zastępczej	Z innej placówki	łącznie	Z rodziny biologicznej	Z rodziny zastępczej	Z innej placówki	
2020	39	20	4	15	2	2	0	0	41
2021	24	18	6	0	3	2	1	0	27
2022	36	31	5	0	4	4	0	0	40

*Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne * stan na 31.10.2022r.*

W latach 2020-2022 z instytucjonalnych form pieczy zastępczej odeszło łącznie 108 dzieci.

W przypadku braku możliwości umieszczenia dzieci w placówkach opiekuńczo - wychowawczych na terenie powiatu wejherowskiego, dzieci pochodzące z terenu naszego powiatu umieszczane są wówczas w instytucjonalnej pieczy zastępczej poza powiatem, na terenie całego kraju. Nadmienić należy, że w przypadku dzieci poniżej 10 roku życia, które ze względu na stan zdrowia wymagający stosowania specjalistycznej opieki i rehabilitacji nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej ani placówce opiekuńczo – wychowawczej, istnieje możliwość umieszczenia ich w regionalnych placówkach opiekuńczo – terapeutycznych prowadzonych przez urzędy marszałkowskie. W województwie pomorskim funkcjonuje jedna taka placówka w Gdańsku, a na terenie całego kraju tylko 9. Aktualnie w regionalnych placówkach opiekuńczo – terapeutycznych przebywa 6 dzieci pochodzących z terenu powiatu wejherowskiego. Nadal, analogicznie do lat ubiegłych, dominującym powodem umieszczania dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej jest uzależnienie rodziców od alkoholu, bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych oraz przemoc występująca w rodzinie. W analizie okresu pobytu dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej zauważalny jest wzrost liczby dzieci długotrwale przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Tabela 13 Okres pobytu dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej.

rok	okres przebywania w pieczy zastępczej			
	do roku	od roku do 2 lat	od 2 do 3 lat	powyżej 3 lat
2019	28	15	7	49
2020	13	21	10	52
2021	13	16	16	53

Źródło: PCPR Wejherowo, opracowanie własne

Zdecydowana większość wychowanków instytucjonalnej pieczy zastępczej przebywa w placówkach do momentu uzyskania pełnoletności lub nawet do 25 roku życia - w przypadku chęci pozostania w placówce, za zgodą dyrektora placówki i kontynuowania nauki. Tylko kilkoro dzieci rocznie powraca pod opiekę rodziców biologicznych, co stanowi ok. 6% wszystkich dzieci przebywających w różnych formach instytucjonalnej pieczy zastępczej. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku przenoszenia dzieci do rodzinnej pieczy zastępczej – tylko kilkoro dzieci rocznie przenosi się z placówek do rodzin zastępczych. Dotyczy to przede wszystkim dzieci poniżej 10 roku życia, które zostały interwencyjnie zabezpieczone w placówce, a następnie zgodnie z obowiązującymi przepisami zostają przeniesione do rodzinnej pieczy zastępczej. Analogicznie do lat ubiegłych obserwowana jest utrzymująca się tendencja śladowej ilości lub wręcz braku przysposobień dzieci z placówek opiekuńczo - wychowawczych. W okresie ostatnich 5 lat zostało przysposobionych 3 dzieci przebywających w instytucjonalnej pieczy zastępczej. Należy zaznaczyć, że jedno z tych dzieci w wieku 1,5 roku przebywało w regionalnej placówce opiekuńczo – terapeutycznej. Dwoje pozostałych, to dzieci wychowanek, które urodziły je będąc osobami niepełnoletnimi przebywającymi w placówce, a po uzyskaniu pełnoletności pozostawiły je w placówce.

Podsumowując, stała i na wysokim poziomie utrzymująca się liczba dzieci trafiająca co roku do różnych form pieczy zastępczej na terenie powiatu wejherowskiego, w znacznym stopniu ogranicza możliwość przeprowadzenia deinstytucjonalizacji w zakresie systemu pieczy zastępczej. Przepisy ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej preferują rodzinne formy pieczy zastępczej. Należy jednak zaznaczyć, że prymat tej formy pieczy dotyczy rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka, które prawidłowo funkcjonują, zostały odpowiednio przeszkolone, otrzymują odpowiednie wsparcie ze strony organizatora rodzinnej pieczy zastępczej i specjalistów, i które zapewniają dziecku umieszczonemu w pieczy stabilne, spokojne środowisko. Niektóre z dzieci umieszczanych w pieczy zastępczej, ze względu na różne własne doświadczenia życiowe, przeżyte traumy czy stan zdrowia, lepiej funkcjonują w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej. Obowiązujące przepisy stanowią dobrą podstawę dla właściwego i nowoczesnego ich funkcjonowania. Wprowadzone już zmiany w placówkach na terenie powiatu wejherowskiego spowodowały, że dzieci tam umieszczone przebywają w mniejszym, bardziej kameralnym środowisku zbliżonym w jak największym stopniu do warunków domowych.

IV. Działania na rzecz deinstytucjonalizacji usług społecznych w powiecie wejherowskim.

PRIORYTET 1: WSPARCIE RODZINY Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ/ STARSZĄ			
Cel operacyjny	Zadania	Podmioty	Wskaźniki
Utrzymanie rodziny w jej strukturze	1. Rozpowszechnianie różnych form wsparcia dziennego dla osób niepełnosprawnych i starszych. 2. Zapewnienie rodzinom różnych form wsparcia: a) pomoc asystenta osoby niepełnosprawnej, b) pomoc sąsiedzka, c) organizowanie grup wsparcia, d) usługi opiekuńcze i specjalistyczne, e) pomoc w formie dożywiania. 3. Rozwój programów opieki na odległość/teleopieki. 4. Tworzenie dziennych domów opieki, mieszkań wspomaganych z koszykiem usług 5. Zapewnienie konsultacji i poradnictwa specjalistycznego dla rodzin z osobami niepełnosprawnymi i starszymi. 6. Organizowanie szkoleń i warsztatów dla rodzin z osobami niepełnosprawnymi, starszymi. 7. Udzielanie szczególnego wsparcia w przypadku pojawienia się nagłej choroby lub zaistnienia wypadku (pomoc w zaopatrzeniu w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny, wspomagający). 8. Pomoc w likwidacji barier architektonicznych lub w komunikowaniu się z otoczeniem. 9. Organizowanie festynów, imprez oraz kampanii medialnych wspierających osoby niepełnosprawne i starsze. 10. Ścisła współpraca instytucji i organizacji zajmujących się osobami niepełnosprawnymi i starszymi. 11. Rozwój wolontariatu	Miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, centra integracji społecznej, organizacje pozarządowe	1. Liczba placówek wsparcia dziennego: środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, klubów integracji społecznej, klubów seniora. 2. Liczba zatrudnionych asystentów osoby niepełnosprawnej. 3. Liczba osób otrzymujących pomoc sąsiedzka. 4. Liczba grup wsparcia. 5. Liczba nowopowstałych ośrodków wsparcia dziennego 6. Liczba udzielonych usług opiekuńczych i specjalistycznych. 7. Liczba osób starszych, niepełnosprawnych korzystających z dożywiania. 8. Liczba osób korzystających z programu opieki na odległość/teleopieki. 9. Liczba udzielonych porad specjalistycznych. 10. Liczba szkoleń i warsztatów, w tym liczba uczestników. 10. Liczba kampanii medialnych i działań wspierających osoby niepełnosprawne i starsze. 11. Liczba osób korzystających z dofinansowania do turnusów rehabilitacyjnych. 12. Liczba osób korzystających z dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych lub w komunikowaniu się. 13. Liczba osób niepełnosprawnych i starszych umieszczanych w placówkach całodobowych.

PRIORYTET 2: OGRANICZANIE FUNKCJONOWANIA INSTYTUCJONALNYCH FORM OPIEKI NAD OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI I STRASZYM			
Cel operacyjny	Zadania	Podmioty	Wskaźniki
Usamodzielnienie osoby niepełnosprawnej lub starszej, przebywającej w placówce całodobowej (DPS, ZOL, całodobowa placówka dla osób niepełnosprawnych/ starszych).	1. Praca ośrodków pomocy społecznej z rodziną w przypadku umieszczenia osoby niepełnosprawnej lub starszej w placówce całodobowej w celu przygotowania do jej ewentualnego powrotu do rodziny lub mieszkania chronionego/wspomaganego. 2. Współpraca asystenta lub pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej z pracownikiem socjalnym placówki całodobowej. 3. Korelacja planów pomocy osobie niepełnosprawnej/starszej z planem pracy z rodziną pod kątem możliwości powrotu do rodziny. 4. Dostęp do poradnictwa specjalistycznego dla rodzin. 5. Organizowanie dla rodzin szkoleń wzmacniających ich kompetencje pielęgnacyjno-opiekuńcze. 6. Organizowanie szkoleń dla osób niepełnosprawnych. 7. Dostęp do szkoleń doskonalących dla pracowników OPS-ów i pracowników placówek całodobowych na temat możliwości wsparcia osób usamodzielnianych. 8. Tworzenie mieszkań chronionych i wspierających dla osób niepełnosprawnych usamodzielnianych z placówek całodobowych. 9. Zapewnienie specjalnego i łatwo dostępnego transportu dla seniorów, dostosowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami np. w celu dojazdu do lekarza, urzędu, placówek wsparcia	Miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej i inne placówki całodobowej opieki, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, centra integracji społecznej, centra usług społecznych, instytucje rynku pracy i organizacje pozarządowe	1. Liczba rodzin, których niepełnosprawni lub starsi członkowie przebywają w placówkach całodobowych. 2. Liczba skorelowanych planów pomocy osobie niepełnosprawnej /starszej z planami pracy z rodziną. 3. Liczba udzielonych porad specjalistycznych. 4. Liczba szkoleń i warsztatów dla rodzin, których niepełnosprawni/starsi członkowie zostali umieszczeni w placówce całodobowej. 5. Liczba szkoleń dla kadry pomocy społecznej. 6. Liczba osób niepełnosprawnych i starszych umieszczonych w placówce całodobowej, które wróciły pod opiekę rodziny. 7. Liczba osób otrzymujących miejsce w mieszkaniu chronionym, treningowym lub wspomaganym.
Rozwój różnych form opieki i wsparcia dla osób niepełnosprawnych i starszych	1. Tworzenie centrów usług i mieszkalnictwa socjalnego, mieszkań chronionych, mieszkań wspomaganych, mieszkań treningowych, rodzinnych domów opieki.	JST, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe	1. Liczba centrów usług społecznych. 2. Liczba mieszkań socjalnych 3. Liczba mieszkań chronionych. 4. Liczba mieszkań wspomaganych. 5. Liczba mieszkań treningowych. 6. Liczba rodzinnych domów opieki.

Wsparcie istniejących form opieki całodobowej dla osób niepełnosprawnych i starszych	1. Organizowanie szkoleń dla pracowników placówek całodobowych: a) podnoszących kompetencje pielęgnacyjno-opiekuńcze, b) zapobiegających wypaleniu zawodowemu. 2. Rozwój wolontariatu w placówkach całodobowych. 3. Rozwój form opieki wytchnieniowej w placówkach całodobowych. 4. Podnoszenie standardu usług w placówkach 5. Świadczenie przez placówki całodobowe dodatkowych usług dla osób niepełnosprawnych i starszych ze środowiska lokalnego (poradnictwo specjalistyczne, szkolenia, pomoc w opiece, dożywianie itp.)	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, placówki opieki całodobowej	1. Liczba szkoleń podnoszących kompetencje pielęgnacyjno-opiekuńcze. 2. Liczba szkoleń zapobiegających wypaleniu zawodowemu. 3. Liczba wolontariuszy w placówkach całodobowych. 4. liczba miejsc w opiece wytchnieniowej i liczba osób korzystających. 5. Liczba dodatkowych usług świadczonych przez placówki na rzecz osób ze środowiska lokalnego.
PRIORYTET 3: STWORZENIE SKUTECZNEGO SYSTEMU WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA TERENIE POWIATU WEJHEROWSKIEGO.			
Cel operacyjny	Zadania	Podmioty	Wskaźniki
Wdrożenie systemu koordynacji działań w zakresie udzielanego wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi na terenie wszystkich gmin powiatu wejherowskiego.	1. Powołanie w wyznaczonych jednostkach organizacyjnych koordynatorów DI. 2. Promocja i edukacja mieszkańców powiatu w zakresie zdrowia psychicznego 3. Podjęcie współpracy z poszczególnymi gminami w celu wypracowania standardów i katalogu usług świadczonych osobom z zaburzeniami psychicznymi. 4. Wdrożenie systemu wsparcia rodzin w zakresie sprawowania opieki nad członkami rodzin z zaburzeniami psychicznymi, 5. Badanie i monitorowanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług osobom z zaburzeniami psychicznymi.	JST, OPS, PCPR, DPS	1. Liczba powołanych koordynatorów DI. 2. Liczba zrealizowanych inicjatyw i projektów w zakresie edukacji i promocji zdrowia psychicznego 3. Określenie standardów i katalogów usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi 4. Liczba przeprowadzonych badań oraz ich wyniki.
Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	1. Opracowanie wspólnego dla wszystkich gmin standardu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi 2. Zabezpieczanie możliwości realizacji usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach własnej działalności lub zawartych porozumień na terenie każdej z gmin	JST, OPS, PCPR, DPS, NGO	1. Wspólny dla wszystkich gmin standard wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi 2. Liczba gmin realizujących usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi w razie wystąpienia takiej potrzeby

	3. Wypracowanie i wdrożenie mechanizmów współpracy instytucji i podmiotów wykonujących zadania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie gminy 4. Opracowanie przez każdą z gmin ścieżki wsparcia dla osoby znajdującej się w kryzysie psychicznym. 5. Rozwój sieci mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dostosowanym do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi 6. Rozwój usług społecznych wspierających rodziny z dziećmi z zaburzeniami psychicznymi 7. Rozwój usług wsparcia wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych 8. Wsparcie wytchnieniowe dla opiekunów		3. Liczba wspólnie wypracowanych rozwiązań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi 4. Liczba gmin posiadających opracowaną ścieżkę postępowania wobec osoby znajdującej się w kryzysie psychicznym. 5. Liczba mieszkań wspomaganych przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi 6. Liczba rodzin z dziećmi z zaburzeniami psychicznymi korzystających ze wsparcia 7. Liczba zrealizowanych projektów w zakresie promocji zatrudnienia i reintegracji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi.
Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi	1. Stałe monitorowanie i cykliczne dokonywanie oceny możliwości usamodzielnienia osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających z usług domów pomocy społecznej 2. Wypracowanie i wdrożenie modelu współpracy z gminami kierującymi osoby z zaburzeniami psychicznymi ze swojego terenu do domów pomocy społecznej w celu umożliwienia im powrotu do środowiska w danej gminie. 3. tworzenie i realizacja indywidualnych programów usamodzielnienia mieszkańca w oparciu o zasoby gminy przez pracowników gmin oraz domów pomocy społecznej, świadczących usługi osobom z zaburzeniami psychicznymi 4. Podjęcie współpracy z gminą w zakresie poszerzenia oferty usług świadczonych przez domy pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi m.in. o prowadzenie szkoleń dla kadr gmin zajmujących się świadczeniem usług specjalistycznych w środowisku, udzielenie wsparcia w tworzeniu mieszkań treningowych i wspomaganych oraz środowiskowych domów samopomocy, stworzenie punktu konsultacyjnego	JST, OPS, PCPR, DPS, NGO	1. Liczba cyklicznie dokonywanych ocen możliwości usamodzielnienia mieszkańców domu pomocy społecznej 2. Liczba wspólnie podjętych interwencji według wypracowanego modelu 3. Liczba stworzonych oraz zrealizowanych indywidualnych programów usamodzielnienia 4. Liczba przeszkolonych osób, liczba stworzonych mieszkań i innych form pomocy środowiskowych, liczba udzielonych konsultacji osobom z zaburzeniami psychicznymi lub ich rodzinom

	dla osób z zaburzeniami psychicznymi z terenu gminy oraz ich rodzin.		
PRIORYTET 4: WSPARCIE RODZINY PRZEŻYWAJĄCEJ TRUDNOŚCI W OPIECE I WYCHOWANIU			
Cel operacyjny	Zadania	Podmioty	Wskaźniki
Utrzymanie rodziny w jej podstawowej strukturze	1. Rozpowszechnianie różnych form wsparcia dla dzieci np. placówki wsparcia dziennego, świetlice, kluby dla dzieci. 2. Zapewnienie rodzinom różnych form wsparcia: a) pomoc asystenta rodziny b) pomoc rodziny wspierającej c) organizowanie grup wsparcia lub grup samopomocowych d) usługi opiekuńcze i specjalistyczne. 3. Zapewnienie konsultacji i poradnictwa specjalistycznego dla rodzin i dzieci (psycholog, pedagog, prawnik, terapeuta). 4. Umożliwienie rodzinom mediacji rodzinnych. 5. Organizowanie szkoleń i warsztatów dla rodzin z dziećmi. 6. Promowanie wartości rodzinnych poprzez organizowanie festynów, pikników rodzinnych oraz kampanie medialne. 7. Organizowanie poradnictwa rodzinnego w ramach Punktu Konsultacyjnego w gminie (koordynator). 8. Udzielanie ochrony i szczególnego wsparcia w przypadku wczesnego lub samotnego macierzyństwa. 9. Ścisła współpraca instytucji zajmujących się dziećmi i rodziną. 10. Realizacja gminnych programów wspierania rodziny. 11. Wzmocnienie zadań realizowanych przez ZI – izolacja sprawców przemocy w rodzinie	JST, OPS, PCPR, DPS, NGO	1. Liczba placówek wsparcia dziennego, klubów i świetlic dla dzieci. 2. Liczba zatrudnionych asystentów rodziny. 3. Liczba rodzin wspierających. 4. Liczba grup wsparcia i grup samopomocowych. 5. Liczba udzielonych usług opiekuńczych i specjalistycznych. 6. Liczba udzielonych porad specjalistycznych. 7. Liczba mediacji rodzinnych. 8. Liczba szkoleń i warsztatów, w tym liczba uczestników. 9. Liczba kampanii medialnych i działań promujących wartości rodzinne. 10. Liczba udzielonych porad w ramach Punktu Konsultacyjnego i liczba osób korzystających. 11. Liczba i formy udzielonego wsparcia młodym i samotnym matkom. 12. Liczba spotkań instytucji zajmujących się dziećmi i rodziną (PCPR, OPS-y, Sąd, Policja, szkoły, organizacje pozarządowe). 13. Liczba dzieci umieszczanych w pieczy zastępczej.
Powrót dziecka z pieczy zastępczej do rodziny	1. Praca ośrodków pomocy społecznej z rodziną w przypadku umieszczenia dziecka w pieczy	Miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej	1. Liczba rodzin, których dzieci przebywają w pieczy zastępczej, objętych wsparciem

biologicznej	zastępczej. 2. Objęcie lub dalsze wspieranie rodziny przez asystenta rodziny. 3. Współpraca asystenta rodziny lub pracownika socjalnego OPS z koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej. 4. Korelacja planów pomocy dziecku z planem pracy z rodziną, w szczególności pod kątem możliwości powrotu dziecka do rodziny. 5. Dostęp do poradnictwa specjalistycznego dla rodziców biologicznych. 6. Umożliwianie kontaktów rodziny biologicznej z dziećmi przebywającymi w pieczy zastępczej, chyba że Sąd postanowi inaczej. 7. Organizowanie dla rodzin biologicznych szkoleń wzmacniających ich kompetencje wychowawcze. 8. Dostęp do szkoleń doszkalcających dla pracowników OPS-ów i PCPR-u.	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	asystenta rodziny. 2. Liczba skorelowanych planów pomocy dziecku z planami pracy z rodziną. 3. Liczba udzielonych porad specjalistycznych. 4. Liczba szkoleń i warsztatów dla rodzin, których dzieci zostały umieszczone w pieczy zastępczej. 5. Liczba szkoleń dla kadry pomocy społecznej i PCPR. 6. Liczba dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej, powracających pod opiekę rodziców biologicznych.
--------------	---	-----------------------------------	---

PRIORYTET 5: ROZWÓJ RODZICIELSTWA ZASTĘPCZEGO

Cel operacyjny	Zadania	Podmioty	Wskaźniki
Rozwój różnych form rodzinnej pieczy zastępczej	1. Promowanie idei rodzicielstwa zastępczego poprzez: prowadzenie kampanii społecznej na temat rodzicielstwa zastępczego przy zaangażowaniu samorządu i lokalnych autorytetów, przybliżanie opinii publicznej zagadnień związanych z pieczą zastępczą poprzez umieszczanie ogłoszeń oraz spotów reklamowych wraz z rozpowszechnianiem ulotek na ten temat; 2. wdrożenie instytucji lokalnych liderów na rzecz rodzicielstwa zastępczego spośród czynnych rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka; 3. powoływanie przedstawicieli rodzicielstwa zastępczego do rady gminy i rady powiatu jako ciał doradczych; 4. organizacja Dnia Rodzicielstwa Zastępczego przy zaangażowaniu samorządów; 5. współpraca z instytucjami i organizacjami na rzecz rozwoju rodzicielstwa zastępczego, w tym spotkań z	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Samorząd	1. Liczba kampanii i działań o charakterze promocyjnym. 2. Liczba kandydatów na pełnienie funkcji rodziny zastępczej niezawodowej, rodziny zastępczej zawodowej i prowadzących rodzinne domy dziecka. 3. Liczba osób zakwalifikowanych do szkolenia na pełnienie funkcji rodziny zastępczej niezawodowej, rodziny zastępczej zawodowej i prowadzących rodzinne domy dziecka. 4. Liczba szkoleń dla kandydatów na pełnienie funkcji rodziny zastępczej niezawodowej, rodziny zastępczej zawodowej i prowadzących rodzinne domy dziecka. 5. Liczba osób, które uzyskały świadectwo kwalifikacyjne do pełnienia funkcji

	przedstawicielami rodzin zastępczych. 6. Pozyskiwanie kandydatów na rodziny zastępcze poprzez: lokalne kampanie medialne (radio, prasa, telewizja); 7. udział i promocję rodzicielstwa zastępczego podczas ważnych wydarzeń na terenie powiatu; 8. organizację dni otwartych rodzicielstwa zastępczego. 9. Organizowanie szkoleń dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka. 10. Zapewnienie badań psychologicznych kandydatom do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka. 11. Stworzenie warunków do powstawania rodzin zastępczych zawodowych oraz rodzinnych domów dziecka poprzez: 12. wzrost wynagrodzeń dla zawodowych rodzin zastępczych oraz prowadzących rodzinne domy dziecka warunkowany rozwojem zawodowym 13. organizowanie szkoleń dla kandydatów na zawodowe rodziny zastępcze i prowadzących rodzinne domy dziecka; 14. organizowanie szkoleń i superwizji dla zawodowych rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka; 15. organizowanie pomocy wolontariuszy; 16. udzielanie świadczeń obligatoryjnych i fakultatywnych; 17. zatrudnianie osób do pomocy przy opiece nad dziećmi oraz przy pracach gospodarczych na wniosek rodziny zastępczej lub prowadzącego rodzinny dom dziecka; 18. dofinansowanie do wynajmu lokalu. 19. Zwiększenie liczby rodzin zastępczych specjalistycznych i o charakterze pogotowia rodzinnego. 20. Zwiększenie liczby rodzin zastępczych gotowych na przyjmowanie dzieci powyżej 10 roku życia. 21. Stworzenie ścieżki rozwoju zawodowego rodzin zastępczych		rodziny zastępczej niezawodowej, rodziny zastępczej zawodowej i prowadzących rodzinne domy dziecka. 6. Liczba nowych rodzin zastępczych. 7. Liczba rodzin zastępczych niezawodowych, zawodowych i rodzinnych domów dziecka. 8. Liczba rodzin zastępczych zawodowych specjalistycznych i o charakterze pogotowia rodzinnego. 9. Liczba rodzin zastępczych wychowujących dzieci powyżej 10 roku życia.
--	---	--	--

	22. Zmiana formy zatrudnienia rodzin zastępczych zawodowych		
Wsparcie istniejących form rodzinnej pieczy zastępczej	1. Wsparcie koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej – profesjonalizacja zawodu 2. Organizowanie szkoleń w zakresie podnoszenia kompetencji opiekuńczo – wychowawczych rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka uwzględniając ich potrzeby. 3. Udzielanie świadczeń obligatoryjnych i fakultatywnych. 4. Zapewnienie badań psychologicznych rodzinom zastępczym i prowadzącym rodzinne domy dziecka. 5. Organizowanie dla rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka pomocy wolontariuszy. 6. Prowadzenie poradnictwa specjalistycznego oraz terapii psychologicznej dla osób sprawujących rodzinną pieczę zastępczą i ich dzieci. 7. Prowadzenie konsultacji i terapii specjalistycznej dla dzieci umieszczonych w rodzinach zastępczych i rodzinnych domach dziecka. 8. Zapewnienie rodzinom zastępczym i prowadzącym rodzinne domy dziecka poradnictwa, które ma na celu zachowanie i wzmocnienie ich kompetencji i motywacji oraz przeciwdziałanie zjawisku wypalenia zawodowego. 9. Szkolenia dla koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej w celu podnoszenia ich kompetencji i kwalifikacji. 10. Organizowanie opieki nad dzieckiem, w przypadku gdy rodzina zastępcza albo prowadzący rodzinny dom dziecka okresowo nie może sprawować opieki. 11. Zatrudnianie osób do pomocy przy opiece nad dziećmi oraz przy pracach gospodarczych na wniosek rodziny zastępczej lub prowadzącego rodzinny dom dziecka. 12. Organizowanie grup wsparcia dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka. 13. Organizowanie superwizji dla zawodowych rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka.	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	1. Liczba zatrudnionych koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej. 2. Liczba szkoleń dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka. 3. Liczba udzielonych świadczeń. 4. Liczba wykonanych badań psychologicznych. 5. Liczba rodzin objętych pomocą wolontariuszy i liczba wolontariuszy. 6. Liczba udzielonych porad specjalistycznych, liczba terapii dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka. 7. Liczba udzielonych konsultacji i terapii dla dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej. 8. Liczba szkoleń i warsztatów zapobiegających wypaleniu zawodowemu rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka. 9. Liczba szkoleń dla koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej. 10. Liczba osób zatrudnionych do pomocy przy opiece nad dziećmi oraz przy pracach gospodarczych. 11. Liczba spotkań organizowanych w ramach grupy wsparcia dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka. 12. Liczba superwizji dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka. 13. Liczba wszystkich form rodzinnej pieczy zastępczej. 14. Liczba nastoletnich wychowanków rodzinnej pieczy zastępczej

	14. Wsparcie specjalistyczne oraz organizowanie szkoleń i warsztatów dla rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka na temat okresu adolescencji i problemów z tym związanych, w celu podniesienia kompetencji wychowawczych. 15. Rozwój nowych form wsparcia dostosowanych do potrzeb rodzin i dzieci. 16. Organizowanie wypoczynku rodzinom zastępczym i dzieciom w pieczy		umieszczanych w instytucjonalnej pieczy zastępczej.
PRIORYTET 6: WZMOCNIENIE PROCESU USAMODZIELNIENIA WYCHOWANKÓW PIECZY ZASTĘPCZEJ			
Cel operacyjny	Zadania	Podmioty	Wskaźniki
Wsparcie osób usamodzielnianych przebywających w pieczy zastępczej	1. Wzmocnienie kompetencji do samodzielnego życia przez wychowanków pieczy zastępczej poprzez udział w programach rozwojowych, 2. Pomoc w wyborze opiekuna usamodzielnienia – profesjonalizacja roli opiekuna. 3. Pomoc w tworzeniu i realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia. 4. Organizowanie spotkań informacyjnych dla wychowanków przygotowujących się do procesu usamodzielnienia. 5. Organizacja szkoleń i warsztatów dla usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej, 6. Tworzenie specjalnych ścieżek rozwoju dla młodzieży z pieczy zastępczej. 7. Wsparcie specjalistyczne wychowanków pieczy zastępczej. 8. Organizowanie szkoleń dla pracowników PCPR pracujących z usamodzielniającymi wychowankami oraz rodzin zastępczych, rodzinnych domów dziecka i pracowników placówek opiekuńczo -wychowawczych na temat możliwości wsparcia osób usamodzielnianych.	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie rodziny zastępcze/RDD placówki opiekuńczo - wychowawcze	1. Liczba utworzonych i zatwierdzonych indywidualnych programów usamodzielnienia. 2. Liczba spotkań informacyjnych dla wychowanków pieczy zastępczej. 3. Liczba szkoleń i warsztatów dla wychowanków pieczy zastępczej. 4. Liczba porad specjalistycznych udzielonych usamodzielniającym się wychowankom pieczy zastępczej. 5. Liczba wychowanków uczestniczących w programach rozwojowych 6. Liczba szkoleń dla pracowników PCPR pracujących z usamodzielniającymi wychowankami oraz rodzin zastępczych, rodzinnych domów dziecka i pracowników placówek opiekuńczo - wychowawczych.
Organizowanie wsparcia osobom usamodzielnianym opuszczającym pieczę	1. Udzielanie świadczeń osobom usamodzielnianym. 2. Zwiększenie dostępu do mieszkalnictwa chronionego na poziomie gmin, 3. Wsparcie specjalistów, w tym prawne i	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie urzędy miasta/gminy ośrodki pomocy społecznej	1. Liczba przyznanych świadczeń dla usamodzielnianych wychowanków. 2. Liczba udzielonych porad i konsultacji specjalistycznych udzielonych

zastępczą	psychologiczne. 4. Stałe monitorowanie realizacji programu usamodzielnienia. 5. Udzielanie pomocy i wsparcia dla młodych matek – wychowanek pieczy zastępczej, poprzez współpracę z ośrodkami pomocy społecznej, urzędami gminy. 6. Tworzenie lokalnych programów mieszkaniowych dla osób opuszczających pieczę zastępczą. 7. Nawiązanie współpracy z instytucjami lokalnego rynku pracy w celu pomocy w znalezieniu zatrudnienia przez osoby usamodzielniane opuszczające pieczę zastępczą. 8. Tworzenie mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dla usamodzielnianych wychowanków z orzeczoną niepełnosprawnością. 9. Zwiększenie rotacji wychowanków pełnoletnich z rodzin zastępczych zawodowych i rdd poprzez skuteczne usamodzielnianie .	urząd pracy	usamodzielniającym się wychowankom pieczy zastępczej. 3. Liczba mieszkań chronionych i liczba osób w nich zamieszkujących. 4. Liczba lokali socjalnych i komunalnych przyznanych przez gminę osobom usamodzielnianym opuszczającym pieczę zastępczą. 5. Liczba mieszkań wspomaganych dla usamodzielnianych wychowanków z orzeczoną niepełnosprawnością. 6. Liczba usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej posiadających stałe zatrudnienie. 7. Liczba pełnoletnich wychowanków, którzy po opuszczeniu pieczy zastępczej powrócili do jednej z form pieczy zastępczej.
PRIORYTET 7: OGRANICZANIE FUNKCJONOWANIA INSTYTUCJONALNYCH FORM PIECZY ZASTĘPCZEJ			
Zmniejszanie liczby dzieci umieszczanych w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej	1. Właściwe wsparcie rodziny biologicznej przez gminy w celu zapobiegnięcia umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej. 2. Rozwój rodzinnej pieczy zastępczej - zwiększenie liczby funkcjonujących rodzin zastępczych. 3. Umieszczanie dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej bez względu na wiek. 4. Zwiększenie liczby rodzin zastępczych specjalistycznych, gotowych na przyjęcie dzieci z niepełnosprawnościami. 5. Zwiększenie liczby rodzin zastępczych specjalistycznych, gotowych na przyjęcie małoletnich matek. 6. Powstanie rodzin zastępczych zawodowych specjalizujących się w opiece nad dziećmi na podstawie ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich.	Ośrodki pomocy społecznej Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	1. Liczba dzieci umieszczanych w pieczy zastępczej. 2. Liczba dzieci powracających z pieczy zastępczej pod opiekę rodziców biologicznych. 3. Liczba rodzin zastępczych. 4. Liczba dzieci umieszczonych w rodzinnej pieczy zastępczej. 5. Liczba dzieci powyżej 10 roku życia umieszczanych w rodzinnej pieczy zastępczej. 6. Liczba rodzin zastępczych specjalistycznych.

Zmniejszanie liczby funkcjonujących placówek opiekuńczo - wychowawczych	1. Zlecanie przez Powiat podmiotom zewnętrznym prowadzenie placówek opiekuńczo – wychowawczej typu rodzinnego - zwiększenie liczby placówek tego typu. 2. Stopniowe zmniejszanie liczby placówek opiekuńczo – wychowawczych typu socjalizacyjnego prowadzonych na zlecenie Powiatu przy równoczesnym wzroście pieczy rodzinnej	Powiat Wejherowski	1. Liczba dzieci kierowanych do instytucjonalnej pieczy zastępczej. 2. Liczba dzieci umieszczonych w danej placówce. 3. Liczba dzieci poniżej 10 roku życia przebywających w placówce. 4. Liczba dzieci powyżej 10 roku życia wymagających specjalistycznego wsparcia. 5. Liczba placówek opiekuńczo – wychowawczych typu rodzinnego. 6. Liczba placówek opiekuńczo – wychowawczych typu socjalizacyjnego.
---	---	--------------------	---

4.1. Finansowanie zadań

Jednostki i organizacje uczestniczące w realizacji programu będą aplikować o środki zewnętrzne na realizację właściwych sobie zadań określonych w programie.

Środki Finansowe na realizację programu będą pochodzić z:

1. budżetu Powiatu Wejherowskiego w tym planów finansowych jednostek organizacyjnych Powiatu,
2. dotacji budżetu państwa na realizację zadań zleconych,
3. funduszy europejskich,
4. środków pozyskiwanych w ramach programów resortowych oraz grantów,
5. budżetów Gmin.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Gdańsku w ramach Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji będzie realizował projekty zintegrowane w obszarze usług społecznych i infrastruktury społecznej. Projekty służyć będą mogły rozwojowi usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej.

Zakres projektów (EFRR+ usługi w ramach EFS+) obejmie budowę lub rozbudowę (modernizacja i remont) i/lub wyposażeniem obiektów infrastruktury:

-  mieszkania wspomagane i chronione, w celu wsparcia osób opuszczających pieczę zastępczą, osób z niepełnosprawnościami, osób starszych,
-  ośrodki wsparcia dziennego, dzienne domy pomocy, kluby seniora oraz inne obiekty na rzecz realizacji usług opiekuńczych, asystenckich, specjalistycznych, w szczególności skierowanych do osób z niepełnosprawnościami, długotrwale i ciężko chorych lub seniorów oraz miejsc opieki wytchnieniowej i wyręczającej nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
-  domy samopomocy, CIS/KIS/WTZ/ZAZ, służące wsparciu osób z niepełnosprawnościami,
-  schroniska i noclegownie dla osób w kryzysie bezdomności,
-  placówki specjalistycznego poradnictwa udzielające wsparcia osobom z wszystkich grup zagrożonych wykluczeniem społecznym,
-  ośrodki interwencji kryzysowej, udzielające pomocy ofiarom przemocy,
-  placówki wsparcia dziennego, świetlice środowiskowe, świetlice socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży⁴³.

⁴³ Rozwój usług społecznych w województwie pomorskim, Spotkanie ogólnoinformacyjne: Regionalne Platformy Społeczne dla Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji, Gdańsk ROPS, 12.09.2022 r.
<https://www.deinstytucjonalizacja.info/#prace-nad-strategia>

Preferowane będą projekty:

- przyczyniające się do rozwoju centrów usług społecznych, które zapewniają dopasowanie oferty usług społecznych do realnych potrzeb społeczności lokalnych,
- przyczyniające się do rozwoju zdolności w realizacji usług społecznych przez podmioty ekonomii społecznej,
- realizowane w partnerstwie organizacji pozarządowych z instytucjami integracji i pomocy społecznej.

SPIS TABEL

Tabela 1 Liczba mieszkańców w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego – struktura demograficzna: (stan na 31.12.2022 r.)	9
Tabela 2 Cennik opieki nad osobami starszymi - średni koszt miesięcznej opieki w domu seniora	12
Tabela 3 Liczba poradni zdrowia psychicznego, osób korzystających z tych poradni, zespołów leczenia środowiskowego, oddziałów szpitalnych i oddziałów dziennych.	26
Tabela 4 Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych pomocą lub wsparciem gminy, w tym korzystających z usług opiekuńczych, a także liczby pracowników świadczących takie usługi.	36
Tabela 5 Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi, które uzyskały pomoc w formie skierowania lub umieszczenia w domu pomocy społecznej właściwego typu, a także liczbę miejsc dla takich osób posiadaną przez gminę w mieszkaniach chronionych oraz w innych ośrodkach.	36
Tabela 6 Liczba uczniów korzystających z PZKS Wejherowo w roku szkolnym 2021-2022.	40
Tabela 7 Liczba rodzin mających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych z podziałem na gminy, wg stanu na 31.12.2021r.	44
Tabela 8 Liczba asystentów w gminie, średni czas pracy asystenta z rodziną, źródło finansowania asystenta.	46
Tabela 9 Liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej na terenie powiatu wejherowskiego.	50
Tabela 10 Liczba rodzin zastępczych i dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej.	53
Tabela 11 Liczba placówek opiekuńczo – wychowawczych prowadzonych przez Powiat Wejherowski lub na zlecenie Powiatu.	58
Tabela 12 Liczba umieszczeń w instytucjonalnej pieczy zastępczej.	60
Tabela 13 Okres pobytu dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej.	61

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1 Liczba mieszkańców w powiecie wejherowskim w rozbiu na poszczególne gminy.....	8
Wykres 2 Piramida wieku 60-85+ mieszkańców powiatu wejherowskiego (wg danych GUS 2021 r.)	9
Wykres 3 Liczba mieszkańców w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego – struktura demograficzna – zbiorczo	10
Wykres 4 Osoby starsze objęte pomocą w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego (stan na dzień 31.12.2021 r.)	10
Wykres 5 Osoby niepełnosprawne objęte pomocą w poszczególnych gminach Powiatu Wejherowskiego (stan na 31.12.2021 r.)	11
Wykres 6 Miejsca w dziennych ośrodkach wsparcia w Powiecie Wejherowskim.....	13
Wykres 7 Liczba osób w gminach miejskich Powiatu Wejherowskiego korzystających z opieki wytchnieniowej, przebywających w DPS i oczekujących na umieszczenie w DPS (stan na 31.12.2021 r.)	13
Wykres 8 Liczba osób w gminach wiejskich Powiatu Wejherowskiego korzystających z opieki wytchnieniowej, przebywających w DPS i oczekujących na umieszczenie w DPS (stan na 31.12.2021 r.)	14
Wykres 9 Koszty ponoszone przez gminy za pobyt mieszkańców w DPS w 2021 r. (łącznie kwota 8 271 858 zł)	14
Wykres 10 Liczba osób leczących się w poradniach zdrowia psychicznego w poszczególnych gminach powiatu wejherowskiego	28
Wykres 11 Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w domach pomocy społecznej.	37
Wykres 12 Liczba rodzin z problemami opiekuńczo – wychowawczymi i liczba rodzin objętych wsparciem asystenta.....	46
Wykres 13 Wysokość środków finansowych poniesionych przez gminy na utrzymanie dzieci w pieczy zastępczej w latach 2020-2022.....	49
Wykres 14 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2019 roku.	51
Wykres 15 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2020 roku.	51
Wykres 16 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2021 roku.	52
Wykres 17 Liczba rodzin zastępczych objętych wsparciem organizatora rodzinnej pieczy zastępczej z podziałem na poszczególne formy rodzin w 2022 roku.	52
Wykres 18 Oczekiwane formy wsparcia rodzin zastępczych.	53
Wykres 19 Najbardziej wspierający w pełnieniu funkcji rodziny zastępczej wg. ankietowanych.	54
Wykres 20 Wpływ pełnienia funkcji rodziny zastępczej na jakość związku małżonków.	55
Wykres 21 Gotowość do przyjęcia dzieci przez rodziny zastępcze.....	56
Wykres 22 Oczekiwany poziom wynagrodzenia przez rodziny zastępcze.	57
Wykres 23 Powody, dla których kandydaci podejmują się pełnienia funkcji rodziny zastępczej.....	57