



**REGIONALNY PLAN
ROZWOJU USŁUG
SPOŁECZNYCH I
DEINSTYTUCJONALIZACJI
DLA WOJEWÓDZTWA
ŁÓDZKIEGO NA LATA
2023-2025**

Łódź 2023

Spis treści

Spis treści	1
Wykaz najważniejszych skrótów i skrótowców	3
Wprowadzenie.....	4
1. Cele i założenia dotyczące tworzenia i systemu realizacji RPD I 2023-2025	7
1.2. Założenia ogólne.....	7
1.2. Cele RPD I 2023-2025.....	8
1.3. Polityka horyzontalna w przyjętych działaniach	8
1.4. Dokumenty wykorzystane w opracowaniu RPD I 2023-2025	10
1.5. Sposób opracowania RPD I 2023-2025	11
1.6. Zasady monitorowania RPD I 2023-2025.....	12
2. OBSZARY INTERWENCJI.....	12
2.1. Rodzina, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami.....	13
2.1.1. Kluczowe wnioski z diagnozy:	13
2.1.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie	15
2.1.3. Rekomendowane działania.....	16
2.1.4. Oczekiwane rezultaty.....	17
2.1.5. Źródła finansowania.....	19
2.1.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu	19
2.2. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny i opiekunowie nieformalni.....	23
2.2.1. Kluczowe wnioski z diagnozy.....	23
2.2.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie	24
2.2.3. Rekomendowane działania.....	25
2.2.4. Oczekiwane rezultaty	26
2.2.5. Źródła finansowania	27
2.2.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu	28
2.3. Osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni (nieformalni) – rodziny oraz opiekunowie faktyczni (nieformalni).....	31
2.3.1. Kluczowe wnioski z diagnozy.....	31
2.3.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie	32
2.3.3. Rekomendowane działania.....	34
2.3.4. Oczekiwane rezultaty	35
2.3.5. Źródła finansowania	36
2.3.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu	38
2.4. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnione oraz osoby pełniące funkcję ich opiekunów	41
2.4.1. Kluczowe wnioski z diagnozy.....	41

2.4.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie	42
2.4.3. Rekomendowane działania.....	44
2.4.4. Oczekiwane rezultaty	45
2.4.5. Źródła finansowania.....	45
2.4.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu	46
2.5. Osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością.....	48
2.5.1. Kluczowe wnioski z diagnozy:	48
2.5.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie	49
2.5.3. Rekomendowane działania.....	50
2.5.4. Oczekiwane rezultaty	51
2.5.5. Źródła finansowania.....	51
2.5.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu	52
3. Warunki horyzontalne w projektowaniu wsparcia dla wszystkich obszarów	54
4. Wskaźniki do wszystkich obszarów	56
ZAŁĄCZNIK - Diagnoza sytuacji województwa łódzkiego w zakresie usług społecznych	59

Wykaz najważniejszych skrótów i skrótowców

CUS	centrum usług społecznych
DDOM	dzienny dom opieki medycznej
DPS	dom pomocy społecznej
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS+	Europejski Fundusz Społeczny Plus
FEŁ 2027	Program regionalny Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 - 2027
KPON	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych
KPPIiWS	Krajowy Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu, Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030
KPRES	Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
ON	Osoby z niepełnosprawnością
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
PES	Przedsiębiorstwa ekonomii społecznej
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PS	Przedsiębiorstwa społeczne
RCPS w Łodzi	Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi
RPDI 2023-2025	Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji dla województwa łódzkiego na lata 2023-2025
SPSWŁ 2030	Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku
SRUS 2030	Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.),
SRWŁ 2030	Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030
TPSTWŁ	Terytorialny Plan Sprawiedliwej Transformacji Województwa Łódzkiego
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy

Wprowadzenie

Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji dla województwa łódzkiego na lata 2023-2025 został opracowany w Regionalnym Centrum Polityki Społecznej w Łodzi w oparciu o diagnozę sytuacji województwa łódzkiego w zakresie usług społecznych oraz **Strategię rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)** z uwzględnieniem innych krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych. Dokument wskazuje główne kierunki planowanych zmian w systemie usług społecznych w pierwszych trzech latach nowej perspektywy polityki społecznej, wyznaczonej wskazaną wyżej Strategią rozwoju usług społecznych. Podejmowane działania i przewidywane zmiany dostosowane są do aktualnej diagnozy potrzeb i zasobów regionu, aby jak najlepiej służyć jego mieszkańcom. Deinstytucjonalizacja (inaczej: uśrodkowanie) oznacza rozwój usług środowiskowych w miejscu zamieszkania, tak by zapewniały najbardziej przyjazne i optymalne warunki zaspokajania potrzeb osób potrzebujących wsparcia. Oznacza to z jednej strony stałe zwiększanie profilaktyki, z drugiej – przechodzenie od wsparcia o charakterze instytucjonalnym do wsparcia udzielanego w środowisku rodzinnym tych osób oraz ich społeczności lokalnej. Zakłada się, że trafnie ukierunkowana i właściwie prowadzona profilaktyka przyczyni się do zmniejszenia zapotrzebowania na te usługi. Deinstytucjonalizacja jest realizowana w Polsce już od wielu lat. Aktualne wzmocnienie tego procesu wynika z najnowszych badań naukowych, praktyk opartych na dowodach oraz wytycznych UE (Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030, s. 5 i 7).

Plan regionalny jest jednym z narzędzi realizacji Wojewódzkiej strategii w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030. Jego głównymi odbiorcami są: Instytucja Zarządzająca programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, oraz jednostki samorządu terytorialnego tworzące lokalne (powiatowe i gminne) plany deinstytucjonalizacji usług społecznych, a także organizacji sektora pozarządowego (NGO) i PES. Jako kluczowy dokument odniesienia dla planów lokalnych, zapewnia zgodność i synergiję działań na różnych poziomach organizacji samorządowej, z wykorzystaniem dotychczasowych regionalnych i lokalnych doświadczeń w zakresie budowania płaszczyzn kooperacji. Warto podkreślić, iż

przydatnym modelem do skalowania metod pracy w obszarze współpracy międzysektorowej oraz międzyorganizacyjnej jest wypracowany Model Kooperacji 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin, w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, wypracowany i wdrażany w latach 2018-2023. Ze względu na zakres Diagnozy sytuacji województwa łódzkiego w zakresie usług społecznych stanowiącej załącznik 1, Plan może służyć też innym organom administracji samorządowej i rządowej, a także mieszkańcom oraz partnerom społecznym i gospodarczym z województwa łódzkiego. Jego pozostali odbiorcy to podmioty zaangażowane we wdrażanie i beneficjenci (realizatorzy projektów) beneficjenci (realizatorzy projektów) FEŁ 2027.

Usługi społeczne to działania podejmowane w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej, świadczone w formie niematerialnej bezpośrednio na rzecz osób, rodzin, grup społecznych, grup mieszkańców o określonych potrzebach lub ogółu mieszkańców (Art. 2.1. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, Dz.U. 2019 poz. 1818). Usługi te bazują na potencjale, wiedzy, doświadczeniu i zasobach środowiska lokalnego, z wykorzystaniem potencjału wszystkich sektorów, w dużym stopniu potencjału lokalnych podmiotów ekonomii społecznej i organizacji pozarządowych. Rolą usług społecznych jest podnoszenie jakości życia mieszkańców poprzez zaspokajanie ich aktualnych potrzeb. Obok zabezpieczenia dochodu, świadczeń finansowych oraz pomocy materialnej stanowią one priorytetowe wsparcie polityki społecznej. Pozwalają odpowiadać na wyzwania i potrzeby społeczne zmieniające się zarówno w wyniku długofalowych procesów demograficznych, ekonomicznych, zdrowotnych, kulturowych i innych, jak również w wyniku zdarzeń o charakterze kryzysowym. Deinstytucjonalizacja dotyczy każdego człowieka. Jest odpowiedzią na problemy społeczne, których doświadczają wszyscy. Usługi społeczne kierowane są do wszystkich, ale odgrywają szczególną rolę we wsparciu osób w sytuacjach trudnych, zwłaszcza z grup szczególnie zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 r. (z perspektywą do 2035) wskazuje przede wszystkim na: dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami, osoby z niepełnosprawnościami i osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, osoby w kryzysie psychicznym, osoby

starsze, osoby w kryzysie bezdomności. Deinstytucjonalizacja umożliwi im dostęp do usług społecznych w środowisku lokalnym, co oznacza, że realizowane usługi opiekuńcze, asystenckie, mieszkaniowe i wiele innych, będą dostępne i realizowane bliżej ich naturalnego środowiska życia, a więc poza instytucjami całodobowego pobytu.

Deinstytucjonalizacja jest procesem długofalowych działań. W perspektywie kilku dekad Strategia Rozwoju Usług Społecznych zakłada:

- zwiększenie podaży, dostępności oraz zapewnienie odpowiedniej jakości usług świadczonych w miejscu zamieszkania oraz w formach zdeinstytucjonalizowanych;
- przygotowanie i wdrożenie lokalnych i regionalnych planów rozwoju usług opieki długoterminowej;
- stopniowe przekształcanie, a następnie ewentualne wygaszanie placówek stacjonarnych.

Oznacza to, że w bieżącej perspektywie planowania powinny być uwzględnione przede wszystkim zmiany polegające na uruchamianiu nowych usług i nowych miejsc świadczenia usług w środowisku, które pozwolą ograniczyć do minimum umieszczanie osób w instytucjach całodobowego pobytu. Usługi te mają służyć wypełnieniu luki pomiędzy całodobową opieką instytucjonalną a opieką domową, a w przypadku tej drugiej grupy – wesprzeć tzw. opiekunów faktycznych (nieformalnych), opiekujących się członkami rodzin. Deinstytucjonalizacja usług uwzględnia indywidualne potrzeby człowieka potrzebującego pomocy i wsparcia, jego podmiotowość i jego prawo do decydowania o sobie. Rozbudowa systemu różnorodnych usług środowiskowych ma stworzyć wszystkim mieszkańcom województwa realną możliwość wyboru sposobu życia i możliwość pozostawania wśród bliskich, w rodzinie i swoim naturalnym otoczeniu. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci i młodzieży, które z różnych powodów tracą możliwość wychowywania się w rodzinie, ale także w przypadku osób doświadczających choroby, niepełnosprawności, bezdomności, zależności spowodowanej wiekiem.

1. Cele i założenia dotyczące tworzenia i systemu realizacji RPD I 2023-2025

1.2. Założenia ogólne

Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.) wskazuje regionalne ośrodki/centra polityki społecznej jako koordynatorów obszaru włączenia społecznego. Opracowując Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji RCPS w Łodzi przyjął perspektywę okresu 3 lat (2023-2025), z założeniem kontynuacji wytyczonych kierunków działania w kolejnych latach, ale z możliwością aktualizacji wynikających z bieżących zmian w warunkach funkcjonowania planu. Monitorowanie realizacji planu pozwoli wdrożyć uporządkowaną koncepcję zmiany w obszarach objętych przejściem do usług środowiskowych i rodzinnych. Założenia procesu deinstytucjonalizacji na poziomie regionalnym integrują kierunki krajowej SRUS 2030 z planami, oczekiwaniami, potrzebami i możliwościami społeczności lokalnych w województwie łódzkim.

Tworzenie i wdrażanie lokalnych i regionalnych planów deinstytucjonalizacji usług jest także jednym z kluczowych działań wynikających z Umowy Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce z dnia 30 czerwca 2022 roku. Możliwe będzie wsparcie realizacji tych planów ze środków EFS+, EFRR tak aby zapewnić ich jak najbardziej skuteczne wdrożenie.

Plany regionalne i lokalne różnią się swoją specyfiką, powinny jednak pozostawać spójne co do wartości, priorytetów i kierunków działania. Plan regionalny ma za zadanie określić działania o charakterze organizacyjnym, doradczym, edukacyjnym oraz finansowym realizowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi oraz RCPS w Łodzi, jako działania na rzecz samorządów lokalnych i ponadlokalnych oraz organizacji społecznych. Głównym źródłem realizacji planu regionalnego są środki funduszy europejskich w programie FEŁ 2027 i programie krajowym Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. Ponadto RPD I 2023-2025 zawiera wytyczne co do zakresu i warunków realizacji działań finansowanych ze środków innych programów wojewódzkich (w tym

o charakterze edukacyjnym, animacyjnym i wspierającym samorządy lokalne) oraz komplementarnych wobec nich działań finansowanych z innych środków, w tym przede wszystkim krajowych, regionalnych i środków samorządów lokalnych. Plan został przyjęty uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego.

1.2. Cele RPDI 2023-2025

Główne cele RPDI 2023-2025 to:

- zintegrowanie regionalnych celów i działań operacyjnych dotyczących rozwoju usług społecznych i usług zdrowotnych oraz procesu deinstytucjonalizacji w spójny proces działań adresowany przede wszystkim do podmiotów lokalnych, odpowiedzialnych za organizowanie, dostarczanie i finansowanie tych usług ze środków własnych lub z innych źródeł, w tym z budżetu państwa;
- silniejsze powiązanie dostępnych źródeł finansowania, w szczególności funduszy europejskich, a także innych źródeł finansowych dostępnych w województwie z regionalnymi i lokalnymi celami i działaniami w obszarze usług społecznych;
- wytyczenie poprzez działania finansowe i pozafinansowe oczekiwanych kierunków rozwoju usług na poziomie lokalnym i ponadlokalnym;
- skoordynowanie działań w zakresie procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych podejmowanych przez różne departamenty lub jednostki organizacyjne samorządu województwa;
- uwzględnienie potencjału i zasobów sektora obywatelskiego i partnerów społecznych w procesie deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych w województwie.

1.3. Polityka horyzontalna w przyjętych działaniach

Plan jest częścią regionalnej polityki społecznej i choć jest związany z zaspokajaniem potrzeb społecznych, to jednak jego istotą nie jest bezpośrednia, doraźna odpowiedź na te potrzeby (temu służą inne programy), ale przede wszystkim jest to proces zmian w sposobie ich zaspokajania poprzez zapewnienie dostępu do usług społecznych w środowisku. Projektowanie usług społecznych to aktualnie jeden z

najważniejszych kierunków działań samorządów terytorialnych. Niniejszy dokument wyznacza w najbliższych latach kolejne kroki rozwoju usług społecznych przy uwzględnieniu zaangażowania nie tylko sektora publicznego, ale także podmiotów ekonomii społecznej, organizacji pozarządowych i biznesu, bez których ten proces nie będzie możliwy. Zgodnie z założeniami Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030, podmioty ekonomii społecznej i organizacje pozarządowe, z uwagi na swój oddolny charakter i lokalne zakorzenienie, powinny odgrywać kluczową rolę we wspieraniu integracji społecznej na poziomie społeczności lokalnych. W Strategii w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku podmioty te zostały wskazane w celu horyzontalnym, który zakłada zwiększenie roli ekonomii społecznej i solidarnej jako narzędzia rozwoju lokalnego zaspokajającego potrzeby społeczne. Kluczowe regionalne dokumenty strategiczne województwa łódzkiego zgodnie wskazują więc na rolę trzeciego sektora w obszarze usług społecznych. Oparcie rozwoju usług społecznych i ich deinstytucjonalizacji na podmiotach ekonomii społecznej i solidarnej uznano w regionalnym planie za politykę horyzontalną, budowaną na pięciu podstawowych filarach:

1. solidarności społecznej, wyrównywania szans i włączania społecznego odbiorców ze zróżnicowanymi potrzebami;
2. kompleksowości wsparcia opartego na lokalnych zasobach;
3. rozwiązań międzyinstytucjonalnych, w tym międzyresortowych i międzysektorowych, realizowanych w partnerstwach - także publiczno-społecznych; sieciowania wsparcia i usług;
4. koordynacji działań na poziomie lokalnym, w tym w porozumieniach międzygminnych oraz na różnych poziomach organizacji samorządowej;
5. wykorzystania dobrych praktyk, innowacji społecznych i nowych rozwiązań w zakresie polityki społecznej opartych na dowodach, co obejmuje m.in. ich upowszechnianie, wdrożenia innowacji projektowych, franczyzę społeczną, wykorzystanie wyników diagnoz społecznych, badań Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej, itd.

Szczegółowe warunki horyzontalne w projektowaniu wsparcia dla wszystkich obszarów opisano w rozdziale 3.

1.4. Dokumenty wykorzystane w opracowaniu RPDI 2023-2025

Podstawowe dokumenty, na których opierano się w procesie opracowania RPDI 2023-2025:

I. Dokumenty poziomu unijnego i krajowego:

1. Europejski Filar Praw Socjalnych
2. Karta Praw Podstawowych UE
3. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych
4. Konwencja ONZ o prawach dziecka
5. Ogólnoeuropejskie Wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;
6. Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030, z perspektywą do 2035 r.;
7. Strategia Demograficzna 2040;
8. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030;
9. Narodowy Program Zdrowia 2021-2025;
10. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030;
11. Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2030 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej;
12. Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030;
13. Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027.

II. Dokumenty o charakterze regionalnym:

1. Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030;
2. Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku;
3. Strategia polityki zdrowotnej na lata 2021-2027;
4. Program regionalny – Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027;
5. Terytorialny Plan Sprawiedliwej Transformacji Województwa Łódzkiego;

6. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Łódzkiego 2025;
7. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Łódzkiego 2025;
8. Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej Województwa Łódzkiego 2030;
9. Wojewódzki Program Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych Województwa Łódzkiego 2030;
10. Program współpracy samorządu województwa łódzkiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na 2023 r.;
11. Projekt Regionalnego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej Województwa Łódzkiego do roku 2027.

1.5. Sposób opracowania RPDI 2023-2025

Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji dla województwa łódzkiego na lata 2023-2025 powstał w wyniku prac Zespołu do spraw opracowania Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji powołanego Zarządzeniem Nr 132/2022 Dyrektora Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi z dnia 4 listopada 2022 roku.

W skład Zespołu weszli przedstawiciele kluczowych instytucji podejmujących działania i współpracujących w obszarze polityki społecznej województwa łódzkiego: Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Rodziny i Polityki Społecznej, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi, Biura Planowania Przestrzennego Województwa Łódzkiego, Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego Województwa Łódzkiego, Łódzkiej Wojewódzkiej Rady Działalności Pożytku Publicznego, Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych, przedstawiciele uczelni wyższych: Uniwersytetu Łódzkiego,

Politechniki Łódzkiej oraz Uniwersytetu Medycznego, przedstawiciel Konwentu Dyrektorów i Kierowników Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie Województwa Łódzkiego, przy konsultacji merytorycznej eksperta zewnętrznego.¹

1.6. Zasady monitorowania RPD 2023-2025

Dokument będzie podlegał corocznemu monitoringowi, który oceni zgodność działań finansowanych ze środków europejskich, środków krajowych, lokalnych oraz środków własnych Samorządu Województwa z właściwymi dokumentami strategicznymi oraz pozwoli na bieżąco weryfikować stan realizacji przyjętych założeń. Plan przyjęty na okres do 3 lat, stanowi uporządkowaną koncepcję zmiany w obszarach objętych deinstytucjonalizacją na poziomie regionalnym i w zależności od potrzeb – może być aktualizowany.

2. OBSZARY INTERWENCJI

W RPD 2023-2025 wyróżniono następujące tematyczne obszary interwencji dotyczące określonych grup podmiotowych:

- **Obszar I.** Rozwój usług o charakterze profilaktycznym i wspierającym na rzecz rodzin, dzieci i młodzieży oraz poprawiających jakość i dostępność systemu pieczy zastępczej i adopcji - **grupa podmiotowa:** rodzina, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami.
- **Obszar II.** Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczenia usług w środowisku lokalnym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, **grupa podmiotowa:** osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny i opiekunowie nieformalni.
- **Obszar III.** Włączanie społeczne osób z niepełnosprawnościami poprzez rozwój usług w społeczności lokalnej **grupa podmiotowa:** osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni (nieformalni) – rodziny oraz opiekunowie faktyczni (nieformalni).

¹ Ekspertem zewnętrznym, merytorycznym w obszarze deinstytucjonalizacji była dr. hab. Dorota Podgórska-Jachnik, prof. UŁ.

- **Obszar IV.** Stworzenie skutecznego systemu usług społecznych i środowiskowych usług zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego - **grupa podmiotowa:** osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnione oraz osoby pełniące funkcję ich opiekunów.
- **Obszar V.** Rozwój usług w społeczności lokalnej dla osób w kryzysie bezdomności i zagrożonych bezdomnością - **grupa podmiotowa:** osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością.

W dalszej części obszary będą dla uproszczenia określane poprzez przyporządkowane im grupy podmiotowe.

2.1. Rodzina, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami

Obszar I interwencji: Rozwój usług o charakterze profilaktycznym i wspierającym na rzecz rodzin, dzieci i młodzieży oraz poprawiających jakość i dostępność systemu pieczy zastępczej i adopcji

2.1.1. Kluczowe wnioski z diagnozy:

- Niewystarczające działania profilaktyczne wobec rodzin, w tym wieloprotblemowych zagrożonych wykluczeniem społecznym, transmisją problemów społecznych w środowisku rodzinnym skutkujące koniecznością umieszczenia dzieci w pieczy zastępczej;
- Zbyt późne rozpoznawanie problemów rodzin, zbyt późna interwencja;
- Niskie kompetencje wychowawcze rodziców bezradnych wobec problemów rozwojowych i wychowawczych o czym świadczy m.in. wskaźnik dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej (10 dzieci na 1 tys. mieszkańców woj. łódzkiego w 2021) powyżej średniej dla kraju wynoszącej 9;
- Zbyt mała liczba asystentów rodziny i rodzin wspierających;
- Niewystarczająca dostępność i różnorodność w stosunku do potrzeb usług w zakresie interwencji kryzysowej i poradnictwa specjalistycznego: rodzinnego, prawnego, psychologicznego, kształtowania umiejętności wychowawczych, profilaktyki uzależnień, profilaktyki przemocy, w tym przemocy domowej itp.;

- Niewystarczająca lokalna sieć wsparcia dla rodzin jak kluby rodzica, kluby samopomocowe, grupy wsparcia;
- Niewystarczająca liczba placówek wsparcia dziennego;
- Niewystarczające w stosunku do potrzeb specjalistyczne wsparcie dla dzieci i młodzieży, w tym przebywającej w pieczy zastępczej (np. wsparcie terapeutyczne, pedagogiczne, logopedyczne, psychologiczne, psychiatryczne);
- Ograniczony dostęp do opieki wychowawczej w rodzinach z dziećmi z niepełnosprawnością;
- Zbyt duża liczba dzieci i młodzieży przebywających w instytucjach długoterminowej opieki całodobowej, w tym w pieczy zastępczej, domach pomocy społecznej, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii oraz młodzieżowych ośrodkach wychowawczych;
- Małe dzieci poniżej 10. roku życia nadal przebywają w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej podczas gdy powinny przebywać w jej rodzinnych formach;
- Niewystarczająca skuteczność i brak systematyczności działań na rzecz pozyskiwania kandydatów na rodziców zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka;
- Niewystarczające wsparcie dla rodzin zastępczych (np. szkolenia, poradnictwo, grupy wsparcia, pogłębiona diagnostyka dzieci przyjmowanych do pieczy zastępczej, superwizja dla opiekunów) oraz niedostateczne zasoby lokalowe do powstawania i działania rodzinnych form pieczy zastępczej;
- Utrudniony dostęp do szkoleń dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka;
- Brak wystarczającej liczby ośrodków lub punktów interwencji kryzysowej, także dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza ośrodków ukierunkowanych na wsparcie osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin;
- Nieadekwatny do potrzeb proces usamodzielniania wychowanków opuszczających pieczę zastępczą oraz niedostateczne zasoby lokalowe (znacznie ograniczona skuteczność doczasowych rozwiązań instytucjonalnych – pozornie opiekunstwa usamodzielnienia w ramach pomocy społecznej, problemy wchodzących w życie wychowanków z dostępem do pomocy psychologicznej, terapeutycznej, doradztwa w sprawie rynku pracy, problem osamotnienia po opuszczeniu placówki – zagrożenie bezdomnością);

- Niewystarczające wsparcie dla kandydatów na rodziców adopcyjnych i rodzin adopcyjnych;
- Ograniczony dostęp do różnych form opieki dla małych dzieci, zwłaszcza opieki nad dzieckiem do 3. roku życia na terenach wiejskich;
- Na terenie województwa łódzkiego istnieje znaczna liczba centrów usług środowiskowych, nie funkcjonuje natomiast żadne centrum usług społecznych

2.1.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie

Priorytety: Najpierw rodzina – Zapobieganie problemom w rodzinach biologicznych, kompleksowe wsparcie w przeciwdziałaniu wieloproplemowości / zapobieganie wypaleniu rodziców i opiekunów zastępczych – Rodzinne formy pieczy zastępczej i ośrodki wsparcia – Skuteczne programy usamodzielnienia wychowanków pieczy zastępczej – Działania wobec młodych dorosłych ze środowisk zagrożonych – Działania pre- i post-adopcyjne

Podstawowym kierunkiem działań powinna być profilaktyka wzmacniająca więzi i wspierająca rodziny w ich funkcjach opiekuńczo-wychowawczych, zwłaszcza wobec najmłodszych dzieci i wobec dzieci z niepełnosprawnościami. Rodzina jest naturalnym środowiskiem wychowawczym dla dziecka, optymalnym dla rozwoju. Podstawowe wsparcie powinno pójść w kierunku podnoszenia kompetencji wychowawczych rodziców i zdolności samoregulacyjnych rodzin, szczególnie w sytuacji wieloproplemowości. Istotnym elementem wsparcia rodziny jest również zapewnienie różnorodnych form opieki dla dzieci i opieki wytchnieniowej, w tym w przypadku niepełnosprawności dziecka. Takie rodziny szczególnie potrzebują wsparcia, najczęściej ze strony wielu specjalistów i wielu instytucji. Konieczne jest rozwijanie kompleksowego wsparcia oraz skutecznych modeli działań kooperacyjnych, także międzyresortowych, na rzecz dziecka i rodziny. Utrzymaniu dziecka w rodzinie służą usługi asystenta rodziny, rodzin wspierających, specjalistyczne poradnictwo i terapia tak indywidualna, jak i rodzinna oraz interwencja kryzysowa (m. in. związana z problemem przemocy). Ważnym elementem systemu pomocy dla rodziny biologicznej są placówki wsparcia dziennego. Zaniknęły praktycznie rodziny wspierające, co należy wyrównać inną formą wsparcia środowiskowego lub podjąć działania mające na celu odnowę tego typu wsparcia. Jedynie gdy nie ma możliwości utrzymania lub powrotu dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej do rodziny, potrzebny jest sprawny system

pieczy zastępczej, z przewagą przyjaznych dziecku form rodzinnych. Jednocześnie konieczne jest wsparcie rodziny biologicznej, której dziecko znajduje się już w pieczy zastępczej celem powrotu dziecka do rodziny (m.in. poprzez terapię, wsparcie asystenta rodziny oraz inne formy służące reintegracji rodziny). Z uwagi na wysoką liczbę dzieci umieszczonych w instytucjonalnej pieczy zastępczej konieczne jest pozyskiwanie kandydatów na rodziców zastępczych, co w ostatnich latach jest coraz trudniejsze, mimo kampanii promujących rodzicielstwo zastępcze. Problemem jest starzenie się aktywnych rodziców zastępczych, którym mimo doświadczenia z powodu wieku coraz trudniej pełnić swoją funkcję. Istotnym problemem jest również brak superwizji i szkoleń dla istniejących już rodzin oraz niewystarczające wsparcie ze strony rodzin pomocowych. Konieczne jest podniesienie skuteczności działań związanych z procesem usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej wchodzących w dorosłe życie. Dotyczy to także osób z niepełnosprawnościami, których usamodzielnienie napotyka na wiele trudności z przystosowaniem się do samodzielnego życia.

2.1.3. Rekomendowane działania

1. Działania na rzecz wsparcia wychowawczej funkcji rodziny, rozwoju usług poradnictwa specjalistycznego, tworzenia lokalnej sieci wsparcia rodzin, dostosowanego do potrzeb i wieku dzieci oraz potrzeb rodziców;
2. Rozwój usług przyczyniających się do kompensacji deficytów, prawidłowego rozwoju społecznego dzieci i młodzieży, przeciwdziałania uzależnieniom oraz przemocy, w tym domowej;
3. Działania zapobiegające kryzysom i wsparcie w kryzysie (np. dostęp do poradnictwa specjalistycznego, programów terapeutycznych i interwencji kryzysowej, ośrodki/punkty interwencji kryzysowej, całodobowe telefony zaufania, konsultacje dla rodziców, szkoły rodziców, upowszechnianie dobrych praktyk, konsultacje, grupy wsparcia, działania na rzecz zapewnienia schronienia w sytuacjach kryzysowych, działania preinterwencyjne i postinterwencyjne całodobowe telefony zaufania, upowszechnianie dobrych praktyk);
4. Zwiększenie zakresu różnych form wsparcia, w tym usług asystenta rodziny i dziennych form wsparcia dla rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych;

5. Działania na rzecz tworzenia warunków umożliwiających powstawanie nowych rodzin zastępczych, rodzinnych domów dziecka oraz wspomaganie funkcjonowania istniejących (w tym inicjatywy mające na celu pozyskiwanie i przygotowywanie kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, wielozakresowe wsparcie rodzin zastępczych);
6. Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą, zwłaszcza osób z niepełnosprawnościami (m.in. działania podnoszące kompetencje i kwalifikacje, pomoc psychologiczna, terapeutyczna, doradztwo zawodowe, ułatwienie uzyskania mieszkania, także wspomaganego, mieszkania z usługami/ ze wsparciem, mieszkania z najmu socjalnego i innych);
7. Działania wspierające system adopcji (w tym wsparcie kandydatów na rodziców adopcyjnych, wielozakresowe wsparcie rodzin adopcyjnych, działania edukacyjne i medialne, wspieranie działań dotyczących pomocy specjalistycznej dla dzieci zakwalifikowanych do przysposobienia);
8. Działania wspierające dzieci i młodzież w ośrodkach i instytucjach całodobowych (m.in. wolontariat, rozwój usług wsparcia, ułatwienie dostępu do specjalistów);
9. Działania na rzecz podnoszenia kompetencji i kwalifikacji kadr systemu pomocy i integracji społecznej oraz systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej;
10. Działania ukierunkowane na wyrównywanie szans życiowych dzieci i młodzieży (w tym działania integracyjne, aktywizacyjne, wspierające skierowane do dzieci i rodzin, wyrównywania szans edukacyjnych, pomoc w trudnościach szkolnych, imprezy integracyjne);
11. Działania towarzyszące integracji społecznej (m.in. związane z dostępem do kultury, sztuki, rekreacji, sportu, turystyki);
12. Koordynacja usług dostarczających kompleksową diagnozę i wsparcie dziecku i rodzinie (łączenie usług z zakresu pomocy społecznej, edukacji, ochrony zdrowia - zespoły multidyscyplinarne), tworzenie/ rozwijanie CUS.

2.1.4. Oczekiwane rezultaty

1. Wzrost jakości działań pomocowych na rzecz dzieci i rodzin a także na rzecz rodzinnych form pieczy zastępczej oraz adopcji;
2. Zwiększenie potencjału opiekuńczo-wychowawczego rodzin biologicznych;
3. Zwiększenie liczby asystentów rodziny;

4. Wzrost liczby osób korzystających z poradnictwa specjalistycznego;
5. Wzrost liczby placówek wsparcia dziennego;
6. Wzrost liczby dzieci w rodzinnych formach pieczy zastępczej w stosunku do form instytucjonalnych;
7. Zwiększenie liczby ośrodków interwencji kryzysowej/punktów interwencji kryzysowej i zakresu ich działania (liczba osób objętych wsparciem, specjalizacja – np. osoby uzależnione z niepełnosprawnością; całodobowe telefony zaufania);
8. Zwiększenie liczby dzieci i rodzin objętych wsparciem Regionalnego Punktu Diagnostyki i Terapii FAS/FASD;
9. Wzrost liczby rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka;
10. Wzrost liczby usług preadopcyjnych i postadopcyjnych;
11. Wzrost liczby mieszkań dla usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej;
12. Wzrost liczby mieszkań/domów dla rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka;
13. Działania szkoleniowo-edukacyjne z zakresu wychowania i rodzicielstwa zastępczego dla osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, oraz osób pracujących w obszarze wspierania dziecka i rodziny;
14. Wzrost liczby działań szkoleniowo-edukacyjnych dla kandydatów do przysposobienia dziecka oraz dla kandydatów do pełnienia funkcji rodzin zastępczych i prowadzenia rodzinnego domu dziecka;
15. Działania szkoleniowo-edukacyjne adresowane do specjalistów FAS/FASD oraz rodziców/opiekunów dzieci z FAS/FASD;
16. Zwiększenie liczby specjalistów (np. pedagog, psycholog, logopeda, terapeuta, psychiatra) działających na rzecz dziecka i rodziny oraz młodych dorosłych;
17. Zwiększenie liczby rodzin pomocowych;
18. Zwiększenie liczby nowo zatrudnionych opiekunów dziecięcych, wychowawców, pracowników socjalnych, asystentów rodziny i koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej w okresie realizacji planu;
19. Wzrost liczby działań edukacyjno-doradczych z zakresu profilaktyki więzi w rodzinie;
20. Wzrost liczby wychowanków pieczy zastępczej, którzy skorzystali ze specjalistycznego wsparcia;
21. Utworzenie CUS;

22. Wzrost liczby organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej, które świadczą usługi społeczne i zdrowotne na rzecz rodzin, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami.

2.1.5. Źródła finansowania

Główne źródła finansowania planowanych działań:

- Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
- Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027
- Środki Województwa Łódzkiego (Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej Województwa Łódzkiego 2030; Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Łódzkiego 2025; Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Łódzkiego 2025)

Inne możliwe źródła finansowania:

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030
- Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- Środki z programów rządowych m.in.: Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, Program Maluch + na dofinansowanie i tworzenie miejsc opieki nad dzieckiem do 3. roku życia.
- Środki z budżetu państwa.

2.1.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu

Tabela 1.1. Działania dla I. obszaru interwencji ze wskazaniem do harmonogramu ich realizacji (**grupa podmiotowa: rodzina, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami**)

Lp.	Działania	Główni realizatorzy	Harmonogram		
			2023	2024	2025
1.	Usługi mające na celu wzmocnienie zdolności rodzin i jej członków do przezwyciężania trudności i kryzysów życia rodzinnego, w tym problemów opiekuńczo-	1. jednostki samorządu terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne, związki,			

	wychowawczych (m.in. asystentura rodzinna, rodziny wspierające, terapie, mediacje, warsztaty, poradnictwo, doradztwo rodzinne, grupy wsparcia, grupy samopomocowe, wolontariat, pomoc prawna oraz realizacja działań z zakresu reintegracji rodziny)	stowarzyszenia i porozumienia jst,			
2.	Usługi wsparcia rodziny w formie placówek wsparcia dziennego (tworzenie nowych, rozwój istniejących)	2. jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej,			
3.	Rozwój lokalnej sieci wsparcia rodzin i działań o charakterze profilaktycznym (m.in. kluby rodzica, poradnictwo, programy aktywności lokalnej, warsztaty, spotkania, kluby samopomocowe, działania edukacyjne, streetworking)	3. podmioty sektora edukacji, 4. podmioty sektora kultury, 5. podmioty sektora sportu i turystyki, 6. podmioty działające w systemie ochrony zdrowia,			
4.	Działania zapobiegające kryzysom i wsparcie w kryzysie, w tym rozwój usług w zakresie przeciwdziałania przemocy z uwzględnieniem przemocy domowej (m.in. dostęp do poradnictwa specjalistycznego, programów terapeutycznych i interwencji kryzysowej, konsultacje, grupy wsparcia, działania na rzecz zapewnienia schronienia w sytuacjach kryzysowych, działania preinterwencyjne i postinterwencyjne, profilaktyka zachowań suicydalnych, całodobowe telefony zaufania, ośrodki/punkty interwencji kryzysowej, upowszechnianie dobrych praktyk)	7. sądy i ich organy pomocnicze, 8. policja, 9. publiczne służby zatrudnienia, w tym instytucje rynku pracy, 10. organizacje pozarządowe w rozumieniu art. 3 ust. 2 i podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz grupy nieformalne, np. grupy samopomocowe i kręgi wsparcia,			
5.	Działania na rzecz powstawania nowych rodzin zastępczych (w tym inicjatywy mające na celu pozyskiwanie i przygotowywanie kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej)	11. podmioty ekonomii społecznej, 12. przedsiębiorstwa społeczne, 13. inne podmioty/instytucje publiczne, 14. podmioty prywatne.			
6.	Kompleksowe wsparcie rodzin zastępczych na każdym etapie funkcjonowania (m.in. przedsięwzięcia integrujące środowisko rodzin zastępczych, szkolenia, warsztaty, superwizje, poradnictwo, terapie, rodziny pomocowe, wsparcie wolontariuszy)				
7.	Rozwój oferty wsparcia dla wychowanków pieczy zastępczej (m.in. pomoc psychologiczna, psychiatryczna, terapie, działania na rzecz rozwoju zainteresowań, wyrównywania szans edukacyjnych, kompensacji deficytów, przeciwdziałania uzależnieniom oraz przemocy rówieśniczej)				
8.	Wspieranie działań na rzecz osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą, zwłaszcza osób z niepełnosprawnościami (m.in. działania na rzecz wzmocnienia aktywności i samodzielności życiowej wychowanków,				

	upowszechnianie dobrych praktyk, ułatwienie uzyskania mieszkania, także wspomaganego lub z koszykiem usług, mieszkania z najmu socjalnego)			
9.	Działania wspierające system adopcji (w tym wsparcie preadopcyjne i postadopcyjne, działania edukacyjne i medialne, wspieranie działań dotyczących pomocy specjalistycznej)			
10.	Podnoszenie kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej oraz systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej na potrzeby świadczenia usług społecznych w społeczności lokalnej (zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji)			
11.	Koordinacja usług dostarczających kompleksową diagnozę i wsparcie dziecku i rodzinie (łączenie usług zakresu pomocy społecznej, edukacji, ochrony zdrowia) - zespoły multidyscyplinarne			
12.	Działania wspierające dzieci i młodzież, w tym przebywające w ośrodkach i instytucjach całodobowych, np. młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapeutycznych, ośrodkach kuratorskich, DPS (m.in. usługi wspomagające rozwój dzieci i ich dostosowanie społeczne, niwelowanie deficytów i zaburzeń rozwojowych)			
13.	Działania polegające na przekształcaniu placówek opieki całodobowej nad dziećmi w rodzinne formy pieczy zastępczej, dzienne ośrodki wsparcia rodziny lub ograniczenie liczby miejsc długoterminowej opieki całodobowej			
14.	Adaptacja, remont i wyposażenie nieruchomości związane ze wsparciem rodzinnej pieczy zastępczej, w tym przyjmujących dzieci z niepełnosprawnościami jak i liczne rodzeństwa			
15.	Adaptacja, remont i wyposażenie nieruchomości związane ze wsparciem osób usamodzielniających się, opuszczających pieczę zastępczą			
16.	Dostęp do opieki wychowawczej - dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością			
17.	Usługi opiekuńcze, w tym dla małych dzieci, asystenckie i dzienne formy wsparcia, szczególnie dla rodzin wielodzietnych, niepełnych i z osobami z niepełnosprawnością			
18.	Działania ukierunkowane na wyrównywanie szans życiowych dzieci i młodzieży (w tym działania integracyjne, aktywizacyjne, wspierające skierowane do			

	dzieci i rodzin, wyrównywania szans edukacyjnych, pomoc w trudnościach szkolnych, imprezy integracyjne);				
19.	Działania na rzecz profilaktyki więzi rodzinnej w tym m.in. poprzez wspieranie aktywnego wypoczynku, różnych form wspólnego spędzania czasu, uczestnictwa w kulturze				
20.	Zwiększenie dostępu do opieki żłobkowej w szczególności na terenach wiejskich				
21.	Inwestycje służące rozwojowi środowiskowych form wsparcia dla rodzin z dziećmi				
22.	Tworzenie i rozwój centrów usług społecznych				

2.2. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny i opiekunowie nieformalni.

Obszar II interwencji: Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczenia usług w środowisku lokalnym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności

2.2.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Zbyt mała w stosunku do potrzeb oferta pozainstytucjonalnych form wsparcia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz ich opiekunów w środowisku lokalnym (obecnie w regionie żyje 291 tys. osób potrzebujących wsparcia z czego aż 105 tys. - 36% to osoby całkowicie lub poważnie niesamodzielne);
- Niewystarczający rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zbyt mało specjalistycznych usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich, asystencji osobistej dla osób starszych;
- Brak wsparcia dla opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (szkolenia, wsparcie psychologiczne, grupy wsparcia dla opiekunów, etc.);
- Brak wystarczającego systemu wsparcia żywieniowego dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i seniorów w trudnej w trudnej życiowej (inicjatyw m.in.: lodówek społecznych, akcji „Podziel się posiłkiem”);
- Zbyt mała liczba środowiskowych form wsparcia: mieszkań chronionych i wspomaganych oraz mieszkań z usługami/ ze wsparciem, rodzinnych domów pomocy, centrów opiekuńczo-mieszkalnych, dziennych domów pomocy, środowiskowych domów samopomocy, klubów seniora, i in.;
- Ograniczony dostęp do usług w zakresie telemedycyny i teleopieki;
- W województwie łódzkim utrzymuje się duże wykluczenie cyfrowe w grupie 60+ - 75% nie potrafi samodzielnie korzystać z komputera i Internetu, a 26% nie korzysta samodzielnie z telefonu komórkowego;
- Niska aktywność i niewykorzystany potencjał seniorów województwa łódzkiego - tylko 2% angażuje się w działalność społeczną, ponadto występuje znikome zainteresowanie aktywnością w organizacjach dedykowanych osobom starszym;

- Zbyt mała liczba wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego;
- Duża liczba barier architektonicznych, komunikacyjnych i transportowych występujących w środowisku lokalnym osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Duża liczba osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu umieszczanych w domach pomocy społecznej;
- Ograniczone wsparcie dla osób z zaburzeniami demencyjnymi (choroba Alzheimera) i ich opiekunów;
- Niewystarczająca integracja w świadczeniu usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Osoby o ograniczonej sprawności napotykają bariery w miejscu zamieszkania utrudniające im samodzielne funkcjonowanie, związane przede wszystkim z problemami z poruszaniem, pokonywaniem schodów w budynkach wielorodzinnych.

2.2.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie

Priorytety: Aktywizacja i wsparcie w samodzielności Kompleksowe wsparcie w zakresie zdrowia i usług społecznych - Wsparcie dla opiekunów faktycznych

Potrzeba wsparcia w samodzielności może dotyczyć osób w każdym wieku, jednak dotyczy szczególnie seniorów z niepełnosprawnościami, chorujących, w tym z zaburzeniami demencyjnymi. Powoduje to zwiększone potrzeby na powiązane ze sobą pakiety usług zdrowotnych oraz opiekuńczych i in., w tym wsparcie w chorobach psychicznych (depresja) i w demencji. Prognozy ukazują dalsze starzenie się populacji województwa łódzkiego (choć nie tylko - jest to trend ogólnoeuropejski) w najbliższych latach i dalszych latach, zatem należy się spodziewać, że to ta grupa zasilać będzie liczebnie grupę osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Podstawowym celem działań powinno być profilaktyczne podnoszenie stanu sprawności osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym seniorów umożliwiające kompresję trendu). Będą też coraz większe potrzeby stałego dostępu do usług medycznych, opiekuńczych, asystencji osobistej, opieki wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych. Ważne jest jak

najdłuższe samodzielne radzenie sobie seniorów, osób chorych i innych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w ich domach, a następnie prawo do pobytu i dalszego starzenia się w przyjaznej przestrzeni własnego domu i rodziny ze wsparciem innych. Większy dostęp do usług świadczonych w środowisku zamieszkania czy środowisku lokalnym powinien wpłynąć na zmniejszenie popytu na usługi stacjonarnej opieki długoterminowej.

2.2.3. Rekomendowane działania

1. Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym sąsiedzkich w miejscu zamieszkania połączonych z usługami wspierającymi niezależność, samodzielność, mobilność i bezpieczeństwo tych osób, np. likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania (mieszkania adaptowalne) i w przestrzeni publicznej, sfinansowanie tworzenia i rozwoju wypożyczalni sprzętu wspomagającego (zwiększającego samodzielność tych osób) i sprzętu pielęgnacyjnego (niezbędnego do opieki nad tymi osobami). Sfinansowanie wypożyczenia lub wypożyczenia tego sprzętu, dowożenie posiłków, usługi transportu indywidualnego;
2. Kompleksowe i zindywidualizowane wsparcie mające na celu rozwój usług społecznych i zdrowotnych wspierających, niezależność, samodzielność, mobilność i bezpieczeństwo osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (np. likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania - mieszkania adaptowalne);
3. Tworzenie i rozwój usług zwiększających samodzielność osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez m.in. rozwój ośrodków wsparcia dziennego, gospodarstw opiekuńczych, dziennych domów pomocy i rodzinnych domów pomocy, a także rozwój takich usług jak wypożyczalnia sprzętu wspomagającego (zwiększającego samodzielność tych osób) i sprzętu pielęgnacyjnego (niezbędnego do opieki nad tymi osobami);
4. Rozwój wsparcia wytchnieniowego dla opiekunów faktycznych (nieformalnych) sprawujących opiekę nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (np. poradnictwo specjalistyczne, edukacja, grupy samopomocowe);

5. Tworzenie mieszkań chronionych, mieszkań wspomaganych lub mieszkań z usługami/ ze wsparciem;
6. Tworzenie i rozwój centrów usług społecznych;
7. Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej, w tym hospicyjnej i paliatywnej, geriatrycznej, w formie domowej, pielęgniarstwa opieki długoterminowej, świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne;
8. Działania na rzecz podnoszenia kompetencji i kwalifikacji kadr systemu pomocy i integracji społecznej świadczących usługi na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich opiekunów faktycznych (nieformalnych).

2.2.4. Oczekiwane rezultaty

1. Zwiększenie dostępności do usług społecznych i zdrowotnych (m.in. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich, opieki wytchnieniowej, poradnictwa, asystencji osobistej, opieki medycznej długoterminowej świadczonej w miejscu zamieszkania, usług w ramach opieki geriatrycznej, paliatywnej, pielęgniarstwa długoterminowej domowej i hospicyjnej świadczonej w miejscu zamieszkania);
2. Wzrost liczby placówek wsparcia o charakterze dziennym (m. in. dzienne domy pomocy, kluby seniora, środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy opieki medycznej (DDOM));
3. Zwiększenie liczby stacjonarnych placówek opieki, w których wsparto działania na rzecz kompleksowych usług środowiskowych, w tym usług realizujących stacjonarną opiekę krótkoterminową np. poprzez rodzinne domy pomocy. Działania mogą dotyczyć otwarcia na równoległą realizację usług środowiskowych przy ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego lub całkowitego jego wygaszenia;
4. Utworzenie i rozwój centrów usług społecznych i innych miejsc koordynacji oraz świadczenia usług środowiskowych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w społeczności lokalnej;
5. Wzrost liczby organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej, które świadczą usługi społeczne i zdrowotne na rzecz wsparcia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

6. Zwiększenie kompetencji i kwalifikacji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
7. Zwiększenie liczby i rozwój mieszkań wspomaganych oraz mieszkań z usługami/ ze wsparciem dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
8. Zwiększenie liczby i zakresu usług wytchnieniowych dla opiekunów nieformalnych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
9. Wzrost liczby gmin, w których uruchomiono usługi wsparcia opiekunów faktycznych (nieformalnych) (inne niż usługi wytchnieniowe);
10. Zwiększenie liczby wypożyczalni sprzętu wspomagającego (zwiększającego samodzielność tych osób) i sprzętu pielęgnacyjnego (niezbędnego do opieki nad tymi osobami);
11. Zwiększenie liczby usług transportowych dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (m.in. transport *door to door*).

2.2.5. Źródła finansowania

Główne źródła finansowania

- Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
- Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027
- Środki innych krajowych funduszy celowych:
 - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – np. program Aktywny samorząd oraz inne dedykowane osobom z niepełnosprawnościami.
 - Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030
 - Fundusz Solidarnościowy - programy Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, Opieka Wytchnieniowa, Centra opiekuńczo-mieszkalne, Program „Opieka 75+”, Program wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025.
 - Fundusz Dostępności.
- Środki Województwa Łódzkiego (Wojewódzki Program Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania ich Wykluczeniu Społecznemu oraz

Pomocy w Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych Województwa Łódzkiego 2030).

2.2.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu

Tabela 1.2. Działania dla II. obszaru interwencji ze wskazaniem do harmonogramu ich realizacji (**grupa podmiotowa: osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny i opiekunowie nieformalni.**

Lp.	Działania	Główni realizatorzy	Harmonogram		
			2023	2024	2025
1.	Kontynuowanie i rozwój usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz wsparcia w aktywnej integracji ze środowiskiem	1. jednostki samorządu terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne, związki, stowarzyszenia i porozumienia jst, 2. podmioty reintegracyjne,			
2.	Rozwój usług społecznych na rzecz osób sprawujących funkcję opiekuna faktycznego (nieformalnego) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (m.in. instruktaż, szkolenia i doradztwo dla opiekunów nieformalnych, opieka wytchnieniowa, grupy wsparcia, wsparcie psychologiczne, zajęcia praktyczne oraz wymiana doświadczeń)	3. publiczne służby zatrudnienia, w tym instytucje rynku pracy, 4. podmioty działające w systemie ochrony zdrowia, 5. podmioty sektora edukacji, 6. podmioty sektora kultury,			
3.	Rozwój usług asystenckich dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	7. podmioty sektora sportu i turystyki, 8. organizacje pozarządowe w rozumieniu art. 3 ust. 2			
4.	Realizacja usług społecznych w środowisku lokalnym poprzez rozwój dziennych form wsparcia (m.in. poprzez: centra usług środowiskowych, ośrodki wsparcia, w tym dzienne domy pomocy, kluby seniora, kluby samopomocy oraz	i podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy 24 kwietnia 2003 r. o			

	inne ośrodki dla osób, które wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)	<p>działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz grupy nieformalne, np. grupy samopomocowe i kręgi wsparcia,</p> <p>9. podmioty ekonomii społecznej,</p> <p>10. przedsiębiorstwa społeczne,</p> <p>11. inne podmioty/instytucje publiczne, np. PFRON,</p> <p>12. podmioty prywatne.</p>			
5.	Rozwój usług społecznych i zdrowotnych w ramach opieki hospicyjnej, paliatywnej, geriatrycznej świadczonych w miejscu zamieszkania oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, np. rozwój dziennych domów opieki medycznej oraz dziennych centrów wsparcia pamięci				
6.	Rozwój mieszkań wspomaganych i chronionych oraz mieszkań z usługami/ze wsparciem dostosowanych do potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu				
7.	Działania na rzecz likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu m.in. poprzez dostęp do mieszkań adaptowalnych				
8.	Dostarczanie usług specjalistycznego poradnictwa oraz wsparcia w ramach interwencji kryzysowej (np. porady prawne, psychologiczne, mediacyjne, telefony wsparcia)				
9.	Usługi świadczone w społeczności lokalnej zwiększające mobilność, samodzielność oraz bezpieczeństwo osób, które potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (m.in. poprzez: usługi transportowe door-to-door, dowożenie posiłków, usługi sąsiedzkie, teleopieka, usługi				

	ukierunkowane na zmniejszenie wykluczenia cyfrowego i społecznego)				
10.	Tworzenie punktów wypożyczalni sprzętu wspomagającego dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (zwiększającego samodzielność) i sprzętu pielęgnacyjnego (niezbędnego do opieki nad tymi osobami), wraz ze szkoleniami w zakresie jego obsługi				
11.	Podnoszenie kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej w zakresie świadczenia usług społecznych i zdrowotnych w społeczności lokalnej oraz dostępu do superwizji				
12.	Rozwijanie wolontariatu, w tym w środowisku osób starszych oraz promocja pozytywnego wizerunku i potencjału osób starszych, wpieranie działania lokalnych liderów usług środowiskowych				
13.	Koordinacja działań na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich opiekunów w zakresie zapewnienia kompleksowych usług społecznych i zdrowotnych w tym poprzez tworzenie i rozwój centrów usług społecznych				

2.3. Osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni (nieformalni) – rodziny oraz opiekunowie faktyczni (nieformalni)

Obszar III interwencji: Włączanie społeczne osób z niepełnosprawnościami poprzez rozwój usług w społeczności lokalnej

2.3.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Brak wystarczającej liczby usług społecznych i zdrowotnych adresowanych do osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin, w tym opieki wytchnieniowej dla opiekunów faktycznych (nieformalnych); brak wsparcia psychologicznego, terapeutycznego - przeciążenie i wypalenie tych osób w związku z opieką nad osobami z niepełnosprawnościami;
- Niedostateczny rozwój pozainstytucjonalnych form wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów w środowisku lokalnym;
- Doświadczanie dyskryminacji i wykluczenia z życia publicznego z powodu niepełnosprawności;
- Niewystarczająca liczba usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, usług asystenckich, kręgów wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami przy ich liczbie na poziomie 221,9 tys. w województwie łódzkim (PFRON 2023);
- Ograniczona liczba środowiskowych form wsparcia, m. in. mieszkań chronionych, wspomaganych, mieszkań z usługami/ze wsparciem, dziennych domów pomocy, środowiskowych domów samopomocy;
- Duże zróżnicowanie lokalne skali potrzeb (duże różnice w odsetku osób z niepełnosprawnościami) oraz różne zasoby wsparcia osób z niepełnosprawnościami w różnych powiatach województwa łódzkiego;
- Utrudniony dostęp adekwatnej do potrzeb rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami na terenach wiejskich;
- Ograniczony i zróżnicowany udział osób z różnymi niepełnosprawnościami w życiu społecznym;
- Ograniczona oferta kulturalna, turystyczna i sportowa dla osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza w środowisku wiejskim;

- Niezadowalający stan zdrowia i krótsze życie wśród osób z niepełnosprawnościami;
- Bariery architektoniczne, informacyjno-komunikacyjne, cyfrowe i transportowe występujące w przestrzeni publicznej;
- Coraz więcej osób z niepełnosprawnościami z wyższym wykształceniem, ale nadal niska aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami (wprawdzie łódzkie plasuje się powyżej średniej wynoszącej dla Polski 26,4 łódzkie 30,2) jednak nadal poniżej oczekiwań;
- Aktywne organizacje pozarządowe w województwie łódzkim działające na rzecz osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin;
- Niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba usług z zakresu integracji społecznej oraz podmiotów je świadczących m.in. WTZ, ZAZ, CIS, KIS;
- Malejąca liczba osób z niepełnosprawnościami umieszczanych w domach pomocy społecznej (w roku 2021 z opieki i wsparcia oferowanego przez domy pomocy społecznej w województwie łódzkim skorzystało łącznie 6 694 osób (o 281 osób mniej niż w roku 2020). Placówki te oferowały w 2021 roku 6 193 miejsca, czyli o 25 mniej w porównaniu do stanu z roku 2020 (OZPS, 2021).

2.3.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie

Priorytety: Równe prawa - Samodzielność i niezależność – Wzmacnianie potencjału osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin oraz opiekunów faktycznych (nieformalnych) – Znoszenie barier – zwiększanie dostępności i włączanie społeczne

Niepełnosprawność ogranicza możliwość zaspokajania własnych potrzeb, zwiększając zależność od innych, co wpływa na jakość życia i często prowadzi do dyskryminacji i wykluczenia społecznego osób z niepełnosprawnościami. Problemem jest ograniczanie autonomii osób z niepełnosprawnościami wynikające m. in. z barier funkcjonalnych i społecznych oraz niewykorzystany potencjał tych osób, gdyż przy odpowiednim wsparciu mogą one funkcjonować na wysokim poziomie aktywności społecznej i zawodowej, nawet przy umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności. Bariery są jeszcze ciągle niewiedza o niepełnosprawnościach i możliwościach zwiększania dostępności dla tych osób oraz wsparciu adekwatnym do

potrzeb. Niepełnosprawność powinna być też dostrzeżona jako czynnik wykluczenia w przypadku innych grup podmiotowych potrzebujących wsparcia (krzyżowanie się osi wykluczenia). Niepełnosprawność jest medykalizowana, utożsamiana z chorobą, mimo deklarowania w dokumentach programowych jej społecznego modelu (m. in. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych). Świadczenia socjalne zamiast pracy zawodowej, także konieczność rezygnacji z pracy rodziców/opiekunów faktycznych dzieci i osób dorosłych z niepełnosprawnością powodują niski status ekonomiczny rodziny i niemożność zakupu niezbędnych usług, jeśli nie są dostarczane jako usługi bezpłatne lub częściowo odpłatne. Powoduje to zwiększenie zależności tych osób i rodzin, a możliwe i potrzebne jest zwiększanie niezależności. W ostatnich latach nastąpiło wiele korzystnych zmian: przede wszystkim dostrzeżenie praw osób z niepełnosprawnością, tworzenie warunków do edukacji włączającej, ramy prawne dla zwiększania dostępności i racjonalnych usprawnień. Widoczne są wyższe aspiracje edukacyjne i zawodowe, ruch samorzeczniczy. W działaniach na rzecz osób z niepełnosprawnościami należy przede wszystkim wykorzystać te możliwości i kontynuować tworzenie warunków do samodzielnego i niezależnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami, jako pełnoprawnych uczestników życia społecznego w regionie łódzkim. Posiadają oni bowiem potencjał, który doceniany i wzmacniany stanowi ważną część kapitału ludzkiego i społecznego w regionie. Tworzenie warunków obejmuje zarówno wzmocnienie potencjału osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin, jak też identyfikację i niwelowanie różnego rodzaju barier w dostępności, utrudniających pełne uczestnictwo w życiu społecznym oraz korzystanie z możliwości, jakie stwarza rozwój regionu łódzkiego. Przez bariery w dostępności rozumiane są zarówno bariery fizyczne – architektoniczne lub informacyjno-komunikacyjne, cyfrowe jak też mentalne i organizacyjne – świadomościowe, systemowe lub prawne. Działania świadomościowe powinny towarzyszyć ich znoszeniu. Rozwój usług społecznych powinien odzwierciedlać zintegrowane podejście biopsychospołeczne (ocenę funkcjonalną nie tylko ograniczeń, ale i możliwości), a deinstytucjonalizacja wyrażać się w normalizacji życia tych osób i ich rodzin.

2.3.3. Rekomendowane działania

1. Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości wystandaryzowanych usług społecznych i zdrowotnych, świadczonych przez kadre posiadającą odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie w pracy: zawodowe lub wolontarystyczne;
2. Rozwój usług z zakresu integracji społecznej oraz dalsze wsparcie tworzenia i funkcjonowania podmiotów integracji społecznej (m.in. CIS, KIS, ZAZ, WTZ), jako dostawcy tych usług;
3. Podejmowanie działań zwiększających samodzielność osób z niepełnosprawnościami, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, charakteryzujących się utrudnieniami dla mieszkańców zgodnie z zasadą dostępności (transportowej, architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej);
4. Zwiększenie liczby podmiotów funkcjonujących w środowisku lokalnym świadczących usługi w społeczności lokalnej w celu zabezpieczenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin;
5. Wzmacnianie zasobów, kompetencji i jakości usług kadry realizującej usługi na rzecz osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów (m.in. poprzez szkolenia i superwizję);
6. Wspieranie działań podejmowanych w ramach procesu deinstytucjonalizacji wzmacniających rozwój sektora ekonomii społecznej jako dostawcy środowiskowych usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów;
7. Zwiększenie liczby usług transportowych dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami (m.in. transport *door to door*);
8. Upowszechnienie dostępu do mieszkań wspomaganych, mieszkań z usługami/ze wsparciem stanowiących alternatywę wobec opieki stacjonarnej, długoterminowej;
9. Zabezpieczenie potrzeb osób z niepełnosprawnościami (okresowo lub w nagłych sytuacjach) poprzez zapewnienie opieki wytchnieniowej dla rodzin, opiekunów faktycznych (nieformalnych);
10. Opracowanie i wdrażanie działań świadomościowych i profilaktycznych pod kątem przeciwdziałania niepełnosprawności, ograniczania jej skutków funkcjonalnych, promującą aktywność ruchową, intelektualną oraz społeczną;

11. Zapobieganie wykluczeniu społecznemu i wzmacnianie potencjału osób z niepełnosprawnościami poprzez promowanie ruchu samorzeczniczego.

2.3.4. Oczekiwane rezultaty

1. Zwiększenie dostępności do usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej dla osób z niepełnosprawnościami (m.in. usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich – szczególnie na wsi – w tym gospodarstw opiekuńczych, opieki wytchnieniowej, usług asystenckich, opieki długoterminowej, usług w ramach opieki paliatywnej, hospicyjnej w miejscu zamieszkania);
2. Integrowanie usług społecznych i zdrowotnych dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (pakiety/wiązki usług);
3. Wzrost liczby usług środowiskowych, asystenckich (w tym asystencji osobistej, asystentów osoby niepełnosprawnej, asystentów rodziny znających specyfikę rodzin osób z niepełnosprawnościami);
4. Tworzenie i rozwój usług aktywnej integracji, w tym rehabilitacji społecznej i zawodowej, których dostawcami mogą być podmioty takie jak m.in. WTZ, ZAZ, CIS, KIS;
5. Wzrost liczby gmin, które utworzyły placówki wsparcia o charakterze dziennym, np. środowiskowe domy samopomocy, mieszkania wspomagane, mieszkania z usługami/ze wsparciem i inne niesegregacyjne formy mieszkalnictwa wspomagane, rodzinne domy pomocy i inne;
6. Zwiększenie liczby mieszkań wspomaganych, mieszkań z usługami/ze wsparciem dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawności;
7. Tworzenie i rozwój centrów usług społecznych i wzrost liczby podmiotów świadczących zintegrowane usługi środowiskowe na rzecz osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów faktycznych (nieformalnych) w społeczności lokalnej;
8. Wzrost liczby działań upowszechniających profilaktykę zdrowotną pod kątem przeciwdziałania niepełnosprawności, ograniczania jej skutków funkcjonalnych, promującą aktywność ruchową, intelektualną, społeczną;
9. Tworzenie centrów opiekuńczo-mieszkalnych i innych innowacyjnych rozwiązań łączących usługi mieszkaniowe z innymi formami wsparcia;

10. Zwiększenie liczby gmin, w których uruchomiono usługi wytchnieniowe dla rodzin osób z niepełnosprawnościami;
11. Zwiększenie liczby osób, które skorzystały z usług wytchnieniowych;
12. Wzrost liczby działań z wykorzystaniem kręgów wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i innych form sieciowania wsparcia w miarę potrzeb;
13. Wzrost liczby gmin, w których uruchomiono usługi wsparcia opiekunów faktycznych (nieformalnych) (inne niż usługi wytchnieniowe);
14. Wzrost liczby opiekunów faktycznych (nieformalnych) osób z niepełnosprawnościami, którzy skorzystali ze wsparcia;
15. Zwiększenie kompetencji i kwalifikacji kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej dla osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów faktycznych (nieformalnych);
16. Wzrost liczby organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej, które świadczą usługi społeczne i zdrowotne na rzecz wspierania aktywnej integracji oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami;
17. Promowanie i rozwój aktywności rzeczniczej i działań na rzecz wspieranego podejmowania decyzji.

2.3.5. Źródła finansowania

Główne źródła finansowania

- Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
- Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027
- Środki krajowych funduszy celowych:
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – np. program Aktywny samorząd oraz inne dedykowane osobom z niepełnosprawnościami.
Fundusz Solidarnościowy - programy Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, Opieka Wytchnieniowa, Centra opiekuńczo-mieszkalne, Program „Opieka 75+”, Program wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025.
Fundusz Dostępności.
- Środki z programów rządowych m.in.: Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”

- Środki Województwa Łódzkiego (Wojewódzki Program Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych Województwa Łódzkiego 2030; Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Łódzkiego 2025; Wojewódzki Program Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2021–2030).

2.3.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu

Tabela 1.3. Działania dla III. obszaru interwencji ze wskazaniem do harmonogramu ich realizacji (**grupa podmiotowa: osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny oraz opiekunowie nieformalni**)

Lp.	Działania	Główni realizatorzy	Harmonogram		
			2023	2024	2025
1.	Kompleksowe i zindywidualizowane wsparcie osób z niepełnosprawnościami mające na celu rozwój m.in. usług asystencji i asystencji osobistej, opiekuńczych w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, poradnictwa specjalistycznego połączonych z usługami wspierającymi, niezależność, samodzielność, mobilność i bezpieczeństwo tych osób (np. likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania - mieszkania adaptowalne, dowożenie posiłków, usługi transportu indywidualnego np. door-to-door, tworzenie i rozwój wypożyczalni sprzętu wspomagającego i sprzętu pielęgnacyjnego)	1. jednostki samorządu terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne, związki, stowarzyszenia i porozumienia jst, 2. podmioty reintegracyjne, m.in. KIS, CIS, WTZ, ZAZ, 3. publiczne służby zatrudnienia, w tym instytucje rynku pracy, 4. podmioty działające w systemie ochrony zdrowia, 5. podmioty sektora edukacji, 6. podmioty sektora kultury, 7. podmioty sektora sportu i turystyki, 8. organizacje pozarządowe w rozumieniu art. 3 ust. 2 i podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz grupy nieformalne, np. grupy			
2.	Tworzenie i sieciowanie centrów usług społecznych oraz tworzenie podmiotów o charakterze dziennym, np. środowiskowych domów samopomocy i rodzinnych domów pomocy				
3.	Tworzenie mieszkań chronionych, mieszkań wspomaganych lub mieszkań z usługami/ ze wsparciem				
4.	Upowszechnianie i rozwój centrów opiekuńczo-mieszkalnych				
5.	Tworzenie i realizacja planów usamodzielniających i				

	prozatrudnieniowych, w tym promowanie idei „niezależnego” życia i zindywidualizowanego podejścia do aktywnej integracji oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej	<p>samopomocowe i kręgi wsparcia,</p> <p>9. podmioty ekonomii społecznej,</p> <p>10. przedsiębiorstwa społeczne,</p> <p>11. inne podmioty/instytucje publiczne,</p> <p>12. podmioty prywatne.</p>			
6.	Tworzenie i rozwój usług w zakresie integracji społecznej i zawodowej, których dostawcami mogą być podmioty takie jak m.in. WTZ, ZAZ, CIS, KIS				
7.	Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej, w tym hospicyjnej, paliatywnej w formie domowej, świadczącego skoordynowane usługi społeczne i usługi zdrowotne				
8.	Kompleksowe i zindywidualizowane wsparcie dla opiekunów faktycznych, m.in.: szkolenia, poradnictwo, wsparcie psychologiczne, zapewnienie opieki zastępczej krótkoterminowej oraz wsparcie wytchnieniowe dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami				
8.	Animowanie i organizowanie społeczności lokalnej, aktywizacja potencjału lokalnej społeczności, integrowanie zasobów, budowanie sieci współpracy i różnych form samopomocy na rzecz osób z niepełnosprawnościami, m.in. tworzenie środowiskowego społecznego w tym rozwój kręgów wsparcia, wolontariatu i wsparcia sąsiedzkiego				
9.	Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr systemu pomocy i integracji społecznej w zakresie świadczenia usług społecznych i zdrowotnych w				

	społeczności lokalnej dla osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów oraz dostępu do superwizji				
10.	Promowanie i rozwój działań na rzecz wspieranego podejmowania decyzji oraz wzmocnienie zaangażowania obywatelskiego i rzecznictwa własnego				

2.4. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnione oraz osoby pełniące funkcję ich opiekunów

Obszar IV interwencji: Stworzenie skutecznego systemu usług społecznych i środowiskowych usług zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego

2.4.1. Kluczowe wnioski z diagnozy

- Nierównomierny dostęp do opieki psychiatrycznej w regionie, szczególnie ograniczony dostęp do świadczeń opieki psychiatrycznej dla mieszkańców wsi;
- Słabo rozwinięty system wsparcia na I i II poziomie referencyjności (m.in. wsparcie środowiskowe, psychologiczno-terapeutyczne);
- Trudności w dostępie do poradni psychologiczno-pedagogicznych (długi czas oczekiwania)
- Brak dostępu do kompleksowego leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży;
- Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, brak zrozumienia problematyki i negatywne stereotypy społeczne;
- Zbyt mała liczba środowiskowych form wsparcia tj.: centra zdrowia psychicznego, zespoły leczenia środowiskowego, środowiskowe domy samopomocy typu A (tylko dla osób z zaburzeniami psychicznymi), ośrodki interwencji kryzysowej/punkty interwencji kryzysowej, mieszkania wspomagane i chronione oraz mieszkania z usługami/ ze wsparciem dla osób chorujących psychicznie;
- Brak specjalistycznej oferty terapii uzależnień dla osób z niepełnosprawnościami - brak narzędzi pracy i przeszkolonej kadry, brak form pracy terapeutycznej osób uzależnionych w domach pomocy społecznej;
- Niska aktywność zawodowa i przedwczesne wykluczenie z rynku pracy osób chorujących na choroby psychiczne i w kryzysie zdrowia psychicznego;

- Wysoki wskaźnik demencji wśród seniorów w województwie łódzkim, przy współchorobowości.

2.4.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie

Priorytety: Profilaktyka zdrowia psychicznego - Zapobieganie stereotypom i stygmatyzacji – Kompleksowość wsparcia i koordynacja usług zdrowotnych i społecznych dla osób wracających do zdrowia – Usługi, wsparcie i zatrudnienie w podmiotach ekonomii społecznej – Wsparcie dla rodzin i opiekunów faktycznych osób chorujących psychicznie

Stan psychiczny współczesnych społeczeństw jest jednym z najbardziej niepokojących – obok chorób cywilizacyjnych – obszarów wymagających interwencji zarówno w zakresie polityki zdrowotnej, jak polityki społecznej. Potrzeby województwa łódzkiego pod tym względem nie różnią się co do profilu od potrzeb ogólnopolskich, choć wiele wskaźników świadczy o ich większym natężeniu: sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa jest gorsza niż w innych częściach kraju, oczekiwane dalsze trwanie życia jest najniższe wśród wszystkich województw, a wskaźnik umieralności – najwyższy. Region zajmuje 4. miejsce w Polsce pod względem zachorowań na zaburzenia i choroby psychiczne oraz przoduje w kraju pod względem absencji chorobowej pracowników z tego tytułu. W tym kontekście rośnie zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi (GUS 2020; Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku). Brakuje zwłaszcza miejsc na oddziałach psychiatrycznych, zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci. Niedostatecznie rozwinięta jest także opieka środowiskowa, w tym dla dzieci i młodzieży, np. w postaci Centrów Zdrowia Psychicznego. Wyraźnie odczuwalny jest brak pomocy psychiatrycznej, psychologicznej i psychoterapeutycznej dla osób z niepełnosprawnościami. Mieszkańcy województwa nisko oceniają swój dobrostan. Planowanie deinstytucjonalizacji usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach tak nasilonych potrzeb i braku wystarczającego zabezpieczenia medycznego w szpitalach i innych instytucjach ochrony zdrowia (niedostatek rozwiązań instytucjonalnych) jest trudne, gdyż pomoc społeczna musi się liczyć ze wsparciem dla osób, których potrzeby zdrowotne nie są zaspokojone w wystarczającym stopniu

w odniesieniu do współczesnych standardów medycznych, osób w stanie wielomiesięcznego oczekiwania na dostęp do leczenia. Trzeba podkreślić, że samo leczenie nie leży w obszarze działań pomocy społecznej, które go nie zastąpią. Konieczne więc będzie skoncentrowanie się na wsparciu tej grupy osób i ich rodzin w środowisku, realizacja programów profilaktycznych, promujących zdrowy i aktywny styl życia, przeciwdziałanie uzależnieniom, podtrzymywanie i rozwijanie istniejących programów profilaktyki uzależnień i wsparcia osób uzależnionych, także wśród osób z niepełnosprawnościami, rozwijanie działań na rzecz destygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, usługami w zakresie interwencji kryzysowej, także dla młodzieży i osób z niepełnosprawnościami. Należy zwrócić uwagę na problemy trzech grup wymagających szczególnego wsparcia: dzieci i młodzież, osób z niepełnosprawnościami oraz seniorów w obszarze dedykowanych im interwencji, uwzględniając zaburzenia i kryzysy psychiczne jako dodatkowo współwystępujący problem. W przypadku osób starszych to także problem demencji (nasila się w przypadku współwystępowania depresji); w przypadku dzieci i młodzieży oraz osób z niepełnosprawnościami – doświadczeń przemocy. Te problemy podejmowane w innych obszarach interwencji powinny wspomóc działania na rzecz podniesienia dobrostanu tych osób. Konieczne będzie integrowanie działań medycznych ze społecznymi, zwiększanie udziału pracowników socjalnych w zespołach terapii środowiskowej, wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w środowisku domowym, rozwijanie zasobów mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (są już takie - to blisko połowa mieszkań chronionych w województwie, ale jeszcze nie zaspokajają istniejących potrzeb), wykorzystanie potencjału podmiotów ekonomii społecznej. Ważne jest wsparcie dla osób chorych i ich rodzin przez rozwijanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dziennych form wsparcia i inne działania kompensujące niedostateczne usługi w obszarze zdrowia. Ale sytuacja będzie się zmieniać (z jednej strony mamy trudne do oszacowania zmiany sytuacji zdrowotnej po pandemii, także w odniesieniu do problemu uzależnień; z drugiej - resort zdrowia zaczął także realizację planów naprawczych w zakresie braków w opiece psychiatrycznej w Polsce, realizowany jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, czego efekty powinny być widziane w najbliższych latach w postaci zwiększenia dostępu do ośrodków referencyjnych I i II stopnia). Wobec przewidywanych zmian, należy liczyć się z koniecznością poszerzenia, ale i elastycznego traktowania rozwiązań z zakresu

polityki społecznej w tym zakresie w kolejnych etapach realizacji planu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji.

2.4.3. Rekomendowane działania

1. Rozwój usług w miejscu zamieszkania, w szczególności specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
2. Włączanie usług społecznych do zintegrowanych wiązek usług w ramach spersonalizowanego wsparcia, obejmującego także usługi zdrowotne;
3. Współpraca pracowników kadr pomocy i integracji społecznej ze specjalistami resortu ochrony zdrowia w interdyscyplinarnych zespołach terapii środowiskowej, wspierającej osobę chorującą i jej rodzinę;
4. Rozwój dziennych form pomocy i wsparcia, zwłaszcza na terenach wiejskich – upowszechnianie działalności ośrodków wsparcia, w tym środowiskowych domów samopomocy, mieszkań wspomaganych i chronionych oraz mieszkań z usługami/ ze wsparciem, mieszkań adaptowalnych, gospodarstw opiekuńczych;
5. Rozwój form wsparcia o charakterze samopomocowym – klubów samopomocy, kręgów wsparcia, grup samopomocowych;
6. Wzmacnianie zasobów, kompetencji i jakości usług kadry realizującej usługi na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (m.in. poprzez szkolenia i superwizję);
7. Wspieranie podmiotów świadczących usługi społeczne dla osób w kryzysie psychicznym - podmiotów ekonomii społecznej, w tym organizacji pozarządowych;
8. Wspieranie rozwoju specjalistycznego poradnictwa, także dla dzieci i młodzieży, w szczególności poprzez wspieranie rozwoju centrów usług społecznych i ośrodków interwencji kryzysowej/punktów interwencji kryzysowej, z uwzględnieniem osób z niepełnosprawnościami oraz dzieci i młodzieży;
9. Wspieranie aktywizacji społecznej i zawodowej osób po kryzysach psychicznych (elastyczne formy zatrudnienia, w spółdzielniach i firmach socjalnych);
10. Działania na rzecz zmiany negatywnych stereotypów i postaw wobec osób chorujących na choroby psychiczne.

2.4.4. Oczekiwane rezultaty

1. Rozwój zasobów mieszkań chronionych, wspomaganych, mieszkań z usługami/ ze wsparciem na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego;
2. Utworzenie i rozwój centrów usług społecznych, z usługami wspierającymi osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego;
3. Wzrost kwalifikacji i kompetencji kadry świadczącej usługi społeczne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi – rozwój szkoleń i systematycznego dostępu do superwizji, etc.;
4. Poszerzanie zakresu i dostępności specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego;
5. Poszerzanie zakresu i dostępności dziennych form pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego;
6. Wzrost liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, które skorzystały ze specjalistycznych usług opiekuńczych lub dziennych form pobytu;
7. Zwiększenie liczby i zakresu usług specjalistycznych i interwencyjnych dla osób doświadczających kryzysu, z uwzględnieniem potrzeb osób starszych, z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzieży (w tym wsparcie tworzenia i rozwoju ośrodków interwencji kryzysowej i punktów interwencji kryzysowej);
8. Wzrost liczby organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej, które świadczą usługi społeczne i zdrowotne na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego;
9. Zwiększenie liczby działań informacyjnych o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i z zaburzeniami psychicznymi;
10. Zwiększenie liczby i zakresu usług szkoleniowych i wytchnieniowych dla opiekunów faktycznych (nieformalnych) osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym dementywnymi.

2.4.5. Źródła finansowania

- Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
- Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027

- Środki Województwa Łódzkiego (Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Województwa Łódzkiego 2025).

Inne źródła:

- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 (wśród zadań m.in.: wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej; oraz monitorowanie sposobu wdrażania przez jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty pomocy społecznej programów poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem kierunków polityki rodzinnej i senioralnej;
- Narodowy Program Zdrowia 2021-2025;
- Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Od zależności ku samodzielności” (Moduły: I. Wsparcie rodzin z osobą z zaburzeniami psychicznymi; II. Samopomoc; III. Umożliwianie osobom z zaburzeniami psychicznymi zdobywania kompetencji niezbędnych do samodzielnego życia; IV. Integracja i innowacyjność).

2.4.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu

Tabela 1.4. Działania dla IV. obszaru interwencji ze wskazaniem do harmonogramu ich realizacji) **grupa podmiotowa:** osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnione oraz osoby pełniące funkcję ich opiekunów.

Lp.	Działania	Główni realizatorzy	Harmonogram		
			2023	2024	2025
1.	Realizacja usług w ramach zindywidualizowanego wsparcia	1. jednostki samorządu terytorialnego			

	łączących usługi społeczne i zdrowotne	oraz ich jednostki organizacyjne, związki, stowarzyszenia i porozumienia jst,			
2.	Zwiększenie oferty usług w miejscu zamieszkania, w szczególności specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	2. podmioty działające w systemie ochrony zdrowia, 3. publiczne służby zatrudnienia, w tym instytucje rynku pracy,			
3.	Tworzenie i rozwój interdyscyplinarnych zespołów terapii środowiskowej, wspierającej osobę chorującą i jej rodzinę w oparciu o współpracę pracowników kadr pomocy i integracji społecznej ze specjalistami resortu ochrony zdrowia	4. podmioty reintegracyjne, m.in.. KIS, CIS, WTZ, ZAZ, 5. podmioty sektora edukacji, 6. organizacje pozarządowe w rozumieniu art. 3 ust. 2			
4.	Upowszechnianie działalności ośrodków wsparcia, w tym m.in. środowiskowych domów samopomocy oraz mieszkań chronionych, wspomaganych i mieszkań z usługami/ ze wsparciem, mieszkań adaptowalnych, gospodarstw opiekuńczych szczególnie na terenach wiejskich	i podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz grupy nieformalne, np. grupy samopomocowe i kręgi wsparcia,			
5.	Rozwój form wsparcia o charakterze samopomocowym – klubów/grup samopomocy, kręgów wsparcia	7. podmioty ekonomii społecznej, 8. przedsiębiorstwa społeczne,			
7.	Podnoszenie kwalifikacji, kompetencji i jakości usług kadry realizującej usługi na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (m.in. poprzez szkolenia i superwizje)	9. inne podmioty/instytucje publiczne, np. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, PFRON, 10. podmioty prywatne.			

8.	Działania na rzecz rozwoju specjalistycznego poradnictwa, z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzieży, w szczególności poprzez wspieranie rozwoju centrów usług społecznych i ośrodków interwencji kryzysowej/punktów interwencji kryzysowej				
9.	Wspieranie aktywizacji społecznej i zawodowej osób po kryzysach psychicznych (m.in. elastyczne formy zatrudnienia, w spółdzielniach i firmach socjalnych)				
10.	Realizacja kampanii i innych działań na rzecz zmiany negatywnych stereotypów i postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego				

2.5. Osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością

Obszar V interwencji: Rozwój usług w społeczności lokalnej dla osób w kryzysie bezdomności, dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością

2.5.1. Kluczowe wnioski z diagnozy:

- Niewystarczający system działań profilaktycznych dla osób w kryzysie bezdomności, dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub

zagrożonych bezdomnością, w tym poradnictwa specjalistycznego, psychologicznego, prawnego, doradztwa, terapii uzależnień, interwencji kryzysowej, itp.;

- Niewystarczająca ochrona prawna i doradztwo chroniące przed utratą domu;
- Niewystarczająca liczba mieszkań chronionych, wspomaganych i innych form mieszkalnictwa, w tym takich, w których oferowane są usługi społeczne i wsparcie osób je zamieszkujących a także utrudniony dostęp do mieszkań np. w ramach modelu „Najpierw mieszkanie” czy tych z najmu socjalnego;
- Nerozpoznane potrzeby środowiska osób w kryzysie bezdomności;
- Zły stan zdrowia osób w kryzysie bezdomności, w tym uzależnienia, choroby psychiczne (częsty powód bezdomności);
- Niedostatek kadry przygotowanej do pracy z osobami w kryzysie bezdomności;
- Stygmatyzacja i izolacja społeczna osób w kryzysie bezdomności.

2.5.2. Przyjęty kierunek działania i jego uzasadnienie

PRIORYTETY: Profilaktyka utraty mieszkania i wykluczenia mieszkaniowego – Program „Najpierw mieszkanie” - Streetworking i indywidualne programy wychodzenia z bezdomności – Wsparcie socjalne i zdrowotne - Indywidualne programy aktywizacji i reintegracji osób w kryzysie bezdomności

Wsparcie osób w kryzysie bezdomności, choć realizowane od dawna, znalazło się po raz pierwszy w zapisie Strategii rozwoju polityki społecznej województwa łódzkiego do roku 2030. Oznacza to, że problemowi nadano rangę jednego z priorytetów. Dostęp do poradnictwa specjalistycznego, w tym psychologicznego, prawnego, doradztwa, terapii uzależnień itp. przyczyni się do wsparcia osób zagrożonych bezdomnością oraz w kryzysie bezdomności, pomoże zapobiegać problemowi bezdomności, a osobom bezdomnym umożliwi wyjście z kryzysu. Polityka mieszkaniowa jest jednym z kluczowych obszarów procesu deinstytucjonalizacji i włączenia społecznego osób zagrożonych bezdomnością i w kryzysie bezdomności. Dla wielu z nich podstawową kwestią jest dostępność fizyczna oraz przystępność

cenowa mieszkań, które są bezpieczne i nie sprzyjają izolacji. W związku z tym konieczny jest rozwój mieszkalnictwa chronionego oraz innych form mieszkalnictwa, w tym wspieranie programów opartych na modelu „najpierw mieszkanie” i innych modelach mających na celu wyjście osoby z kryzysu bezdomności. Wsparcie rozwoju infrastruktury wykorzystywanej w ramach najmu socjalnego jest odpowiedzią na potrzebę wynajmu mieszkania przez osoby, które po cenach rynkowych nie mogą sobie na to pozwolić. Są to mieszkania wchodzące w skład gminnych zasobów lokalowych, ale także przez gminę gospodarowane. Działalność tego typu przyczyni się do zwiększenia dostępności mieszkań bez konieczności ponoszenia wydatków na budowę nowych obiektów wskutek użytkowania mieszkań istniejących. Pozwoli także na rozszerzenie oferty mieszkaniowej dla osób o niskich i średnich dochodach, dla których zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych na zasadach rynkowych byłoby niemożliwe. W bieżących działaniach szczególnie ważne są formy bezpośredniego wsparcia aktywizującego (indywidualne plany wychodzenia z bezdomności, praca streetworkerów), profilaktyka zdrowotna, uwzględniająca utrudniony dostęp do opieki pielęgniarstwa i medycznej.

2.5.3. Rekomendowane działania

1. Zwiększenie zasobów lokalowych do realizacji programów mieszkaniowych (np. „Najpierw mieszkanie”);
2. Rozwijanie indywidualnych planów wychodzenia z bezdomności;
3. Uruchomienie dostępnych form pomocy medycznej (np. mobilne i stacjonarne punkty medyczne, poradnictwo zdrowotne, dostęp do leków, wsparcie osób uzależnionych);
4. Wzmacnianie zasobów, kompetencji i jakości usług kadry realizującej usługi na rzecz osób w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych bezdomnością lub wykluczeniem mieszkaniowym (m.in. poprzez szkolenia i superwizje).

2.5.4. Oczekiwane rezultaty

1. Zwiększenie skali usług profilaktycznych i interwencyjnych w województwie (w tym m.in. poradnictwa specjalistycznego, doradztwa, terapii uzależnień i innych w gminach, w których przebywa największa liczba osób bezdomnych);
2. Zwiększenie liczby usług streetworkingu;
3. Wzrost liczby mieszkań chronionych, wspomaganych, w tym treningowych oraz innych form mieszkalnictwa, w szczególności w ramach programu „Najpierw mieszkanie”, co przyczyni się do zwiększenia skali usług świadczonych w różnych formach mieszkalnictwa;
4. Zwiększenie liczby inwestycji w infrastrukturę lokali wykorzystywanych w ramach najmu socjalnego przeznaczonych dla osób w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych bezdomnością lub wykluczeniem mieszkaniowym;
5. Utworzenie stacjonarnych i mobilnych punktów medycznych;
6. Wzrost kwalifikacji i kompetencji kadry świadczącej usługi społeczne na rzecz osób z w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych bezdomnością lub wykluczeniem mieszkaniowym;
7. Wzrost liczby organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej, które świadczą usługi społeczne i zdrowotne na rzecz osób w kryzysie bezdomności, dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością.

2.5.5. Źródła finansowania

Główne źródła finansowania

- Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
- Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027
- Środki Województwa Łódzkiego (Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2022–2030).

Inne źródła:

- Program Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Pokonać bezdomność”. Program pomocy osobom bezdomnym Edycja 2023 (MODUŁY: I. Profilaktyka; II. Wsparcie osób bezdomnych działania interwencyjne i aktywizujące; III. Infrastruktura; IV. Innowacyjność).

2.5.6. Realizatorzy działań i wskazania do harmonogramu

Tabela 1.5. Działania dla V. obszaru interwencji ze wskazaniem do harmonogramu ich realizacji (**grupa podmiotowa: osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością**)

Lp.	Działania	Realizatorzy	Harmonogram		
			2023	2024	2025
1.	Rozwój kompleksowych usług świadczonych w formie pozainstytucjonalnej ukierunkowanych na zapobieganie bezdomności, przeciwdziałanie wykluczeniu mieszkaniowemu oraz skierowanych do osób w kryzysie bezdomności, zagrożonych bezdomnością i ich rodzin, w tym działań profilaktycznych i interwencyjnych, m. in. poradnictwa specjalistycznego: psychologicznego, terapeutycznego, prawnego, asystentury, streetworkingu, usług typu „outreach”	1. jednostki samorządu terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne, związki, stowarzyszenia i porozumienia jst, 2. podmioty działające w systemie ochrony zdrowia, 3. publiczne służby zatrudnienia, w tym instytucje rynku pracy,			
2.	Rozwój mieszkań chronionych oraz innych form mieszkalnictwa, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia w dostępie do mieszkań wspomaganych z usługami/ ze wsparciem, w szczególności w ramach modelu „Najpierw mieszkanie”	4. podmioty reintegracyjne, m.in.. KIS, CIS, WTZ, ZAZ,			
3	Wsparcie rozwoju infrastruktury wykorzystywanej w ramach najmu socjalnego, wdrażanie koncepcji „agencji najmu”	5. społeczne agencje najmu, 6. organizacje pozarządowe w rozumieniu art. 3 ust. 2 i podmioty wymienione w			
4.	Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr pracujących w formule środowiskowej z osobami w kryzysie bezdomności, dotkniętymi wykluczeniem				

	z dostępu do mieszkań lub zagrożonymi bezdomnością, w tym zapewnienie superwizji	art. 3 ust. 3 ustawy 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz grupy nieformalne, np. grupy samopomocowe i kręgi wsparcia, 7. podmioty ekonomii społecznej, 8. przedsiębiorstwa społeczne, 9. inne podmioty/institu cje publiczne, 10. podmioty prywatne.			
5.	Rozwój mobilnych usług medycznych dla osób w kryzysie bezdomności skoordynowanych z usługami społecznymi i indywidualnymi planami wychodzenia z bezdomności				
6.	Koordinacja działań na rzecz osób w kryzysie bezdomności, dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością w zakresie zapewnienia kompleksowych usług społecznych i zdrowotnych w tym poprzez tworzenie i rozwój centrów usług społecznych				

3. Warunki horyzontalne w projektowaniu wsparcia dla wszystkich obszarów

1. Kompleksowe projektowanie wsparcia w oparciu o optymalnie wykorzystane lokalne zasoby, a w szczególności:
 - a) łączenie diagnoz o charakterze funkcjonalnym (całościowych ocen sytuacji osób, rodzin, grup w kontekście środowiskowym) ze wsparciem postdiagnostycznym poprzez projektowanie spersonalizowanej ścieżki wsparcia;
 - b) sieciowanie wsparcia i tworzenia lokalnych koszyków usług; wiązanie usług np. społecznych ze zdrowotnymi, a także innymi adekwatnymi do diagnozy (np. edukacyjnymi) w zindywidualizowane wiązki/pakiety usług służące kompleksowym rozwiązaniom adekwatnym do zdiagnozowanych potrzeb osoby, rodziny, grupy; jest to możliwe przy stałej (systemowej) aktualizacji dostępnych usług i kompleksowej informacji dla klienta („zasada jednego okienka”);
 - c) oprócz łączenia usług społecznych ze zdrowotnymi zaleca się: łączenie działań wytnieniowych/odciążających z aktywizującymi; działań wobec osób potrzebujących wsparcia (o ograniczonej samodzielności) z działaniami wspierającymi ich opiekunów faktycznych i rodziny; rozwiązań indywidualnych (specjalnych) z uniwersalnymi (projektowanie uniwersalne usług uwzględniające możliwość wykorzystania rozwiązań przez różnych użytkowników).
2. Budowanie kultury samopomocy i wsparcia wzajemnego (wymiana usług, usługi sąsiedzkie, banki czasu, banki usług lokalnych) - rozwiązań, pozwalających beneficjentowi na wyjście z roli jedynie odbiorcy wsparcia.
3. Uwzględnienie działań rozwijających usługi społeczne, które to działania dotyczą zarówno infrastruktury, jaki i zasobów ludzkich.
4. Rozwijanie narzędzi do planowania, wdrażania i monitorowania procesu deinstytucjonalizacji wśród administracji samorządowej.
5. Projektowanie na poziomie województwa otwartych katalogów usług w kategoriach bardziej ogólnych, niż szczegółowych, co umożliwia na etapie

realizacji elastyczne dopasowanie działań do konkretnych potrzeb oraz personalizację wsparcia.

6. Uwzględnienie w rozwoju usług społecznych projektów opartych na partnerstwie jednostek samorządowych przede wszystkim z podmiotami ekonomii społecznej, organizacjami pozarządowymi, ale także innymi, w tym innowacyjnymi modelami rozwiązań kooperatywnych. Oparcie rozwoju usług społecznych i ich deinstytucjonalizacji na podmiotach ekonomii społecznej i solidarnej uznano w regionalnym planie za politykę horyzontalną, budowaną na filarach:
 - a) rozwiązań międzyinstytucjonalnych, w tym międzyresortowych i międzysektorowych, realizowanych w partnerstwie publiczno-społecznym;
 - b) koordynacji działań na poziomie lokalnym, w tym w porozumieniach międzygminnych oraz na różnych poziomach organizacji samorządowej;
 - c) wykorzystania dobrych praktyk, innowacji społecznych i nowych rozwiązań w zakresie polityki społecznej opartych na dowodach, co obejmuje m.in. ich upowszechnianie, wdrożenia innowacji projektowych, franczyzę społeczną, wykorzystanie wyników diagnoz społecznych, badań Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej.
7. Uwzględnienie racjonalnych usprawnień, dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej, cyfrowej i transportowej występujących w przestrzeni publicznej i rozwiązań opartych na projektowaniu uniwersalnym.
8. Zasadna jest realizacja kompleksowych projektów uwzględniających zarówno rozwój usług, jak i przygotowanie infrastruktury niezbędnej do ich świadczenia.
9. Tworzenie i rozwijanie Centrów Usług Społecznych lub innych innowacyjnych rozwiązań w zakresie koprodukcji i wspólnego świadczenia usług społecznych, także w powiązaniu z innymi potrzebami.
10. Personalizację wsparcia z uwzględnieniem nowych i innowacyjnych rozwiązań, dopasowanych do sytuacji beneficjentów (np. wsparcie mobilne, zdalne – tele-opieka, tele-porady, kręgi wsparcia).

4. Wskaźniki do wszystkich obszarów

Wskaźniki do RPD1 2023-2025 zostały dobrane zgodnie ze Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), oraz zapisami Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027

L.P.	Wskaźniki	Rodzaj wskaźnika	Wartość początkowa (2022r.)	Ogólna wartość docelowa do 2027/2030 r.	Wartość do końca 2025 r.	Źródło wskaźnika
1.	Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej	produktu	-	8 200	200	FEŁ 2027/WUP
2.	Liczba osób świadczących usługi w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w programie	rezultatu	-	2 300	-	FEŁ 2027/WUP
3.	Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej	rezultatu	-	700	-	FEŁ 2027/WUP
4.	Liczba osób objętych usługami w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej	produktu	-	6 180	-	FEŁ 2027/WUP
5.	Liczba osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie po opuszczeniu programu	rezultatu	-	2 100	-	FEŁ 2027/WUP
6.	Liczba gmin, w których zostanie utworzone centrum usług społecznych	produktu	0	3	1	FEŁ 2027/WUP
7.	Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w mieszkaniach chronionych i wspieranych	rezultatu	-	438	-	FEŁ 2027/WUP
8.	Odsetek gmin, w których zostanie utworzone miejsce koordynacji usług społecznych	rezultatu	-	100%	50%	RCPS
9.	Odsetek dzieci, dla których sporządzono plan pomocy dziecku i rodzinie powstały w oparciu o zespoły multidyscyplinarne (co najmniej z poziomu powiatu) w ogólnej liczbie wszystkich dzieci odseparowanych od rodziny (we wszystkich formach pieczy zastępczej)	rezultatu	-	30%	5%	RCPS/PCP R
10.	Odsetek rodzin, w stosunku do których zastosowano kompleksową analizę możliwości reintegracji	rezultatu	-	50%	5%	RCPS/PCP R
11.	Odsetek dzieci (0-17) przebywających w pieczy zastępczej, które wychowują się w rodzinnej pieczy zastępczej	rezultatu	82%	85%	-	RCPS/MRiPS

L.P.	Wskaźniki	Rodzaj wskaźnika	Wartość początkowa (2022r.)	Ogólna wartość docelowa do 2027/2030 r.	Wartość do końca 2025 r.	Źródło wskaźnika
12.	Odsetek placówek opiekuńczo-wychowawczych i innych instytucji opieki całodobowej dla dzieci i młodzieży przekształconych w dzienne ośrodki wsparcia rodzin	rezultatu	-	25%	-	FEŁ 2027
13.	Odsetek interdyscyplinarnych zespołów wsparcia rodziny działających na terenie każdego powiatu	rezultatu	-	50%	-	
14.	Odsetek stacjonarnych placówek opieki przekształconych w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową. Przekształcenie ma dotyczyć otwarcia na równoległą realizację usług środowiskowych przy ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego	rezultatu	-	40% jednostek typu DPS, które będą miały zdiagnozowane zapotrzebowanie na świadczenie usług w środowisku	-	RCPS/FEŁ 2027
15.	Odsetek DPS, w których wprowadzono badania okresowej oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańca	produktu		70%	-	RCPS
16.	Liczba powstałych centrów opiekuńczo – mieszkalnych (upowszechnianie i rozwój)	produktu	-	4	-	RCPS/FEŁ 2027
17.	Liczba utworzonych przedsiębiorstw społecznych/liczba miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych	rezultatu	-	234 PS/ 610	-	RCPS/FEŁ 2027, WUP
18.	Odsetek gmin, w których uruchomiono specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	rezultatu	-	70%	-	RCPS
19.	Odsetek gmin, w których zabezpieczono dzienne formy pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	rezultatu	-	60%	-	RCPS/ FEŁ 2027
20.	Odsetek gmin realizujących standard działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa pozwalających kontrolować zadłużenie i zapobiegać eksmisjom	rezultatu	-	15%	-	RCPS/ FEŁ 2027
21.	Liczba gmin, w których są świadczone usługi streetworkerów zintegrowane z systemem interwencyjnych	rezultatu	-	4	-	RCPS/ FEŁ 2027

L.P.	Wskaźniki	Rodzaj wskaźnika	Wartość początkowa (2022r.)	Ogólna wartość docelowa do 2027/2030 r.	Wartość do końca 2025 r.	Źródło wskaźnika
	usług schronienia i innymi usługami typu outreach					
22.	Odsetek placówek dla osób w kryzysie bezdomności przekształconych w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym	rezultatu	-	25%	-	RCPS/FEŁ 2027
23.	Liczba utworzonych społecznych agencji najmu, zapewniających możliwość wynajęcia lokalu mieszkalnego m.in. osobom w kryzysie bezdomności lub zagrożonym bezdomnością oraz innym grupom objętym Strategią	rezultatu	-	3	-	RCPS
24.	Ludność objęta projektami w ramach zintegrowanych działań na rzecz włączenia społeczno-gospodarczego społeczności marginalizowanych, gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz grup w niekorzystnej sytuacji	produktu	-	585	-	FEŁ 2027
25.	Roczna liczba użytkowników nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych	produktu	-	312	-	FEŁ 2027

ZAŁĄCZNIK - Diagnoza sytuacji województwa łódzkiego w zakresie usług społecznych



Diagnoza Sytuacji Województwa Łódzkiego w Zakresie Usług Społecznych

Łódź 2023

Spis treści

Wprowadzenie	5
Obszar I . Rodzina, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami.....	6
Pomoc i usługi społeczne w zakresie wsparcia rodziny w funkcjach opiekuńczo-wychowawczych.....	15
Interwencja kryzysowa	16
Asystenci rodziny.....	16
Rodziny wspierające i rodziny pomocowe	17
Placówki wsparcia dziennego.....	18
Usługi społeczne w zakresie pieczy zastępczej	19
Rodziny zastępcze	19
Rodzinne domy dziecka	19
Placówki opiekuńczo-wychowawcze	20
Koordynacja i organizacja pieczy zastępczej	21
Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny	21
Przysposobienie dziecka (adopcja)	22
Usługi społeczne w zakresie usamodzielnienia i kontynuowania nauki.....	23
Obszar II	25
Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osoby starsze, chore, z ograniczoną sprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny i opiekunowie nieformalni	25
Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego – w świetle badania Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi (ROIS).....	27
Wsparcie dla seniorów - świadczenia.....	29
Wsparcie instytucjonalne.....	31
Domy pomocy społecznej.....	31
Wsparcie w miejscu zamieszkania	33
Dzienne domy pomocy i Kluby Senior+	33
Kluby i inne miejsca spotkań seniora.....	35
Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	36
Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM)	38
Opieka długoterminowa – koordynacja usług zdrowotnych i medycznych	39
Obszar III. Osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny oraz opiekunowie nieformalni	44
Charakterystyka populacji osób z niepełnosprawnościami (ON) w województwie łódzkim	44

Zatrudnienie ON w województwie łódzkim na otwartym rynku pracy i w zakładach pracy chronionej	51
Wsparcie i usługi społeczne dla ON w województwie łódzkim	53
Reintegracja społeczna i zawodowa - kluby integracji społecznej (KIS) i centra integracji społecznej (CIS).....	59
Wsparcie dla rodzin i opiekunów faktycznych ON	62
Obszar IV. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnione oraz stosujące i doświadczające przemocy, oraz osoby pełniące funkcję ich opiekunów.....	63
Usługi społeczne w województwie łódzkim na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnionymi oraz stosującymi i doświadczającymi przemocy, jak też osób pełniących funkcję ich opiekunów	68
Kluby Integracji Społecznej	69
Obszar V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym	72
Bibliografia.....	77

Wprowadzenie

Pojęcie usług społecznych, choć używane powszechnie nie jest jednoznaczne. Nie definiuje go też Strategia Rozwoju Usług Społecznych¹, która jest podstawą RPDI 2023-2025. Najczęściej przytaczana jest definicja B. Szatur-Jaworskiej (2011), określająca usługi społeczne jako czynności, „podejmowane w celu bezpośredniego zaspokajania ludzkich potrzeb i nie polegają na wytwarzaniu dóbr materialnych; służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostek i rodzin, choć ich jakość i dostępność ma wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych; mogą być finansowane, organizowane i dostarczane zarówno przez instytucje publiczne, jak i niepubliczne – prywatne; uzyskiwane są bezekwiwalentnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatnie”². Szerokie ujęcie włącza w to pojęcie wszystkie działania i administracje, zajmujące się społecznymi potrzebami obywateli: transfery finansowe, usługi opieki zdrowotnej, osobiste usługi społeczne, edukację, usługi opiekuńcze, mieszkaniowe, zatrudnieniowe i inne wyspecjalizowane usługi dla różnych grup docelowych³. Takie ujęcie traktuje usługi społeczne jako synonim polityk społecznych⁴. W ujęciu wąskim to świadczenia w naturze (niematerialne), przeciwstawiane świadczeniom pieniężnym, odnoszące się zasadniczo do opieki nad dziećmi, osobami starszymi i z niepełnosprawnościami oraz „do wyspecjalizowanych usług związanych z profesją pracy socjalnej”⁵.

W świetle Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych⁶ usługi społeczne oznaczają działania z zakresu: 1) polityki prorodzinnej, 2) wspierania rodziny, 3) systemu pieczy zastępczej, 4) pomocy społecznej, 5) promocji i ochrony zdrowia, 6) wspierania osób niepełnosprawnych, 7) edukacji publicznej, 8) przeciwdziałania bezrobociu, 9) kultury, 10) kultury fizycznej i turystyki, 11) pobudzania aktywności obywatelskiej, 12) mieszkalnictwa, 13) ochrony środowiska, 14) reintegracji zawodowej i społecznej – podejmowane przez

¹ Strategia Rozwoju Usług Społecznych (MP z dnia 10 sierpnia 2022 r. Poz. 767).

² Szatur-Jaworska B. 2011, za: Szarfenberg R. [2011], Standaryzacja usług społecznych, publikacja wydana w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, WRZOS, Warszawa, s. 12.

³ Szarfenberg R. [2011], Standaryzacja usług społecznych..., poz. cyt.

⁴ Grewiński M. (2013), Usługi społeczne i socjalne jako wspólny obszar polityki i ekonomii społecznej. *Ekonomia Społeczna* nr 3, s. 24-39.

⁵ Fitzpatrick, a: Szarfenberg R. [2011], Standaryzacja usług społecznych..., poz. cyt., s. 16.

⁶ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818).

gminę w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej, świadczone w formie niematerialnej bezpośrednio na rzecz osób, rodzin, grup społecznych, grup mieszkańców o określonych potrzebach lub ogółu mieszkańców (art. 2.1). Nie jest łatwo wyznaczyć granice pomiędzy wymienionymi obszarami. Coraz częściej usługi społeczne mają charakter międzyresortowy, a nawet międzysektorowy, a proces deinstytucjonalizacji, wymagający wielowymiarowej współpracy i sieciowania działań wspierających, przyczyni się jeszcze bardziej do rozmycia tych granic. W diagnozie przedstawione zostały najważniejsze informacje pozwalające uchwycić syntetyczny obraz usług społecznych w województwie łódzkim oraz zapotrzebowania na nie w wybranych, strategicznych obszarach interwencji.

Obszar I . Rodzina, dzieci i młodzież, w tym dzieci z niepełnosprawnościami

Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w Polsce realizowana jest w formie rozbudowanego systemu usług społecznych oraz świadczeń. Świadczenia pieniężne obejmują: świadczenia rodzinne (w szczególności zasiłki rodzinne, opiekuńczy i pielęgnacyjne), świadczenia wychowawcze w ramach Programu „Rodzina 500 plus” oraz świadczenie pieniężne pomocy społecznej. Nie stanowią one przedmiotu tego opracowania, skupionego na aspekcie usług, ale obie formy wsparcia rodzin są równie ważne i komplementarne. Świadczenia niepieniężne pomocy społecznej obejmują długą listę pomocy materialnych i działań, w tym takich jak: praca socjalna z rodziną, poradnictwo specjalistyczne, interwencję kryzysową, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkania chronione, pobyt i usługi w domu pomocy społecznej, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie - w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 88 ustawy o pomocy społecznej⁷. Pomoc może być udzielana z powodu ubóstwa, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności rodziców/opiekunów w sprawach opiekuńczo-wychowawczych oraz prowadzenia gospodarstwa domowego i in. Trudności mogą nasilać się w przypadku

⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593).

rodzin niepełnych, wielodzietnych czy też tzw. rodzin wieloproblemowych, tj. zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym z powodu nakładających się czynników utrudniających ich funkcjonowanie. Należą do nich m.in. ubóstwo rodzin czy niepełnosprawność dziecka. Ubóstwo to nie tylko bariera w zaspokojeniu bieżących potrzeb rodziny, ale czynnik wykluczający całe środowiska żyjące np. w tzw. enklawach. Problemem jest międzygeneracyjna transmisja ubóstwa, dotycząca także najmłodsze jednostki. Z kolei niepełnosprawność dziecka stanowi wyzwanie dla rodziców, związane radzeniem sobie z osobistą traumą, koniecznością radykalnego przeorganizowania życia oraz sprostaniem szczególnym potrzebom rozwojowym dziecka. Do tego oba czynniki wykluczenia – niepełnosprawność i ubóstwo mają tendencję do współwystępowania.

Rodzina jest priorytetem w polityce społecznej rządu (MRiPS, 2016), dlatego w pierwszej kolejności podejmowane są działania ułatwiające jej funkcjonowanie i zapobiegające trudnościom, następnie związane z identyfikacją problemów i przywracające jej spójność i możliwość dobrego funkcjonowania, szczególnie w zakresie wychowania i opieki nad dziećmi. Dopiero jeśli to okaże się nieskuteczne podejmowane są działania o charakterze kompensacyjnym, jak np. te związane z pieczą zastępczą oraz włączaniem społecznym w przypadku pojawienia się mechanizmów marginalizacji.

Profilaktyka w postaci wczesnego „wychwytywania” rodzin zagrożonych problemami np. przez wychowawców w żłobkach i przedszkolach, praca socjalna sensu stricto, interwencja kryzysowa, poradnictwo i terapia dla rodziców stanowią pierwszy poziom modelowego systemu działań na rzecz dzieci młodzieży i ich rodzin opracowanego przez praktyków pracy socjalnej, wychowania korekcyjnego i resocjalizacji jeszcze w końcu lat 1990 (...). Drugi poziom to środowiskowe programy psychoprofilaktyczne. Mowa tu o ośrodkach pracy z dziećmi i młodzieżą takich jak świetlice i kluby, punkty konsultacyjne, telefony zaufania. Na trzecim poziomie lokują się instytucje omówione wcześniej – to jest zawodowa rodzinna piecza zastępcza, na czwartym placówki opieki całkowitej o charakterze opiekuńczym i resocjalizacyjnym przeznaczone dla adolescentów. Logika tego modelu przewiduje wzmacnianie wsparcia w miarę narastania problemów, z którymi nie uporały się instytucje poziomu wcześniejszego (Golczyńska-Grondas, Błaszczuk, 2020, s. 85).

Z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej⁸ wynikają cztery główne obszary działań społecznych, odpowiadające różnym poziomom wsparcia: wspieranie rodziny, piecza zastępcza, pomoc dla osób usamodzielnianych oraz zagadnienia dotyczące postępowania adopcyjnego.

Przyjmując tę hierarchię, dla celów podjętej tu diagnozy usług społecznych wyróżniono:

1. Pierwszy obszar dotyczy pomocy i wsparcia dla rodzin – przede wszystkim profilaktycznego, w tym usług opiekuńczych dla najmłodszych dzieci (do 3. roku życia, lub w przypadku gdy niemożliwe lub utrudnione jest objęcie dziecka wychowaniem przedszkolnym - do 4. roku życia). Opieka ta może być organizowana w formie żłobka lub klubu dziecięcego, lub też sprawowana przez dziennego opiekuna lub nianię. W obszarze tym uwzględniono działania związane z rozpoznaniem problemów rodzin, poradnictwem i świadczeniami umożliwiającymi im podstawowe funkcjonowanie w przypadku przeżywanych trudności, przekraczających zasoby własne do samodzielnego radzenia sobie.
2. Ważnym zadaniem jest wtedy przywracanie zdolności do samoregulacji (samodzielności) oraz do skutecznego wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Szczególnie ważne są wszystkie działania zapobiegające ubóstwu i jego transmisji międzygeneracyjnej. W przypadku niepełnosprawności dzieci konieczne jest z jednej strony wsparcie informacyjne i organizacyjne umożliwiające jak najszybsze skorzystanie z programów wczesnego wspomaganie rozwoju, z drugiej strony - wsparcie psychospołeczne w adaptacji rodziców do niepełnosprawności i zmian w życiu całej rodziny. Pomocna jest tu praca socjalna z rodziną, poradnictwo i placówki wsparcia dziennego (opiekuńcze, specjalistyczne, prowadzone w formie pracy podwórkowej, w połączonych formach), asystenci rodziny oraz rodziny wpierające. Szczególną formę wsparcia stanowią też działania podnoszące bezpieczeństwo osób w rodzinie, szczególnie wobec problemu przemocy, np. ośrodki interwencji kryzysowej, wraz z miejscami tymczasowego, całodobowego schronienia dla osób lub rodzin znajdujących się w sytuacji kryzysowej (programy terapeutyczne dla osób stosujących i doświadczających przemocy ujęto w 2. obszarze interwencji).

⁸ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. Z 2022 r. poz. 447).

3. Obszar trzeci dotyczy kompensacji utraty rodziny biologicznej przez dziecko poprzez adopcję albo pieczę zastępczą – zarówno instytucjonalną, jak i rodzinną. Adopcja – poza powrotem dziecka do rodziny naturalnej - jest najbardziej pożądaną formą przyjęcia dziecka do nowej rodziny. Piecza zastępcza sprawowana jest wtedy, gdy brak jest możliwości zapewnienia dziecku opieki i wychowania przez rodziców. Dąży się tego, by była okresowa - ograniczona w czasie do niezbędnego minimum, a tam gdzie jest to możliwe, by zmierzała przede wszystkim do (re)integracji dziecka z jego rodziną naturalną. W obszarze tym można wymienić jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.
4. Obszar czwarty to działania na rzecz pomocy dla osób usamodzielnianych opuszczających pieczę zastępczą oraz osób pełnoletnich opuszczających dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz okręgowy ośrodek wychowawczy, zakład poprawczy, schronisko dla nieletnich, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę i młodzieżowy ośrodek wychowawczy.

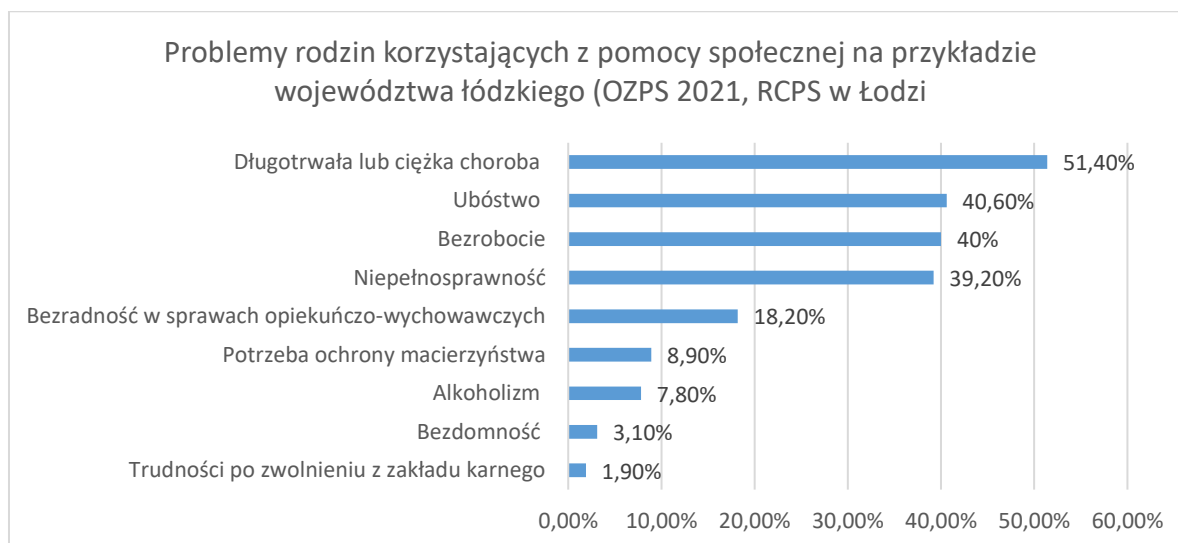
Na jakość życia i zapotrzebowanie na usługi społeczne w rodzinach wpływa przede wszystkim (choć nie jedynie) sytuacja materialna w rodzinach.

W statystyce publicznej nie opublikowano danych z zakresu ubóstwa ekonomicznego w 2020 roku dla poszczególnych województw, a udostępniono jedynie informację w tym zakresie dla całego kraju. W 2020 roku, w porównaniu do roku poprzedniego, w Polsce zauważalny był wyraźny spadek wskaźnika ubóstwa relatywnego z 13,0% do 11,8% (o 1,2 p. proc.). Poziom ubóstwa ustawowego ukształtował się na podobnym poziomie do obserwowanego w roku 2019. Jak wskazują analitycy GUS: „Pogorszenie się sytuacji materialnej części gospodarstw domowych i wzrost ubóstwa skrajnego w Polsce wiąże się z wprowadzeniem od marca 2020 r. zamrożenia części gospodarki i ograniczeń w kontaktach społecznych, w odpowiedzi na pojawienie się w Polsce koronawirusa i rozwój pandemii COVID 19”¹³ .

Według Oceny Zasobów Pomocy Społecznej w województwie łódzkim w 2020 r. objęto pomocą i wsparciem 130 867 mieszkańców, co stanowi 5,4% ich populacji – nieznacznie mniej niż w roku 2019 (6%) i 2018 (6,1%). Wśród

świadczeniobiorców znalazło się 52 067 rodzin, a w nich 100 212 osób. Oznacza to, że w 76,6% pomoc społeczna w województwie adresowana jest odbiorców rodzinnych, co jest związane nie tylko bezpośrednio z zaspokajaniem potrzeb osób wymagających wsparcia, ale także wspierania rodzin, jako podstawowych komórek społecznych i podstawowego elementu sieci wsparcia społecznego. Tak ukierunkowane działania pozwalają chronić i odbudowywać zasoby samoregulacyjne rodziny, także tej opiekującej się i wychowującej dzieci. Wśród osób, którym przyznano świadczenia zdecydowanie przeważa korzystanie ze świadczeń pieniężnych (67%), wobec 39,5% korzystających ze świadczeń niepieniężnych (część korzysta i z jednych, i z drugich). Tendencja ta pogłębiła się w ostatnich latach: odsetek beneficjentów świadczeń pieniężnych wzrósł od 2018 do 2020 r. o ok. 4 punkty procentowe i o tyle samo zmalał odsetek beneficjentów świadczeń niepieniężnych⁹.

Rysunek 1. Struktura rodzin wg powodów korzystania z pomocy społecznej w woj. łódzkim w 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie OZPS 2021, RCPS w Łodzi.

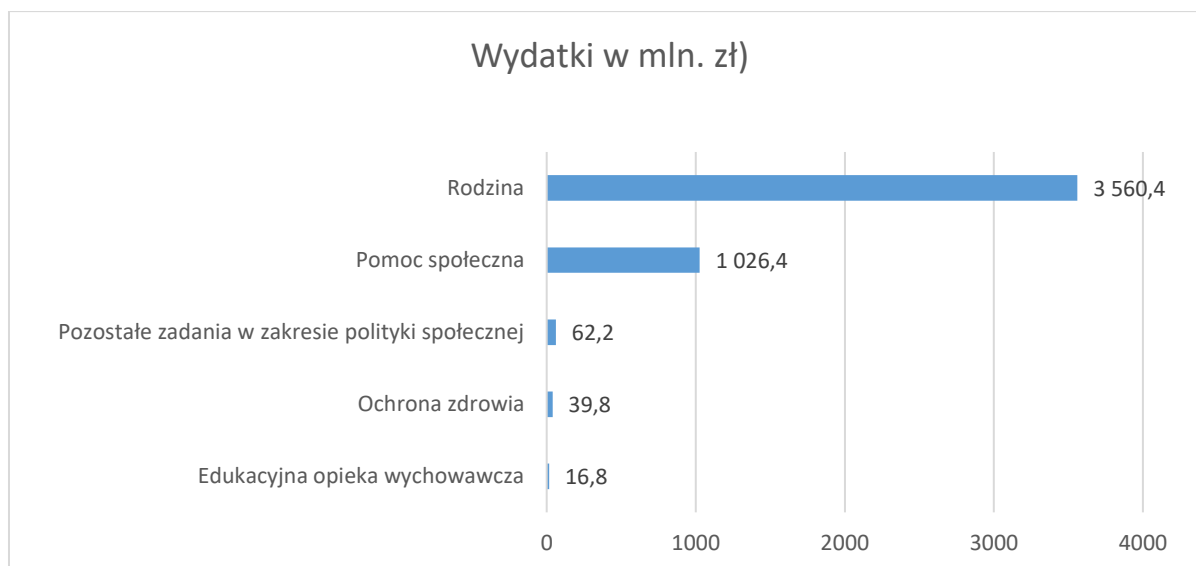
Rysunek 1 przedstawia powody korzystania przez rodziny z pomocy społecznej. W ponad połowie przypadków (51,4%) głównym powodem jest długotrwała i ciężka choroba, choć niewiele rzadziej przyczynami tymi są ubóstwo (40,6%), bezrobocie (40%) lub niepełnosprawność (39,2%). Alkoholizm usytuowany jest niżej (7,8%), ale

⁹ Oceny Zasobów Pomocy Społecznej w województwie łódzkim w 2020 r.

rodzi nie tylko problemy związane z dysfunkcjonalnością środowiska wychowawczego dla dziecka, ale także biologiczne zagrożenie dla jego rozwoju, jakim są zespoły po uszkodzeniu układu nerwowego przez alkohol. Oprócz ciągle niskiej świadomości społecznej w tym zakresie, brakuje dostępu do specjalistów m.in. psychiatrów, neurologów, terapeutów wyspecjalizowanych w pracy z dziećmi (np. z zespołem FASD18, RAD19, z traumą) i ich rodzinami, wsparcia wytchnieniowego dla osób prowadzących rodzinne formy pieczy zastępczej (rodziny pomocowe). Procenty na rys. 1 nie sumują się, a ostateczna suma wskazuje, że najczęściej mamy do czynienia nie z jedną, a dwiema lub więcej przyczynami. Potwierdza to doświadczenia pracowników socjalnych dotyczące zjawiska wielopropblemowości jako wyzwania w zakresie pracy z rodziną. Wymaga to często także zindywidualizowanego koszyka usług wspierających – czasem w oparciu o zasoby różnych instytucji lub resortów (Kooperacje 3D; MWM, 2023). Warto zwrócić uwagę, że przyczyną występowania po wsparcie społeczne jest bezradność w sprawach wychowawczych (18,2%). To prawie co piąta rodzina korzystająca z pomocy, czyli prawie 9,5 tys. rodzin. Zwraca też uwagę duża skala potrzeb związanych z ochroną macierzyństwa (8,9%) oraz wsparciem dla rodzin doświadczających problemów alkoholizmu (7,8%).

Szczegółowe formy świadczeń – zarówno pieniężnych, jak i nie pieniężnych – zależą od merytorycznej oceny problemów i potrzeb – pełen ich przegląd zawiera systematyczna Ocena Zasobów Pomocy Społecznej (zob. OZPS, 2021, RCPS w Łodzi). Jednak warto podkreślić, że często pomoc na tym etapie zapobiega dalszej kumulacji trudności. Stanowi więc istotne wsparcie funkcjonowania rodzin, m.in. jako naturalnego środowiska opiekuńczo-wychowawczego dla dzieci. Priorytetowe traktowanie polityki wsparcia rodzin potwierdza także struktura wydatków w zakresie polityki społecznej w woj. łódzkim w roku 2020 (rys. 2), podobnie zresztą jak w latach poprzednich. Nie tylko kwota 3 560, 4 wydatków w dziale 855 Rodzina jest najwyższa, ale także rodziny są oczywistymi, choć niezdefiniowanymi beneficjentami wydatków w innych działach (pomoc społeczna, ochrona zdrowia czy edukacyjna opieka wychowawcza). Jest to uzależnione od diagnozy problemów i potrzeb.

Rysunek 2. Wydatki na pomoc i wsparcie dla rodzin w strukturze wydatków w zakresie polityki społecznej w woj. łódzkim (2020 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie OZPS 2021, RCPS w Łodzi.

Choć wydatki na edukacyjną opiekę wychowawczą stanowią ostatnią pozycję w powyższym zestawieniu, nie wynika to jednak z ich małego znaczenia w polityce społecznej. Stanowią one jednak stosunkowo wąski zakres wyspecjalizowanych usług dla znacznie mniejszej części populacji, niż ujęte w pozostałych zadaniach znacznie szerzej reprezentowane zróżnicowane usługi dla wszystkich. Można je więc traktować jako uzupełnienie wsparcia dla rodzin w ważnym obszarze ich funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Szczególnie rozwój w regionie usług opiekuńczych wobec dzieci do 3. roku życia., jest ważnym czynnikiem umożliwiającym wczesny powrót rodziców – głównie matek – do pracy, co ma znaczenie dla utrzymania statusu ekonomicznego rodziny.

Wskazuje na to m.in. Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030. Realizuje on politykę społeczną wyznaczoną Strategią Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030, w szczególności jej celu redukcji ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawy dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne (KPPU 2030, s. 5). Jednym z priorytetów KPPU 2030 jest w związku z tym zmniejszenie zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem wśród dzieci i młodzieży (Tamże, s. 46). Pomoc dzieciom dotkniętym ubóstwem ma się skupić na zmniejszaniu ubóstwa rodziców poprzez zwiększanie zatrudnienia w rodzinach oraz

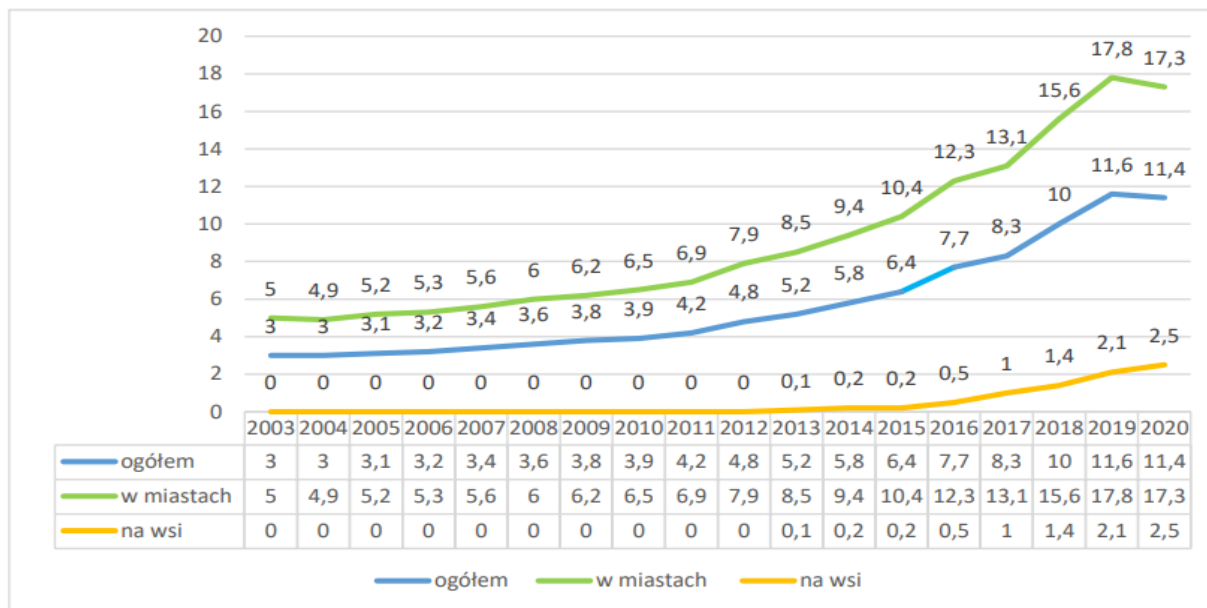
działaniach profilaktycznych i rekompensacyjnych polegających na wsparciu finansowym i rozwoju usług społecznych dla rodzin z dziećmi. Istotne jest również, aby dzieci z biedniejszych rodzin od najwcześniejszych lat korzystały z opieki i edukacji (żłobki, przedszkola), usług wspierających proces wychowania dziecka (asystent rodziny, placówki wsparcia dziennego, rodziny wspierające) oraz usług zdrowotnych (Tamże, s. 55). Zwiększanie szans na aktywizację rodziców nie może jednak odbywać się kosztem jakości opieki nad dzieckiem, dlatego rozwój w tym zakresie dotyczy zarówno zwiększania liczby punktów opieki, jak i jakości ich funkcjonowania. Wysoka jakość wczesnej opieki ma też duże znaczenie w kompensacji niskiej jakości wpływu wychowawczego niektórych środowisk domowych. Może być też pomocna we wczesnym wyławianiu symptomów zaburzeń rozwojowych i podjęciu wczesnego wspomaganie rozwoju.

Opieka nad dziećmi w wieku do lat 3 organizowana jest w formie żłobka /oddziału żłobkowego, klubu dziecięcego, a także sprawowana przez dziennego opiekuna lub nianię. Żłobki /oddziały żłobkowe i kluby dziecięce to instytucje wpisane do rejestru żłobków i klubów dziecięcych prowadzonego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. Sprawowana jest w nich opieka w wymiarze do 10 godzin względem każdego dziecka – w żłobkach/oddziałach żłobkowych nad dziećmi w wieku od ukończenia 20. tygodnia życia, a w klubach dziecięcych od ukończenia 1. roku życia do 3. roku życia.

Systematyczny wzrost liczby punktów opieki żłobkowej oraz wzrost procentowy w zakresie objęcia najmłodszych mieszkańców województwa tą opieką jest stałym i wyraźnym trendem od kilkunastu lat (z niewielkim załamaniem w roku 2019 – prawdopodobnie związanym z pandemią Covid-19). Rysunek nr 3 ilustruje ten wzrost: od 3% dzieci do 3. roku życia w roku 2003 do 11,4% w roku 2020.

Tendencja ta widoczna jest przede wszystkim w miastach: od 5% w roku 2003 do 17,3% w roku 2020). Jednak także we wsiach woj. łódzkiego, gdzie do roku 2012 opieka żłobkowa praktycznie nie istniała, odnotowuje się stopniowy rozwój tej formy opieki. Obecnie korzysta z niej na wsiach 2,5% najmłodszych (rys. 3). Wszystkie te wskaźniki odbiegają jednak od założonego poziomu 33% dzieci.

Rysunek 3. Odsetek dzieci objętych opieką żłobkową w województwie łódzkim w latach 2003- 2020



Źródło: RPO Wł (czerwiec 2021 r.), Załącznik nr 14, w oparciu o dane GUS BDL

W kontekście wskazanego zróżnicowania rozpowszechnienia opieki instytucjonalnej między miastem a wsią, zasadne jest spojrzenie na sytuację w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego. Najwyższy odsetek dzieci korzystających z różnych form dziennej opieki instytucjonalnej występuje w mieście na prawach powiatu – Piotrków Tryb. – 22,1% oraz mieście na prawach powiatu m. Skierniewice – 18,9%, zaś najniższy – w powiecie skierniewickim 4,4% i w powiecie sieradzkim 4,4%. Największy odsetek dzieci korzystających z dziennej opieki instytucjonalnej występuje w gminie Poddębice 25,91% i w gminie Czarnocin 25,66%.

Z danych statystycznych wynika, że w regionie na koniec 2020 r. działały 223 placówki opieki nad dziećmi do lat 3, w tym 187 żłobków (wraz z oddziałami żłobkowymi) i 36 klubów dziecięcych. Odnotowano także 40 dziennych opiekunów. Oferowały one łącznie 9 157 miejsc opieki (z czego 8 223 – w żłobkach i oddziałach żłobkowych), 692 – w klubach dziecięcych i 242 u dziennych opiekunów. Skorzystało z nich 12 853 dzieci. Na 100 miejsc w placówkach przypadało 726 dzieci w wieku do lat 3¹⁰. W stosunku do wcześniejszych danych, proces użłobkowania regionu postępuje, ale zarazem istnieją ogromne potrzeby w tym zakresie. Od 2015 r. liczba

¹⁰ Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa łódzkiego 2022. Urząd Statystyczny w Łodzi.

placówek znacząco wzrosła, uzupełniając ofertę opiekuńczą stosownie do, potrzeb, między innymi dzięki realizacji programu rządowego „Maluch+”.

Pomoc i usługi społeczne w zakresie wsparcia rodziny w funkcjach opiekuńczo-wychowawczych

W 2019 r. jednostki specjalistycznego poradnictwa funkcjonowały na terenie tylko dziesięciu powiatów województwa łódzkiego. Ze wsparcia oferowanego przez powyższe jednostki skorzystało w ciągu roku łącznie niespełna 3,6 tys. osób i poziom ten utrzymuje się. W 2021 r. wsparcie w postaci poradnictwa specjalistycznego udzielono 3 671 rodzinom liczącym łącznie 8 046 osób, co stanowi 7,7% wszystkich rodzin, które uzyskały pomoc w formie świadczeń pomocy społecznej (prawie o połowę więcej w stosunku do 2020 r., gdy odsetek ten wynosił 5,2%). Liczba rodzin objętych poradnictwem specjalistycznym wyraźnie wzrosła w stosunku do lat poprzednich (o około 1,0 tys. osób w porównaniu z latami 2019-2020), powracając do poziomu obserwowanego w roku 2018, co związane jest z negatywnym oddziaływaniem epidemii COVID-19 (ogólne pogorszenie stanu psychicznego ludności, zaburzenie jej funkcjonowanie w wielu obszarach, w tym w obszarze społecznym; nasilenie się lub pojawienie niekorzystnych zjawisk w rodzinach, które wymagały szerszego wsparcia ze strony specjalistów). Na terenie województwa w roku 2021 funkcjonowało 139 (o 13 więcej niż rok wcześniej) publicznych i niepublicznych podmiotów świadczących poradnictwo specjalistyczne, w tym rodzinne, m.in. w formie punktów informacyjno-konsultacyjnych, punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym i ofiar przemocy w rodzinie, punktów konsultacyjnych dla osób i rodzin dotkniętych narkomanią punktów profilaktyczno- interwencyjnych dla dzieci, młodzieży i rodziców czy poradni psychologiczno-pedagogicznych i punktów nieodpłatnej pomocy prawnej. Obserwuje się nierównomierność wsparcia w zakresie poradnictwa specjalistycznego w poszczególnych powiatach: w 2021 r. najczęściej udzielane było rodzinom w powiecie łaskim (aż 34% rodzin korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej), najrzadziej w powiatach: łęczyckim, rawskim, poddębickim, piotrkowskim, zgierskim i kutnowskim (poniżej 1,0% rodzin korzystających ze świadczeń) (Ocena zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego 2019, 2020, 2021).

Tabela 1. Wsparcie w woj. łódzkim dla rodzin przeżywających trudności w latach 2019-2021.

Formy wspierania rodziny przeżywającej trudności	2019	2020	2021
Poradnictwo specjalistyczne	2,7 tys.	2,7 tys.	3,7 tys.
Interwencja kryzysowa	886	466	324
Liczba rodzin, które korzystały z usług asystentów rodziny	2,1 tys.	2,5 tys.	2,1 tys.

Interwencja kryzysowa

Wsparciem w formie interwencji kryzysowej w 2021 r. objęto głównie rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej w powiecie brzezińskim (8,0%; 53 rodziny), a także w Skierniewicach (5,0%; 42 rodziny) oraz w powiecie łowickim (4,7%; 56 rodzin) i sieradzkim (3,8%; 79 rodzin). Nie udzielono natomiast w ogóle świadczeń tego rodzaju ani w roku 2019, ani w 2020 r. rodzinom w powiatach: pajęczańskim, wieluńskim oraz w Piotrkowie Trybunalskim w roku 2020 także w piotrkowskim, a w roku 2019 w wieruszowskim (Ocena zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego 2019, 2020, 2021).

Asystenci rodziny

Wspieranie rodziny może być prowadzone w formie pracy z rodziną bądź jako pomoc w opiece i wychowaniu dziecka. Ważną formą wsparcia dla rodzin z dziećmi przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej jest praca asystenta rodziny (wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej).

W województwie łódzkim liczba asystentów rodziny utrzymuje się na podobnym poziomie - w roku 2021 r. było to 245 asystentów. Wahania w ostatnich latach to +/- 3 etaty (w 2020 r. było ich 242, w roku 2019 udzielało 245 asystentów rodziny (wzrost o 3 asystentów w stosunku do roku 2020, ale o 3 mniej niż w 2019).

Wsparciem objęto 2,1 tys. rodzin, co stanowi 4,8% ogółu rodzin objętych pomocą w formie świadczeń (spadek w stosunku do 2020 r. o 0,5 p. proc.), choć nie wyczerpuje to populacji rodzin wymagających wsparcia z tego powodu. Na jednego asystenta przypada średnio 8 rodzin (w roku 2020 przypadało ich 10). Zwraca uwagę wzrost odsetka rodzin zobowiązanych do współpracy z asystentem przez sąd:

co piąta rodzina objęta została tego rodzaju wsparciem w wyniku interwencji sądu w roku 2021 (wzrost o 2 pkt. proc. w stosunku do 2020 r. i o 4 pkt. proc. w stosunku do roku 2019). Obserwuje się pewne wahania w skuteczności pracy asystentów: odsetek rodzin, które zakończyły pracę z powodu osiągnięcia celu wynosił w 2021 r. 44,6% (spadek o 7,9 p. proc.), a odsetek rodzin, które zakończyły pracę ze względu na brak efektów wynosił 40,8% (wzrost o 1,5 p. proc.). Wyniki te porównywalne są jednak, a nawet nieznacznie lepsze względem roku 2019 (Ocena zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego 2019, 2020, 2021).

Rodziny wspierające i rodziny pomocowe

Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (art. 29) przewiduje także możliwość objęcia rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych pomocą rodziny wspierającej. Rodzina wspierająca - przy współpracy asystenta rodziny – może pomagać w opiece i wychowaniu dziecka, prowadzeniu gospodarstwa domowego, kształtowaniu i wypełnianiu podstawowych ról społecznych. Niestety forma ta nie rozwija się w województwie łódzkim: jeszcze w 2018 r. było 5 takich rodzin, w 2019 r. nie odnotowano żadnej, a w roku 2020 i 2021 w całym województwie była tylko jedna taka rodzina (Ocena zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego 2019, 2020, 2021). Odzwierciedla to małe upowszechnienie tej formy pomocy, co ma miejsce także w innych województwach. Pomimo 10 lat obowiązywania ustawy, odnotowano w kraju najpierw bardzo powolne wzrosty, a potem stopniowy spadek – wręcz zanik tej ciekawej w założeniu formy wsparcia¹¹. W ostatnich latach spadła także liczba rodzin pomocowych, które są elementem wsparcia rodzinnej pieczy zastępczej. Na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały 24 takie rodziny, jedynie w 10 powiatach tj.: w kutnowskim – 2 rodziny, w łowickim – 1 rodzina, w łódzkim wschodnim – 3 rodziny, w opoczyńskim – 1 rodzina, w pabianickim – 1 rodzina, w radomszczańskim – 3 rodziny, w sieradzkim – 3 rodziny, w tomaszowskim – 1 rodzina, w zgierskim – 3 rodziny, w m. Łodzi 6 rodzin.

¹¹ Bielecka E. (2018), Rodzina wspierająca – dedykowana forma wsparcia dla rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczym; *Praca Socjalna* nr 2(33) 2018, s. 144–165

Placówki wsparcia dziennego

Istotną formą pomocy dla rodziny są placówki wsparcia dziennego.

Tabela 2. Placówki wsparcia dziennego dla dzieci w woj. łódzkim w latach 2019-2021.

Wskaźniki dotyczące placówek wsparcia dziennego	2019	2020	2021
Liczba placówek	94	96	103
Liczba miejsc	2 723	2 799	3 141
Przeciętna liczba umieszczanych dzieci	1 871	1 481	1 959

W 2021 r. było ich 103 (0,7 więcej w stosunku do roku 2020), oferują łącznie 2 799 miejsc. Średnia liczba korzystających z nich dzieci spadła o 21% w stosunku do 2019 r. i wyniosła 1 481 dzieci (co tłumaczone jest głównie sytuacją pandemiczną).

40 placówek wsparcia dziennego prowadzone było przez JST, a pozostałe 63 – przez inne podmioty. Sprawozdanie z Oceny zasobów pomocy społecznej (2021) zwraca uwagę nie tylko na małą liczbę tych podmiotów, ale także na nierówne rozłożenie tych placówek w województwie: najwięcej było w Łodzi (31), Skierniewicach (10), Piotrkowie Trybunalskim (9). Wśród 177 gmin, tylko 26 posiada na swoim terenie taką placówkę; aż 151 gmin nie ma na swoim terenie tego rodzaju wsparcia. Placówki wsparcia dziennego o zasięgu ponadgminnym zlokalizowane są tylko w jednym powiecie – tomaszowskim (2 placówki, 75 miejsc). Placówki zlokalizowane są głównie w miastach. Większość placówek wsparcia dziennego na terenie województwa prowadzona była w formie opiekuńczej (64), w formie specjalistycznej prowadzonych były 34 placówki. W II połowie 2021 r. prowadzone była także 7 placówek w formie pracy podwórkowej wychowawcy, co oznacza znaczący wzrost w odniesieniu do końca 2020 r., gdy działała tylko jedna taka placówka (Ocena zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego 2021).

Dominującą formą wsparcia dla rodzin są świadczenia pieniężne. Pobiera je 63,6% osób korzystających z pomocy społecznej, podczas gdy ze świadczeń niepieniężnych korzystało niespełna 44% (OZPS. 2019). Wsparcie w formie poradnictwa specjalistycznego otrzymało 4,8% rodzin korzystających ze wsparcia

w formie świadczeń pomocy społecznej. Liczba tych rodzin zmalała od 2014 r. z 6,5 tys. do 2,7 tys. w 2019 r.

Liczba asystentów rodziny w roku 2021 w województwie wynosiła 237. Co oznacza spadek o 2% w stosunku do roku 2020, ora 238 249 241 237, oraz 4,82% względem najlepszego pod tym względem roku 2020 (249 asystentów). Zmalała też liczba gmin w województwie łódzkim zatrudniająca asystentów rodziny: z 88% w roku 2018, do 85% w roku 2020 i 84% w 2021 r.. To drugi najniższy wynik w kraju (po woj. podlaskim, gdzie obecnie w 62% gmin zatrudniany jest asystent. Jednocześnie wynik województwa łódzkiego odbiega znacząco od danych ogólnopolskich, gdzie wskaźnik procentowy sięga obecnie 91% gmin (w latach 2018 i 2019 było to 92%).

Usługi społeczne w zakresie pieczy zastępczej

Rodziny zastępcze

Na koniec roku 2021 na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 2 797 rodzin zastępczych, w tym: 1 852 rodziny zastępcze spokrewnione, 788 rodzin zastępczych niezawodowych, 90 rodzin zastępczych zawodowych, 28 rodzin zastępczych zawodowych pełniących funkcję pogotowia rodzinnego oraz 39 rodzin zastępczych specjalistycznych. W stosunku do 2020 r. liczba rodzin zastępczych na terenie województwa łódzkiego zmniejszyła się o 44 rodziny, przy czym liczba dzieci umieszczonych w rodzinach zastępczych pozostała praktycznie na takim samym poziomie. W 2019 r. w województwie łódzkim liczba dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej, zarówno rodzinnej jak i instytucjonalnej, w stosunku do liczby osób do 18. roku życia znacząco przekraczała średnią krajową. Udział dzieci umieszczonych w rodzinnych formach pieczy zastępczej w ogólnej liczbie dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej był natomiast wyższy niż średnia krajowa.

Rodzinne domy dziecka

W roku 2021 w województwie łódzkim działały 54 rodzinne domy dziecka. To obecnie 1,9% ogółu podmiotów rodzinnych form pieczy zastępczej. W stosunku do 2020 r. na terenie województwa przybyło 6 rodzinnych domów dziecka i wzrosła również o 12,9% liczba umieszczonych w nich dzieci.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze

W 2021 r. na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 77 placówek opiekuńczo-wychowawczych z 1013 miejscami. W stosunku do 2020 r. liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych na terenie województwa łódzkiego zwiększyła się o 4 placówki przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby dzieci w nich umieszczonych (spadek o 20,8%). Brak jest placówek opiekuńczo-wychowawczych w powiatach: brzezińskim, łęczyckim, łowickim, łódzkim wschodnim oraz poddębickim. Na terenie 16 powiatów funkcjonowały 52 placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno-terapeutycznego. Trzy powiaty wskazały, że na ich terenie nadal funkcjonują 4 placówki posiadające liczbę miejsc organizacyjnych powyżej 14, co stanowi 7,7% wszystkich funkcjonujących w regionie placówek. W placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu interwencyjnego, socjalizacyjnego oraz specjalistyczno-terapeutycznego na koniec grudnia 2021 r. przebywało 209 dzieci w wieku poniżej 10. roku życia, w tym aż 170 dzieci przebywało w placówkach typu socjalizacyjnego. W stosunku do 2020 r. liczba dzieci w wieku poniżej 10. roku życia umieszczonych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych na terenie województwa łódzkiego zmniejszyła się o 15,7%.

Tabela 3. Liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych według powiatów

l.p.	Powiat	Placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego			Placówki opiekuńczo-wychowawcze typu interwencyjnego			Placówki opiekuńczo-wychowawcze typu specjalistyczno-terapeutycznego			Placówki opiekuńczo-wychowawcze typu rodzinnego		
		Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba dzieci	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba dzieci	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba dzieci	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba dzieci
1	Bełchatowski	2	28	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Brzeziński	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Kutnowski	3	42	43	1	14	16	0	0	0	1	8	9
4	Łaski	1	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Łęczycki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Łowicki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	łódzki wschodni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Opoczyński	2	28	32	0	0	0	0	0	0	2	16	15
9	Pabianicki	5	70	71	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Pajęczański	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	10
11	Piotrkowski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16	13

12	Poddębicki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Radomszczański	1	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Rawski	1	14	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Sieradzki	2	26	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Skierniewicki	2	28	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Tomaszowski	1	14	13	0	0	0	0	0	0	2	16	17
18	Wieluński	1	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Wieruszowski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	24	22
20	Zduńskowolski	1	14	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Zgierski	3	58	51	0	0	0	0	0	0	2	16	18
22	M. Łódź	17	272	224	3*	72	123	3	22	23	12	91	88
23	M. Piotrków Tryb.	2	60	74	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	M. Skierniewice	1	14	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ogółem	45	710	694	4	86	139	3	22	23	25	195	192

na terenie M. Łodzi wykazana została placówka opiekuńczo-wychowawcza typu interwencyjnego znajdującą się w trakcie likwidacji.

Źródło: Informacja na temat stanu pieczy zastępczej w województwie łódzkim 2022

Koordinacja i organizacja pieczy zastępczej

Na terenie województwa łódzkiego zatrudnionych jest 116 koordynatorów pieczy zastępczej, zatrudnieni są we wszystkich powiatach województwa. Najwięcej, bo 41 koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej zatrudnionych jest w m. Łodzi. W porównaniu ze stanem na 31 grudnia 2020 r. nastąpił wzrost liczby koordynatorów o 1,7%. Na terenie każdego powiatu w województwie łódzkim działa jeden organizator rodzinnej pieczy zastępczej: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, a w miastach na prawach powiatu Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie. Na terenie m. Łodzi organizatorem rodzinnej pieczy zastępczej jest Centrum Administracyjne Pieczy Zastępczej. Łącznie na terenie województwa działa 24 organizatorów rodzinnej pieczy zastępczej, zatrudniających 116 specjalistów, a w tym: 34 pracowników socjalnych, 40 psychologów, 19 pedagogów oraz 23 innych specjalistów (np. prawnik, radca prawny, specjalista pracy z rodziną).

Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny

Na terenie województwa łódzkiego funkcjonuje jeden Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny „Tuli-Luli”, który na zlecenie Samorządu Województwa Łódzkiego od

1.10.2016 r. prowadzony jest przez Fundację Gajusz. Ośrodek posiada 20 miejsc organizacyjnych dla dzieci, wymagających specjalistycznej opieki, które w okresie oczekiwania na przysposobienie nie mogą zostać umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej. Główny cel Ośrodka to jak najszybsze przywrócenie dzieciom rodziny - albo poprzez umożliwienie powrotu do rodziców biologicznych albo powierzenie rodzinie adopcyjnej lub zastępczej. Pobyt dziecka w interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym nie może trwać dłużej niż do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia. W 2021 r. Ośrodek zapewnił opiekę, wychowanie, pomoc medyczną i rehabilitację łącznie 37 dzieciom (w tym 22 nowo umieszczonym w roku 2021). Ośrodek opuściło łącznie 24 dzieci, w tym: 1 dziecko powróciło do rodziny biologicznej, 18 dzieci zostało przysposobionych, 5 dzieci umieszczono w rodzinnej pieczy zastępczej.

Przysposobienie dziecka (adopcja)

Przysposobienie dziecka, czyli przyjęcie go jako pełnoprawnego członka rodziny przez przeszkolonych i przygotowanych do tego rodziców, jest najwartościowszą formą kompensacji, gdy niemożliwe jest pozostawienie dziecka w rodzinie biologicznej.

W województwie łódzkim działają trzy ośrodki adopcyjne – jeden publiczny i dwa niepubliczne:

1. Regionalny Ośrodek Adopcyjny w Łodzi z Filią w Piotrkowie Trybunalskim
2. Archidiecezjalny Ośrodek Adopcyjny w Łodzi
3. Ośrodek Adopcyjny Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Łodzi

Różnorodność ośrodków adaptacyjnych oraz przyjęte w nich modele wychowawcze gwarantują kandydatom do przysposobienia dziecka możliwość wyboru ośrodka odpowiadającego ich potrzebom. W roku 2022 ośrodki adopcyjne przeprowadziły 124 krajowe procedury adopcyjne, a do rodzin trafiło w związku z tym aż 153 dzieci. To wzrost w stosunku do roku 2021 aż o 25%, zarazem wynik najwyższy od 7 lat (przez rokiem 2014 liczby te były wyższe). Dane statystyczne wskazują na zmniejszającą się liczbę przysposobionych dzieci oraz liczbę dzieci z uregulowaną sytuacją prawną zgłaszanych do przysposobienia. Brakuje dostępu do specjalistów m.in. psychiatrów, neurologów, terapeutów wyspecjalizowanych w pracy z dziećmi (np. z zespołem FASD18, RAD19, z traumą) i ich rodzinami, wsparcia wytchnieniowego dla osób

prowadzących rodzinne formy pieczy zastępczej (niewystarczająca liczba rodzin pomocowych).

Tabela 4. Zestawienie roczne z działalności ośrodków adopcyjnych funkcjonujących na terenie woj., łódzkiego w latach 2019-2022

Lp.	Wyszczególnienie	2020	2021	2022
1.	Liczba procedur adopcyjnych zakończonych przysposobieniem krajowym	87	108	124
2.	Liczba dzieci w przysposobieniu krajowym	96	123	153
3.	Liczba procedur adopcyjnych zakończonych przysposobieniem międzynarodowym	1	0	1
4.	Liczba dzieci w przysposobieniu międzynarodowym	1	0	1
5.	Liczba dzieci z uregulowaną sytuacją prawną zgłoszonych do przysposobienia	298	497	433
6.	Liczba dzieci zakwalifikowanych do przysposobienia	91	145	128
7.	Liczba przeszkolonych rodzin i osób niepozostających w związku małżeńskim – kandydatów na rodziców adopcyjnych	36 (rodziny)	59 (58 + 1 osoba)	47 (44 + 3 osoby)
8.	Liczba posiedzeń zespołów do spraw okresowej oceny sytuacji dziecka w instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz w ramach organizatora rodzinnej pieczy zastępczej	2 783	3 838	4 004
9.	Liczba spraw dzieci, które były przedmiotem posiedzeń	2 113	2 781	2 819
10.	Liczba udzielonych porad dla rodzin przysposabiających oraz rodzin naturalnych	3 408	3 978	3 793

Usługi społeczne w zakresie usamodzielnienia i kontynuowania nauki

Szczególnie ważnym zadaniem w zakresie działania pieczy zastępczej jest usamodzielnianie wychowanków. Z badań wynika, że proces przechodzenia w samodzielność z pieczy zastępczej, zarówno rodzinnej, jak i instytucjonalnej, przebiega zbyt szybko, by wprowadzić wychowanka w nowy etap jego życia.

Pomoc w zakresie usamodzielnienia obejmująca pomoc: na kontynuowanie nauki, usamodzielnienie, zagospodarowanie, przysługuje osobom opuszczającym podmioty rodzinnej pieczy zastępczej, placówki opiekuńczo-wychowawcze lub regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, a także domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schroniska dla nieletnich, zakłady poprawcze, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii zapewniające całodobową opiekę oraz młodzieżowe ośrodki wychowawcze. Osobom usamodzielnianym może zostać również udzielona pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, oraz w uzyskaniu zatrudnienia, przy czym pomoc ta nie obejmuje wsparcia finansowego. Ponadto, osobom tym zapewnia się również pomoc prawną i psychologiczną.

W 2019 r. placówki opiekuńczo-wychowawcze opuściło 134 pełnoletnich wychowanków, spośród których 38 wróciło do rodziny naturalnej a 76 założyło własne gospodarstwo domowe. Z rodzin zastępczych odeszło łącznie 301 osób – do rodziny naturalnej powróciło 6 wychowanków, a własne gospodarstwo założyło 235 osób. W ramach pomocy dla osób usamodzielnianych w 2019 r. pełnoletnim osobom opuszczającym rodzinne formy pieczy zastępczej w województwie łódzkim udzielono łącznie blisko 8,2 tys. świadczeń na kwotę ponad 5,4 mln zł. Osobom usamodzielnianym, które opuściły instytucjonalną pieczę zastępczą w województwie łódzkim udzielono w 2019 r. łącznie blisko 3,2 tys. świadczeń na kwotę niespełna 2,4 mln zł. W 2019 r. pomoc pieniężną na usamodzielnienie przyznano 80 pełnoletnim osobom opuszczającym instytucje wymienione w art. 88 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, a łączna kwota świadczeń wyniosła 278,0 tys. zł.

Niewystarczająca jest efektywność systemowych form wsparcia, w tym liczba mieszkań dla osób opuszczających pieczę zastępczą i placówki całodobowego pobytu. Formą wsparcia w obszarze zapewnienia odpowiednich warunków mieszkaniowych są mieszkania chronione. Jednak przeznaczone są także dla innych grup osób: opuszczających schroniska oraz zakłady poprawcze, dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Na terenie województwa funkcjonowały w 2021 r. 83 mieszkania chronione (261 korzystających), z czego największa ich liczba (32) funkcjonowała w powiecie kutnowskim. Mieszkania te mieszczą się w Kompleksie Terapeutyczno-Integracyjnym „Wspólny dom” w Kutnie. Rok wcześniej mieszkań

chronionych było 69 (241 miejsc). Jednocześnie 28 spośród omawianych jednostek przeznaczonych było dla osób z zaburzeniami psychicznymi (łącznie 68 miejsc). Analiza Oceny zasobów społecznych w 2020 r. podaje, iż 12 mieszkań (56 miejsc) przeznaczono dla osób usamodzielnianych opuszczających m.in. niektóre typy placówek opiekuńczo-wychowawczych, schroniska oraz zakłady poprawcze. Przy tym wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w mieszkaniach chronionych (stosunek liczby osób umieszczonych do ogółu osób wymagających umieszczenia w mieszkaniach chronionych, tj. osób umieszczonych oraz oczekujących na umieszczenie) osiągnął w województwie łódzkim wartość 90,0%, (podobnie, jak w roku 2019) – oznacza to, iż w 2020 r. jedynie około 10,0% osób oczekujących na umieszczenie w mieszkaniu chronionym nie otrzymało miejsca w funkcjonujących placówkach.

Problem związanym z kontynuowaniem nauki jest zagrożenie utratą świadczeń w przypadku przerwania nauki przez wchodzącego w dorosłość wychowanka, co sprzyja nieprzemyślanym wyborom, rozpoczynaniem przypadkowych kursów, nauki zawodu niezgodnie z zainteresowaniami – byle tylko utrzymać status ucznia lub studenta. Nie są to dobre decyzje dotyczące przyszłości i jest szczególnie niekorzystne trudne w przypadku usamodzielnianych wychowanków z niepełnosprawnościami.

Obszar II

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osoby starsze, chore, z ograniczoną sprawnością oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny i opiekunowie nieformalni¹²

Według Eurostatu w Polsce pod koniec 2019 r. żyło niemal 23% osób niepełnosprawnych biologicznie, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania takich czynności, jakie ludzie

¹² W diagnozie wykorzystano obszerny materiał, który przygotowała w tym celu Pani Barbara Zalega. Ze względu na duży zakres wykorzystanych treści, stanowiących diagnozę w tym obszarze nie wykazano tego materiału jako źródłowego, uznając B. Zalegę jako współautorkę diagnozy dla tego obszaru interwencji.

zwykle wykonują, a wśród nich 6,4% miało poważne problemy w wykonywaniu codziennych czynności. W dokumentach strategicznych planistycznych RCPS w Łodzi stara się oddzielać opis problemów osób z niepełnosprawnościami od problemów osób wymagających wsparcia z powodu niesamodzielności, gdyż jest to zgodne ze społecznym modelem niepełnosprawności, bardziej podnoszącym zachowane możliwości niż ograniczenia. Jednakże nie jest to możliwe w drugą stronę, tj. nie można mówić o problemie niesamodzielności, szczególnie związanej wśród seniorów - bez poruszania problemu niepełnosprawności. Koreluje ona z wiekiem. Występowanie niepełnosprawności biologicznej rośnie wraz z wiekiem, znacząco po ukończeniu 50 roku życia, sięgając niemal 80% w grupie 80 lat lub więcej). Jednocześnie wśród osób najstarszych zaobserwowano relatywnie wysoki udział osób z poważnymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu (ponad 38%). Z kolei badania CBOS wskazują, że 22% osób po 75 roku życia w naszym kraju ma poważne trudności z wykonywaniem codziennych czynności. Według EHIS w 2019 r. w województwie łódzkim zamieszkiwało 14,5% ludności niepełnosprawnej o niezbyt poważnych ograniczeniach oraz 6,1% o ograniczeniach poważnych. Oznacza to, że w 2019 r. w regionie łódzkim zamieszkiwało ok. 356 tys. osób niesprawnych, ale o niezbyt poważnych ograniczeniach oraz ok. 150 tys. (149 742) o poważnych ograniczeniach (osoby niesamodzielne). Niesamodzielność to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie wieku, choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osób innych w wykonywaniu tzw. czynności dnia codziennego: odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Według „Strategii w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku.”¹³ „Okolo 149,7 tys., czyli 6,1% ogółu mieszkańców regionu deklaruje poważne ograniczenia w funkcjonowaniu, co jest utożsamiane z niesamodzielnością (potrzebą wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego) Jest to jeden z najniższych wskaźników wśród wszystkich województw. Niższe wskaźniki mają województwa: Wielkopolskie, Zachodniopomorskie i Mazowieckie.”

¹³ „Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku” przyjęta Uchwałą Sejmiku Województwa Łódzkiego Nr XLVIII/577/22

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030¹⁴ podkreśla, że osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu szczególnie narażone są na wielowymiarowe wykluczenie: „Wśród osób najbardziej narażonych na wykluczenie społeczne są m.in. osoby z niepełnosprawnościami, długotrwale chorzy, długotrwale bezrobotni, osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz osoby będące w kryzysie bezdomności. Grupę osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, szczególnie narażonych na wielowymiarowe wykluczenie, tworzą dzieci niepełnosprawne od urodzenia, licząca wiele tysięcy osób grupa dorosłych poszkodowanych w wyniku ciężkich wypadków i urazów, ale przede wszystkim seniorzy obciążeni często wieloma chorobami przewlekłymi”. Oszacowanie liczby osób niesamodzielnych w województwie łódzkim jest trudne. Najaktualniejsze, ale jednak przybliżone dane dotyczące liczby osób niesamodzielnych w regionie można pozyskać z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2019, z którego wynika że w województwie łódzkim takich osób może być ok. 150 tys.

Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego – w świetle badania Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi (ROIS)

Zlecone przez ROIS badania „Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego” (2028), przeprowadzone na próbie N=1100 osób starszych wykazały dość wysoki poziom zadowolenia z życia, obniżający się z wiekiem, ale skorelowany z poziomem wykształcenia, aktywnością zawodową i aktywnością w ogóle. Badani odczuwali użyteczność i uznanie, zwłaszcza czując się potrzebna: dzieci, wnuki i współmałżonkowie. Ogólny obraz samodzielności funkcjonowania osób 60+ w województwie jest dobry, choć ich kondycja zdrowotna jest gorsza niż statystycznego Polaka. Zakres samodzielności cyfrowej osób 60+ jest niewielki. Problemem jest zagrożone poczucie bezpieczeństwa publicznego w miastach, szczególnie w Łodzi i zwłaszcza w przypadku niepełnosprawności, choć na ogół osoby w wieku 60+ w regionie łódzkim ogólnie czują się bezpiecznie w miejscach zamieszkania. Występuje bardzo duże zróżnicowanie uczestnictwa w ofercie kulturalnej, rekreacyjnej i edukacyjnej wśród osób w wieku 60+ zależnie od miejsca zamieszkania (wieś – miasto). Starsi mieszkańcy wsi bardziej liczą na rodzinę, niż

¹⁴Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030”przyjęta Uchwałą Nr XXXI/414/21 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 6 maja 2021 r.

mieszkańcy miast. Jako podmioty odpowiedzialne za zaspokajanie potrzeb osób 60+ mieszkańcy województwa wskazywane jest jednak także państwo i samorzady. Wyniki, na które szczególnie warto zwrócić uwagę w projektowaniu usług społecznych:

- Problem samotności (ok. 1/4 badanych, częściej mieszkańców miast oraz kobiet) i samodzielniego zamieszkiwania (1/3).
- Wsparcie osób starszych oparte głównie na rodzinie; rzadko na opiekunach formalnych (opiekunki z pomocy społecznej, pielęgniarki środowiskowe) świadczących usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania lub w instytucji całodobowej opieki. Przy tym z wiekiem zwiększa się liczba osób starszych, które potrzebują pomocy i otrzymują ją od opiekunów nieformalnych.
- Seniorzy potrzebują wsparcia emocjonalnego, większej liczby kontaktów społecznych; często wsparcia finansowego oraz pomocy w codziennym funkcjonowaniu.
- Sytuacja finansowa wielu seniorów jest trudna, zwłaszcza w gminach wiejskich. Większość nie jest skłonna płacić – lub może płacić niewiele - za pomoc w codziennych obowiązkach. Do tego brak wśród opiekunów osób starszych w Łódzkiem wolontariuszy z organizacji pozarządowych lub kościelnych
- Wskazywane są bariery architektoniczne i transportowe, utrudniające korzystanie z usług i różnego rodzaju aktywności.
- Badani liczą zwłaszcza na stworzenie szerszej oferty usług dla osób starszych (domy dziennego pobytu, usługi opiekuńcze itp.). Jako podmioty odpowiedzialne wskazują w równym stopniu samorzady i organizacje pozarządowe, ale dość często również firmy prywatne. Wskazywano także potrzebę likwidacji
- barier transportowych, poprawę bezpieczeństwa i organizację czasu wolnego.

Mimo stosunkowo dużej samodzielności należy pamiętać, że osoby niepełnosprawne stanowią połowę osób starszych wskazujących na trudności z „samoobsługą” oraz jedną trzecią osób z problemami w wykonywaniu czynności złożonych. Co czwarta osoba 70+ jedynie z czyjąś pomocą potrafi przygotować sobie posiłki, a co piąta wymaga pomocy związanej z przyjmowaniem leków, zaś mniej więcej co dziesiąta – zupełnie nie jest w stanie zrobić tego samodzielnie¹⁵. Tymczasem wpływa to na

¹⁵ S. 129.

kondycję osób starszych. Właściwa dieta pozwala ograniczyć czynniki ryzyka, dzięki temu przedłużyć okres samodzielności i zmniejszyć koszty terapii chorób w wieku starszym. Dieta osób starszych powinna szczególnie starannie dostosowana do istniejących schorzeń, indywidualnych potrzeb i zaleceń dietetycznych lekarza (np. w nadciśnieniu, cukrzyca, zaburzeniach krążenia) ale i zmian pojawiających się w organizmie z wiekiem; zapobiegać niedoborom pokarmowym, nadwadze niedożywieniu¹⁶. Tymczasem właśnie z wiekiem seniorzy przestają sobie radzić w tym obszarze codziennej aktywności. Z cytowanych badań wynika także bierność, bezradność i wycofanie osób starszych (70+), które nie próbują zmieniać swojej sytuacji, zwłaszcza osoby samotne (samotność jest dodatkowym czynnikiem zwiększającym zapotrzebowanie na wsparcie i opiekę). Osoby badane: nie korzystały z klubów samopomocy, dziennego domu pomocy; wcale lub prawie wcale z oferty kulturalnej, rekreacyjnej czy edukacyjnej, a barierą często pozostaje transport; będąc niesamodzielnymi funkcjonalnie w 20-27% świadomie rezygnowały z możliwości korzystania ze sprzętu specjalistycznego, rehabilitacyjnego, pomocy dziennego domu pobytu głównie ze względu na zły stan zdrowia, problemy z poruszaniem się; nie mają wiedzy o możliwości korzystania z różnych form wsparcia instytucjonalnego, w tym z transportu specjalistycznego (np. karetki), bezpłatnego skorzystania z porady psychologa lub uzyskania pomocy w opracowaniu pisma urzędowego¹⁷. Konieczne jest zatem nie tylko zwiększanie oferty usługowej, ale także wsparcie informacyjne i budowanie świadomości możliwości korzystania z różnych form wsparcia. -)¹⁸.

Wsparcie dla seniorów - świadczenia

Ze względu na trudną sytuację materialną przy zwiększonych potrzebach zdrowotnych i opiekuńczych duże znaczenie dla samodzielnego funkcjonowania seniorów odgrywają różnego rodzaju świadczenia. One także odzwierciedlają skalę potrzeb tej grupy osób. Jak wynika z „Oceny zasobów pomocy społecznej

¹⁶ Barcikowska A. (brw.), *Obiady dla seniorów Przygotowywanie i dostarczanie obiadów starszym osobom zależnym przez uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej. Opis modelu innowacji*. Krasnostawskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, Projekt pn. „Generator Innowacji. Sieci Wsparcia”. https://www.power.gov.pl/media/96121/Zal_1_podrecznik_Obiady_terapeutyczne.pdf, [dostęp: 2.05.2023].

¹⁷ Pełna lista wniosków i rekomendacji w publikacji *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, na s. 129-134.

¹⁸ S. 8

województwa łódzkiego za 2020 r.” „Najczęściej udzielanym w województwie łódzkim świadczeniem opiekuńczym w 2020 roku jest zasiłek pielęgnacyjny przyznawany w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.” W 2020 roku w całym województwie łódzkim udzielono blisko 624,4 tys. świadczeń w formie zasiłku pielęgnacyjnego. W tej liczbie znikomy jest udział osób w wieku powyżej 75r. życia, których najbardziej dotyka zjawisko niesamodzielności. Ta liczba zarazem (624,4 tys.) jest znacznie wyższa od liczby osób niesamodzielnych oszacowanych w badaniu EHIS 2019 (ok. 150 tys.), a nawet od liczby osób niepełnosprawnych na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego 2019. Wśród 624,4 tys. osób, którym przyznano zasiłek pielęgnacyjny 261,8 tys. – to osoby powyżej 16 roku życia o znacznym stopniu niepełnosprawności. Osoby niesamodzielne mają też prawo do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w wysokości do 500 zł, pod warunkiem spełnienia kryterium dochodowego.

O skali niepełnosprawności i niesamodzielności świadczy też liczba świadczeń dla opiekunów zajmujących się takimi osobami. Świadczenie pielęgnacyjne – przysługuje rodzicom dziecka lub osoby 2dorosłej, których niepełnosprawność powstała w wieku dziecięcym, jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności. Świadczenie pielęgnacyjne jest przyznawane bez kryterium dochodowego. W 2020r. w województwie łódzkim z tego świadczenia korzystało 116,3 tys. osób¹⁹, a jego wysokość wynosi od 1 stycznia 2022r. – 2 119 zł. Kolejnym typem świadczenia dla opiekunów osób niepełnosprawnych jest specjalny zasiłek opiekuńczy w wysokości 620 zł, przyznawany osobom w 1. i 2. stopniu pokrewieństwa oraz współmałżonkom, jeżeli nie podejmują zatrudnienia lub rezygnują z pracy zarobkowej w celu sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Przyznanie tego świadczenia zależne jest od dochodu (wysokość kryterium dochodowego na poziomie 764 zł netto w przeliczeniu na osobę). W 2020 r. 18,7 tys. opiekunów otrzymywało w regionie łódzkim specjalny

¹⁹ „Ocena zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego za rok 2020”, RCPS w Łodzi. Łódź 2021

zasilek opiekuńczy. Zasadniczym kryterium przyznania opiekunowi świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku pielęgnacyjnego jest wiek powstania niepełnosprawności u podopiecznego – opiekunowie osób, których niepełnosprawność powstała do 18 roku życia (a jeśli dalej się uczą do 24 roku życia) przysługują świadczenie pielęgnacyjne, natomiast opiekunowie osób, których niepełnosprawność powstała w wieku dorosłym mogą liczyć jedynie na specjalny zasiłek pielęgnacyjny pod warunkiem spełnienia kryterium dochodowego. Prowadzi to do takich sytuacji, że rezygnujący z pracy opiekun osoby niesamodzielnej, przykutej do łóżka i wymagającej całodobowej opieki nie ma prawa do żadnego świadczenia, bo niepełnosprawność podopiecznego powstała w wieku dorosłym i nie jest spełnione kryterium dochodowe. System świadczeń dla osób niesamodzielnych o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz ich opiekunów jest wysoce niezadawalający oraz nieadekwatny do ich rzeczywistych potrzeb. Powinien to zmienić nowy system orzekania o niepełnosprawności i niesamodzielności, którego wprowadzenie bardzo się opóźnia. Według Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej nowy system orzekania o niepełnosprawności i niesamodzielności wejdzie w życie najwcześniej w 2024 r.

Wsparcie instytucjonalne

Domy pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej są formą całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, dla osób, które nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a j nie można zapewnić niezbędnej pomocy rodziny lub wsparcia w warunkach domowych w formie usług opiekuńczych. Z Oceny Zasobów Pomocy Społecznej wynika, że w 2021 roku w województwie łódzkim funkcjonowało 55 domów pomocy społecznej (48 przez samorządy powiatowe, 7 powierzono podmiotom niepublicznym) - i ten stan utrzymuje się od lat (tab. 5). Zmienia się jedynie specjalizacja W 2021 r. domy pomocy społecznej dysponowały 6 193 miejscami, a z ich usług skorzystało 6 694 osób. Nadal jednak wiele osób oczekuje na miejsce w dps: w końcu 2021 były to 164 osoby (o 37 mniej niż rok wcześniej i o 71 osób mniej niż w roku 2019). Jednocześnie wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w domach pomocy społecznej (stosunek liczby osób umieszczonych w DPS w ciągu roku do ogółu osób wymagających umieszczenia w tych placówkach,

tj. osób umieszczonych oraz oczekujących na umieszczenie) osiągnął wartość 87,1% co stanowiło wartość znacznie wyższą niż w latach poprzednich (wartość o ponad 6 pkt. proc. wyższa niż w roku 2020). Niemniej jednak nadal około 13,0% osób wymagających umieszczenia w domach pomocy społecznej nie otrzymało w tym roku miejsca. Stosunkowo najwyższy poziom zaspokojenia miejsc występował w DPS dla osób w podeszłym wieku (88,8%). Spadek liczby mieszkańców w roku 2020 i 2021 przy wzroście liczby osób, które skorzystały ze wsparcia można tłumaczyć zarówno usługami dziennymi, jak i rotacją związaną z większą śmiertelnością mieszkańców w czasie pandemii. Jednocześnie zwraca uwagę stały spadek liczby miejsc, który przede wszystkim współwystępuje ze spadkiem liczby zatrudnionych pracowników²⁰.

Tabela 5. Wsparcie osób niesamodzielnych, chorych, z ograniczoną sprawnością w województwie łódzkim w domach pomocy społecznej w latach 2019-2021²¹.

Liczba domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym	2019	2020	2021
dla osób w podeszłym wieku	8	7	6
dla osób przewlekle somatycznie chorych	12	12	13
dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	8	9	9
dla osób przewlekle psychicznie chorych*	17	17	17
dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie**	6	6	2
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	2	2	2
dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	1	1	1
innych odbiorców	1	1	1
Razem:	55	55	55

²⁰ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2019, 2020, 2021.

²¹ Tamże.

Warto dodać, że domy pomocy społecznej zlokalizowane były w 22 powiatach: najczęściej w powiecie miejskim łódzkim (15), a następnie w powiecie kutnowskim (6), zgierskim (4) i sieradzkim (3). Nie ma ich w powiecie skierniewickim (choć jest w m. Skierniewice) oraz rawskim. Deinstytucjonalizacja i rozwój usług społecznych wymagających wsparcia w niesamodzielności, zwłaszcza dla osób starszych w środowisku domowym może rozwiązać problem aktualnego dużego zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej²².

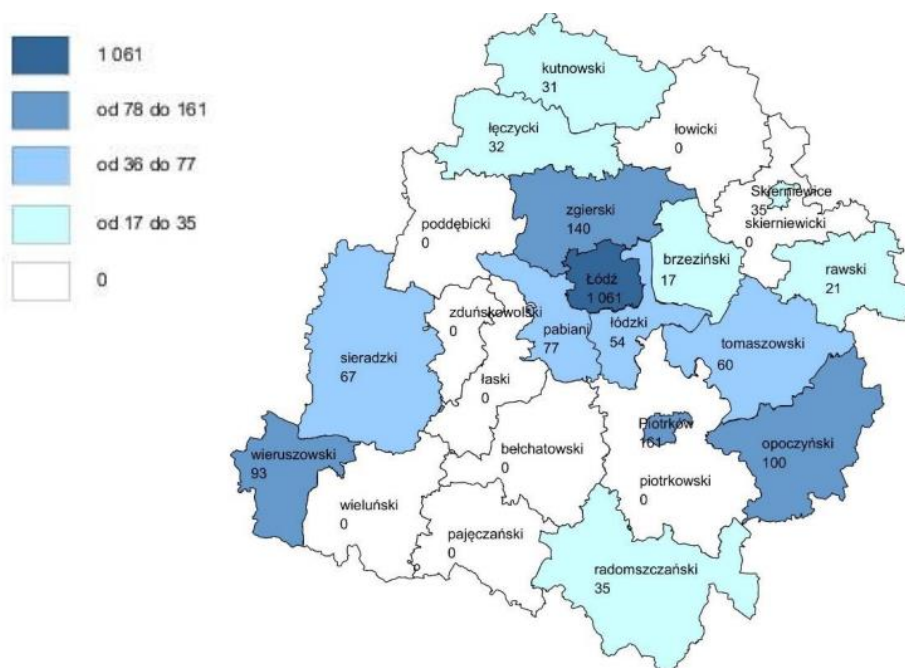
Wsparcie w miejscu zamieszkania

Dzienne domy pomocy i Kluby Senior+

Dzienne domy pomocy są ośrodkami wsparcia przeznaczone głównie dla osób starszych. Z danych Oceny zasobów pomocy społecznej, w 2021 roku w całym województwie łódzkim funkcjonowały 43 dzienne domy pomocy – bez zmian w stosunku do roku 2020. Ośrodki te w większości prowadzone były przez samorząd terytorialny: 39 przez samorząd gminny; 2 przez samorząd powiatowy. Dwa – pozostałe prowadzone były przez podmioty zewnętrzne (zadanie zlecone). Blisko połowa dziennych domów pomocy (aż 21 ośrodków) jest zlokalizowanych, a pozostałe są rozrzucone po województwie – niestety, dość nieregularnie (mapa na rys. 4). Łącznie odnotowano je w 15 powiatach, w tym w trzech miastach na prawach powiatu. Na mapie widoczne są wyraźne „białe plamy” obejmujące orientacyjnie prawie połowę powierzchni województwa, w tym wiele zlokalizowanych peryferyjnie względem Łodzi powiatach wiejskich. Powiat skierniewicki jest jedynym, który nie ma, ani dziennego domu pomocy, ani domu pomocy społecznej (choć taki dom jest w powiecie miejskim Skierniewice).

²² Tamże.

Rysunek 4. Łączna liczba osób korzystających z dziennych domów pomocy w województwie łódzkim w 2021 roku



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej dla województwa łódzkiego za 2021 r.

Dzienne domy pomocy funkcjonujące w województwie łódzkim dysponowały w 2021 r. 1 808 miejscami (o 30 mniej niż w roku 2020), z których w ciągu całego roku skorzystały łącznie 1 984 osoby (o 39 mniej niż przed rokiem). W przekroju powiatowym zdecydowanie najwięcej osób korzystało z usług omawianych placówek zlokalizowanych w Łodzi, a w dalszej kolejności w powiecie zgierskim, opoczyńskim i wieruszowskim. Wśród powiatów, na terenie których odnotowano funkcjonowanie dziennych domów pomocy, najmniejsza liczba korzystających z tego typu jednostek odnotowana została w powiecie brzezińskim i rawskim, a także kutnowskim, łęczyckim i radomszczańskim²³.

Działalność dziennych domów, w tym Dziennych Domów „Senior+” uzupełniają Kluby „Senior+”. Sa one ośrodkami wsparcia dla osób starszych. Domy i Kluby „Senior+” realizowane są w ramach program wieloletniego "Senior+" na lata 2021-2025 (kontynuacja programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020). Ich działalność bieżąca wiąże się z realizacją podstawowych usług udzielania pomocy w czynnościach dnia codziennego. Polega na zapewnieniu przynajmniej jednego

²³ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2019, 2020, 2021.

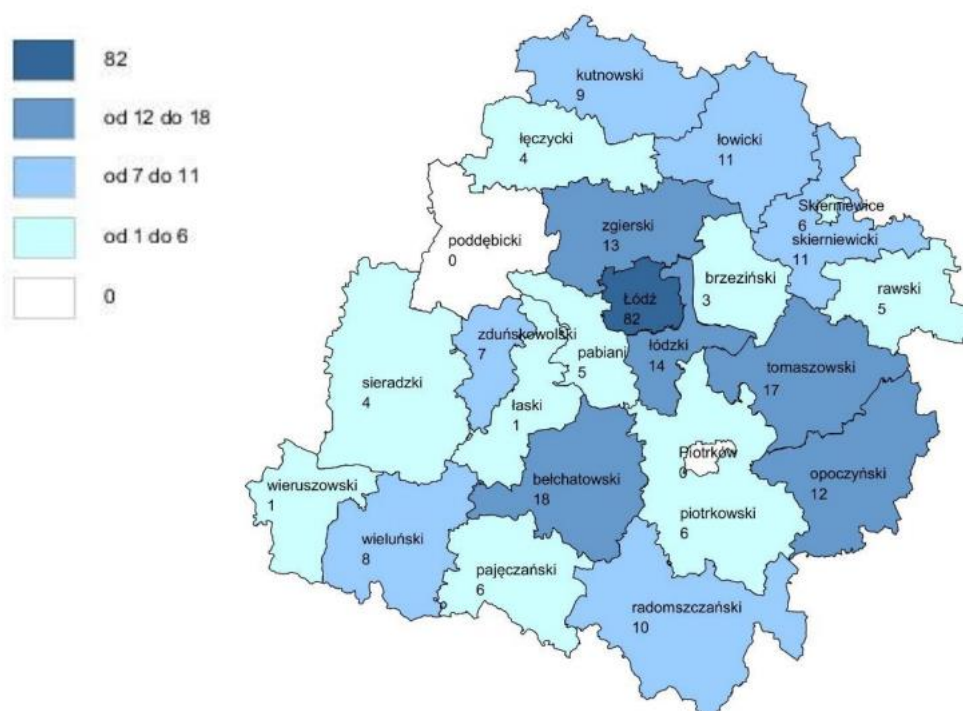
posiłku (w szczególności gorącego), ale także innych usług wspomagających, dostosowanych do potrzeb seniorów. Usługi w ramach Dziennych Domów świadczone są przez co najmniej 8 godzin dziennie w dni robocze. Kluby „Senior+” powinny zapewniać tygodniowo co najmniej 20-godzinną ofertę usług, a ich działalność polega na motywowaniu seniorów do działań na rzecz samopomocy i działań wolontarystycznych na rzecz innych osób²⁴. W województwie łódzkim działa 13 Dziennych Domów „Senior+” oraz 24 Kluby „Senior+”.

Kluby i inne miejsca spotkań seniora

Formami dziennej pomocy skierowanej do osób starszych są kluby seniorów (inne niż Kluby „Senior+”), ale także inne miejsca spotkań. W 2021 roku w województwie funkcjonowały 253 placówki tego typu, (o 5 mniej niż w roku 2020). Ten nieznaczny, uzasadniany trudną sytuacją pandemiczną, nie przesłania jednak ogólnego trendu wzrostowego. Liczba klubów seniora w województwie łódzkim systematycznie wzrasta: w 2021 roku była ona wyższa o 36,0% (72 placówki) w stosunku do stanu z roku 2015. Największą liczbę miejsc spotkań dla seniorów dysponuje Łódź (82 placówki). Dużo ich powstało także w powiecie bełchatowskim (18), tomaszowskim (17), łódzkim wschodnim (14) i zgierskim (13). Brakuje jeszcze takich placówek w Piotrkowie Trybunalskim i w powiecie poddębickim, po jednym utworzono w powiecie łaskim i wierszowskim. oraz w nie odnotowano w 2021 r. żadnej takiej placówki. Wyraźna jest wyraźna tendencja to tworzenia miejsc spotkań dla seniorów w całym województwie łódzkim (rys. 5).

²⁴ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa łódzkiego za rok 2021.

Rysunek 5. Liczba klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów w województwie łódzkim w 2021 rok



Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej dla województwa łódzkiego za 2021 rok.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Wśród wsparcia, jakie oferowane jest niesamodzielnym mieszkańcom województwa, znajdują się usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze stanowiące świadczenia niepieniężne kierowane do osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc: w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą lekarza oraz - w miarę możliwości - zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane są do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju chorób lub niepełnosprawności, a świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym²⁵. W 2020 roku z tego rodzaju usług skorzystało łącznie 6 758 osób (o 445 osób mniej niż w roku 2019 i o 252 osoby mniej niż niewidocznym w tabeli roku 2018)²⁶. Skala usług specjalistycznych jest znacznie mniejsza i ogólnie niewielka, a do tego

²⁵ <https://www.gov.pl/web/rodzina/uslugi-opiekuncze-i-specjalistyczne-uslugi-opiekuncze>,

²⁶ Jw.

zmniejsza się z roku na rok: skorzystało z nich 159 osób w roku 2019, 216 w roku 2020 i tylko 91 w roku 2021.

Rysunek 6. Usługi opiekuńcze o specjalistyczne usługi opiekuńcze w woj. łódzkim w latach 2019-2021²⁷

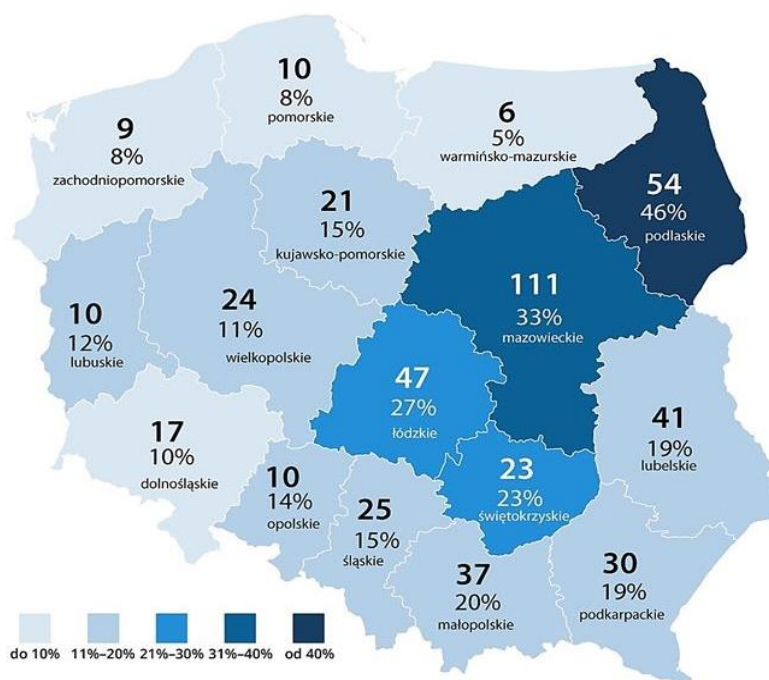
Rodzaj usług w zakresie pomocy społecznej	2019	2020	2021
Usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne	7 203	6 758	6 523
w tym: wyłącznie specjalistycznie	159	126	91

Usługi opiekuńcze świadczone osobom niesamodzielnym w miejscu zamieszkania są płatne lub bezpłatne w zależności od sytuacji finansowej osoby potrzebującej wsparcia. Ich wysokość zależy od dochodu osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Odpłatność za usługi opiekuńcze jest bardzo zróżnicowana w poszczególnych gminach. Pomimo szybkiego starzenia się mieszkańców województwa łódzkiego - co wiąże się ze wzrostem liczby osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami – jak wykazano, spada w regionie liczba osób objętych usługami opiekuńczymi. W latach 2020-2021 mogło to wynikać z pandemii Covid 19. Można domniemywać, że znaczna liczba osób niesamodzielnych jest zaniedbana opiekuńczo. W przypadku wielu gospodarstw domowych najważniejszym powodem niekorzystania z profesjonalnych usług opiekuńczych w domu, lub niekorzystania w większym zakresie, są względy finansowe. W wielu mniejszych gminach brakuje jakiegokolwiek dostępu do wsparcia opiekuńczego dla osób po 65. roku życia w ich miejscu zamieszkania. Dane NIK pokazują, że znaczny odsetek starszych osób w Polsce nie korzysta z usług opiekuńczych ze względu na ich wysokie koszty. Jednocześnie z kontroli NIK wynikało, że prawie 20% gmin w Polsce nie zapewniało się osobom starszym usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, mimo iż należy to do ich obowiązków ustawowych. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła też uwagę na brak określonych standardów opieki w miejscu zamieszkania. Od 2018 r. realizowany jest w Polsce program Opieka 75+, który wspiera samorządy w realizacji usług opiekuńczych, w tym tych specjalistycznych dla osób w wieku 75 lat i więcej w gminach poniżej

²⁷ Ocena zasobów pomocy społecznej dla województwa łódzkiego za 2019, 2020 i 2021 rok.

60 tys. osób. Z danych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wynika, że w roku 2020 pomocą z Programu Opieka 75+ skorzystało 509 gmin, a tym samym liczba gmin nie świadczących tego typu usług spadła do 11%. Niestety, jak pokazuje rysunek. 7, łódzkie z 27% gmin, które nie zapewniają takich usług, znajduje się na trzecim miejscu od końca w skali całego kraju.

Rysunek 7. Liczba i odsetek gmin w woj. łódzkim nie zapewniających usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w roku 2018



Źródło: Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, 2018 r.

Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM)

Nową formą wsparcia dla osób niesamodzielnych są dzienne domy opieki medycznej (DDOM), które powstawały w ostatnich latach dzięki środkom unijnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów. W województwie łódzkim realizowanych było kilka tego typu projektów. Jednakże po zakończeniu finansowania unijnego są problemy z kontynuacją wsparcia dla DDOM-ów ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Opieka długoterminowa – koordynacja usług zdrowotnych i medycznych

Jak zauważa Komisja Europejska „*Odsetek osób w wieku powyżej 65 lat posiadających potrzeby w zakresie opieki długoterminowej przekracza w Polsce średnią UE, natomiast wydatki publiczne na opiekę długoterminową są niższe od średniej UE (0,8 % w porównaniu z 1,7 % w UE w 2019 r.)*”²⁸. Jak wynika z zaleceń Rady z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej – „Dostępna, przystępna cenowo i dobra jakościowo opieka długoterminowa umożliwia osobom potrzebującym opieki jak najdłuższe zachowanie samodzielności i godne życie. Pomaga chronić prawa człowieka, wspierać postęp społeczny i solidarność międzypokoleniową, zwalczać wykluczenie społeczne i dyskryminację oraz może przyczyniać się do tworzenia miejsc pracy. Usługi opieki długoterminowej organizowane przez organy publiczne na szczeblu krajowym, regionalnym lub lokalnym uznaje się przede wszystkim za usługi socjalne świadczone w interesie ogólnym, ponieważ odgrywają one jasną rolę społeczną. Ułatwiają włączenie społeczne i chronią prawa podstawowe wszystkich osób potrzebujących opieki, w tym osób starszych”. Opieka długoterminowa obejmuje zarówno usługi zdrowotne, jak i społeczne.

Opieka długoterminowa – to całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgnarskiej, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno–opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji²⁹.

Jak wynika z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS 2019) w największym stopniu zjawisko niesamodzielnosci dotyka osoby starsze. Osoby niesamozielne mają problem z wykonywaniem takich prozaicznych czynności jak: kąpiel, korzystanie z toalety, ubieranie się , przemieszczanie się, a nawet jedzenie posiłków. Województwo łódzkie charakteryzuje się najbardziej zaawansowanym procesem starzenia się mieszkańców i posiada największy w kraju odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym. Na poziomie powiatów najwyższy udział ludności w wieku poprodukcyjnym mają m. Łódź- 24,4% oraz m. Piotrków Tryb. – 22,5% (Łódzkie

²⁸ Dokument roboczy służb Komisji . Sprawozdanie krajowe – Polska 2022 , Bruksela, dnia 23.5.2022 r.

²⁹ „Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”, Warszawa 2012r.

– 21,2%) , a także powiaty: kutnowski, pabianicki, łęczycki i m. Skierniewice. W tych powiatach zjawisko niesamodzielności może być szczególnie widoczne. Jak zauważono w Umowie Partnerstwa zjawisko niesamodzielności nasila się bardzo po 85 roku życia. W 2021r. największy odsetek osób w wieku 85 lat i więcej miały: m. Łódź (2,90%), pow. łęczycki (2,47%), pow. pajęczański (2,45%), pow. skierniewicki (2,44%), pow. tomaszowski (2,40 %).

W **Umowie Partnerstwa** wskazano na wyzwania demograficzne, z którymi musi zmierzyć się Polska, które są związane z depopulacją i starzeniem się społeczeństwa. Problemem jest też zróżnicowanie poziomu samodzielności i zdrowia osób starszych - w zależności od sytuacji dochodowej i poziomu wykształcenia:

„Szacuje się, że pomiędzy 2025 a 2040 r. liczba osób w wieku co najmniej 80 lat i więcej zwiększy się dwukrotnie – z 1,7 mln do 3,4 mln. Wysoki poziom społecznych nierówności w odniesieniu do zdrowia w populacji osób starszych (oprócz różnic w zamożności, wykształceniu, zawodzie czy miejscu zamieszkania) może wynikać także z różnic w dostępie do opieki zdrowotnej. Potrzeba opieki wynikająca z ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych rozkłada się nierównomiernie w polskiej populacji – ograniczenia funkcjonalne występują dwukrotnie częściej w grupie osób o najniższych dochodach niż w grupie osób o dochodach najwyższych oraz trzykrotnie częściej w grupie osób z wykształceniem podstawowym niż w grupie osób z wykształceniem wyższym. Ograniczenia funkcjonalne narastają wraz z wiekiem, przy czym bardziej dotknięte są nimi kobiety niż mężczyźni. Krytyczny moment dla znacznego uzależnienia wynosi 85 lat, a występowanie takiej zależności jest charakterystyczne w szczególności dla obszarów wiejskich. Ponad 20% przebadanych seniorów w wieku powyżej 85 lat jest całkowicie zależnych od opieki innych. Mimo ustawowo przysługującego wszystkim świadczeniodawcom równego dostępu do świadczeń gwarantowanych, istnieją duże zróżnicowania w dostępie do tych usług w zależności od regionu czy miejscowości zamieszkania. Wyzwaniem jest również konsekwentne rozwijanie dziennych form opieki medycznej dla osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej, opieki w nowoczesnych formach, np. telemedycyny, wsparcie opiekunów nieformalnych. Będzie to następowało zgodnie z zaplanowanym strategicznie przez rząd procesem deinstytucjonalizacji”.

W Umowie Partnerstwa podkreśla się, że w ramach EFRR inwestycje infrastrukturalne w placówki świadczące opiekę całodobową (DPS-y) są niedozwolone. Jednak placówki te będą mogły być beneficjentami EFS+ na projekty mające na celu deinstytucjonalizację usług (np. wsparcie dzienne środowiskowe, opieka wytchnieniowa). Wsparcie ze środków unijnych ma się również koncentrować m.in. na: usługach opiekuńczych i asystenckich, teleopiece, dziennych placówkach opieki, mieszkaniach chronionych i wspomaganych, zapewnieniu transportu osobom niesamodzielnym. Umowa Partnerstwa jako jedno z kluczowych zadań wymienia tworzenie i wdrażanie lokalnych i regionalnych planów deinstytucjonalizacji usług.

W Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) zauważono konieczność inwestycji i reform w zakresie opieki długoterminowej:

„Istotne jest również podejmowanie dalszych działań w zakresie opieki długoterminowej, w szczególności umożliwienie osobom sprawującym opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu podejmowania pracy zarobkowej niezależnie od wymiaru i formy zatrudnienia, zapewnienie adekwatnego i efektywnego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami i innych osób o szczególnych potrzebach w zakresie skutecznej aktywizacji zawodowej i społecznej, integracja i koordynacja systemu wsparcia osób sprawujących opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jak i osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, czy wzmocnienie i zintegrowanie udziału podmiotów spoza administracji publicznej w zapewnieniu wsparcia dla osób sprawujących opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i osób z niepełnosprawnościami oraz innych osób o szczególnych potrzebach.”

Reforma opieki długoterminowej w Polsce stanowi kamień milowy do KPO.

Pierwszym etapem reformy ma być analiza systemu opieki długoterminowej pod kątem przyszłej reformy. Analiza, która ma być skończona w IV kwartale 2023r., ma dotyczyć w szczególności:

- integracji opieki długoterminowej socjalnej i zdrowotnej,
- przyspieszenia deinstytucjonalizacji usług i powierzenia ich jednemu organowi,
- zmniejszenie rozdrobnienia świadczenia opieki,
- rewizji świadczeń opiekuńczych w celu umożliwienia podjęcia zatrudnienia opiekunom,

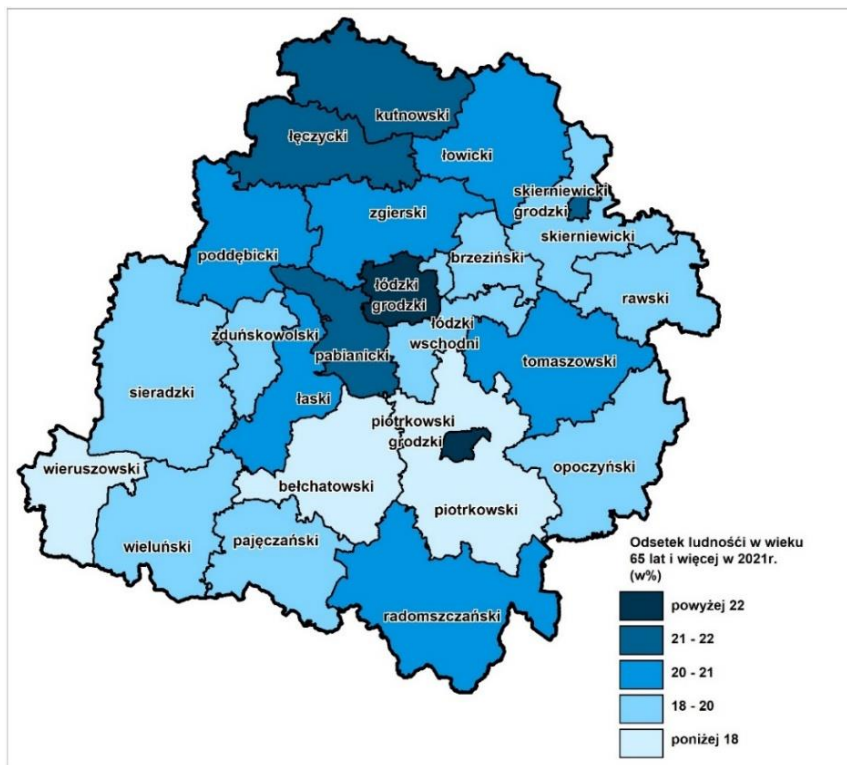
- stworzenie stabilnego systemu odpowiedniego finansowania świadczeń opieki długoterminowej , zwłaszcza środowiskowej i domowej,
- wprowadzenie ram jakości dotyczących usług opieki długoterminowej .

Tą analizę należy przeprowadzić w porozumieniu z zainteresowanymi stronami, w tym opiekunami nieformalnymi, osobami korzystającymi z opieki, osobami, które nie otrzymują opieki , ale powinny ją otrzymać, oraz z władzami lokalnymi.

W czwartym kwartale 2024r. ma wejść w życie ustawa realizująca priorytety reform, określonych w strategicznym przeglądzie opieki długoterminowej.

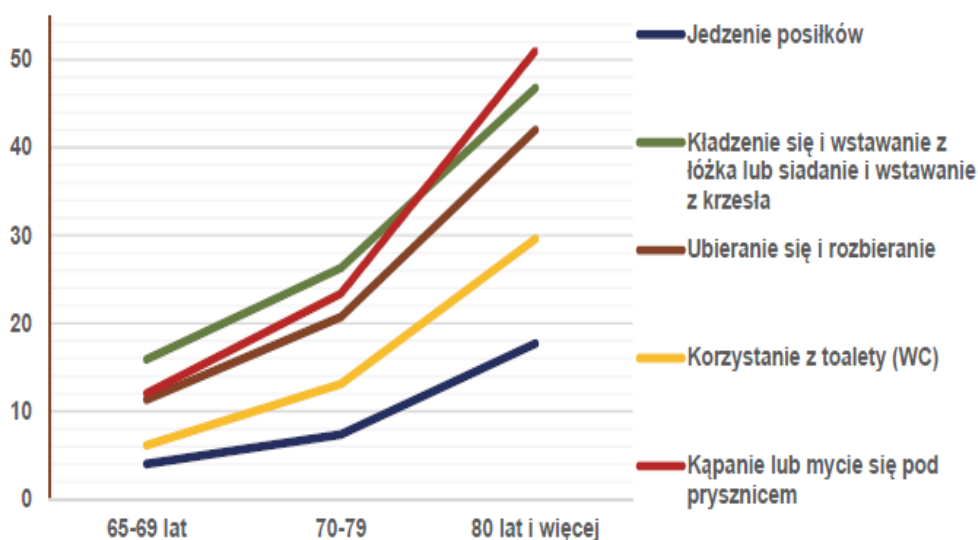
W Załączniku D (Wytyczne inwestycyjne dla Polski w zakresie finansowania polityki spójności na lata 2021-2027) do Sprawozdania krajowego Polska 2019, Komisja Europejska podkreśla, że opieka długoterminowa nad osobami starszymi, osobami z niepełnosprawnościami, osobami cierpiącymi na przewlekłe choroby jest w Polsce słabo rozwinięta. Potrzeby w tym obszarze określono jako wysoce priorytetowe,, w celu promowania aktywnego i zdrowego starzenia się, poprawy równego i szybkiego dostępu do wysokiej jakości, zrównoważonych i przystępnych cenowo usług oraz w celu poprawy dostępności, skuteczności i odporności systemu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej”. Ma to następować m.in. poprzez wspierania przejścia z opieki szpitalnej/instytucjonalnej na przystępne cenowo i wysokiej jakości usługi w zakresie opieki domowej i usługi środowiskowe, a także w celu koordynacji opieki zdrowotnej, opieki społecznej i opieki długoterminowej.

Rysunek 8. Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej według powiatów w 2021r.



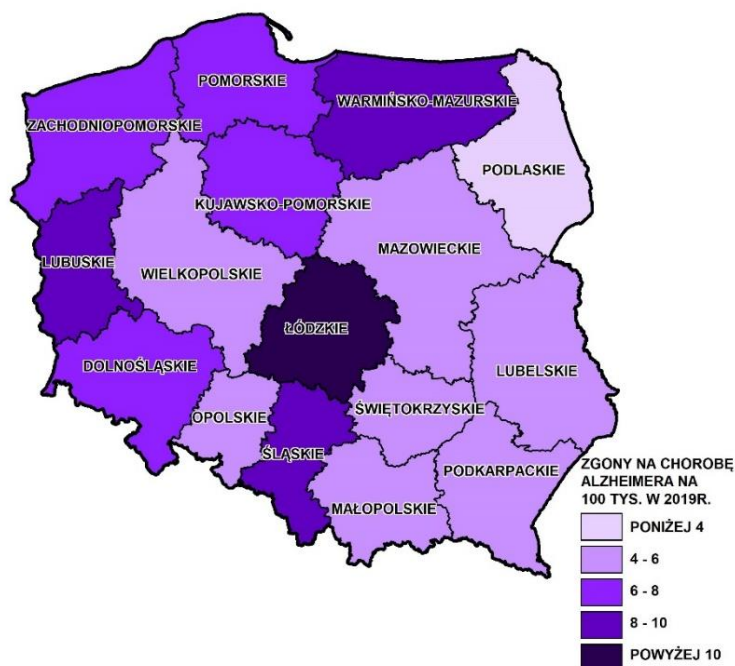
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS (Bank Danych Lokalnych)

Rysunek 9. Częstość występowania trudności w samoobsłudze u osób starszych według grup wieku



Źródło: Stan zdrowia ludności w 2014 r., Europejskie badanie stanu zdrowia ludności EHIS 2014

Rysunek 10. Zgony na chorobę Alzheimera na 100 tys. mieszkańców w 2019r.



Źródło: „Postawy i zachowania zdrowotne mieszkańców województwa łódzkiego”, BPPWŁ w Łodzi, 2022r.

Obszar III. Osoby z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunowie faktyczni – rodziny oraz opiekunowie nieformalni

Charakterystyka populacji osób z niepełnosprawnościami (ON) w województwie łódzkim

Istnieje kilka ujęć modelowych, jak i definicji niepełnosprawności. Planując działania z zakresu polityki społecznej należy przyjąć jakieś kryterium operacyjne, choć każde jest umowne i ma swoje ograniczenia. Z tego też powodu używa się np. podziału na niepełnosprawność biologiczną (związaną z odczuwanymi ograniczeniami sprawności, ale bez potwierdzenia tego dokumentem formalnym) i prawną (popartą formalnym dokumentem: orzeczeniem o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydanym przez uprawniony organ). Za Wojewódzkim Programem Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych Województwa Łódzkiego 2030 (dalej: Wojewódzki Program Wyrównywania Szans ON 2030) przyjęto definicję z Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz

zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.).

Niepełnosprawność oznacza wg niej trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującej niezdolność do pracy (art. 2 pkt 10).

W ostatnich latach województwie łódzkim notowano ok. 8,6% ON, w 2023 roku 9,9%. W roku 2021 było to 207 368 mieszkańców (PFRON, 2021), ale już w roku 2023 ich liczba wyniosła 234 923, (PFRON, 2023, stan na 15 lutego). Jak widać z zestawienia (tabela 6), aż do roku 2021 liczba ON w województwie spadała systematycznie.

W latach 2015-2021 zmniejszyła się o ok. 6 tys. co oznacza spadek o 2,8 %.

Ponieważ zmniejszała się też liczba mieszkańców województwa odsetek ON pozostawał na praktycznie tym samym poziomie 8,6%. Natomiast tylko w ciągu dwóch lat 2021-2023 nastąpił gwałtowny wzrost o blisko 22,5 tys. osób, czyli o 11,3%. Liczba mieszkańców województwa zmniejszała się nadal, w rezultacie czego statystyki wskazują, że obecnie co dziesiąty z nich jest osobą z orzeczoną niepełnosprawnością.

Tabela 6. Podstawowe wskaźniki niepełnosprawności wśród mieszkańców województwa łódzkiego

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022	2023
Liczba mieszkańców województwa	2 454 779	2 437 970	2 416 902	2 378 483	-
Liczba ON w wieku 15 lat i więcej	201 898	200 661	199 510	197 901	221 960
Liczba ON w wieku do lat 14	7 841	7 873	7 858	7 822	12 963
Razem ON w województwie	209 739	208 534	207 368	205 723	234 923
Odsetek ON w województwie	8,5%	8,6%	8,6%	8,6	-

Źródło: na podstawie PFRON 2019, 2020, 2021, 2022 i 2023 oraz portalu

<https://www.polskawliczbach.pl/lodzkie>, dostęp: 28.04.2023

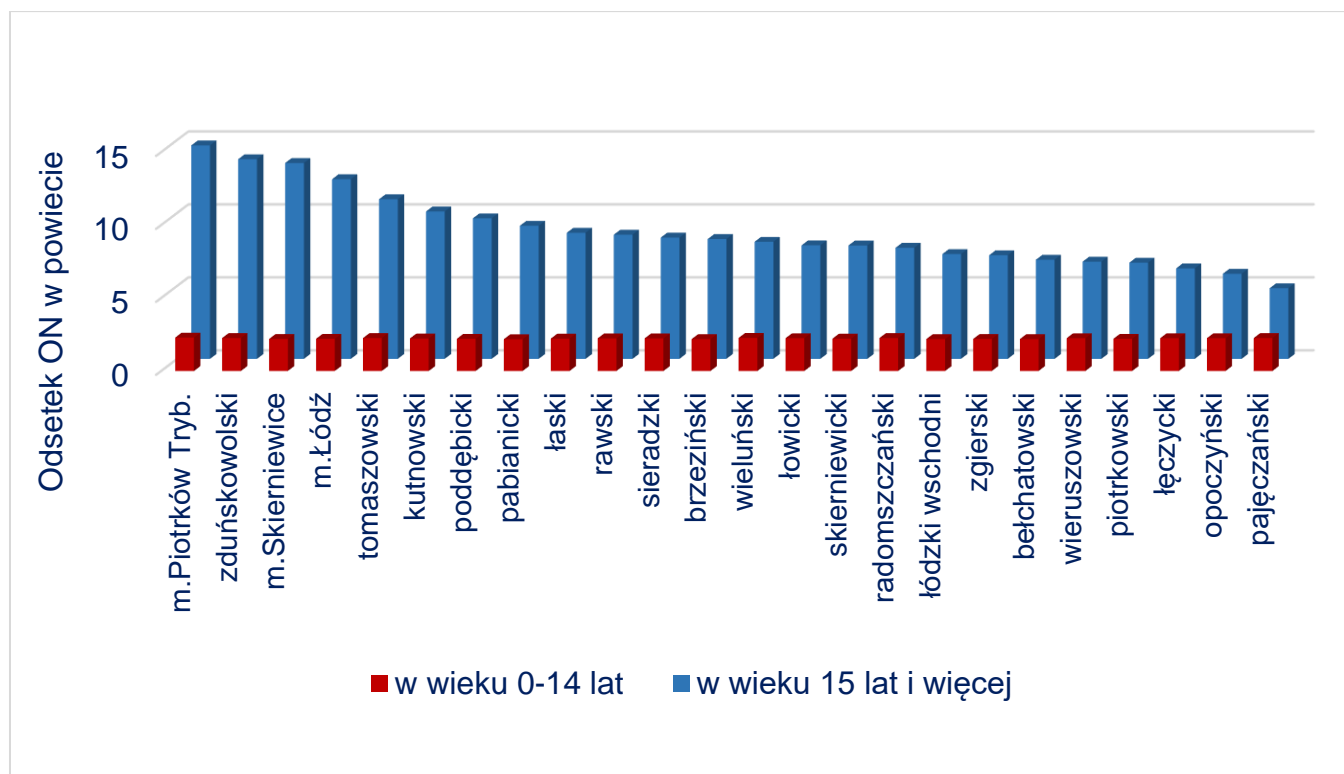
Nieco inaczej kształtuje się to w przypadku dzieci i młodzieży. Ich liczba utrzymywała się na tym samym poziomie ok. 7,8 tys. przez kilka lat. Natomiast po 2021 r. nastąpił

tu jeszcze bardziej gwałtowny wzrost niż w przypadku starszej grupy wiekowej, bo aż o 65%: w 2023 przybyło ponad 5,1 tys. dzieci i młodzieży z orzeczeniami o niepełnosprawności. To ogromny wzrost i niespotykane dotąd zjawisko. Ma ono wprawdzie swoje wyjaśnienie, przede wszystkim w orzeczeniach wydanych obywatelom z Ukrainy, którzy zamieszkali w Polsce w związku z wojną w ich kraju oraz zasadach organizacji pracy systemu orzeczniczego w okresie pandemii i zagrożenia epidemicznego (Ustawa z 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych). W województwie łódzkim mieszka obecnie 90 tys. obywateli Ukrainy, z czego min. 12 tys. uczniów zarejestrowanych w systemie oświaty. Część to uczniowie z niepełnosprawnościami. Ponadto statystyki wskazują na blisko 40 tys. (w skali kraju) dzieci z Ukrainy niewidocznych dla systemu oświaty, i należy przypuszczać, że dzieci z niepełnosprawnością mają duży udział w tej grupie (Krawczak, 2022). Migracja obywateli z Ukrainy z pewnością tłumaczy większą część gwałtownego przyrostu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności oraz o niepełnosprawności w grupie wiekowej do 14. roku życia. Przed systemem wsparcia dla ON staje bowiem wielkie wyzwanie zaspokojenia gwałtownie zwiększonej skali potrzeb. Wobec nałożenia się dwóch sytuacji kryzysowych o charakterze globalnym (pandemia i wojna w Ukrainie) nie można aktualnie wnioskować, w jakim stopniu na zwiększenie skali niepełnosprawności wpłynęło pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa spowodowane pandemią. Skala tego jest z pewnością mniejsza, niż opisane efekty migracji, choć na pewno długotrwałe skutki są obserwowalne. To zarówno powikłania po COVID-19, jak i spadek poziomu aktywności fizycznej, zmiany nawyków żywieniowych i zdrowotnych, stres i związane z nim problemy psychiczne, zaniedbywanie badań profilaktycznych, niezaspokojone potrzeby zdrowotne i in. Wszystko to określa się jako „dług zdrowotny po pandemii” (Raport o zdrowiu Polaków, 2022). Częścią tego długu jest rozregulowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także orzecznictwa. W okresie pandemii i zagrożenia pandemicznego uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności w czasie pandemii aż do września 2022 r. nie wymagało osobistego stawiennictwa. Zespoły ds. orzekania pracowały w oparciu

o dokumentację wnioskodawców, ustawowo przedłużano także orzeczenia, których okres ważności upływał (część orzeczeń nawet do września 2024), choć wiele osób w niewiedzy o aktualnych przepisach traciła także swoje uprawnienia. Trudno wnioskować o wszystkich mechanizmach i skutkach zakłóceń. Obserwowalny jest znaczący wzrost liczby wnioskujących – w niektórych województwach o 40-50%, a przewiduje się nawet możliwość wzrostu do 80%, przy już przeciążonym systemie (Dązbłaż, 2023). System pomocy społecznej nie ma wpływu na rozwiązanie tej sytuacji, choć jest w dużym stopniu uzależniony w podejmowaniu swoich działań od efektywności orzeczniczej. Większość form pomocy przewidzianej dla ON, w tym usług społecznych, uzależniona jest bowiem od formalnego potwierdzenia niepełnosprawności lub jej stopnia. Mogą więc pojawić się przeszkody w realizacji świadczeń, zwłaszcza gdy zacznie wygasać przedłużona w czasie pandemii i zagrożenia pandemicznego ważność orzeczeń okresowych. Podstawowe wsparcie jakiego może udzielić pomoc społeczna w tym zakresie to przede wszystkim wsparcie informacyjne zakłóconym trybie orzeczniczym, także z uwzględnieniem informacji kierowanych do obywateli Ukrainy. Posiadając orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności mogą korzystać z tych samych usług społecznych, co obywatele polscy.

Dalsze analizy niestety nie mogą odzwierciedlić opisanego wzrostu liczby ON w województwie łódzkim, ze względu na brak aktualnych statystyk publicznych z roku 2022 i 2023. Przede wszystkim nie uwzględniają one jeszcze opisanego efektu nagłej migracji. Jednak biorąc pod uwagę, że największy wzrost liczebności dotyczył populacji dzieci do 14. roku życia, sam przyrost odsetka całej populacji ON w województwie o 1,3 pkt proc. (z 8,6% do 9,9%) nie podważa użyteczności przedstawianych analiz. Do tego należy się liczyć także z powrotem do kraju lub dalszą migracją przynajmniej części obywateli Ukrainy.

Rysunek 11. Podstawowe wskaźniki niepełnosprawności wśród mieszkańców województwa łódzkiego



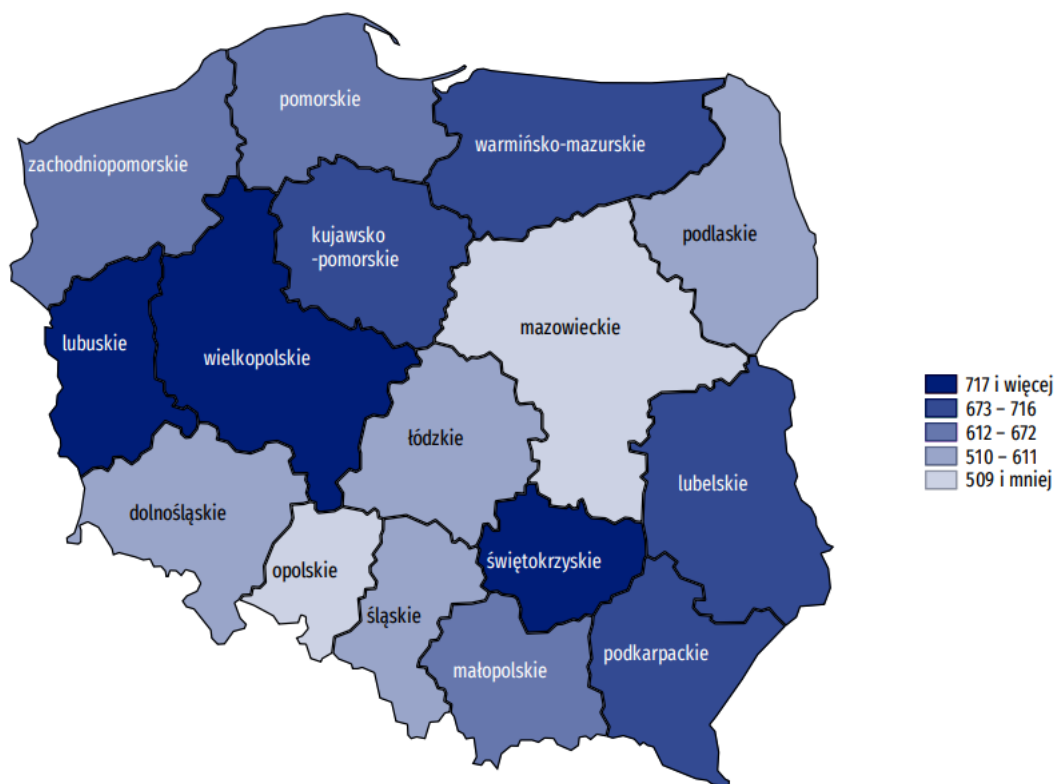
Źródło: na podstawie PFRON 2020 oraz portalu:

<https://www.polskawliczbach.pl/lodzkie>, dostęp: 28.04.2023]

W oparciu o dane powiatowe z roku 2020 można zauważyć na terenie województwa dość duże zróżnicowanie udziału ON w populacjach lokalnych: od 4,5 % w powiecie pączężańskim do 12,8% w m. Piotrków Trybunalski (przy średniej dla województwa 8,6% za rok 2020). Oprócz Piotrkowa Trybunalskiego wysokie wskaźniki odnotowały także inne powiaty miejskie – Skierniewice (11,7%) i Łódź (11%) oraz powiat zduńskowolski (12%). Z kolei niskie wyniki poniżej 6% występują oprócz powiatu pączężańskiego, także w powiecie opoczyńskim, łęczyckim i piotrkowskim (rysunek 11). Zróżnicowanie takie nie dotyczy wskaźników niepełnosprawności wśród dzieci w wieku 0-14 lat (opisywany na wstępie między rokiem 2021 a 2023 skok liczebności mógł zmienić nieco ten obraz, to na pewno nie będzie to zróżnicowane tak duże jak obserwowane w populacji osób w wieku 15 lat i więcej). Odsetek dzieci z niepełnosprawnością w poszczególnych powiatach jest więc porównywalny. Stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego jest wyraźnie gorszy niż opisywany przez wskaźniki ogólnopolskie (Strategia Rozwoju Województwa

Łódzkiego 2030; NFZ 219). Pod względem złego stanu zdrowia łódzkie i śląskie wyraźnie odróżniają się od pozostałych województw. Widoczne jest to także w znacznie krótszym trwaniu życia oraz trwaniu życia w zdrowiu (Góral-Radziszewska i in., 2020). Mimo gorszego niż w statystykach ogólnopolskich stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego sytuje się wśród województw o niższych wskaźnikach liczby osób z potwierdzoną prawnie niepełnosprawnością lub niezdolnością do pracy niż średnia ogólnopolska (z przedziału 510-611 na 10 tys. mieszkańców; rys 12).

Rysunek 12. Liczba osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy na 10 tys. ludności w województwie łódzkim na tle innych województw w 2020 r.



Źródło: Osoby niepełnosprawne w 2020 r. Informacja sygnałowa. GUS.

Utrzymująca rozbieżność pomiędzy znacząco niższymi wskaźnikami stanu zdrowia mieszkańców a mniejszą od średniej ogólnopolskiej liczbą orzeczeń o niepełnosprawności może oznaczać, że mimo wskazań zdrowotnych, mieszkańcy województwa łódzkiego nie występują o orzeczenie, mogą też nie podejmować rehabilitacji. Hipotezę tę podnoszono już także w innych badaniach prowadzonych

w województwie.

Populacja ON w województwie łódzkim jest zróżnicowana, m. in. ze względu na rodzaje niepełnosprawności. Wygląda to inaczej w różnych grupach wiekowych. Wśród przyczyn niepełnosprawności w orzeczeniach o stopniu niepełnosprawności wydanych w województwie łódzkim w roku 2020 dominują zdecydowanie trzy: 05-R niepełnosprawność ruchowa (narastająca regularnie wraz z wiekiem), 07-S choroby układu oddechowego i krążenia (także narasta z wiekiem) oraz 02-P choroby psychiczne. Liczba orzeczeń o stopniu niepełnosprawności kobiet i mężczyzn jest porównywalna - odpowiednio 51% i 49%. U kobiet główne powody wydania orzeczenia to: niepełnosprawność ruchowa (05-R), choroby psychiczne (02-P) i choroby inne (11-I); u mężczyzn: choroby układu oddechowego i krążenia (07-S), neurologiczne (10-N) i układu pokarmowego (08-T). Przyczyny niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży do 16. roku życia to przede wszystkim 12-C zaburzenia całościowe (spektrum autyzmu - ASD), choć wyróżnia się także 05-R – niepełnosprawność ruchowa; 10-N – choroby neurologiczne, 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia oraz 11-I -inne schorzenia (Wojewódzki Program Wyrównywania Szans ON 2030).

ON są grupą niejednorodną – bardzo zróżnicowaną zarówno ze względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności, doświadczane problemy zdrowotne (schorzenia przewlekłe, wielo- i współchorobowość), zakres ograniczeń, ale i zachowanych możliwości funkcjonalnych. Różnią się między sobą także cechami demograficznymi, które mogą stanowić dodatkowy czynnik ograniczający, lub nawet wykluczający. To np. trudniejsza sytuacja kobiet i dziewcząt z niepełnosprawnością (KPON); zjawisko podwójnej marginalizacji ON w środowiskach wiejskich (Kotłowski, 2014). Zjawisko to jest definiowane jako: „zdwojona siła oddziaływań prowadzących do społecznego wykluczenia ON, wynikająca z połączenia negatywnego wpływu cech położenia społecznego związanych z zamieszkiwaniem na wsi lub w małym mieście i specyficznych uwarunkowań indywidualnych określonych przez rodzaj niepełnosprawności, którym obarczona jest dana osoba” (Kotłowski, 2014). Różnią się także poziomem wykształcenia i aktywności zawodowej, a także z uwagi niepełnosprawni stanowią grupę silnie zagrożoną wykluczeniem społecznym, biedą i ubóstwem. Jak wynika z badań PFRON (Sochańska-Kawiecka, 2017b), spośród ON największe problemy finansowe mają gospodarstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną. W przypadku osób dorosłych z niepełnosprawnością jednym

z głównych wyzwań jest aktywizacja zawodowa i zatrudnienie. Są to podstawowe czynniki przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu tych osób, gdyż dają one szansę na życiowe usamodzielnienie i zdobycie niezależności ekonomicznej. Z badania potrzeb ON przeprowadzonego dla PFRON (Sochańska-Kawiecka, 2017b) wynika, że na jakość ich życia najbardziej negatywnie wpływa bardzo niska aktywność edukacyjna, ale jeszcze większy – często powiązana z nią niska aktywność ekonomiczna. W badaniach zidentyfikowano zestaw potrzeb uniwersalnych, tj. takich które dotyczą wszystkich grup ON. Są to: przede wszystkim praca, zdrowie, sytuacja bytowa/materialna, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja. Potrzeby specyficzne dla różnych grup ON to z kolei: 1) dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i chorujących psychicznie są to: rehabilitacja społeczna, poprawa warunków mieszkaniowych oraz opieka/usługi asystenckie; 2) dla osób z niepełnosprawnością wzrokową i słuchową – potrzeba komunikacji, komputer oraz oprzyrządowanie; dla osób z niepełnosprawnością ruchową: likwidacja barier architektonicznych i przystosowanie mieszkania. Wszystkie te czynniki są istotne przy wspieraniu ON i projektowania dla nich usług społecznych. Przy tym biorąc pod uwagę zaangażowanie rzecznicze i samorzecznicze środowisk tych osób ważna jest tzw. responsywność tych usług, rozumiana jako dopasowanie do rzeczywistych potrzeb uwzględniająca nie tylko duże ich zróżnicowanie, ale także przestrzeń dla partycypacji i wpływu na kształtowanie warunków własnego życia (np. przez uwzględnienie partnerstwa organizacji pozarządowych i podmiotów ekonomii społecznej).

Zatrudnienie ON w województwie łódzkim na otwartym rynku pracy i w zakładach pracy chronionej

Wskaźniki zatrudnienia ON w województwie łódzkim są wyższe w porównaniu z wieloma innymi województwami i taka stała tendencja utrzymywała się w Łódzkiem już od 2001 r. Liczba pracujących ON w województwie łódzkim stanowiła w 2020 r. 8,5% wszystkich pracujących OzN w Polsce (GUS BAEL, za: Podgórska-Jachnik, Żmurkow, 2022). W województwie łódzkim pracowało wtedy roku pracowało około 43 tys. ON, co przełożyło się na wskaźnik zatrudnienia rzędu 18,9%. Województwo znajdowało się na czwartym miejscu w kraju, ze wskaźnikiem niewiele niższym od pierwszego w Polsce województwie lubuskiego (22,1%). Najniższy wskaźnik był w województwie lubelskim (12,7%). W grupie ON w wieku

16-64 lata wskaźnik zatrudnienia w województwie łódzkim wyniósł w 2020 r. 30,2% (w 2019 r., podobnie 30,1%); nieznacznie zmniejszył się w porównaniu do roku 2018, kiedy wynosił 32,3%), co sytuowało województwo wśród województw o najwyższych wartościach wskaźnika (lubuskie: 35,1%, dolnośląskie: 33,6%, pomorskie: 31,0%). Najniższe odnotowano w województwie lubelskim (20,6%) i warmińsko-mazurskim (20,0%) (GUS BAEL 2020; Wojewódzki Program wyrównywania Szans ON 2030). Warto podkreślić pozytywne zjawisko stopniowego wzrostu liczby ON zatrudnionych na otwartym rynku pracy, choć nadal zdecydowana większość (do roku 2017 aż 88%) pracodawców w województwie łódzkim nigdy takich osób nie zatrudnia i nie zatrudniała (Sochańska-Kawiecka, 2017a). Także w 2020 r. zatrudnionych było około 7,3 tys. ON w zakładach pracy chronionej w województwie łódzkim. Oznacza to, że w przeliczeniu na 1 tys. pracujących ogółem w województwie przypadało około 7 ON zatrudnionych w ZPCh (tyle samo, co w mazowieckim). Najwięcej ON zatrudnionych w zakładach pracy chronionej w przeliczeniu na 1 tys. wszystkich pracujących występował w województwie podkarpackim (11), dolnośląskim i lubuskim (10 i 10). Najmniej, co zaledwie średnio 1 osoba na 1 tys. pracowników wykazano w województwie zachodniopomorskim, podlaskim i lubelskim (Sprawozdania Wojewodów INF-ZPCh ZAZ w II półroczu 2020; Wojewódzki Program Wyrównywania Szans ON 2030). W zakładach pracy chronionej pracują głównie osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, a rzadziej ze znacznym i lekkim. W 2020 r. osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności stanowiły około 72% wszystkich ON pracujących w ZPCh, osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności 21%, ze znacznym – zaledwie 7%. Podobne prawidłowości występują we wszystkich województwach (Podgórska-Jachnik, Żmurkow, 2022). Według danych PFRON na koniec roku 2021 w województwie łódzkim było także 6 088 ON bezrobotnych i poszukujących pracy – o 446 mniej w stosunku do roku 2020 i aż o 1176 mniej w stosunku do roku 2019 (PFRON, 2019). Są to najczęściej osoby zamieszkałe w mieście, powyżej 50. roku życia, poprzednio już pracujące, ale również osoby bez kwalifikacji zawodowych. Wojewódzki Program Wyrównywania Szans ON 2030 przedstawia szczegółową analizę tej grupy na poziomie powiatów. Blisko 1/3 bezrobotnych ON i blisko 1/4 poszukujących pracy stanowili mieszkańcy Łodzi, choć jest ich też dość dużo w powiecie bełchatowskim, pabianickim, kutnowskim i zgierskim. Około 1/3 bezrobotnych ON stanowią osoby ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i także ok. 1/3 to osoby z tzw.

specjalnymi schorzeniami. Wśród poszukujących pracy osoby ze schorzeniami specjalnymi mają podobny udział, natomiast zdecydowaną większość z nich, bo 86%, stanowią ON w stopniu umiarkowanym i znacznym. Wskazuje to na długotrwałość pozostawania bez pracy tej grupy osób (Wojewódzki Program Wyrównywania Szans ON 2030).

Wsparcie i usługi społeczne dla ON w województwie łódzkim

Podstawą polskiego systemu rehabilitacji społeczno-zawodowej są rozwiązania i instytucje wynikające z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.). Wsparcie dla ON stanowi bardzo złożony system. Obejmuje on różne usługi świadczone w ramach działań różnych resortów, sektorów i instytucji, jak również działań pozainstytucjonalnych (wsparcie rodzinne, sąsiedzkie, środowiskowe, także wsparcie wzajemne ON i ich rodzin). RCPS w Łodzi podjął w 2021 r. próbę analizy całego systemu rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz reintegracji ON w województwie łódzkim (Podgórska-Jachnik, Żmurkow, 2022). Wyniki obszernych badań ilościowych i jakościowych dostępne są w odrębnym raporcie.

Tabela 7. Podmioty realizujące usługi społeczne na rzecz ON wynikające z różnych ustaw

Podstawa prawna	Podmioty
Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ)
	Zakłady pracy chronionej (ZPCh)
	Zakłady aktywności zawodowej (ZAZ)
	Organizatorzy turnusów rehabilitacyjnych
Ustawa z dnia 12 marca 2005 r. o pomocy społecznej	Środowiskowe domy samopomocy (ŚDS)
	Kluby samopomocy (KS)
	Mieszkania chronione
Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	Centra integracji społecznej (CIS)
	Kluby integracji społecznej (KIS)
	Spółdzielnie socjalne (SpS)
	Centra aktywizacji zawodowej powiatowych urzędów pracy

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy	Centra Informacji i Planowania Kariery Zawodowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy
	Akademickie biura karier
	Organizacje pozarządowe i inne instytucje rynku pracy

Źródło: Podgórska-Jachnik, Żmurkow, 2022, s. 21

Najważniejsze usługi na rzecz ON, oprócz wymienionej już Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu ON, wynikają z trzech innych ustaw: o pomocy społecznej, o zatrudnieniu socjalnym oraz o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. W tabeli 7 wymieniono podmioty, świadczące te usługi. Tabela 8 zawiera zestawienia liczbowe pozwalające scharakteryzować zakres i dynamikę rozwoju usług świadczonych przez podmioty wymienione w tabeli 7 w odniesieniu do trzech pierwszych ustaw. Te wynikające z ostatniej przedstawione będą w sposób opisowy w dalszej części materiału.

Tabela 8. Usługi świadczone na rzecz ON w województwie łódzkim

Kryterium	2019	2020	2021
Liczba WTZ	41	41	41
Liczba uczestników WTZ	1 757	1 645	1 735
Liczba ZAZ	7	8	8
Liczba ON zatrudnionych w ZAZ	209	3707	226 306
Liczba uczestników turnusów rehabilitacyjnych	5 099	5 632	6 534
Liczba ŚDS	47	47	48
Liczba miejsc w ŚDS	1 983	2 023	2 068
Liczba osób objętych usługami ŚDS	2 250	2 188	2 233
Liczba oczekujących na miejsca w ŚDS	161	152	152
Liczba klubów samopomocy (KS)	4	4	4
Liczba miejsc w KS	435	355	427
Liczba osób objętych usługami KS	217	317	398
Liczba mieszkań chronionych	58	69	83
Liczba miejsc w mieszkaniach chronionych	241	224	273
Liczba korzystających z mieszkań chronionych	215	199	261

Liczba osób oczekujących na mieszkania chronione	16	16	24
Liczba centrów integracji społecznej	2	1	1
Liczba osób objętych wsparciem CIS	368	342	388
Liczba klubów integracji społecznej	8	8	7
Liczba osób objętych wsparciem KIS	1 110	657	711
Liczba spółdzielni socjalnych	bd.	78	71?

Źródło: OZPS WŁ za lata 2019, 2020 i 2021

Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ)

WTZ to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka, której celem jest stwarzająca możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej kształtującej lub przywracającej umiejętności niezbędne do podjęcia zatrudnienia ON niezdolnym do podjęcia pracy. WTZ wykorzystuje techniki terapii zajęciowej, realizując indywidualne programy rehabilitacji. Warsztaty mogą prowadzić fundacje, stowarzyszenia lub przez inne podmioty. W roku 2021 w województwie łódzkim było 41 tego rodzaju WTZ w większości powiatów. (najwięcej w Łodzi 9), WTZ nie ma jedynie w powiecie pajęczańskim i skierniewickim, gdzie nie odnotowano funkcjonowania tego typu jednostek. W 2021 roku WTZ objęły zajęciami 1 735 osób (o 90 osób więcej niż w roku 2020) (OZPS WŁ, 2021).

Zakłady aktywności zawodowej (ZAZ)

Województwo łódzkie posiada niewielką ofertę w zakresie wsparcia aktywności zawodowej ON (w tym również ON z powodu zaburzeń psychicznych) w postaci ZAZ. Obecnie jest na terenie województwa 8 takich zakładów (tabela 9), a tempo ich powstawania jest niewielkie: ostatni w roku 2020 (ZAZ „Balcerów” w Skierniewicach Stowarzyszenia Rodziców i Opiekunów Dzieci Niepełnosprawnych „Wspólna Troska” z siedzibą w Skierniewicach), poprzedni w roku 2018 (OZPS WŁ, 2018, 2020).

Tabela 9. Wykaz ZAZ w województwie łódzkim

Nazwa ZAZ	Lokalizacja – powiat
ZAZ w Łodzi Caritas Archidiecezji Łódzkiej	miasto Łódź
ZAZ „Dobry Start” w Łodzi Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych	miasto Łódź

ZAZ Argenta w Łodzi Fundacji Aktywni w Pracy	miasto Łódź
ZAZ „Zdrowa Kuchnia” w Jedliczu Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych	zgierski
ZAZ w Łowiczu z filią w Tuszynie Stowarzyszenia Wsparcie Społeczne „Ja-Ty-My”	łowicki, łódzki wschodni
ZAZ w Wieruszowie Stowarzyszenia Integracyjnego „Klub Otwartych Serc”	wieruszowski
ZAZ w Rawie Mazowieckiej Rawsko-Bialskiej Spółdzielni Socjalnej „Nadzieja i Praca”	rawski
ZAZ „Balcerów” w Skierniewicach Stowarzyszenia Rodziców i Opiekunów Dzieci Niepełnosprawnych „Wspólna Troska”	miasto Skierniewice

Źródło: OZPS Wł., 2021

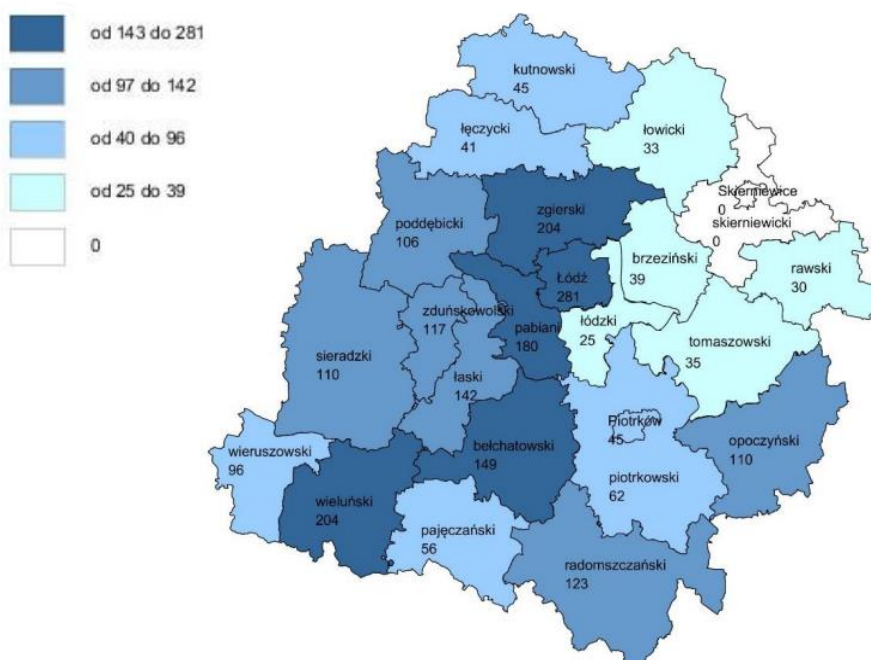
Ośrodki wsparcia - środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) i kluby samopomocy (KS)

Ośrodek wsparcia to jednostka organizacyjna pomocy społecznej dziennego pobytu. Mogą być w nim prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Ośrodek wsparcia jest środowiskową formą pomocy służącą utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku, wpisuje się więc w założenia procesu deinstytucjonalizacji. W ośrodkach wsparcia świadczone są usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub wydawane posiłki osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593; art. 51). Z ośrodków wsparcia korzystają nie tylko ON – duży w nich udział osób starszych, w klubach samopomocy także osób chorujących psychicznie – dlatego ośrodki te zostały wymienione także w tamtych dwóch obszarach interwencji.

W roku 2021 województwie łódzkim znajdowało się 48 ŚDS - o 1 placówkę więcej niż w roku 2020. 26 placówek prowadzonych było przez samorządy gminne, 9 przez samorządy powiatowe, a prowadzenie pozostałych 13 zlecono podmiotom niepublicznym. ŚDS funkcjonowały w 2020 roku na terenie 22 powiatów - brak ich w powiecie skierniewickim oraz w Skierniewicach. Największa liczba ŚDS

funkcjonuje w Łodzi oraz 98 w powiecie zgierskim i wieluńskim (w każdym przypadku 5 jednostek), a także na terenie powiatu pabianickiego (4 ośrodki). Na terenie pozostałych powiatów znajdowały się od 1 do 3 placówek tego typu, co odzwierciedla m.in. liczba osób objętych wsparciem (rys. 13). Rozwój ośrodków wsparcia w formie ŚDS jest systematyczny i motywowany potrzebami. Przy ok. 2 tys. miejsc w województwie (2 068 w 2021 r.) i ok. 2,2 tys. osób rocznie, którzy korzystają z usług ośrodków (2 233 w roku 2021, oraz przy stałym, systematycznym poszerzaniu tej oferty, odnotowuje się niezaspokojone potrzeby w tym zakresie: w roku 2019 oczekiwało na miejsce 161, kolejna ta nieznacznie skróciła się do 152 w roku 2020 i 2021 (OZPS WŁ, 2020, 2021). Według analiz w OZPS WŁ za rok 2020 wskaźnik zaspokojenia potrzeb miejsc w ŚDS (stosunek liczby osób umieszczonych w ciągu roku do ogółu osób wymagających umieszczenia w tych ośrodkach, tj. osób umieszczonych oraz oczekujących na umieszczenie) osiągnął w województwie łódzkim poziom blisko 58,0%. Oznacza to, że w 2020 roku około 42,0% osób wymagających umieszczenia w ŚDS nie otrzymało w nich miejsca (OZPS WŁ 2020).

Rysunek 13. Łączna liczba osób korzystających ze środowiskowych domów samopomocy w województwie łódzkim w 2021 roku



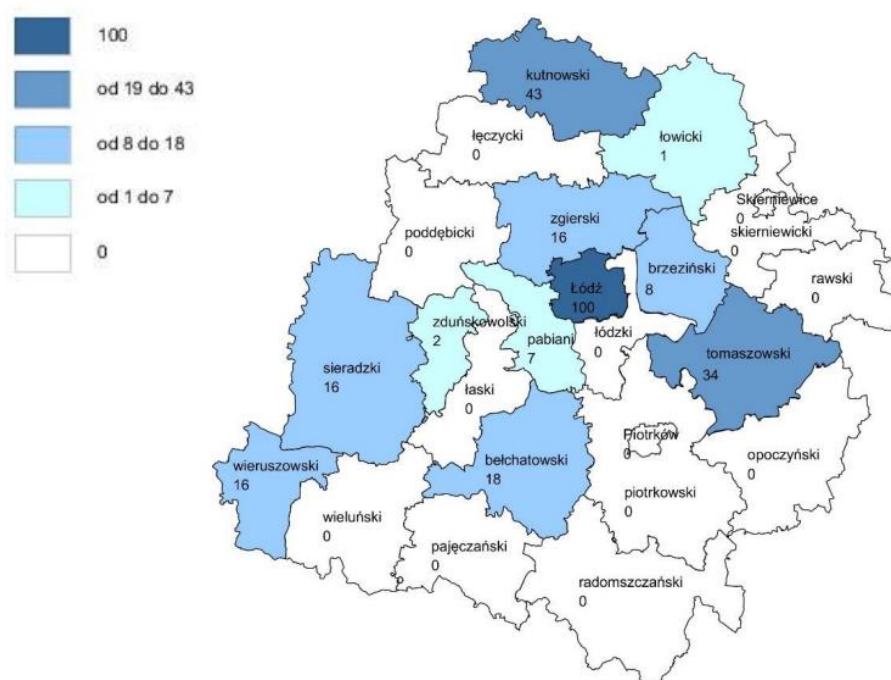
Źródło: OZPS WŁ, 2021

Natomiast niewielka jest oferta klubów samopomocy. Funkcjonują takie 4 w województwie, z 427 miejscami w roku 2021. Miejsca w ostatnich latach nie były w pełni wykorzystane (OZPS WŁ, 2019, 2020, 2021), co można tłumaczyć ograniczeniami pandemicznymi. Jednak widać wyraźnie, że preferowaną formą wsparcia są jednak ŚDS. Należy jednak pamiętać, że zakres wykorzystania obu rodzajów ośrodków wsparcia w dużym stopni jest uzależniony od potrzeb osób starszych.

Mieszkania chronione

Zgodnie z OCPS w 2021 roku w województwie łódzkim znajdowały się 83 mieszkania chronione i ich liczba z roku na rok powoli wzrasta. Podmioty tego typu najczęściej (w 80% przypadków) prowadzone były przez ośrodki pomocy społecznej lub powiatowe centra pomocy rodzinie, rzadziej przez inne podmioty. W zależności od celu udzielania wsparcia, mieszkanie chronione może być prowadzone jako mieszkanie chronione treningowe (zapewne są usługi bytowe oraz nauka, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi i pełnienia ról społecznych) lub mieszkanie chronione wspierane – przeznaczone dla ON fizyczną lub z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych. W 2021 roku większość, bo około 64% spośród wszystkich mieszkań chronionych działających w województwie, pełniło rolę mieszkań treningowych, natomiast 36% mieszkań było prowadzonych w formie mieszkań wspieranych. 11 dysponowało mieszkaniami chronionymi w województwie dysponuje mniej niż połowa powiatów (11 na 24). Największa liczba mieszkań chronionych (32) funkcjonowała w powiecie kutnowskim w Kompleksie Terapeutyczno-Integracyjnym „Wspólny dom” w Kutnie. Stosunkowo dużą liczbę mieszkań chronionych odnotowano również w Łodzi (19 – o 5 więcej niż w roku 2020) oraz w powiecie tomaszowskim (12). W 2021 roku 3 nowe mieszkania chronione uruchomił w powiecie brzeziński (OZPS WŁ, 2020, 2021). W pozostałych powiatach województwa znajdowało się od 1 do 4 takich mieszkań (rys. 14).

Rysunek 14. Mieszkania chronione w województwie łódzkim w 2021 roku



Źródło: OZPS WŁ za rok 2021

Reintegracja społeczna i zawodowa - kluby integracji społecznej (KIS) i centra integracji społecznej (CIS)

CIS jest zasobem instytucjonalnym zatrudnienia socjalnego. Realizuje reintegrację zawodową i społeczną: 1) kształtując umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu; 2) umożliwiając nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych; 3) ucząc planowania życia, racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi oraz zaspokajania potrzeb we własnym zakresie, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą. CIS może być tworzone przez JST, organizacje pozarządowe, kościoły, związki wyznaniowe i spółdzielnie socjalne, dla których reintegracja zawodowa i społeczna dla w/w osób stanowi zadanie statutowe.

W województwie łódzkim od kilku lat funkcjonuje obecnie jedno Centrum Integracji Społecznej MEA w Łodzi przy Fundacji UWOLNIENIE (w 2019 r., było jeszcze centrum w Radomsku). W zajęciach organizowanych przez CIS MEA w roku 2021 wzięło łącznie 388 mieszkańców województwa łódzkiego (o 46 osób więcej niż rok wcześniej). Jednocześnie w 2021 roku zajęcia rozpoczęło 237 osób, a zakończyły je

132 osoby. Uczestnicy byli objęci reintegracją zawodową i społeczną oraz działaniami mającymi na celu usamodzielnienie ekonomiczne, przy czym uczestnicy CIS to grupa ON z niepełnosprawnościami to tylko 11,1% uczestników (43 osoby). Największą część stanowiły osoby długotrwale bezrobotne (14,9%). W OZPS zwraca się uwagę na dość częste oferty pracy (29,0% uczestników) oraz dość liczną grupę (42 osób), które pozytywnie zakończyły uczestnictwo w działaniach mających na celu usamodzielnienie ekonomiczne i znalazły zatrudnienie u pracodawcy bez zatrudnienia wspieranego (OZPS, 2021).

KIS to ośrodek wsparcia dziennego pobytu, dla osób które wymagają ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Od kilku lat na terenie województwa 8 takich klubów, w 2021 roku 7 (dane na podstawie złożonych sprawozdań; sprawozdania ze swojej działalności przekazało 7 klubów – poza KIS w Aleksandrowie Łódzkim, co zostało uznane za zawieszenie działalności). Kluby – wszystkie prowadzone przez JST szczebla gminnego - działają na terenie następujących powiatów: łódzkiego (2) ośrodki, zgierskiego (1), pabianickiego (1), radomszczańskie (1), sieradzkiego (1) i tomaszowskiego (1). W minionych trzech latach widoczny jest najpierw duży spadek liczby osób objętych wsparciem: z 1 110 w roku 2019 do 657 w roku 2020 (wybuch pandemii Covid-19), a następnie pewien wzrost (do 711 w 2021).

Spółdzielnie socjalne (SpS)

SpS to podmioty ekonomii społecznej, które mogą założyć: osoby bezrobotne, absolwenci CIS oraz KIS, ON, a także osoby do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia posiadające status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia, z pełną zdolnością do czynności prawnych. Mogą też uczestniczyć założeniu takiej spółdzielni inne osoby niż wymienione, ale nie mogą stanowić więcej niż 50% ogólnej liczby założycieli. Celem SS jest społeczna reintegracja jej członków (odbudowanie i podtrzymanie umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu) oraz reintegracja zawodowa jej członków (odbudowanie i podtrzymanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy). Spółdzielcy prowadzą wspólne przedsiębiorstwo korzystając z możliwości wsparcia dla swojej działalności (refundacja wkładu, wsparcie pomostowe w zakresie kosztów pracy) i przywilejów rynkowych dla podmiotów reintegracji (tzw. klauzule społeczne w zamówieniach publicznych).

Część dochodów i aktywności spółdzielców ma służyć celom reintegracji, dlatego SS są potencjalnymi znakomitymi partnerami do podejmowania i realizacji usług społecznych (same usługi mogą pełnić cele reintegracyjne). Dlatego często są podmiotami prowadzącymi DPS, KIS, CIS czy inne formy udostępniania usług społecznych, często spoza wachlarza standardowych rozwiązań.

Mimo mechanizmów wspierających, spółdzielnie socjalne są podmiotami rynku usług (także towarów), podatnymi na jego mechanizmy i ryzyka. Dlatego w trudnych czasach dekoniunktury i zdarzeń losowych (pandemia, wojna), narażone są na trudności. Niektóre spółdzielnie są zamykane. W województwie w roku 2020 funkcjonowało 78 spółdzielni socjalnych: 46 w Łodzi i 32 poza nią. W 2013 roku było ich 82³⁰. Obecnie w wykazie Centralnego Ośrodka Informacji gospodarczej figuruje informacja o 63 spółdzielniach w województwie. Informator Podmiotów Ekonomii Społecznej w województwie łódzkim z roku 2021 przedstawia ofertę 71 spółdzielni. Warto wspomnieć, że w regionie działają trzy akredytowane ośrodki wsparcia ekonomii społecznej (OWES):

- 1) OWES Centrum KLUCZ prowadzony przez Instytut Spraw Obywatelskich w Łodzi;
- 2) Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne „Ja – Ty – My” w Łodzi;
- 3) OWES przy Centrum Promocji i Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich OPUS w Łodzi.

Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne „Ja – Ty – My”, oprócz wspierania podmiotów ekonomii społecznej, działalności doradczej i szkoleniowej, prowadzi WTZ w Sochaczewie, ZAZ w Łowiczu wraz z oddziałem filialnym w Tuszynie, ŚDS w Brzezinach, dwa Dienne Domy Pobytu, jak również Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach. Jest to kierunek działania bardzo istotny w procesie deinstytucjonalizacji i zbieżny z celem horyzontalnym Strategii w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku, określonym jako: ekonomia społeczna usługi społeczne wysokiej jakości (Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku).

Inne formy wsparcia

³⁰ Sobczak M.J. (2017), *Przebieg reintegracji zawodowej w spółdzielniach socjalnych w województwie łódzkim*. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica, vol. 6, t. 332 | 23-37

W aktywizacji i rehabilitacji zawodowej ważną rolę odgrywają też podmioty powołane Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Zgodnie z tą ustawą, w województwie łódzkim w roku 2020 funkcjonowały 24 Centra Aktywizacji Zawodowej Powiatowych Urzędów Pracy, 4 Centra Informacji i Planowania Kariery Zawodowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy, 16 akademickich biur kariery oraz odnotowani 52 organizacje pozarządowe i inne instytucje rynku pracy realizujące cele Ustawy (Podgórska-Jachnik, Żmurkow, 2022).

Tabela 10. Inne formy wsparcia rehabilitacji dla ON w województwie łódzkim

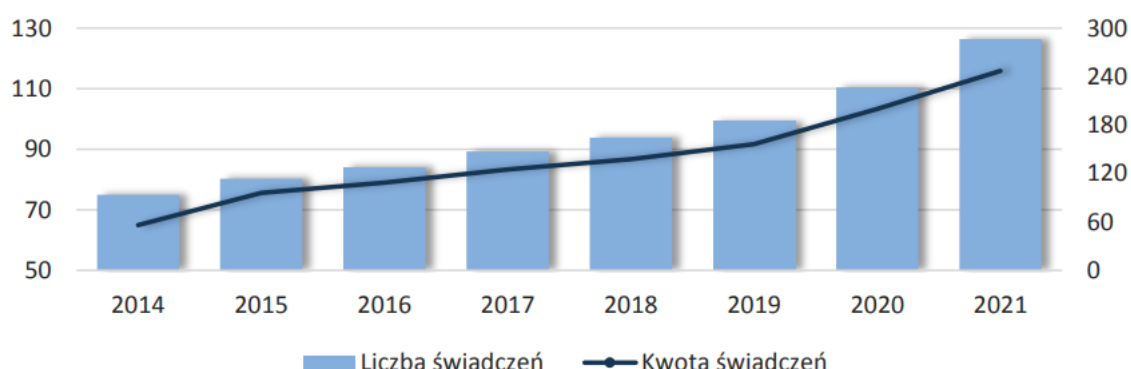
Kryterium		2019	2020	2021
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, sprzęt rehabilitacyjny	Liczba osób	15 671	16 198	15 451
	Dofinansowanie (w mln zł) ³	14,1	15,2	16,7
Likwidacja barier architektonicznych, technicznych, w komunikowaniu się	Liczba osób	1 236	1 616	2 114
	Dofinansowanie (w mln zł)	4,0	5,1	8,9
Wsparcie udzielone w ramach programu „Aktywny samorząd”	Liczba świadczeń	2 049	2 068	1 783
	Dofinansowanie (w mln zł)	6,4	7,2	10,7

Źródło: OZPS WŁ za lata 2019, 2020 i 2021

Wsparcie dla rodzin i opiekunów faktycznych ON

Opieką nad ON najczęściej zajmują się osoby bliskie – członkowie rodziny. Niepełnosprawność w rodzinie najczęściej oznacza spadek dochodów, a wzrost wydatków (na leki, rehabilitację, usługi, np. transportowe). Bardzo ważnym zadaniem jest wspieranie opiekunów faktycznych ON. Od ośmiu lat dostrzegalny jest w województwie łódzkim stały i znaczący wzrost zarówno kwoty, jak i liczby przyznanych świadczeń pielęgnacyjnych dla opiekunów faktycznych ON (rys. 15). Oznacza to wzrost liczby osób, które rezygnują z zatrudnienia ze względu na konieczności sprawowania stałej i bezpośredniej opieki nad ON. W 2021 roku w województwie łódzkim udzielono 126,4 tys. świadczeń pielęgnacyjnych na łączną kwotę blisko 247,0 mln zł (wysokość świadczenia w roku 2021 to 1971 zł).

Rysunek 15. Liczba (w tys.; lewa oś) i kwota (w mln zł; prawa oś) świadczeń pielęgnacyjnych udzielonych w województwie łódzkim w latach 2014-2021



Źródło: OZPS WŁ za rok 2021

W pomocy na terenie województwa brakuje jednak jeszcze systemowych rozwiązań w zakresie opieki wytchnieniowej, asystenta ON czy innych form asystenckich adresowanych do ON i ich rodzin, chociaż podejmowane są nabory MOPS-ów w ramach programów resortowych Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" oraz „Opieka wytchnieniowa”. Spełniają one ważną rolę we wsparciu rodzin i opiekunów faktycznych ON, ale coroczne odnawianie konkursów nie zapewnia ciągłości wsparcia i utrudnia perspektywiczne planowanie tych bardzo ważnych usług w kolejnych latach.

Obszar IV. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnione oraz stosujące i doświadczające przemocy, oraz osoby pełniące funkcję ich opiekunów

Stan zdrowia mieszkańców województwa oceniają jako gorsze w porównaniu z wynikami badań ogólnopolskich: 61,9% ocenia je jako dobre lub bardzo dobre, w całej Polsce - 67,4%). Ocena zła lub bardzo zła pojawia się w województwie łódzkim u 13,5% mieszkańców, w całej Polsce u 10,3%. O złym stanie zdrowia świadczą wysokie wskaźniki umieralności (jedne z najwyższym w kraju), krótsza średnia długość życia - tak mężczyzn, jak i kobiet, wysoka zachorowalność na nowotwory, cukrzycę, WZW typu B, WZW typu C oraz krtusiec (GUS, 2019, GUS 2020; Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku). Na tle chorób, które są głównymi przyczynami śmierci zaburzenia zdrowia

psychicznego nie stanowią wśród mieszkańców województwa łódzkiego dominującej grupy schorzeń (Diagnoza do Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027). Jednakże skutki kryzysów i chorób psychicznych mają charakter długotrwały i wykluczający: z wielu badań wynika, że choroba psychiczna należy do najsilniej wykluczających stygmatów, obejmujących swoim zasięgiem prawie wszystkie sfery życia osoby chorej (Świtaj, 2005; 2019). To także jedno z czynników przedwczesnego wykluczenia z rynku pracy: osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią grupę szczególnie trudną do zatrudnienia, w dużym stopniu bardziej przez istniejące stereotypy społeczne, niż rzeczywiste ograniczenia w możliwości świadczenia pracy.. Choroby psychiczne generują duże koszty społeczne i ekonomiczne: z diagnozy sytuacji w województwie łódzkim wynika, że hospitalizacja na oddziałach psychiatrycznych należy do najdłuższych (obok oddziałów medycyny paliatywnej i rehabilitacyjnych), a do tego wymaga najdłuższego oczekiwania na przyjęcie (dotyczy przypadków stabilnych): do zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego (średnio 186 dni), do oddziału terapii uzależnień od alkoholu (335 dni). Trzeci obszar związany z długim oczekiwaniem to rehabilitacja. Jednym z najbardziej niekorzystnych zjawisk wywołanych epidemią COVID-19 jest również ogólne pogorszenie stanu psychicznego ludności oraz zaburzenie funkcjonowania w wymiarze społecznym. Sytuacja ta niewątpliwie przyczyniła się do nasilenia lub pojawienia się niekorzystnych zjawisk w rodzinach, które w 2021 roku wymagały szerszego wsparcia w postaci specjalistycznego poradnictwa (Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Łódzkiego 2025).

Polityka zdrowotna województwa na najbliższe lata przewiduje rozwój Centrów Zdrowia Psychicznego (obecnie w województwie łódzkim działają 3 obejmujące Łódź oraz powiat bełchatowski) oraz implementację modelu opieki środowiskowej dzieci i młodzieży. W woj. łódzkim rozpoczęły działalność cztery ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjności modelu) w Pabianicach, Brzezinach, Zduńskiej Woli i Rawie Mazowieckiej, gdzie nie było do tej pory takich placówek. Stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży od kilku lat jest przedmiotem szczególnej troski: odsetek dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia psychiczne i wymagających profesjonalnej opieki wynosił według różnych źródeł między 9% a 15% . Pod względem liczby samobójstw dzieci i młodzieży poniżej 19. roku życia Polska w 2014

roku znajdowała się na drugim miejscu w Europie (Gruszczyńska i in. 2017; Janas-Kozik M., (2017). Ostatnie lata, w tym okres pandemii przyniosły znaczny wzrost liczby prób samobójczych wśród młodzieży. W 2022 roku ogólna liczba zamachów samobójczych w Polsce wyniosła 14,5 tys. To o 5,2% więcej niż w 2021 roku, kiedy było ich 13,8 tys. w łódzkim zanotowano w 2022 r. Niechlubnym rekordem ostatnich lat jest w roku 2022 aż 2 013 prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży, z czego 150 zakończonych zgonem. W statystyce tej przewodzą województwa pomorskie (417 prób samobójczych, 16 zgonów) i śląskie (301 prób, 13 zgonów). Jednak 126 prób samobójczych i 7 zgonów dzieci i młodzieży w województwie także jest wskaźnikiem niepokojącym (Dane Komendy Głównej Policji, za: PAP, 30.01.2023). Stan psychiczny dzieci, młodzieży, ale także dorosłych pogorszył się w okresie pandemii. Problemem osób starszych jest z kolei zagrożenie demencją (choroba Alzheimera), często współwystępująca z depresją. Szczególnie, gdy towarzyszy temu jeszcze ograniczenie sprawności, zwłaszcza pogorszenie wzorku czy słuchu (lub jednocześnie obu zmysłów) objawy depresji znacząco pogarszają obraz funkcjonowania osób starszych (Problem demencji został bliżej omówiony w części diagnostycznej dotyczącej niesamodzielności, gdyż niemożność wyleczenia choroby (na obecnym etapie rozwoju medycyny), a jedynie opóźnienie tempa zmian degeneracyjnych uzależnia chorych od opieki, i to właśnie opieka staje się dominującym zadaniem wobec chorego. Opiekunowie osób z chorobą Alzheimera wymagają szczególnego wsparcia, szczególnie emocjonalnego, ale także wytchnieniowego i informacyjnego.

Problemem rzutującym bezpośrednio na stanem psychiczny dzieci, młodzieży i osób dorosłych jest doświadczane przemocy. Zjawisko to może przyjmować różne formy i ujawniać się w różnych środowiskach, najczęściej środowisku domowych, szkolnym (bullying) i zawodowym (mobbing). Z diagnozy wykonanej w ramach badania społecznego na zlecenie RCPS w Łodzi w 2021 roku, liczba osób korzystających w regionie z pomocy społecznej z powodu doświadczanej przemocy w 2020 roku wynosiła 8 336 - zdecydowanie mniej w porównaniu do lat poprzednich (w 2018 roku 9 957 osób, czyli o ponad 1.600 przypadków więcej). Zagregowane dane ośrodków pomocy społecznej z gmin i miast z terenu województwa łódzkiego, liczba osób pokrzywdzonych, wobec których wszczęto procedurę „Niebieskiej Karty”, była najwyższa w roku 2018 i wynosiła 8 321. W ciągu kolejnych lat liczba ta wyraźnie się zmniejszyła i osiągnęła poziom 3 746 osób w roku 2020, czyli o ponad połowę mniej.

Wszczęta procedura „Niebieskiej Karty” wobec osób stosujących przemoc nie odnotowuje wyraźnych zmian. Różnica w liczbie osób objętych procedurą „Niebieskiej Karty” waha się od 4 789 osób w 2017 roku, poprzez 4 445 osób w 2019 roku i spada do 4 251 osób w roku 2020. Podobnie wygląda kwestia liczby aktywnych kart, gdzie najwyższą liczbę odnotowano w roku 2017 (7 720) i 2019 (7 130), zaś w 2020 liczba ta osiągnęła najniższą wartość w przeciągu ostatnich lat i wyniosła 6 366 (Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Łódzkiego 2025 – tam dalsze szczegółowe analizy różnych aspektów procedury „Niebieskiej Karty”). Zarówno w województwie łódzkim, jak i w całym kraju, liczba rodzin objętych procedurą zmieniała się w czasie i nie charakteryzowała się stałym trendem. Na podstawie badań regionalnych można widoczne jest zmniejszenie się liczby osób doświadczających przemocy w regionie z 9 314 w roku 2017 do 7 830 w roku 2020 (spadek o 15%). Zaobserwowano zmianę tendencji stosowanej przemocy. W roku 2017 dominowała przemoc fizyczna (ponad 54%), następnie zaś psychiczna (ponad 41%). W kolejnych latach sytuacja ta odwróciła się i w roku 2020 dominowała już przemoc psychiczna (ponad 55%) nad fizyczną (ponad 40%). Najczęściej stosowaną przemocą niezależnie od roku jest przemoc ekonomiczna (na poziomie 2-3%) oraz seksualna (na poziomie do 0,5%) (. Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni doświadczają przemocy, szczególnie narażona jest grupa wiekowa 30-49 r.ż. (ponad 35% w 2020 roku) oraz 50-59 r.ż. (ponad 20% w 2020 roku). Problemem jest również przemoc doświadczana w szkole. Z 17% uczniów VI klas szkół podstawowych i 16% uczniów II klas szkół średnich w regionie deklaruje, że kiedykolwiek zostali pobici. Większy odsetek badanych przyznało, że w przeszłości sam był agresorem a nie ofiarą. 24% młodszych i 28% starszych badanych przyznało, że zdarzyło im się kogoś pobić. Najczęściej przemocy doświadczają uczniowie branżowych szkół I stopnia (25%), rzadziej uczniowie techników (19%), najrzadziej - liceów ogólnokształcących (11%). Przemoc częściej dotyczy chłopców (44% młodszych i 48% starszych) niż dziewcząt (16% młodszych i 19% starszych). (Wykluczenie społeczne dzieci i młodzieży z województwa łódzkiego, 2021; Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Województwa Łódzkiego 2025).

Oprócz zachowań związanych z różnymi formami przemocy obszarami ryzyka i zagrożenia rozwojowego dla dzieci i młodzieży jest używanie substancji psychoaktywnych oraz uzależnienia behawioralne. Z badań przeprowadzonych dla

RCPS wynika, że inicjacja alkoholowa młodzieży utrzymuje się od lat na stałym, wysokim poziomie (dotyczy ok. 95% uczniów II klasy szkoły średniej oraz 31% uczniów VI klasy szkoły podstawowej). Zmniejsza się udział uczniów po inicjacji narkotykowej (wśród uczniów klasy II szkoły średniej z 50% deklaracji w roku 2015, do 28% deklaracji w 2018 roku). Spadło zainteresowanie dopalaczami oraz ogólny wskaźnik zatruc IMED, choć skala rejestrowanych zgłoszeń zatruc nowymi substancjami psychoaktywnymi była w Łódzkiem najwyższa w skali kraju. Młodzież pali więcej papierosów, gwałtownie wzrasta moda na e-papierosy (Gruszczyńska i in., 201y). W zakresie uzależnień behawioralnych: zaobserwowano się niskie wskaźniki w obszarze nadużywania Internetu oraz gier komputerowych. Uzależnionych od Internetu uznano 4% uczniów VI klasy szkoły podstawowej oraz 3% uczniów II klasy szkoły średniej; w przypadku gier komputerowych 6% uczniów młodszych i 3% uczniów starszych). Wzrasta jednak zaangażowanie się młodzieży w hazard. Problem nasila się przy braku dostępu do psychologa, psychiatry i psychoterapeuty. W roku szkolnym 2022/2023 system oświaty znacząco wzmocnił szkoły w specjalistów (pedagogów, psychologów, logopedów, pedagogów specjalnych), ale nie zastąpi to profesjonalnego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego. Dla województwa bardzo ważne jest rozwinięcie w programie ochrony zdrowia zarówno ośrodków I i II poziomu referencyjności, jak i praca środowiskowa z młodzieżą w obszarze profilaktyki.

W Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027 za najważniejsze zadaniem na najbliższe lata uznano wdrożenie w województwie łódzkim środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, który ma zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Konieczne jest w związku z tym stworzenie centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych na obszarach województwa nieposiadających dostępu do świadczeń w tym zakresie oraz wspieranie rozwoju trójstopniowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży spełniającego wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wspólne wytwarzanie usług społecznych wymaga włączenia się resortu pomocy społecznej do współtworzenia oferty środowiskowej.

Usługi społeczne w województwie łódzkim na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym uzależnionymi oraz stosującymi i doświadczającymi przemocy, jak też osób pełniących funkcję ich opiekunów

Usługi społeczne w obszarze pozamedycznym to istotny element oparcia dla osób doświadczających kryzysu psychicznego. Diagnozą objęto stan infrastruktury społecznej oraz usługi opiekuńcze świadczone dla tej grupy odbiorców. Przy tym w niektórych przypadkach zasoby te omówiono już w części dotyczącej niepełnosprawności, gdyż są one dedykowane różnym odbiorcom, jak również czynniki wykluczenia mogą się na siebie nakładać (np. niepełnosprawność i uzależnienie). W tej części znajdują się jedynie dane uzupełniające w odniesieniu do omawianej grupy podmiotowej.

Gminne ośrodki wsparcia

W województwie łódzkim w latach 2017-2020 działały 2 gminne ośrodki wsparcia, w tym jeden gminny ośrodek wsparcia z miejscami całodobowymi, z czterema miejscami. W tym okresie czasu było 9 miejsc w Gminne ośrodki wsparcia dysponowały w tym czasie 9 miejscami, ale w 2020 roku liczba miejsc spadła w nich do 4. Liczba miejsc w gminnych ośrodkach wsparcia z miejscami całodobowymi nie zmieniła się (wynosiła 4) (OZPS WŁ, 2021).

Środowiskowe domy samopomocy

Do ośrodków wsparcia zalicza się też środowiskowe domy samopomocy. W roku 2021 województwie łódzkim znajdowało się 48 takich jednostek (opisane w diagnozę usług dla obszaru niepełnosprawność). Są one przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. Wśród ośrodków wsparcia dostrzega się najwyższe zapotrzebowanie na miejsca: w roku 2021 oczekiwały na miejsce oczekiwały 152 osoby (zob. obszar wsparcia dotyczący osób z niepełnosprawnością). Środowiskowe domy samopomocy funkcjonują w całym województwie poza powiatem skierniewickim. oczekiwały (OZPS WŁ, 2021).

Centrum Integracji Społecznej

Jedynie obecnie w województwie łódzkim Centrum Integracji Społecznej to CIS MEA w Łodzi przy Fundacji UWOLNIENIE. W zajęciach organizowanych przez CIS MEA

w roku 2021 wzięło udział 388 mieszkańców województwa łódzkiego (o 46 osób więcej niż rok wcześniej) Uczestnicy objęci reintegracją zawodową i społeczną oraz działaniami mającymi na celu usamodzielnienie ekonomiczne. Największą część spośród uczestników stanowiły w roku 2021 osoby długotrwale bezrobotne (14,9%), a następnie drugą co do liczebności osoby uzależnione od alkoholu (11,6%; 45 osób). Uczestnikami CIS są też osoby z zaburzeniami psychicznymi (brak danych o ich liczbie). W ramach usług reintegracji zawodowej i społecznej CIS uczestnicy najczęściej korzystali m.in. z indywidualnego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego (blisko 65% uczestników zajęć), grup edukacyjnych (49,0%) oraz szkoleń zawodowych prowadzonych przez podmiot zewnętrzny (40,0%).

Kluby Integracji Społecznej

W 2021 roku najczęściej uczestnikami zajęć organizowanych przez KIS były głównie osoby długotrwale bezrobotne (zajęcia rozpoczęło 458 osób) , ale na drugim miejscu znalazły się osoby uzależnione od alkoholu (149 osób). Zdecydowanie rzadziej z usług oferowanych przez kluby korzystały osoby chore psychicznie (33) a także uzależnione od narkotyków (8). Problemy psychiczne mogą się jednak pojawiać i u pozostałych osób: niepełnosprawnych, bezdomnych, opuszczających zakłady karne. Uczestnicy najczęściej korzystali z zajęć edukacyjnych (w ciągu całego roku udział w nich wzięło 307 osób) oraz poradnictwa psychologicznego (268 osób), a nieco rzadziej z indywidualnych zajęć terapeutycznych (łącznie 181 osób).

Mieszkania chronione

Opisane też już wcześniej mieszkania chronione mogą pełnić różne funkcje, w zależności od celu udzielania wsparcia. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób w podeszłym wieku lub przewlekłe chorych, mieszkanie najczęściej przybiera charakter mieszkania chronionego wspieranego. – przeznaczone dla osób z niepełnosprawnością fizyczną lub z zaburzeniami psychicznymi oraz dla osób w podeszłym wieku lub przewlekłe chorych. W 2021 roku większość, bo około 64% spośród wszystkich mieszkań chronionych działających w województwie (83), pełniło rolę mieszkań treningowych, natomiast 36% mieszkań było prowadzonych w formie mieszkań wspieranych. Warto przypomnieć, że liczba mieszkań chronionych w województwie powoli, ale systematycznie, z roku na rok wzrasta.

Ośrodki interwencji kryzysowej

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.), art. 36, 47. interwencja kryzysowa jest świadczeniem niepieniężnym z pomocy społecznej – stanowi usługę pomocy społecznej. Interwencją kryzysową jest odpowiedź na stan nagły, często zagrożenia, a więc może być udzielona każdemu. Obejmuje się nią osoby i rodziny bez względu na ich dochód. Interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań wsparcia psychospołecznego, podejmowanych na rzecz osób i rodzin w sytuacji kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest udzieleniem wsparcia – w pierwszym rzędzie emocjonalnego, ale nie tylko, dla przywrócenia równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego oraz (w sytuacjach uzasadnionych, np. zagrożeniem zdrowia lub życia) schronienia do 3 miesięcy. Matki oraz ojcowie z małoletnimi dziećmi lub inne osoby sprawujące opiekę prawną nad dziećmi oraz kobiety w ciąży dotknięte przemocą lub znajdujące się w innej sytuacji kryzysowej mogą w ramach interwencji kryzysowej znaleźć schronienie i wsparcie w domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Z OZPS WŁ wynika, że natychmiastowa specjalistyczna pomoc w ramach interwencji kryzysowej została udzielona w łódzkich ośrodkach pomocy społecznej w 2021 roku łącznie 324 rodziny liczące łącznie 729 osób. Stanowi to 0,7% wszystkich rodzin, które uzyskały pomoc w formie świadczeń pomocy społecznej. Problemem jest brak specjalistycznego ukierunkowania interwencji kryzysowej na trudności życiowe przeżywane przez osoby z niepełnosprawnością, w tym możliwość pokonania barier komunikacyjnych. W latach 2022-2023 RCPS przygotował m.in. we współpracy ze szkołami i ośrodkami specjalnymi, model pierwszej pomocy w sytuacji kryzysowej dla nauczycieli, wychowawców, opiekunów i innych osób udzielających wsparcia osobom z niepełnosprawnościami, w tym dzieci i młodzieży. Jest to jednak dopiero początek działań – model wymaga upowszechnienia.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO)

Do świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej należą również m.in. usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2021

roku tego rodzaju wsparcia udzielono 3 671 rodzin liczącym łącznie 8 046 osób, co stanowi 7,7% wszystkich rodzin, które uzyskały pomoc w formie świadczeń pomocy społecznej (więcej niż w roku 2020, gdy było ich 5,2%). Jednocześnie było to ok. 0,3% ogółu mieszkańców województwa. SUO przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2021 roku z usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystały łącznie około 6 523 osoby (ponad 1,5 mln świadczeń na łączną kwotę 33,9 mln zł). Jednocześnie usługami specjalistycznymi objęto 91 osób. Ze specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi skorzystały w roku oceny 143 osoby. 28. W łódzkich ośrodkach pomocy społecznej w 2021 roku wsparcia w postaci poradnictwa specjalistycznego udzielono 3 671 rodzin liczącym łącznie 8 046 osób, co stanowi około 7,7% wszystkich rodzin, które uzyskały pomoc w formie świadczeń pomocy społecznej. W 2021 roku w województwie łódzkim jedynie 13 pracowników realizowało specjalistyczne usługi opiekuńcze, a zaledwie 7 świadczyło specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (OZPS WŁ, 2021).

Poradnictwo specjalistyczne i programy korekcyjno-edukacyjne

Wsparcie takie, poza udzielanym w ośrodkach pomocy społecznej, zapewniane jest także przez wydzielone w tym celu jednostki organizacyjne o zasięgu powiatowym (ponadgminnym) 63 – placówki specjalistycznego poradnictwa. W 2021 roku liczba rodzin objętych poradnictwem specjalistycznym wyraźnie wzrosła w stosunku do lat poprzednich (o około 1,0 tys. osób w porównaniu z latami 2019-2020), powracając do poziomu obserwowanego w roku 2018. W OZOC WŁ 2021 prawdopodobnych przyczyn tego zjawiska upatruje się w negatywnym oddziaływaniu epidemii COVID-19. Wpłynęła ona na ogólne pogorszenie stanu psychicznego ludności i zaburzyła jej funkcjonowanie w wielu obszarach, w tym w obszarze relacji społecznym.

Szczególnie okres przymusowej izolacji (*lockdown*) przyczynił się do nasilenia lub pojawienia niekorzystnych zjawisk w rodzinach, które wymagały szerszego wsparcia ze strony specjalistów czy doradztwo specjalistyczne. OZPS WŁ, 2021: Od lat w województwie łódzkim systematycznie spada liczba udzielanych porad, podczas gdy zapotrzebowanie mierzone wzrastającą liczbą samobójstw wśród dzieci, negatywnym oddziaływaniem pandemii COVID-19 na psychikę (w tym zwiększoną

skłonnością do uzależnień) oraz liczbą porad udzielanych przez telefon zaufania, wskazuje na tendencję wzrostową.

W przypadku problemu przemocy w rodzinie wsparcie udzielane jest zarówno ofiarom, jak i sprawcom przemocy. Dla ofiar obejmuje m.in. interwencję kryzysową, schronienie. Dla sprawców także programu o charakterze korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeutycznym. W 2021 roku programem oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych objęto 160 osób stosujących przemoc w rodzinie. Programy te realizuje w województwie 9 jednostek: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie, Kutnie, Łowiczu, Piotrkowie Trybunalskim, Poddębicach, Radomsku, Tomaszowie Mazowieckim, Zgierzu oraz w Miejskim Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego w Łodzi. Programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc w rodzinie prowadzą trzy jednostki: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu, Urząd Miasta w Skierniewicach oraz Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. R. Chylińskiego w Łodzi. Dla osób stosujących przemoc dostępne jest też poradnictwo specjalistyczne, ale również schronienie noclegowe. Stale aktualizowana baza teleadresowa placówek znajduje się na stronie

Domy pomocy społecznej

Przy dużym zapotrzebowaniu na wsparcie opiekuńcze i niewystarczających jeszcze usług w miejscu zamieszkania dla osób chorujących psychicznie, w tym na choroby demencyjne, jest duże zapotrzebowanie w województwie na domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych. Jest obecnie 17 placówek, a na miejsce trzeba oczekiwać. W roku 2021 przebywała w nich 2 003 chorych. Niestety, umieszczenie w takiej placówce w przebiegu choroby często pogarsza jeszcze stan chorego – deinstytucjonalizacja pozwoli ograniczyć skalę tego problemu.

Obszar V. Osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym

Kryzys bezdomność to nie tylko jedna z najtrudniejszych sytuacji naruszenia podstaw bytu człowieka, ale także jedna z najbardziej złożonych form wykluczenia społecznego. W problemie bezdomności spotykają się bowiem w złożonych

związkach przyczynowo-skutkowych problemy ubóstwa i bezrobocia; problemy zerwanych więzi, samotności, stanu permanentnego zagrożenia; problemy uzależnień od alkoholu i innych substancji, także zaburzeń chorób i psychicznych, somatycznych i niepełnosprawności. Mogą one być zarówno skutkiem, jak i przyczyną znalezienia się człowieka w sytuacji bezdomnego (Podgórska-Jachnik, 2013). Osoby w kryzysie bezdomności doświadczają dyskryminacji i stereotypizacji, budzą niechęć, lęk i inne negatywne uczucia, utrudniająca nawiązanie (jakiegokolwiek kontaktu).

Proce wychodzenia z bezdomności jest także bardzo trudny i zawsze wymaga wsparcia. Tymczasem trudność stanowi nawet oszacowanie mobilnej i pozostające poza rejestrami populacji. Odbywa się to metodycznie poprzez tzw. nocne liczenie osób w kryzysie bezdomności w miejscach ich pobytu (na miarę możliwości przeprowadzających badanie). Badanie takie na potrzeby województwa przeprowadzone w 2019 roku (w nocy z 13 na 14 lutego) wykazało 1788 takich osób, czyli o 275 osób mniej (około 13%) w stosunku do stanu odnotowanego w poprzednim takim badaniu wykonanym 2 lata wcześniej (MRiPS, 2019)j. Jest to jednak jedynie oszacowanie, co nie pozwala także dokonać ewaluacji skuteczności podejmowanych działań. Nie jest (...) jasne, w jakim stopniu spadek liczby bezdomnych jest wynikiem interwencji podejmowanych przez pomocowe instytucje i organizacje, a w jakim stanowi on efekt procesów generujących zjawisko bezdomności (np. przepisy prawne dotyczące eksmisji, poziom zadłużenia, uzależnienia itp.) (Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku). W Strategii do 2030 województwo łódzkie po raz pierwszy wprowadziło grupę podmiotową osób z kryzysie bezdomności. Nie znaczy to, że nie były wcześniej podejmowane żadne działania na rzecz tych osób.

Ubóstwo jest jednym z najważniejszych czynników sprzyjających bezdomności, dlatego przyznanie pomocy i wsparcia traktuje się jako główny czynnik profilaktyki wykluczenia mieszkaniowego, np. utraty mieszkania z powodu zalegania z czynszami (Podgórska-Jachnik, 2013). przyznania pomocy i wsparcia. Według danych Oceny Zasobów Pomocy Społecznej dla województwa łódzkiego za 2019 roku, był to powód przyznania pomocy w przypadku 41,5% rodzin otrzymujących świadczenia z pomocy społecznej – odnotowano przy tym spadek w stosunku do 2018 roku (wówczas był to powód przyznania świadczenia w przypadku 43,9%

rodzin). Podstawową formą pomocy dla ubogich rodzin i osób są świadczenia pieniężne, przede wszystkim w postaci zasiłków z pomocy społecznej (zasiłki stałe, celowe i okresowe) oraz zasiłków rodzinnych i dodatków do zasiłków rodzinnych. W 2019 roku zasiłki stałe przyznano 14,5 tys. osób, okresowe 23,0 tys. osób, a celowe – 45,5 tys. osób (niektóre osoby mogły otrzymać więcej niż jeden zasiłek), a zasiłki rodzinne wraz z dodatkami blisko 81 tys. rodzin. Osoby bezdomne często uzyskują wsparcie w postaci zasiłku celowego, co zwiększa kontrolę na faktycznym przeznaczeniu środków na potrzeby, na które zasiłku udzielono” Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku).

Dla osób w kryzysie bezdomności oprócz schronienia, wydania posiłku lub zapasów żywności oraz ubrania i leków. Przeznaczone są wszystkie formy reintegracji społecznej. Zabezpieczenie dostępu do możliwości kąpieli, uprania lub wymiany odzieży, dezynsekcje, opatrzenia ran (częste u osób w kryzysie bezdomności) to podstawowe zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne. Dobrze to połączyć z badaniem lekarskim stanu zdrowia, gdyż życie w bezdomności sprzyja rozwijaniu się wielu chorób, także cywilizacyjnych (np. cukrzyca), czasem wydawania indywidualnie dobranej przez lekarza dawki środka zastępczego (np. programy metadonowe ograniczające szkody).

W 2021 roku osoby znajdujące się w kryzysie bezdomności mogły skorzystać z tymczasowego schronienia udzielanego w różnych typach jednostek na terenie 10 powiatów, w tym:

- z 13 schronisk dla osób bezdomnych na terenie 8 powiatów: bełchatowskiego, pabianickiego, poddębickiego, radomszczańskiego, tomaszowskiego, zgierskiego oraz na terenie Łodzi i Piotrkowa Trybunalskiego; jednocześnie żadne z powyższych schronisk nie oferowało usług opiekuńczych;
- z 4 noclegowni na terenie 4 powiatów: kutnowskiego (Kutno), łowickiego (Łowicz), pabianickiego (Pabianice) oraz zgierskiego (Aleksandrów Łódzki);
- 4 ogrzewalni na terenie 4 powiatów: kutnowskiego (Kutno), sieradzkiego (Sieradz), tomaszowskiego (Tomaszów Mazowiecki) oraz zgierskiego (Aleksandrów Łódzki) (OZPS WŁ, 2021).

„Łącznie we wszystkich placówkach, które w 2021 roku udzielały osobom bezdomnym schronienia w województwie łódzkim, dostępnych było 879 miejsc.

W ciągu całego roku ze wsparcia oferowanego przez poszczególne typy placówek skorzystało odpowiednio: w schroniskach dla osób bezdomnych – 1 154 osób, w noclegowniach – 159 osób, w ogrzewalniach – 288 osób. Jednocześnie w 2021 roku odnotowano dalszy spadek liczby osób korzystających z tymczasowego schronienia udzielanego w schroniskach i noclegowniach (ze wsparcia w obu tych typach jednostek skorzystało o około 100 osób mniej niż przed rokiem i o około 500 osób mniej w porównaniu do roku 2019). Liczba osób korzystających ze schronienia w ogrzewalniach utrzymała się na poziomie zbliżonym do odnotowanego w roku poprzednim. Niemniej jednak dane pozyskane ze sprawozdań w ramach Oceny zasobów pomocy społecznej nie dają pełnego obrazu wsparcia oferowanego osobom bezdomnym w zakresie tymczasowego schronienia. Zgodnie z danymi zawartymi w „Rejestrze miejsc, w których gminy województwa łódzkiego udzielają tymczasowego schronienia w schroniskach dla osób bezdomnych, schroniskach dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, noclegowniach oraz ogrzewalniach” dostępnym na stronie internetowej Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego⁸⁶, w województwie łódzkim w końcu 2021 roku zarejestrowane były łącznie 132 jednostki oferujące tymczasowe schronienie. Na jednostki te składało się 111 schronisk dla osób bezdomnych (w tym 4 z usługami opiekuńczymi) oferujących około 4,7 tys. miejsc, 16 noclegowni (343 miejsca) oraz 5 ogrzewalni (64 miejsca). Zgodnie z rejestrem, placówki te funkcjonowały na terenie wszystkich powiatów województwa łódzkiego (OZPS WŁ).

Indywidualny program wychodzenia z bezdomności jest jednym z narzędzi pracy z klientem pomocy społecznej (odmianą kontraktu socjalnego) w ramach pracy socjalnej. Osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu w rozwiązywaniu problemów życiowych, zwłaszcza rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uporządkowaniu dokumentów (dowód osobisty, zameldowanie), uzyskaniu zatrudnienia. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności opracowuje pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej wspólnie z osobą bezdomną. Jest on zatwierdzany przez kierownika ośrodka. Jeżeli osoba bezdomna przebywa w schronisku lub domu dla bezdomnych, indywidualny program wychodzenia z bezdomności może być opracowany przez pracownika socjalnego zatrudnionego w tej placówce, które staje się realizatorem programu. Program reguluje działania, który

podpisujący zobowiązuje się podjąć (np. uczestniczyć w szkoleniu) i od których powstrzymać (np. od alkoholu). Osoba w kryzysie bezdomności może skorzystać z programu indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego – jest to warunek przyjęcia do Centrum Integracji Społecznej osób skierowanych do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum. W roku 2021 w CIS-ach 10 osób realizowało indywidualny program wychodzenia z bezdomności (łącznie 10 osób) (OZPS Wł., 2021). Z KIZ korzystało 31 takich osób.

Ważnym elementem deinstytucjonalizacji w przypadku bezdomności są programy wyposażające w kompetencje, potrzebne w procesie zmiany, ale także zabezpieczenie drogi do uzyskania mieszkania. „Obecnie filozofię mechanizmu zmiany oddaje założenie programowe: „Najpierw mieszkanie”. Polityka mieszkaniowa jest jednym z kluczowych obszarów procesu deinstytucjonalizacji i włączenia społecznego, poprzez realistyczny program i przystępną ofertę cenową bezpiecznych, niez izolujących mieszkań. nie mogą używać usunięcia z lokalu jako sankcji za porażki w leczeniu np. uzależnień.²² W zakresie wsparcia osób bezdomnych rekomenduje się ułatwianie dostępu do poradnictwa specjalistycznego, rozwój mieszkalnictwa chronionego oraz innych form mieszkalnictwa. Uzyskanie mieszkania może poprzedzać korzystanie z mieszkania chronionego, treningów ekonomicznych i/lub w zakresie gospodarstwa domowego.

Bibliografia

Barcikowska A. (brw.), Obiady dla seniorów Przygotowywanie i dostarczanie obiadów starszym osobom zależnym przez uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej. Opis modelu innowacji. Krasnostawskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, Projekt pn. „Generator Innowacji. Sieci Wsparcia”.

https://www.power.gov.pl/media/96121/Zal_1_podrecznik_Obiady_terapeutyczne.pdf

Dązbłaż B. (2023), Prezydent podpisał ustawę. System orzecznicy jest na progu wydolności. <https://www.prawo.pl/samorzad/przedluzenie-waznosc-orzeczen-o-niepelnosprawnosci-zmiana,519868.html>, [dostęp: 26.04.2023].

Franckiewicz-Olczak I., Kostrzyńska M., Szczepaniak K., Niedbalski J., Podkońska A., Białuska M. (2022) Usługi społeczne dla osób w kryzysie bezdomności w województwie łódzkim. RCPS, Łódź.

Golczyńska-Grondas, Błaszczuk (2020), Deinstytucjonalizacja placówek opieki całkowitej nad dziećmi i młodzieżą w województwie łódzkim. Regionalne Centrum Polityki Społecznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Góral-Radziszewska K., Waśkiewicz K., Potyra M., Kuczyńska K. (2020). Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009–2019. GUS, Warszawa.

Grewiński M. (2013), Usługi społeczne i socjalne jako wspólny obszar polityki i ekonomii społecznej. „Ekonomia Społeczna” nr 3, s. 24-39.

Gruszczyńska B., Jarosz E., Kolankiewicz M., Lasocik Z., Pyżalski J., Sikorska M., Warzywoda-Kruszyńska W., (2017), Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”.

GUS (2019). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

GUS BAEL (2020b). Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych, GUS BAEL, IV kw.

GUS (2020c). Trwanie życia w 2019 roku, Warszawa.

Informacja na temat stanu pieczy zastępczej w województwie łódzkim 2022. Wydział ds. Rodziny i Pieczy Zastępczej. RCPS w Łodzi.

Janas-Kozik M., (2017), Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 r. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego, „Psychiatria” 2017, <https://dzieciwpolsce.pl/statystyki>;

KE (2022), Dokument roboczy służb Komisji Europejskiej. Sprawozdanie krajowe – Polska 2022, Bruksela, dnia 23.5.2022 r. „Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”, Warszawa 2012r.

Kotłowski M. (2014), Sytuacja osób z niepełnosprawnością zamieszkałych na wsi, Opolskie Centrum Wspierania Inicjatyw Pozarządowych, <https://ocwip.pl/sytuacja-osob-z-niepelnosprawnoscia-zamieszkalych-na-wsi/>, [dostęp: 25.04.2023].

KPON (2006) = Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku z dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 r. poz. 1169)

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności.

<https://www.gov.pl/web/rolnictwo/krajowy-planu-odbudowy-i-zwiekszania-odpornosci>, [dostęp: 2.05.2023].

Krawczak A. (2022), Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

MRIPS (2019). Wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – edycja 2019. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osobbezdomych-edycja-2019>.

NFZ (2019) „NFZ o zdrowiu. Cukrzyca”, Warszawa: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Strategii.

NIK (2018) Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. Raport.

OCPS WŁ 2015, 2019, 2020, 2021= Ocena Zasobów Pomocy Społecznej Województwa Łódzkiego odpowiednio za rok. za rok 2015, 2019, 2020, 2021.

Podgórska-Jachnik D. (2013), Praca socjalna z osobami bezdomnymi. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

Podgórska Dorota, Żmurkow E. (2022), Rehabilitacja społeczna i zawodowa oraz reintegracja osób z niepełnosprawnościami w województwie łódzkim. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.

PFRON, 2015, 2019, 2020, 2021, 2023 = Załączniki do uchwał Zarządu PFRON w sprawie podziału środków finansowych Funduszu odpowiednio na na 2015, 2019, 2020, 2021 i 2023 rok na realizację zadań określonych w ustawie o rehabilitacji.

Podgórska-Jachnik D., Żmurkow E. (2022), Rehabilitacja społeczna i zawodowa oraz reintegracja osób z niepełnosprawnościami w województwie łódzkim. Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego i Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. Łódź.

RAPORT O ZDROWIU POLAKÓW. Rada Naukowa TUW Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych Diagnoza po pandemii COVID-19 Skutki, wyzwania i rekomendacje (2022), Rada Naukowa TUW Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych.

Wykluczenie społeczne dzieci i młodzieży z województwa łódzkiego. Badanie naukowe zrealizowane przez PBS Spółka z o.o. na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, RCPS 2021, s. 118 (data wejścia: 14.03.2022)

Sobczak M.J. (2017), Przebieg reintegracji zawodowej w spółdzielniach socjalnych w województwie łódzkim. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica”, vol. 6, t. 332, 23-37

Sochańska-Kawiecka i in. (2017a), Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim II. Raport końcowy, WUP, Łódź.

Sochańska-Kawiecka i in. (2017b), Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. RAPORT KOŃCOWY. Badania Społeczne Marzena na zlecenie Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, 2017b.

Sprawozdania wojewodów INF-ZPCh ZAZ w II półroczu 2020r, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych <https://niepelnosprawni.gov.pl/p,84,dane-dotyczace-zakladow-pracychronionej>

Strategia w zakresie polityki społecznej województwa łódzkiego do 2030 roku przyjęta Uchwałą Sejmiku Województwa Łódzkiego Nr XLVIII/577/22

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030”przyjęta Uchwałą Nr XXXI/414/21 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 6 maja 2021

Strategia Rozwoju Usług Społecznych (MP z dnia 10 sierpnia 2022 r. Poz. 767).

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030, Uchwałą Nr XXXI/414/21 z dnia 6 maja 2021 r. Sejmiku Województwa Łódzkiego.

Szatur-Jaworska B. 2011, za: Szarfenberg R. [2011], Standaryzacja usług społecznych, publikacja wydana w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, WRZOS, Warszawa, s. 12.

Szarfenberg R. [2011], Standaryzacja usług społecznych..., poz. cyt.

Świtaj P. (2005), Piętno choroby psychicznej. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 14.

Świtaj P. (2019), Ocena wpływu szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” na postawy uczestników wobec osób chorujących psychicznie, „Psychiatria Polska”, 53 (6), 1219-1239

COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych

Wygnańska J., Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego, [w:] A. Siebiert, A. Meller, K. Kowalska, K. Ługowski, Pomost o bezdomności bez lęku, Pismo samopomocy, Gdańsk 2005.

Urbaniak B., Krzyszkowski J., Przywojska J., W0ikt0orowicz j., Lisek-Michalska J. (2017) Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Badanie

naukowe zrealizowane przez Agencję badawczą „ARC Rynek i Opinia” na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi Raport końcowy. Łódź

Wykaz aktów prawnych

Ustawa z 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem

Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593).

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818).

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. 2011 Nr 149 poz. 887)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776)

Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2003 nr 122 poz. 1143)

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2004 nr 99 poz. 1001)