

Sylwia Michalska
Dominika Zwęglińska-Gałecka
Maria Halamska

DAĆ TO, CZEGO NAPRAWDĘ POTRZEBA

RAPORT Z BADAŃ

IRWIR PAN

Polska Akademia Nauk
Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa



DAĆ TO,
CZEGO
NAPRAWDĘ
POTRZEBA

RAPORT Z BADAŃ

Sylwia Michalska
Dominika Zwęglińska-Gałecka
Maria Halamska



DAĆ TO,
CZEGO
NAPRAWDĘ
POTRZEBA
RAPORT Z BADAŃ

IRWIR PAN

Polska Akademia Nauk
Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa

Warszawa 2024

Recenzent: dr hab. Elżbieta Psyk-Piotrowska, prof. emeryt. Uniwersytetu Łódzkiego

Redakcja i korekta: Ewa Mackiewicz

Projekt okładki: Krystyna Oborska-Masłowska

Zdjęcie na okładce: fot. Africa Studio/Shutterstock.com

Skład: Krystyna Oborska-Masłowska

Projekt dofinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego programu na rzecz zatrudnienia i innowacji społecznych „EaSI” (2014-2020)

© Copyright by Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Warszawa 2024

© Copyright by Authors 2024

ISBN 978-83-89900-75-3

DOI: 10.53098/978-83-89900-75-3

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

Wydawca:

Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN

ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa

www.irwirpan.waw.pl

Partner Wydawniczy:

Grupa Cogito Sp. z o.o.

al. J. Waszyngtona 146, lokal 302

04-076 Warszawa

www.grupacogito.pl

Druk i oprawa:

TOTEM

www.totem.com.pl

Spis treści

Wprowadzenie – problem i proponowane rozwiązanie	7
1. Innowacje społeczne i metody ich badania	13
1.1. Innowacje społeczne – między teorią a praktyką	13
1.2. Projekt „Dać to, czego naprawdę potrzeba” – opis innowacji według różnych podejść badawczych	15
1.3. Innowacja „Dać to, czego naprawdę potrzeba” jako przedmiot naukowej obserwacji i analizy	18
1.4. Wykorzystywane metody i techniki badawcze	21
1.5. Czas wdrażania innowacji – pandemia, kryzys uchodźczy, stan wyjątkowy, napaść Rosji na Ukrainę	26
2. Kontekst działania instytucji wdrażającej innowację i instytucji kontrolnej	32
2.1. Kontekst demograficzny	32
2.2. Kontekst ekonomiczny	35
2.3. Kontekst społeczny	44
2.4. Kontekst zdrowotny i socjalny	52
2.5. Podsumowanie	61
3. Tworzenie interdyscyplinarnego zespołu pracowników	62
3.1. Pracownicy Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza i NZOZ „Nadzieja”	62
3.1.1. Ocena warunków pracy w instytucjach	65
3.1.2. Zakres obowiązków pracowników w dwóch instytucjach	67
3.1.3. Oddziaływanie pracy na kondycję fizyczną i psychiczną pracowników	71

3.2. Koszty opieki w hospicjum domowym (FHPE – NFZ): estymacja	81
3.2.1. Minimalne koszty opieki określone na podstawie wytycznych NFZ	81
3.2.2. Koszty opieki uwzględniające politykę płacową FHPE oraz obowiązujące stawki rynkowe	87
3.2.3. Opieka FHPE a domy pomocy społecznej	88
4. Zbudowanie sieci współpracy lokalnych instytucji	91
4.1. Relacje między instytucjami przed wdrażaniem innowacji	91
4.2. Zaangażowanie członków sieci w gminach w czasie wdrażania innowacji	97
4.3. Sieć wsparcia w opinii pracowników oraz ekspertów	110
4.4. Podsumowanie	113
5. Utworzenie stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ)	114
5.1. Założenia wobec roli KOOZ-a przed wdrażaniem innowacji	114
5.2. KOOZ we wdrażanej innowacji	117
5.2.1. Realizacja obowiązków KOOZ-a	117
5.2.2. Wpływ KOOZ-a na zakres pracy pracowników FHPE	127
5.3. Zamiast podsumowania: możliwość multiplikowania stanowiska KOOZ-a	129
6. Co dalej z innowacją?	131
6.1. Wnioski z badań	131
6.2. Wprowadzanie testowanych rozwiązań do polityki – refleksje uczestników, ekspertów i badaczek na zakończenie projektu	134
Bibliografia	142
Aneks	147
Narzędzie do badania pracowników FHPE	147
Ankieta dla uczestników spotkania sieciującego w gminie... ..	152
Kwestionariusz badania potrzeb oraz plan wsparcia podopiecznego Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie	154

Wprowadzenie

– problem i proponowane rozwiązanie

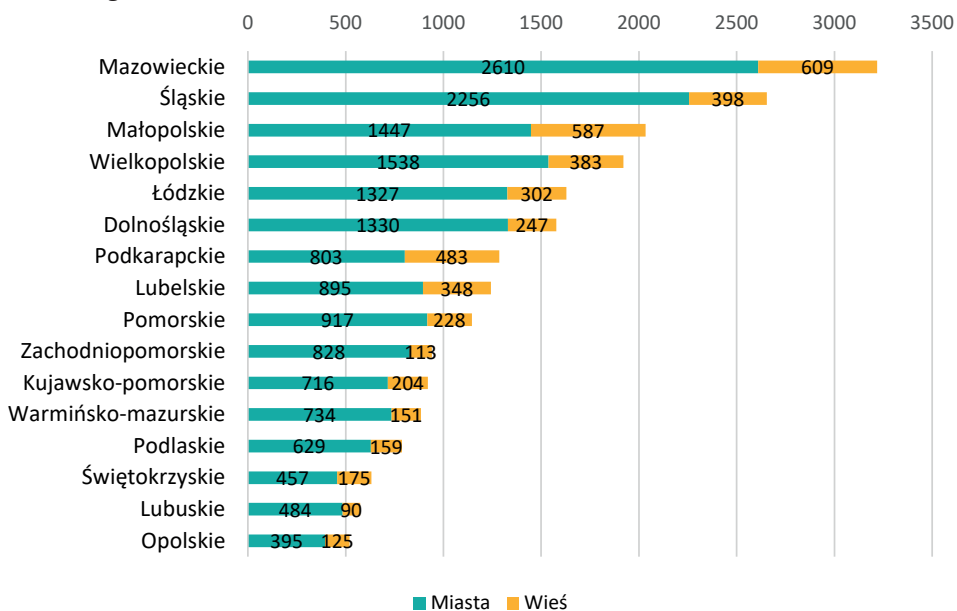
Zmiany demograficzne zachodzące w Unii Europejskiej wskazują, że od dłuższego czasu stałym trendem jest starzenie się jej mieszkańców. Wynika to z wielu czynników: późniejszego niż dawniej wieku zakładania rodziny, mniejszej liczby rodzących się dzieci, postępu medycyny pozwalającego na dłuższe życie. Niektóre z regionów Unii starzeją się szybciej niż inne, również na skutek odpływu młodych mieszkańców i związanej z tym wyjątkowo niskiej liczby urodzeń. W tych miejscach często możemy zaobserwować też zanik usług komercyjnych, związany z ich malejącą opłacalnością, oraz publicznych, związany z niskimi wpływami z podatków (Łuków i in. 2021; Bem, Ucieklak-Jeż, Prędkiewicz 2015, 2014, 2013; Krawczyk-Sołtys 2014; Bennett, Probst, Vyavaharkar, Glover 2012; Goins, Williams, Carter, Spencer, Solovieva 2005; Frączkiewicz-Wronka 2004; Guagliardo 2004; Casey, Thiede Call, Klingner 2001). Wobec takich zmian szczególnie trudna wydaje się sytuacja seniorów pozostających na terenach, na których zachodzą opisane powyżej procesy (Roksandrić, Sikoronja 2021; Watts i in. 1999). Zostają oni pozbawieni dostępu do usług, które mogą decydować o ich zdrowiu czy jakości życia. Problem ten staje się na tyle palący, że konieczność wdrożenia sposobów radzenia sobie ze skutkami opisanych procesów znalazła się w centrum uwagi Komisji Europejskiej. Ogłaszając *Call for proposals on social innovation and national reforms – long-term care* poszukiwano inicjatyw, mogących stać się modelowymi rozwiązaniami, rokujących odpowiedzi na istniejące potrzeby. Na konkurs, ogłoszony w 2019 roku, wpłynęło kilkadziesiąt inicjatyw – innowacji, z czego siedem wybrano do testowania. Wśród nich znalazła się jedna innowacja z Polski – „Dać to, czego naprawdę potrzeba” – realizowana przez konsorcjum czterech partnerów.

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego (NSP 2021), ok. 60% ludności Rzeczypospolitej Polskiej zamieszkuje obecnie miasta, a 40% – obszary wiejskie. Według prognoz demograficznych do 2050 r., liczba ludności miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy na wsi spadnie o zaledwie 1,8%. Wynika to przede wszystkim z migracji z miast na wieś (rozlewanie się miast), z peryferyjnych obszarów wiejskich

na tereny podmiejskie, klasyfikowane statystycznie jako wsie oraz nieznacznie wyższej dzietności. Wzrost liczby ludności wiejskiej nie jest jednolity na całym obszarze kraju. W przekroju mikroregionalnym (powiat) liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta, natomiast spadać w powiatach peryferyjnych.

Zestawmy to z przygotowaniem obszarów wiejskich do stojącego przed nimi wyzwania. Według opracowania GUS „Obszary wiejskie w Polsce w 2020 roku” na tych terenach w 2020 roku funkcjonowało 4,6 tys. przychodni, co stanowiło 21,5% wszystkich placówek w Polsce. Od 2010 roku przybyło ich 440. Z kolei w miastach w 2020 roku działało 16,9 tys. przychodni, a przez 10 lat ich liczba wzrosła o 4,5 tys., czyli dziesięciokrotnie więcej w porównaniu z placówkami na wsi. Oznacza to, że na 10 tys. mieszkańców terenów wiejskich przypadają 3 placówki ochrony zdrowia, a w miastach ten wskaźnik wynosi niemal 6,5. Nawet biorąc pod uwagę fakt istnienia w mieście znacznej większości przychodni specjalistycznych, dostęp do podstawowych świadczeń medycznych nie jest więc równy (por. też Ucieklak-Jeż, Bem 2017).

Rys. 1. Przychodnie według charakteru miejscowości i województw w 2021 roku (stan w dniu 31 grudnia).



Źródło: Informacja sygnalna GUS. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021 r. z dnia 24.06.2022.

Jeśli chodzi o wysoko specjalistyczną opiekę szpitalną, zrozumiałe jest, że nieracjonalne byłoby rozpraszanie środków, sprzętu i nielicznych specjalistów (por. m.in. Siedlecki, Bem, Ucieklak-Jeż, Prędkiewicz 2017) i lepszym rozwiązaniem jest kon-

centracja tych usług w mieście, gdy działają tam wysoko wyspecjalizowane ośrodki. Istotne jest, aby dostęp do nich był możliwy dla wszystkich. Warto jednak spojrzeć na dane dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej świadczonej w przychodniach, które powinny znajdować się w pobliżu miejsca zamieszkania. Do tych placówek bez trudu powinni móc dotrzeć mieszkańcy niewielkich miejscowości zarówno po pomoc, jak i po uzyskanie skierowania do dalszego leczenia u specjalistów.

Mieszkańcy wsi borykają się z wieloma problemami wynikającymi z wieloletnich zaniedbań, na które nakładają się skutki niekorzystnych procesów demograficznych: starzenie się ludności, migracje młodych do miasta, jednopokoleniowość rodzin, singularyzacja starości. Starość populacji wiąże się ze wzrostem zachorowań na choroby nieuleczalne, ograniczające sprawność i niezależność seniorów. Degradacja – w okresie kryzysu lat 80. XX wieku oraz transformacji postkomunistycznej – zbudowanego w Polsce po II wojnie światowej systemu placówek opieki zdrowotnej na wsi sprawia, że warunki opieki zdrowotnej mieszkańców wsi nie są zadowalające (Jarosz, Kosiński 1995; Jastrzębowski 1994). Kryzysową sytuację pogłębia zanik usług publicznych, wysokie koszty usług prywatnych oraz ich skupienie w miastach. Brak dogodnego transportu publicznego, zwłaszcza na terenach peryferyjnych, pogłębia kryzys (Ciechański 2021; Wolański i in. 2016).

Szczególnym rodzajem opieki medycznej jest opieka nad osobami u kresu życia. Współcześnie dominuje opinia, że najlepszym rozwiązaniem zarówno z perspektywy dobrostanu seniora, jak i z perspektywy kosztów opieki jest jak najdłuższe funkcjonowanie osoby starszej w środowisku domowym, a nie w placówce opiekuńczo-leczniczej. Takie założenia w 2021 roku zapowiadał również polski rząd, postulując odejście od opieki w dużych instytucjach na rzecz zapewnienia wsparcia w środowisku lokalnym, w miejscu zamieszkania. Jest to główne założenie „Strategii rozwoju usług społecznych”¹. Jednocześnie w gminach wiejskich rzadziej dostępna jest – ważna dla pacjentów przewlekle chorych i niesamodzielnych – długoterminowa pielęgnarska opieka domowa, w ramach której pacjent otrzymuje pomoc w miejscu zamieszkania². W wielu przychodniach wiejskich brakuje pracowników, którzy mogliby świadczyć tego typu usługi. Wynika to między innymi z niedoskonałości ustawy regulującej wynagrodzenia pracowników – nie przewidziano opłaty za dojazd własnymi środkami transportu do pacjenta, a także tego, że dojazd ten na terenach wiejskich zajmuje dużo więcej czasu ze względu na rozproszoną zabudowę. W systemie finansowania usług medycznych czy opiekuńczych nie uwzględniono specyficznych warunków występujących niekiedy na wsi. W tej sytuacji pracownik może składać mniej wizyt albo (niezgodnie z przepisami)

1 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20220000767> (dostęp 12.02.2022).

2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2015 poz. 1658 z późn. zm.).

skracać je, wliczając w czas trwania usługi także czas poświęcony na dojazd. Z podobnych powodów pacjenci mieszkający na wsi mają utrudniony dostęp do domowej opieki hospicyjnej. Wyniki badań z roku 2012 (Dziechciaż i in. 2012) sugerują konieczność zwiększenia dostępu seniorów do opieki długoterminowej oraz kompleksowej opieki geriatrycznej ukierunkowanej na różnorodne potrzeby osób starszych i ich opiekunów.

Celem projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba” było przetestowanie innowacyjnego podejścia do świadczenia opieki długoterminowej dla osób starszych i zależnych, przewlekle i nieuleczalnie chorych na już obecnie trudnych terenach wiejskich, czyli silnie dotkniętych depopulacją i szybkim starzeniem się mieszkańców. Jej propozycję opracowała Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza³, mająca dziesięcioletnią praktykę świadczenia usług hospicjum domowego na terenie pięciu gmin wschodniego Podlasia. Podejście innowacyjne, mające na celu zapewnienie skutecznie działającego systemu opieki, opierało się na założeniu, że do korzystania z opieki hospicjum domowego powinni mieć dostęp wszyscy potrzebujący (standard WHO), a nie tylko cierpiący na określone choroby⁴. Aby ją zapewnić dla szerszej zbiorowości uprawnionych, przyjęto, że konieczne jest:

- stworzenie dla takiego hospicjum interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunek, dietetyka i psychologa; zespół powinien w największym możliwym stopniu opierać się na dostępnych lokalnie zasobach, a oferta usług powinna być „szyta na miarę”, w odpowiedzi na potrzeby konkretnego pacjenta;
- zbudowanie sieci współpracy/wsparcia lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych;
- utworzenie stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ). Jego zadaniem byłoby identyfikowanie potrzeb podopiecznych Hospicjum oraz wsparcie ich rodzin, a następnie występowanie w ich imieniu do odpowiednich instytucji sieci o zapewnienie im pomocy.

3 Fundacja pierwsze doświadczenia w budowaniu modelu innowacji wyniosła, będąc jednym z uczestników projektu Fundacji Pracowni Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia” pod nazwą „Innowacje na ludzką miarę – wsparcie rozwoju mikroinnowacji w obszarze usług opiekuńczych dla osób zależnych”, współfinansowanego w ramach programu POWER. „Stocznia” udzielała w ramach projektu finansowania dla pomysłów chętnych innowatorów. Realizacja projektu stała się bazą dla opracowania metody działania, którą FHPE obecnie testuje z nadzieją możliwości jej wdrożenia w kraju. Innym zrealizowanym przez Lidera projektem o tematyce bieżącej aplikacji była inicjatywa „Pro Hospiz” i europejskiego programu Erasmus+, w ramach której partnerzy, a wśród nich FHPE, dzielili się doświadczeniami podczas czterech międzynarodowych programów szkoleniowych oraz wymiany dotyczącej najlepszych praktyk w zakresie świadczenia opieki paliatywnej.

4 Na liście chorób, które uprawniają osobę dorosłą do objęcia jej opieką hospicyjną w ramach NFZ, są: choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, owrzodzenie odleżynowe.

Projekt realizowany był przez Konsorcjum złożone z czterech partnerów, a mianowicie:

1. Fundację Hospicjum Proroka Eliasza. Placówka została utworzona w maju 2009 r.⁵, kierowana jest przez dr. n. med. Pawła Grabowskiego. Opiekuje się osobami dorosłymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi mieszkańcami wsi z pięciu podlaskich gmin: Michałowa, Gródka, Zabłudowa, Narwi i Narewki. Fundacja została liderem powstałego Konsorcjum. W 2020 r. (przed wdrożeniem innowacji) zespół FHPE liczył: 4 lekarzy, 6 pielęgniarek, psycholożkę, 3 fizjoterapeutów, dietetyczkę, 6 opiekunek. W ciągu tego roku opieką objęto 119 pacjentów. Pacjenci otrzymywali inny niż przewidziany w ramach NFZ pakiet usług, który był bardziej elastyczny, dostosowywany do zmieniających się potrzeb pacjentów. Stan zatrudnienia zmieniał się w czasie wdrażania i testowania innowacji. Od 2023 roku Fundacja prowadzi także hospicjum stacjonarne we wsi Makówka w gminie Narew.

2. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) w Białymstoku, który jest samorządową jednostką organizacyjną, działającą w formie jednostki budżetowej. Celem działania Ośrodka jest realizacja zadań Samorządu Województwa Podlaskiego w zakresie polityki społecznej, a w szczególności pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii, przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, przeciwdziałania przemocy, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej. Przy realizacji swoich zadań Ośrodek współpracuje z organami administracji rządowej i samorządowej, organizacjami pozarządowymi i in.

3. Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa, który jest instytutem naukowym Polskiej Akademii Nauk (IRWiR PAN). Przedmiotem działania Instytutu jest prowadzenie interdyscyplinarnych badań naukowych dotyczących problemów rozwoju obszarów wiejskich i rolnictwa w dziedzinach: nauk ekonomicznych, nauk społecznych i nauk humanistycznych. Do zadań Instytutu należy w szczególności prowadzenie prac badawczych w zakresie dyscyplin naukowych należących do ww. dziedzin oraz nauk pokrewnych, a także upowszechnianie ich wyników.

4. Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych (OWOP) w Białymstoku, będący Stowarzyszeniem, którego celem jest wspieranie i rozwój aktywności obywateli i ich organizacji. OWOP wspiera inicjatywy lokalne i ponadlokalne, wspiera rozwój organizacji pozarządowych, animuje i wspiera współpracę organizacji pozarządowych z administracją rządową i samorządową, wspiera inicjatywy na rzecz budowy społeczeństwa obywatelskiego, animuje, wspiera i promuje działania samopomocowe i obywatelskie, tworzy warunki współpracy międzysektorowej, promuje i organizuje wo-

5 Nosiła ona wtedy nazwę Fundacja Podlaskie Hospicjum Onkologiczne.

lontariat, wspiera i rozwija ekonomię społeczną i społeczną odpowiedzialność biznesu, wspiera rozwój jednostek samorządu terytorialnego i ich jednostek organizacyjnych, wzmacnia integrację i reintegrację społeczną, zawodową i edukacyjną. Stowarzyszenie realizuje cele w szczególności poprzez nawiązywanie współpracy i współdziałania.

Okres wdrażania/testowania innowacji trwał 3 lata (z półroczną przerwą spowodowaną restrykcjami wprowadzonymi z powodu pandemii COVID-19): rozpoczął się w 2020 roku, zakończy w 2024 roku. W tej publikacji w syntetyczny sposób prezentujemy wyniki obserwacji i badań naukowych realizowanych w trakcie wdrażania innowacji oraz w trakcie działań upowszechniających jej wdrożenie jako elementu polityki społecznej na poziomie krajowym. Szczegółowe wyniki i analizy były prezentowane członkom Konsorcjum w roboczych raportach cząstkowych przygotowywanych w trakcie prowadzonych prac.

1. Innowacje społeczne i metody ich badania

1.1. Innowacje społeczne – między teorią a praktyką

Pojęcie innowacji, początkowo związane przede wszystkim z obszarem technologii (Utterback 1971), z czasem zaczęło być używane również w odniesieniu do działań zachodzących w sferze społecznej (Nicholls, Murdock 2012; Murray, Caulier-Grice, Mulgan 2010; Mulgan, Tucker, Ali, Sanders 2007; Mulgan 2006; Cloutier 2003). Możliwość takiego zastosowania pojęcia stała się tematem rozważań teoretycznych wielu autorów (Marques, Morgan, Richardson 2017; Wronka-Pośpiech 2015; Mothe, Thi 2010; Pol, Ville 2009; Phills, Deiglmeier, Miller 2008; Maruyama, Nishikido, Iida 2007). Użycie terminu „innowacja społeczna” odnosiło się do aktywności w różnych obszarach, między innymi w edukacji (Loogma, Tafel-Vila, Umarik 2012), wspomagania zrównoważonej transformacji obszarów zmarginalizowanych (Spacek, Perlik, Brnkalakowa, Kluvankova, Valero, Nijnik, Melnykovych, Lukesch, Sarkki 2021), kwestii zdrowotnych (Beinare, McCarthy 2012; Calsyn 2003) czy walki ze zjawiskiem przemocy domowej (Sullivan 2003). W Polsce badania dotyczące roli i współpracy różnych podmiotów przy wdrażaniu innowacji społecznych prowadziła Katarzyna Zajda (Zajda 2022a, 2022b; Zajda, Mazurek 2022).

Innowacja społeczna jest zjawiskiem na tyle złożonym, że nie istnieje jedna jej definicja (Caulier-Grice, Davies, Patrick, Norman 2013; Moulart, Martinelli, Swyngedouw, Gonzalez 2005). Grigorios Balamatsias zamieścił na stronie internetowej europejskiej Social Innovation Academy⁶ osiem popularnych definicji innowacji społecznych sformułowanych w wyniku takich podejść jak: pragmatyczne, systemowe, menedżerskie, krytyczne, ekonomiczne i uniwersalne, jakie powstały do końca drugiej dekady XXI wieku. Najkrócej, innowacja społeczna jest społeczna zarówno co do celów, jak i środków ich osiągnięcia (*innovation that social booth in its ends and its means*). Na ogół jest to odpowiedź na wiele kryzysowych zmian obserwowanych w Europie i na rozwiniętej

6 <https://www.socialinnovationacademy.eu/author/greg-balamatsias/page/3/> (dostęp 10.10.2023).

Północy, by przykładowo wymienić kryzys uchodźczy, rosnące dysproporcje społeczne i marginalizację, problemy młodych, bezrobocie, ubóstwo i problemy demograficzne. Komisja Europejska (2013) stwierdza, że „innowacje społeczne mogą być definiowane jako rozwój i wdrożenia nowych idei (produktów, usług, modeli) stanowiących odpowiedź na społeczne potrzeby i kreujących nowe społeczne relacje lub współpracę” (Zajda 2022, s. 20). Komisja Europejska precyzuje ponadto, że są one otwarte, społeczne w celach i środkach oraz dokonujące się w procesach społecznych.

Innowacjami społecznymi interesują się różne grupy – od polityków, poprzez ekspertów po naukowców – tworzące definicje podporządkowane własnym celom. Wynika stąd pomieszczenie dyskursów, które toczą się na różnych poziomach: na poziomie polityk publicznych, gdzie dotyczą różnych aspektów rozwoju gospodarczego i społecznego; na poziomie aktorów społecznych, którzy stykając się z różnymi problemami, podejmują różne działania; na poziomie badań naukowych, gdzie analizuje się różne ich cechy; oraz na poziomie adresatów (interesariuszy) innowacji (Penven 2015). Ten dyskurs zmienia się w czasie, ponieważ innowacje społeczne są odpowiedzią na pojawiające się problemy społeczne, będące efektami kolejnych kryzysów kapitalistycznego świata w drugiej połowie XX wieku. Benoît Lévesque (2018) wyróżnia cztery generacje innowacji społecznych. Pierwsza powstała w latach 60. XX wieku na fali „kontrkultury”. Pojawiła się wówczas idea, aby „pracować i produkować inaczej”, powoływano do życia „alternatywne przedsiębiorstwa”. Druga generacja jest odpowiedzią na problemy, które wywołał kryzys fordyzmu. Innowacje tej generacji dotyczą przede wszystkim pracy i demokratyzacji stosunków w przedsiębiorstwach. Trzecia generacja innowacji była odpowiedzią na kryzys w obszarze usług publicznych gwarantowanych przez „państwo dobrobytu”. Kryzys w systemie usług gwarantowanych przez państwo dobrobytu stworzył niezwykle korzystny kontekst dla pojawienia się innowacji społecznych (Harris, Albury 2009), co w sumie złożyło się na rekonfigurację modelu państwa (*new public management*). Innowacje pojawiły się w czterech obszarach: usług osobistych, zatrudnienia i wejścia na rynek pracy, rozwoju lokalnego i *governance*. Towarzyszyła temu fala przedsięwzięć z zakresu ekonomii społecznej, co prowadziło do hybrydyzacji innowacji, polegającej na przemieszaniu działań funkcjonariuszy publicznych i użytkowników usług (Heiscalea 2007). W drugiej dekadzie XXI wieku, w odpowiedzi na kryzys klimatyczny, pojawia się nowa, czwarta generacja innowacji społecznych, gdyż kryzys ten obliuguje do zmiany stosunków między gospodarką, społeczeństwem a naturą. Oznacza to konieczność zmiany sposobów produkcji, konsumpcji, zarządzania, globalnych relacji między obecnymi pokoleniami a pokoleniami przyszłymi, między Północą a Południem.

W Polsce badania dotyczące innowacji społecznych na wsi prowadzone są z różnych perspektyw. Z jednej strony, tak jak czyni to przywoływana już Katarzyna Zajda (2022),

można analizować je pod kątem zróżnicowania zaangażowanych w ich wdrażanie aktorów, a szczególnie obecności przy ich realizacji organizacji pozarządowych, ich rodzaju (np. NGO, LGD). Z kolei badacze zajmujący się działaniami realizowanymi w ramach inicjatyw *smart villages* (Kalinowski, Komorowski, Rosa 2021) skupiają się na potencjale aktywizowania lokalnych społeczności. Obie te perspektywy pojawiać się będą w dalszym opisie i analizie innowacji, jaką jest nowy model opieki nad osobami chorymi, zależnymi i ich rodzinami na obszarach wiejskich. Warto przy tym podkreślić, że w wypadku analizowanej innowacji powodem wybrania jej przez KE był fakt, że odpowiadała ona na ważny, realnie istniejący, dojmujący i niemożliwy do rozwiązania tradycyjnymi sposobami problem społeczności, w której jest wdrażana.

1.2. Projekt „Dać to, czego naprawdę potrzeba” – opis innowacji według różnych podejść badawczych

W opisach innowacji społecznych wymienia się wiele ich cech. Young Foundation (2012) wymienia: (1) nowatorstwo; (2) możliwość wdrożenia innowacji w praktyce; (3) ukierunkowanie na zaspokojenie potrzeb społecznych; (4) efektywność; (5) wzmocnienie samoorganizacji społeczeństwa. Innowacje mogą być wdrażane oddolnie lub odgórnie. Różnią się też stosunkiem do terytorium. Wyróżnia się: (1) innowacje tworzone lokalnie i wdrażane ponadlokalnie; (2) innowacje zrównoważone lokalnie i ponadlokalnie; (3) ponadlokalne, wdrażane lokalnie (Zajda 2022, s. 27). Złożony jest też opis samej innowacji. Tu za Julie Cloutier (2003) w opisie wyróżnić trzeba: (1) przedmiot innowacji; (2) pole innowacji; (3) przedmiot zmiany; (4) cel zmiany; (5) proces zmiany; (6) rezultaty.

Proponujemy, aby wyżej przytoczone teoretyczne ustalenia przyjąć jako wytyczne do opisu innowacji „Dać to, czego naprawdę potrzeba”. Należy ona do trzeciej generacji innowacji, będących odpowiedzią na kryzys usług publicznych gwarantowanych przez państwo; tu – usług medycznych i opiekuńczych dla osób chorych i zależnych. Ma ona wszystkie podstawowe cechy innowacji społecznej: (1) proponuje szerszy zakres i profil usług opiekuńczych, nowe elementy w organizacji i zarządzaniu systemem opieki; (2) usługi medyczne i społeczne; (3) skierowana jest do osób potrzebujących takiej opieki na terenie pięciu podlaskich gmin; (4) z założenia opieka powinna być bardziej efektywna; (5) zakłada – przez tworzenie sieci współpracy – wzmocnienie samoorganizacji lokalnych społeczności. Jest to innowacja stworzona lokalnie i w taki sam sposób oddolnie wdrażana. Według matrycy Julie Cloutier (2003) można ją opisać w następujący sposób (tab. 1).

Tab. 1. Matryca analizy innowacji w projekcie „Dać to, czego naprawdę potrzeba”.

Przedmiot analizy	Cechy przedmiotu
Przedmiot innowacji (co?)	<ul style="list-style-type: none"> • Nowatorski charakter usług kierowanych do osób nieuleczalnie i przewlekle chorych i ich rodzin: • indywidualnie dobierana („szyta na miarę”) i elastyczna opieka, • rozszerzenie listy chorób kwalifikujących do objęcia opieką hospicjum, grupy beneficjentów usług, • budowa sieci wsparcia, • wprowadzenie KOOZ. • Zmiana proceduralna i organizacyjna.
Pole innowacji (gdzie?)	<ul style="list-style-type: none"> • Sektor zdrowia i opieki społecznej. • Nowe usługi zdrowotne i socjalne. • Model zarządzania Hospicjum. • Budowa kapitału społecznego.
Przedmiot zmiany	<ul style="list-style-type: none"> • Usługa leczniczo-opiekuńcza, społeczność lokalna, system domowej opieki paliatywnej, istniejący system norm prawnych.
Cel zmiany (dlaczego?)	<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa dobrostanu (przez bardziej efektywną opiekę) osób przewlekle i nieuleczalnie chorych oraz ich opiekunów. • Ulepszenie rozwiązań w zakresie opieki socjalnej na wsi, wynikających ze starzenia się społeczeństwa, braku dostępu do usług, niewydolności obecnego systemu.
Proces (jak?)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktorzy: indywidualni i instytucjonalni, kontraktowi i wolontariusze. • Uświadczenie mieszkańcom i lokalnym instytucjom istnienia problemu oraz możliwości jego innego (alternatywnego) rozwiązania poprzez rozpoznanie i uświadczenie problemu, stworzenie modelu alternatywnego rozwiązania.
Rezultaty	<ul style="list-style-type: none"> • „Innowacja to proponowana wersja przyszłości” (Zajda 2022). Aspiracją jej Aktorów jest zmiana systemu opieki w Polsce, dostarczenie (lepszey) opieki potrzebującym oraz lepsze wykorzystanie środków na ten cel.

Źródło: Opracowanie własne według matrycy Julie Cloutier (J. Cloutier 2003, s. 42).

Innowacje – nie tylko według Komisji Europejskiej – są traktowane jako procesy społeczne i tak też są analizowane. KE wyróżnia cztery etapy tego procesu: identyfikację nowych lub nie w pełni zaspokojonych potrzeb; przygotowanie nowych rozwiązań w odpowiedzi na te potrzeby; ocenę skuteczności tych rozwiązań; skalowanie skutecznych innowacji społecznych. Najczęściej w analizach spotykana jest sześćoetapowa spirala innowacji, pochodząca z *Open book of social innovation* (Murray, Caulier-Grice, Mulgan 2010). Fazy te to: (1) *prompts*, odkrywanie zapotrzebowania na innowację społeczną, rozpoznawanie problemów/potrzeb społecznych; (2) *proposals* to wstępne

propozycje rozwiązania problemów, formułowane przez różne podmioty; (3) *prototyping* to powstanie prototypu rozwiązania i jego testowanie, sprawdzenie; (4) *sustaining* to zapewnienie trwałości, podtrzymywanie innowacji, jej popularyzacja i wdrażanie. Jej model powinien być tak dopracowany, aby obejmował także stały dopływ finansów; (5) *scaling* to zwiększanie skali innowacji, jej ekspansja i dyfuzja do innych grup czy społeczności zainteresowanych zmianą; (6) *systemic change* – zmiana systemowa, kiedy wprowadzenie innowacji w życie wywołało trwałą zmianę społeczną, zmianę w sposobach myślenia, działania, funkcjonowania różnych systemów społecznych (Wronka-Pośpiech 2015; Komorowska, Wygnański 2019).

Rys. 2. Innowacja jako proces: „spirała innowacji”.



Źródło: Komorowska, Wygnański (2019); adaptacja na podstawie Murray, Caulier-Grice, Mulgary (2010).

Innowacja „Dać to, czego naprawdę potrzeba” w trakcie realizowanych przez nas badań znajdowała się na etapie wdrażania prototypu. W momencie redakcji tego opracowania etap *sustaining* nie jest jeszcze projektowany. Mamy nadzieję, że wyniki przedstawionych tu analiz pomogą zwiększyć zainteresowanie problemem i innowacją, a w rezultacie wpłyną na zapewnienie proponowanemu rozwiązaniu niezbędnego, stałego finansowania i doprowadzą do systemowych zmian, które są ambicją jej Autora. Natomiast Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) przedsięwziął działania zmierzające do realizacji tego etapu: w trakcie dwóch zorganizowanych Konwentów Dyrektorów ROPS i Departamentów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich, prowadził

konsultacje dotyczące rekomendacji włączenia innowacji do polityki krajowej oraz złożenia ich do instytucji odpowiedzialnych za jej planowanie i realizację.

1.3. Innowacja „Dać to, czego naprawdę potrzeba” jako przedmiot naukowej obserwacji i analizy

W opisywanym projekcie wielostronna, systematyczna i krytyczna obserwacja wdrażania innowacji, jej lokalnych uwarunkowań i społecznych skutków, była zadaniem IRWiR PAN, a precyzyjnie trzyosobowego zespołu socjolożek z Zakładu Socjologii Wsi⁷. Obserwacje zostały tak zaplanowane, aby objąć nimi lokalne warunki (konteksty) wdrażania innowacji, działania wdrażające innowację, podejmowane przez zespół (członków Konsorcjum) oraz skutki wdrożeń poszczególnych elementów innowacji. Przy ich wdrażaniu najwięcej zadań do wykonania miała FHPE, ponieważ musiała:

- zbudować odpowiedni, interdyscyplinarny zespół pracowników,
- współuczestniczyć (z ROPS) w stworzeniu sieci wsparcia, składającej się z lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych,
- utworzyć stanowisko Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ) i określić jego kompetencje.

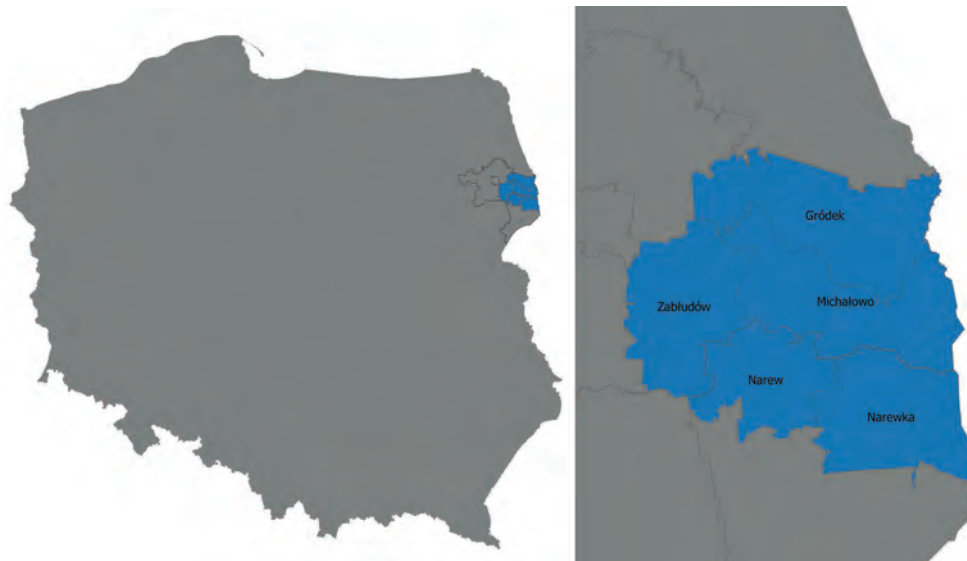
Badaniami objęto zespół wdrażający innowację – personel FHPE, psychologa pracującego z zespołem Fundacji, powołanego Koordynatora Opieki Osób Zależnych. Badaniami – na obszarze działania Fundacji, tj. w pięciu gminach województwa podlaskiego – objęto także lokalne instytucje, które utworzyły sieci współpracy oraz lokalnych liderów w gminach. Odrzucono bezpośrednie badania podopiecznych instytucji wdrażającej innowację, gdyż rozmowy z nimi na temat wdrażanej innowacji uznano za nieetyczne. Informacje o ich stanie i potrzebach pobierano z innych źródeł; najważniejszym były dane gromadzone (według specjalnie opracowanego formularza) przez Koordynatora Opieki Osób Zależnych.

Projektując badania, dla określenia skutków wdrażanej innowacji, zaplanowano posłużenie się metodą porównawczą. Metoda ta polega na poszukiwaniu, opisie i wyjaśnianiu podobieństw i/lub różnic pomiędzy dwiema odpowiednimi jednostkami. W naszym przypadku chodzi o dwie instytucje: taką, która wdraża innowację oraz instytucję kontrolną, która działa w standardowy sposób. Każda z nich ma swoją specyfikę. Specyfikę kontekstu wdrażanej innowacji wyznaczają jednostki, na terenie których działa Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza. Jest to pięć gmin zlokalizowanych w województwie podlaskim: Gródek (gmina wiejska, powiat białostocki), Michałowo (gmina miejsko-wiejska, powiat białostocki), Narew (gmina wiejska, powiat hajnow-

7 Były nimi autorki tego opracowania, a pracami zespołu kierowała dr hab. Sylwia Michalska, prof. IRWiR PAN.

ski), Narewka (gmina wiejska, powiat hajnowski), Zabłudów (gmina miejsko-wiejska, powiat białostocki).

Rys. 3. Gminy, na terenie których działa FHPE: Gródek, Michałowo, Narew, Narewka, Zabłudów.

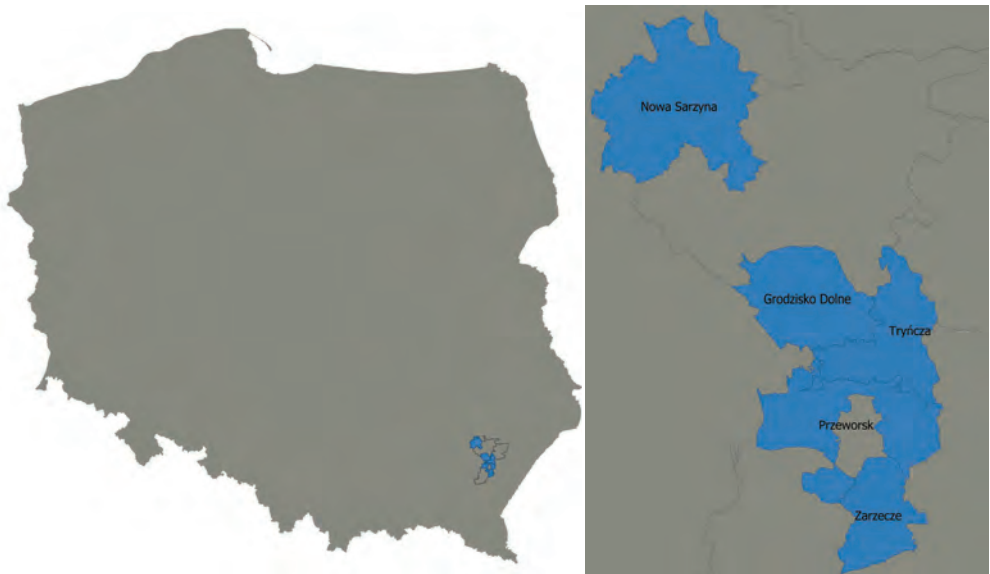


Źródło: *Opracowanie własne.*

Ponieważ w województwie podlaskim nie było innego hospicjum domowego, działającego na terenach wiejskich, wybrano instytucję z województwa podkarpackiego: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Nadzieja”, dalej <<NZOZ „Nadzieja”>>. Prowadzi on hospicjum domowe obejmujące opieką pacjentów z chorobami nowotworowymi oraz chorobami postępującymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu. O przyjęciu do placówki decydują wskazania medyczne i faza znacznego zaawansowania choroby. Założycielką placówki jest Janina Jaroń. W placówce zatrudnieni są: lekarz, pielęgniarki, psycholog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, kapelan. Działalność NZOZ „Nadzieja” opiera się na udzielaniu świadczeń (lekarskich, pielęgniarstwach, psychologicznych i rehabilitacyjnych) dorosłym w ramach domowej opieki paliatywnej. Pracownicy NZOZ „Nadzieja” leczą ból zgodnie z wytycznymi WHO, wspierają rodziny w czasie trwania choroby oraz przygotowują chorych i rodziny do samodzielnej opieki i pielęgnacji (samoopieka i samopielęgnacja). Prowadzona jest także działalność edukacyjna i poradnictwo zdrowotne. W tej placówce przeprowadzono podobny zestaw obserwacji/badań jak w FHPE. NZOZ „Nadzieja” działa na obszarze bardziej rozległym niż hospicjum FHPE i obejmuje opieką więcej osób: średnio pod opieką pozostaje około 100 pacjentów na terenach wiejskich (stan na 2021 r.). Placówka działa na obszarze sześciu

powiatów, tj. leżajskiego, jarosławskiego, przeworskiego, mieleckiego, kolbuszowskiego i ropczycko-sędziszowskiego, w skład których wchodzi kilkadziesiąt gmin. Niemożliwe było objęcie badaniami ich wszystkich, dlatego też pozyskano zanonimizowaną listę podopiecznych NZOZ „Nadzieja” ze wskazaniem miejsca (miejscowości) zamieszkania. Na tej podstawie wybrano pięć gmin, na terenie których pacjenci placówki są liczni. Starano się także, by wybrane do analiz gminy podobne były do typów gmin (miejsko-wiejskie i wiejskie), na terenie których działa FHPE wdrażająca innowację, co zapewni większą porównywalność kontekstów działania dwóch placówek. Ostatecznie wybrano następujące gminy: Grodzisko Dolne (gmina wiejska, powiat leżajski), Nowa Sarzyna (gmina miejsko-wiejska, powiat leżajski), Przeworsk (gmina wiejska, powiat przeworski), Tryńcza (gmina wiejska, powiat przeworski) i Zarzecze (gmina wiejska, powiat przeworski).

Rys. 4. Gminy, na terenie których działa NZOZ „Nadzieja”: Grodzisko Dolne, Nowa Sarzyna, Przeworsk, Zarzecze, Tryńcza.



Źródło: Opracowanie własne.

Tak zaplanowane badania umożliwiły szczegółowy opis sposobu realizacji innowacji, a także wskazanie problemów i trudności, które pojawiły się w trakcie realizacji projektu. Raport ten, w którym gromadzimy główne wyniki naszych badań, jest swego rodzaju monografią wdrażania innowacji w ramach projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba”.

1.4. Wykorzystywane metody i techniki badawcze

Tak zaplanowane badania wymagały użycia wielu technik badawczych, analizujących źródła zastane lub wywołujących/tworzących źródła. Nie ma sprawdzonych w różnych kontekstach kulturowych narzędzi badawczych, a wyzwań metodologicznych, które badacz napotyka na swojej drodze, jest bardzo wiele (Zajda 2022, s. 37). Nasze badanie opiera się na kombinacji elementów *Participatory Action Research*, który rekomenduje takie techniki jak: (1) opisywanie/dokumentowanie rzeczywistości oraz (2) jej kontekstualizację oraz *Social Innovation Biography* rekomendującą m.in. analizę sieci, wywiady/ankiety z różnymi aktorami. W naszych analizach wykorzystano triangulację technik badawczych tak, by możliwie kompleksowo przeanalizować, a następnie opisać poszczególne elementy wdrażanej innowacji. Syntetycznie przedstawia je tabela 2.

Tab. 2. Wykorzystywane metody i techniki badawcze.

<p>a) Stworzenie w ramach hospicyjnej opieki domowej interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunek, dietetyka i psychologa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desk reaserch.</i> • Badania pracowników hospicjów. • Indywidualne wywiady pogłębione z pracownikami hospicjów. • Wywiady ustrukturyzowane z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej. • Obserwacja uczestnicząca.
<p>b) Zbudowanie sieci współpracy lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych świadczących usługi na rzecz osób starszych, nieuleczalnie chorych i zależnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desk reaserch.</i> • Wywiady indywidualne pogłębione z lokalnymi liderami. • Badania pracowników hospicjów. • Wywiady ustrukturyzowane z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej. • Socjometria. • Obserwacja uczestnicząca.
<p>c) Utworzenie stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desk reaserch.</i> • Badania pracowników hospicjów. • Wywiady z osobą na stanowisku KOOZ. • Wywiady ustrukturyzowane z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej. • Obserwacja uczestnicząca.

Źródło: Opracowanie własne.

a) *Desk research*

Desk research to technika badań polegająca na szczegółowej analizie istniejących już i dostępnych danych. W jej wyniku następuje scalanie, przetworzenie i analiza danych rozproszonych dotychczas wśród rozmaitych źródeł. Technikę tę wykorzystaliśmy przede wszystkim do opisu kontekstu społecznego, w którym wdrażana jest innowacja.

W analizach innowacji społecznych, zwłaszcza społecznych innowacji umiejscowionych, ściśle powiązanych z określonym terytorium, podkreśla się znaczenie kontekstu, czyli „zespołu czynników współistniejących, powiązanych z czymś” (Encyklopedia PWN⁸). Jest to „dziedzina życia społecznego, w której realizowana jest jakaś istotna funkcja społeczna” (Sztompka 2003, s. 264). Na kontekst składa się wiele elementów, z których jedne są bardziej istotne, a inne – mniej.

Naszym zdaniem na wdrażanie badanej innowacji społecznej najbardziej istotny wpływ mają:

- **kontekst demograficzny**, opisany przez takie cechy lokalnej populacji jak: liczebność, zagęszczenie, struktura wieku, ruch naturalny i migracyjny;
- **kontekst ekonomiczny**, opisujący stan lokalnej gospodarki, czyli: budżety jednostek terytorialnych i ich struktury (dochody i wydatki), podmioty gospodarki lokalnej, stan dróg i transportu publicznego;
- **kontekst społeczny**, opisany przez wskaźniki kapitału społecznego: stan i strukturę organizacji pozarządowych, partycypację społeczną, stopień integracji lokalnych instytucji socjalnych;
- **kontekst zdrowotny i socjalny**, opisany przez istniejącą infrastrukturę oraz jej wykorzystanie.

Benoit Lévesque (2018) zwraca uwagę na wpływ uwarunkowań istniejących w różnych krajach. Biorąc pod uwagę europejski zasięg projektu, charakterystyka kontekstów – tam, gdzie to możliwe – poprzedzona będzie krótką charakterystyką jej stanu na poziomie makrospołecznym (Polska – NUTS 0), następnie dziedziny te zostaną scharakteryzowane na poziomie regionalnym (wojewódzkim – NUTS 2). Z kolei te dwa poziomy służyć będą jako tło dla najbardziej szczegółowej charakterystyki na poziomie lokalnym – powiatów i gmin (odpowiednio NUTS 4 i 5). W dalszej części opracowania opisano stan wyżej wyróżnionych dziedzin w momentach czasowych najbliższych rozpoczęciu i zakończeniu wdrażania innowacji oraz – wszędzie, gdzie to możliwe – ukazana została dynamika wskaźników w ciągu lat poprzedzających wdrożenie tej innowacji. Charakterystyka, którą tu prezentujemy, jest dynamiczną analizą stanu zjawisk na trzech poziomach: krajowym, regionalnym i lokalnym. Punktem odniesienia dla wartości wskaźników opisujących konteksty na poziomie regionalnym i lokalnym są analogiczne wartości wskaźników na poziomie kraju.

Starano się, by dane, które wykorzystywano, były jak najbardziej aktualne. W przypadku danych statystycznych w większości przypadków są to dane za rok 2019 (rok przed rozpoczęciem innowacji) oraz 2022 rok (ostatni rok wdrażania innowacji,

8 <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/kontekst;3925329.html>.

dla którego dostępne są dane statystyki masowej). W celu ukazania tendencji zmian – szczególnie w przypadku wskaźników ilościowych opracowanych w oparciu o dane zastane Głównego Urzędu Statystycznego opisujących poszczególne konteksty – wykorzystywano także dane z 2010 roku, tak by ukazać kierunek zmian demograficznych, społecznych i ekonomicznych.

Technikę *desk research* wykorzystano również do analizy danych wywołanych, szczególnie tych gromadzonych przez Koordynatora Opieki Osób Zależnych (patrz kwestionariusz w Aneksie). Posłużyły one do opracowania informacji na temat podopiecznych FHPE, którzy pozostają pod opieką Hospicjum w ramach wdrażanej innowacji. Informacje te dotyczą stanu zdrowia, warunków życia, potrzeb socjalnych, medycznych i społecznych oraz form otrzymywanej pomocy, a także aktorów sieci wsparcia wykorzystanych przez KOOZ-a w trakcie jego pracy dla podopiecznego i jego opiekunów.

b) Wywiady (częściowo) ustrukturyzowane

Realizowane wywiady były częściowo ustrukturyzowane, co oznacza, że posłużono się wcześniej przygotowanymi tzw. dyspozycjami, ale w toku rozmowy/wywiadu dopuszczano możliwość podejmowania nowych wątków. Opracowane dyspozycje do wywiadu opisać można jako zagadnienia podporządkowane ustalonym celom wywiadu wraz z luźno sformułowanymi tematami, które badacz może omówić z badanym w dowolny sposób. Zaletą tej techniki jest możliwość dostosowywania przebiegu rozmowy do potrzeb badanego.

- **Z lokalnymi liderami.** Były to wywiady przeprowadzone z przedstawicielami władz gminnych (wójtów i burmistrzów) oraz przedstawicielami ośrodków pomocy społecznej funkcjonujących w gminach. W gminach, na terenie których działa FHPE, wywiady zrealizowano, zanim jeszcze zaczęła być wdrażana innowacja. Ich celem było rozpoznanie postrzegania przez władze gmin oraz osoby odpowiedzialne za pomoc społeczną w gminach problemu starzenia się populacji i zjawiska z tym powiązane. Pretekstem do rozmowy był rozwój tej gminy, gdyż zależało nam jednak, by realizując badania związane z innowacją kierowaną do osób chorych i starszych, nie nakierowywać tematu rozmowy na problemy z nią związane, a pozwolić badanym samym uszeregować problemy od najważniejszych z perspektywy gminy do mniej istotnych. W październiku 2020 roku zostały zrealizowane badania w gminach, które zostały objęte innowacją społeczną wdrażaną przez FHPE. W każdej z pięciu gmin – Gródku, Michałowie, Zabłudowie, Narwi i Narewce – zostały przeprowadzone wywiady (w sumie 10) w oparciu o opracowane dyspozycje do wywiadu swobodnego. W gminach, na terenie których działa NZOZ „Nadzieja”, wywiady indywidualne z lokalnymi liderami realizowano w 2023 roku. Dotyczyły one zarówno sytuacji

w chwili badania, jak i najważniejszych spraw przed kilkoma latami. Było to stosunkowo łatwe, ponieważ w praktyce był to czas „sprzed pandemii”, która spowodowała zmiany w pracy i priorytetach wielu samorządów. Tam, gdzie z różnych powodów realizacja wywiadu była niemożliwa, dokonano analizy zawartości stron internetowych gmin i gminnych instytucji, aby sprawdzić, do jakich grup kierowane są działania podejmowane w gminie i na jakie problemy społeczne odpowiadają.

- **Z ekspertami ds. opieki zdrowotnej i polityki społecznej.** Wywiady te były realizowane w trakcie całego okresu wdrażania innowacji. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące na stanowiskach Dyrektorów Regionalnych Ośrodków Pomocy Społecznej oraz na stanowiskach Dyrektorów Departamentów Zdrowia w Regionalnych Ośrodkach Pomocy Społecznej lub wskazani przez nich specjaliści. Z nimi konsultowane były rekomendacje mające służyć włączeniu innowacji do działań na poziomie polityki ogólnokrajowej, za co w partnerstwie realizującym projekt odpowiadał Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Wywiady zrealizowano w 2023 roku z dziewięcioma osobami z województw: lubuskiego, małopolskiego, pomorskiego, kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, podlaskiego, wielkopolskiego.

Przeprowadzono także wywiady z pracownikami i kadrą zarządzającą innych hospicjów w średnich miastach, a także w hospicjum domowym działającym wyłącznie w oparciu o zasady określone przez NFZ, zlokalizowanym w dużym, liczącym ponad 500 tysięcy mieszkańców, mieście. Pomocą ekspercką wspierali nas naukowcy zajmujący się problematyką polityki społecznej, polityk publicznych, systemów ochrony zdrowia i prawa.

- **Z personelem hospicjów** przeprowadzono indywidualne wywiady, pogłębiające informacje pozyskane w badaniach ankietowych. Umożliwiły one uzyskanie szczegółowych opinii i informacji od konkretnych osób/ekspertów w danym obszarze tematycznym. W instytucji wdrażającej innowację w 2020 roku przeprowadzono wywiady indywidualne z prezesem FHPE, Koordynatorem Opieki Osób Zależnych. Przeprowadzono też wywiad z psychologiem zatrudnionym w ramach innowacji w celu wsparcia zespołu FHPE. W NZOZ „Nadzieja” pogłębiony wywiad indywidualny przeprowadzono w 2022 roku z dyrektorką placówki.

c) Badania ankietowe

Cyklicznymi badaniami ankietowymi objęto pracowników hospicjum FHPE oraz NZOZ „Nadzieja”. Badania przeprowadzono w formie ankiety samodzielnie wypełnianej przez respondentów. Ankieter w takiej sytuacji dostarczał wytypowanym do badania osobom kwestionariusz ankiety do wypełnienia, nie przeprowadzał wywiadu osobiście z każdym respondentem, ograniczał się jedynie do podania celu prowadzonych badań i technicznych uwag dotyczących sposobu wypełniania ankiety. W przy-

padku pracowników FHPE była to ankieta audytoryjna, której zaletą jest ograniczenie efektu ankietarskiego, czyli ograniczenie wpływu, jaki ankieter (w tym przypadku jest on przedstawicielem konsorcjum realizującego projekt) wywiera na respondenta podczas realizacji wywiadu. Zaletą takiej ankiety jest także stuprocentowy zwrot wypełnionych ankiet. Wybranie tej formy realizacji ankiety było podyktowane względami praktycznymi – możliwością zbadania całego zespołu w tym samym czasie, w trakcie zwyczajowych comiesięcznych zebrań. Natomiast w NZOZ „Nadzieja” nie można było skorzystać z takiej formy realizacji, gdyż nie było tu podobnych zebrań. Wobec powyższego zdecydowano się na formę samowrotną. Ankieta była krótka, prosta, niewymagająca dodatkowych wyjaśnień. Kwestionariusz ankiety został załączony w Aneksie Raportu. W hospicjum FHPE przeprowadzono cztery rundy badań, w NZOZ „Nadzieja” – dwie. Poniżej liczba zebranych ankiet w obydwu przypadkach.

Tab. 3. Liczba (N) zebranych ankiet.

	2021	2022	kwiecień 2023	wrzesień 2023
Liczba ankiet zrealizowanych w FHPE	19	11	18	20
Liczba ankiet zrealizowanych w NZOZ „Nadzieja”	X	19	15	

Źródło: Opracowanie własne.

d) Socjometria

Socjometria to technika badawcza polegająca na badaniu struktur współdziałania i komunikacji pomiędzy jednostkami lub instytucjami. Za pomocą tej techniki zebrano dane do rekonstrukcji sieci społecznych (*Social Network Analysis*) w każdej gminie (w trakcie badań ankietowych zrealizowanych w czasie pierwszego cyklu spotkań sieciujących, latem 2021 roku). Celem tych spotkań było m.in. poinformowanie przedstawicieli lokalnych władz i społeczności o realizowanej innowacji. W ich trakcie przeprowadzono badanie, w którym znalazło się pytanie, z którymi instytucjami z listy zaproszonych jego instytucja najczęściej współpracuje. Na tej podstawie zrekonstruowano sieci współpracy w poszczególnych gminach.

e) Obserwacja uczestnicząca

Obserwacja uczestnicząca polega na „wejściu” badacza w określone środowisko lub zbiorowość i obserwowaniu od wewnątrz, tj. jako jeden z jej członków. W tym przypadku badaczki były członkiniami zespołu projektowego, których zadaniem

było opisanie tego, jak wdrażana jest innowacja (nowy model hospicjum domowego) i jak przebiega proces jej przekładania na elementy polityki opiekuńczej. Obserwacji dokonywano w czasie cyklicznych spotkań sieciujących lokalnych instytucji zaangażowanych w ramach sieci wsparcia w każdej gminie, na terenie której działa FHPE, w czasie Konwentów Dyrektorów Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej oraz w czasie licznych wizyt w terenie.

Przy opracowaniu niniejszego Raportu wykorzystano zatem dwojakiego rodzaju źródła: zastane i wywołane. Do pierwszych – źródeł zastanych – należy zaliczyć przede wszystkim: (i) surowe dane statystyki masowej, w szczególności gromadzone w Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego (BDL GUS); (ii) dokumenty opracowywane i obowiązujące na szczeblu lokalnym i wojewódzkim; (iii) strony internetowe badanych gmin. Natomiast wśród źródeł wywołanych trzeba wymienić: (i) materiały gromadzone przez Koordynatora Opieki Osób Zależnych; (ii) informacje zebrane w trakcie wywiadów indywidualnych oraz (iii) w badaniach ankietowych.

1.5. Czas wdrażania innowacji – pandemia, kryzys uchodźczy, stan wyjątkowy, napaść Rosji na Ukrainę

Wdrażanie innowacji w projekcie „Dać to, czego naprawdę potrzeba” zostało zakłócone przez czynniki zewnętrzne, o których należy wspomnieć przed przystąpieniem do opisu podejmowanych działań. Część z nich, jak pandemia COVID-19, dotknęła wszystkich, inne, jak kryzys uchodźczy na granicy polsko-białoruskiej, są specyficzne dla części regionu, w którym wdrażana jest innowacja. Te wydarzenia wpływały na wdrażanie innowacji i możliwości obserwacji tego procesu.

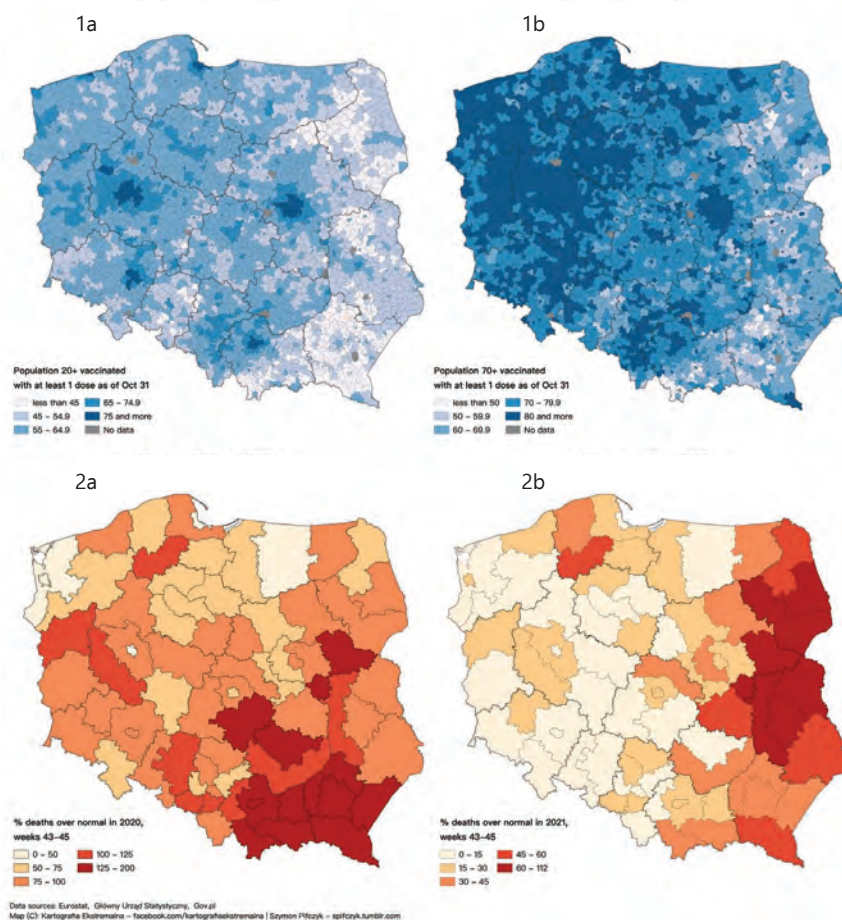
a) Pandemia COVID-19 i jej konsekwencje

W Polsce pierwszy przypadek zachorowania na ostrą zakaźną chorobę układu oddechowego COVID-19, wywoływaną przez wirusa SARS-CoV-2, stwierdzono 4 marca 2020 roku w szpitalu w Zielonej Górze. W okresie od 14 do 20 marca 2020 roku obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, a od 15 marca tego roku wprowadzono na granicach Polski kordon sanitarny, znacząco ograniczający ruch graniczny. Od 20 marca 2020, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, aż do 1 lipca 2023 roku obowiązywał w Polsce stan epidemii. Sankcje i ograniczenia dotyczące obostrzeń sanitarnych zmieniały się w czasie, w odpowiedzi na kolejne fale zachorowań.

Do 25 lutego 2022 roku w Polsce odnotowano 5 637 646 przypadków zakażenia, zarejestrowano 111 056 zgonów (zob. poniższe mapy). Województwo podlaskie pierwotnie należało do województw najmniej dotkniętych zakażeniami, w przeciwieństwie do mazowieckiego, gdzie liczba zakażeń od początku pandemii była bardzo wysoka.

Utrudniało to możliwość realizowania badań w terenie ze względu na możliwe ryzyko rozprzestrzenienia wirusa przez badaczki, mieszkające i pracujące na co dzień w Warszawie. Z kolei w województwie podlaskim wolno postępowała akcja szczepień przeciwko COVID-19, co miało konsekwencje dla liczby zachorowań i zgonów. W tym czasie badaczki z IRWiR PAN podejmowały próby pozyskania jednostki do realizowania badań kontrolnych, jednak konieczność zapewnienia jak najlepszej opieki chorym oraz restrykcje wprowadzane ogólnie przez Ministerstwo Zdrowia powodowały, że żadne z hospicjów, do których zwracano się z prośbą o udział w badaniach, nie wyrażało na nie zgody.

Rys. 5. 1a – stopień wyszczepienia dorosłych i 1b – seniorów w październiku 2021 roku według gmin oraz tzw. 2a – nadmiarowe zgony w 2020 roku i 2b – w 2021 roku.



Źródło: Kartografia ekstremalna, <https://www.facebook.com/kartografiaekstremalna/>.

Dane z 26 lutego 2022 roku stwierdzały zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w sumie u 140 629 mieszkańców województwa podlaskiego, w stosunku do łącznej populacji 1 181 533 mieszkańców tego województwa. Oznacza to, że w województwie podlaskim zakażonych zostało 11,9% ludności. Na jedną osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, przypada 8 mieszkańców, u których ten koronawirus nie został rozpoznany.

Polska źle poradziła sobie z pandemią, czego efektem są niepokojące dane dotyczące nadmierowej śmiertelności, z grudnia 2021 roku. Utrudnienia w dostępie do opieki zdrowotnej będą miały wpływ na liczbę osób potrzebujących pomocy, również opieki hospicyjnej w niedalekiej przyszłości. Miało to wpływ na realizację medycznej części innowacji. Ze względu na przekształcenie części szpitali w szpitale zakaźne zmniejszył się dostęp pacjentów do regularnej opieki zdrowotnej, co opóźniało podejmowanie leczenia innych niż COVID-19 chorób. Zmniejszyła się dostępność i jakość usług lekarzy pierwszego kontaktu. Wiele placówek świadczyło teleporady. Możliwości badań profilaktycznych i leczenia zostały ograniczone, co już znajduje odbicie w statystykach ogólnopolskich. Mapy (rys. 5, mapy 1a i 1b) prezentują poziom zaszczepienia w skali kraju – stan na 31 października 2021 roku oraz dane dotyczące nadmiarowych zgonów w podziale na powiaty w latach 2020 i 2021 (rys. 5, mapy 2a i 2b). Dane przedstawione na mapach wskazują, że w miejscu wdrażania innowacji mieliśmy do czynienia z najniższymi w kraju poziomami zaszczepienia (zarówno dla ogółu populacji, jak i dla seniorów), a także z najwyższymi wskaźnikami nadmiarowych zgonów zarówno w roku 2020, jak i 2021.

Pandemia wygenerowała duży wzrost kosztów w wielu obszarach: gwałtowny skok zużycia środków ochronnych, wyższe ceny leków, materiałów medycznych i sprzętu na skutek rosnących kosztów dostaw (np. kilkukrotny wzrost cen transportu morskiego), którego nie były w stanie zrekompenzować dostawy z Agencji Rezerw Materiałowych lub innych agend państwowych. Szacuje się, że w pandemii o około 30% podrożały materiały medyczne, co wpływa także na koszty ponoszone przez placówki takie jak hospicja domowe. Nie zmieniła się natomiast stawka za opiekę nad pacjentem, przekazywana w ramach kontraktu NFZ.

W trakcie pandemii wyraźniej niż wcześniej widać było słabość, jaką jest zatrudnianie pracowników medycznych w hospicjum domowym jako drugim, trzecim czy kolejnym miejscem pracy. Chodziło tu nie tylko o ryzyko przenoszenia wirusa pomiędzy placówkami przez pracowników, ale także ogromne braki kadrowe, gdy któregoś z nich spotykała konieczność izolacji lub choroba. Planowane wówczas przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązanie, zezwalające pracownikom medycznym na zatrudnienie tylko w jednej placówce opieki zdrowotnej sprawiłoby, że w FHPE do opieki nad wszystkimi

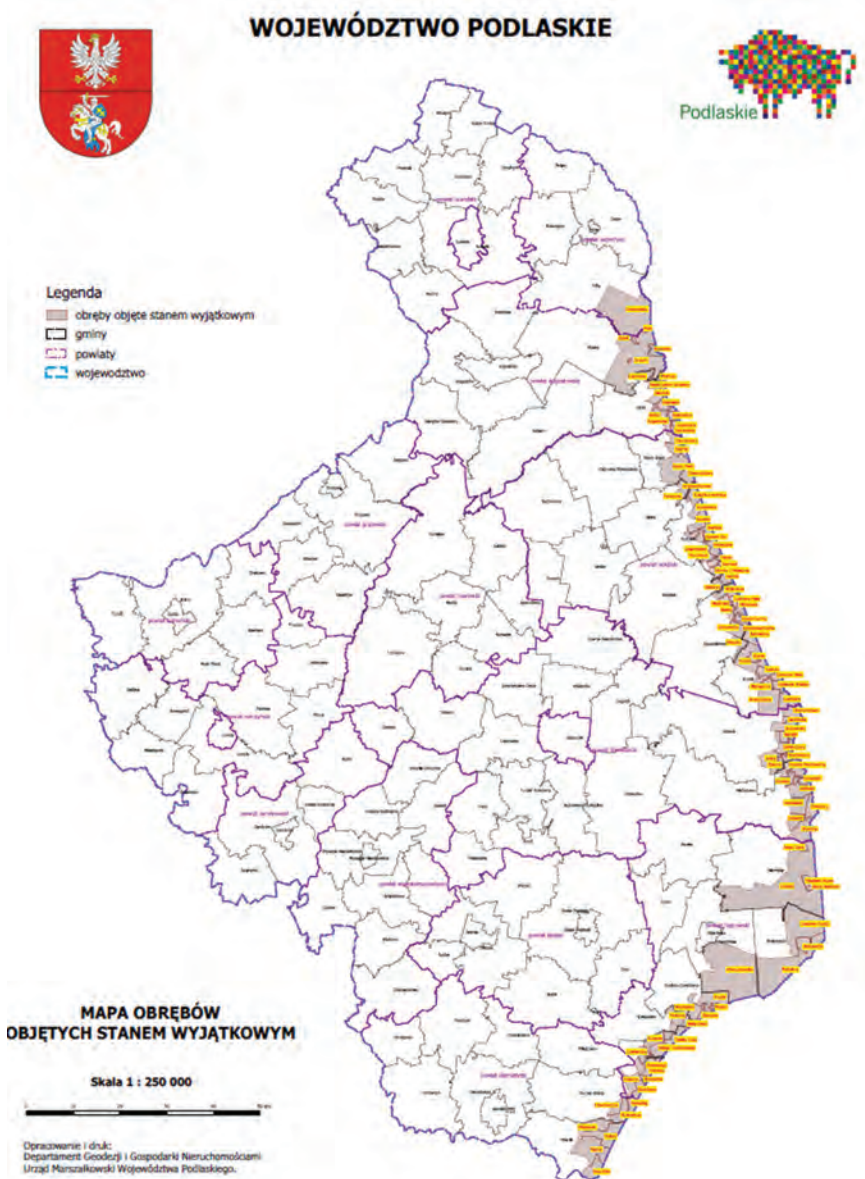
pacjentami pozostałby tylko jeden lekarz. Wszyscy pozostali, a także wszystkie pielęgniarki, pracowali bowiem w więcej niż jednym miejscu.

b) Kryzys uchodźczy, stan wyjątkowy, napaść Rosji na Ukrainę

Następnym wydarzeniem, które miało wpływ na wdrażanie innowacji oraz możliwość obserwacji, pozwalających monitorować skuteczność podejmowanych działań, był kryzys uchodźczy, jaki wystąpił na granicy Polski z Białorusią latem 2021 roku. Na tej granicy pojawiły się, organizowane przez reżim Łukaszenki, duże i liczne grupy migrantów z krajów azjatyckich i afrykańskich, zmierzających przede wszystkim do zachodnich krajów UE. Skutkiem działań, na jakie zdecydował się polski rząd, zmierzających do niedopuszczenia do rozpoczęcia procedur azyłowych przez migrantów i rosnących protestów ze strony prawników i społeczeństwa, było wprowadzenie 2 września 2021 roku przez prezydenta, na wniosek Rady Ministrów, na części terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanu wyjątkowego. Oznaczało to wprowadzenie szeregu dotkliwych ograniczeń, które objęły 115 miejscowości w województwie podlaskim oraz 68 miejscowości w województwie lubelskim, wzdłuż całej granicy polsko-białoruskiej. Na liście miejscowości, na terenie których wprowadzono stan wyjątkowy, znalazły się także leżące w gminach Gródek, Narewka i Michałowo. Wniosek Rady Ministrów o wprowadzenie stanu wyjątkowego uzasadniany był zagrożeniem bezpieczeństwa i porządku publicznego na części terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z kryzysem migracyjnym oraz odbywającymi się przy polskiej granicy ćwiczeniami wojsk rosyjsko-białoruskich o kryptonimie ZAPAD. Stan wyjątkowy został wprowadzony na 30 dni i 1 października 2021 przedłużony na następne 60 dni.

Kolejne ograniczenia, obowiązujące w wybranych gminach, regulowane były przez Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 listopada 2021 r., w sprawie wprowadzenia czasowego zakazu przebywania na określonym obszarze w strefie nadgranicznej przyległej do granicy państwowej z Republiką Białorusi. Obowiązywały one do 1 lipca 2022 roku. Do tego czasu została ukończona budowa budzącej kontrowersje zapory na granicy polsko-białoruskiej, dzielącej unikalny w skali światowej Park Narodowy – Puszcze Białowieską. Do chwili zakończenia badań kryzys uchodźczy w tej części Polski trwał, antagonizując lokalne społeczności, angażując wielu aktywistów, także tych lokalnych w pomoc uchodźcom, co miało wpływ na poziom ich aktywności w sieci wsparcia budowanej przez KOOZ-a.

Rys. 6. Obszar objęty stanem wyjątkowym.



Źródło: <https://www.wrotapodlasia.pl/pl/wiadomosci/komunikaty/mapa-pogladowa-obszarow-objetych-stanem-wyjatkowym-na-gis-podlasia.html>.

Stan wyjątkowy wpływał również na realizację medycznej części innowacji. Wprowadzenie ograniczeń dotyczących przemieszczania się wymagało od pracowników Hospicjum wyrobienia przepustek i poddawania się procedurom kontrolnym w trakcie dojazdów do podopiecznych zamieszkujących wsie położone w strefie stanu wyjątkowego. Lokalne placówki opieki zdrowotnej oraz

Pogotowie Ratunkowe były dodatkowo obciążone wezwaniami do osób próbujących przedostać się na teren Polski. Kryzys uchodźczy zbiegł się w czasie z czwartą falą zachorowań na koronawirusa. Ze względu na te czynniki próby oszacowania, na ile realizowana innowacja odciąża czy zastępuje istniejący system, były z góry skazane na niepowodzenie.

W gminach, w których wdrażana była innowacja, działały grupy wolontariuszy próbujące pomagać uchodźcom. W pomoc angażowała się również lokalna społeczność. Szczególnie widoczne było to w gminie, w której mieści się siedziba FHPE, Michałowo, która stała się prekursorem i wzorem pomocy, jaką lokalna społeczność może oferować w czasie kryzysu, nawet wbrew oficjalnej polityce na poziomie krajowym. Zaangażowanie to, które z konieczności trwa aż do dzisiaj, powodowało, że możliwość włączania się w inne lokalne inicjatywy, takie jak sieć wsparcia budowana przez FHPE, dla wielu potencjalnie aktywnych osób zamieszkujących gminę, była ograniczona. Stan wyjątkowy, ograniczający dostęp osób spoza obszaru, praktycznie odciął objęte nim obszary od możliwości monitorowania wdrażania innowacji przez badaczki.

24 lutego 2022 roku Rosja napadła na Ukrainę. W Polsce pojawiły się miliony uchodźców z Ukrainy, mobilizując do działań władze lokalne, społeczników, a także zazwyczaj mniej aktywnych obywateli. Największa mobilizacja i zaangażowanie – zarówno po stronie władz lokalnych, jak i społeczników – w początku konfliktu dotyczyła obszarów przy granicy Polski z Ukrainą, także tych, na terenie których działa NZOZ „Nadzieja”. Niewątpliwie wpłynęło to na sposób, w jaki postrzegają i oceniają oni aktualne problemy społeczne występujące w ich gminach. Jednocześnie wojna wpłynęła niekorzystnie na procesy ekonomiczne, powodując nowe perturbacje w polskiej gospodarce. Te hasłowo tylko przywołane zjawiska musiały mieć wpływ na aktywność społeczną mieszkańców badanych gmin (trzy z nich bezpośrednio graniczą z Białorusią) i priorytety lokalnych władz.

2. Kontekst działania instytucji wdrażającej innowację i instytucji kontrolnej

Aby możliwe było porównanie, czy badana innowacja spełnia pokładane w niej nadzieje i rzeczywiście zapewnia lepszą opiekę osobom starszym, przewlekle chorym i ich opiekunom na terenach wiejskich, niezbędne było określenie warunków wyjściowych, w jakich rozpoczęto jej wdrażanie. Dlatego też przygotowano wielowymiarowe „portrety” gmin „z innowacją” oraz tych, które służyły w badaniu do porównywania skuteczności działania innowacji.

2.1. Kontekst demograficzny

Polska od wielu lat znajduje się w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych na świecie. Zarówno w Polsce, jak i w województwie podlaskim liczba ludności maleje przy wzrastającym odsetku osób w wieku poprodukcyjnym. Wzięcie pod uwagę obserwowanych tendencji demograficznych jest niezbędne w kontekście przyszłej dynamiki demograficznej. Jak pokazują prognozy Głównego Urzędu Statystycznego, w 2030 roku już co trzeci mieszkaniec kraju będzie osobą w wieku 60 lat i więcej, natomiast w 2050 roku już nieco ponad 40% populacji Polski będą stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym.

W gminach, na terenie których wdrażana była innowacja (gminach „z innowacją”), obserwuje się analogiczne tendencje. We wszystkich gminach, poza Zabłudowem, maleje liczba ludności. Wszędzie rośnie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym i ponownie – to w gminie Zabłudów jest on najniższy. Wszystkie gminy odnotowują także ujemny przyrost naturalny – jest on najniższy w Zabłudowie, a najwyższy w Narwi. Na negatywne tendencje demograficzne nakłada się odpływ ludności. Dodatkowo saldo migracji odnotowuje się tylko w gminie Zabłudów, która stała się popularna wśród mieszkańców przenoszących się z Białegostoku. Należy także odnotować, że w latach 2019–2022 kierunek zmian w gminach był stały, a pogłębiły się główne tendencje, które widoczne były także w ciągu minionej dekady.

Tab. 4. Kontekst demograficzny w gminach „z innowacją”.

	Podobieństwa	Różnice
Kontekst demograficzny	<ul style="list-style-type: none"> • Depopulacja (oprócz gminy Zabłudów) • Niskie zagęszczenie ludności • Wzrost odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym • Malejący przyrost naturalny • Malejące saldo migracji w Gródku, Narewce i Narwi 	<ul style="list-style-type: none"> • Różna dynamika zmian liczby ludności (Zabłudów – wzrost, pozostałe – spadek (najbardziej w gminie Narew)) • Różna dynamika starzenia się społeczeństwa (najmniejszy spadek w Narwi, największy w Narewce) • Dodatnie saldo migracji w Zabłudowie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

W większości gmin „z innowacją” obserwuje się nagromadzenie negatywnych tendencji demograficznych – najwięcej jest ich w gminach Gródek i Narewka. Natomiast relatywnie najlepszą sytuację – co już wspomniano – odnotowuje się w gminie Zabłudów. Nieco inaczej jest w przypadku gmin, na terenie których działa NZOZ „Nadzieja”, gminach kontrolnych. Wśród nich tylko gmina Grodzisko Dolne odznacza się większą kumulacją ujemnych procesów demograficznych. Odnotujmy także to, że podobnie jak w Zabłudowie, relatywnie dobra sytuacja jest w gminach Przeworsk, Tryńcza, Zarzecze.

Tab. 5. Kontekst demograficzny (2010–2022): gminy „z innowacją” versus gminy kontrolne. Kolor żółty oznacza występowanie zjawisk z pierwszej kolumny, biały – ich brak⁹.

	Gródek	Michałowó	Narew	Narewka	Zabłudów	Grodzisko Dolne	Nowa Sarzyna	Przeworsk	Tryńcza	Zarzecze
Malejąca liczba ludności										
Niższa gęstość zaludnienia*										
Ujemne saldo migracji										
Wyższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym*										
Ujemny przyrost naturalny										

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

*Jednostką referencyjną dla gęstości zaludnienia oraz odsetka osób w wieku poprodukcyjnym są wartości wskaźników na poziomie kraju.

9 W tabelach gminy opisywane są w układzie alfabetycznym.

Tab. 6. Wykaz wskaźników demograficznych wybranych do analizy (1).

	Liczba ludności (w tys.)			Gęstość zaludnienia			Saldo migracji na 1000 mieszkańców		
	2010	2019	2022	2010	2019	2022	2010	2019	2022
Polska	38 529,9	38 382,6	37 766,3	123	123	123	-0,1	0,2	0,1
Województwo podlaskie	1 203,5	1 178,4	1 143,4	60	58	57	-1,3	-1,7	-1,0
Powiat białostocki	142,6	149,6	156,4	48	50	53	6,9	9,8	10,7
Michałow	7,3	6,6	6,0	18	16	15	0,3	2,7	4,3
Zabłudów	9,0	9,3	9,9	27	28	29	14,6	10,0	11,9
Gródek	5,7	5,1	4,9	13	12	11	-0,2	-0,4	-4,0
Powiat hajnowski	47,2	42,6	39,4	29	26	24	-4,1	-4,4	-2,6
Narew	4,0	3,5	3,3	16	14	14	-3,8	-3,5	3,1
Narewka	3,9	3,6	3,2	12	11	9	-1,0	-8,0	-3,7
Województwo podkarpackie	2 128,0	2 127,2	2 079,1	119	119	117	-0,9	-1,4	-1,0
Powiat leżajski	70,2	69,4	67,0	120	119	115	-2,8	-3,6	-4,2
Grodzisko Dolne	8,1	8,0	7,8	103	102	99	-2,7	-3,4	-3,6
Nowa Sarzyna	21,8	21,6	21,0	152	150	146	-2,7	-3,6	-5,1
Powiat przeworski	79,5	78,4	76,1	114	112	109	-0,9	-2,2	-2,5
Przeworsk	14,7	14,9	14,6	162	164	161	-3,1	-2,8	1,6
Tryńcza	8,4	8,5	8,5	119	121	121	2,6	0,6	-2,7
Zarzecze	7,2	7,2	7,0	146	147	141	2,4	-1,7	2,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Tab. 7. Wykaz wskaźników demograficznych wybranych do analizy (2).

	Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (65+)			Przyrost naturalny na 1000 mieszkańców		
	2010	2019	2022	2010	2019	2022
Polska	13,5	18,1	19,5	0,9	-0,9	-3,8
Województwo podlaskie	14,6	17,8	19,3	0,1	-1,0	-3,8
Powiat białostocki	14,4	16,5	17,3	-0,5	-0,5	-2,3
Gródek	21,2	23,1	25,4	-6,5	-11,4	-10,5
Michałow	23,2	23,9	25,9	-5,9	-12,3	-14,0
Zabłudów	16,6	17,0	17,2	-2,7	-2,3	-3,4
Powiat hajnowski	21,3	24,3	26,5	-7,4	-8,8	-13,0
Narew	27,2	27,9	28,6	-16,3	-10,6	-15,9
Narewka	23,3	25,5	27,6	-11,9	-9,6	-15,0

	Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (65+)			Przyrost naturalny na 1000 mieszkańców		
	2010	2019	2022	2010	2019	2022
Województwo podkarpackie	13,1	16,9	18,4	1,7	0,3	-2,5
Powiat leżajski	12,5	16,6	18,0	1,1	0,5	-2,1
Grodzisko Dolne	14,7	16,6	17,5	1,2	1,3	-2,4
Nowa Sarzyna	12,0	15,9	17,2	1,7	1,1	-0,3
Powiat przeworski	13,8	16,6	18,0	1,2	0,1	-2,2
Przeworsk	14,1	15,7	16,5	2,1	0,7	-0,5
Tryńcza	13,6	14,8	15,2	1,3	2,0	-1,8
Zarzecze	12,8	15,4	16,5	2,8	-0,6	0,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

2.2. Kontekst ekonomiczny

W analizowanych gminach w latach 2010–2022 odnotowuje się rosnące dochody i wydatki zarówno w kwotach ogółem, jak i w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Istotną cechą opisującą kontekst gospodarczy z perspektywy jednostek jest bezrobocie. Powiaty, do których należą gminy „z innowacją”, charakteryzują się poziomem bezrobocia wyższym niż ten obserwowany w województwie podlaskim i w Polsce. W lokalnych gospodarkach Gródka, Michałowa, Narwi, Narewki i Zabłudowa duże znaczenie cały czas ma sektor rolniczy i sektor przemysłu. Udział podmiotów funkcjonujących w ramach tych sektorów sięga połowy wszystkich podmiotów działających na terenie gmin. Pozostałą część stanowią usługi.

Tab. 8. Kontekst ekonomiczny w gminach „z innowacją”.

	Podobieństwa	Różnice
Kontekst ekonomiczny	<ul style="list-style-type: none"> Wzrost dochodów i wydatków w budżetach gmin (2010–2022) Podobny poziom przedsiębiorczości wyrażony w liczbie podmiotów gospodarczych Malejąca stopa bezrobocia (2010–2022) 	<ul style="list-style-type: none"> Różne dochody i wydatki na mieszkańca (najwyższe w gminie Narewka, najniższe w Zabłudowie)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Porównując sytuację ekonomiczną, której wskaźnikami w niniejszej analizie są poziom przedsiębiorczości, dochody i wydatki przypadające na mieszkańca, należy odnotować to, że gminy „z innowacją” cechują się lepszą sytuacją finansową, tj. większymi dochodami i wydatkami przypadającymi na jednego mieszkańca. W obydwu grupach gmin odnotowuje się natomiast niski poziom przedsiębiorczości.

Tab. 9. Kontekst ekonomiczny (2010–2022): gminy „z innowacją” versus gminy kontrolne. Kolor żółty oznacza występowanie zjawisk z pierwszej kolumny, biały – ich brak.

	Gródek	Michałow	Narew	Narewka	Zabłudów	Grodzisko Dolne	Nowa Sarzyna	Przeworsk	Tryńcza	Zarzecze
Niższy poziom przedsiębiorczości*										
Niższe dochody na mieszkańca*										
Niższe wydatki na mieszkańca*										

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

*Jednostką referencyjną dla powyższych wskaźników są wartości wskaźników na poziomie kraju.

Odnotujmy także wyposażenie infrastrukturalne gmin. Okazuje się, że gminy „z innowacją” cechują się bardzo niskim poziomem doposażenia w sieć wodociągową, kanalizacyjną i gazową. W drugiej grupie gmin (kontrolnych) tylko gmina Grodzisko Dolne odznacza się podobnymi, niższymi od krajowych, wartościami wskaźników. Gdy dokładniej przyjrzymy się jednak wartościom wskaźników dotyczących dostępu do infrastruktury, okazuje się, że nawet najgorsze wyniki wybranych gmin podkarpackich są zbliżone (lub nawet lepsze) od tych w najlepszych wybranych do badań gminach Podlasia.

Tab. 10. Wyposażenie infrastrukturalne (2010–2022): gminy „z innowacją” versus gminy kontrolne. Kolor żółty oznacza występowanie zjawisk z pierwszej kolumny, biały – ich brak.

	Gródek	Michałow	Narew	Narewka	Zabłudów	Grodzisko Dolne	Nowa Sarzyna	Przeworsk	Tryńcza	Zarzecze
Niższy odsetek osób korzystających z sieci wodociągowej*										
Niższy odsetek osób korzystających z sieci kanalizacyjnej*										
Niższy odsetek osób korzystających z sieci gazowej*										

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

*Jednostką referencyjną dla powyższych wskaźników są wartości wskaźników na poziomie kraju.

Tab. 11. Wykaz wskaźników ekonomicznych wybranych do analizy.

	Liczba podmiotów gospodarczych na 1000 mieszkańców			Dochody na mieszkańca			Wydatki na mieszkańca			Stopa bezrobocia		
	2010	2019	2022	2010	2019	2022	2010	2019	2022	2010	2019	2022
Polska	8,2	7,2	7,2	3 022,1	5 240,0	6 757,9	3 025,3	5 246,1	6 902,9	13,4	5,2	5,2
Województwo podlaskie	5,9	5,3	5,4	2 871,8	5 180,9	7 045,9	2 827,7	5 060,2	7 054,2	14,7	6,9	7,3
Powiat białostocki	4,8	4,6	4,6	2 663,5	5 266,6	6 345,9	2 630,9	5 168,3	6 537,3	18,4	7,6	8,0
Gródek	6,3	5,4	5,3	3 171,8	5 245,7	7 294,7	3 267,3	5 801,4	7 061,2	-	-	-
Michałowo	4,4	5,5	4,2	3 534,6	5 539,3	8 500,1	3 370,4	5 313,6	9 822,7	-	-	-
Ząbłudów	4,5	4,9	5,0	2 618,6	5 753,6	7 303,3	2 508,3	5 833,5	7 006,4	-	-	-
Powiat hajnowski	5,5	5,0	5,3	2 830,5	4 992,0	7 731,8	2 928,0	4 982,4	7 473,3	13,6	6,8	8,1
Narew	11,1	4,3	4,6	3 246,0	5 461,9	9 412,4	3 751,5	5 439,7	8 780,2	-	-	-
Narewka	3,8	3,3	3,8	3 759,5	6 727,3	10 659,7	3 698,8	6 331,0	11 064,0	-	-	-
Województwo podkarpackie	6,1	5,6	5,6	2 891,3	5 126,6	6 412,1	2 875,3	5 157,5	6 566,0	16,4	7,9	8,8
Powiat leżajski	4,7	4,2	4,2	2 733,2	5 025,6	6 171,9	2 781,9	5 063,1	6 262,1	19,4	12,4	15,4
Grodzisko Dolne	2,1	1,7	1,8	2 940,4	5 705,8	5 897,7	2 983,0	5 526,5	6 264,0	-	-	-
Nowa Sarzyna	4,4	4,3	4,3	2 750,4	5 051,8	6 316,7	2 645,9	5 118,2	6 321,4	-	-	-
Powiat przeworski	4,7	4,1	4,1	2 782,5	5 159,9	7 067,4	2 836,9	5 126,6	6 908,0	18,4	11,7	15,0
Przeworsk	2,5	1,5	1,6	2 264,0	4 537,6	6 551,5	2 471,6	4 533,9	6 783,1	-	-	-
Tryńcza	3,6	2,7	1,4	3 212,9	5 189,2	7 103,2	3 013,9	4 918,2	6 712,5	-	-	-
Zarzecze	4,9	4,0	4,2	2 754,1	6 202,1	8 053,1	2 718,8	6 035,2	8 062,6	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Tab. 12. Wykaz wskaźników obejmujących wyposażenie infrastrukturalne.

	Odsetek mieszkańców korzystających z sieci wodociągowej			Odsetek mieszkańców korzystających z kanalizacji			Odsetek mieszkańców korzystających z sieci gazowej		
	2010	2019	2022	2010	2019	2022	2010	2019	2022
Polska	87,8	92,2	92,4	64,3	71,2	71,9	52,4	52,9	55,9
Województwo podlaskie	88,0	90,8	91,1	61,5	64,8	65,4	27,7	29,2	31,2
Powiat białostocki	86,2	89,3	89,7	55,2	61,5	62,6	15,6	23,5	33,6
Gródek	70,2	71,4	71,6	44,7	46,6	46,9	0,0	0,0	0,2
Michałow	84,8	94,0	93,6	50,4	53,0	49,8	0,0	0,0	0,7
Zabłudów	56,1	59,6	60,8	21,5	24,1	25,0	4,6	5,7	13,4
Powiat hajnowski	91,5	92,4	92,5	59,3	62,9	63,7	0,1	0,1	0,3
Narew	70,9	72,8	73,3	22,0	24,4	25,4	0,1	0,0	0,1
Narewka	92,5	95,0	95,0	45,4	50,4	51,8	1,0	1,0	0,2
Województwo podkarpackie	75,9	81,2	81,4	61,5	71,1	72,4	72,6	72,7	77,6
Powiat leżajski	90,8	95,2	95,4	56,4	66,9	68,9	61,9	61,2	71,4
Nowa Sarzyna	86,6	96,6	96,6	56,1	65,1	66,2	66,1	64,9	75,6
Grodzisko Dolne	96,8	96,9	97,0	50,5	57,6	58,5	39,8	40,3	49,4
Powiat przeworski	85,4	89,0	89,2	66,8	78,2	79,6	65,5	65,1	73,2
Przeworsk	92,3	92,5	92,7	71,3	87,8	88,1	71,4	69,4	76,7
Tryńcza	92,5	95,4	95,6	59,9	83,2	83,7	60,2	58,5	67,7
Zarzecze	93,8	95,9	96,0	82,0	85,3	85,8	76,3	75,4	93,7

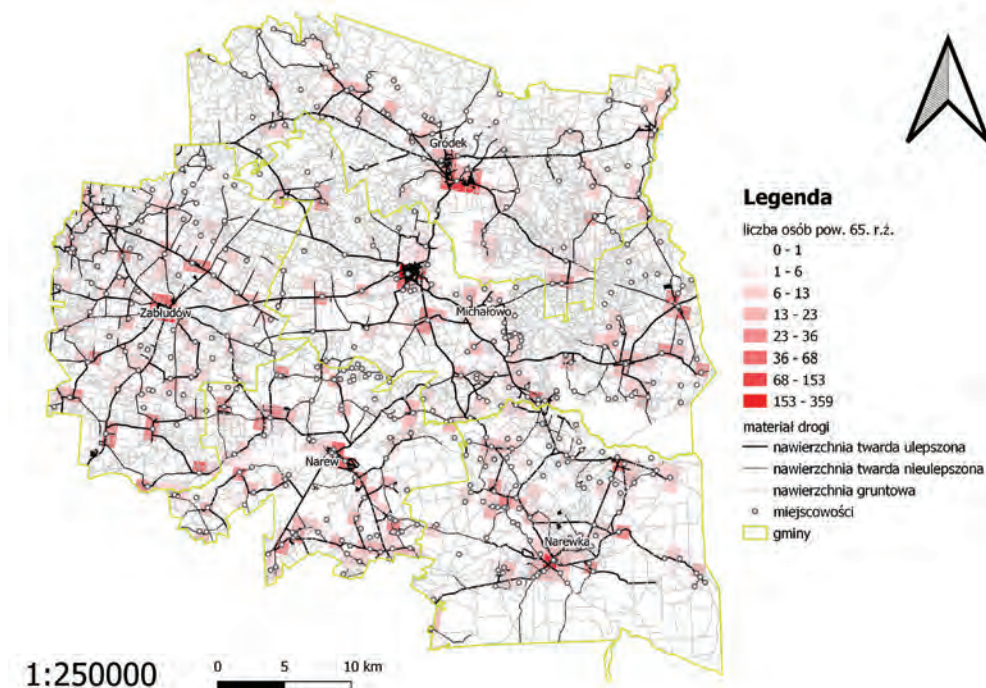
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Do opisu tego kontekstu działania FHPE i wdrażania innowacji włączono także charakterystykę infrastruktury komunikacyjnej w badanych gminach. Ma ona znaczenie zarówno, gdy analizuje się możliwość dotarcia do pracy (czy w ogóle jej podjęcia), na przykład w sektorze opiekuńczym, ale także z punktu widzenia pacjentów szukających pomocy medycznej. Okazuje się, że na terenie analizowanych gmin wiele dróg to drogi niskiej jakości. Odnotowuje się problemy komunikacyjne wynikające z tego, że infrastruktura transportowa realizowana jest głównie wzdłuż głównych szlaków komunikacyjnych i nie obejmuje oddalonych od nich miejscowości. Obrazują to poniżej prezentowane mapy (rys. 7 i rys. 8).

Pierwsze dwie pokazują, ilu mieszkańców w wieku 65 lat i więcej nie ma dostępu do drogi utwardzonej lub do drogi utwardzonej ulepszonej. Taki stan dojazdu może

powodować utrudnienie w poruszaniu się podczas większych opadów deszczu, roztopów oraz utrudnia odśnieżanie podczas zimy.

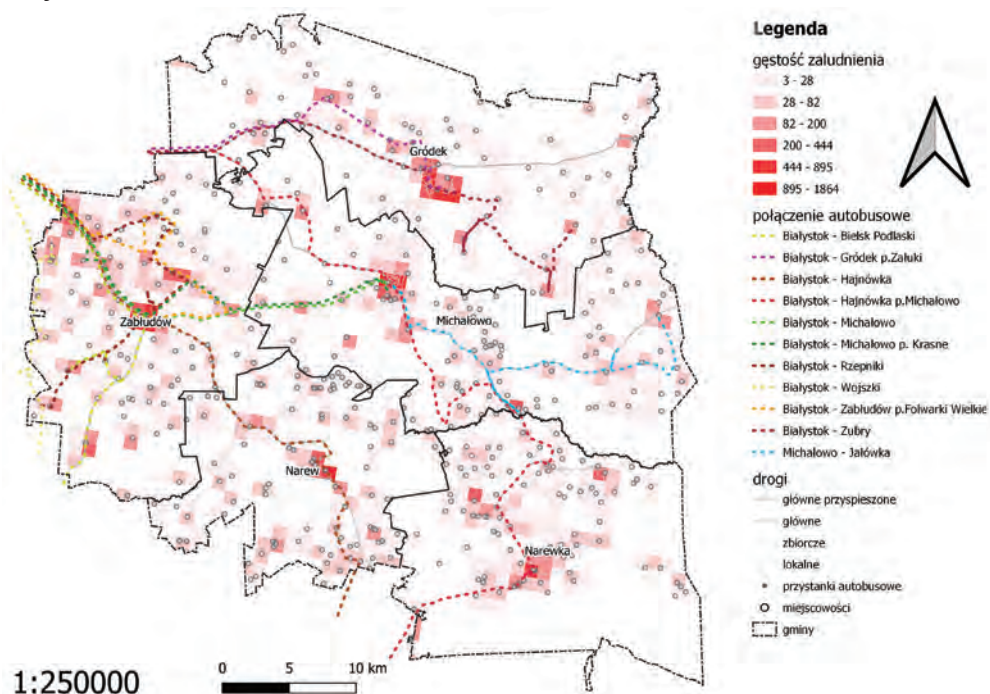
Rys. 7. Mapa stanu dróg w gminach, na terenie których wdrażana jest innowacja.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Kolejnym istotnym elementem opisu mobilności w ramach badanych gmin jest wewnętrzna sieć komunikacyjna. Przedstawiono tu sieć transportu publicznego obsługiwaną przez PKS Nova składającą się z 11 linii autobusowych. Na mapie zaznaczono także przystanki, gęstość zaludnienia i ważniejsze drogi, miejscowości oraz granice gmin. Z przedstawionych danych można wywnioskować, że wiele wsi nie ma dostępu do transportu zbiorowego. Są to m.in. Ciełuszki, Tyniewiczze Duże, Siemianówka, Bobrowniki i Kołodno. Warto też zauważyć (w połączeniu z danymi przedstawionymi w tabelach wyżej), że takie miejscowości jak Żednia, Planty, Lewkowo Nowe czy Narewka mają dostęp tylko do jednej pary połączeń dziennie.

Rys. 8. Mapa transportu publicznego w gminach, na terenie których wdrażana jest innowacja.



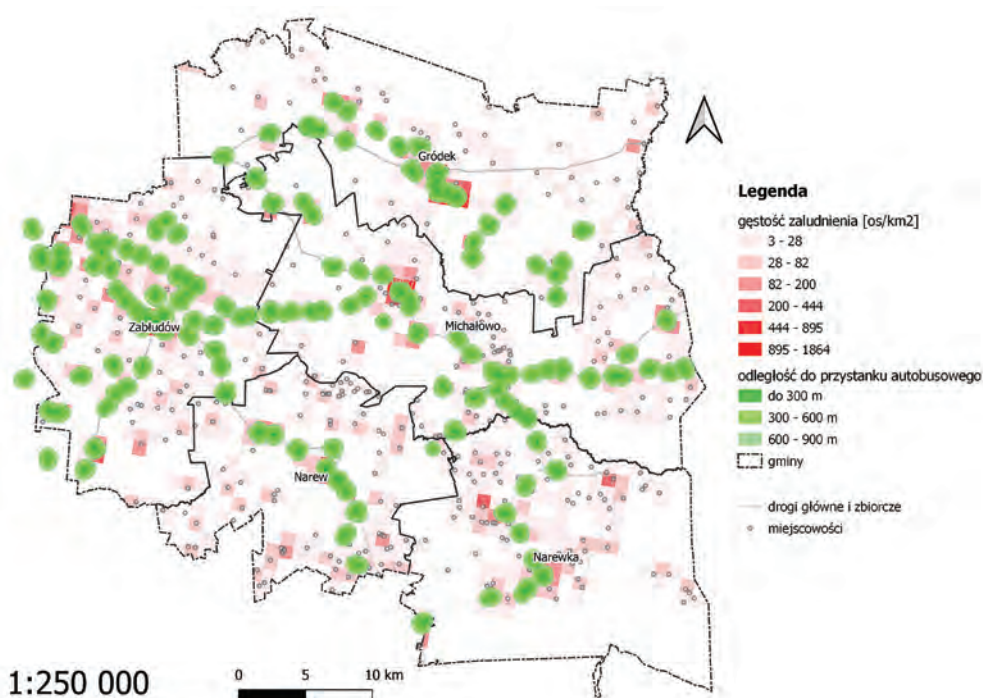
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS oraz danych pozyskanych ze stron internetowych lokalnych przewoźników.

Przez teren gmin, w których wdrażana jest innowacja, przebiega 11 linii autobusowych obsługiwanych przez PKS Nova. Zapewniają one głównie połączenia z Białymstokiem oraz Hajnówką i Bielskiem Podlaskim. Przewoźnik dysponuje pojazdami wysokopodłogowymi i – chociaż oferuje bezpłatny przewóz wózka inwalidzkiego – to taka konstrukcja pojazdów utrudnia korzystanie z nich osobom o ograniczonej mobilności, szczególnie osobom starszym, dla których wejście po kilku stopniach może stanowić problem.

Na mapie (rys. 9) przedstawiono średni czas dojścia do najbliższego przystanku za pomocą izochron do 300 m, między 300 a 600 m oraz powyżej 600 metrów. Należy nadmienić, że spacer na tych dystansach nie jest atrakcyjny czy możliwy dla wielu osób, szczególnie starszych, zwłaszcza w sytuacji, gdy mają problemy z poruszaniem się lub wracają z zakupów. W realiach pracy w terenie, wydłuża to także czas potrzebny na dotarcie pracownika hospicjum do pacjenta, w przypadku dojazdu komunikacją publiczną. Czas dojazdu do pacjenta jest czasem pracy, więc sprawia to, że zwiększa się koszt ponoszony przez hospicjum na jednego pacjenta. W takiej

sytuacji najbardziej racjonalnym rozwiązaniem jest dojazd do pacjentów autem. To jednak oznacza albo konieczność utrzymywania odpowiedniej liczby aut służbowych w hospicjum, albo posiadanie auta i prawa jazdy przez pracownika jako warunek niezbędny do podjęcia w nim pracy.

Rys. 9. Dostępność przystanków autobusowych w gminach, na terenie których wdrażana jest innowacja.

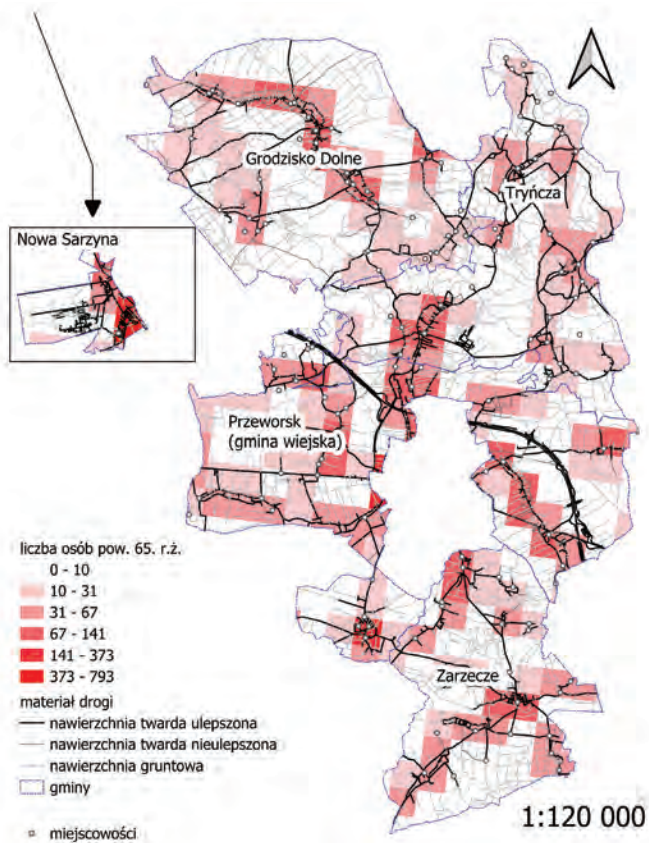


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Analogiczne analizy dotyczące infrastruktury drogowej i transportowej przeprowadzono dla wybranych gmin, w których działania prowadzi NZOZ „Nadzieja”. Tu jednak sytuacja wygląda znacząco inaczej.

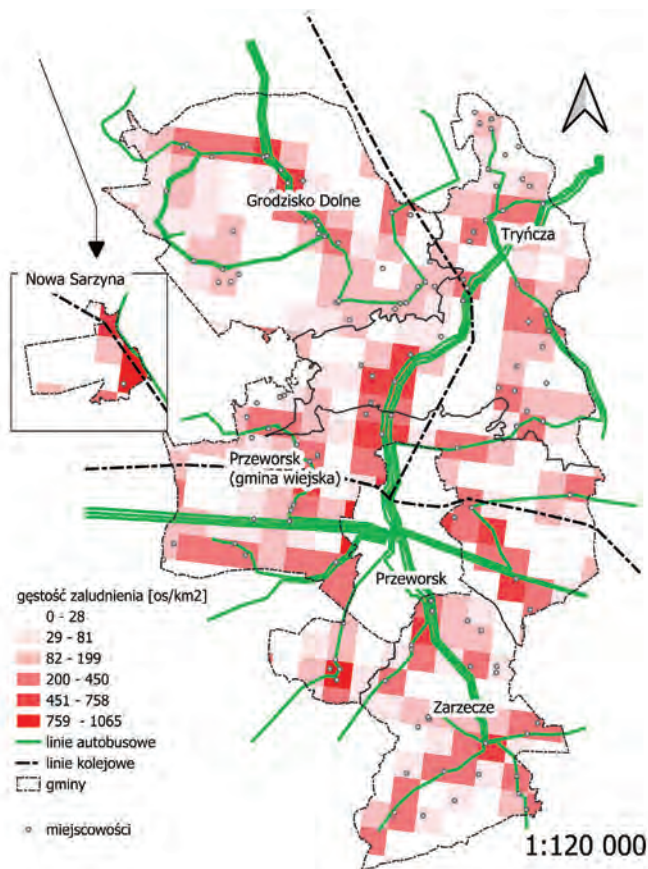
Ze względu na rozwinięty układ drogowy, a także położenie na ciągach komunikacyjnych o znaczeniu regionalnym i międzyregionalnym (a nawet wojewódzkim i krajowym), niektóre z miejscowości mają dobry dostęp do autobusów i pociągów dalekobieżnych, które zapewniają również szybki przejazd między większymi miastami w analizowanym regionie, np. między Przeworskiem a Rzeszowem. Siatkę połączeń lokalnych wzmacniają też busy kursujące m.in. do Leżajska, Lublina, Tarnobrzega, Przemyśla, Biłgoraja.

Rys. 10. Mapa stanu dróg w gminach („kontrolnych”) województwa podkarpackiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

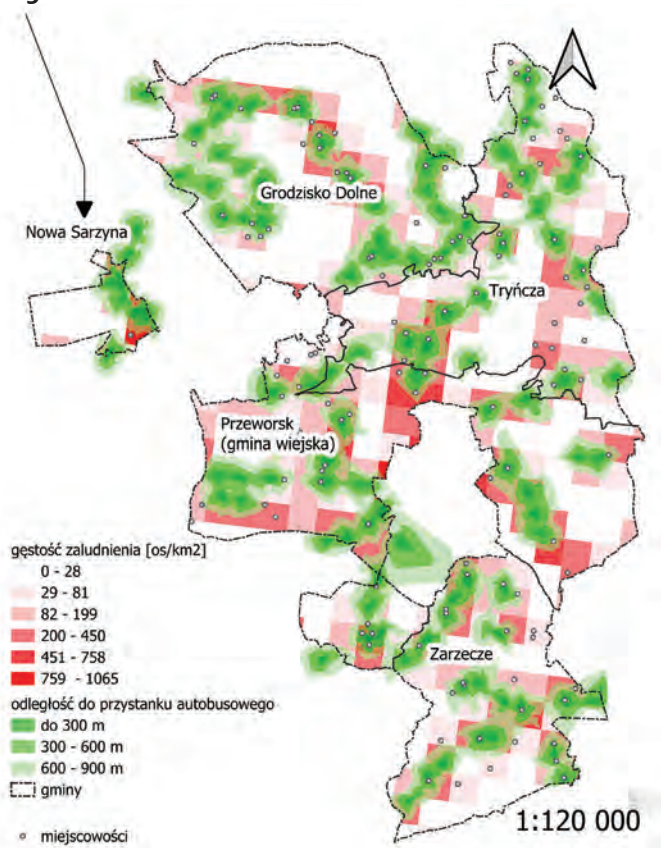
Rys. 11. Mapa transportu publicznego w gminach („kontrolnych”) województwa podkarpackiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS oraz danych pozyskanych ze stron internetowych lokalnych przewoźników.

W analizowanych gminach przewozy autobusowe realizuje kilku przewoźników – prywatnych i samorządowych: PKS Leżajsk, PKS w Rzeszowie, Grzesiek Bus, Jan Bus, Eurobus, Usługi Przewozowe Pola Artur Bar (POLA). Przewozy między największymi miastami (np. między Przeworskiem a Rzeszowem) realizują również przewoźnicy dalekobieżni, np. Flixbus. Jedynym przewoźnikiem autobusowym regionalnym, który eksploatuje pojazdy z niską podłogą (na całej długości autobusu lub tylko w jego części), jest PKS w Rzeszowie. Posiada on 87 autobusów częściowo lub całkowicie niskopodłogowych, co stanowi 65% taboru spółki. Komunikację regionalną wzmacniają kursujące pociągi regionalne spółki Polregio. Dodatkowo w pewnych relacjach istnieje możliwość przejazdu pociągiem PKP Intercity. Na poniższej mapie (rys. 12) – podobnie jak w przypadku gmin, na terenie których wdrażana jest innowacja – przedstawiono średni czas dojścia do najbliższego przystanku za pomocą izochron do 300 m, między 300 a 600 m oraz powyżej 600 metrów.

Rys. 12. Dostępność przystanków autobusowych w gminach („kontrolnych”) województwa podkarpackiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

2.3. Kontekst społeczny

Do opisu kontekstu społecznego w miejscu wdrażania innowacji posłużono się wynikami wywiadów zrealizowanych z dwiema grupami badanych: przedstawicielami lokalnych władz oraz z pracownikami (w miarę możliwości kierownikami) gminnych (GOPS) i miejsko-gminnych ośrodków pomocy społecznej (M-GOPS). Aby nie kierować uwagi badanych na interesujący nas problem opieki nad osobami zależnymi, pretekstem do wywiadu było zbadanie, jakie wyzwania i szanse dotyczące rozwoju, zarządzania i pracy w gminach położonych peryferyjnie widzieli nasi badani. Celem wywiadów, realizowanych pod tym pretekstem, było sprawdzenie, czy władze lokalne dostrzegają problemy związane z liczną populacją osób starszych, przewlekle chorych i zależnych mieszkających na tym terenie. Zależało nam, aby w trakcie wywiadu swobodnego temat ten pojawił się w takiej kolejności, jak

wskazą go rozmówcy, co sugerowałoby, jak wysoko na liście priorytetów władz i przedstawicieli instytucji pomocy społecznej znajdują się problemy, na które odpowiadać ma realizowana innowacja. Wywiady przeprowadzone na początku innowacji, przed okresem jej testowania, były także cennym źródłem wiedzy o problemach badanych gmin, inicjatywach w nich realizowanych oraz o sposobach i strategiach radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, jaką była kolejna fala pandemii, która miała miejsce w trakcie badań.

W każdej z badanych gmin kwestie związane z zapewnieniem opieki osobom starszym i zależnym pojawiały się w trakcie rozmowy, z inicjatywy badanych, jednak w różnych momentach wywiadu. W każdej z badanych gmin podejmowane są także kroki, aby odpowiadać na pojawiające się potrzeby i problemy, interesujące jest jednak, w jak różny sposób próbuje się realizować istniejące potrzeby. Podobnie, odpowiedzi badanych różniły się, jeśli chodzi o kolejny cel badania – sprawdzenie rozpoznawalności Lidera (FHPE), działającego od lat na terenie gmin. W niektórych z badanych gmin był on wskazywany niemal od razu jako główny lub ważny partner przy rozwiązywaniu problemów związanych z opieką nad osobami zależnymi. W innych – dopiero po zadaniu pytania wprost. Przy tych pytaniach okazywało się, że jest to instytucja rozpoznawana, jednak nieodgrywająca, zdaniem lokalnych liderów, aż takiej roli jak w pozostałych.

Tab. 13. Podsumowanie najważniejszych problemów w gminach, na terenie których wdrażana jest innowacja.

Gmina Gródek	Wójt jako najważniejsze problemy wskazywał rozległość gminy, która generuje duże nakłady finansowe na infrastrukturę (gaz, wodociągi, drogi, transport itd.), a także podkreślał specyfikę i szczególne wyzwania wynikające z przygranicznego położenia gminy i obecności na jej terenie przejścia granicznego. Dopiero w trakcie rozmowy z samą już tylko kierowniczką GOPS pojawiły się, jako istotne problemy gminy, kwestie związane z osobami starszymi i zależnymi. W gminie działają stowarzyszenia kierujące swoją ofertę do takich osób. Gmina stara się oferować szkolenia, na przykład zawodowe, pozwalające kształcić osoby, które mogłyby podjąć się później pracy na rzecz osób starszych czy zależnych, brakuje jednak chętnych do udziału w nich i do wykonywania takiej pracy. W gminie pracują 4 opiekunki, które podobnie jak w innych gminach, poza kompetencjami związanymi z opieką nad osobami zależnymi, muszą posiadać również prawo jazdy i samochód, co jest dodatkowym wymogiem, specyficznym dla tego rynku pracy. FHPE pojawiała się w wywiadach, jednak przede wszystkim przez pryzmat osobistych doświadczeń rozmówców, nie jako instytucja, z którą współpracuje gmina przy zaspokajaniu potrzeb swoich mieszkańców.
-------------------------	---

<p>Gmina Michałowo</p>	<p>Opinie lokalnych władz na temat najważniejszych problemów gminy były formułowane inaczej niż osób zaangażowanych w pomoc społeczną w gminie. Wiceburmistrz miasta jako najważniejszy problem gminy wskazał depopulację, definiowaną jako brak młodych mieszkańców, a nie nadreprezentację osób starych. Taka definicja problemu wpływa na rodzaj działań podejmowanych przez władze gminy, które są nakierowane na przyciągnięcie nowych, młodych mieszkańców i zatrzymanie w gminie młodzieży. Realizowane w gminie działania to między innymi inwestycje mieszkaniowe, ratowanie szkoły, promocja poprzez klasę estradową, ulgi podatkowe, gminny program socjalny 2000 ekstra, inwestycje w modernizację budynków, zakładanie NGO-sów, inwestycje w życie kulturalne, program Centra Wsi (należy nadmienić, że w tym projekcie są elementy kierowane do seniorów). Jako działania kierowane do seniorów wymieniono jako przykład Bal Seniora. FHPE pojawiła się w wywiadzie dopiero po dopytaniu; nie była postrzegana jako instytucja, która może być partnerem w rozwiązywaniu problemów osób starszych w gminie. W rozmowie z kierownik M-GOPS problemy osób starszych i zależnych były wskazywane jako główne obszary działania pracowników placówki, wymagające wielu nakładów i narastające.</p>
<p>Gmina Narew</p>	<p>W tej gminie osobno rozmawiano z wójtem oraz pracownikami GOPS, w obu wypadkach jako najważniejsze problemy zostały wskazane kwestie demograficzne. O ile jednak wójt gminy mówiąc o depopulacji i katastrofie demograficznej w gminie podkreślał wyjazdy i brak młodych ludzi, powodujące niski potencjał społeczny gminy, to pracownicy GOPS jako najważniejszy do rozwiązania problem wskazywały problemy ludzi starszych. Jako istotne obciążenie budżetu gminy wskazano opłacanie miejsc w DPS-ach starszym, samotnym mieszkańcom gminy, którymi nie opiekują się bliscy. Jak podkreślały pracownicy GOPS, że o ile sąsiedzi reagują i zgłaszają problemy osób starszych, to obawiają się zaangażowania w pomoc, nie chcą jej formalizować i zobowiązywać się do regularnej pomocy, mimo że sami, spontanicznie, pomagają starszym w swoim otoczeniu. Może to świadczyć o braku zaufania społecznego, które jest ważnym wskaźnikiem kapitału społecznego. W obu wywiadach rozmówcy wspomnieli o działającej na terenie FHPE, głównie podkreślając jednak planowane otwarcie hospicjum stacjonarnego, które powstaje na terenie tej właśnie gminy.</p>
<p>Gmina Narewka</p>	<p>W tej gminie rozmowa z sekretarzem gminy i kierowniczką GOPS odbywała się jednocześnie. Przedstawiciele obu instytucji podobnie wypowiadali się o problemach gminy; problemy osób starszych zostały spontanicznie wskazane jako jeden z podstawowych i najpilniejszych. Władze odnotowują, że rosnąca populacja osób starszych i zależnych skutkuje większymi obciążeniami budżetu gminy, ponieważ rosną wydatki na usługi adresowane do osób starszych. Jako ważny problem wskazywano samotność, ale podkreślano, że problemy tej grupy są złożone – od zdrowotnych, po społeczne, finansowe i psychiczne. Jako problemy wskazywano także dużą powierzchnię gminy i jej strukturę osadniczą; położenie wsi wymaga, aby osoby pomagające – czy to z rodziny, czy świadczące pomoc z ramienia instytucji – dysponowały zarówno samochodem, jak i prawem jazdy. Gmina podejmuje działania zmierzające do poprawy sytuacji osób starszych; opieki asystentki życia codziennego ulokowane przy GOPS (dawniej w PCK) są finansowane z budżetu gminy. Pracownicy gminnych urzędów spontanicznie wskazali FHPE jako ważnego partnera w opiece nad osobami starszymi w gminie.</p>

**Gmina
Zabłudów**

W wywiadach zrealizowanych z burmistrzem oraz z kierownikiem i zespołem M-GOPS widoczne były różnice w postrzeganiu najważniejszych problemów w gminie. O ile w opinii burmistrza najważniejszymi wyzwaniem stojącymi przed gminą były kwestie związane z szeroko rozumianą infrastrukturą (głównie techniczną: wodociągami, kanalizacją, infrastrukturą drogową, internetem), to w wywiadzie realizowanym z pracownikami M-GOPS kwestie dotyczące problemów osób starszych i zależnych wskazywane były jako najważniejsze problemy wymagające rozwiązania w gminie. Kwestie demografii pojawiły się w wypowiedziach burmistrza jako konieczność przyciągania ludzi młodych, zachęcania ich do osiedlania się w gminie, co w konsekwencji będzie skutkowało wpływami podatkowymi do budżetu gminy. Problem demograficzny rozumiany był jako deficyt młodych, a nie nadreprezentacja starszych mieszkańców. Jednocześnie wydaje się, że stanowisko M-GOPS przekłada się na działania władz, które realizują zadania mające zapewnić osobom starszym i zależnym dostęp do dobrej jakości usług. Gmina uczestniczy w konkursach na inwestycje, mające zapewniać opiekę osobom zależnym, w ostatnim czasie otwarto m.in. Środowiskowy Dom Samopomocy. FHPE nie pojawiła się w wypowiedzi burmistrza jako partner w realizowanych działaniach, w M-GOPS znano ich działalność, ale nie współpracowano wcześniej przy pomocy osobom zależnym w gminie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych wywiadów, przeglądu stron internetowych urzędów gmin i lokalnych instytucji.

Ze względu na opisane wcześniej trudności, pozyskanie do badań jednostki kontrolnej nastąpiło z opóźnieniem. Przy zachowaniu starań, by procedura badawcza była możliwie zbliżona do zastosowanej na Podlasiu, musiała zostać częściowo zmodyfikowana. Wszędzie, gdzie było to możliwe, zrealizowano – podobnie jak na Podlasiu – wywiady. W niektórych z gmin udało się jednak porozmawiać z przedstawicielami tylko jednej instytucji, a w przypadku gminy Tryńcza konieczne było ograniczenie się do analizy budżetów, dokumentów strategicznych, danych statystycznych oraz strony internetowej gminy i jej mediów społecznościowych. Dokumenty strategiczne, budżety, strony internetowe i media społecznościowe poddano analizie w przypadku wszystkich gmin.

W gminach podkarpackich, na terenie których działa instytucja kontrolna – NZOZ „Nadzieja” – można zauważyć radykalnie odmienne niż na Podlasiu postrzeganie problemów lokalnych społeczności przez ich zarządców. We wszystkich badanych jednostkach problemy demograficzne przejawiające się w starzeniu populacji pojawiały się już na początku wywiadów. Na uwagę zasługuje też jednogłos przedstawicieli lokalnych władz i ośrodków pomocy społecznej we wskazywaniu najbardziej palących problemów w gminach, na Podlasiu obecny jedynie w gminie Narewka. Każda z badanych podkarpackich jednostek podejmuje działania, starając się przeciwdziałać tym niekorzystnym zjawiskom. Na ogół strategie te obejmują wzmacnianie systemu opieki społecznej, w ramach którego świadczone są usługi na rzecz osób zależnych, seniorów i osób chorych. W miarę możliwości podejmowane są także inwestycje w infrastrukturę społeczną – domy dziennego pobytu, domy pomocy społecznej, miejsca spotkań dla seniorów.

Tab. 14. Podsumowanie najważniejszych problemów w gminach, na terenie których funkcjonuje instytucja kontrolna.

<p>Gmina Grodzisko Dolne</p>	<p>W gminie przeprowadzono wywiad z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej. Jako największy problem, z którym mierzy się gmina, wskazano negatywne zjawiska demograficzne: rosnącą liczbę osób starszych wymagających opieki i wsparcia. Osobom zainteresowanym oferowane są usługi opiekuńcze, realizowane wspólnie z Caritasem. Gminny ośrodek pomocy społecznej prowadzi także dom dziennego pobytu, w którym 30 osób otrzymuje wsparcie w postaci zajęć aktywizacyjnych, rehabilitacji, spotkań z psychologiem. W gminie bardzo dobrze działa też pomoc sąsiedzka, w ramach której świadczone są usługi opiekuńcze. Wskazano również, że na terenie gminy działa środowiskowy dom samopomocy i ośrodek szkolno-rewalidacyjny.</p>
<p>Gmina Nowa Sarzyna</p>	<p>W gminie zrealizowano wywiady z burmistrzem oraz dyrektorką ośrodka pomocy społecznej. Obydwoje rozmówców dużo uwagi poświęciło kwestiom społecznym. Burmistrz wskazał, że z punktu widzenia finansów lokalnych największym obciążeniem jest oświata – z racji malejącej liczby dzieci i ograniczonych środków z subwencji oświatowej. Jednakże priorytetowo traktuje edukację najmłodszych mieszkańców gminy – jednostka prowadzi żłobki, przedszkola, szkoły podstawowe i szkołę średnią; w celu zapewnienia środków finansowych i możliwości rozwoju aktywnie współpracuje z lokalnymi przedsiębiorcami. Obecnie w gminie obserwuje się malejącą liczbę ludności – po pandemii odnotowuje się większą liczbę zgonów. W gminie widoczne są także przejawy suburbanizacji – na wsi w gminie rośnie liczba ludności, rocznie powstaje około 100 nowych budynków. W rozmowach wskazano także, że gmina prowadzi aktywnie politykę senioralną, co jest spowodowane tym, że w gminie jest coraz więcej osób starszych, którym trzeba zapewnić opiekę (co dawniej było obowiązkiem rodziny). Gmina świadczy usługi opiekuńcze, współpracuje w tym zakresie z Caritasem. Ponadto na terenie gminy działają koordynatorzy, który wspierają najstarszych mieszkańców gminy. Jednostka korzysta także z programu Senior Plus. W gminie działają dwa (budowany jest trzeci) domy pobytu. W gminie powstaje centrum mieszkaniowe – mają do niego trafiać osoby ze środowiskowego domu samopomocy. Funkcjonuje tu również spółdzielnia socjalna oraz zakład aktywności zawodowej.</p>
<p>Gmina Przeworsk</p>	<p>W rozmowie z sekretarzem gminy i kierowniczką ośrodka pomocy społecznej spontanicznie pojawiły się kwestie związane z negatywnymi zjawiskami demograficznymi. Po pierwsze, wskazywano na malejącą liczbę dzieci, co powoduje, że utrzymywanie placówek edukacyjnych – przy ograniczonej subwencji oświatowej – jest dużym obciążeniem dla budżetu gminy. Po drugie, wymieniono problem starzenia się społeczeństwa, który widoczny jest w gminie. Podejmowane są liczne aktywności, np. w ramach centrum integracji dla seniorów, wspierające najstarszych mieszkańców gminy. W tym zakresie gmina współpracuje m.in. z organizacjami pozarządowymi (np. Fundacja Braci Sołtuńskich, kołami gospodyń wiejskich), a także z wiejskimi domami kultury (istnieją we wszystkich sołectwach w gminie). Poza tym sekretarz wskazała, że obecnie władze dużo uwagi poświęcają kwestiom infrastrukturalnym, czyli budowie nowych obiektów oraz modernizacji już istniejących. W tym kontekście wspomniano o likwidowaniu barier infrastrukturalnych i wspieraniu osób z ograniczeniami ruchowymi.</p>

<p>Gmina Tryńcza</p>	<p>W tej gminie sytuacja seniorów opisana została w oparciu o analizę materiałów zastanych – dokumentów z Rad Gmin, analizy budżetów i sprawozdań CUS, analizy strony internetowej gminy, analizy lokalnych mediów oraz analizy mediów społecznościowych gminy i działającego w niej CUS. O znaczeniu problemu seniorów wnioskujemy więc nie z deklaracji osób rządzących, lecz podejmowanych przez nich działań. Z tych wynika jednakże, że kwestie osób starszych są dla lokalnych władz ważne i robią one wiele, by poprawić sytuację starszych mieszkańców swojej gminy. W gminie Tryńcza działają trzy Domy Dniennego Pobytu dla seniorów – w Tryńczy, Wólce Małkowej, Jagielle, a od stycznia 2024 roku ma rozpocząć działania (po kilkuletniej przerwie) kolejny, w Gniewczynie Łańcuckiej. We współpracy z sołtysami wsi pracownicy CUS odwiedzają osoby starsze i samotne, stwarzając okazję do rozmowy, a potrzebującym wsparcia przekazują świeże pieczywo; w okresie świątecznym w wizytach bierze udział również św. Mikołaj przywożąc świąteczne makowce. Wizyty z okazji urodzin składane są najstarszym mieszkańcom i mieszkankom gminy. Dla seniorów w gminie prowadzone są bezpłatne kursy języka angielskiego, organizowane są: bal andrzejkowy, wspólne wyjazdy do kina, wycieczki. Ciekawa inicjatywa to warsztaty kierowane do dwóch pokoleń: seniorów i dzieci (np. fotograficzne, dawnych gier i zabaw, kulinarne). W gminie realizowana jest opieka wytchnieniowa dla opiekunów.</p> <p>W trakcie realizacji badań w gminie realizowano projekt utworzenia i funkcjonowania wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego, a także realizację szkoleń dla 25 osób sprawujących opiekę nad osobami potrzebującymi wsparcia w życiu codziennym z zakresu opieki i rehabilitacji. Wypożyczalnia przy CUS działa nieodpłatnie.</p>
<p>Gmina Zarzecze</p>	<p>W gminie zrealizowano wywiad z kierowniczką ośrodka pomocy społecznej. Wśród najważniejszych aspektów działania gminy wymieniono pomoc osobom starszym i samotnym – jest to związane z pogłębiającym się zjawiskiem starzenia się społeczeństwa. W jednostce działają asystenci osób z niepełnosprawnościami, świadczona jest opieka wytchnieniowa, działa wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego. Świadczone są także specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W gminie funkcjonuje środowiskowy dom pomocy i centrum integracji społecznej. Podejmowane są kroki, by utworzyć klub seniora i generalnie rozszerzyć ofertę świadczonych usług. Ponadto świadczona jest pomoc w postaci dożywiania. Gmina współpracuje w zakresie spraw społecznych z Caritasem i Fundacją Braci Sołuńskich. Obok tego wymieniono również problemy opiekuńczo-wychowawcze wśród młodzieży i dzieci oraz uzależnienia behawioralne – w tym zakresie gmina też podejmuje działania.</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych wywiadów, przeglądu stron internetowych urzędów gmin i lokalnych instytucji.

Uzupełnieniem informacji pozyskanych w wywiadach są wyniki przeprowadzonej analizy dokumentów strategicznych obowiązujących w analizowanych gminach. Dokumenty te mają określoną strukturę. W pierwszej części diagnostycznej wskazuje się, jakie problemy, potencjały i zasoby charakteryzują daną jednostkę. Kolejna to część strategiczna, w której określa się wizję, misję oraz cele i zadania, jakie należy podjąć, aby maksymalnie wykorzystać istniejące potencjały i zminimalizować negatywne konsekwencje zdiagnozowanych trudności.

Na potrzeby przygotowania dokumentów strategicznych badanych gmin przeprowadzono szczegółowe diagnozy obejmujące sferę społeczną, gospodarczą, środowiskową i infrastrukturalną. W żadnym z dokumentów na Podlasiu – z wyjątkiem gminy Narewka – nie wskazuje się wprost problemów demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Natomiast w analizowanych strategiach podkreśla się, że w gminach występują problemy z dostępem do szeroko pojętych usług społecznych, co wynika z ich braku lub niskiej jakości oraz z rozproszenia sieci osadniczej. W strategicznych częściach analizowanych dokumentów na ogół nie wskazuje się wprost konieczności podejmowania działań skierowanych do seniorów, osób zależnych i z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów i rodzin. Jednakże można wskazać kierunki działań pośrednio związane z potrzebami wskazanych osób. W gminie Gródek, w zakresie aspektów społecznych, skoncentrowano się na konieczności poprawy jakości i dostępu do usług społecznych, w gminie Michałowo – na przygotowaniu szczegółowych dokumentów odpowiadających problemom osób i grup marginalizowanych, w gminie Narewka – na rozwoju infrastruktury społecznej. Jedynie w gminie Zabłudów w części strategicznej niemalże pominięto kwestie socjalne i społeczne.

Analizie poddano także dokumenty sektorowe – Gminne Strategie Rozwiązywania Problemów Społecznych. W czterech na pięć Strategii wskazano, że jednym z kluczowych problemów jest problem starzenia się społeczeństwa – wyjątek stanowi gmina Narew. W Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Michałowo na lata 2016–2024 podkreślono, że w Michałowie występuje niewystarczający dostęp do specjalistów oraz problem szeroko pojętego starzenia się społeczeństwa. Dokument stanowi, że należy prowadzić własne rozpoznanie i monitorowanie sytuacji osób zależnych w gminie i stale współpracować z partnerami społecznymi w obszarze niepełnosprawności i włączenia społecznego osób starszych. Ma to przyczynić się do realizowania celu II, jakim jest wspieranie rodzin oraz grup najsłabszych (starszych, niepełnosprawnych, przewlekle chorych, z zaburzeniami psychicznymi). Natomiast w gminie Gródek wśród problemów społecznych wymieniono m.in. brak domów pomocy społecznej typu: dom pobytu dziennego, środowiskowy dom samopomocy, hospicjum, pensjonat dla osób starszych, mieszkania chronione w zasobach gminy, a także wzrastającą liczbę osób w wieku poprodukcyjnym, brak wystarczających środków na realizację zadań pomocy społecznej związanych z osobami starszymi oraz niewielką liczbę organizacji i instytucji pozarządowych zajmujących się problematyką osób starszych. Uznano także, że jednym z zasadniczych celów zawartych w gródeckim dokumencie jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych, niepełnosprawnych i samotnych. Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Zabłudów na lata 2014–2022 stanowi, że ważnym problemem społecznym jest efekt starzenia się społeczeństwa, migracja młodych ludzi do dużych aglomeracji miejskich, bariery architektoniczne, brak dostępności do domów pomocy społecznej typu: dom pobytu dziennego,

środowiskowy dom samopomocy, hospicjum, pensjonat dla osób starszych, mieszkania chronione w zasobach gminy. Znaczna część wskazanych problemów jest tożsama z tymi, które zdiagnozowano w gminie Gródek. I podobny jest również zasadniczy cel, mający poprawić sytuację w zakresie zidentyfikowanych problemów społecznych. Cel ten to przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych, niepełnosprawnych i samotnych. Natomiast w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Narewka na lata 2016–2022 wskazano, że problemy społeczne związane są przede wszystkim z trudnościami w funkcjonowaniu rodzin, alienacją i dominującym złym stanem zdrowia wśród osób starszych oraz negatywną tendencją demografii. W tej gminie jasno i precyzyjnie sformułowano „cel strategiczny I – wspieranie rodziny, systemu opieki nad dzieckiem i wsparcie osób starszych, niepełnosprawnych”, który realizowany będzie m.in. poprzez rozwijanie systemu pomocy/usług osobom starym, chorym i niepełnoprawnym w ich środowisku zamieszkania. Jak wspomniano, wyjątkiem jest Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Narew na lata 2014–2022 – w niej dość ogólnie sformułowano tak problemy, jak i cele dokumentu. Nie poświęcono uwagi osobom starszym, niepełnosprawnym czy zależnym.

Nieco inaczej formułowano problemy i cele w dokumentach strategicznych gmin kontrolnych, na terenie których funkcjonuje instytucja kontrolna NZOZ „Nadzieja”. Niekorzystne zjawiska demograficzne, istniejące niezaspokojone potrzeby osób zależnych i seniorów nie są licznie wskazywane wśród problemów lub słabych stron gmin. W gminie Grodzisko Dolne wskazuje się na ubogą ofertę ośrodków wsparcia seniorów, w gminie Przeworsk – na brak odpowiedniej infrastruktury do zapewnienia opieki dziennego pobytu dla osób starszych i niepełnosprawnych. Podobnie w gminie Tryńcza wskazuje się na niedobory infrastrukturalne: na brak dziennych domów opieki lub całodobowego zakładu opieki, ograniczony dostęp do usług rehabilitacyjnych, brak miejsc w pobliskich ZOŁ, brak specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz na brak personelu – podkreśla się, że w gminie jest zbyt mało pracowników socjalnych w ośrodku pomocy społecznej. W pozostałych gminach w strategiach rozwoju wśród problemów społecznych i/lub demograficznych nie wskazuje się kwestii związanych ze starzeniem się społeczeństwa czy usługami społecznymi i medycznymi skierowanymi do seniorów. W gminach, w których zdiagnozowano wyżej wskazane problemy, sformułowano cele, których realizacja ma służyć poprawie sytuacji seniorów. Najliczniejsze są one w gminie Grodzisko Dolne – wymieniono tam m.in. rozwój usług opiekuńczych dla osób starszych z pełnym spektrum usług rehabilitacji, otwarcie nowych i rozwój obecnych domów dziennego i całodobowego pobytu seniorów, kursy dla seniorów w ramach obsługi komputerów oraz e-urzędów, stworzenie nowych i rozwój istniejących klubów seniora, tworzenie punktów medycznych dla poprawienia sytuacji dostępności do służby zdrowia. W gminie Przeworsk, na poziomie działania w ramach jednego z celów, wskazano konieczność podniesienia jakości

usług społecznych dla osób starszych i niepełnosprawnych. W gminie Tryńcza – tak jak w gminie Grodzisko Dolne – kwestie związane z poprawą sytuacji seniorów zapisano już na poziomie celu strategicznego, w tej gminie brzmi on „zapewnienie pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym” i podporządkowano mu szereg działań do realizacji. Bardziej szczegółowy obraz problemów społecznych przynosi analiza strategii rozwiązywania problemów społecznych. We wszystkich – poza gminą Tryńcza – wymieniono problem starzenia się społeczeństwa i negatywne trendy demograficzne oraz towarzyszące im braki infrastrukturalne i braki w usługach społecznych i medycznych. Co oczywiste, tym zdiagnozowanym problemom towarzyszą zaprojektowane w następnym kroku cele i działania. Te zostały wskazane we wszystkich podkarpackich gminach (także w gminie Tryńcza). Zaprojektowano działania skierowane do poprawy sytuacji seniorów. Obejmują one zarówno szeroko pojęte działania medyczno-opiekuńcze, jak i te, które stwarzają możliwości aktywizacji i uczestnictwa w życiu społecznym lokalnej społeczności.

Analiza dokumentów strategicznych badanych gmin pozwoliła określić, że szeroko pojmowane aspekty funkcjonowania osób starszych, zależnych, z niepełnosprawnościami nie są traktowane priorytetowo zarówno na etapie diagnostycznym, jak i strategicznym. Jednocześnie nie są one zupełnie pomijane, jednak – jak pokazuje analiza danych statystycznych – problemy demograficzne oraz niewystarczająco rozwinięta baza infrastruktury i usług społecznych w przyszłości powinny być traktowane z większą uwagą. Równocześnie, brak wskazania problemu w istniejących strategiach rozwojowych gmin nie musi oznaczać braku realizacji projektów, które miałyby łagodzić jego konsekwencje. I tak w przypadku działań kierowanych do seniorów, jeśli pojawia się przewidziane na nie finansowanie i programy na poziomie krajowym, jak miało to miejsce w gminie Tryńcza czy Zabłudów, są one realizowane.

2.4. Kontekst zdrowotny i socjalny

W ogólnodostępnych bazach dane obrazujące stan sektora ochrony zdrowia nie pozwalają na analizę na poziomie lokalnym. Ogólnie wiadomo, że powszechnie występują braki kadrowe w sektorach medycznym i opiekuńczym; uwidoczniają je wyniki corocznego badania „Barometr zawodów”. Zawody deficytowe to takie, w których liczba wolnych miejsc pracy jest większa niż liczba osób zainteresowanych podjęciem pracy i spełniających wymagania pracodawców (najtrudniej pracodawcom znaleźć kandydatów do pracy). W województwie podlaskim występuje deficyt lekarzy, opiekunów osób starszych i osób z niepełnosprawnościami oraz pielęgniarek i położnych, co obserwuje się także w powiatach hajnowskim i białostockim. Deficyty te – jak podają autorzy badania – są wynikiem braku wykwalifikowanych pracowników, emigracji zarobkowej pracowników za granicę oraz do dużych aglomeracji miejskich. Wśród przyczyn wskazuje się rów-

niez brak zastępowalności pokoleniowej we wskazanych zawodach. Deficyt pielęgniarek i opiekunów spowodowany jest też brakiem chęci do podejmowania tego rodzaju pracy. To z kolei związane jest z trudnymi warunkami pracy, niskimi płacami oraz niskim prestiżem, jakim obdarzane są zawody opiekuńcze. Z kolei pielęgniarki, choć cieszą się w Polsce szacunkiem i zaufaniem społecznym, nadal są grupą zawodową wymagającą długiego procesu kształcenia, poświęcenia związanego z nietypowym czasem pracy i, zdaniem tej grupy zawodowej, ciągle nieadekwatnie wynagradzana. Jedynymi wyjątkami, w których liczba wolnych miejsc pracy jest zbliżona do liczby osób zainteresowanych podjęciem pracy i spełniających wymagania pracodawców, są fizjoterapeuci i psycholodzy w województwie podlaskim oraz psycholodzy w powiecie białostockim. Dane te gorzej prezentują się na poziomie gmin, podobnych do tych, w których wdrażana jest innowacja – peryferyjnie położonych i dotkniętych depopulacją.

W województwie podkarpackim obserwuje się deficyt lekarzy, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek i położnych. Nieco inne prawidłowości obserwuje się w objętych badaniami powiatach – w obydwu badanych jednostkach obserwuje się równowagę na rynku lekarzy, opiekunów osób starszych lub niepełnosprawnych oraz psychologów i psychoterapeutów.

Deficyty w obydwu powiatach odnotowuje się w przypadku zapotrzebowania na fizjoterapeutów oraz pielęgniarki. Najczęściej wynika to z tego, że pracujący w tych zawodach migrują – także za granicę – do bardziej atrakcyjnych ośrodków, gdzie mogą rozwijać się zawodowo i osiągać wyższe dochody. Wszystkie wskazane tu zawody charakteryzują się stałym, wysokim poziomem zapotrzebowania ze strony pracodawców oraz usługobiorców. W badaniu wskazano, że z pewnością zapotrzebowanie to będzie rosnąć ze względu na starzenie się społeczeństwa i związany z tym wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne.

Tab. 15. Relacja między dostępnymi pracownikami a potrzebami pracodawców (2022 rok).

	Województwo podlaskie	Powiat białostocki	Powiat hajnowski	Województwo podkarpackie	Powiat leżajski	Powiat przeworski
Fizjoterapeuci	równowaga	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt
Lekarze	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	równowaga	równowaga
Opiekunowie osoby starszej lub niepełnosprawnej	deficyt	deficyt	deficyt	równowaga	równowaga	równowaga
Pielęgniarki i położne	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt	deficyt
Psycholodzy i psychoterapeuci	równowaga	równowaga	deficyt	równowaga	równowaga	równowaga

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych „Barometr Zawodów”.

Z postępowaniem badań jasne stało się, że wdrażana innowacja w pewnym zakresie przejmie usługi, które powinny być wykonywane przez inne podmioty. Z powodu (częstego na poziomie lokalnym) braku wykonawców usług zdrowotnych i socjalnych, potrzeby pacjentów nie były zaspokajane przez system uspołecznionej opieki. Przykładem może być brak możliwości skorzystania w badanych podlaskich gminach z pielęgniarskiej opieki długoterminowej. W założeniu, z opieki takiej powinni móc korzystać pacjenci obłożnie i przewlekle chorzy, przebywający w domu. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych¹⁰. W żadnej z gmin, w których wdrażana była innowacja, ta usługa nie była dostępna, ponieważ nie było personelu medycznego, który podjąłby się tego zadania. Pielęgniarki, których jest w gminie zbyt mało, mogły znaleźć lepiej płatne zajęcia w innych placówkach. W istniejącym systemie nie przewidziano, jakie kroki powinny być podjęte w celu naprawy sytuacji. Samorządowe władze gmin nie mają możliwości wywierania wpływu na NFZ, aby zapewnił nieobecnych pracowników, gdyż NFZ nie ma możliwości nakazania pracy w określonej placówce. Z kolei NFZ nie monitoruje poziomu zaspokojenia różnego rodzaju potrzeb w poszczególnych jednostkach. Nie istnieje również przemyślany system zachęt do podejmowania pracy w miejscach, w których potrzeby pacjentów są w widoczny sposób niezaspokajane.

Przeanalizujmy, co potencjalnym pacjentom zapewnia NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to pakiet usług medycznych, które powinny być dostępne dla osoby potrzebującej opieki w miejscu zamieszkania. Dostępność tych usług w znacznym stopniu zależy jednak od lokalnych czy regionalnych uwarunkowań, a także od sprawczości i skuteczności miejscowych władz lub przedstawicieli podmiotów świadczących poszczególne rodzaje usług.

¹⁰ Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy: otrzymali 40 punktów lub mniej w skali Barthel; nie są w ostrej fazie choroby psychicznej; nie korzystają równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego).

Tab. 16. Pakiet usług medycznych przysługujących pacjentom w ramach powszechnego systemu – NFZ.

Pakiet usług medycznych NFZ	
Usługi medyczne	<ul style="list-style-type: none"> • opieka lekarza i pielęgniarki POZ w wybranej placówce • opieka lekarzy specjalistów ze skierowaniem (poza wizytą u psychiatry, onkologa, wenerologa, dentystry, ginekologa i położnika) • nocna pomoc medyczna • pogotowie ratunkowe • długoterminowa opieka pielęgniarska • rehabilitacja domowa z NFZ • niekomercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego • medyczne usługi komercyjne • komercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego • apteka lub punkt apteczny • transport sanitarny (na zlecenie lekarza POZ)
Usługi opiekuńcze/społeczne	<ul style="list-style-type: none"> • świadczenia pomocy społecznej (wymagające spełnienia określonych kryteriów np. kryteriów finansowych) • usługi opiekuńcze świadczone przez OPS (tj. dostępność opiekunek, opieka wytchnieniowa) • opiekuńcze usługi komercyjne

Źródło: *Opracowanie własne.*

Część usług na obszarach wiejskich nie jest wszędzie dostępna – do takich usług należą np. długoterminowa opieka pielęgniarska, rehabilitacja domowa, specjaliści zlokalizowani blisko miejsca zamieszkania. Na obszarach wiejskich przeważnie ograniczona jest także możliwość wyboru lekarza – na ogół w gminie jest jeden lekarz rodzinny, który często nie ma możliwości swobodnego dojazdu do domów pacjentów, ponieważ pełni dyżury w placówce. Innym przykładem ograniczonego dostępu do pomocy jest to, że rehabilitacja domowa oferowana w ramach NFZ (i z niego finansowana), jest dostępna niemal wyłącznie dla osób mających orzeczoną znaczny stopień niepełnosprawności. Ponadto we wsiach często brak jest wypożyczalni sprzętu do opieki nad chorymi, a częściej niż apteki dostępne są punkty apteczne, które oferują jedynie podstawowe leki i nie mają możliwości przechowywania części leków. Ma to znaczące konsekwencje dla pacjentów, którym przepisane zostały np. silne leki opioidowe, ale ich sprowadzenie do punktu aptecznego trwa co najmniej kilkanaście godzin.

Część osób chorych, mieszkających na obszarach wiejskich, nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie, bez profesjonalnej pomocy. Tacy chorzy (np. po udarze mózgu, z dysfunkcją narządu ruchu (np. po amputacjach kończyn w przebiegu cukrzycy lub miażdżycy)), jeżeli usługi wskazane w tabeli nie są w rzeczywistości dostępne w ich miejscu zamieszkania, doświadczają konsekwencji „pustki systemowej” i „pustki usług”. Potencjalnie możliwe rozwiązania to opieka odpłatna lub częściowo odpłatna w ramach komercyjnych usług zdrowotnych i opiekuńczych (pod warunkiem, że

takie są dostępne i chory może je opłacić). Dla najuboższych to usługi dofinansowywane przez ośrodki pomocy społecznej, co wymaga spełnienia pewnych kryteriów np. kryterium dochodowego i zależy od możliwości (np. finansowych, personelu) i wydolności tych ośrodków.

Dla wszystkich gmin, gdzie realizowany był projekt „Dać to, czego naprawę potrzeba”, opracowano matrycę, w jakiej wskazano, które z potencjalnego pakietu usług NFZ oraz usług społecznych są dostępne dla dorosłych mieszkańców poszczególnych gmin, którzy nie mają orzeczenia o niepełnosprawności. Już teraz należy wskazać, że we wszystkich gminach „z innowacją” nie funkcjonuje długoterminowa opieka pielęgniarstwa. Dostęp do pozostałych usług jest zróżnicowany. Matryca ta stanowi syntetyczny opis kontekstu socjalnego i zdrowotnego dla wdrażania innowacji.

Tab. 17. Usługi dostępne w gminach „z innowacją”.

Model	Usługi	Gródek	Michałow	Narew	Narewka	Zabłudów
Usługi medyczne	opieka lekarza i pielęgniarki POZ w wybranej placówce	+	+	+/-	+	+
	opieka lekarzy specjalistów ze skierowaniem (poza wizytą u psychiatry, onkologa, wenerologa, dentystry, ginekologa i położnika)	-	+	-	-	-
	nocna pomoc medyczna	+	+	+	+	+
	pogotowie ratunkowe	+	+	+	+	+
	długoterminowa opieka pielęgniarstwa	-	-	-	-	-
	rehabilitacja domowa z NFZ	+	+	+	+	+
	niekomercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego	-	+	-	-	+
	medyczne usługi komercyjne	+	+	-	+	-
	komercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego	-	-	-	-	-
	apteka lub punkt apteczny	+	+	+	+	+
	transport sanitarny (na zlecenie lekarza POZ)	+	+	+	+	+
Usługi społeczne	świadczenia pomocy społecznej (wymagające spełnienia określonych kryteriów)	+	+	+	+	+
	usługi opiekuńcze świadczone przez OPS (tj. dostępność opiekunek)	+	+	-	-	-
	opiekuńcze usługi komercyjne	+	+	+	-	+
	opieka wytchnieniowa	-	-	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne.

Tab. 18. Usługi dostępne w gminach kontrolnych.

Model	Usługi	Grodzisko Dolne	Nowa Sarzyna	Przeworsk	Tryńcza	Zarzecze
Usługi medyczne	opieka lekarza i pielęgniarki POZ w wybranej placówce	+	+	+	+	+
	opieka lekarzy specjalistów ze skierowaniem (poza wizytą u psychiatry, onkologa, wenerologa, dentysty, ginekologa i położnika)	-	+	+	-	+
	nocna pomoc medyczna	+	+	+	+	+
	pogotowie ratunkowe	+	+	+	+	+
	długoterminowa opieka pielęgniarska	+	+	+	+	+
	rehabilitacja domowa z NFZ	+	+	+	+	+
	niekomercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego	-	+	+	+	+
	medyczne usługi komercyjne	-	+	+	-	+
	komercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego	-	+	+	-	+
	apteka lub punkt apteczny	+	+	+	+	+
	transport sanitarny (na zlecenie lekarza POZ)	+	+	+	+	+
	Usługi społeczne	świadczenia pomocy społecznej (wymagające spełnienia określonych kryteriów)	+	+	+	+
usługi opiekuńcze świadczone przez OPS (tj. dostępność opiekunek)		+	+	-	+	+
opiekuńcze usługi komercyjne		?	?	?	?	?
opieka wychnieniowa		+	+/- była w 2021 r.	+	+	+

Źródło: Opracowanie własne.

Legenda: ? – Osoby udzielające informacji przypuszczają, że usługi takie dostępne są w szarej strefie i nie chciały rozwijać tego wątku.

Rozpatrzmy teraz, jakie potencjalne możliwości opieki hospicyjnej istnieją dla pacjentów z gmin, w których wdrażana jest innowacja. Dostęp do pakietu opieki hospicyjnej NFZ obwarowany jest listą ośmiu jednostek chorobowych¹¹, w przypadku których przewidziana jest możliwość opieki zwanej hospicjum domowym. Warunkiem do

¹¹ Patrz przyp. 4.

przyjęcia pod opiekę jest wydolna opiekuńczo rodzina. Należy wskazać, że osoba objęta opieką hospicjum domowego traci możliwość korzystania z niektórych dostępnych w omawianym wcześniej wariantcie usług, tj. długoterminowej opieki pielęgniarstwa (jeśli taka była dostępna) oraz rehabilitacji domowej oferowanej w ramach NFZ (jeśli pacjent był objęty taką formą wsparcia).

Na obszarach wiejskich w Polsce dostępność usług świadczonych przez hospicja, mające kontrakt z NFZ, jest ograniczona. Wynika to z konstrukcji rozwiązań systemowych i m.in. z zaniżonej wyceny takich usług dla obszarów wiejskich, ponieważ nie przewidują one kosztów dojazdu do pacjenta (czyli opłat za paliwo czy amortyzację auta, w wielu hospicjach niedostępne są także samochody służbowe) oraz odpłatności za czas dojazdu pracowników do pacjentów. Zatem utrzymanie hospicjum domowego, funkcjonującego w oparciu o zasady NFZ i działającego na obszarach wiejskich, jest trudne właśnie ze względów praktyczno-finansowych i konieczności ponoszenia rzeczywistych kosztów (np. dojazdu), których płatnik (NFZ) nie przewiduje. Ponadto zasady NFZ określają sztywną, minimalną liczbę wizyt: minimum dwie wizyty lekarza w miesiącu oraz dwie wizyty pielęgniarki w tygodniu – praktyka pokazuje, że w wielu przypadkach, szczególnie gdy stan pacjenta jest stabilny, wizyty lekarza nie są potrzebne tak często, a ze względu na wymogi NFZ muszą się odbywać (co, z uwagi na stawkę wynagrodzenia, generuje odpowiednio wysokie koszty).

W obecnym systemie opieki zdrowotnej omawiane rozwiązanie – jak wspomniano – dostępne jest wyłącznie dla osób, u których zdiagnozowano jedną z ośmiu jednostek chorobowych. Dodatkowo na wsi dostęp ten jest ograniczony brakiem i lokalizacją hospicjów domowych, a także często występującymi w nich kolejkami do przyjęcia (ze względu na określoną liczbę i dostępność miejsc wynegocjowanych w ramach kontraktu NFZ). W sytuacji, gdy brak jest opieki hospicjum domowego, dla osoby chorej dostępna jest opieka lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego, opieka na szpitalnym oddziale (pod warunkiem, że taka osoba zostanie tam umieszczona) lub usługi komercyjne (jeśli istnieją, a chory może je opłacić). W skrajnych i zdecydowanie zbyt częstych przypadkach, chorzy i ich rodziny mierzą się z brakiem odpowiedniej opieki, jaką jest w stanie zapewnić współczesna medycyna.

Tab. 19. Pakiet usług medycznych i społecznych dla pacjentów hospicjum domowego – NFZ.

Pakiet opieki hospicyjnej NFZ	
Usługi medyczne	<p>W ramach opieki hospicjum domowego NFZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lekarz min. 2 razy w miesiącu • pielęgniarka min. 2 razy w tygodniu • rehabilitant, psycholog w zależności od potrzeb • nieodpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego oraz do rehabilitacji i pielęgnacji <p>Ponadto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opieka lekarza i pielęgniarki POZ w wybranej placówce • opieka lekarzy specjalistów ze skierowaniem (poza wizytą u psychiatry, onkologa, wenerologa, dentysty, ginekologa i położnika) • nocna pomoc medyczna • pogotowie ratunkowe • niekomercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego • medyczne usługi komercyjne • komercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego • apteka lub punkt apteczny • transport sanitarny (na zlecenie lekarza POZ) <p>Uwaga: chory traci możliwość korzystania z pielęgniarskiej opieki długoterminowej i rehabilitacji w ramach przychodni NFZ.</p>
Usługi społeczne	<ul style="list-style-type: none"> • świadczenia pomocy społecznej (wymagające spełnienia określonych kryteriów) • usługi opiekuńcze świadczone przez OPS (tj. dostępność opiekunek, opieka wychnieniowa) • opiekuńcze usługi komercyjne

Źródło: Opracowanie własne.

To zestawienie potencjalnych usług należy uzupełnić o komentarz dotyczący rzeczywistej ich dostępności w poszczególnych gminach. Przez długi czas podlaskie gminy, na terenie których wdrażana była innowacja, były „białą plamą” na mapie dostępności domowej opieki hospicyjnej. W trakcie dwóch ostatnio organizowanych konkursów na pozyskanie kontraktu NFZ na hospicyjną opiekę domową, FHPE wygrało je, jednak kontrakt dotyczy mniejszej liczby podopiecznych niż ta, która wymagała pomocy. Opieka ta musi być realizowana dokładnie w sposób wskazany przez NFZ, nie dopuszcza elastyczności i adaptacji świadczonych usług do aktualnego stanu pacjenta. Takie rozwiązanie proponuje kolejny omawiany wariant opieki, realizowany w ramach innowacji (pakiet innowacyjny).

Ten wariant opieki obejmuje pakiet usług dostępnych dla pacjenta korzystającego ze wsparcia, innowacyjnego modelu opieki FHPE. Tu warunkiem objęcia opieką jest wydolna grupa wsparcia obejmująca rodzinę, zespół hospicjum wraz z członkami sieci oraz sąsiadów i wolontariuszy. W tym rozwiązaniu działania z zakresu pomocy medycznej i społecznej nie są rozdzielone, a łącznikiem między nimi jest KOOZ.

Tab. 20. Usługi dostępne w nowym modelu opieki nad osobami zależnymi, przewlekle i nieuleczalnie chorymi i wsparcia ich opiekunów (pakiet innowacyjny).

Pakiet innowacyjny	
Usługi medyczne	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz w zależności od potrzeb • pielęgniarka w zależności od potrzeb • opiekunka medyczna z FHPE w zależności od potrzeb • psycholog, dietetyk, rehabilitant w zależności od potrzeb • wizyty domowe specjalistów-wolontariuszy w zależności od potrzeb (np. psychiatra, urolog) • nieodpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego oraz do rehabilitacji i pielęgnacji • możliwość łączenia rehabilitacji FHPE z rehabilitacją z NFZ (w ramach ZOZ) • możliwość łączenia z długoterminową opieką pielęgniarstwa (jeśli jest dostępna) • opieka lekarza i pielęgniarki POZ w wybranej placówce • opieka lekarzy specjalistów ze skierowaniem • nocna pomoc medyczna • pogotowie ratunkowe • niekomercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego • medyczne usługi komercyjne • komercyjne wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego • apteka lub punkt apteczny • transport sanitarny (na zlecenie lekarza POZ)
KOOZ jako podmiot łączący usługi medyczne, społeczne i opiekuńcze	<ul style="list-style-type: none"> • regularne wizyty KOOZ • koordynacja opieki realizowanych przez członków sieci wsparcia • wsparcie w zaopatrzeniu w leki • wsparcie w pozyskiwaniu świadczeń dla podopiecznego lub opiekunów • wsparcie w nietypowych sytuacjach życiowych • wsparcie w codziennych sprawach • opieka wytchnieniowa dla opiekunów

<p>Usługi opiekuńcze i społeczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wsparcie w zaopatrzeniu w leki • opieka wytchnieniowa dla opiekunów • wsparcie psychologa dla opiekunów • wsparcie osób, rodzin w żałobie • świadczenia pomocy społecznej (wymagające spełnienia określonych kryteriów) • usługi opiekuńcze świadczone przez OPS (tj. dostępność opiekunek) • opiekuńcze usługi komercyjne • sieć wsparcia (koordynowana przez KOOZ-a) złożona z lokalnych interesariuszy świadczących pomoc na rzecz podopiecznych FHPE
---	---

Źródło: *Opracowanie własne.*

2.5. Podsumowanie

Porównanie dostępu do usług w ramach modelu podstawowego opieki w obu badanych lokalizacjach wskazuje, że osoby zamieszkujące na Podlasiu są w sytuacji trudniejszej niż mieszkańcy Podkarpacia, jeśli chodzi o wydolność opieki systemu, działającego w ramach tego, co zapewnia czy zapewniać powinno państwo. Należy tu także przypomnieć dane opisane w części dotyczącej kontekstów, w jakich wdrażana jest innowacja, że na Podlasiu znacznie trudniejsze jest także przemieszczanie się za pomocą transportu publicznego i dostęp do usług na miejscu. Funkcjonowanie FHPE i realizowany innowacyjny model opieki uzupełnia ofertę związaną z potrzebami medycznymi i socjalnymi, wkraczając w obszar działania dwóch porządków systemowych: opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Ważne jest wskazanie, że oba te systemy są w Polsce w kryzysie, są niedofinansowane, brakuje im pracowników. Na terenach wiejskich problemy te są nasilone, co skutkuje zróżnicowanym dostępem ludności do usług opieki zdrowotnej i opieki społecznej, a w przypadku wielu usług na obszarach wiejskich (co zostało wykazane powyżej) ich brakiem.

3. Tworzenie interdyscyplinarnego zespołu pracowników

W niniejszym rozdziale prezentujemy wyniki badań porównawczych zrealizowanych w dwóch instytucjach: Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza wdrażającej innowację – nowy model opieki na terenach wiejskich oraz NZOZ „Nadzieja”, który działa w oparciu o standardowe wytyczne Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyniki te oparte są przede wszystkim na wynikach cyklicznych badań ankietowych. W FHPE zrealizowano cztery pomiary: w 2021 roku – 19 osób, w 2022 roku – 11 osób, wiosną 2023 roku – 18 osób oraz jesienią 2023 roku – 20 osób. Natomiast w NZOZ „Nadzieja” ze względu na późniejszy moment rozpoczęcia badań przeprowadzono dwa pomiary: w 2022 roku – 9 osób i 2023 roku – 15 osób. W Fundacji przeprowadzone one były metodą audytoryjną, w NZOZ „Nadzieja” – samowrotną.

3.1. Pracownicy Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza i NZOZ „Nadzieja”

W okresie badań w FHPE liczba pracowników zmieniała się. Pracownicy zatrudnieni byli na różnych warunkach: umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej. W 2020 roku zatrudnionych na umowę o pracę było 5 osób oraz 27 osób w ramach umów cywilnoprawnych, w 2021 roku było to odpowiednio 6 i 14 osób, a w 2022 roku – 24 i 28 osób¹².

Badania pracowników FHPE realizowano w czasie regularnych, odbywających się co miesiąc, zebrań zespołu. Pozwoliło to objąć badaniami możliwie szeroką grupę pracowników. W FHPE – z racji specyfiki tej instytucji zarejestrowanej jako fundacja, finansowanej z kontraktu NFZ oraz funduszy zbieranych przez Fundację (jako organizację pożytku publicznego) – zatrudnieni są pracownicy, którzy stanowią podstawową kadrę wymaganą przez kontrakt z NFZ (tj. lekarz medycyny paliatywnej, pielęgniarki z ukończonym kursem z zakresu opieki paliatywnej lub specjalizacją z zakresu opieki paliatywnej, psycholog, fizjoterapeuta). Dodatkowo (poza wymogiem NFZ) w FHPE

¹² Wyraźnie większa liczba pracowników FHPE w 2022 roku wiąże się z otwarciem hospicjum stacjonarnego. Część z nich opiekuje się pacjentami zarówno z hospicjum domowego, jak i nowo utworzonej placówki.

zatrudnione są opiekunki oraz dietetyk. Wśród tych pracowników zrealizowano ankiety audytoryjne.

W przypadku pracowników NZOZ „Nadzieja” ankiety do wypełnienia przekazane zostały pracownikom przez założycielkę hospicjum, nie ma tam bowiem tradycji spotkań zespołu, w trakcie których można by je rozdać do wypełnienia w formie audytoryjnej. Za każdym razem proszono, by zostały przekazane wszystkim pracownikom, którzy jeżdżą do podopiecznych hospicjum domowego zamieszkujących tereny wiejskie. Pozyskano odpowiedzi tylko od tych pracowników, którzy zechcieli wziąć udział w badaniach i zwrócić wypełnione ankiety, dlatego też ostatecznie badaniami zostały objęte jedynie pielęgniarki tam zatrudnione oraz kierowniczka placówki. Ze względu na niską liczebność obu badanych grup dane prezentowane są za pomocą liczb, a nie wartości procentowych.

Tab. 21. Pracownicy uczestniczący w badaniach.

	Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza				NZOZ „Nadzieja”	
	2021	2022	2023 (I)	2023 (II)	2022	2023
Liczba pracowników:						
• zatrudnionych na umowę o pracę	6	24	bd	bd	bd	bd
• zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej	14	28				
N badanych	19	11	18	20	9	15
Lekarz	4	1	3	3	0	0
Pielęgniarka	5	3	5	6	8	14
Opiekunka	4	3	6	7	0	0
Psycholog	1	1	1	1	0	0
Dietetyk	1	0	0	0	0	0
Fizjoterapeuta	4	3	3	3	0	0
Kierownik	0	0	0	0	1	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

W obydwu hospicjach przeważającą liczbę badanych pracowników stanowią kobiety. Wśród pracowników FHPE szczególnie liczna jest grupa osób w wieku 51–60 lat. Dość wysoki jest też udział pracowników w wieku 31–40 lat oraz pomiędzy 41 a 50 rokiem życia. Z kolei w NZOZ „Nadzieja” najbardziej liczną grupą wiekową wśród zatrudnionych były osoby w wieku pomiędzy 41 a 50 lat oraz 51–60 lat. Pozostałe grupy wieku w obydwu placówkach były reprezentowane przez pojedynczych pracowników.

Tab. 22. Pracownicy badanych instytucji.

	Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza				NZOZ „Nadzieja”	
	2021	2022	2023 (I)	2023 (II)	2022	2023
Wiek badanych pracowników						
do 30 lat	5	2	2	1	1	2
31–40	4	2	3	4	1	2
41–50	2	2	3	4	4	3
51–60	6	4	9	10	1	4
60+	2	1	1	1	1	3
Czas pracy w badanych instytucjach						
Maksymalnie rok	6	2	7	5	0	2
Więcej niż rok, ale nie więcej niż 5 lat	8	5	6	10	0	1
Więcej niż 5 lat	5	4	5	5	8	12
Miejsca pracy						
Jedno (tylko w badanej instytucji)	2	1	6	3	5	9
Więcej niż jedno	17	10	12	17	4	6
Odległość miejsca zamieszkania od miejsca pracy						
do 5 km	2	0	1	1	4	3
6–10 km	0	0	0	1	3	4
11–20 km	3	1	0	3	1	1
20+ km	14	10	17	15	2	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Znaczna większość pracowników FHPE to osoby zatrudnione w placówce mniej niż 5 lat, jednak gros osób pracuje w placówce więcej niż rok. Z kolei w NZOZ „Nadzieja” przeważają osoby pracujące dłużej niż 5 lat (a w większości przypadków jest to więcej niż 10 lat); placówka ta charakteryzuje się relatywnie stałym zespołem pracowników.

Dla znacznej większości pracowników FHPE (około 70–80%) nie jest to jedyne miejsce pracy, podczas gdy w porównawczej placówce proporcje te są bardziej wyrównane: dla więcej niż połowy badanych osób NZOZ „Nadzieja” jest jedynym miejscem pracy. Z relacji badanych wynika, że o wakatach w tych placówkach badani dowiedzieli się przede wszystkim od znajomych za pomocą tzw. „poczty pantoflowej”.

Badanych różnią także odległości, które muszą pokonywać w drodze do pracy. W FHPE około trzech na czterech pracowników stanowią osoby, które dojeżdżają do pracy więcej niż 20 kilometrów, a większość z nich mieszka dalej niż 30 kilometrów od siedziby FHPE. Natomiast w NZOZ „Nadzieja” badani to osoby, których miejsca zamieszkania są zlokalizowane dość blisko placówki – w połowie przypadków do

10 kilometrów. Natomiast liczną grupę stanowią osoby mieszkające powyżej 20 km od placówki.

3.1.1. Ocena warunków pracy w instytucjach

Badani pracownicy oceniali trzy aspekty pracy w hospicjum: poczucia sensu wykonywanej pracy, sposobu organizacji pracy oraz warunków finansowych. Badani w obydwu placówkach pierwsze dwa wymienione aspekty ocenili bardzo wysoko. Najniżej oceniono warunki finansowe. W pierwszym pomiarze w FHPE na poziomie 8,1, natomiast w NZOZ „Nadzieja” przyznano im 7,8 punktów w skali od 1 do 10. Należy jednak odnotować rosnące zadowolenie pracowników FHPE z oferowanych im warunków finansowych, przy czym pozostałe aspekty warunków pracy w tej instytucji pozostawały na relatywnie stałym, wysokim poziomie. W NZOZ „Nadzieja” w trakcie trwania projektu poczucie sensu z wykonywanej pracy badanych pracowników pozostało bardzo wysokie, zaś w pozostałych dwóch wymiarach ich zadowolenie wzrosło. Dotyczy to również zadowolenia z warunków finansowych, choć zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze było ono niższe niż wśród pracowników FHPE.

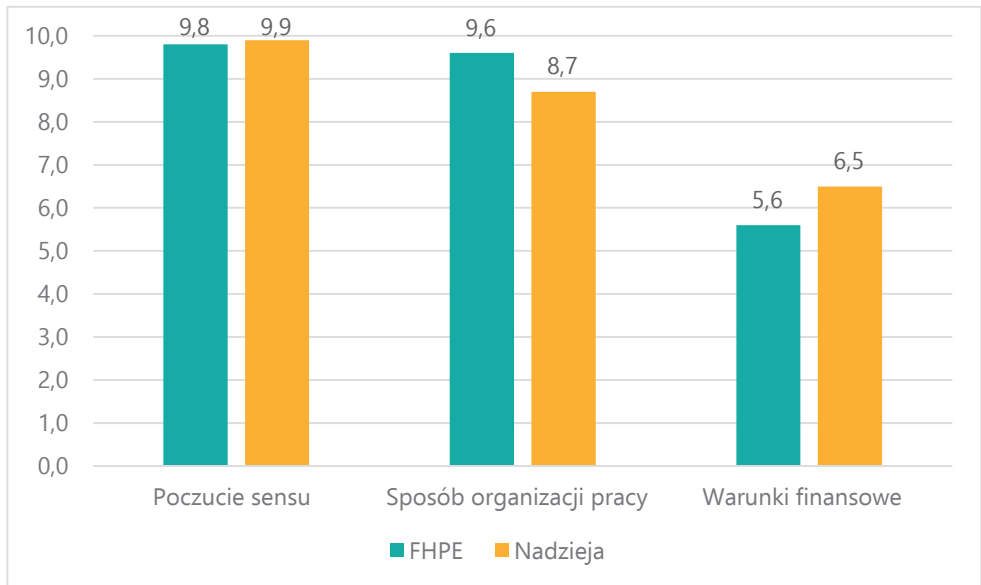
Tab. 23. Ocena poczucia sensu, sposobu organizacji pracy i warunków finansowych w badanych instytucjach. Średnia ocen w skali od 1 do 10.

	Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza				NZOZ „Nadzieja”	
	2021	2022	2023 (I)	2023 (II)	2022	2023
Poczucie sensu	9,9	9,8	9,6	9,8	9,9	9,9
Sposób organizacji pracy	9,4	9,5	9,4	9,6	9,4	9,7
Warunki finansowe	8,1	8,4	9,2	9,3	7,8	8,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

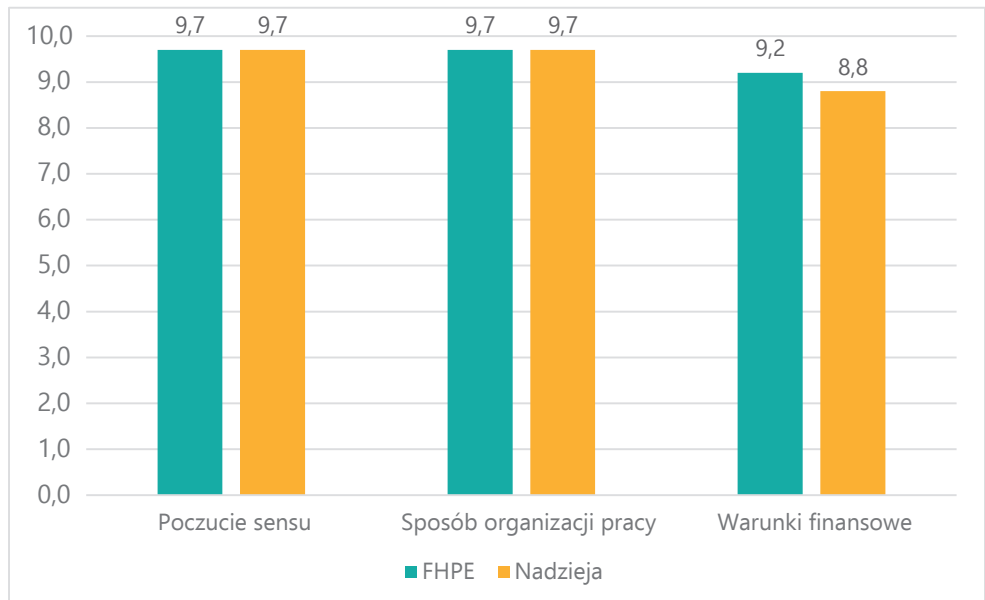
Najliczniejszą grupę w obydwu badanych instytucjach stanowią pielęgniarki. Porównajmy ich oceny warunków pracy w pierwszym (lata 2021/2022) i ostatnim (2023 rok) pomiarze w dwóch instytucjach. Należy odnotować, że w przypadku pierwszego badania pielęgniarki w FHPE i NZOZ „Nadzieja” podobnie wysoko oceniły poczucie sensu wykonywanej pracy. Pozostałe dwa aspekty oceniono odmiennie: wyżej sposób organizacji pracy w FHPE, a warunki finansowe wyżej w NZOZ „Nadzieja”. Jednocześnie – jak wynika z przeprowadzonych badań – w obydwu placówkach pielęgniarki to ta grupa zawodowa spośród wszystkich pracowników, która jest relatywnie najmniej zadowolona z poszczególnych aspektów pracy.

Rys. 13. Ocena poczucia sensu, sposobu organizacji pracy i warunków finansowych w badanych instytucjach – pielęgniarki (2021/2022).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Rys. 14. Ocena poczucia sensu, sposobu organizacji pracy i warunków finansowych w badanych instytucjach – pielęgniarki (2023).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

W swobodnych wypowiedziach pracownicy FHPE wskazywali, że podstawowym atutem pracy w tego typu placówce jest pomaganie innym w miejscu zamieszkania. Wskazywano również na samodzielność, elastyczne godziny pracy oraz samorealizację i rozwój zawodowy. Wśród największych zalet pracy w hospicjum pracownicy NZOZ „Nadzieja” wskazali pomaganie osobom chorym oraz poczucie bycia potrzebnym. Wskazano też, że praca w tej placówce umożliwia im rozwój osobisty/samorozwój, nieregularny czas pracy¹³, a także kontakt z ludźmi oraz wdzięczność pacjentów. Podstawową trudnością wskazywaną przez badanych w obydwu instytucjach były duże odległości między podopiecznymi i trudne warunki dojazdu do pacjentów. Równie licznie wskazywano na trudne emocje spowodowane odchodzeniem pacjentów oraz pracę z „trudnymi pacjentami”.

3.1.2. Zakres obowiązków pracowników w dwóch instytucjach

Jedną z największych zmian, jakie wprowadza w istniejący system opieki wdrażana innowacja, jest stworzenie odrębnego stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ). Była to odpowiedź na problem, dostrzeżony przez zarządzających hospicjum, związany z obciążeniem jego pracowników działaniami spoza ich zadań zawodowych, które podejmowali kosztem czasu, w jakim mogliby pomagać większej liczbie pacjentów. Stąd w badaniu pojawiły się pytania, których celem było sprawdzenie, czy wprowadzenie do zespołu KOOZ-a odciąży pozostałych pracowników z innych działań, a także weryfikujące, na ile podejmowanie innych niż służbowe działań na rzecz pacjentów jest obecne w drugim hospicjum. Syntetycznie podobieństwa i różnice w zadaniach realizowanych przez pracowników dwóch placówek ukazują tabele 24 i 25, przedstawiające wyniki pierwszego i ostatniego przeprowadzonego badania ankietowego w FHPE i NZOZ „Nadzieja”.

Z relacji badanych pracowników FHPE wynika, że w 2021 roku, a więc przed okresem wdrażania innowacji, najczęściej pomagali podopiecznym w robieniu zakupów oraz w sprawach domowych. Czynności te najczęściej wykonywały opiekunki, znacznie rzadziej inni pracownicy FHPE. Często badani pomagali w wypożyczaniu sprzętu rehabilitacyjnego. W tym zakresie największą aktywnością deklarowały pielęgniarki, a czynności wykonywane okazjonalnie były najliczniejsze. W pierwszym badanym roku (tab. 24) najwięcej osób zadeklarowało, że okazjonalnie pomaga pacjentom w innych usługach medycznych, niż te związane z opieką hospicyjną. Licznie wskazywano również, że okazjonalnie badani pomagają w wypożyczaniu sprzętu rehabilitacyjnego oraz pomagają rodzinie pacjenta w jego sprawach. Także w robieniu zakupów. Badanych proszono o wskazanie czynności, w których nigdy nie pomagali pacjentowi i/lub

13 Byli jednak i tacy, którzy uznawali to za niedogodność.

jego rodzinie. Okazuje się, że najwięcej badanych nigdy nie pomagało podopiecznym w załatwianiu spraw urzędowych oraz w transporcie. W 2021 roku licznie wskazywano też na niepomaganie w sprawach domowych.

Tab. 24. Wykaz wykonywanych prac dodatkowych – FHPE (2021 i 2023).

Rodzaj zadania	2021			2023		
	często	okazjonalnie	nigdy	często	okazjonalnie	nigdy
w załatwianiu spraw urzędowych	2	6	12	0	7	10
w robieniu zakupów	5	9	3	3	12	4
w transporcie	0	7	11	0	9	8
w sprawach domowych (np. palenie w piecu, przynoszenie wody, przygotowywanie posiłku)	5	5	9	7	6	5
w innych niż związanych z opieką hospicyjną usługach medycznych	2	12	5	2	9	7
w wypożyczaniu sprzętu rehabilitacyjnego	4	10	5	3	10	3
rodzinie pacjenta w jego sprawach	2	11	5	2	10	5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

W 2023 roku, drugim roku testowania innowacji, liczba dodatkowych zadań, które pracownicy FHPE wykonywali często, zmniejszyła się. Najliczniej jednak – podobnie w 2021 roku – wskazywano na pomoc w sprawach domowych oraz robienie zakupów. Rzadziej niż w 2021 roku pojawiły się odpowiedzi wskazujące na wsparcie pacjentów w innych niż związane z opieką hospicyjną usługach medycznych oraz w pomaganiu rodzinom pacjentów. Może to świadczyć o tym, że funkcjonujący w ramach modelu Koordynator Opieki Osób Zależnych oraz sieć wsparcia zaczęły odciążać pracowników FHPE w ich zadaniach. Należy przy tym pamiętać, że w FHPE – ze względu na specyficzny i trudny rynek pracy – następuje dość częsta rotacja personelu, a odpowiedzi w różnych latach pochodzą od częściowo różnych osób pracujących na takich samych stanowiskach. Odnotujmy jedynie, że w 2023 roku wskazania czynności, których pracownicy nie wykonywali nigdy, były podobne do tych, które wskazano w 2021 roku.

Te same pytania zadano pracownikom hospicjum działającego w ramach kontraktu NFZ, na terenie o lepszym wyposażeniu infrastrukturalnym i w którym oferta istniejącego systemu opieki jest bogatsza i łatwiej dostępna.

Tab. 25. Wykaz wykonywanych prac dodatkowych – NZOZ „Nadzieja” (2022 i 2023).

Rodzaj zadania	2022			2023		
	często	okazjonalnie	nigdy	często	okazjonalnie	nigdy
w załatwianiu spraw urzędowych	2	6	12	0	7	10
w robieniu zakupów	5	9	3	3	12	4
w transporcie	0	7	11	0	9	8
w sprawach domowych (np. palenie w piecu, przynoszenie wody, przygotowywanie posiłku)	5	5	9	7	6	5
w innych niż związanych z opieką hospicyjną usługach medycznych	2	12	5	2	9	7
w wypożyczaniu sprzętu rehabilitacyjnego	4	10	5	3	10	3
rodzinie pacjenta w jego sprawach	2	11	5	2	10	5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Badanie to powtórzone zostało po roku, aby sprawdzić, czy sytuacja zmieniła się pomimo braku zmiany w postaci wprowadzenia do zespołu Koordynatora Opieki Osób Zależnych.

Pracownicy jednostki, świadczącej usługi w ramach kontraktu NFZ, również widzą potrzeby osób, którym się opiekują i wykraczają w swojej aktywności poza działania zdefiniowane w kontrakcie. Może to być wskazanie do poszerzenia pomocy lub dostrzeżenia innych potrzeb podopiecznych i przekazania ich pod opiekę właściwej instytucji. W przypadku innowacji tego rodzaju potrzeby zaspokaja KOOZ lub wybrana przez niego osoba/instytucja ze społecznej sieci wsparcia. To powoduje, że w ostatnim pomiarze dostrzec można już mniejsze obciążenie pracowników zadaniami dodatkowymi, co widoczne jest szczególnie w przypadku lekarzy. Jest to ważne przy istniejącym deficycie lekarzy na medycznym rynku pracy, a ponadto czas lekarzy jest drogi: stawki wynagrodzenia są w ich przypadku najwyższe. Ten element innowacji jest korzystny zarówno, gdy chodzi o wykorzystanie zasobów ludzkich, jak i finansowych.

Pracowników NZOZ „Nadzieja” nie pytano o testowaną innowację, ale do badania włączono zagadnienia związane z problemami w opiece hospicyjnej w Polsce oraz możliwymi rozwiązaniami, które mogłyby minimalizować dostrzegane trudności. Wśród największych problemów działania domowej opieki hospicyjnej badani wskazali stan dróg i długotrwałe, dalekie dojazdy do pacjentów. Problemy te są źródłem zmęczenia

fizycznego. Łączą się z tym kolejne problemy: brak samochodów służbowych oraz trudny dostęp (także przestrzenny) do niezbędnych placówek. Wskazywano też na sposób organizacji i duże nakłady pracy pracowników hospicjum.

Tab. 26. Największe problemy w sposobie działania domowej opieki hospicyjnej w Polsce w opinii pracowników NZOZ „Nadzieja”.

	2022	2023
Stan dróg, problemy komunikacyjne, dojazdy do pacjentów	3	5
Organizacja i nakład pracy pracowników hospicjum	2	
Brak samochodów służbowych	2	
Trudny dostęp do niezbędnych placówek	2	
Brak świadomości społecznej na temat możliwości uzyskania pomocy	1	2
Gorsza dostępność do opiekunek	1	
Samotność osób mieszkających na wsi	1	
Niskie nakłady na działalność hospicjów	0	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Uzupełnieniem odpowiedzi na temat problemów w sposobie działania opieki hospicyjnej w Polsce są możliwe rozwiązania wskazywane przez badanych. Po pierwsze, pracownicy hospicjum wspominali o konieczności poprawy warunków komunikacyjnych i technologicznych, w tym na przykład możliwości udostępnienia pracownikom służbowych samochodów medycznych. Po drugie, wskazywali na konieczność zwiększenia możliwości opiekuńczych poprzez wprowadzenie do zespołu hospicjów opiekunek. Po trzecie, badani wskazywali, że należy rozszerzyć zakres wskazań umożliwiający objęcie chorego opieką hospicjum.

Tab. 27. Propozycje rozwiązania problemów w działaniu opieki hospicyjnej w Polsce w opinii pracowników hospicjum „Nadzieja”.

	2022	2023
Poprawa warunków komunikacyjnych i technologicznych (w tym służbowe samochody medyczne)	3	1
Zwiększenie liczby wizyt pielęgniarek	2	0
Większe możliwości opiekuńcze (dodatkowe opiekunki)	3	1
Większa współpraca pielęgniarek środowiskowych, lekarzy rodzinnych z pacjentem i jego rodziną	2	0

	2022	2023
Rozszerzenie zakresu wskazań do objęcia opieką hospicjum	3	0
Wsparcie ze strony GOPS	0	1
Zwiększenie środków na kontrakt z NFZ	0	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

3.1.3. Oddziaływanie pracy na kondycję fizyczną i psychiczną pracowników

Doświadczenia pracownika wchodzącego w relację z chorym mogą powodować, że wykonywana praca w dużym stopniu naraża na wystąpienie objawów wypalenia zawodowego. Codzienne stykanie się z człowiekiem cierpiącym, obcowanie ze śmiercią i rozpaczą umierającego i jego bliskich może prowadzić do różnych zmian w zachowaniu opiekujących się osób. Zatem można przyjąć, że praca w hospicyjnej opiece domowej predestynuje do wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego. W ramach budowania interdyscyplinarnego zespołu medycznego, realizującego innowację, do jego składu zaproszono osobę, która miała dbać o dobrostan psychiczny pracowników. Aby sprawdzić, czy jej obecność przynosi oczekiwane rezultaty, konieczne było przeprowadzenie badań porównawczych wśród pracowników obu badanych instytucji.

Do zbadania wypalenia zawodowego pracowników FHPE i NZOZ „Nadzieja” wykorzystano dwa testy, które uprzednio zostały użyte przez psycholożkę-ekspertkę na etapie jej początkowej pracy z zespołem FHPE. Stanowiły one podstawę diagnozy kondycji psychicznej pracowników badanej jednostki jeszcze przed rozpoczęciem wdrażania innowacji. Pierwszy z testów¹⁴ składał się z 20 wskazań, z których część dotyczy stanu fizycznego (np. odczuwania bólów somatycznych czy problemów z ciśnieniem, doświadczania obniżenia odporności), a część stanu psychicznego i emocjonalnego badanego (np. przygnębienie, rozdrażnienie, utrata zainteresowania pracą). Pracowników proszono o wskazanie częstotliwości doświadczania poszczególnych odczuć/stanów. Częste wskazania odnoszące się do stanu fizycznego i psychicznego mogą świadczyć o trudnościach i problemach powodowanych przez pracę. Wyniki przeprowadzonego testu ukazują, że w obydwu pomiarach (w 2021 i 2023 roku) odpowiedzi „zawsze/bardzo często” były pojedyncze i dotyczyły utraty zainteresowania pracą, niechęci do wykonywania obowiązków, problemów z koncentracją, złośliwości i cynizmu wobec innych, chronicznego zmęczenia oraz zaburzeń snu. Nieco liczniejsze były wskazania „często” – najwięcej z nich dotyczyło rozdrażnienia i niecierpliwości. W odpowiedziach badanych dominowały wybory wskazujące „rzadko” i „wcale”, w przypadku których

14 Otrzymany od psycholożki pracującej z zespołem FHPE. Priorytetem było zachowanie powtarzalności badania.

najwięcej badanych wybrało odpowiedź wskazującą na wahania nastrojów i negatywne emocje oraz na problemy z koncentracją.

Tab. 28. Test 1: wypalenie zawodowe pracowników FHPE (2021 i 2023 rok). Liczba wskazań na poszczególne przejawy stanów psychicznych.

W ostatnich tygodniach odczuwam...	2021		2023	
	Zawsze i często	Wcale i rzadko	Zawsze i często	Wcale i rzadko
1. Rozdrażnienie i niecierpliwość	5	10	3	13
2. Poczucie bezsilności i bezradności wobec obowiązków zawodowych	2	11	1	13
3. Przygnębienie/utrata entuzjazmu	3	11	0	16
4. Utrata zainteresowania pracą	3	10	0	19
5. Niechęć do wykonywania swoich obowiązków	3	11	1	17
6. Wahania nastrojów i negatywne emocje	2	11	0	16
7. Obniżenie samooceny i poczucia skuteczności	3	10	0	17
8. Poczucie winy wynikające z wyników swojej pracy	2	10	0	17
9. Problemy z koncentracją	4	10	1	15
10. Trudność w podejmowaniu decyzji	2	9	0	15
11. Poczucie, że mały wysiłek jest ponad siły	2	11	0	18
12. Osłabienie relacji ze współpracownikami i klientami oraz dążenie do unikania innych	1	9	0	17
13. Złośliwość i cynizm wobec innych	1	11	1	17
14. Obwinianie się za niepowodzenia	1	10	0	17
15. Chroniczne zmęczenie	4	11	2	13
16. Zaburzenia snu	4	9	1	15
17. Spadek odporności	1	10	1	16
18. Bóle somatyczne	1	10	1	15
19. Problemy z ciśnieniem	0	11	2	16
20. Zaburzenia związane z układem pokarmowym	1	11	2	16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Odpowiedziom przypisano wartości punktowe: odpowiedź „zawsze” – 4 punkty, „często” – 3, „rzadko” – 1, „wcale” – 0. Po zsumowaniu punktów dla każdego pracownika okazało się, że większość badanych nie doświadczała wypalenia zawodowego, o czym

świadczą punktacje 0–19 i 20–39. Jedynie odpowiedzi dwóch osób wskazują, że mogą one być dotknięte wypaleniem zawodowym, tzn. doświadczają niektórych symptomów tego problemu. Są one w szczególnej sytuacji, niezaawansowanego stadium wypalenia, które będzie się pogłębiało, jeśli nie zostaną podjęte kroki temu przeciwdziałające.

Tab. 29. Punktacja obrazująca zagrożenie wypaleniem zawodowym – Test 1, FHPE, 2021 i 2023 rok¹⁵.

Liczba punktów	Liczba osób, których odpowiedzi odpowiadają danej punktacji 2021	Liczba osób, których odpowiedzi odpowiadają danej punktacji 2023
60–80 punktów	0	0
40–59 punktów	2	0
20–39 punktów	7	4
0–19 punktów	6	16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Drugi test, który wykorzystano do badania zespołu, polegał na wskazaniu odpowiedzi „tak” lub „nie” do dziesięciu wskazań – ponownie dotyczących zarówno kondycji psychicznej, jak i fizycznej. W 2021 roku najwięcej odpowiedzi „tak” otrzymały dwa twierdzenia, z których pierwsze dotyczyło tego, że badani myślą o pracy również w czasie wolnym oraz deklaracji o tym, że liczne zajęcia nie pozwalają badanym na rekreację. W 2023 roku jedynie pierwsze ze wskazanych twierdzeń było licznie wskazywane. Odnotujmy, że w 2021 roku tylko jedna osoba zgodziła się z twierdzeniem, że chętnie zmieniałaby pracę, w 2023 roku nikt z badanych nie wskazał tej odpowiedzi. Zarówno w 2021 roku, jak i 2023 odpowiedzi „nie” były liczniej wskazywane przez badanych, co może świadczyć o relatywnie niewielkim problemie zagrożenia wypaleniem zawodowym.

¹⁵ Interpretacja sum punktów dla badanych:

60–80 punktów – doświadczasz zdecydowanej większości objawów wypalenia zawodowego w bardzo dużym nasileniu. Oznacza to, że powinnaś/powinieneś zgłosić się po pomoc do psychologa, terapeuty lub lekarza, interwencja osób specjalnie przeszkolonych jest niezbędna. Sam urlop czy zajęcie się sprawami niezwiązanymi z pracą nie wystarczą. Powrót do zdrowia i równowagi będzie procesem długotrwałym, jednak tego stanu nie wolno lekceważyć.

40–59 punktów – jeżeli obserwujesz te symptomy u siebie, istnieje duże prawdopodobieństwo, że problem wypalenia zawodowego dotknął również Ciebie. Nie jest to zaawansowane stadium, jednak ten stan będzie się pogłębiał, jeśli nie podejmiesz żadnych środków zaradczych. Na tym etapie krótki wypoczynek może nie przynieść zamierzonych rezultatów, potrzebujesz wprowadzić zmiany w obrębie organizacji swojej pracy.

20–39 punktów – wypalenie zawodowe raczej Ciebie nie dotyczy, jednak bądź czujna/czujny. Możesz niekiedy odczuwać zmęczenie, jednak jesteś w stanie poradzić sobie dość skutecznie dzięki urlopowi lub koncentracji na aktywnościach pozazawodowych.

0–19 punktów – nie doświadczasz objawów wypalenia zawodowego. Należysz do tej grupy pracowników, która skutecznie radzi sobie ze stresem i ograniczeniami w miejscu pracy lub masz duże wsparcie w organizacji. Jeśli wypracowałeś sobie strategie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, pielęgnuj je nadal.

Tab. 30. Test 2: wypalenie zawodowe pracowników FHPE (2021 i 2023 rok). Liczba wskazań na poszczególne stany.

Możliwe stany psychiczne	2021		2023	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Myślę o pracy również w czasie wolnym	8	8	12	7
2. Czuję się przytłoczony obowiązkami	6	10	3	16
3. Gdy wstaję rano w dni robocze, czuję się zmęczony lub wyczerpany	6	10	4	15
4. W pracy jestem coraz bardziej sfrustrowany, niecierpliwy i nerwowy	2	14	1	18
5. Straciłem chęć, aby się dokształcać	6	10	1	18
6. Coraz częściej zdarzają mi się drobne infekcje, bóle głowy itp.	3	13	3	16
7. Chętnie zmieniłbym pracę	1	15	0	19
8. Coraz częściej jestem bezradny wobec problemów w pracy	2	14	0	19
9. Często denerwują mnie ludzie w pracy, którzy do mnie przychodzą	2	14	0	19
10. Jestem zbyt zajęty, by pozwolić sobie na zajęcia rekreacyjne	8	8	3	16

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Odpowiedzi badanych ponownie zsumowano. Odpowiedzi „tak” przy poszczególnych twierdzeniach były sporadyczne. Nie więcej niż raz wybrała je ponad połowa badanych. W 2021 roku pięć osób wskazało na minimum trzy odpowiedzi „tak”, co stanowiło około jedną trzecią puli możliwych wskazań i należy podkreślić, że nie świadczą one o wypaleniu zawodowym, a wskazują na pewne jego możliwe symptomy. W 2023 roku liczba osób w tej kategorii była niższa – odnotowano jedynie dwa przypadki.

Tab. 31. Punktacja obrazująca zagrożenie wypaleniem zawodowym – Test 2, FHPE, 2021 i 2023 rok.

Liczba udzielonych odpowiedzi „tak”	Liczba osób, które wskazały odpowiedzi „tak” 2021	Liczba osób, które wskazały odpowiedzi „tak” 2023
0–1	9	13
2–3	2	4
Więcej niż 3	5	2

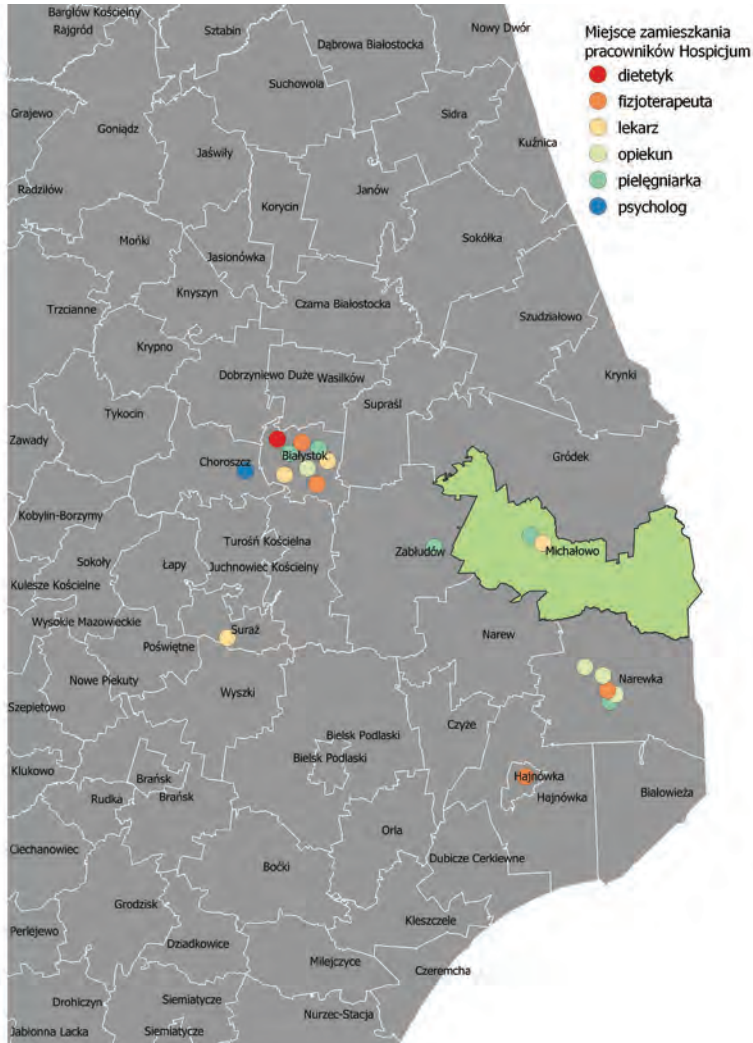
Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Istotnym elementem innowacji jest działanie, którego celem miało być objęcie opieką psychologiczną i zadbanie o dobrostan psychiczny personelu FHPE. Do realizacji tego zadania wybrano osobę z doświadczeniem pracy w hospicjum, ale spoza zespołu.

Zaplanowano comiesięczne spotkania, w dwóch grupach po 4 godziny, ale do września 2022 roku, z zaplanowanych 10 odbyło się 5, przy bardzo małej frekwencji. Powodem mogło być to, że spotkania odbywały się w wolny od pracy dzień, a także niechęć do przyznawania się do słabości szczególnie w miejscu pracy, w obecności współpracowników. Może to także wynikać z niedopasowania osoby prowadzącej, psycholożki-ekspertki, do oczekiwań personelu. Ze względu na małą frekwencję podjęto próbę uelastycznienia oferty: spotkania miałyby odbywać się w jednej grupie, dopuszczono możliwość spotkań indywidualnych oraz korzystania z konsultacji telefonicznych lub online. Jednakże te działania nie przyniosły spodziewanych efektów.

Z wywiadu przeprowadzonego z psycholożką-ekspertką zatrudnioną w projekcie wynika, że swoją rolę we wdrażanej innowacji widzi ona jako działania zmierzające do zapewnienia opieki i wsparcia personelowi zatrudnionemu w FHPE, co ma zapobiegać symptomom zespołu wypalenia zawodowego i redukować negatywne skutki pracy w stresie, konfrontowania się ze śmiercią, działania pod presją i na ogół w sytuacjach dużej odpowiedzialności. Badaną psycholożkę zapytano o to, jakie działania zaplanowała i zrealizowała, żeby pracować z zespołem FHPE. Pierwszym działaniem było – anonimowe – zdiagnozowanie poziomu zagrożenia wypaleniem zawodowym w zespole. Zostały zrealizowane badania wykazujące możliwość wystąpienia syndromu u części osób (w oparciu o przedstawione powyżej testy). Zespołowi zaproponowano cykliczne spotkania, raz w miesiącu, w soboty, które w formie warsztatów miały przybliżyć tematy związane z rozpoznawaniem i radzeniem sobie z emocjami, radzeniem sobie ze stresem, psychoedukacji w zakresie zachowań osób chorych i tego, jak ich stan zdrowotny może wpływać na stosunek do osób pomagających, zagadnień związanych ze skuteczną komunikacją z pacjentem i jego rodziną, redukowaniem stresu itp. Spotkania nie cieszyły się dużym zainteresowaniem i w zamian zaproponowano członkom zespołu konsultacje indywidualne – osobiste, telefoniczne lub online, jednak aktywność związana z tą częścią innowacji wygasa. Badana zwróciła uwagę, że dla większości członków zespołu praca w FHPE jest pracą dodatkową, czasem drugą, a czasem kolejną i propozycja tego rodzaju była odbierana jako dodatkowe obciążenie, a niekoniecznie jako działanie wspierające ich w pracy zawodowej. Z możliwości konsultacji indywidualnych chciały skorzystać jedynie dwie osoby, mocno skrepowane, czujące niepewność przed mającym nastąpić spotkaniem, jednak finalnie żadne z nich nie doszło do skutku. Jedna z osób odeszła wcześniej z pracy w FHPE, a druga nie umówiła ostatecznie spotkania. Zdaniem psycholożki-ekspertki na małe zainteresowanie ofertą zawartą w ramach innowacji duży wpływ miał termin organizowania spotkań, czyli dzień wolny od pracy. To pierwsza i podstawowa przyczyna niepowodzenia tego elementu innowacji. Drugą jest znaczna odległość siedziby FHPE od domów wielu zatrudnionych. Poniżej prezentujemy mapę, na którą naniesiono lokalizację miejsca zamieszkania pracowników FHPE (stan na 2021 rok).

Rys. 15. Miejsca zamieszkania pracowników FHPE (2021).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Kolejnym czynnikiem są uwarunkowania kulturowe, czyli nadal spotykana na wsi, nawet w środowisku związanym z opieką czy medycyną, niechęć do korzystania z pomocy psychologa (czy psychoterapeuty lub psychiatry), traktowana jako świadcząca o słabości, chorobie psychicznej czy „wariactwie”. Wynika to ze stereotypów, nieumiejętności nazywania emocji, mówienia o nich i niechęci do poszukiwania możliwości radzenia sobie z nimi w sposób wykorzystujący wsparcie z zewnątrz. Wśród mieszkańców regionu (ale też wielu innych środowisk w Polsce) nadal pokutuje przekonanie o konieczności radzenia sobie z problemami samemu i o tym, że prośba o pomoc

świadczy o słabości proszącego. Podobne wątki dotyczące wstydu z korzystania z pomocy pojawiały się w narracjach pracowników FHPE, kiedy to rodziny podopiecznych nie chciały, aby samochody pracowników były widziane pod ich domem. W ich opinii świadczyłoby to bowiem o tym, że nie radzą sobie sami z opieką nad bliskimi. Te postawy stają się powoli przedmiotem publicznej debaty, ponieważ mierzymy się w Polsce z ogromnym kryzysem zdrowia psychicznego, brakami w systemie wsparcia i pomocy, stąd coraz częściej mówi się o konieczności edukacji dotyczącej zdrowia psychicznego.

Ekspertkę poproszono także o wskazanie, jakie są w jej opinii największe zagrożenia dla osób pracujących w hospicjach. Pierwszym z wymienionych było właśnie wypalenie, prowadzące do stępienia wrażliwości, chronienia siebie za pomocą braku empatii, depersonalizowania podopiecznych, opryskliwości, drażliwości i innych, które powodują, że zniechęcają potrzebujących do proszenia o pomoc. Dużym wsparciem w takich sytuacjach może być dobra organizacja pracy, pilnowanie, aby osoby pomagające nie brały na siebie zbyt dużo – obowiązków, dyżurów, ale to związane jest nierozłącznie z godnymi zarobkami, które pozwalają na zadbanie o higienę psychiczną pracy i odpoczynek. Jest to bardzo trudne w polskim systemie opieki, w którym brakuje zarówno wyspecjalizowanych pracowników, jak i adekwatnych wynagrodzeń w zawodach pomocowych, co skutkuje pracą w wielu miejscach, motywowanej chęcią zarobku, ale też troską o pacjentów, którzy w innym wypadku nie uzyskaliby pomocy.

Ostatnim tematem poruszonym w wywiadzie były kwestie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Pytania ukierunkowano tak, by badana mogła wskazać elementy, które można zmienić w istniejącym systemie tak, aby nie tracić potencjału osób pracujących w hospicjach. Podstawową kwestią wymagającą zmiany są zdaniem badanej wynagrodzenia pracowników hospicjum. Jej zdaniem konieczne jest przeformułowanie organizacji pracy w hospicjum. Przywołała swoje doświadczenie pracy w tego typu jednostce, w której oddolny impuls doprowadził do wykształcenia się nowych standardów organizacji pracy: wprowadzono cykliczne (raz w tygodniu, raz na dwa tygodnie) spotkania dla zespołu, prowadzono rozmowy z zespołem (najczęściej jak to było możliwe) o bieżących sprawach z uwzględnieniem potrzeb pacjentów, zwracano uwagę pracowników na indywidualność pacjentów i ich potrzeb. Badana wskazała również, że być może konieczne jest lepsze/bardziej efektywne włączenie wolontariuszy w działalność hospicjum (ponownie odwoływała się tu do własnych doświadczeń). Jej zdaniem wolontariusze powinni być traktowani jako sojusznicy, którzy po odpowiednim przeszkoleniu mogą wspierać personel hospicjum w ich zadaniach. Kolejnym elementem proponowanym przez badaną jest edukacja pracowników zatrudnionych w hospicjach, co z jednej strony powinno obejmować podnoszenie kompetencji, a z drugiej powinno koncentrować się na udrażliwianiu personelu na pacjenta i jego potrzeby. Konieczne jest – zdaniem psycholożki – wsparcie psychologiczne i emo-

cyjnalne pracowników hospicjów, co może ograniczyć zagrożenie wypaleniem zawodowym.

Wśród personelu pracującego w NZOZ „Nadzieja” również przeprowadzono test zagrożenia wypaleniem zawodowym. W teście 1 odpowiedzi badanych wskazujące, że bardzo często lub często odczuwają niekorzystne dolegliwości fizyczne lub psychiczne, były nieliczne. Zdecydowanie przeważały odpowiedzi „rzadko” lub „wcale”. Najwięcej badanych wskazało, że nie doskwiera im poczucie, że tracą zainteresowanie pracą, będą niechętnie wykonywać obowiązki zawodowe lub że odczuwają problemy związane z niewłaściwym działaniem układu pokarmowego (przede wszystkim o podłożu stresowym/nerwowym).

Tab. 32. Test 1: wypalenie zawodowe pracowników NZOZ „Nadzieja” (2022 i 2023). Liczba wskazań na odpowiedzi.

W ostatnich tygodniach odczuwam...	2022		2023	
	Zawsze i często	Wcale i rzadko	Zawsze i często	Wcale i rzadko
1. Rozdrażnienie i niecierpliwość	0	10	1	10
2. Poczucie bezsilności i bezradności wobec obowiązków zawodowych	1	11	2	13
3. Przygnębienie/utrata entuzjazmu	1	11	0	12
4. Utrata zainteresowania pracą	0	10	0	13
5. Niechęć do wykonywania swoich obowiązków	0	11	1	13
6. Wahania nastrojów i negatywne emocje	0	11	1	13
7. Obniżenie samooceny i poczucia skuteczności	1	10	1	10
8. Poczucie winy wynikające z wyników swojej pracy	1	10	1	12
9. Problemy z koncentracją	1	10	1	12
10. Trudność w podejmowaniu decyzji	0	9	0	13
11. Poczucie, że mały wysiłek jest ponad siły	0	11	1	13
12. Osłabienie relacji ze współpracownikami i klientami i dążenie do unikania innych	1	9	0	13
13. Złośliwość i cynizm wobec innych	0	11	1	15
14. Obwinianie się za niepowodzenia	1	10	0	14
15. Chroniczne zmęczenie	1	11	0	12
16. Zaburzenia snu	1	9	1	12
17. Spadek odporności	1	10	0	13

W ostatnich tygodniach odczuwam...	2022		2023	
	Zawsze i często	Wcale i rzadko	Zawsze i często	Wcale i rzadko
18. Bóle somatyczne	1	10	1	12
19. Problemy z ciśnieniem	1	11	3	9
20. Zaburzenia związane z układem pokarmowym	0	11	2	10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Po zsumowaniu punktów okazało się, że większość pracowników nie doświadcza przejawów wypalenia zawodowego, o czym świadczą bardzo niskie sumy punktów uzyskanych przez pracowników w niniejszym teście.

Tab. 33. Punkcja obrazująca zagrożenie wypaleniem zawodowym – Test 1, NZOZ „Nadzieja”, 2022 i 2023 rok.

Liczba punktów	Liczba osób, których odpowiedzi odpowiadają danej punkcji 2022	Liczba osób, których odpowiedzi odpowiadają danej punkcji 2023
60–80 punktów	0	0
40–59 punktów	0	1
20–39 punktów	1	1
0–19 punktów	10	13

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Test 2 przyniósł następujące odpowiedzi: najczęściej odpowiedzi „tak” wskazało odpowiednio 10 i 12 osób – badani myślą o pracy także w czasie wolnym. Po cztery osoby wybrały odpowiedź twierdzącą przy wskazaniu, że zdarzają się im infekcje, bóle głowy oraz że są zbyt zajęte, by móc pozwolić sobie na rekreację. Odpowiedzi „nie” były zdecydowanie liczniej wskazywane, co w przypadku tego testu wskazuje na niski poziom zagrożenia wypaleniem zawodowym badanego personelu.

Tab. 34. Test 2: wypalenie zawodowe pracowników NZOZ „Nadzieja” (2022 i 2023 rok). Liczba wskazań na poszczególne stany.

	2022		2023	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Myślę o pracy również w czasie wolnym	10	1	12	3
2. Czuję się przytłoczony obowiązkami	1	10	1	14
3. Gdy wstaję rano w dni robocze, czuję się zmęczony lub wyczerpany	1	10	2	13
4. W pracy jestem coraz bardziej sfrustrowany, niecierpliwy i nerwowy	1	10	0	15
5. Straciłem chęć, aby się dokształcać	0	11	1	14
6. Coraz częściej zdarzają mi się drobne infekcje, bóle głowy itp.	4	7	3	12
7. Chętnie zmieniłbym pracę	0	11	0	15
8. Coraz częściej jestem bezradny wobec problemów w pracy	0	11	0	14
9. Często denerwują mnie ludzie w pracy, którzy do mnie przychodzą	0	11	0	14
10. Jestem zbyt zajęty, by pozwolić sobie na zajęcia rekreacyjne	4	7	2	12

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Odpowiedzi badanych ponownie zsumowano. Odpowiedzi „tak” przy poszczególnych twierdzeniach były sporadyczne. W 2022 roku cztery osoby wybrały nie więcej niż jedno ze wskazanych powyżej twierdzeń. Sześć osób wskazało na minimum dwie (do trzech) odpowiedzi „tak”. Tylko jedna osoba wskazała na cztery odpowiedzi twierdzące, jednak i to nie świadczy jednoznacznie o wypaleniu zawodowym, a wskazuje tylko na pewne jego możliwe symptomy. W 2023 roku cztery piąte badanych stanowiły osoby, które nie częściej niż jeden raz wskazały odpowiedź „tak”.

Tab. 35. Punktacja obrazująca zagrożenie wypaleniem zawodowym – Test 2, NZOZ „Nadzieja”, 2022 i 2023 rok.

Liczba udzielonych odpowiedzi „tak”	Liczba osób, które wskazały odpowiedzi „tak” 2022	Liczba osób, które wskazały odpowiedzi „tak” 2023
0–1	4	12
2–3	6	2
Więcej niż 3	1	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

3.2. Koszty opieki w hospicjum domowym (FHPE – NFZ): estymacja

3.2.1. Minimalne koszty opieki określone na podstawie wytycznych NFZ

W naszym opracowaniu chcemy uwzględnić także kwestie finansowe opieki w hospicjach domowych. Jest to przedsięwzięcie trudne i złożone nie tylko dlatego, że wynagrodzenia personelu nie są jawne. W celu sprawdzenia i porównania, jakie są koszty miesięcznej opieki nad podopiecznymi w FHPE i w „typowym” hospicjum domowym, realizującym świadczenia według wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, konieczne było ustalenie stawek wynagrodzeń poszczególnych członków zespołów hospicyjnych. Stawki wynagrodzeń w każdej placówce są tajne i mogą być ustalane według możliwości finansowych danej instytucji i uznania przez kierowników. W związku z tym postanowiono skorzystać z ogólnodostępnych informacji znajdujących się w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Jesteśmy świadome, że obliczenia te nie wskażą rzeczywistych danych, ale pokażą rząd wielkości oraz wskażą ewentualne różnice pomiędzy opieką realizowaną przez FHPE a hospicjami domowymi działającymi na obszarach wiejskich świadczącymi opiekę w oparciu o zasady NFZ.

Skoncentrujemy się jedynie na kosztach osobowych obsługi wyliczonych na podstawie wyceny poszczególnych usług. Punktem wyjścia w tej analizie są minimalne stawki przewidziane w siatce płac NFZ. W tabeli 36 prezentowane są wynagrodzenia minimalne pracowników medycznych, podano wynagrodzenia miesięczne i stawki godzinowe. Pierwsze wartości wskazano na podstawie danych zawartych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Według ustawy najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika

pracy¹⁶ i kwoty 3900 zł brutto. Drugie wyliczono przy założeniu, że każdy pracownik pracuje przeciętnie 160 godzin miesięcznie; wyliczono stawkę godzinową za usługę.

Tab. 36. Minimalne wynagrodzenia pracowników medycznych.

Grupy zawodowe	Wynagrodzenie brutto – miesięczne	Wynagrodzenie brutto – stawka godzinowa
lekarze ze specjalizacją II stopnia	6769 zł	42,3 zł
lekarze ze specjalizacją I stopnia	6210 zł	38,8 zł
farmaceuci, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni, pielęgniarki i położne ze specjalizacją	5478 zł	34,2 zł
opiekunowie medyczni	3772 zł	23,6 zł
sanitariusze i salowe	3680 zł	23,0 zł

Źródło: <https://kadromierz.pl/blog/tabela-wynagrodzen-pracownikow-medycznych-2022/#Ile-wyniosly-podwyzki-w-ochronie-zdrowia?> oraz na podstawie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw.

Według rozwiązań systemowych, zaprojektowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z hospicjum domowego mogą korzystać chorzy, których dotknęły określone choroby¹⁷. W hospicjach domowych realizujących świadczenia według NFZ przyjmuje się, że podopiecznemu przysługują minimum dwie wizyty lekarza w miesiącu oraz minimum dwie wizyty pielęgniarki w tygodniu. Jeśli chodzi o inne usługi, NFZ dopuszcza możliwość wizyt psychologa i rehabilitanta – dostępne są według potrzeb chorego, lecz w praktyce rzadko wykorzystywane. Przy założeniu, że każda wizyta trwa 1 godzinę, szacowany koszt wynagrodzeń pracowników (bez dojazdów, opatrunków, leków) w tym podstawowym pakiecie opieki wynosiłby 358,2 zł. Koszty osobowe hospicjum domowego zależą także od wariantu świadczonych usług. W FHPE lista schorzeń uprawniających do opieki jest znacznie szersza. Do opieki kwalifikują się:

- a) osoby, u których zdiagnozowano chorobę z listy ośmiu jednostek chorobowych określonych przez NFZ i kwalifikujących do opieki hospicjum domowego,
- b) osoby przewlekle, nieuleczalnie chore, u kresu życia, ale cierpiące na inne choroby (tj. choroby spoza listy NFZ), których stan nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie i których stan wymaga pomocy/lечения.

¹⁶ I tak: lekarze ze specjalizacją II stopnia – 1,27; I stopnia – 1,17; farmaceuci, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni, pielęgniarki i położne ze specjalizacją – 1,05; opiekunowie medyczni – 0,86; sanitariusze i salowi – 0,64.

¹⁷ Patrz przyp. 4.

Świadczenia realizowane przez zespół pracowników są „szyte na miarę”, tj. dostosowywane do potrzeb pacjentów. Zasadą jest, że raz w miesiącu do każdego pacjenta dojeżdża lekarz: oceniający jego stan, weryfikujący dotychczasowe zalecenia oraz sposób świadczenia pomocy. Jeśli jednak stan pacjenta jest stabilny, to lekarz nie pojawia się częściej, co byłoby niezbędne w przypadku pacjentów objętych opieką w ramach NFZ. W przypadku ustabilizowanych pacjentów wiele potrzeb medycznych są w stanie zaspokoić pielęgniarki, a potrzeb społecznych/socjalnych – opiekunki, tu wsparciem jest także KOOZ. Na podstawie formularza „Karta potrzeb pacjenta” opracowano zestawienie osobowych pakietów pomocy, jaką w FHPE uzyskali podopieczni w ramach projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba”. Dokument ten każdorazowo wypełniał Koordynator Opieki Osób Zależnych. W rocznym okresie (sierpień 2021 – lipiec 2022) najwięcej pacjentów (po sześciu) uzyskiwało następujące pakiety świadczeń: lekarz i opiekunka realizująca wizytę raz w tygodniu, lekarz i pielęgniarka świadcząca dwie wizyty w tygodniu, lekarz i fizjoterapeuta odwiedzający pacjentów raz i/lub dwa razy w tygodniu. Pięć osób otrzymywało pomoc w postaci wizyty lekarza i pielęgniarki raz w tygodniu. Były przypadki, w których do pacjenta z zespołu FHPE dojeżdżał tylko lekarz – taką pomoc uzyskiwały cztery osoby. Tyle samo pacjentów korzystało z comiesięcznych wizyt lekarza oraz cotygodniowych wizyt pielęgniarki i fizjoterapeuty. Pozostałe warianty pomocy realizowane były u pojedynczych podopiecznych. Informacja, jakie pakiety usług były dostępne pacjentom FHPE i które były najczęściej wykorzystywane, znajduje się w poniższej tabeli.

Tab. 37. Pakiety świadczonych usług w FHPE wraz ze wskazaniem liczby pacjentów (analizy obejmują lata 2021–2022, stan na 31.08.2022).

Świadczone usługi opiekuńcze	Miesięczny koszt opieki w zł	Liczba pacjentów
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 1 raz w miesiącu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu	339,80	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 1 raz w tygodniu	136,60	6
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 1 raz w tygodniu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu	273,60	2
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 1 raz w tygodniu + Pielęgniarka: 2 razy w miesiącu	205,10	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 2 razy w tygodniu	230,90	2
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 2 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu	367,90	1

Świadczone usługi opiekuńcze	Miesięczny koszt opieki w zł	Liczba pacjentów
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 2 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu	504,80	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 2 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu	410,10	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu	325,20	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu	462,20	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 4 razy w tygodniu + Psycholog: 1 raz w tygodniu	873,00	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu	599,10	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 2 razy w miesiącu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu	253,70	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu	179,30	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu	316,20	4
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu	453,20	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 1 raz w tygodniu	179,30	5
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 2 razy w tygodniu	316,20	6
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 1 raz w miesiącu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu	316,20	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Pielęgniarka: 2 razy w miesiącu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu	247,70	1
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Fizjoterapeuta: 1 raz w tygodniu	179,30	6
Lekarz: 1 raz w miesiącu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu	316,20	6
Lekarz: 1 raz w miesiącu	42,30	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zebranych przez KOOZ-a, gromadzonych w formularzu „Karta potrzeb pacjenta” oraz na podstawie <https://kadromierz.pl/blog/tabela-wynagrodzen-pracownikow-medycznych-2022/#Ile-wyniosly-podwyzki-w-ochronie-zdrowia?> i ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw.

Jak pokazują zgromadzone dane (stan na 31 sierpnia 2022 roku) w czasie początkowych miesięcy testowania innowacji (lipiec 2021 – sierpień 2022) 12 osób będących

pod opieką FHPE, w ramach projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba”, to osoby, które należy zaliczyć do pierwszej wskazanej tu grupy, a więc są to osoby znajdujące się w stanie po nowotworze. Pozostałych 18 osób cierpi na choroby, które nie kwalifikowałyby ich do leczenia w hospicjum domowym działającym w oparciu o zasady określone przez NFZ. Wśród tych osób można wymienić: osobę po udarze mózgu, osobę z ciężkim otępieniem i afazją, osobę po amputacji kończyn. Należy także odnotować, że znaczna część pacjentów to osoby będące pod opieką FHPE przez dłuższy czas. Zestawiono daty przyjęć pacjentów do FHPE z datami wypisu. Okazuje się, że w okresie testowania innowacji (stan na 31 sierpnia 2022 roku) wypisano 15 osób. Wśród nich czas pozostawania pod opieką FHPE był najkrótszy u pacjenta, którym zajmowano się miesiąc, natomiast najdłuższy był u pacjenta, który pod opieką FHPE pozostawał przez 12 miesięcy. Średni czas pozostawania pod opieką FHPE, wśród grupy wypisanych pacjentów, wynosił około 4 miesięcy. Należy przy tym zaznaczyć, że ze względu na choroby, na które cierpią badani, zgony nie były wskazywane jako częsta przyczyna wypisu (tylko w przypadku dwóch osób). Częściej wypisywano pacjentów spod opieki FHPE świadczonej w ramach ww. projektu z powodu poprawy stanu zdrowia pacjenta. Tylko w przypadku dwóch osób, ze względu na rozwój choroby, pogorszenie się stanu zdrowia, zdecydowano o przeniesieniu pacjenta pod opiekę świadczoną w ramach NFZ.

W tabeli 37 wyliczono (szacunkowe) miesięczne koszty opieki podopiecznych FHPE realizowane w ramach projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba”. Uwzględniono wszystkie pakiety opieki tu świadczone. Schemat przeprowadzonych obliczeń zostanie przesłany na przykładzie pierwszego wiersza tabeli 37, obejmującego wizytę lekarza: 1 raz w miesiącu + opiekunka: 1 raz w miesiącu + fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu. Stawka za godzinę (patrz tab. 36) pracy lekarza (wzięto pod uwagę stawkę lekarza ze specjalizacją II stopnia) wynosi 42,3 zł. Stawka za godzinę pracy opiekunki medycznej to 23,6 zł. Stawka za godzinę pracy fizjoterapeuty to 34,2 zł. Fizjoterapeuta w tym przypadku realizuje dwie wizyty w tygodniu, a więc w miesiącu jest to osiem wizyt, których całkowity koszt wynosi 273,6 zł (34,2 zł pomnożone przez 8). Całkowity koszt opieki to suma tych kwot: 42,3 + 23,6 + 273,6, co równe jest 339,5 zł. Operację powtórzono dla wszystkich wariantów opieki. Ich kwoty wahały się od 42,3 zł w przypadkach, gdy realizowana jest wyłącznie comiesięczna wizyta lekarza do 873 zł w przypadku, gdy na opiekę składają się: comiesięczna wizyta lekarza, trzy wizyty opiekunki w tygodniu oraz usługi fizjoterapeuty realizowane cztery razy w tygodniu. **W przypadku FHPE koszt opieki „szytej na miarę” uwzględniający wyłącznie koszty personelu wynosi średnio miesięcznie 327,3 złotych.**

W hospicjach domowych realizujących świadczenia według NFZ podopiecznemu przysługują minimum dwie wizyty lekarza w miesiącu oraz minimum dwie wizyty

pielęgniarki w tygodniu. Koszt wynagrodzeń pracowników w tym podstawowym wariancie opieki wynosi 358,2 zł. W dokumencie pn. „Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr 11/2004” wskazano, że najliczniejsze są przypadki, w których lekarz hospicjum domowego świadczy usługi na rzecz pacjenta średnio raz w tygodniu, pielęgniarka średnio 3 razy w tygodniu, a pozostali członkowie zespołu – w zależności od potrzeb pacjenta. Ten wariant opieki jest odpowiednio bardziej kosztowny niż wariant podstawowy i wynosi 579,6 zł.

W przypadku FHPE koszt opieki „szytej na miarę” uwzględniający wyłącznie koszty personelu wynosi 327,3 złotych. Natomiast w przypadku innych hospicjów domowych – 468,9 zł (średnia z wariantu podstawowego NFZ (358,2 zł) i wariantu najliczniej występującego wg NFZ (579,6 zł)). Różnica między kosztami opieki w dwóch typach placówek wynosi 31%, tj. w FHPE opieka nad pacjentami jest o jedną trzecią tańsza niż w hospicjach domowych działających na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że do wyżej wskazanych wariantów opieki realizowanych przez hospicja domowe, działające w oparciu o wymogi NFZ, nie włączono kosztów fizjoterapeutów. Zatem koszty opieki w tego typu placówkach mogą być jeszcze wyższe. Posługując się minimalnymi stawkami NFZ policzono także poszerzone warianty: (a) wariant opieki w FHPE, w którym realizowanych jest **najwięcej usług** (Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 4 razy w tygodniu + Psycholog: 1 raz w tygodniu)¹⁸ oraz (b) realizowany przez placówkę NFZ wariant „urealniony”, który obejmuje dwie miesięczne wizyty lekarza w miesiącu, dwie wizyty pielęgniarki w tygodniu, jedną wizytę psychologa w miesiącu oraz dwie wizyty fizjoterapeuty w tygodniu. Otrzymane sumy zestawiono dla porównania z kwotą podstawowego wariantu opieki NFZ.

Tab. 38. Najwyższy szacunkowy koszt opieki w hospicjach.

	FHPE: wariant poszerzony*	Hospicjum domowe NFZ	
		wariant podstawowy**	wariant urealniony***
Najwyższy szacunkowy miesięczny koszt opieki	873,0 zł	358,3 zł	674,2 zł

Źródło: *Opracowanie własne.*

* Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 4 razy w tygodniu + Psycholog: 1 raz w tygodniu

** Lekarz: 2 razy w miesiącu + Pielęgniarka: 2 razy w tygodniu

*** Lekarz: 2 razy w miesiącu + Pielęgniarka: 2 razy w tygodniu + Psycholog: 1 raz w miesiącu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu

3.2.2. Koszty opieki uwzględniające politykę płacową FHPE oraz obowiązujące stawki rynkowe

Przeprowadzono również symulację przeciętnych kosztów opieki w FHPE uwzględniającą stawki wynagrodzenia przyjęte na podstawie obowiązującej w FHPE polityki płacowej, uwzględniającej stawki rynkowe. W takim przypadku przeciętny koszt miesięcznej opieki nad pacjentem (średnia wysokość kosztów wszystkich realizowanych wariantów wskazanych w tab. 37) wynosi 1138 złotych. Oznacza to, że koszty – elastycznej, dostosowanej do potrzeb osób zależnych – opieki realizowanej przez FHPE są **ponad dwukrotnie wyższe od przeciętnego miesięcznego kosztu opieki hospicjum domowego stosującego minimalne stawki wynagrodzeń określone przez NFZ (w wariantcie urealnionym wskazanym w tab. 38 (674,2 zł))**. Należy przy tym podkreślić, że FHPE świadczy opiekę „szytą na miarę”, elastyczną i adekwatną, maksymalnie dostosowaną do potrzeb pacjenta. Niejednokrotnie usługi, z których korzystają podopieczni FHPE, są liczne i zróżnicowane, dla wielu z osób chorych dostęp do nich byłoby trudny lub – w przypadku prób uzyskania systemowej pomocy – poprzedzony długim czekaniem.

Pamiętać trzeba również o uwarunkowaniach lokalnego rynku pracy – w tym regionie jest to rynek pracownika, rynek trudny, w którym wiele medycznych zawodów to zawody deficytowe. Pracodawca poszukujący personelu na ogół musi dostosować się do wymagań płacowych potencjalnych pracowników – tylko w ten sposób możliwe jest obsadzenie zespołu, który będzie świadczyć pracę w danej jednostce. Minimalne stawki wynagrodzeń określone we wskazanych wyżej aktach prawnych, ze względu na lokalne uwarunkowania rynków pracy, nie zaspokajają aspiracji płacowych pracowników, a realne oferowane zarobki są wyższe i zróżnicowane w całej Polsce. Dlatego też poszukując dalszych możliwości porównywania kosztów opieki świadczonej w FHPE i w innych jednostkach/hospicjach, przeprowadzono wywiad z ekspertem (informatorem) będącym kierownikiem hospicjum domowego, działającego wyłącznie w oparciu o zasady określone przez NFZ, zlokalizowanego w dużym, liczącym ponad 500 tysięcy mieszkańców mieście. W trakcie wywiadu udało się ustalić stawki wypłacane pracownikom na różnych stanowiskach w instytucji reprezentowanej przez eksperta, który jednocześnie wskazał, że zatrudnione w hospicjum domowym osoby mogą pracować będąc zatrudnionymi: w oparciu o umowę o pracę (tzw. praca na etacie), w oparciu o umowę zlecenie albo w oparciu o kontrakt.

Najwięcej osób zatrudnionych w instytucji reprezentowanej przez eksperta to osoby pracujące w oparciu o kontrakt. Za pracę świadczoną w ramach tej formy zatrudnienia pielęgniarka otrzymuje wynagrodzenie w wysokości około 9 000 złotych (koszty, które ponosi pracodawca). W przypadku lekarza miesięczne wyna-

grodzienie wynosi około 14 200 złotych (koszty, które ponosi pracodawca). Aby porównać te kwoty ze stawkami wynagrodzeń świadczonych w FHPE, konieczne było wyliczenie wysokości stawki za godzinę pracy/wizyty – można założyć, że w instytucji reprezentowanej przez eksperta godzina pracy lekarza to 237 zł (przyjęto, że lekarz ma pod opieką 30 pacjentów, u każdego pacjenta realizuje dwie wizyty w miesiącu), natomiast za godzinę pracy pielęgniarki ten pracodawca oferuje stawkę 75 zł (przyjęto, że pielęgniarka ma pod opieką 15 pacjentów, u każdego z nich realizuje dwie wizyty tygodniowo). Przy założeniu (wynikającym z wymogów NFZ), że wizyta lekarza odbywa się nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, a wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu, miesięczny koszt opieki nad podopiecznym tego hospicjum wynosi **1074 złotych**. Przy czym koszt ten nie uwzględnia wynagrodzenia psychologa oraz rehabilitanta, którzy dostępni są według potrzeb pacjenta. Aby dokonywać porównań między hospicjami, wyliczono też przeciętny koszt opieki nad podopiecznym, który z jednej strony obejmuje taki sam koszyk usług (wyłącznie opieka lekarska i pielęgniarska), a z drugiej uwzględnia politykę płacową FHPE. Otrzymany w ten sposób wynik – przeciętny miesięczny koszt opieki nad pacjentem w FHPE – wynosi **850,2 zł**. Różnica w kosztach opieki w dwóch hospicjach wynosi **21%**. Zatem o blisko jedną piątą niższy jest koszt opieki realizowany w FHPE.

3.2.3. Opieka FHPE a domy pomocy społecznej

Dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, instytucją, w której mogą uzyskać pomoc, są domy pomocy społecznej (DPS). Osoby potrzebujące wsparcia umieszczane są w nich na ogół, gdy świadczenie opieki w miejscu zamieszkania nie jest możliwe – szczególnie, gdy na danym terenie możliwości uzyskania pomocy (np. od hospicjum domowego) są ograniczone. Teoretycznie więc do takich placówek powinni trafiać ci mieszkańcy wsi, którym nie przysługuje opieka hospicjum w ramach NFZ, a którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w miejscu zamieszkania ze względu na stan zdrowia. O objęcie opieką hospicyjną takich osób postulują także twórcy innowacji, co pokrywa się z realizowaną obecnie w Polsce polityką deinstytucjonalizacji opieki, w tym promowaniu starzenia się w miejscu zamieszkania. Ma to swoje uzasadnienia finansowe.

Pobyt w DPS jest odpłatny. Może być finansowany z emerytury bądź renty osoby potrzebującej, jednak do wysokości maksymalnie 70% przysługującego jej świadczenia. Świadczenia mieszkańców wsi, szczególnie ubezpieczonych w KRUS, są często bardzo niskie. Pozostałą część opłaty za pobyt w DPS pokrywają krewni, którzy są zobowiązani do świadczeń alimentacyjnych. W sytuacji, gdy podopieczny

nie ma renty/emerytury lub gdy nie ma krewnych, którzy pokryją część opłaty za pobyt w DPS, obowiązek opłaty przechodzi na gminę, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej. Co oczywiste, domy pomocy społecznej nie są zlokalizowane w każdej gminie w Polsce, zatem dostęp do nich nie jest równy na obszarach miejskich i wiejskich w różnych województwach kraju. Na obszarze gmin działania FHPE zlokalizowanych jest pięć domów pomocy. Traktując je jako alternatywę dla opieki świadczonej przez FHPE, postanowiono zestawić koszty opieki w tych dwóch instytucjach. W poniższej tabeli umieszczono średni miesięczny koszt opieki w DPS, który wynosi między 5000 a 5300 złotych oraz przeciętny koszt opieki FHPE. **Różnica między tymi kwotami jest bardzo duża – koszt opieki w DPS jest czterokrotnie wyższy niż koszt opieki w FHPE.**

Tab. 39. Średni/przeciętny miesięczny koszt opieki uwzględniający realne stawki płacowe w FHPE oraz koszt opieki w DPS.

	FHPE – projekt „Dać to, czego naprawę potrzeba”	DPS
Średni/przeciętny miesięczny koszt opieki	1138,0 zł	5000,0–5300,0 zł

Źródło: *Opracowanie własne.*

Podsumowując, koszty usług różnią się w zależności od przyjętych stawek oraz od katalogu usług, którymi posłużono się do wyliczenia kosztów opieki w FHPE oraz jednostkach referencyjnych.

Tab. 40. Podsumowanie kosztów opieki w FHPE i jednostkach referencyjnych.

	FHPE	Jednostka referencyjna
Wariant minimum usług uwzględniający minimalne stawki NFZ*	321,8 zł	468,9 zł
Wariant poszerzonego katalogu usług uwzględniający minimalne stawki NFZ**	873,0 zł	674,2 zł
Wariant uwzględniający miesięczny koszt opieki uwzględniający realne stawki w FHPE oraz instytucji X***	850,2 zł	1074,0 zł
Wariant uwzględniający miesięczny koszt opieki uwzględniający realne stawki płacowe w FHPE oraz koszt opieki w DPS****	1138,0 zł	5000,0–5300,0 zł

Źródło: *Opracowanie własne.*

* Koszt opieki FHPE został policzony jako średni miesięczny koszt opieki wszystkich realizowanych wariantów usług medycznych wg stawek NFZ. Koszt opieki jednostki referencyjnej to koszt podstawowej opieki hospicjum domowego działającego w oparciu o zasady NFZ, tj. minimum dwie wizyty lekarza w miesiącu oraz minimum dwie wizyty pielęgniarki w tygodniu.

** Tutaj koszt opieki FHPE obejmował następujący katalog usług: Lekarz: 1 raz w miesiącu + Opiekunka: 3 razy w tygodniu + Fizjoterapeuta: 4 razy w tygodniu + Psycholog: 1 raz w tygodniu. Natomiast w przypadku jednostki referencyjnej były to usługi: Lekarz: 2 razy w miesiącu + Pielęgniarka: 2 razy w tygodniu + Psycholog: 1 raz w miesiącu + Fizjoterapeuta: 2 razy w tygodniu. Zastosowano stawki minimalne określone przez NFZ.

*** W tym wariantcie policzono koszty (uwzględniające realne stawki płacowe w dwóch jednostkach: FHPE i referencyjnej) dla następującego katalogu usług: dwie wizyty lekarza w miesiącu oraz dwie wizyty pielęgniarki w tygodniu.

**** Wskazując koszt opieki FHPE wyliczono średnią wysokość kosztów wszystkich realizowanych wariantów usług FHPE. Koszt opieki DPS wskazano na podstawie przeprowadzonego rozeznania.

Okazuje się, że koszt opieki FHPE w różnych analizowanych wariantach jest od jednej trzeciej do jednej piątej niższy niż w danej jednostce referencyjnej. Tylko w jednym (drugim w tab. 40) prezentowanym tu przypadku koszt opieki FHPE przekraczał koszty oszacowane w jednostce referencyjnej. Dla możliwie pełnego obrazu sytuacji odnotowano szacunkowe koszty opieki w domu pomocy społecznej.

4. Zbudowanie sieci współpracy lokalnych instytucji

Kolejnym elementem wdrażanej innowacji było zbudowanie sieci wsparcia mieszkających na wsi seniorów, osób zależnych i ich opiekunów. Sieć wsparcia w naszym rozumieniu to sieć lokalnych instytucji utworzona w ramach niniejszego projektu. W istocie rzeczy to pięć sieci działających na terenie każdej z gmin. Taki układ wynika z podziału administracyjnego rozległego obszaru działania Fundacji oraz zadań przypisanych organom samorządu terytorialnego podstawowego szczebla. Powiat (NUTS 4) okazał się przestrzennie zbyt duży. Mimo iż podejmowano próby budowy sieci na poziomie dwóch powiatów, funkcjonują one jednak na niższym, lokalnym poziomie poszczególnych gmin. Instytucje powiatowe udzielały wsparcia podopiecznym KOOZ-a, jednak włączenie ich w spotkania sieci było trudniejsze. W rozdziale tym przedstawimy sieć kontaktów między instytucjami gminnymi uchwyconą przed rozpoczęciem wdrażania innowacji, a następnie opiszemy sposób budowania sieci i efekty, jakie przyniosły podejmowane działania.

4.1. Relacje między instytucjami przed wdrażaniem innowacji

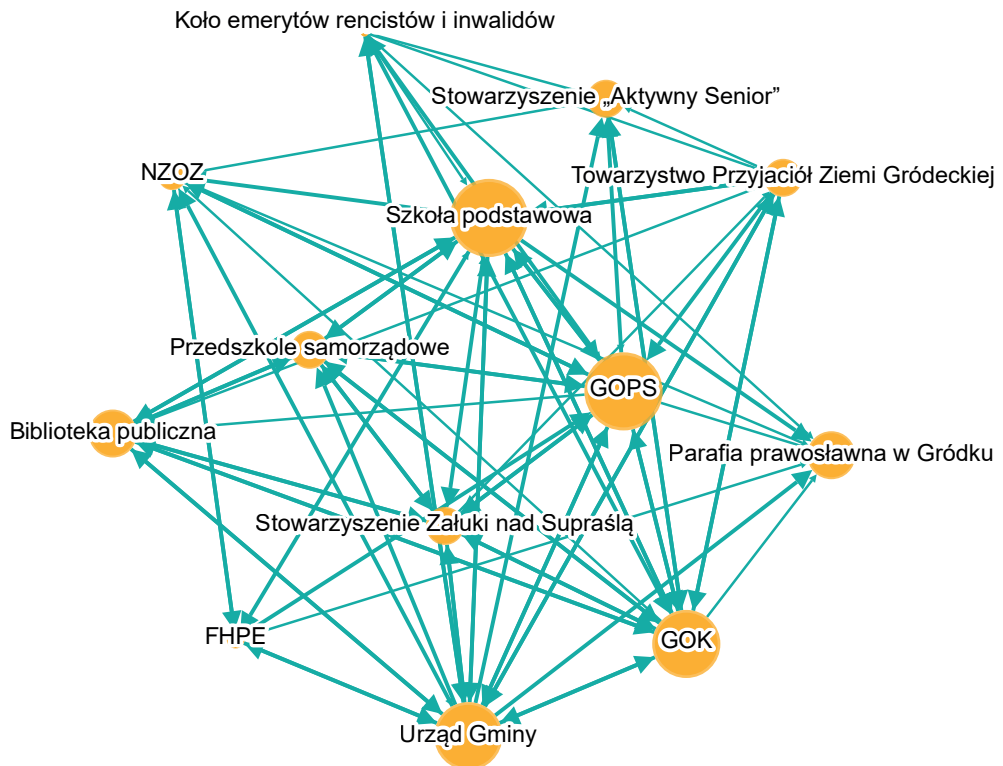
O lokalnych kapitałach społecznych może świadczyć poziom współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami funkcjonującymi w gminach, na terenie których wdrażana jest innowacja. Poziom tej współpracy syntetycznie wskazują opracowane diagramy stanowiące graficzną prezentację stosunków między instytucjami. Podstawą do opracowania socjogramów były badania ankietowe zrealizowane w ramach pierwszych spotkań sieciujących¹⁹.

¹⁹ Diagram opracowano na podstawie następującego pytania „Proszę powiedzieć, czy instytucja, którą Pan/i reprezentuje współpracowała (regularnie lub okazjonalnie) w celu pomocy osobie/osobom zależnym lub przewlekle chorym z poniższymi instytucjami”. Zaznaczone na diagramie linie łączące poszczególnych aktorów wskazują na to, że przynajmniej jedna z instytucji zadeklarowała współpracę. Grotami zaznaczono, która instytucja wskazywała współpracę – w niektórych przypadkach są jednostronne, w innych – dwustronne.

a) Gmina Gródek

Na spotkaniu w Gródku²⁰ obecni byli przedstawiciele 13 instytucji z 22 zaproszonych²¹. Najważniejszymi aktorami obecnymi na spotkaniu są według socjogramu GOPS i Szkoła Podstawowa. To z nimi najwięcej innych instytucji współpracuje i kontaktuje się. FHPE wskazała, że współpracuje (regularnie lub okazjonalnie) z 5 instytucjami na terenie gminy, sama została wskazana przez 4 z nich. W gminie Gródek w spotkaniu udział brały w większości organizacje i instytucje związane ze strukturą administracji samorządowej, ale także NGO-sy, które działają na rzecz osób starszych, ale dotychczas nie współpracowały z FHPE.

Rys. 16. Sieć współpracy w gminie Gródek.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

20 Jest to gmina, w której bardzo dobrze w przeszłości udawało się koordynować Liderowi projektu FHPE współpracę międzyinstytucjonalną na rzecz osób zależnych i przewlekle chorych. Niestety, po zmianach instytucjonalnych w systemie opieki zdrowotnej forma tej współpracy wyczerpała się. Wcześniejsze, dobre doświadczenia współpracy były widoczne zarówno w swobodnej komunikacji, jak i w tym, że uczestnicy spotkania znali się ze sobą. Na spotkaniu obecni byli już aktywni i mocno obciążeni działalnością aktywistyczną mieszkańcy, deklarujący gotowość współpracy, jednak bez własnych pomysłów, co mogliby zaoferować.

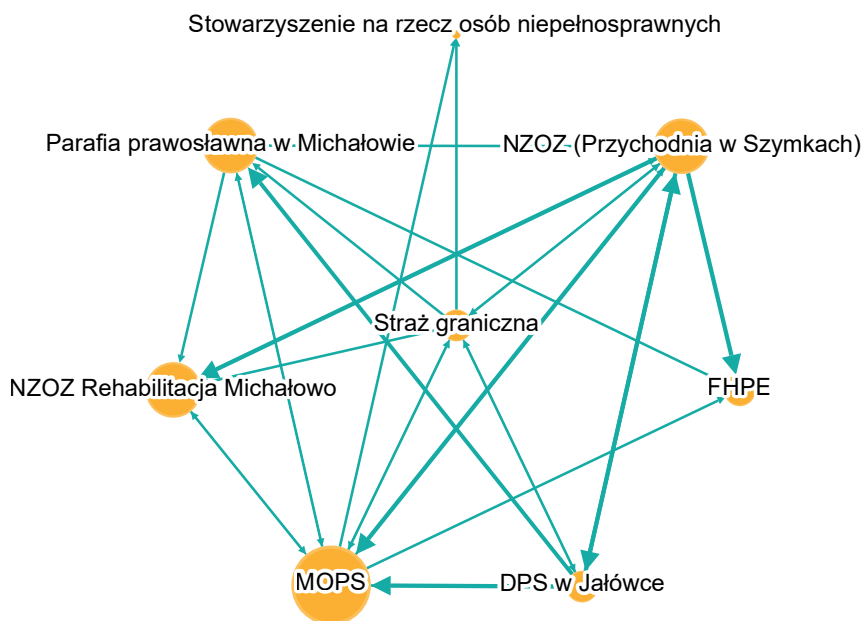
21 Było to jedyne spotkanie, w którym uczestniczył prezes FHPE.

b) Gmina Michałowo

Na spotkaniu sieciującym w gminie Michałowo obecni byli przedstawiciele 8 instytucji z 20 zaproszonych na spotkanie. W Michałowie to M-GOPS okazał się zdecydowaną gwiazdą socjometryczną²². Był instytucją, która utrzymywała kontakt ze wszystkimi innymi organizacjami. Sieć ukazana na socjogramie wskazuje na mniej regularne i częściej jednostronne formy kontaktu czy współpracy. W tej gminie istnieją organizacje pozarządowe starego typu (OSP, KGW), które nie były obecne na spotkaniu, poza nimi jednak aktywność społeczności lokalnej nie jest sformalizowana i NGO-sy w gminie są nieliczne. Stosunkowo słaba współpraca i znajomość przedstawicieli poszczególnych instytucji odbijała się w pracy grupy, która była mniej spontaniczna i dynamiczna niż np. w Zabłudowie. Ważnym wątkiem, powracającym w trakcie spotkania, były trudne warunki pracy działających w gminie organizacji, brak środków i wypalenie działalnością aktywistyczną.

Gmina Michałowo do 2024 roku była siedzibą FHPE i Fundacja została wskazana jako ta, z którą utrzymuje się kontakty i współpracuje przez trzy podmioty: Przychodnię w Szymkach, Parafię Prawosławną oraz M-GOPS. Jednak tylko przychodnia określiła współpracę jako regularną.

Rys. 17. Sieć współpracy instytucji w gminie Michałowo.



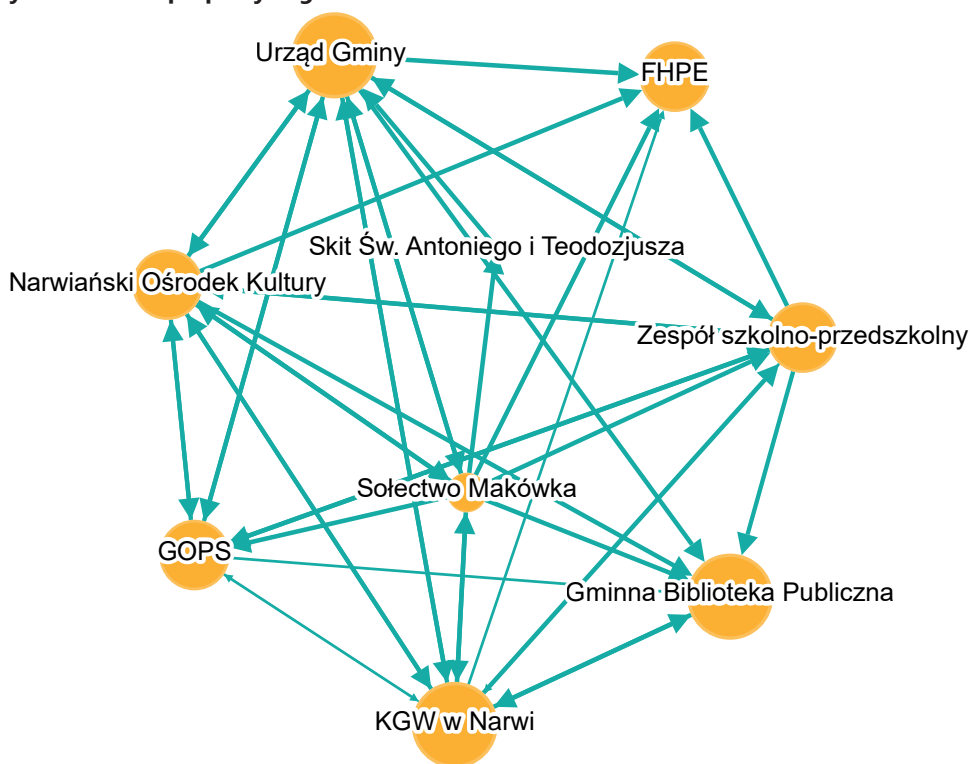
Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

²² Gwiazda socjometryczna odnosi się do sytuacji, gdy w grupie ludzi jedna osoba jest uważana za centralną, a pozostali członkowie grupy nawiązują z nią najwięcej kontaktów. W tym wypadku zaadaptowano to pojęcie do sieci współpracy między instytucjami.

c) Gmina Narew

W spotkaniu sieciującym udział wzięli przedstawiciele 9 z 20 zaproszonych instytucji, w tym wójt gminy. Przeważały struktury samorządowe, m.in. Szkoły, Biblioteka, Dom Kultury, Przedszkole. Widać także, że są instytucje regularnie współpracujące ze sobą na co dzień. W trakcie rozmów na spotkaniu sieciującym skarżono się na małą aktywność mieszkańców oraz przeciążenie pracą aktywistyczną osób angażujących się w różnego rodzaju działania, obecnych też na spotkaniu. Wydaje się, że aktywne osoby „zagospodarowane są” przez lokalne instytucje i związane z nimi w sposób zawodowy czy bardziej formalny. W tej gminie FHPE budowała, a w 2023 roku rozpoczęła działalność hospicjum stacjonarnego i jej rozpoznawalność oraz sieć powiązań jest gęstsza i intensywniejsza niż w innych gminach, co widać na rysunku 18.

Rys. 18. Sieć współpracy w gminie Narew.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

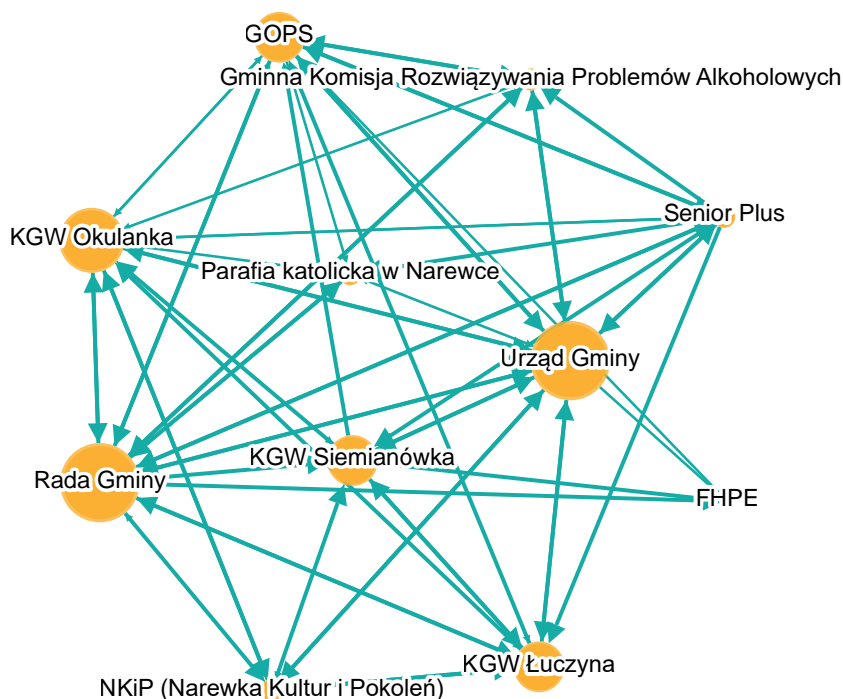
d) Gmina Narewka

W gminie Narewka obecnych na spotkaniu było 11 z 20 zaproszonych instytucji, jednak brało w nim udział więcej osób – wiele instytucji było reprezentowanych przez więcej niż jedną osobę. Jest to gmina, w której zespół wdrażający tę część innowacji realizował

wcześniej projekt o podobnym charakterze, co było widoczne w sposobie komunikacji, wspólnym języku i znajomości pomiędzy uczestnikami spotkania. W spotkaniu aktywny udział brał wójt gminy. Przybyli wykazywali się dużą aktywnością i zaangażowaniem w działalność więcej niż jednej organizacji. Powracającym wątkiem były jednak skargi na małe zaangażowanie mieszkańców w sprawę lokalnej społeczności²³.

Diagram wskazuje, że najważniejszymi aktorami są jednostki samorządowe: Urząd Gminy, Rada Gminy i GOPS, ważną instytucją okazały się również miejscowe Koła Gospodyń Wiejskich. FHPE zostało wskazane jako partner współpracy przez 4 obecne na spotkaniu instytucje. Sieć współpracy między obecnymi na spotkaniu instytucjami jest dość gęsta, wskazywano jednak, że te same osoby, obecne na spotkaniu, należą jednocześnie do kilku instytucji.

Rys. 19. Sieć współpracy w gminie Narewka.



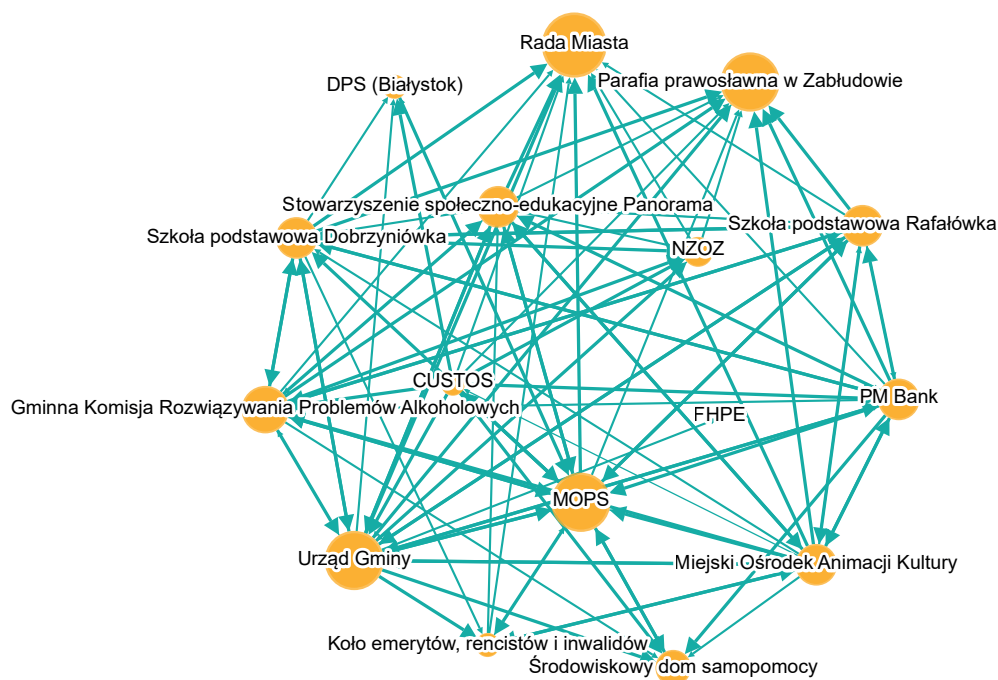
Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

²³ Był to istotny problem przy omawianiu potencjalnych możliwości działań na rzecz osób przewlekle chorych i zależnych, ponieważ wyrażano obawy, czy przy obecnym, bardzo dużym obciążeniu aktywnych jednostek, będą one w stanie zaangażować się w kolejne działania. Pojawiły się również głosy informujące o niechęci do pomocy sąsiedzkiej (zarówno po stronie odbiorców, jak i potencjalnych pomagających), obawy o odpowiedzialność osób decydujących się na wolontariat. Te sygnały świadczą o niskim poczuciu bezpieczeństwa i braku zaufania w społeczności lokalnej. W trakcie prac grupy i dyskusji ujawniły się wyraźne napięcia i konflikty, pochodzące z wcześniejszych doświadczeń współpracy, które mogą być przyczyną sygnalizowanych obaw.

e) Gmina Zabłudów

Na spotkaniu obecni byli reprezentanci 16 instytucji (z zaproszonych 23). W spotkaniu wziął udział burmistrz miasta i gminy. W gminie widoczna była współpraca między działającymi instytucjami i to, że już istnieje w tej gminie sieć, w oparciu o którą można pozyskiwać lokalny kapitał społeczny do działań na rzecz osób zależnych i przewlekle chorych. Co więcej, dzięki mocnej pozycji lidera – kierownika M-GOPS problemy osób zależnych i chorych istnieją już w świadomości mieszkańców gminy i jej władz oraz są one rozwiązywane. Dzięki istniejącej sieci i zbudowanemu o wcześniejsze doświadczenia zaufaniu, na spotkaniu można było obserwować dobrą komunikację, otwartość, gotowość do zadawania pytań i aktywne rozwiązywanie problemów w części warsztatowej spotkania.

Diagram ilustrujący kontakty i współpracę w gminie Zabłudów wskazuje, że ważnymi aktorami istniejącej sieci są instytucje i organizacje samorządowe. Organizacje obecne na spotkaniu współpracują ze sobą w różnych konfiguracjach, nie tylko za pośrednictwem lokalnych władz. Do współpracy włączani są lokalni przedsiębiorcy. Na spotkaniu nielicznie reprezentowane były organizacje pozarządowe, których działa w gminie kilkanaście. Groty strzałek, najczęściej zaznaczone obustronnie, wskazują na dobrą, dwukierunkową komunikację pomiędzy podmiotami. Większość instytucji deklaruje regularną współpracę z innymi podmiotami. Najważniejszymi dla sieci aktorami, z którymi współpracuje najwięcej podmiotów, są: Rada Miasta, Urząd Gminy, MOPS. Na współpracę z FHPE wskazał tylko jeden podmiot – Urząd Gminy, była to współpraca okazjonalna.

Rys. 20. Sieć współpracy instytucji w gminie Zabłudów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

4.2. Zaangażowanie członków sieci w gminach w czasie wdrażania innowacji

Opisane powyżej spotkania były pierwszym krokiem do budowania sieci wsparcia osób starszych, zależnych i przewlekle chorych oraz ich opiekunów. Jej tworzenia podjęły się w pierwszej fazie ekspertki wskazane przez ROPS. Później wspierały one KOOZ-a, do którego miało należeć organizowanie regularnych spotkań w ramach sieci i monitorowanie potrzeb podopiecznych, a następnie nawiązywanie kontaktu z organizacjami działającymi w sieci, mogącymi zaspokoić pojawiające się potrzeby. Wynikiem realizowanych działań było powstanie dwóch równoległych sieci: z jednej strony sieci instytucji aktywnie angażujących się w cyklicznie organizowane spotkania oraz sieci-listy instytucji działających na terenie gmin i powiatów, które mogłyby wesprzeć pacjentów. Lista ta utworzona w trakcie spotkań pierwszego typu sieci i aktualizowana przez KOOZ-a ułatwiać miała podopiecznym komunikację i dostęp do pomocy.

W trakcie spotkań sieciujących reprezentanci obecnych na nich instytucji, w dyskusji moderowanej przez ekspertki ROPS z udziałem KOOZ-a, wskazywali, z jakiego rodzaju podmiotami współpracują lub chcieliby współpracować w przyszłości. W oparciu o doświadczenia i deklaracje tworzone były listy podmiotów (instytucji publicznych, pozarządowych), z niezbędnymi danymi kontaktowymi. Lista taka to dokument zapewniający KOOZ-owi oraz podmiotom należącym do sieci pakiet informacji na temat możliwości zaspokajania różnego rodzaju potrzeb i szybki „skrót” do danych potrzebnych, aby skontaktować się z podmiotami, które mogłyby pomóc takie potrzeby zaspokoić.

Zgodnie z założeniami przyjętymi w projekcie „Dać to, czego naprawdę potrzeba” aktualizowanie list usług i aktywności powinno się odbywać podczas **bezpośrednich spotkań sieciujących**, organizowanych przez KOOZ-a. Miało to umożliwić systematyczną i stałą realizację współpracy pomiędzy Hospicjum (KOOZ-em) a innymi podmiotami w sieci. Tworzone listy powinny być regularnie przekazywane/być dostępne dla wszystkich członków sieci. Z przynależności do sieci, dla jej członków, powinny wynikać również inne korzyści, o które zadbać powinien KOOZ. Planowe spotkania instytucji sieci, minimum jeden raz na trzy miesiące, służyć miały podtrzymaniu relacji, wymianie informacji, np. na temat nowych projektów, działań, planowaniu wspólnych inicjatyw na rzecz osób zależnych i ich opiekunów, wzajemnej edukacji i aktualizowaniu list usług i aktywności, zapraszaniu innych środowisk i instytucji – rozszerzaniu sieci kontaktów gminno-powiatowych.

Jak w praktyce wyglądało tworzenie sieci i na ile jej obecność może stać się trwałym elementem działań realizowanych przez podmiot, jakim jest Hospicjum domowe, wdrażające nowy model opieki?

Zaproszenia na spotkania powiatowe i gminne wystosowywała dyrektorka ROPS w Białymstoku – Elżbieta Rajewska-Nikonowicz. Przed pierwszymi spotkaniami zaproszenia były dostarczane w różny sposób: osobiście, pocztą tradycyjną i mailowo przez ekspertki ROPS zatrudnione w projekcie oraz dyrektorów MOPS-ów, M-GOPS-ów i GOPS-ów w gminach objętych innowacją. Przy zapraszaniu na kolejne spotkania sieciujące osoby te, w imieniu dyrektorki ROPS, wspierał KOOZ, do wcześniejszych form dołączając zaproszenia telefoniczne. Listy gości zapraszanych na spotkania były stale poszerzane.

W wyniku podjętych działań w ciągu 2,5 roku realizacji projektu odbyły się cztery spotkania w gminie Michałowo, po 5 – w Zabłudowie, Gródku i Narewce, 6 – w Narwi. Jeśli chodzi o spotkania na poziomie powiatów, to zebranie reprezentantów instytucji z tego poziomu było trudniejsze i dla lepszych efektów zapraszano ich na spotkania organizowane w gminach, łącząc dwa szczeble sieciowania w ramach jednego spotkania. W ich trakcie prezentowano działalność KOOZ-a, ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania członków sieci, omawiano potrzeby podopiecznych i innych mieszkańców gminy, z czasem elementem dodatkowym były np. wykłady (na temat opieki nad

osobami zależnymi dla członków rodzin, dotyczące zdrowia psychicznego, zdrowego żywienia itp.). Spotkania najczęściej odbywały się w godzinach pracy, w dni powszednie. Może to uzasadniać liczniejszą obecność pracowników instytucji związanych z samorządem, oddelegowanych na to spotkanie w ramach pracy i mniej liczną obecność przedstawicieli pozostałych instytucji.

W trakcie budowy sieci wsparcia pojawiły się wątpliwości, czy jej członkowie powinni pisemnie deklарować chęć włączenia się w nią – przynależności formalnej. Opracowano dokument, który dyskutowano w trakcie części spotkań, nie dochodząc do jasnych konkluzji, co byłoby lepsze dla trwałości i gęstości sieci. Problemy wynikały z tego, że mimo panującej powszechnej zgody, iż formalna deklaracja udziału zwiększa zaangażowanie i poczucie obowiązku jednostek/instytucji, istniały też argumenty przeciwne zbieraniu tego rodzaju deklaracji. Z jednej strony powodem była obawa, że instytucje/podmioty poproszone o pisemną deklarację będą obawiały się idących za nią zobowiązań i na wszelki wypadek będą wołały pozostać poza siecią. Z drugiej strony w przypadku części zaangażowanych w sieć instytucji (np. policji czy straży granicznej) przystąpienie do sieci musiałoby odbyć się na znacznie wyższym niż gminny (czy nawet powiatowy) szczeblu i wymagałoby zgód przełożonych.

Jednym z efektów realizowanej innowacji były utworzone przez ekspertki ROPS i pracowników hospicjum oraz instytucje biorące udział w spotkaniach sieciujących listy podmiotów tworzących sieci pomocy. Obejmują one organizacje działające na terenie gmin (oraz dwóch powiatów), do których osoby nieuleczalnie i przewlekle chore oraz ich opiekunowie mogliby zwracać się o pomoc w różnych sytuacjach, gdy potrzebują wsparcia. Listy te były aktualizowane i upowszechniane w trakcie kolejnych spotkań, a także przedstawiane podopiecznym hospicjum. Analiza zaangażowania obecnych na liście podmiotów w spotkania sieciujące oraz wykorzystanie ich potencjałów przez KOOZ-a w trakcie trwania projektu rodzi jednak pytanie o faktyczne, a nie tylko deklaratywne, działanie tej sieci. Budowanie kapitału społecznego jest procesem długotrwałym i powolnym, szczególnie na terenach wiejskich, gdzie wskaźniki dotyczące zaufania społecznego wobec instytucji publicznych (por. Mularska-Kucharek 2011), kapitału kulturowego jednostek itp. są niskie. Obciążenie aktywistów i pracowników instytucji pomocowych na terenach wiejskich jest duże.

a) Gmina Gródek

Gródecka sieć wsparcia, zainicjowana w ramach wdrażanej innowacji, składa się z 26 podmiotów. Spośród nich we wszystkich spotkaniach sieciujących uczestniczyła kierowniczka Ośrodka Pomocy Społecznej. Pozostali aktorzy pojawiali się z różną regularnością, na ogół reprezentują je pojedyncze osoby.

Tab. 41. Wykaz instytucji uczestniczących w spotkaniach sieciujących.

Spotkanie sieciujące 1		Spotkanie sieciujące 2		Spotkanie sieciujące 3		Spotkanie sieciujące 4		Spotkanie sieciujące 5	
Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób
FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2
OPS	1	OPS	1	OPS	1	OPS	1	OPS	1
Straż Graniczna w Bobrownikach	1	Stowarzyszenie Załuki nad Supraślą	1	Wójt gminy	1	Sołtys	2	Sołtys	2
Stowarzyszenie „Aktywny Senior”	1	GOK	1			Nadleśnictwo	1	Stowarzyszenie Załuki nad Supraślą	1
Szkoła Podstawowa	1					Szkoła Podstawowa	1	Stowarzyszenie „Aktywny Senior”	1
						Stowarzyszenie „Aktywny Senior”	2	Wójt gminy	1
								Biblioteka Publiczna w Gródku	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

W trakcie realizacji projektu odbyły się konsultacje z kierowniczką Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, a Stowarzyszenie Aktywny Senior świadczyło opiekę wytnieniową oraz wsparło podopiecznego FHPE sprząając jego mieszkanie. Ponadto Straż Graniczna zaoferowała transport w celu przekazania daru dla podopiecznego.

Tab. 42. Lokalne instytucje należące do sieci wsparcia – gmina Gródek.

Institucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
FHPE	
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej	TAK
Punkt Pomocy Rodzinie z Problemem Alkoholowym	NIE

Instytucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
Punkt Konsultacyjny przy Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gródku	NIE
Zespół Interdyscyplinarny w Gródku	NIE
Urząd Gminy Gródek	NIE
Wójt i Rada Gminy w Gródku	NIE
Ośrodek Zdrowia w Gródku	NIE
Gminne Centrum Kultury w Gródku	NIE
Biblioteka Publiczna w Gródku	NIE
Szkoła Podstawowa w Gródku	NIE
Przedszkole Samorządowe w Gródku	NIE
Stowarzyszenie „Aktywny Senior”	TAK
Koło Rencistów i Emerytów w Gródku	NIE
Towarzystwo Przyjaciół Ziemi Gródeckiej	NIE
Stowarzyszenie Załuki nad Supraślą	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich w Gródku	NIE
Komunalny Zakład Budżetowy w Gródku	NIE
Parafia Prawosławna w Gródku	NIE
Parafia Prawosławna Mostowlany	NIE
Parafia Prawosławna Królowy Most	NIE
Ochotnicza Straż Pożarna w Gródku	NIE
Straż Graniczna w Bobrownikach	TAK
Nadleśnictwo Waliły	NIE
Stowarzyszenie Pomocy Rodzinom Zagrożonym Wykluczeniem Społecznym „Lepsze jutro”	NIE
Sołtysi Sołectw Gminy Gródek	NIE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

W gminie potrzebujący otrzymali także dary od prywatnych osób i przedsiębiorców: żywność, odzież, sprzęt AGD (kuchenka mikrofalowa), pościele, koce. Paczki żywnościowe przekazały: Stowarzyszenie Droga, Stowarzyszenie Mała Ojczyzna, Fundacja Biedronki.

b) Gmina Michałowo

W gminie Michałowo lokalna sieć wsparcia liczy 26 instytucji. Na cyklicznych spotkaniach sieciujących pojawiły się jednak tylko nieliczne z nich. Wśród instytucji, które uczestniczyły we wszystkich spotkaniach, można wymienić jedynie Ośrodek

Pomocy Społecznej oraz Spółdzielnię Socjalną Michałowianka. W przypadku obydwu najszybciej w spotkaniach uczestniczyła jedna lub dwie osoby.

Tab. 43. Wykaz instytucji uczestniczących w spotkaniach sieciujących.

Spotkanie sieciujące 1		Spotkanie sieciujące 2		Spotkanie sieciujące 3		Spotkanie sieciujące 4	
Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób
FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2
OPS	1	SS Michałowianka	2	OPS	2	OPS	2
SS Michałowianka	1	DPS Jałówka	1	SS Michałowianka	1	SS Michałowianka	1
NZOZ Rehabilitacja Michałowo	1			Sołtys	3		
DPS Jałówka	1			KGW	2		
Parafia Rzymskokatolicka	1			Straż Graniczna	1		
Parafia Prawosławna	1						

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

W trakcie wdrażania innowacji czynnie uczestniczyły cztery podmioty: Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej (M-GOPS), Urząd Gminy, Spółdzielnia Socjalna Michałowianka, Dom Pomocy Społecznej w Jałówce. Koordynator Opieki Osób Zależnych współpracował z M-GOPS w sprawie przekazania seniorom-podopiecznym FHPE (alarmujących) opasek bezpieczeństwa w ramach programu Korpus Seniora (dla osób w wieku 65+, program ten realizuje M-GOPS). KOOZ odpowiadał za pomoc w wypełnieniu wniosków, dostarczenie opasek oraz poinstruowanie podopiecznych, jak należy ich używać. M-GOPS, za pośrednictwem KOOZ-a, przekazał także podopiecznym FHPE paczki świąteczne. Natomiast Urząd Gminy, Spółdzielnia Socjalna Michałowianka oraz DPS Jałówka zrealizowały prace porządkowe w domach podopiecznych oraz w ich bezpośrednim otoczeniu (co obejmowało m.in. wykoszenie trawy, wykarczowanie krzewów przy drodze dojazdowej, wyrównanie drogi, dostarczenie żwiru).

Tab. 44. Lokalne instytucje należące do sieci wsparcia – gmina Michałowo.

Instytucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
FHPE	
Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej	TAK
Koordynator GKRP (Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) w UG Michałowo	NIE
Urząd Gminy Michałowo	TAK
Punkt Konsultacyjny dla osób uzależnionych i ich rodzin	NIE
AM-medica Sp. z o.o. Centrum Medyczne	NIE
NZOZ „Przychodnia Rodzinna” w Szymkach	NIE
NZOZ „Przychodnia Rodzinna” w Michałowie	NIE
NZOZ Rehabilitacja Michałowo	NIE
Burmistrz i Rada Gminy	NIE
Gminny Ośrodek Kultury w Michałowie	NIE
Centra Wsi w Sokolu, Hieroninowie, Nowej Woli, Juszkowym Grodzie, Bondarach, Szymkach	NIE
Biblioteka Publiczna i filie biblioteczne	NIE
Szkoła Podstawowa w Michałowie	NIE
Gminne Przedszkole w Michałowie	NIE
Zespół Szkół w Michałowie	NIE
Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Iskra Michałowo	NIE
Spółdzielnia Socjalna Michałowianka	TAK
Placówka Straży Granicznej w Michałowie	NIE
Parafia Prawosławna w Michałowie	NIE
Parafia Rzymskokatolicka w Michałowie	NIE
Dom Pomocy Społecznej w Jałówcze	TAK
Posterunek Policji w Michałowie	NIE
Dom Pomocy Społecznej „Spokojna Przystań” w Garbarach	NIE
Koło Gospodyń i Gospodarzy Wiejskich w Bondarach	NIE
Sołtysi Sołectw Gminy Michałowo	NIE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

Poza instytucjami-członkami sieci, podopieczni otrzymali wsparcie od innych podmiotów. Wymienić tu należy prywatnych darczyńców, którzy dostarczyli podopiecznym

(za pośrednictwem KOOZ-a) odzież, koce, wózek elektryczny, a paczki z żywnością przekazały Fundacja Mała Ojczyzna, Służba Maltańska, Stowarzyszenie Droga i Fundacja Biedronki. W gminie Michałowo potrzebującym pozostającym pod opieką FHPE wsparcia udzielili także sąsiedzi, którzy – podobnie jak wskazane instytucje zaangażowane w sieci – zrealizowali prace porządkowe i zadbali o otoczenie domów podopiecznych. Odnotować należy zaangażowanie KOOZ-a i opiekunek z FHPE, którzy posprzątaли mieszkanie podopiecznego oraz świadczyli opiekę wytchnieniową.

c) Gmina Narew

W gminie Narew sieć lokalnych instytucji jest mniej liczna niż te dotychczas omówione. Jednocześnie odbyło się tu więcej spotkań sieciujących niż w innych jednostkach. Najczęściej uczestniczyli w nich pracownicy Ośrodka Pomocy Społecznej, Urzędu Gminy, Narwiańskiego Ośrodka Kultury (NOK) oraz sołtysi. W przypadku większości wskazanych tu instytucji w spotkaniach brały udział pojedyncze osoby – najwięcej było ich z OPS.

Tab. 45. Wykaz instytucji uczestniczących w spotkaniach sieciujących.

Spotkanie sieciujące 1		Spotkanie sieciujące 2		Spotkanie sieciujące 3		Spotkanie sieciujące 4		Spotkanie sieciujące 5		Spotkanie sieciujące 6	
Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób
FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2
OPS	4	OPS	4	OPS	2	OPS	3	OPS	3	OPS	4
UG Narew	1	Sołtysi	5	UG Narew	2	Sołtysi	9	UG Narew	3	NOK	1
Parafia Rzymskokatolicka	1					NOK	1	Sołtysi	2	Sołtysi	4
Gminna Biblioteka Publiczna	1					UG Narew	1	PCPR	1		
Sołtys Makówki	1							KGW Narew	1		
ZSP w Narwi	1							NOK	1		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

Sieć w gminie Narew tworzy 14 instytucji, z których w ramach działań podejmowanych w innowacji chęć wsparcia podopiecznych FHPE wyraziła jedna – była to inicjatywa wolontariuszy z Zespołu Szkolno-Przedszkolnego, którzy zadeklarowali możliwość świadczenia opieki wytchnieniowej.

Tab. 46. Lokalne instytucje należące do sieci wsparcia – gmina Narew.

Instytucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
FHPE	
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Narwi	NIE
Punkt Konsultacyjny dla osób uzależnionych	NIE
Rada Gminy Narew	NIE
Gminna Biblioteka Publiczna w Narwi Filia biblioteczna w Łosince Filia biblioteczna w Trześciance	NIE
Narwiański Ośrodek Kultury	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich w Narwi	NIE
Zespół Szkolno-Przedszkolny w Narwi	TAK/NIE
Parafia Prawosławna w Łosince	NIE
Parafia Rzymskokatolicka w Narwi	NIE
Parafia Prawosławna w Narwi	NIE
Ośrodek Zdrowia w Narwi	NIE
OSP Narew	NIE
Sołtysi Sołectw Gminy Narew	NIE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

W Narwi KOOZ przekazał podopiecznemu koc otrzymany od darczyńcy. W ramach swojej działalności dostarczył także balkonik, łóżko i materac przeciwoleżynowy z wypożyczalni. Ponadto, tak jak w innych gminach, paczki żywnościowe podopiecznym FHPE z gminy przekazały: Służba Maltańska, Stowarzyszenie Droga, Fundacja Biedronki.

d) Gmina Narewka

W gminie sieć wsparcia liczy 22 instytucje. We wszystkich spotkaniach sieciujących uczestniczyli przedstawiciele ośrodka pomocy społecznej oraz urzędu gminy w Narewce. Pozostałe wskazane poniżej podmioty uczestniczyły w spotkaniach jednorazowo.

Najliczniej na jednym spotkaniu wśród wymienionych podmiotów reprezentowani byli sołtysi.

Tab. 47. Wykaz instytucji uczestniczących w spotkaniach sieciujących.

Spotkanie sieciujące 1		Spotkanie sieciujące 2		Spotkanie sieciujące 3		Spotkanie sieciujące 4		Spotkanie sieciujące 5	
Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób	Institucja	Liczba osób
FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2
OPS	1	OPS	3	OPS	1	OPS	1	OPS	3
UG Narewka	1	UG Narewka	1	UG Narewka	1	UG Narewka	2	UG Narewka	2
Szkoła Podstawowa	1			Ośrodek Zdrowia	1	Sołtysi	5	Sołtys	1
						KGW	1	PCPR	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

Spśród działających w sieci instytucji aktywnie w pomoc podopiecznym włączyło się pięć podmiotów. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej udzielił konsultacji Koordynatorowi Opieki Osób Zależnych, wspólnie pracowali w sprawie jednego małżeństwa: Ośrodek wykorzystując swoje zasoby skierował tam opiekunkę, a KOOZ i pracownik OPS przeprowadził rozmowę z rodziną podopiecznych, by zmotywować ją do większego wsparcia i opieki. Zaangażowanie Urzędu Gminy i wójta Narewki polegało na wyrównaniu – dotąd trudno przejezdnej – drogi do domu jednego z podopiecznych FHPE. Zadanie to wykonano na prośbę podopiecznego, którą do gminnych władarzy przekazał KOOZ. Następnie, w Dziennym Domu Pomocy w Lewkowie Starym, we współpracy z KOOZ, zorganizowano spotkanie z psychiatrą. Natomiast uczniowie ze Szkolnego Koła Wolontariatu ze Szkoły Podstawowej w Narewce oraz członkowie Klubu Seniora wyrazili chęć świadczenia opieki wytchnieniowej – zgłoszono to do KOOZ-a, ale samego świadczenia dotąd nie zrealizowano. Ponadto, uczniowie ze Szkoły przekazali w prezencie dla jednego z podopiecznych stroik świąteczny.

Tab. 48. Lokalne instytucje należące do sieci wsparcia – gmina Narewka.

Instytucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
FHPE	
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Narewce	TAK
UG Narewka i wójt gminy Narewka	TAK
Punkt Konsultacyjny Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Narewce	NIE
Rada Gminy Narewka	NIE
Świetlica w Lewkowie Starym	NIE
Dzienny Dom Pomocy w Lewkowie Starym	TAK
Szkoła Podstawowa w Narewce (Szkolne Koło Wolontariatu)	TAK
Stowarzyszenie „Storczyk”	NIE
Stowarzyszenie Narewka Kultur i Pokoleń	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich „Kalina” w Plancie	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich „Malwa” w Olchówce	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich „Łuczyna” w Narewce	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich „Okulanka” w Skupowie	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich „Jezioranki” w Siemianówce	NIE
Parafia Prawosławna w Narewce	NIE
Parafia Prawosławna w Siemianówce	NIE
Parafia Rzymskokatolicka w Narewce	NIE
Ośrodek Zdrowia w Narewce	NIE
Gminny Ośrodek Kultury w Narewce	NIE
Samorządowa Biblioteka Publiczna w Narewce	NIE
Sołtysi Sołectw Gminy Narewka	NIE
Dom Pomocy Społecznej „Spokojna Przysiań” w Garbarach	NIE
Klub Seniora	TAK/NIE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

KOOZ przekazała także podopiecznemu FHPE koc подарowany przez darczyńcę. Paczki z żywnością przekazały również Służba Maltańska, Stowarzyszenie Droga oraz Fundacja Biedronki.

e) Gmina Zabłudów

W gminie Zabłudów w sieci wsparcia zarejestrowano 27 lokalnych instytucji. Pula tych, których przedstawiciele regularnie pojawiali się na spotkaniach sieciujących, obejmowała: Ośrodek Pomocy Społecznej, firmę prywatną Custos świadczącą komercyjne usługi opiekuńcze, Podlasko-Mazurski Bank Spółdzielczy w Zabłudowie (PM Bank) oraz Miejski Ośrodek Animacji Kultury (MOAK). Warto odnotować wyjątkowe zaangażowanie przedsiębiorcy z branży opiekuńczej, obecnego na wszystkich spotkaniach i bardzo aktywnego, jeśli chodzi o pomoc seniorom na terenie objętym innowacją. W czasie realizowania innowacji jego firma stała się ważnym partnerem dla lokalnego OPS.

Tab. 49. Wykaz instytucji uczestniczących w spotkaniach sieciujących.

Spotkanie sieciujące 1		Spotkanie sieciujące 2		Spotkanie sieciujące 3		Spotkanie sieciujące 4		Spotkanie sieciujące 5	
Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób	Instytucja	Liczba osób
FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2	FHPE	2
OPS	1	OPS	2	OPS	2	Sołtys	2	OPS	1
Custos	1	PM Bank	1	MOAK	1	MOAK	4	MOAK	2
PM Bank	1			Radny MiG	1	PM Bank	1	Custos	1
Szkoła Podstawowa Białostoczek	1			PM Bank	1				
				Custos	1				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

W czasie testowania innowacji wykorzystano zasoby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej – jego przedstawiciele udzielili wsparcia Koordynatorowi Opieki Osób Zależnych w sprawie zorganizowania turnusu rehabilitacyjnego dla podopiecznego z tej gminy.

Tab. 50. Lokalne instytucje należące do sieci wsparcia – gmina Zabłudów.

Instytucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
FHPE	
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zabłudowie	TAK
Punkt Pomocy Rodzinie z Problemem Alkoholowym (działa w Przychodni Rodzinnej)	NIE

Instytucje, które zadeklarowały uczestnictwo w sieci	Czy wykorzystano w czasie testowania innowacji?
Stowarzyszenie Społeczno-Edukacyjne „Panorama” w Zabłudowie	NIE
Punkt Konsultacyjny Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Zabłudowie	NIE
Niepubliczny PZOZ w Zabłudowie	NIE
NZOZ Przychodnia Rodzinna w Zabłudowie	NIE
NZOZ Rehabilitacja Lecznicza Zdrowie w Zabłudowie	NIE
Rada Miejska Zabłudów	NIE
Środowiskowy Dom Samopomocy w Krynickich	NIE
Podlasko-Mazurski Bank Spółdzielczy	NIE
Custos Zabłudów	NIE
Miejski Ośrodek Animacji Kultury w Zabłudowie	NIE
Szkoła Podstawowa im. Sybiraków w Rafałowie	NIE
Szkoła Podstawowa w Dobrzyniówce	NIE
Szkoła Podstawowa w Białostoczku	NIE
Zespół Szkolno-Przedszkolny w Zabłudowie	NIE
Komisariat Policji w Zabłudowie	NIE
Parafia Rzymskokatolicka w Zabłudowie	NIE
Parafia Prawosławna w Zabłudowie	NIE
Koło Gospodyń Wiejskich „Miód Malina”	NIE
Sołtysi Sołectw Gminy Zabłudów	NIE
Stowarzyszenie Bardzo Aktywna Wieś „BArWa”	NIE
Stowarzyszenie Rozwoju Wsi Folwarki	NIE
Stowarzyszenie Aktywny Zabłudów	NIE
Stowarzyszenie Bardzo Aktywna Wieś Kuriany	NIE
Stowarzyszenie Miłośników Wsi Krynickie	NIE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych gromadzonych przez KOOZ-a.

Podopieczni z gminy Zabłudów za pośrednictwem KOOZ-a otrzymali paczki z żywnością od Stowarzyszenia Droga, Fundacji Biedronki oraz Służby Maltańskiej. Poza tym wykorzystanie sieci było znikome, co może wynikać z bogatej oferty skutecznie działającego MOPS w tej gminie.

Warto zwrócić uwagę, że tam, gdzie sieć współpracy w gminie już przed innowacją była gęsta i mocna, stosunkowo niewielkie było zapotrzebowanie na interwencję KOOZ-a i włączanie instytucji sieci do pomocy. Jego pośrednictwo było częściej potrzebne tam, gdzie sieci były słabsze. Mimo iż we wszystkich gminach zestawienie liczby instytucji włączonych w sieć wsparcia z liczbą przypadków, w których realnie po nią sięgano, wy-

daje się nie świadczyć dobrze o istotności sieci, należy wspomnieć o trudnych do uchwycenia za pomocą liczb efektach jej działania. Dzięki prowadzonej systematycznie i przez te same osoby obserwacji uczestniczącej można odnotować, jak dużej zmianie uległa jakość kontaktów pomiędzy przedstawicielami instytucji obecnymi na spotkaniach. Stały się one mniej formalne, grupa wypracowała wspólny język, który ułatwiał porozumienie i komunikację w ramach podejmowanych działań, nie ulega też wątpliwości, że – przynajmniej na poziomie deklaratywnym – przyjęto, że wartość, jaką jest konieczność zapewnienia opieki potrzebującym, jest wspólna i że – przynajmniej częściowo – zgodzono się, w jaki sposób powinna być dostarczana. Niepokój budzi to, że wiele osób zaangażowanych w prace sieci była w wieku, w którym planowała lub już przechodziła na emeryturę. Pytanie, czy podjęte na rzecz budowy sieci działania będą kontynuowane w instytucjach, gdy zabraknie w nich osób bezpośrednio zaangażowanych w ich tworzenie. Obawy budzi również skuteczność budowy sieci przez samego KOOZ-a, bez wsparcia ważnej instytucji, jaką jest ROPS, co miałyby miejsce w warunkach innych niż realia projektowe.

4.3. Sieć wsparcia w opinii pracowników oraz ekspertów

Omawiając sposób funkcjonowania sieci w gminach należy wspomnieć także o tym, jak powołanie jej wpłynęło na pracę zespołu FHPE, co przedstawione zostanie w oparciu o wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w 2021 i 2023 roku.

W 2021 roku, gdy pytaliśmy o oczekiwania badanych wobec sieci wsparcia, znaczna większość wskazała, że spodziewa się wpływu sieci na swoją pracę. Badani deklaruowali, że ten element innowacji odciąży ich z dotychczasowych obowiązków, a także pozwoli na lepsze udzielanie pomocy podopiecznym FHPE. Tylko cztery badane wtedy osoby nie odpowiedziały na postawione pytanie.

Tab. 51. Wpływ sieci na pracę w FHPE – oczekiwania (2021, N=19).

Pracownicy FHPE	Osoby, które uważają, że sieć wpłynie na ich pracę	W jaki sposób?			
		Współpraca z pozostałymi pracownikami będzie lepsza / wymiana doświadczeń	Odciaży z dotychczasowych obowiązków	Lepsze udzielenie pomocy chorym	Wzmocni psychicznie
Ogółem	15	2	8	6	1
Lekarze	4			4	
Pielęgniarki	4		2	1	1
Opiekunki	4		4		
Pozostały personel (fizjoterapeuci, dietetyk, psycholog)	3	2	2	1	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Badani wskazywali, że od sieci lokalnych instytucji oczekują przede wszystkim lepszego i pełniejszego zadbania o potrzeby pacjentów. Ważne było dla nich zaangażowanie, które może owocować lepszym kontaktem z członkami sieci. Badani – bez względu na zajmowane stanowisko – liczyli na to, że podopieczni będą stać w centrum zainteresowania tworzonej sieci wsparcia. I tak, lekarze liczyli na wsparcie i pełniejszą odpowiedź na potrzeby pacjentów, pielęgniarki – na lepsze zabezpieczenie potrzeb pacjentów niekwalifikowalnych do hospicjum wg NFZ, lepszy kontakt (między podopiecznymi i ich rodzinami a instytucjami), poprawę jakości usług, a opiekunki – po prostu na wsparcie.

W kolejnych turach badania ankietowego umieszczono pytania o to, czy i jak sieć wsparcia wpłynęła na pracę zespołu FHPE. W trzech pomiarach udział pracowników dostrzegających zmianę w swoich obowiązkach zawodowych był znaczny i przekraczał połowę wszystkich badanych.

Tab. 52. Wskazania pracowników o wpływie wsparcia w czasie wdrażania innowacji (2022–2023).

	II pomiar: jesień 2022	III pomiar: wiosna 2023	IV pomiar: jesień 2023
Liczba osób, które wskazały, że sieć wpłynęła na ich pracę	7 (na 11 badanych)	11 (na 18 badanych)	13 (na 20 badanych)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Podkreślano, że dzięki utworzeniu sieci wsparcia, złożonej z lokalnych instytucji, pacjenci otrzymują więcej świadczeń wspierających ich w ostatnim okresie życia, w chorobie. Pomoc świadczona jest tak, aby korzystać z niej mogły także rodziny i osoby opiekujące się osobami zależnymi. Wydaje się, że sama świadomość istnienia sieci wsparcia i możliwości uzyskania pomocy dodatkowo wpływa na jakość pracy w FHPE, bowiem istotnym elementem jest dla ankietowanych odciążenie ich z konieczności wykonywania zadań, które nie są związane z ich zawodem. Badani pracownicy wskazywali, że utworzenie sieci wsparcia daje możliwość pomocy podopiecznym poza schematami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Powołanie sieci lokalnych instytucji zdaniem pracowników FHPE wpłynęło dodatnio na umiejętności pracy w zespole, usprawniło przepływ informacji i umożliwiło lepszy kontakt z podopiecznymi i ich rodzinami. Także w przyszłości pracownicy Hospicjum oczekują od członków sieci wsparcia dalszej pomocy w opiece nad podopiecznymi. Z udzielonych przez nich odpowiedzi wynika, że chcieliby, aby instytucje działające w sieci komunikowały się z FHPE w sprawach potrzeb pacjentów. Działania podejmowane przez aktorów wymagają ich zdaniem dobrej organizacji pracy na rzecz podopiecznych, wsparcia ich i ich rodzin w załatwianiu spraw urzędowych. Jedna z badanych osób wskazała, że istnienie sieci to działanie przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu. Ponadto wskazano, że obok istnienia sieci konieczne jest także poszerzenie zespołu hospicyjnego i na stałe włączenie do niego opiekunów.

O sieć wsparcia składającą się z lokalnych instytucji pytano również ekspertów ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia. Zdaniem wielu z nich dobrze zorganizowana, uzupełniająca się, sieć wsparcia może zapewnić osobom potrzebującym, zależnym, pozostawanie w domu tak długo jak to tylko możliwe. Utworzenie sieci ułatwi realizowanie świadczeń i usług na rzecz seniorów i chorych w ich środowisku. Ponadto dzielenie się doświadczeniami i dobrymi praktykami w ramach sieci (i ich promowanie) może stanowić inspirację do działania i współpracy dla zaangażowanych w nią instytucji. Zdaniem niektórych badanych sieć wsparcia powinna być powołana „w pakiecie” z koordynatorem pomocy, bowiem tworzenie sieci oraz łączenie usług dostępnych na danym terenie powinno stanowić jeden z jego najważniejszych obowiązków. Sugerowano, że łącznikiem różnych podmiotów tworzących sieć mogłyby stać się centra usług społecznych, które z zainteresowanymi podmiotami powinny zawierać porozumienia, przy czym podkreślano, że do treści takiego porozumienia nie należy wpisywać obowiązków i zadań partnerów sieci.

4.4. Podsumowanie

Proces budowy sieci wsparcia w projekcie ukazał kilka prawidłowości dotyczących działań zbiorowych w małych społecznościach. Po pierwsze, w sposób naturalny i jako oczywiste przyjęto, że budowa i animacja sieci planowanych w ramach innowacji będzie odzwierciedlała podział administracyjny. Odnosiło się to zarówno do jednostek większych – powiatów, jak i mniejszych – gmin. Decyzja ta mogła wynikać z wcześniejszych, dobrych doświadczeń ekspertek ROPS prowadzących spotkania sieciujące w budowaniu sieci w takiej właśnie formie. Ukazuje to, jak dużą rolę w podtrzymywaniu żywotności wsi odgrywają samorządy lokalne i finansowane przez nie instytucje. Wyraźnie widoczne jest również większe zaangażowanie tych instytucji w organizowane cyklicznie w ramach innowacji spotkania sieciujące, szczególnie gdy obecność na nich zapowiadały osoby kierujące instytucjami nadrzędnymi. Ich obecność przyciągała też na spotkania innych lokalnych aktorów. Niewielką aktywność w sieci przedstawiciele innych organizacji działających na terenie można tłumaczyć, wspominanymi już wcześniej – ich niewielką liczbą, obciążeniem zadaniami, zaangażowaniem w działalność aktywistyczną w związku z licznymi w trakcie wdrażania innowacji sytuacjami kryzysowymi. Ich nieobecność na spotkaniach może jednak też wynikać z pozycji FHPE, która może być postrzegana jako jednostka konkurencyjna w konkursowym systemie podziału środków. Inną hipotezą, dotyczącą nieobecności części instytucji, może być fakt, że o ich działalności Dyrektor FHPE często wypowiada się bardzo krytycznie, co może utrudniać podjęcie współpracy. Najliczniejszą obecność zaobserwowano na spotkaniach, do organizacji których aktywnie włączyły się ekspertki ROPS; skuteczność KOOZ-a w organizacji spotkań była mniejsza, jeśli chodzi o liczbę obecnych osób i instytucji. Rodzi to obawę o skuteczność działania KOOZ-a w przyszłości, gdy projektowe wsparcie ekspertek ROPS zostanie wygaszone, a zaproszenia będą wystosowywane przez przedstawiciela jednostki, jaką jest hospicjum. KOOZ wykazał się natomiast umiejętnością wypełnienia spotkań sieciujących treściami interesującymi członków sieci, zapraszając do udziału w nich specjalistów dziedzin związanych ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, wykorzystując sieć kontaktów pracowników FHPE.

5. Utworzenie stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ)

Kolejnym elementem innowacji było stworzenie nowego stanowiska w zespole hospicyjnym – Koordynatora Opieki Osób Zależnych. Stały za tym obserwacje pracowników FHPE, z których wynikało, że nawet niewystarczająca, dostępna na terenie ich działania pomoc bywa wykorzystywana w sposób, który nie był optymalny. Oznaczało to, że zbyt małe zasoby są dystrybuowane w sposób powodujący straty. Przykładem takich działań było to, że wizyta pielęgniarki czy opiekunki hospicyjnej wypadła u pacjenta tego samego dnia, co wizyta opiekunki z ośrodka pomocy społecznej. W przypadku pacjentów mieszkających na peryferiach oznaczało to, że dwa samochody pokonywały często niemalże dystans, a na miejscu okazywało się, że potrzeby podopiecznego są już zaspokojone. Zadaniem osoby zajmującej stanowisko Koordynatora byłoby regularne, dokładne rozpoznawanie potrzeb pacjentów i takie planowanie działań, aby ich zaspokojenie wiązało się z racjonalnym wykorzystaniem potencjałów i możliwości działających w ramach wcześniej opisanych sieci wsparcia instytucji.

5.1. Założenia wobec roli KOOZ-a przed wdrażaniem innowacji

Rekrutując osobę na stanowisko Koordynatora Opieki Osób Zależnych, założono następujące oczekiwania wobec kandydata:

- dysponowanie wiedzą z zakresu pracy socjalnej i stałą chęć rozwoju swoich kompetencji,
- dużą samodzielność i inicjatywę w podejmowanych działaniach,
- rozwinięte umiejętności komunikacyjne,
- prawo jazdy kat. B oraz własny samochód.

Za dodatkową zaletę kandydata uznano wykształcenie wyższe na kierunku socjologia, pedagogika lub pielęgniarstwo.

Ogłoszenie o poszukiwaniu kandydata/kandydatki na to stanowisko umieszczono w mediach m.in. na stronie internetowej Fundacji, na Facebooku Fundacji, w Powiatowym Urzędzie Pracy (Białystok, Hajnówka, Bielsk Podlaski), Biurze Karier Uniwersytetu w Białymstoku i Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Informacja o poszukiwaniu kandydata była nagłaśniana podczas wszystkich spotkań sieciujących w gminach: Narew, Narewka, Zabłudów, Gródek, Michałowo.

Na ogłoszenie odpowiedziało osiem osób, przy czym dwie wycofały się z konkursu przed odbyciem rozmowy kwalifikacyjnej. Ostatecznie kandydatami na stanowisko KOOZ-a były trzy kobiety i trzech mężczyzn. Rozmowy z zainteresowanymi odbywały się w miarę ich zgłaszania się. Przeprowadzała je komisja złożona z ekspertek z Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Białymstoku oraz Koordynatorka Projektu z ramienia Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza. Komisja zarekomendowała wybór jednej osoby, następnie po przeprowadzeniu z nią rozmowy Kierownik Projektu (Lider, prezes FHPE) zatwierdził wybór kandydatki na stanowisko Koordynatora Opieki Osób Zależnych. KOOZ rozpoczęła pracę w sierpniu 2021 roku, tj. w terminie zaplanowanym w harmonogramie projektu. Wybrana na stanowisko osoba to kobieta, mieszkanka jednej z gmin, w których wdrażana była innowacja, która w przeszłości wykonywała różne zawody, spełniła warunki formalne i zdaniem komisji konkursowej najlepiej odpowiadała planowanym zadaniom, jeśli chodzi o umiejętności miękkie.

Do zakresu obowiązków Koordynatora Opieki Osób Zależnych zaliczono następujące czynności:

- a) identyfikowanie potrzeb osób zależnych oraz ich opiekunów, ocena możliwości i planowanie sposobów ich zaspokojenia, w szczególności:
 - występowanie w imieniu podopiecznych do instytucji pomocowych i medycznych w celu zapewnienia lepszej opieki,
 - udzielanie informacji i pomocy w uzyskaniu należnych świadczeń,
 - pomoc w sporządzaniu pism, podań, odwołań itp.,
 - pomoc w pozyskaniu niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego,
 - proponowanie pomocy i wsparcia sąsiedzkiego,
 - proponowanie ośrodków opieki całodobowej w porozumieniu z lekarzem i pielęgniarką FHPE;
- b) współpraca z instytucjami pomocowymi działającymi w sieci wsparcia, a w szczególności:
 - podtrzymywanie współpracy poprzez organizowanie spotkań z członkami sieci,
 - podejmowanie działań mających na celu poszerzanie sieci wsparcia;
- c) współpraca z zespołem medycznym Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza;

- d) monitorowanie i dokumentowanie postępów wdrażania innowacji;
 e) systematyczne udzielanie Pracodawcy informacji zwrotnej z postępów podejmowanych działań.

Wybrana Koordynatorka Opieki Osób Zależnych porównywała swoje przyszłe obowiązki do zadań pracownika społecznego. Spodziewała się intensywnej pracy w terenie oraz tego, że oczekiwana będzie od niej dyspozycyjność i umiejętności organizacyjne. Najmniej obciążający wydawał się jej kontakt z podopiecznymi FHPE, natomiast trudniejszą – konieczność kontaktowania się i współpracy z instytucjami. Wskazywała także, że kluczowy będzie początkowy okres jej pracy, gdyż będzie musiała rozpoznać potrzeby podopiecznych oraz instytucje w gminach i ich zasoby. Za punkt wyjścia swojej pracy uznała wsparcie podopiecznych w uzyskaniu przez nich środków (świadczeń i pomocy rzeczowej) z PCPR, ZUS i innych instytucji.

W pierwszym roku testowania innowacji, po rozpoczęciu pracy przez KOOZ, także pracownicy FHPE artykułowali swoje oczekiwania wobec Koordynatora Opieki Osób Zależnych. Blisko połowa nie wiedziała, czego może oczekiwać od nowego pracownika – odpowiedziała „nie wiem” lub nie udzieliła odpowiedzi. Spośród dziesięciu osób, które zadeklarowały, że mają oczekiwania, najwięcej wskazało, że KOOZ (podobnie jak sieć wsparcia) odciąży ich w obowiązkach (szczególnie obowiązkach niemedycechnych).

Tab. 53. Wpływ Koordynatora Opieki Osób Zależnych na pracę w FHPE – oczekiwania (2021, N=19).

Pracownicy FHPE	Osoby, które uważają, że KOOZ wpłynie na ich pracę	W jaki sposób?		
		Zwiększenie liczby pacjentów	Odciąży w obowiązkach (szczególnie niemedycechnych)	Współpraca
Ogółem	10	1	8	1
Lekarze	4	0	4	0
Pielęgniarki	3	0	2	1
Opiekunki	1	0	1	0
Pozostały personel (fizjoterapeuci, dietetyk, psycholog)	2	1	1	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie własnych badań ankietowych.

Pracownicy FHPE oczekiwali zaangażowania i rzetelnego wywiązywania się z obowiązków w zakresie pomocy pacjentom. Wskazywano także, że KOOZ powinien koordynować prace zespołu, co zapewni przepływ informacji oraz pomoc w sprawach niemedycechnych.

Tab. 54. Oczekiwania pracowników wobec Koordynatora Opieki Osób Zależnych (2021, N=19).

Stanowisko	Oczekiwania wobec KOOZ-a
Lekarze	Zaangażowanie, koordynowanie prac zespołu, rzetelne wywiązywanie się z obowiązków, empatia, kreatywność
Pielęgniarki	Zaangażowanie, rzetelna ocena potrzeb pacjentów, rozpoznanie potrzeb i próba pomocy ludziom na terenach wiejskich
Opiekunki	Wsparcie, praca w grupie
Pozostały personel (fizjoterapeuci, dietetyk, psycholog)	Lepszy przepływ informacji, pomoc w sprawach niemedycznych, kontakt z pacjentami

Źródło: *Opracowanie własne.*

5.2. KOOZ we wdrażanej innowacji

5.2.1. Realizacja obowiązków KOOZ-a

Kluczowym aspektem działania Koordynatora Opieki Osób Zależnych w czasie wdrażania innowacji w projekcie „Dać to, czego naprawdę potrzeba” była organizacja wsparcia dla podopiecznych FHPE. Z wprowadzonym stanowiskiem Koordynatora ściśle związane jest utworzenie i działanie sieci współpracy lokalnych instytucji świadczących usługi na rzecz osób starszych, nieuleczalnie chorych i zależnych, bowiem to z zasobów tej sieci w swojej pracy przede wszystkim korzysta KOOZ.

Na podstawie gromadzonej dokumentacji (w formularzu „Karta potrzeb pacjenta”²⁴) możliwa była analiza potrzeb zgłaszanych przez podopiecznych wraz ze wskazaniem podmiotu odpowiedzialnego za ich realizację oraz roli Koordynatorki. Dokumentacja była uzupełniana w czasie każdej comiesięcznej wizyty KOOZ-a u podopiecznych. Jednak podopieczni nie zgłaszali potrzeb na każdej z nich – przeciętnie wykonania jakiejś czynności od KOOZ-a oczekiwano raz na dwa-trzy miesiące. Działania podejmowane przez KOOZ-a można podzielić na trzy grupy. W pierwszej umieszczono potrzeby socjalne i społeczne podopiecznych FHPE, w drugiej związane ze stanem ich zdrowia – to potrzeby medyczne i rehabilitacyjne, natomiast w trzeciej grupie umieszczono te działania KOOZ-a, których nie udało się sklasyfikować w dwóch wcześniej wymienionych. Wśród zadań mających realizować potrzeby socjalne i społeczne najwięcej wypełnionych przez KOOZ-a dotyczyło przekazania podopiecznym paczek żywnościowych oraz darów – ich część stanowiły przedmioty przekazane do

²⁴ Zob. Aneks s. 154.

FHPE przez darczyńców, które następnie KOOZ rozdzielala między podopiecznych według ich potrzeb, a (mniejszą) część stanowiły rzeczy, których potrzebę posiadania zgłosili sami potrzebujący. Na uwagę w tej grupie potrzeb zasługują także te związane z utrzymaniem porządku w miejscu zamieszkania podopiecznego lub w jego bliskim otoczeniu. Rola Koordynatorki w realizowaniu potrzeb socjalnych i społecznych w znacznej większości przypadków polegała na pośrednictwie między potrzebującym a podmiotem, który dysponował zasobami lub kompetencjami, by daną potrzebę wypełnić. Wydaje się, że w wielu przypadkach KOOZ przejmowała kompetencje pracowników M-GOPS lub GOPS. Ci, ze względu na duże obciążenie pracą, z wdzięcznością przyjęli osobę, która często przebywając w terenie mogła wesprzeć ich w działaniach na rzecz osób zależnych. Widoczna w tabelach poniżej, pozornie niewielka, liczba osób objętych działaniami realizowanymi przez KOOZ-a może sprawiać wrażenie, że ten element innowacji nie był wystarczająco aktywny. Jednak nie można zapominać o comiesięcznych wizytach KOOZ-a u pacjentów. Były one ważne z punktu widzenia relacji społecznych podopiecznych, służyły zbieraniu informacji przekazywanych pozostałym członkom zespołu opiekuńczego i medycznego oraz aktualizowaniu wiedzy o bieżących potrzebach pacjentów. Ponadto, należy zwrócić uwagę na to, jak zróżnicowane były realizowane działania, co wskazuje na deficyty w zaspokajaniu różnego rodzaju potrzeb.

Tab. 55. Potrzeby socjalne i społeczne podopiecznych FHPE zebrane przez KOOZ (lipiec 2021 – grudzień 2023).

Potrzeby socjalne, społeczne	Kto zrealizował?	Liczba osób	Gminy	Rola KOOZ-a
Paczki świąteczne	Stowarzyszenia Droga, Mała Ojczyzna, Służba Maltańska, Fundacja Biedronka, M-GOPS Michałowo, Fundacja PGE	bd*	Michałow, Narew, Gródek, Narewka	KOOZ dostarczyła paczki (jeśli była taka potrzeba, to także odebrała od ofiarujących)
Paczki żywnościowe od parafii rzymskokatolickiej	Parafia rzymskokatolicka	1	Michałow	KOOZ dostarczyła paczki
Przekazanie darów (odzieży, pościeli, koców, kuchni mikrofalowej, elektrycznego wózka inwalidzkiego, komody, telefonu, łożka rehabilitacyjnego)	Prywatny przedsiębiorca, wolontariusz, Stowarzyszenie Droga, darczyńcy	bd*	Gródek, Michałow	KOOZ dostarczyła dary do podopiecznych
Potrzeba wyrównania drogi, która była nieprzejezdna i kadra medyczna pokonywała drogę pieszo (ok. 1 km)	Urząd Gminy	1	Narewka	KOOZ zgłosiła potrzebę do UG
Potrzeba wykarcowania krzaków wzdłuż drogi dojazdowej do domu podopiecznej	Urząd Gminy	1	Michałow	KOOZ zgłosiła potrzebę do UG
Potrzeba wykoszenia trawy	DPS Jałówka	1	Michałow	KOOZ skoordynowała realizację tej potrzeby
Posprzątanie mieszkania oraz koszenie trawy, przywiezienie żwiru oraz uporządkowanie terenu wokół domu, rozplantowanie żwiru i utwardzenie podjazdu (sąsiedzi)	Spółdzielnia Socjalna Michałowianka i DPS Jałówka, sąsiedzi	1	Michałow	KOOZ skontaktowała potrzebującego z wolontariuszami
Posprzątanie mieszkania	KOOZ, opiekunka FHPE, Stowarzyszenie Aktywny Senior	2	Michałow, Gródek	KOOZ wspólnie z opiekunką FHPE posprzątała mieszkanie, w przypadku drugiej osoby odpowiadała za kontakt ze Stowarzyszeniem
Pomoc w wypełnieniu wniosku o przyznanie zaświadczenia do ZUS o przyznanie świadczenia uzupełniającego	KOOZ	2	Michałow	KOOZ pomogła wypełnić dokumenty i złożyć je w ZUS
Pomoc przy wypełnianiu wniosku do GOPS o zasiłek pielęgnacyjny dla podopiecznego	KOOZ	1	Narew	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła je wypełnić

Potrzeby społeczne, społeczne	Kto zrealizował?	Liczba osób	Gminy	Rola KOOZ-a
Pomoc w wypełnieniu wniosków o opaski bezpieczeństwa z programu Korpus Seniora (M-GOPS)	M-GOPS Michałowo, KOOZ	2	Michałowo	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła wypełnić, następnie dostarczyła opaskę i poinstruowała podopiecznych, jak jej używać
Pomoc w wypełnieniu wniosków o dodatek węglowy	KOOZ	bd	Wszystkie gminy	KOOZ samodzielnie przygotowuje wnioski, podopieczni podpisują i składają samodzielnie lub robi to KOOZ
Pomoc w przygotowaniu pozwu rozwodowego dla podopiecznej	KOOZ	1	Narew	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła wypełnić
Pomoc w uzyskaniu pełnomocnictwa do udziału w wyborach	KOOZ	1	Narew	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła wypełnić

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zebranych przez KOOZ-a, gromadzonych w formularzu „Karta potrzeb pacjenta”.

* Trudno wskazać dokładną liczbę podopiecznych, którzy w sumie otrzymali paczki, ponieważ część z nich pozostawała pod opieką FHPE dłużej niż rok i otrzymała tę formę wsparcia kilkakrotnie.

W przypadku potrzeb rehabilitacyjnych i medycznych zaspokojenie potrzeb zgłaszanych przez podopiecznych wymagało dużego zaangażowania od KOOZ-a. W tym zakresie Koordynatorka pełniła rolę łącznika między podopiecznym a instytucjami: odpowiadała za skompletowanie niezbędnych dokumentów, następnie dostarczenie ich do podopiecznego i jego opiekunów, pomoc w wypełnieniu niezbędnych formularzy i złożenie ich w odpowiednim miejscu. Tu KOOZ przejmowała zadania zwyczajowo należące do rodziny lub pracowników OPS czy POZ, np. pielęgniarki środowiskowej. Może być to wskazówka, dla jakiej grupy podopiecznych ta innowacja jest najważniejsza. W sytuacji dobrze działających instytucji oraz obecności rodziny seniorzy mogą korzystać z ich pomocy. Jednak kiedy – tak jak często się to dzieje na terenach wiejskich w Polsce – mamy do czynienia z osobami, których sytuacja życiowa nie pozwala na skorzystanie z pomocy rodziny lub które mieszkają w miejscowości, z której trudno udać się po pomoc instytucjonalną albo pomoc ta nie jest zaspokajana na odpowiednim poziomie ze względu na braki personelu lub jego nadmierne obciążenie, pojawienie się Koordynatora Opieki Osób Zależnych może wypełnić powstałe luki. Należy jednak podkreślić, że jego obecność i wspieranie podopiecznych nie likwiduje konieczności naprawy źle działających i niewydolnych krajowych systemów opieki społecznej i zdrowotnej.

Tab. 56. Potrzeby medyczne i rehabilitacyjne podopiecznych FHPE zebrane przez KOOZ (lipiec 2021 – grudzień 2023).

Potrzeby medyczne, rehabilitacyjne	Kto zrealizował?	Liczba osób	Gminy	Rola KOOZ-a
Rozznanie (przeprowadzone w PCPR) w uzyskaniu pomocy finansowej z PCPR z programu „likwidacja barier architektonicznych” (budowa rampy/podjazd- du, remont łazienki) i dostarczenie wniosku	KOOZ (PCPR bierny)	3	Gródek, Narew	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła złożyć wnioski
Pomoc w wystąpieniu do sądu o ubezwłasno- wolenie podopiecznej (KOOZ zaproponowała, że znajdzie prawnika, który poprowadzi sprawę, dostarczy dokumenty)	KOOZ	1	Gródek	KOOZ dostarczyła dokumenty
Dowóz i wypełnienie dokumentów na ustalenie stopnia niepełnosprawności	KOOZ	5	Gródek, Michałow, Narewka	KOOZ dostarczyła dokumenty, następnie je złożyła
Opieka wychnieniowa	Wolontariusze ze Szkoły Podstawo- wej, członkowie Klubu Senior+, FHPE, KOOZ, Stowarzyszenie Aktywny Senior	7	Narewka, Gródek, Michałow	KOOZ skoordynowała realizację potrze- by opieki wychnieniowej i raz sama ją realizowała
Pomoc w umieszczeniu podopiecznego w DPS	KOOZ	1	Gródek	KOOZ skontaktowała się z DPS
Pomoc w transporcie chorego do ośrodka zdrowia na badania morfologiczne	Taką propozycję złożył Gminny Ośro- dek Kultury w Narwi	-	Narew	KOOZ skontaktowała podopiecznego z GOK w Narwi
Konsultacja z architektem wolontariuszem, który wykonał oględziny i pomiary do ewentualnego montażu podnośnika przybalkonowego dla wózka inwalidzkiego podopiecznego	Architekt wolontariusz	1	Gródek	KOOZ umówiła spotkanie, uczestniczyła w nim wraz z podopiecznym
Dostarczenie i wypełnienie wniosku o zamontowa- nie schodolaza gąsienicowego	KOOZ	1	Gródek	KOOZ dostarczyła dokumenty, pomogła wypełnić
Potrzeba dostarczenia wykazu ośrodków rehabili- tacyjnych i informacji, jak postępować, by otrzymać rehabilitację z NFZ	KOOZ	10	Wszystkie gminy	KOOZ przygotowała wykaz samodzielnie

Potrzeby medyczne, rehabilitacyjne	Kto zrealizował?	Liczba osób	Gminy	Rola KOOZ-a
Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego (wózka inwalidzkiego, elektrycznego wózka inwalidzkiego, balkonika, łóżka, materaca przeciwodleżynowego, rotora)	KOOZ	7	Narewka, Michałowo, Narew, Gródek	KOOZ poinformowała o wypożyczeniach FHPE – sprzęt odebrał opiekun z rodziny podopiecznego lub KOOZ dostarczył do pacjenta
Skontaktowanie członka rodziny podopiecznego z MOPS Zabłudów ws. turnusu rehabilitacyjnego	MOPS Zabłudów, KOOZ	1	Zabłudów	KOOZ pełniła rolę pośrednika
Pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia na środki pomocnicze (środki higieniczne)	KOOZ	1	Narewka	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła wypełnić, następnie złożyć
Pomoc w wypełnieniu wniosku do PCRPR o zamontowanie rampy podjazdowej na wyjeździe z ganku (program „likwidacja barier architektonicznych”)	KOOZ	1	Michałowo	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła wypełnić
Pomoc w wypełnieniu dokumentów na uzyskanie zasiłku dla opiekuna	KOOZ	1	Michałowo	KOOZ dostarczyła dokumenty i pomogła wypełnić
Pomoc przy wypełnianiu wniosku o uzyskanie oświadczenia o stopniu niepełnosprawności	KOOZ	1	Narewka	Inicjatywa KOOZ, podopieczny nie był przekonany, KOOZ złożyła wniosek
Pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na wymianę wanny na wannę z drzwiczkami	KOOZ	1	Michałowo	KOOZ dostarczyła dokumenty, do PFRON złożył je opiekun podopiecznego
Wsparcie w uzyskaniu zwrotu środków przeznaczonych na wyjazd na konsultację lekarską i zabieg do Poznania	Zwrot kosztów zrealizowano ze środków przekazanych przez darczyńców	1	Narewka	KOOZ wypełniła dokumenty i zorganizowała zwrot kosztów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zebranych przez KOOZ-a, gromadzonych w formularzu „Karta potrzeb pacjenta”.

Inne działania podejmowane przez Koordynatorkę nie wynikały bezpośrednio z potrzeb zgłaszanych przez podopiecznych, były raczej związane ze wzmacnianiem działania sieci lokalnych instytucji i działaniami edukacyjnymi, do realizowania których zobowiązany jest KOOZ. W rozumieniu twórców innowacji ten element działalności KOOZ-a był działaniem na rzecz lokalnych społeczności, budowaniem pozycji FHPE w lokalnym środowisku, okazją do rewanżu za wsparcie dla podopiecznych hospicjum, o jakie mogłby zwrócić się do lokalnych instytucji KOOZ.

Tab. 57. Pozostałe działania KOOZ (lipiec 2021 – grudzień 2023).

Pozostałe potrzeby	Kto zrealizował?	Liczba osób	Gminy	Rola KOOZ-a
Spotkania edukacyjne z wolontariatem szkolnym w Szkole Podstawowej	KOOZ i pielęgniarka FHPE	17 osób w Gródku, 22 w Narewce	Gródek, Narewka	KOOZ zorganizowała spotkanie w porozumieniu z Dyrekcją Szkoły
Spotkanie z psychiatrą w Dziennym Domu Pomocy w Lewkowie Starym	Psychiatra z Centrum Zdrowia Psychicznego w Hajnówce, DPS Lewkowo Stare	-	Narewka	KOOZ pomogła zorganizować spotkanie
Spotkanie z psychiatrą dla członków Klubu Seniora	Psychiatra z Centrum Zdrowia Psychicznego w Hajnówce, Klub Seniora	-	Narewka	KOOZ pomogła zorganizować spotkanie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zebranych przez KOOZ-a, gromadzonych w formularzu „Karta potrzeb pacjenta”.

Z przeprowadzonych obserwacji, a także opierając się na wiedzy eksperckiej specjalistów ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia można stwierdzić, że gros działań, które w tej innowacji podejmowane są przez KOOZ-a, w warunkach (tj. strukturach gminy czy instytucji), w których nie ma takiego koordynatora opieki, stanowiły zadania, które nie są przypisane instytucjonalnie ani organizacyjnie do istniejących jednostek. Realizacja wielu tych działań zależy od dobrej woli – przede wszystkim wolontariuszy. Te natomiast, które mają przypisanego wykonawcę, jednostkę odpowiedzialną, nie zostaną zrealizowane samoistnie – wymagają podjęcia inicjatywy podopiecznego i jego opiekunów czy rodziny.

Tab. 58. Podmioty, które powinny/mogłyby zrealizować zadania wykonywane przez KOOZ-a – potrzeby socjalne, społeczne.

Potrzeby socjalne, społeczne	Kto mógłby zrealizować działanie, gdy nie ma KOOZ-a?
Paczki świąteczne	Wolontariat
Paczki żywnościowe od parafii rzymskokatolickiej	Wolontariat
Przekazanie darów (odzieży, pościeli, koców, kuchenki mikrofalowej, elektrycznego wózka inwalidzkiego, komody, telefonu)	Wolontariat
Potrzeba wyrównania drogi, która była nieprzejezdna i kadra medyczna pokonywała drogę pieszo (ok. 1 km)	Wolontariat, właściciel drogi
Potrzeba wykarczowania krzaków wzdłuż drogi dojazdowej do domu podopiecznej	Wolontariat, właściciel drogi
Potrzeba wykoszenia trawy	Wolontariat
Posprzątanie mieszkania oraz koszenie trawy, przywiezienie żwiru oraz uporządkowanie terenu wokół domu, rozplantowanie żwiru i utwardzenie podjazdu (sąsiedzi)	Wolontariat, wsparcie rodziny, sąsiadów
Posprzątanie mieszkania	Wolontariat, wsparcie rodziny, sąsiadów; ewentualnie – jeśli przyznano świadczenia – OPS
Pomoc w wypełnieniu wniosku o przyznanie zaświadczenia do ZUS o przyznanie świadczenia uzupełniającego	ZUS
Pomoc przy wypełnianiu wniosku do GOPS o zasiłek pielęgnacyjny dla podopiecznego	OPS
Pomoc w wypełnieniu wniosków o opaski bezpieczeństwa z programu Korpus Seniora (M-GOPS)	OPS
Pomoc w wypełnianiu wniosków o dodatek węglowy	OPS
Pomoc w przygotowaniu pozwu rozwodowego dla podopiecznej	Usługi prawne – komercyjne lub zapewniane przez gminę, wolontariat, wsparcie rodziny
Pomoc w uzyskaniu pełnomocnictwa do udziału w wyborach	OPS, wolontariat, wsparcie rodziny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego wywiadu z ekspertami.

Warto jednak nadmienić, że część zadań, w których realizacji uczestniczyła Koordynatorka, może zostać wdrożonych za pośrednictwem już istniejących instytucji. W większości przypadków przedmiotowo zadania te przypisać można ośrodkom pomocy społecznej jako tym, które odpowiadają za kwestie opieki nad seniorami – to praktyczny wymiar realizacji polityk społecznych i senioralnych, szczególnie na poziomie lokalnym.

Tab. 59. Podmioty, które powinny/mogłyby zrealizować zadania wykonywane przez KOOZ-a – potrzeby medyczne, rehabilitacyjne.

Potrzeby medyczne, rehabilitacyjne	Kto mógłby zrealizować działanie, gdy nie ma KOOZ-a?
Rozeznanie (przeprowadzone w PCPR) w uzyskaniu pomocy finansowej z PCPR z programu „likwidacja barier architektonicznych” (budowa rampy/podjazdu) i dostarczenie wniosku	Podopieczny i/lub jego opiekunowie, rodzina
Pomoc w wystąpieniu do sądu o ubezwłasnowolnienie podopiecznej (KOOZ zaproponowała, że znajdzie prawnika, który poprowadzi sprawę, dostarczy dokumenty)	Rodzina/opiekunowie, wsparcie OPS
Dowóz i wypełnienie dokumentów na ustalenie stopnia niepełnosprawności	Podopieczny i/lub jego opiekunowie, rodzina
Opieka wytchnieniowa	Wolontariat, usługi komercyjne
Pomoc w umieszczeniu podopiecznego w DPS	Rodzina/opiekunowie (wsparcie usług komercyjnych), OPS
Pomoc w transporcie chorego do ośrodka zdrowia na badania morfologiczne	Lekarz rodzinny może wystawić skierowanie na przewóz medyczny, usługi komercyjne
Konsultacja z architektem wolontariuszem, który wykonał oględziny i pomiary do ewentualnego montażu podnośnika przybalkonowego dla wózka inwalidzkiego podopiecznego	Wolontariat
Dostarczenie i wypełnienie wniosku o zamontowanie schodolaza gąsienicowego	Wolontariat, rodzina/opiekunowie
Pozyskanie wykazu ośrodków rehabilitacyjnych i informacji, jak postępować, by otrzymać rehabilitację z NFZ	Wolontariat, rodzina/opiekunowie
Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego (wózka inwalidzkiego, balkonika, łóżka, materaca przeciwoślizgowego, rotora)	Wolontariat, rodzina/opiekunowie
Skontaktowanie członka rodziny podopiecznego z MOPS Zabłudów ws. turnusu rehabilitacyjnego	Wolontariat, rodzina/opiekunowie, OPS
Pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia na środki pomocnicze (środki higieniczne)	Wolontariat, rodzina/opiekunowie, OPS
Pomoc w wypełnieniu wniosku do PCPR o zamontowanie rampy podjazdowej na wyjeździe z ganku (programu „likwidacja barier architektonicznych”)	Wolontariat, rodzina/opiekunowie, OPS
Pomoc w wypełnieniu dokumentów na uzyskanie zasiłku dla opiekuna	Wolontariat, rodzina/opiekunowie, OPS
Pomoc przy wypełnianiu wniosku o uzyskanie oświadczenia o stopniu niepełnosprawności	Wolontariat, rodzina/opiekunowie, OPS
Pomoc w wypełnieniu wniosku do PCPR na wymianę wanny na wannę z drzwiczkami	Wolontariat, rodzina/opiekunowie, OPS

Potrzeby medyczne, rehabilitacyjne	Kto mógłby zrealizować działanie, gdy nie ma KOOZ-a?
Wsparcie w uzyskaniu zwrotu środków przeznaczonych na wyjazd na konsultację lekarską do Poznania	Wolontariat, rodzina/opiekunowie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego wywiadu z ekspertami.

Inne działania KOOZ, np. mające służyć popularyzacji wiedzy na temat opieki nad osobami starszymi, uwrażliwiania członków lokalnych społeczności na ich potrzeby (np. spotkania z wolontariatem uczniowskim, organizacja spotkania z psychiatrą dla seniorów), mogłyby być – według przeprowadzonego rozpoznania – podjęte przede wszystkim przez wolontariuszy, lokalnych aktywistów, albo też przez organizacje pozarządowe działające na rzecz seniorów.

5.2.2. Wpływ KOOZ-a na zakres pracy pracowników FHPE

Badania zrealizowane wśród pracowników FHPE dostarczają informacji na temat tego, jak pracownicy postrzegają pojawienie się w strukturze zespołu Koordynatora Opieki Osób Zależnych. Uwzględniono także ich oczekiwania wobec tego stanowiska. Z odpowiedzi, których udzielili w trzech pomiarach (2022 rok, wiosna 2023 roku, jesień 2023 roku), wynika, że pracownicy w znacznej większości wskazywali, że KOOZ wpłynął na ich pracę. Głosy tych, którzy nie dostrzegają różnic między sytuacją, w której KOOZ funkcjonuje a tą, kiedy nie było tego stanowiska, były pojedyncze, marginalne (nie przekraczały 10% wszystkich badanych). Ci badani, którzy dostrzegali wpływ działań KOOZ-a na swoją pracę, oceniali pozytywnie. Żaden z ankietowanych pracowników nie miał zastrzeżeń do pracy KOOZ-a i nie wskazał negatywnego wpływu Koordynatora na własną pracę. Pracownicy FHPE dostrzegali wpływ stanowiska KOOZ-a zarówno wobec podopiecznych i ich potrzeb, jak i wobec swoich zakresów zadań. Widzą oni pozycję Koordynatora jako łącznika w pracy między podopiecznym a jego rodziną, instytucjami lokalnymi i Fundacją. Jest to ich zdaniem podmiot, który zwiększa możliwości pomocy osobom potrzebującym m.in. poprzez organizowanie opieki pozamedycznej, wsparcie w kontaktach z urzędami, wsparcie w uzyskiwaniu różnych świadczeń (rzeczowych i finansowych) czy w wypożyczeniu sprzętu rehabilitacyjnego. Pracownicy najczęściej podkreślali, że zadania realizowane przez KOOZ-a powodują odciążenie ich w realizowaniu tych spraw pacjentów, które nie są bezpośrednio związane z ich obowiązkami zawodowymi. Ponadto wskazywano, że KOOZ usprawnia wymianę informacji na linii podopieczny – pracownik FHPE, dzięki temu relacje z podopiecznymi są bliższe i bardziej intensywne, a przepływ informacji – szybszy.

Należy odnotować konsekwencje wprowadzenia stanowiska KOOZ-a wobec samych pracowników. Tutaj pojawiły się wskazania, że Koordynator daje im poczucie wsparcia, odciąża ich w pracy. Efektem tego jest widoczna większa skuteczność działań całego zespołu FHPE. Niektórzy ankietowani mówili o tym, że dzięki wprowadzeniu stanowiska KOOZ-a pacjenci objęci są kompleksową opieką zarówno zakresie potrzeb medycznych, jak i społecznych.

Pracownicy FHPE wskazywali również na swoje oczekiwania w dalszej współpracy z KOOZ-em. Większość z nich oczekiwała wsparcia w organizacji opieki pozamedycznej, pomoc podopiecznym w załatwianiu spraw, których sam podopieczny i jego opiekun nie mogą wykonać. Ważna dla badanych wydaje się także możliwość uzyskania danych o potrzebach rodziny oraz przekazywanie im informacji o przysługujących im i podopiecznym zasiłkach i innych świadczeniach pomocy społecznej i socjalnej oraz innych formach pomocy organizowanych w miejscu zamieszkania w oparciu o lokalne zasoby. Kluczowe jest ponadto bieżące informowanie o potrzebach i zmianie potrzeb podopiecznych, a więc bardzo istotny jest tu – jak podkreślają ankietowani – przepływ informacji. Badani oczekują także od KOOZ-a dyspozycyjności oraz tego, że będzie to osoba, która spoi działania całego zespołu.

Oczekiwania i potrzeby pracowników dobrze wpisują się w to, co robi KOOZ. Zwróćmy choćby uwagę na to, że badani oczekują, że KOOZ wesprze ich w realizowaniu spraw urzędowych, w kontaktach z instytucjami, w organizowaniu wsparcia socjalnego, rehabilitacyjnego i są to właśnie te czynności, które często – co wynika z przywołanych powyżej danych – wykonuje Koordynator Opieki Osób Zależnych. Podkreślimy, że część z dotychczas realizowanych przez KOOZ-a zadań wpisuje się w początkowe oczekiwania zespołu FHPE. Dotyczy to przede wszystkim wsparcia w realizacji niemedycznych potrzeb pacjentów, wymiany informacji i koordynowania różnych form pomocy.

W ostatnim pomiarze (jesień 2023 roku) badanych proszono o opinię dotyczącą potrzeby utworzenia stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych w innych hospicjach domowych. Aż 16 na 20 badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Wskazywali oni, że KOOZ może ułatwiać pracę i relację z podopiecznymi, zapewniać lepszą współpracę z nimi i wspierać zespół w realizacji kompleksowych usług na rzecz potrzebujących, w tym także w zakresie usług niemedycznych. Pozostali nie mieli zdania na ten temat i prawdopodobnie były to osoby pracujące w FHPE od niedawna. Pracownicy często wykonują dodatkowe zadania związane z opieką nad podopiecznymi. Poniżej znajduje się wykaz tych zadań, które wskazano w dwóch pomiarach: w 2021 roku, na początku realizacji innowacji oraz pod koniec tego okresu, jesienią 2023 roku (nie uwzględniono tu liczby wskazań, jedynie charakter czynności oraz stanowiska badanych). Okazuje się, że po wprowadzeniu stanowiska KOOZ-a niektóre zadania – jak

np. załatwianie spraw urzędowych czy robienie zakupów – są rzadziej wykonywane przez lekarzy, a także fizjoterapeutów i opiekunki.

Tab. 60. Czynności, w których pracownicy FHPE często pomagają podopiecznym – porównanie, 2021–2023.

Często pomagali w:	2021				2023			
	Fizjoterapeuci	Lekarze	Pielęgniarki	Opiekunki	Fizjoterapeuci	Lekarze	Pielęgniarki	Opiekunki
Załatwianiu spraw urzędowych	■			■				
Robieniu zakupów		■	■	■			■	■
Transporcie								
Sprawach domowych	■			■	■			■
Innych niż związanych z opieką hospicyjną		■	■					■
Wypożyczaniu sprzętu rehabilitacyjnego		■	■			■	■	■
Pomaganiu rodzinie pacjenta w jego sprawach		■	■			■	■	

Źródło: *Opracowanie własne.*

5.3. Zamiast podsumowania: możliwość multiplikowania stanowiska KOOZ-a

O stanowisko Koordynatora Opieki Osób Zależnych – o czym już wspomiano – zapytano ekspertów ds. polityki społecznej oraz ochrony zdrowia. Podstawową kwestią, którą eksperci podkreślali, było instytucjonalne i organizacyjne usytuowanie tego nowego stanowiska. Gros badanych wskazywało, że przestrzeń do działania dla osoby o takich kompetencjach jak KOOZ jest przede wszystkim w ramach systemu pomocy społecznej – w ośrodkach pomocy społecznej lub centrach usług społecznych. Pojawiły się głosy, że pracownik pełniący funkcję koordynatora może być zatrudniony w innych jednostkach (prywatnych, organizacjach pozarządowych itp.) realizujących świadczenia na rzecz osób potrzebujących, osób zależnych, chorych, seniorów.

W większości przypadków eksperci zgadzali się co do tego, że liczba osób, które mogą być pod opieką koordynatora, nie może być zbyt duża. Na ogół mówiono tu o maksymalnie 30–40 podopiecznych. Wyraźnie podkreślano, że większa liczba osób, które pod opieką miałyby koordynator, uniemożliwiłaby mu sprawne i skuteczne działanie.

Liczba podopiecznych powinna zostać tak zaplanowana, by umożliwić utrzymywanie z nimi relatywnie stałego kontaktu, czyli mniej więcej jednej wizyty miesięcznie. Część badanych wskazywała, że zadania realizowane przez koordynatora można przypisać pracownikowi socjalnemu lub asystentowi osoby starszej/niepełnosprawnej. Idealną sytuacją byłaby ta, w której koordynator łączyłby funkcję asystenta i funkcję pracownika socjalnego, ponieważ mógłby w ten sposób wspierać podopiecznych zarówno w zakresie ich potrzeb w domu, miejscu zamieszkania, jak i tych, których realizacja wymaga „wyjścia na zewnątrz”, tj. kontaktu z innymi instytucjami, korzystania z usług świadczonych poza miejscem zamieszkania.

Pojawiły się też głosy ekspertów, którzy widzą możliwość włączenia zakresu zadań realizowanych przez koordynatora opieki osób zależnych do działań, które przypisane są koordynatorowi usług społecznych, instytucjonalnie przypisanemu do centrum usług społecznych (na podstawie ustawy o centrach usług społecznych z dnia 19 lipca 2019 roku). Za tym rozwiązaniem stały postulaty badanych o umocowaniu koordynatora w strukturach istniejących instytucji: samorządowych, ochrony zdrowia lub polityki społecznej. Ich zdaniem zwiększy to skuteczność działań koordynatora, szczególnie w kontaktach z różnymi podmiotami działającymi w ramach ściśle określonych przepisów. Zagrożeniem, o którym wspominali eksperci, jest to, że umieszczenie Koordynatora Opieki Osób Zależnych w strukturach instytucji prywatnej lub podmiotu trzeciego sektora może utrudniać mu nawiązywanie kontaktów z jednostkami sektora publicznego, a tym samym może ujemnie wpływać na możliwość jego działania – trudne będzie zobowiązanie instytucji państwowych, samorządowych do działania z podmiotem sfery prywatnej, biznesu, organizacji pozarządowej. W takiej sytuacji ewentualne współdziałanie koordynatora z różnymi podmiotami zależeć może głównie od dobrej woli, zaangażowania, możliwości prawnych i organizacyjnych tych podmiotów.

Niemniej podkreślano, że zasadniczym zadaniem Koordynatora Opieki Osób Zależnych powinno być zarządzanie dostępnymi usługami na poziomie lokalnym (gminy, powiatu). Usługi te powinny obejmować możliwie szeroki zakres, tj. usługi społeczne, socjalne, medyczne, rehabilitacyjne. Główny nacisk kładziono na usługi realizowane przez podmioty polityki społecznej i podmioty medyczne oraz ochrony zdrowia. Koordynator powinien wspierać osoby potrzebujące, osoby zależne – koncentrowano się przede wszystkim na osobach starszych, chorych i umierających. To właśnie na nich uwagę kierowała specyfika wdrażanej w tym projekcie innowacji. Zatem Koordynator Opieki Osób Zależnych – zdaniem badanych – powinien koordynować/organizować usługi świadczone na rzecz wskazanych osób przez różne podmioty – nie tylko te, dla których realizacja zadań w zakresie wsparcia chorych, seniorów, osób u kresu życia jest zadaniem statutowym.

6. Co dalej z innowacją?

6.1. Wnioski z badań

Innowacja proponuje nowy model opieki hospicyjnej na wsi nad osobami przewlekle chorymi, zależnymi oraz pomocy ich opiekunom. Polega na wprowadzeniu do tej opieki trzech nowych elementów polegających na:

- a) utworzeniu w ramach hospicyjnej opieki domowej interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunek, dietetyka i psychologa;
- b) zbudowaniu sieci współpracy lokalnych instytucji/organizacji formalnych i nieformalnych, które mogłyby świadczyć usługi na rzecz osób starszych, nieuleczalnie chorych i zależnych;
- c) utworzeniu stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych (KOOZ).

W sytuacji niewydolności systemu opieki zdrowotnej i społecznej, wynikającej m.in. z przemian zachodzących na obszarach wiejskich, nowy model opieki hospicyjnej na wsi zapewnia opiekę nad osobami przewlekle chorymi, zależnymi i ich opiekunami. Łączy on działania podlegające przepisom dwóch porządków: polityki społecznej i ochrony zdrowia. Próba połączenia ich na poziomie mikro w przypadku tej innowacji była udana, ale trudna. Polityka społeczna ma reprezentację instytucjonalną na poziomie gminy i rozwiązania dostępne w systemie opieki społecznej są zarządzane z poziomu lokalnego. Sytuacja w służbie zdrowia jest odmienna, gdyż poziom lokalny (samorządowy) nie ma możliwości realnego wpływu na wprowadzenie zmian w – określanym z poziomu centralnego – modelu opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej działa pod presją deficytów finansowych i kadrowych, co przekłada się na sposób funkcjonowania personelu medycznego, a w praktyce oznacza zgodę na pracę jednostek w wielu instytucjach (publicznych i/lub prywatnej). W zależności od możliwości finansowych pacjenta, można uzyskać pomoc w systemie publicznym (wolniej, bezpłatnie) lub prywatnym (szybciej, odpłatnie). W przypadku opieki u kresu życia na wsi uzyskanie pomocy w obu systemach bywa utrudnione lub niemożliwe. Istniejące

deficyty wykorzystywane są przez jednostki, które czerpią z tego korzyści, ponieważ wbudowały swoje życiowe strategie w niewydolny system, dlatego bronią istniejących rozwiązań i opierają się zmianom. Ponadto, opieka zdrowotna jest rozproszona i – w sytuacji deficytu kadr medycznych – podlega zasadom rynkowym. Konsekwencje scentralizowania sprawczości w służbie zdrowia widoczne były w trakcie prac nad przełożeniem innowacji na politykę ogólnokrajową. Prace w obszarze polityki społecznej przebiegały sprawniej niż w kwestiach związanych z opieką zdrowotną, chociaż i tutaj odczuwane są znaczące deficyty zarówno kadrowe, jak i finansowe.

Opieka zapewniana przez innowacyjny model opieki hospicyjnej pozwala na **elastyczne podejście do różnych sytuacji życiowych pacjentów**. Jest to korzystne dla beneficjentów, ale z punktu widzenia obowiązującego systemu kontraktacji usług trudne do wprowadzenia jako standardowa praktyka. Co więcej, tworzy ryzykowną sytuację, w której działania realizowane w ramach innowacji będą wykorzystane jako wyręczające inne placówki opieki zdrowotnej i społecznej. Zbudowanie trwałej zmiany, ingerującej w dwa porządki: opieki zdrowotnej i polityki społecznej, nie jest możliwe z poziomu oddolnego, gdyż wymaga projektów rozwiązań permanentnego kryzysu w opiece zdrowotnej i w polityce społecznej (tu podjęto już pierwsze działania na rzecz osób zależnych, seniorów). Bez nich nie będzie to w ogóle możliwe. **Wprowadzanie trwałych, innowacyjnych zmian jest trudne bez zapewnienia stabilnych, pewnych źródeł finansowania.**

Na poziomie mikro, działań oddolnych, innowacja jest potrzebna i sprawdza się tam, gdzie istnieją duże deficyty usług w ramach istniejących, państwowych systemów opieki społecznej i zdrowotnej. Za pomocą działań innowacyjnych można doraźnie rozwiązywać pojawiające się problemy, ale wpisanie ich do systemu, który powoduje pojawienie się braków, wymagałoby przeprowadzenia reformy polityki/systemu. Wymaga to działań na poziomie makro, które będą długoterminowe i będą uwzględniać te elementy innowacji, które okazały się skuteczne i efektywne w sytuacji kryzysowej.

Tam, gdzie istniejący system opieki społecznej działa sprawnie/dobrze, **KOOZ był mniej zaangażowany w działania pomocowe** (przykład gminy Zabłudów). **Potrzeba takiego stanowiska nie pojawiała się również w oczekiwaniach pracowników instytucji kontrolnej.** Mimo że w Zabłudowie problemy seniorów nie są priorytetami w dokumentach strategicznych i opinii władz lokalnych, sytuacja osób zależnych jest lepsza niż w innych gminach. Poza czynnikami obiektywnymi (jak lokalizacja i lepsza dostępność do Białegostoku) zależy to od sposobu funkcjonowania MOPS oraz postaw personelu placówki. Powoduje to, że system wsparcia osób zależnych jest bardziej wydolny niż w pozostałych gminach. Jak wynika z badań, kluczowa jest w tym przypadku kompetentna osoba kierująca, aktywnie pozyskująca środki i organizująca pomoc.

Takie cechy można wskazać jako pożądane w procesie rekrutacji pracowników na poszczególne stanowiska. Optymalne byłoby jednak, żeby jakość działania instytucji nie zależała tylko od cech i kompetencji jednostek, ale była wbudowana w system.

Wdrożenie innowacji ukazało także słabsze/problematiczne punkty modelu. Nie sprawdziło się **poszerzenie zespołu medycznego o psycholożkę**, której zadaniem było zapewnienie dobrostanu psychicznego pracownikom FHPE. Ofertą wsparcia psychologicznego było zainteresowanych niewielu pracowników. Może to wynikać z panującego w Polsce (w tym szczególnie w wiejskich społecznościach) stereotypu stygmatyzującego osoby chore psychicznie bądź mające problemy psychologiczne, co przekłada się w ogóle na korzystanie z pomocy psychologa czy psychiatry. Wprowadzenie takiej możliwości mogło być także traktowane jako sposób oceny pracy personelu, a ujawnienie problemów psychologicznych mogłoby być traktowane wówczas jak podstawa do negatywnej oceny pracy. Problemy zaobserwowano też przy tworzeniu i funkcjonowaniu sieci wsparcia. Z wielu przypisanych tam instytucji, w prowadzonych zebraniach/warsztatach uczestniczyły tylko nieliczne; zwracająca także uwagę jest absencja innych, np. przedstawicieli lokalnych instytucji medycznych.

Finansowanie projektowe przerywa ciągłość instytucjonalną (choćby na poziomie nazwy realizowanych działań). W praktyce, w działaniach często są wprowadzane **pozorne zmiany**, aby pozyskiwać środki w nowych, kolejnych, organizowanych w ramach podobnych, ale inaczej nazwanych konkursach. Zamiast budowania trwałych, przewidywalnych rozwiązań tworzy się pulę działań krótkoterminowych, rozporoszonych, powielających się.

Rys. 21. Innowacja jako proces: „spirala innowacji”.

Źródło: Komorowska, Wygnański (2019); adaptacja na podstawie Murray, Caulier-Grice, Mulgary (2010).

Odnosząc się do powyższego modelu, przedstawionego przez Murraya, Caulier-Grice’a, Mulgary’ego (2010), elementy 1–3 innowacji mogą być realizowane z poziomu mikro, w podejściu *bottom-up*. Natomiast zapewnienie trwałości działań (punkt 4) w opinii badanych wymaga pewnych źródeł finansowania, a za takie nie jest uważany system konkursowy. Jak wynika z badań, punkty 4 i 6 wymagają zmiany systemu i polityki na poziomie kraju. Z kolei punkt 5 (skalowanie), jak wynika z wcześniejszych doświadczeń FHPE, można realizować stopniowo, promując innowacyjne rozwiązania, bez wsparcia ogólnokrajowego. Jednak w tym sposobie działania instytucje skalujące pozyskują środki na działania innowacyjne w systemie konkursowym.

6.2. Wprowadzanie testowanych rozwiązań do polityki – refleksje uczestników, ekspertów i badaczek na zakończenie projektu

Jednym z elementów i efektów projektu, w ramach którego wdrażana była innowacja, miało być podjęcie kroków, które pozwoliłyby na umieszczenie testowanego rozwiązania w ramach polityk krajowych. W projekcie „Dać to, czego naprawdę potrzeba” zadanie to spoczywało na Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Białymstoku. W trakcie trwania projektu jego specjaliści rozpoczęli, a następnie wspierali Koordynatora Opieki Osób Zależnych w procesie budowania sieci wsparcia w powiatach i gminach. Do ich zadań, w końcowym okresie wdraża-

nia innowacji należało – w oparciu o konsultacje w innych, nieobjętych innowacją powiatach województwa podlaskiego – wypracowanie rekomendacji dotyczących tego, jak ostatecznie powinien wyglądać optymalny system wsparcia osób nieuleczalnie, przewlekle chorych i zależnych oraz ich opiekunów na terenach wiejskich. W trakcie spotkań terenowych w każdym z powiatów przedstawiano model przyjęty w innowacji, jego pierwsze efekty i zbierano opinie przedstawicieli lokalnych instytucji dotyczące możliwości jego skalowania. Konsultacje dotyczyły przede wszystkim rozwiązań związanych z organizacją i zmianami w opiekuńczej, a nie medycznej części innowacji, co wskazuje na ograniczenia wnioskowania na ich podstawie. Po zebraniu wszystkich opinii ekspertki ROPS, w porozumieniu z przedstawicielami lidera innowacji – FHPE, opracowały zestaw rekomendacji, które następnie zostały przedstawione specjalistom, reprezentującym władze wojewódzkie, na spotkaniu podmiotów odpowiedzialnych za tworzenie polityk opiekuńczych i zdrowotnych w poszczególnych województwach.

Do pracy nad rekomendacjami na poziomie krajowym wykorzystano też dwa organizowane przez ROPS w Białymstoku Konwenty Dyrektorów Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej, na które zaproszeni zostali przedstawiciele Departamentów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich ze wszystkich województw. W trakcie pierwszego, zorganizowanego we wrześniu 2022 roku, Konwentu²⁵ prace miały charakter konsultacyjny i skupiały się na prezentacji innowacji i dyskusjach dotyczących możliwości jej zaadaptowania do obowiązujących i planowanych polityk społecznych. Była to okazja do zapoznania się z rozwiązaniami wdrażanymi w innych województwach, a także poznania doświadczeń osób, pracujących w częściach kraju, gdzie obszary wiejskie wyglądają odmiennie i mierzą się z innymi problemami.

Drugi, trzydniowy Konwent²⁶ miał miejsce w październiku 2023 roku i pozwolił uczestnikom na wizytę w gminach, w których wdrażana jest innowacja, zobaczenie jej

25 Konwent odbywał się w dniach 29–30 września 2022 roku w Białymstoku. Uczestniczyli w nim przedstawiciele następujących instytucji: ROPS w Białymstoku; OWOP; IRWiR PAN; Departament Zdrowia UM Województwa Podlaskiego; ROPS w Toruniu; ROPS w Lublinie; ROPS w Zielonej Górze; Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi; ROPS w Krakowie; Departament Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i PS UM Województwa Małopolskiego w Krakowie; Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej; ROPS w Opolu; Departament Zdrowia i PS UM Województwa Opolskiego; ROPS w Rzeszowie; ROPS w Gdańsku; DZ UM Województwa Pomorskiego; ROPS w Kielcach; DZ UM Województwa Świętokrzyskiego; ROPS w Olsztynie; DZ UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; ROPS w Poznaniu; DZ UM Województwa Wielkopolskiego; ROPS w Szczecinie; DZ UM Województwa Zachodniopomorskiego w Szczecinie; FHPE; GOPS Gródek; MOPS Zabłudów; Custos Zabłudów; GOPS w Narewce.

26 Konwent odbywał się w dniach 18–20 października 2023 roku w Białymstoku, Makówce, Narwii i Narewce. Uczestniczyli w nim przedstawiciele 30 instytucji, były to: Kancelaria Prezydenta RP; Biuro RPO; Biuro Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej; Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej; UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; ROPS w Toruniu; ROPS Poznań; DZ UM Województwa Pomorskiego; ROPS Gdańsk UMWP Pomorskie; UM Województwa Podkarpackiego Departament Zdrowia i Polityki Społecznej; ROPS Rzeszów; UM Województwa Lubelskiego DZ i PS; ROPS w Kielcach UM Województwa Świętokrzyskiego; DZ UM Województwa Małopolskiego; ROPS Województwa Śląskiego w Katowicach; UMWP Województwo Podlaskie DZ; ROPS Białystok; Starostwo Powiatowe Hajnówka; PCPR Hajnówka; Urząd Gminy Gródek; Urząd Gminy Narew; Urząd Gminy Narewka; GOPS Narew; GOPS Narewka; MOPS Zabłudów; GOPS Gródek; M-GOPS w Michałowie; FHPE; OWOP; IRWiR PAN.

elementów w praktyce, ale również był okazją do pogłębionych dyskusji nad rozesłanymi wcześniej propozycjami rekomendacji. Intensywne prace, dzięki zaangażowaniu wszystkich uczestników, zaowocowały wieloma uzupełnieniami i doprecyzowaniami. Poprawione rekomendacje zostały rozesłane do Dyrektorów ROPS i przedstawicieli Departamentów Zdrowia z prośbą o podpisanie ich jako wskazówki do prowadzenia działań w polityce na poziomie krajowym. Do udziału w Konwencji zaproszenie przyjęli przedstawiciele innych znaczących dla realizowanej w kraju polityki, m.in. Kancelarii Prezydenta RP i Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Rekomendacje w swej ostatecznej formie przesłane zostały do Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Rzecznika Praw Obywatelskich.

Obecnych na obu Konwentach specjalistów, jak również inne osoby związane z opieką hospicyjną, edukacją zdrowotną, opieką nad seniorami, poproszono o udział w części badań naukowych, realizowanych w projekcie. Zrealizowano kilkanaście wywiadów dotyczących wskazania mocnych stron, ale też potencjalnych trudności, jakie mogłaby w ich opinii napotkać proponowana forma opieki. Ekspertów zaproszono do rozmów na temat zarówno samej innowacji, jak i możliwości jej wprowadzenia do ogólnokrajowego systemu opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia na terenach wiejskich. Podnoszone przez ekspertów kwestie częściowo znajdują potwierdzenie w wynikach badań realizowanych w okresie wdrażania innowacji. Omówmy je, aby podsumować, co przyniosła obserwacja całego procesu realizowania nowego modelu opieki nad osobami nieuleczalnie, przewlekle chorymi, zależnymi oraz ich opiekunami na wsi.

Przede wszystkim, wszyscy eksperci zgadzali się co do tego, że innowacja odpowiada na realny i bardzo ważny problem związany ze starzeniem się mieszkańców wsi. Przyznawali, że dotychczasowy system opieki nad seniorami czy osobami przewlekle chorymi, w dużym stopniu opierający się na opiece w ramach rodziny, najczęściej kosztem nieopłacanej pracy kobiet, nie jest ani wystarczający, ani sprawiedliwy. Dostrzegali zmiany społeczne, jakie prowadzą do częstszej singularyzacji starości i konieczności profesjonalizacji opieki. Bardziej zróżnicowane były natomiast oceny dotyczące wydolności obecnego systemu i jego dostosowania do nowych potrzeb. Podkreślano specyfikę Podlasia i fakt, że nie we wszystkich rejonach Polski problemy takie jak rozproszenie sieci osadniczej, brak instytucji pomocowych czy wreszcie deficyty pracowników, są tak dojmujące. Wskazywano również, że w części województw, także na terenach wiejskich, wdrażane są rozwiązania będące odpowiedzią na tego rodzaju zjawiska, na przykład funkcjonują domy dziennego pobytu dla seniorów, działa opieka wychnieniowa, realizowana jest opieka sąsiedzka, a nawet wprowadzane

są systemy zachęty dla pracowników służby zdrowia²⁷ skłaniające ich do podjęcia pracy w określonej lokalizacji. Wydaje się, że przekaz o prawdopodobnym nasilaniu się problemów związanych z dalszą depopulacją i zanikiem usług na terenach wiejskich w całej Polsce nie przebił się do odbiorców, mimo wysiłków twórców innowacji: nie do końca patrzyli na nią jako na rozwiązanie, które mogłoby mieć zastosowanie w przypadku ich obszarów działania. Warto podkreślić, że dostępne są dane wskazujące, jakiego rodzaju prawidłowości możemy się spodziewać w przypadku zmian demograficznych i migracyjnych w Polsce. Wskazują one, że bez bardzo znaczących zmian, np. w polityce migracyjnej, wspomniane procesy wyludniania dotkną także te wsie, które obecnie nie doświadczają tego problemu. Wydaje się jednak, że jest to bardziej złożony problem dotyczący polityki zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym i jako taki niekoniecznie eksponowany przez władze różnych szczebli. Budowanie planu inwestycji i budżetu gminy pod kątem przewidywanych braków – usług, dostępności i innych – może zniechęcać potencjalnych nowych mieszkańców czy przedsiębiorców do inwestowania. Istotne znaczenie może odgrywać fakt, że gminy wiejskie dysponujące ograniczonym budżetem koncentrują się raczej na zaspokajaniu bieżących potrzeb, a nie budowaniu strategii na przyszłość. Długoterminowo mogłyby zapewne zyskać na uwzględnianiu trendów i zapobieganiu przyszłym problemom, jednak z oczywistych powodów koncentrują się na sprawach bieżących. Podobnego zdania, jeśli chodzi o konieczność dodatkowego wsparcia seniorów na wsi i uzupełnienia istniejącego systemu wsparcia rozwiązaniem innowacyjnym, są przedstawiciele władz w gminach, na terenie których działa hospicjum „Nadzieja”. Widzą oni proces starzenia się wiejskich populacji, jednak uważają, że radzą sobie z pojawiającymi się problemami w ramach istniejących rozwiązań. Trzeba jednak pamiętać, że w pięciu podkarpackich gminach mamy do czynienia z innym układem przestrzennym, bardziej zwartą zabudową wiejską i lepszą komunikacją publiczną niż w badanych gminach podlaskich. Bogatsza jest także dostępna oferta, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną i społeczną w badanych gminach na południu kraju. Może to wynikać z szybszego i lepszego reagowania na istniejące problemy, ale może także wiązać się z faktem, że Podkarpacie było w ostatnich ośmiu latach województwem wyjątkowo dofinansowanym, jeśli chodzi o inwestycje infrastrukturalne, ale także projekty i działania kierowane do mieszkańców. Nawet jeśli była to sytuacja nietypowa, to warto odnotować, że już istniejące rozwiązania instytucjonalne i dostępne programy opieki specjaliści działający w tych regionach w społecznościach wiejskich uważają za wystarczające. Również oferta opieki dla osób u kresu życia jest tam bogatsza – w województwie podkarpackim działało w 2021 roku 58 hospicjów domowych (2,75 na 100 tysięcy mieszkańców), a na Podlasiu – 18 (1,54 na sto tysięcy mieszkańców)²⁸.

27 Przykładowo system stypendiów dla studentów kierunku medycznego ufundowanych przez władze województwa lubuskiego. Można je uzyskać w zamian za odpracowanie w przyszłości określonego czasu na terenie województwa.

28 https://basiv.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-paliatywno-hospicyjna/?fbclid=IwAR3VxM6eXHzMLOisfoCHI_G6RDC84l4fWoOr45brR6oKtcmG1dJnsT663rY (dostęp 14.08.2023).

Powstaje pytanie, do kogo i na jakim szczeblu powinno należeć uświadamianie, z jakimi wyzwaniem gminy, powiaty, instytucje pomocowe czy wreszcie całe społeczeństwo będzie musiało mierzyć się w przyszłości. Czy rzeczywiście działania innowacyjne powinny być wdrażane z poziomu NGO i czy mają wówczas szanse na powodzenie (por. Kazepov, Colombo, Sarius 2020)? W trakcie badań przeprowadzonych na użytek tego projektu okazało się, że jeśli *spiritus movens* podejmowanych działań jest organizacja pozarządowa, nawet jeśli działa z jednoznacznym wsparciem władz lokalnych i podejmuje się rozwiązania problemu, co do istnienia którego panuje powszechna zgoda, to nadal trudno jest jej pozyskać do współpracy wszystkich potrzebnych sojuszników. W przypadku projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba” elementem, który okazał się najtrudniejszy do zmobilizowania do współpracy, okazały się jednostki służby zdrowia. Tylko trzy poradnie POZ działające w badanych gminach choćby raz uczestniczyły w spotkaniach sieci i brały udział w budowaniu sieci wsparcia. Dotarcie z przekazem o konieczności zmian i wypracowanymi propozycjami do przedstawicieli środowisk medycznych – zarówno instytucji, jak i jednostek – okazało się trudniejsze niż w przypadku środowisk związanych z polityką społeczną. Bez dobrej woli samych lekarzy nie ma instytucji, która na poziomie gminy mogłaby wywrzeć wpływ na instytucje ochrony zdrowia, by włączyły się we współpracę, sieciowanie itp. Prawdopodobieństwo, by z poziomu NGO udało się nakłonić te dwa środowiska do współpracy na rzecz grupy beneficjentów innowacji w sposób w niej wskazany, wydaje się niewielkie. Potrzeba tu sojuszników na poziomie ministerstw, docierania z propozycjami do środowisk odpowiedzialnych za tworzenie długofalowych polityk, budowania świadomości społecznej, podkreślając znaczenie i konsekwencje procesu, jakim jest starzenie się społeczności i podkreślanie specyfiki sytuacji seniorów na wsi. Wydaje się, że bardzo dobrym krokiem w przypadku tego projektu było włączenie do debaty o ewentualnym wprowadzeniu innowacji do powszechnego systemu wsparcia Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i przedstawicieli Kancelarii Prezydenta. Dla Rzecznika Praw Obywatelskich istotny okazał się problem braku równego dostępu do opieki zdrowotnej i społecznej dla znacznej części obywateli i z tego powodu może stać się on sojusznikiem wprowadzania zmian do istniejących przepisów. Jeśli chodzi o zainteresowanie upowszechnianiem innowacji innych przedstawicieli władzy, było to utrudnione przypadającą na końcowy okres wdrażania innowacji kampanią wyborczą i wyborami parlamentarnymi.

Badani eksperci wyrażali także niepokój związany z możliwością dublowania się zadań KOOZ-a z obowiązkami pracowników socjalnych, asystentów rodziny czy wreszcie koordynatorów, którzy mają pracować w planowanych w niedalekiej przyszłości centrach usług społecznych. Osoby pracujące w terenie wskazywały, że bez ścisłego ograniczenia liczby podopiecznych przypadających na jednego KOOZ-a stanie się on kolejnym pracownikiem przeciążonym zadaniami, biurokracją i nie będzie miał szans

wykonywać zadań, do jakich naprawę go powołano. Z kolei plany wprowadzenia wielu KOOZ-ów w gminie, z określonym limitem podopiecznych, budziły obawy lokalnych władz, że będzie to kolejne stanowisko, którego finansowanie spocznie na budżetach gmin. Jeśli z kolei działania KOOZ-a miałyby być finansowane z innego źródła, to pojawiałyby się ryzyko, że jego obecność będzie skutkowałą pokusą do ograniczania etatów dla osób zajmujących się pomocą społeczną w jednostkach samorządowych. Podobny mechanizm wystąpił, gdy okazało się, że w jednym z objętych innowacją powiatów liczba rehabilitantów mogących świadczyć usługi domowe jest tak niewielka, że te same osoby jeżdżą do pacjentów będących podopiecznymi placówek POZ, jak i FHPE. Ze względu na to, że stawka wynagrodzenia za godzinę pracy była wyższa w ramach innowacji, pacjenci nie korzystali z przysługującej im pomocy w ramach ubezpieczenia społecznego, a od razu z wyższej, atrakcyjniejszej stawki dla rehabilitanta opieki w ramach innowacji. Pojawiły się obawy, że podobne unikanie ponoszenia kosztów usług przez jednostki do tego powołane będzie miało miejsce również w przypadku innych instytucji, których działalność powinna uzupełniać – a nie zastępować, innowacja.

Braki na rynku pracy w niektórych rejonach kraju mogą też powodować, że wprowadzenie dodatkowego, potencjalnego źródła usług czy to medycznych, czy społecznych, może być przyczyną windowania oczekiwań płacowych przez przedstawicieli deficytowych zawodów. Takie zdarzenie miało miejsce przed innowacją w jednej z badanych gmin, w której pielęgniarki pracujące w pielęgniarskiej opiece długoterminowej odeszły do lepiej płatnej pracy w DPS, co doprowadziło do braku tej usługi w gminie. Podobne ryzyko, na co zwracali eksperci, może pojawić się w przypadku opiekunek, pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, właściwie wszystkich profesji, których działanie będzie niezbędne dla funkcjonowania placówki, a zasoby pracowników na rynku będą niewystarczające. **Zmiana jednego, pozornie niewielkiego elementu systemu wsparcia, może długofalowo doprowadzić do kryzysu, jeżeli nie będzie ona starannie zaplanowana i nie będzie obejmować wszystkich koniecznych do zmiany elementów** – w tym przypadku wymagałoby to zmiany skali kształcenia osób w zawodach deficytowych, zachęcania ich do podejmowania pracy w regionach, gdzie jest na nie największe zapotrzebowanie, dostosowania systemu kształcenia pracowników służby zdrowia i np. dostępu do miejsc na poszczególnych specjalizacjach²⁹.

29 Istniejące braki w systemie opieki zdrowotnej i ryzyko ich naprawy za pomocą rozwiązań „jednostkowych” wyraźnie ukazała pandemia. W momencie kumulacji zakażeń zaproponowano, żeby w celu zapobieżenia roznoszeniu wirusa pomiędzy placówkami medycznymi każdy z pracowników medycznych ograniczył się do jednego, podstawowego miejsca pracy. Odstąpiono od tego rozwiązania, ponieważ praca w wielu miejscach jest tak powszechna w zawodach medycznych (jej powodem jest nie tylko chęć większych dochodów, ale także braki na rynku pracy, bez „wielo-etatowców” wielu pacjentów pozostałoby bez pomocy), że np. w FHPE po wprowadzeniu takiego rozwiązania pozostałby jeden lekarz i żadnej pielęgniarki.

Wszystkie te występujące lub wskazywane przez ekspertów jako potencjalne trudności zmierzały często do konkluzji, że rodzaj usług, który oferowany jest w ramach innowacji, nie byłby potrzebny, gdyby prawidłowo i wydolnie działały instytucje, które są powołane do tego w ramach już istniejącego systemu opieki i wsparcia. Gdyby prawidłowo działał system ochrony zdrowia w ramach NFZ, nie byłoby konieczne czekanie w wielotygodniowych (lub dłuższych) kolejkach do specjalisty, a krótszych po numerkach w przychodni. Gdyby nie istniały dwa tempa korzystania z usług tych samych lekarzy i instytucji: w ramach ubezpieczenia i „na skróty”, z pominięciem kilku etapów, np. w dostaniu się do szpitala poprzez opłacenie prywatnych wizyt u lekarzy pracujących jednocześnie w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Gdyby dotarcie do lekarza było możliwe za pomocą dobrze działającego, wygodnego i przystępnego cenowo transportu publicznego lub usług zapewnianych w ramach ubezpieczenia, nie byłoby konieczne uzupełnianie istniejącej oferty usługami hospicjum proponowanymi w ramach innowacji. Pacjenci leżący otrzymywaliby opiekę lekarza przyjeżdżającego na wizyty domowe i dostępnych od ręki usług pielęgniarstwa w domu. Badani eksperci podkreślali, że problemem może nie być sam system, który przewiduje różnego rodzaju potrzeby i na nie odpowiada, ale jego wielowymiarowa niewydolność. Niewydolność ta odnosi się do dramatycznego braku adekwatnego do istniejących potrzeb finansowania, ale także do braku zasobów w postaci wykwalifikowanych pracowników, którzy łączą dziury systemu pracując w wielu miejscach jednocześnie, braku planu rozwoju różnych, także tych związanych z potrzebami osób starszych specjalizacji lekarskich. Odnosi się wreszcie do braku długoterminowych, zaplanowanych i konsekwentnie prowadzonych polityk – zarówno w odniesieniu do opieki zdrowotnej, jak i polityki społecznej. Zdaniem ekspertów, ale też pracowników instytucji działających na poziomie lokalnym, wielkim problemem jest krótki czas trwania różnego rodzaju programów finansowanych dzięki pozyskanym projektom, grantom, specjalnym funduszom. W przypadku działań odnoszących się bezpośrednio do ludzkiego zdrowia czy bezpieczeństwa społecznego, wskazane wydaje się zapewnienie stałego, niezależnego od zmieniających się władz, przewidywalnego finansowania, które pozwoli długofalowo planować wsparcie grup najbardziej wrażliwych.

Z perspektywy badaczy wsi dylematy te, jakkolwiek bardziej tragiczne, bo bezpośrednio odnoszące się do bezpieczeństwa, zdrowia czy życia ludzkiego, przypominają inne, jakie pojawiają się od lat w kontekście procesów, jakie zachodzą na terenach wiejskich. Odnoszą się one do pytania, jak postępować z obszarami, na których dochodzi do zaniku różnego rodzaju funkcji: mieszkalnych, usługowych, zaczyna brakować miejsc pracy, specjalistów itd. W literaturze (por. Halamska 2018) pojawiało się pytanie, „wspierać czy zalesiać”, odnoszące się do kwestii racjonalności ekonomicznej pewnych działań. Pytanie to jest trudniejsze w odniesieniu do decyzji związanych z ludzkim zdrowiem

czy życiem, sprowadza się jednak do podobnych dylematów: na kim powinna spoczywać odpowiedzialność i (wyższe niż przeciętne) koszty zapewniania dostępu do usług w regionach o tendencjach do zanikania usług, także tych podstawowych? Gdzie postawić granicę „niezbędnego minimum” w odniesieniu do opieki zdrowotnej i społecznej? Na ile proponowana polityka deinstytucjonalizacji jest opłacalna nie tylko społecznie, ale i ekonomicznie w środowiskach, w których zatrzymanie specjalistów na miejscu musi wiązać się z ponoszeniem znacząco wyższych kosztów? Do kogo powinno należeć pokrycie różnic związanych z tymi rosnącymi kosztami – jednostek, gmin, całego społeczeństwa? Dylematy te, choć rzadko formułowane wprost w przypadku debaty dotyczącej obszarów wiejskich, znamy z dyskusji na temat wygaszania określonych gałęzi gospodarki. Przykładem mogą być emocje towarzyszące próbom ograniczania wydobycia węgla i zamykania kopalni (czy to w Polsce, czy na przykład w Wielkiej Brytanii w latach 80. XX wieku) albo lekcja, do czego mogą prowadzić nieprzemyślane decyzje, jaką odebrano w Polsce po zamknięciu PGR-ów na początku lat 90. XX wieku.

Bibliografia

- Beinare, D., McCarthy, M. (2012). Civil society organisations, social innovation and health research in Europe. *The European Journal of Public Health*, Vol. 22, No. 6, 889–893.
- Bem, A., Ucieklak-Jeż, P., Prędkiewicz, P. (2013). Effects of inequalities in access to health services in rural areas in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Aleksandras Stulginskis University, 35, 4, 491–497.
- Bem, A., Ucieklak-Jeż, P. (2014). Health status of the rural population in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, Aleksandras Stulginskis University, 36, 2, 235–243.
- Bem, A., Ucieklak-Jeż, P. (2015). Nierówności w zdrowiu na terenach wiejskich. W: R. Andrzejak (red.), *Zdrowie dla regionu* (s. 59–66). Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa.
- Bennett, K.J., Probst, J.C., Vyavaharkar, M., Glover, S.H. (2012). Lower Rehospitalization Rates Among Rural Medicare Beneficiaries With Diabetes. *The Journal of Rural Health*, 3, 227–234.
- Calsyn, R.J. (2003). A modified ESID approach to studying mental illness and homelessness. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 32, No. 3/4, 319–331.
- Casey, M.M., Thiede Call, K., Klingner, J.M. (2001). Are Rural Residents Less Likely to Obtain Recommended Preventive Healthcare Services? *American Journal of Preventive Medicine*, September, 3, 182–188.
- Caulier-Grice, J., Davies, A., Patrick, R., Norman, W. (2013). Defining social innovation. A deliverable project “The theoretical, empirical and policy foundation for building social innovation in Europe” (TEPSIE), European Commission – 7th Framework Programme. Brussels: European Commission, DG Research.
- Ciechański, A. (2021). 30 years of the transformation of non-urban public transport in Poland’s peripheral areas — what went wrong? *Journal of Mountain Science*, 18, 11, 3025–3040.
- Cloutier, J. (2003). Qu’est-ce que l’innovation sociale?, *Crises*, 2003/11, 1–46.
- Davies, A., Simon, J. (2012). The value and role of citizen engagement in social innovation. A deliverable of the project “The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe” (TEPSIE). European Commission – 7th Framework Programme. Brussels: European Commission, DG Research.

- Dziechciaż, M., Guty, E., Wojtowicz, A., Schabowski, J. (2012). Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Nowiny Lekarskie*, 81, 1, s. 26–30.
- European Commision (2013). Guide to social innovation, https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/guides/2013/guide-to-social-innovation, dostęp 30.09.2014.
- Flew, T., Cunninglem, S., Bruns, A., Wilson, J. (2008). Social innovation. User-created content and the future of the ABC and SBS as public service media, <http://eprints.qut.edu.au>, dostęp 30.09.2014.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2004). Dostępność usług zdrowotnych – racjonalizacja czy wykluczenie. W: R. Holly (red.), *Polityka zdrowotna*, t. I (s. 71). Warszawa: KIU, s. 65–76.
- Goins, R.T., Williams, K.A., Carter, M.W., Spencer, M., Solovieva, T. (2005). Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. *The Journal of Rural Health*, 3, 206–213.
- Guagliardo, M.F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3, 3.
- Hałamska, M. (2018). Wspierać czy zalesiać? Dylematy rozwoju wiejskich obszarów problemowych. *Wieś i Rolnictwo*, 3 (180), s. 69–91. DOI: <https://doi.org/10.53098/wiro32018/03>.
- Harris, M., Albury, D. (2009). Why radical innovation is needed to reinvent public services for the recession and beyond: The innovation imperative. *The Lab Discussion Paper*, Nesta, London.
- Heiscalá, R. (2007). Social innovations: structural and power perspectives. W: T.J. Hamalainen, R. Heiskala (red.), *Social innovations, institutional change and economic performance*, Edward Elgar, Cheltenham, 52–79.
- Informacja sygnałna GUS. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021 r. z dnia 24.06.2022, [ambulatoryjna_opieka_zdrowotna_w_2021_r.docx](https://gus.gov.pl/pl/aktualnosci/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2021-r) (live.com).
- Jarosz, M., Kosiński, S. (1995). Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia w Polsce. W: I. Machaj, J. Styk (red.), *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce. Tom II Wieś* (s. 161–173). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Jastrzębowski, Z. (1994). *Spory o model lecznictwa. Opieka medyczna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do końca 1948 r.)*. Łódź.
- Kalinowski, S., Komorowski, Ł., Rosa, A. (2021). *Koncepcja smart villages. Przykłady z Polski*. Warszawa: Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk, Wydawnictwo Grupa Cogito.

- Kazepov, Y., Colombo, F., Sarius, T. (2020). On elephants, butterflies and lions: Social protection, innovation and investment. W: S. Oosterlyncck, A. Novy, Y. Kazepov (red.), *Local Social Innovation to Combat Poverty and Exclusion: A Critical Appraisal* (43–62). Bristol: Policy Press. DOI: <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447338444.003.0003>.
- Komorowska, Z., Wygnański, J.J. (2019). *Pod rękę z Pomysłowym Dobromirem. Podręcznik dla osób wspierających innowatorów społecznych*. Warszawa: Fundacja Stocznia. https://innowacjespoleczne.pl/element_biblioteki/pod-reke-z-pomyslowym-dobromirem-podrecznik-dla-osob-wspierajacych-innowatorow-spoecznych/.
- Komunikat z badań CBOS Nr 89/2018. Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej.
- Komunikat z badań CBOS Nr 125/2021. Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej.
- Krawczyk-Sołtys, A. (2014). Dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce. Ujęcie przestrzenno-czasowe. *Journal of Agribusiness and Rural Development*, 2, s. 79–86.
- Lévesque, B., Degavre, F., Callorda Fossati, E. (2018). L'innovation sociale: retour sur les marches d'une construction théorique et pratique. Entretien avec Benoît Lévesque. *Revue de la régulation* 23(23), 1–22. DOI: 10.4000/regulation.12980.
- Lévesque, J.-F., Harris, M.F., Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18.
- Loogma, K., Tafel-Viia, K., Ümarik, M. (2012). Conceptualising educational changes: A social innovation approach. *Journal of Educational Change*, Vol. 14, Iss. 3, 283–301.
- Łuków, P., Muzur, A., Slavec Zupanic, Z., Streger, F. (red.) (2021). *Equal Access to Healthcare in Europe*. Warszawa: Scholar.
- Marques, P., Morgan, K., Richardson, R. (2017). Social innovation in question: The theoretical and practical implications of a contested concept. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 36 (3), 496–512. DOI: <https://doi.org/10.1177/2399654417717986>.
- Maruyama, Y., Nishikido, M., Iida, T. (2007). The rise of community wind power in Japan: Enhanced acceptance through social innovation. *Energy Policy*, Vol. 35, 2761–2769.
- Mothe, C., Thi, T.U.N. (2010). The link between non-technological innovations and technological innovation. *European Journal of Innovation Management*, Vol. 13, No 3, 313–332.
- Moolaert, F., Martinelli, F., Swyngedouw, E., González, S. (2005). Towards alternative model(s) of local innovation. *Urban Studies*, Vol. 42, No. 11, 1969–1990.

- Mularska-Kucharek, M. (2011). Zaufanie jako fundament życia społecznego na przykładzie badań w województwie łódzkim. *Studia Regionalne i Lokalne*, 2(44)/2011, s. 76–91.
- Mulgan, G. (2006). The process of social innovation. *Innovations: Technology, Governance Globalization*, Vol. 1, No. 2, 145–162.
- Mulgan, G., Tucker, S., Ali, R., Sanders, B. (2007). Social innovation: what it is, why it matters, how it can be accelerated, <http://youngfoundation.org/publications/social-innovation-what-it-is-why-it-matters-how-it-can-be-accelerated>, dostęp 30.09.2014.
- Murray, R., Caulier-Grice, J., Mulgan, G. (2010). The open book of social innovation. *Social Innovator Series: Ways to Design, Develop and Grow Social Innovation*. London: The Young Foundation & NESTA.
- Narodowy Spis Ludności 2021 GUS. Główny Urząd Statystyczny / Spisy Powszechne / NSP 2021 / NSP 2021 – wyniki ostateczne.
- Nicholls, A., Murdock, A. (2012). *Social innovation: blurring boundaries to reconfigure markets*. New York: NY, Palgrave Macmillan.
- Penven, A. (2015). Reconnaissance et institutionnalisation des innovations sociales dans le champ des politiques sociales. *Innovations*, 2015/3 (no 48), 129–150.
- Phillips, J.A. Jr., Deiglmeier, K., Miller, D.T. (2008). Rediscovering Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, Vol. 6, No. 4, 34–43.
- Pol, E., Ville, S. (2009). Social innovation: buzz word or enduring term? *The Journal of Socio-Economics*, Vol. 38, No. 6, 878–885.
- Raport GUS. Obszary wiejskie w Polsce 2020, obszary_wiejskie_w_polsce_w_2020_r_pl.pdf, dostęp 12.02.2022.
- Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2021 GUS. Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Roczniki Statystyczne / Mały Rocznik Statystyczny 2001 r.
- Roksandrić, S., Sikoronja, S. (2021). Legal protection of the elderly: Why do we need a UN convention on the rights of the elderly? W: P. Łuków, A. Muzur, Z. Slavec Zupanic, F. Streger (red.), *Equal Access to Healthcare in Europe* (s. 13–50). Warszawa: Scholar.
- Siedlecki, R., Bem, A., Ucieklak-Jeż, P., Prędkiewicz, P. (2017). Rural Versus Urban Hospitals in Poland. Hospital's Financial Health Assessment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Elsevier, 220, s. 444–451. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.05.519.131.
- Spacek, M., Perlik, M., Brnkalakova, S., Kluvankova, T., Valero, D., Nijnik, M., Melnykovych, M., Lukesch, R., Sarkki, S. (2021). Social innovation for sustainability transformation and its diverging development paths in marginalised areas. *Sociologia Ruralis*, 61, 344–371. DOI: <https://doi.org/10.1111/soru.12337>.
- Sullivan, C.M. (2003). Using the ESID model to reduce intimate male violence against women. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 32, No. 3–4, 295–303.

- Szpak, E. (2016). *Chory człowiek jest wtedy, jak coś go boli. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.* Warszawa: Instytut Historii PAN.
- Sztompka, P. (2003). *Socjologia*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- The Young Foundation (2012). Social Innovation Overview: A deliverable of the project “The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe” (TEPSIE), European Commission – 7th Framework Programme. Brussels: European Commission, DG Research.
- Ucieklak-Jeż, P., Bem, A. (2017). Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce [Availability of health care in rural areas in Poland]. *Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych – Problems of Small Agricultural Holdings*, 4, 117–131. DOI: <http://dx.doi.org/10.15576/PDGR/2017.4.117>.
- Utterback, J.M. (1971). The process of technological innovation within firms. *Academy of Management Journal*, Vol. 14, No. 1, 75–87.
- Watts, P.R., Dinger, M.K., Baldwin, K.A., Sisk, R.J., Brockschmidt, B.A., McCubbin, J.E. (1999). Accessibility and perceived value of health services in five western Illinois rural communities. *Journal of Community Health*, 2, 147–157.
- Wolański, M., Mazur, B., Soczówka, A., Jakubowski, B. (2016). *Publiczny transport zbiorowy poza miejskimi obszarami funkcjonalnymi. Diagnoza, analiza zróżnicowania, oddziaływanie społeczne, rekomendacje*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Wolfe, R.A. (1994). Organizational innovation: review, critique and suggested research directions. *Journal of Management Studies*, Vol. 31, 405–431.
- Wronka-Pośpiech, M. (2015). Innowacje społeczne – pojęcie i znaczenie. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, ISSN 2083–8611, Nr 212, s. 124–135.
- Zajda, K. (2022a). Współpraca podmiotów lokalnej polityki społecznej a systemy innowacji społecznych w gminach wiejskich. *Więś i Rolnictwo*, 1 (194), s. 41–55. DOI: <https://doi.org/10.53098/wiro12022/02>.
- Zajda, K. (2022b). *Wdrażanie innowacji społecznych przez wiejskie organizacje pozarządowe i lokalne grupy działania*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Zajda, K., Mazurek, D. (2022). Public Institutions and NGOs Cooperation for Social Innovations in Post-Socialist Rural Poland. *Eastern European Countryside*, 14 (4), 623–637. DOI: <https://doi.org/10.2478/euco-2022-0031>.

ANEKS

Narzędzie do badania pracowników FHPE¹

Badanie realizowane jest przez zespół Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk w ramach projektu „Dać to, czego naprawdę potrzeba – innowacyjny model profesjonalnej opieki domowej nad osobami zależnymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi oraz wsparcia ich opiekunów na terenach wiejskich”. Celem badania jest porównanie aktywności i opinii osób pracujących w instytucji wdrażającej innowację społeczną z odpowiedziami osób pracujących w hospicjum działającym według wytycznych NFZ.

1. Od jak dawna pracuje Pani/Pan w tym hospicjum?

.....

2. Na jakim stanowisku jest Pani/Pan zatrudniona/zatrudniony w tym hospicjum?

.....

3. Czy jest to Pani/Pana jedyne miejsce pracy? [Proszę zaznaczyć właściwy wybór poprzez wstawienie znaku „X” przy odpowiedniej kratce „Tak” lub „Nie”.]

Tak

Nie

Jeśli nie, proszę podać, gdzie jeszcze Pani/Pan pracuje.

.....

.....

4. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości podjęcia pracy w hospicjum?

.....

.....

5. Na skali od 1 do 10 proszę ocenić poczucie sensu wykonywanej w tym hospicjum pracy.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 – brak poczucia sensu

10 – bardzo duże poczucie sensu i satysfakcji

6. Na skali od 1 do 10 proszę ocenić zadowolenie ze sposobu organizacji pracy w tym hospicjum.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 – zupełnie niezadowolony

10 – całkowicie zadowolony

1 Badanie wykorzystujące to narzędzie (z modyfikacjami) było powtarzane cyklicznie w obydwu instytucjach.

7. Na skali od 1 do 10 proszę ocenić zadowolenie z warunków finansowych w tym hospicjum.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 1 – zupełnie niezadowolony 10 – całkowicie zadowolony

8. Czy do tej pory zdarzało się Pani/Panu w czasie wizyt u pacjentów hospicjum pomagać w wymienionych poniżej czynnościach? [Proszę zaznaczyć właściwy wybór poprzez wstawienie znaku „X” przy odpowiedniej kratce.]

Pomagałam/pomagałem:	Często	Okazjonalnie	Nigdy
w załatwianiu spraw urzędowych			
w robieniu zakupów			
w transporcie			
w sprawach domowych (np. palenie w piecu, przynoszenie wody, przygotowywanie posiłku)			
w innych niż związanych z opieką hospicyjną usługach medycznych			
w wypożyczaniu sprzętu rehabilitacyjnego			
rodzinie pacjenta w jego sprawach			
inne, jakie?			

9. Proszę wskazać, jakie są dla Pani/Pana największe zalety (max. 3) pracy w hospicjum.

.....

10. Proszę wskazać, jakie są dla Pani/Pana największe trudności (max. 3) pracy w hospicjum.

.....

11. Czy praca powoduje fizyczne problemy? Jakie? Jak Pani/Pan sobie z nimi radzi?

.....

12. Czy praca w hospicjum wpływa na Pani/Pana psychikę? Jeśli tak, to jak Pani/Pan sobie z tym radzi?

.....

13. Czy korzystała Pani/korzystał Pan ze spotkań z psycholożką działającą w ramach innowacji i warsztatów przez nią oferowanych? Jeśli tak – jak je Pani/Pan ocenia. Jeśli nie – dlaczego nie brał/a Pan/i w nich udziału?

.....

.....

Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza realizuje projekt „Dać to, czego naprawdę potrzeba”, którego celem jest zbudowanie sieci wsparcia osób zależnych i ich opiekunów na obszarach wiejskich oraz wprowadzenie nowego stanowiska Koordynatora Opieki Osób Zależnych.

14. Jak Pani/Pan sądzi, czy budowana sieć wsparcia wpłynęła w ciągu ostatniego roku na Pani/Pana pracę? W jaki sposób?

.....

.....

15. Czego Pani/Pan oczekuje od sieci wsparcia?

.....

.....

16. Czy i jak na Pani/Pana pracę wpłynęło wprowadzenie Koordynatora Opieki Osób Zależnych?

.....

.....

17. Czego Pani/Pan oczekuje od Koordynatora Opieki Osób Zależnych? Z czym się do niego zwraca?

.....

.....

18. Proszę przeczytać poniższe stwierdzenia i wybrać odpowiedź, która najlepiej odpowiada Pani/Pana odczuciom. [Proszę zakreślić wybraną odpowiedź w odpowiedniej kratce.]

W ostatnich tygodniach odczuwam...	Zawsze/ bardzo często	Często	Czasami	Rzadko	Bardzo rzadko/ wcale
1. Rozdrażnienie i niecierpliwość	4	3	2	1	0
2. Poczucie bezsilności i bezradności wobec obowiązków zawodowych	4	3	2	1	0
3. Przygnębienie/utrata entuzjazmu	4	3	2	1	0
4. Utrata zainteresowania pracą	4	3	2	1	0
5. Niechęć do wykonywania swoich obowiązków	4	3	2	1	0
6. Wahania nastrojów i negatywne emocje	4	3	2	1	0

W ostatnich tygodniach odczuwam...	Zawsze/ bardzo często	Często	Czasami	Rzadko	Bardzo rzadko/ wcale
7. Obniżenie samooceny i poczucia skuteczności	4	3	2	1	0
8. Poczucie winy wynikające z wyników swojej pracy	4	3	2	1	0
9. Problemy z koncentracją	4	3	2	1	0
10. Trudność w podejmowaniu decyzji	4	3	2	1	0
11. Poczucie, że mały wysiłek jest ponad siły	4	3	2	1	0
12. Osłabienie relacji ze współpracownikami i klientami i dążenie do unikania innych	4	3	2	1	0
13. Złośliwość i cynizm wobec innych	4	3	2	1	0
14. Obwinianie się za niepowodzenia	4	3	2	1	0
15. Chroniczne zmęczenie	4	3	2	1	0
16. Zaburzenia snu	4	3	2	1	0
17. Spadek odporności	4	3	2	1	0
18. Bóle somatyczne	4	3	2	1	0
19. Problemy z ciśnieniem	4	3	2	1	0
20. Zaburzenia związane z układem pokarmowym	4	3	2	1	0

19. Proszę przeczytać poniższe stwierdzenia i wybrać odpowiedź TAK lub NIE. [Proszę zaznaczyć swój wybór poprzez wstawienie znaku „X” przy odpowiedniej kratce.]

	TAK	NIE
1. Myślę o pracy również w czasie wolnym		
2. Czuję się przytłoczony obowiązkami		
3. Gdy wstaję rano w dni robocze, czuję się zmęczony lub wyczerpany		
4. W pracy jestem coraz bardziej sfrustrowany, niecierpliwy i nerwowy		
5. Straciłem chęć, aby się dokształcać		
6. Coraz częściej zdarzają mi się drobne infekcje, bóle głowy itp.		
7. Chętnie zmieniłbym pracę		
8. Coraz częściej jestem bezradny wobec problemów w pracy		
9. Często denerwują mnie ludzie w pracy, którzy do mnie przychodzą		
10. Jestem zbyt zajęty, by pozwolić sobie na zajęcia rekreacyjne		

A teraz policz, ile razy udzieliłeś/udzieliłaś twierdzącej odpowiedzi. Kilka – może świadczyć o zagrożeniu syndromem wypalenia zawodowego. Pierwsze sygnały wypalenia są dla nas informacją o potrzebie niewielkich zmian, np. krótkiego wypoczynku.

Metryczka:Kobieta Mężczyzna

Rok urodzenia:

Miejsce zamieszkania (nazwa miejscowości):

Ile kilometrów pokonuje Pan/Pani z domu do siedziby hospicjum?

Ankieta dla uczestników spotkania sieciującego w gminie

1. Jaką instytucję Pan/i reprezentuje? Nr z listy obecności
2. Czy pomoc osobom zależnym lub przewlekle chorym jest statutową czy opcjonalną, dodatkową działalnością, jaką podejmuje instytucja, którą Pan/i reprezentuje? (zakreślić)
 - a) Statutowa
 - b) Dodatkowa
 - c) Nie pomagała do tej pory
3. W jaki sposób, jakimi działaniami instytucja, którą Pan/i reprezentuje, wspiera osoby zależne i przewlekle chore na terenie gminy? Jaki rodzaj wsparcia mogą u Państwa uzyskać? Proszę podać przykłady.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Proszę powiedzieć, czy instytucja, którą Pan/i reprezentuje, współpracowała w celu pomocy osobie/osobom zależnym lub przewlekle chorym z poniższymi instytucjami.

Numer organizacji (z listy obecności na spotkaniu)	Współpraca			Forma kontaktu		
	Regularnie, mamy wspólnych podopiecznych, jesteśmy w stałym kontakcie	Okazjonalnie, zdarza nam się czasami działać wspólnie na rzecz pacjenta	Nigdy nie zdarzyło się nam współpracować	Jeśli X Najczęściej kontaktujemy się osobiście	Jeśli X Najczęściej kontaktujemy się telefonicznie	Jeśli X Najczęściej kontaktujemy się mailowo
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						

Metryczka

1. Płeć: M K

2. Rok urodzenia:

3. Jakie stanowisko w instytucji reprezentowanej dziś Pan/i zajmuje?

.....
.....

4. Od ilu lat pracuje Pan/i w instytucji, którą dziś reprezentuje?

.....

5. Jakie ma Pan/i wykształcenie? Poziom i rodzaj – kierunkowe?

.....

KWESTIONARIUSZ BADANIA POTRZEB ORAZ PLAN WSPARCIA PODOPIECZNEGO FUNDACJI HOSPICJUM PROROKA ELIASZA W MICHAŁOWIE

CZĘŚĆ I

ROZPOZNANIE, STAN OBECNY I DANE NA DZIEŃ

Nr Ks. gł.

1. Dane podopiecznego (osoby zależnej)

imię

nazwisko

miejsce zamieszkania

PESEL

data przyjęcia do FHPE

telefon

2. Sytuacja zdrowotna podopiecznego (z wywiadu hospicjum lub pielęgniarstwa)

Choroby przewlekłe

Przebyte urazy i ich następstwa

Inne choroby i ich następstwa

Orientacja w czasie, miejscu i sytuacji osobistej (prawidłowa, częściowa, brak orientacji)

Higiena:

Stan utrzymania podopiecznego (zadbany, brudny itp.)

Podopieczny pozostaje pod opieką:

Lekarz rodzinny

(dane, adres, telefon kontaktowy)

Specjalistów

(dane, adres, telefon kontaktowy)

3. Opis miejsca zamieszkania (z info z hospicjum lub od prac. socjalnego lub z info w środowisku)

<input type="checkbox"/> ogrzewanie	<input type="checkbox"/> woda	<input type="checkbox"/> inne media	<input type="checkbox"/> łazienka
<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> inne udogodnienia	<input type="checkbox"/> telefon	<input type="checkbox"/> internet
<input type="checkbox"/> pralka	<input type="checkbox"/> kuchenka	<input type="checkbox"/> lodówka	<input type="checkbox"/> własny pokój
<input type="checkbox"/> własne łóżko			

udogodnienia dla osoby niepełnosprawnej i zależnej:

sprzęty, wyroby medyczne

łóżko, materac przeciwodleżynowy

stan utrzymania miejsca zamieszkania

4. Dane opiekuna podopiecznego (osoby zależnej)

imię

nazwisko

data urodzenia

stopień pokrewieństwa z podopiecznym

czy jest to osoba wspólnie zamieszkująca

stan zdrowia opiekuna (fizyczny, emocjonalny)

funkcjonowanie opiekuna (sprawność, samodzielność, mobilność, aktywność itp.)

Dostęp do podstawowych usług (sklep, transport, ośrodek zdrowia, apteka itp. odległość i jak to organizuje)

5. Opis sytuacji rodzinnej

Informacje o członkach rodziny podopiecznego (osoby zależnej)

Lp.	Imię i nazwisko	Miejsce zamieszkania (czy współzamieszkuje?)	Czy jest w kontakcie, czy udziela wsparcia	Kontakt

Inne osoby współzamieszkujące

(imię i nazwisko, kontakt-tel.)

Relacje wśród osób współzamieszkujących

Przemoc w rodzinie, uzależnienia

Inne informacje, których wypełniający ankietę uzna za stosowne udzielić:

a. Miesięczny dochód na gospodarstwo, stałe koszty, skąd uzyskują wsparcie materialne, jakiej wysokości

.....

b. Inne rodzaje wsparcia materialnego – jakie, jak często, czy wystarcza?

.....

6. Wsparcie w środowisku (HOSPICJUM, pomoc sąsiedzka, grup nieformalnych, instytucji)

Podopieczny (osoba zależna)				
Lp.	Imię i nazwisko /instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt
Opiekun osoby zależnej				
Lp.	Imię i nazwisko /instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt

CZĘŚĆ II PLANOWANIE WSPARCIA

Oczekiwania i potrzeby podopiecznego, zgłaszane przez niego lub opiekuna na rzecz podopiecznego (osoby zależnej)

.....

.....

Oczekiwania i potrzeby opiekuna, zgłaszane przez niego samego lub osoby współzamieszkujące

.....

.....

Potrzeby podopiecznego (osoby zależnej) i jego opiekuna zgłaszane na przykład przez:

pielęgniarkę FHPE

psychologa FHPE

opiekuna FHPE

innych członków zespołu FHPE

.....

.....



do zebrania np. podczas spotkania zespołu lub rozmowy indywidualnej

innych członków sieci

(GOPS, duchowny, lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa, inne)

.....

.....

PLAN WSPARCIA DATA

Podopieczny (osoba zależna)					
Lp.	Imię i nazwisko / instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt	Realizacja, uwagi
Opiekun osoby zależnej					
Lp.	Imię i nazwisko / instytucja	Rodzaj wsparcia	Częstotliwość wsparcia	Kontakt	Realizacja, uwagi

(...) Autorki podjęły się badania bardzo ważnego i trudnego problemu społecznego – jak zaradzić negatywnym skutkom, wynikającym ze starzenia się społeczeństwa (polskiego), koncentrując się na opiece długoterminowej w hospicjach. Osoby starsze coraz częściej potrzebują opieki instytucjonalnej z uwagi na brak, z różnych przyczyn, należytej opieki rodziny i singularyzacji starości. Ludzie starsi, schorowani, często niesprawni nie radzą sobie z codziennymi czynnościami, zwłaszcza ci u schyłku życia wymagają szczególnej troski. (...)

Elżbieta Psyk-Piotrowska
Dr hab., prof. emeryt. Uniwersytetu Łódzkiego



Projekt dofinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego programu na rzecz zatrudnienia i innowacji społecznych „EaSI” (2014-2020)

ISBN 978-83-89900-75-3



9 788389 900753

