



LOKALNY PLAN DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH GMINY SŁAWA

na lata 2026-2030



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE ... 3

1. CHARAKTERYSTYKA GMINY SŁAWA ... 4

- 1.1. Położenie i struktura przestrzenna ... 4
- 1.2. Uwarunkowania demograficzne ... 5
- 1.3. Znaczenie uwarunkowań dla dostępności usług ... 6

2. ANALIZA DOKUMENTÓW I RAM PRAWNYCH ... 7

- 2.1. Poziom krajowy ... 7
- 2.2. Poziom regionalny – województwo lubuskie ... 9
- 2.3. Dokumenty lokalne Gminy Sława ... 9
- 2.4. Wnioski dla LPDI 10

3. ZAKRES REALIZOWANYCH USŁUG SPOŁECZNYCH ... 10

- 3.1. Pomoc społeczna i organizacja wsparcia ... 10
- 3.2. Wsparcia rodziny i dziecka ... 12
- 3.3. Wsparcie osób starszych i osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu ... 13
- 3.4. Wsparcie osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów ... 13
- 3.5. Wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego
- 3.6. Przeciwdziałanie przemocy domowej i problemom uzależnień...15
- 3.7. Wsparcie osób w kryzysie bezdomności ... 15
- 3.8. NGO, PES, i potencjał lokalny ... 16
- 3.9. Zasoby kadrowe i infrastrukturalne ... 17

4. ANALIZA POTRZEB W ZAKRESIE USŁUG ... 18

- 4.1. Obecnie realizowane usługi ... 18
- 4.2. Niezaspokojone potrzeby i luki ... 18
- 4.3. Bariery dostępności ... 19
- 4.4. Potrzeby kadrowe i realizatorzy ... 20
- 4.5. Usługi do rozwoju... 21

5. DIAGNOZA POTRZEB SPOŁECZNYCH MIESZKAŃCÓW ... 22

- 5.1. Metodologia diagnozy ... 22
- 5.2. Najważniejsze wyniki ... 23
- 5.3. Potrzeby grup priorytetowych ... 24
- 5.4. Wnioski z diagnozy dla procesu deinstytucjonalizacji ... 26
- 5.5. Przykładowe ścieżki wsparcia ... 27

6. WNIOSKI I ZAŁOŻENIA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI ... 28

- 6.1. Wizja LPDI Gminy Sława 2030 ... 28
- 6.2. Cel główny ... 28
- 6.3. Zasady realizacji ... 28
- 6.4. Docelowy model lokalnego systemu ... 29

CZĘŚĆ PROGRAMOWA ... 31

7. CELE I DZIAŁANIA PLANU ... 31

- 7.1. Obszar 1 – Deinstytucjonalizacja usług społecznych ... 31
- 7.2. Obszar 2 – Wsparcie rodzin z dziećmi, w tym z dziećmi z niepełnosprawnościami ... 32
- 7.3. Obszar 3 – Osoby z niepełnosprawnościami i ich opiekunowie ... 33
- 7.4. Obszar 4 – Wsparcie osób starszych i osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu ... 34
- 7.5. Obszar 5 – Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego ... 35
- 7.6. Obszar 6 – Osoby w kryzysie bezdomności lub zagrożone bezdomnością ... 36

8. RAMY REALIZACJI I FINANSOWANIA ... 36

9. SYSTEM MONITOROWANIA I OCENY ... 36

- 9.1. Wskaźniki produktu i rezultatu ... 37
- 9.2. Monitoring realizacji Planu ... 38
- 9.3. Ewaluacja i aktualizacja ... 39
- 9.4. Ryzyka i działania korygujące ... 39
- 9.5. Komunikacja społeczna i udział mieszkańców ... 39

10. PODSUMOWANIE ... 39

ZAŁĄCZNIK 1. KARTA MONITOROWANIA LPDI ... 41



WYKAZ GŁÓWNYCH DOKUMENTÓW I ŹRÓDEŁ ... 42



WPROWADZENIE

Lokalny Plan Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych Gminy Sława na lata 2026-2030 jest dokumentem wyznaczającym kierunek rozwoju usług społecznych w taki sposób, aby mieszkańcy mogli jak najdłużej bezpiecznie i samodzielnie funkcjonować w swoim domu i społeczności lokalnej.

Deinstytucjonalizacja oznacza stopniowe wzmacnianie usług świadczonych w środowisku życia mieszkańca oraz ograniczanie sytuacji, w których brak odpowiedniego wsparcia lokalnego prowadzi do konieczności korzystania z opieki całodobowej. Nie jest celem prostym zastępowaniem jednej formy pomocy inną. Jej istotą jest budowanie systemu dostępnych, zindywidualizowanych, skoordynowanych i możliwie trwałych usług społecznych, opartych na prawie osoby do wyboru, podmiotowości i uczestnictwa w życiu społeczności.

Podstawą Planu są uwarunkowania Gminy Sława oraz wyniki „Diagnozy potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w Gminie Sława w zakresie usług społecznych”, zrealizowanej na zlecenie Ośrodka Pomocy Społecznej w Sławie w okresie maj-lipiec 2026 r. Diagnoza łączyła analizę danych zastanych, badanie ilościowe CAWI/PAPI na próbie 414 mieszkańców oraz badania jakościowe z udziałem lokalnych interesariuszy.

Dokument został opracowany z uwzględnieniem Strategii rozwoju usług społecznych, polityki publicznej do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), Ogólnopolskich wytycznych tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla województwa lubuskiego na lata 2023-2026. W warstwie regionalnej uwzględniono również fakt prowadzenia w 2026 r. prac nad aktualizacją RPDI na lata 2027-2030; po przyjęciu kolejnego dokumentu regionalnego LPDI Gminy Sława powinien zostać poddany przeglądowi zgodności.

Przyjęta konstrukcja odpowiada praktyce stosowanej w lokalnych planach deinstytucjonalizacji: najpierw przedstawiono charakterystykę gminy i analizę dokumentów, następnie opisano istniejący system usług oraz potrzeby i luki, a dopiero w części programowej sformułowano cele, działania, wskaźniki i ramy finansowania. Dzięki temu plan działań wynika bezpośrednio z diagnozy, a nie stanowi odrębnego katalogu projektów.

Plan obejmuje pięć podstawowych grup/obszarów wskazywanych w dokumentach krajowych i regionalnych: rodziny z dziećmi, w tym z dziećmi z niepełnosprawnościami; osoby z niepełnosprawnościami i ich opiekunów; osoby starsze i wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; osoby w kryzysie zdrowia psychicznego; osoby w kryzysie bezdomności lub zagrożone bezdomnością. Ponadto wyodrębniono obszar horyzontalny dotyczący koordynacji, informacji, dostępności terytorialnej, kadr i partnerstw.

Przyjęcie perspektywy deinstytucjonalizacji oznacza, że planowanie usług nie może ograniczać się do tworzenia nowych form pomocy. Równie ważne jest uporządkowanie sposobu wejścia mieszkańca do systemu, zapewnienie ciągłości pomiędzy różnymi formami wsparcia oraz takie wykorzystanie lokalnych zasobów, aby pomoc była dostępna możliwie wcześnie. W praktyce



oznacza to przesunięcie akcentu z reagowania dopiero na sytuacje kryzysowe na profilaktykę, wczesne rozpoznanie trudności i stopniowe zwiększanie intensywności wsparcia wraz ze zmianą potrzeb.

LPDI ma jednocześnie charakter elastyczny. Nie tworzy zamkniętego katalogu usług ani nie przesądza o uruchomieniu każdej wskazanej formy w jednakowym zakresie w całym okresie obowiązywania. Kierunki działań powinny być corocznie konfrontowane z rzeczywistą skalą potrzeb, dostępnością kadr, możliwościami finansowymi gminy oraz ofertą partnerów. Pozwala to zachować zgodność z krajowymi i regionalnymi zasadami deinstytucjonalizacji, a jednocześnie dopasować tempo zmian do warunków Gminy Sława.

CHARAKTERYSTYKA GMINY SŁAWA

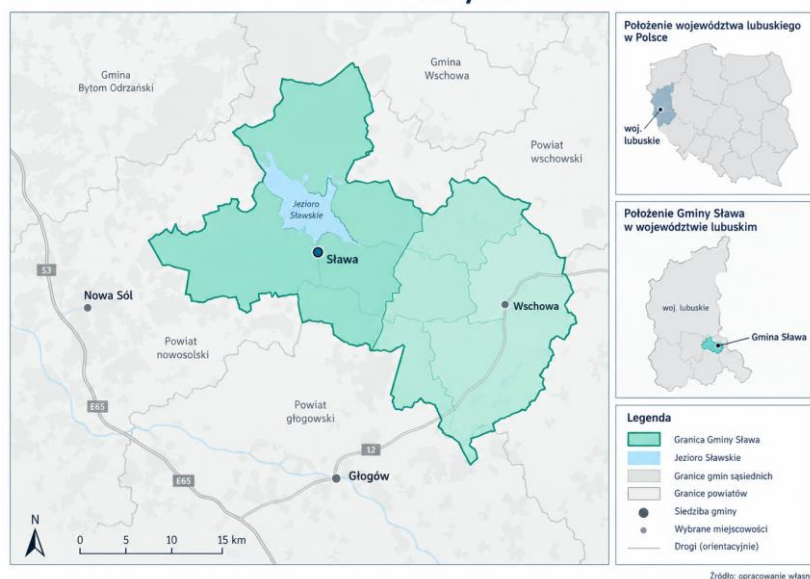
Charakterystyka gminy wskazuje te cechy demograficzne i przestrzenne, które mają bezpośrednie znaczenie dla organizowania usług społecznych i ich dostępności.

1.1. Położenie i struktura przestrzenna

Gmina Sława jest gminą miejsko-wiejską położoną w powiecie wschowskim, w województwie lubuskim. Obejmuje miasto Sława oraz rozległe tereny wiejskie. Powierzchnia gminy wynosi około 327 km². Na jej obszarze funkcjonuje 21 sołectw, a układ osadniczy ma charakter rozproszony.

Gmina graniczy z jednostkami położonymi w województwach lubuskim, wielkopolskim i dolnośląskim. W diagnozie wskazano sąsiedztwo gmin: Wolsztyn, Przemęt, Wijewo, Wschowa, Szlichtyngowa, Kotla, Siedlisko, Nowa Sól oraz Kolsko. Położenie na styku kilku obszarów funkcjonalnych stwarza możliwość korzystania ze wsparcia ponadlokalnego, ale jednocześnie zwiększa znaczenie transportu i czytelnego kierowania mieszkańców do usług specjalistycznych.

Położenie Gminy Sława





Rys. 1. Położenie Gminy Sława.

Źródło: opracowanie własne - schemat orientacyjny na potrzeby LPDI.

1.2. Uwarunkowania demograficzne

Według danych ewidencji ludności przyjętych dla potrzeb Planu na dzień 31 grudnia 2025r. Gminę Sława zamieszkiwało 12 083 mieszkańców. Analiza szeregu czasowego wskazuje na stopniowe zmniejszanie się liczby ludności. Zjawisko to współwystępuje ze wzrostem znaczenia starszych grup wieku, co w perspektywie obowiązywania LPDI będzie wpływać na popyt na usługi opiekuńcze, pomoc w codziennym funkcjonowaniu, teleopiekę, transport oraz działania przeciwdziałające osamotnieniu.

12 083

mieszkańców
31.12.2025

ok. 327 km²

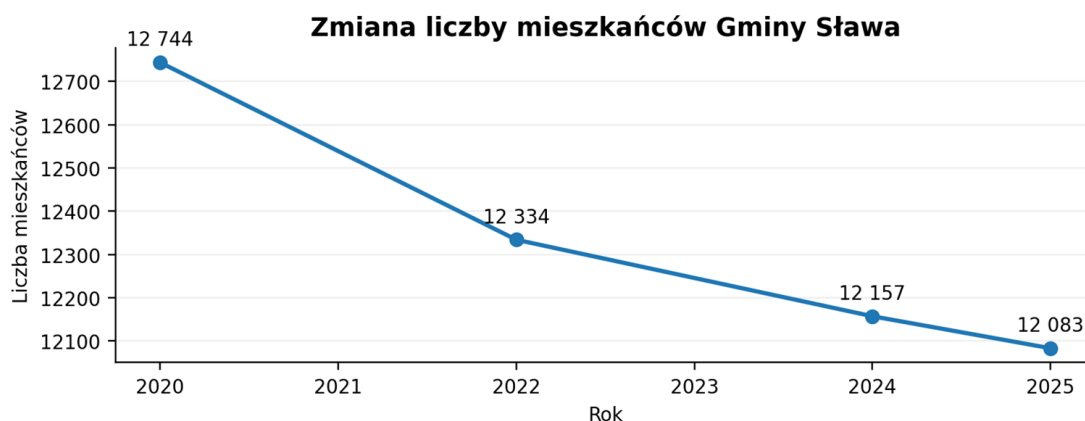
powierzchnia

21

sołectwa

miejsko-wiejska

typ gminy



Wykres 1. Zmiana liczby mieszkańców Gminy Sława w latach 2020-2025.

Źródło: Gmina Sława - dane ewidencji ludności; stan na 31 grudnia danego roku.

Struktura wieku potwierdza, że proces starzenia się społeczności ma charakter trwały. Według danych wykorzystanych w Diagnozie, w 2024 r. osoby w wieku przedprodukcyjnym stanowiły 19,2% mieszkańców, osoby w wieku produkcyjnym 57,1%, a osoby w wieku poprodukcyjnym 23,7%. W porównaniu z 2020 r. udział grupy poprodukcyjnej wzrósł z 21,3% do 23,7%, przy jednoczesnym zmniejszeniu udziału osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym.

Dla LPDI oznacza to, że zapotrzebowanie na wsparcie nie powinno być oceniane wyłącznie przez aktualną liczbę świadczeniobiorców. Plan musi uwzględniać przewidywany wzrost znaczenia usług wspierających codzienne funkcjonowanie, opiekunów nieformalnych, bezpieczeństwo osób mieszkających samotnie oraz dostęp do usług w miejscu zamieszkania.



Zmiana struktury wieku zachodzi równolegle ze stopniowym zmniejszaniem się liczby mieszkańców. Dane BDL GUS wskazują spadek liczby ludności Sławy z 12 556 osób w 2020 r. do 12 380 osób w 2024 r., natomiast dane ewidencji ludności Gminy Sława przyjęte w niniejszym Planie wskazują 12 083 mieszkańców na dzień 31 grudnia 2025 r. Ze względu na różnice metodologiczne pomiędzy źródłami wartości te nie są traktowane jako jeden szereg statystyczny, jednak oba źródła potwierdzają potrzebę uwzględniania depopulacji i starzenia się społeczności w planowaniu usług.

Konsekwencją tych procesów może być jednoczesny wzrost zapotrzebowania na usługi dla osób starszych i mniejsza dostępność opiekunów rodzinnych. Oznacza to potrzebę rozwijania form, które uzupełniają opiekę nieformalną zamiast ją zastępować: usług opiekuńczych, sąsiedzkich, teleopieki, usług wytchnieniowych, wsparcia transportowego i prostych usług pomocowych świadczonych możliwie blisko miejsca zamieszkania.

Grupa wieku	2020	2024	Zmiana
przedprodukcyjny	20,5%	19,2%	-1,3 p.p.
produkcyjny	58,2%	57,1%	-1,1 p.p.
poprodukcyjny	21,3%	23,7%	+2,4 p.p.

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, dane wykorzystane w Diagnostyce potrzeb i potencjału społeczności lokalnej Gminy Sława.

Zmiany demograficzne nie oznaczają automatycznie jednakowego wzrostu potrzeb we wszystkich miejscowościach. Dlatego liczba i rodzaj usług powinny być okresowo korygowane na podstawie rzeczywistego zapotrzebowania, informacji OPS/CUS, danych partnerów oraz wyników monitoringu.

1.3. Znaczenie uwarunkowań dla dostępności usług

Rozległość gminy i zróżnicowana odległość miejscowości wiejskich od Sławy powodują, że model oparty wyłącznie na świadczeniu usług w jednej siedzibie nie zapewni równej dostępności. Część mieszkańców - zwłaszcza osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby o ograniczonej mobilności oraz rodziny bez własnego transportu - może doświadczać dodatkowej bariery dojazdu.

Z punktu widzenia LPDI oznacza to potrzebę równoległego stosowania kilku sposobów organizacji wsparcia: usług domowych, usług mobilnych, działań okresowo realizowanych w lokalnych obiektach w sołectwach, usług zdalnych tam, gdzie są odpowiednie, oraz transportu ułatwiającego dotarcie do usług specjalistycznych. Dobór rozwiązania powinien wynikać z rodzaju potrzeby i sytuacji mieszkańca.

Dostępność terytorialna należy rozumieć szerzej niż samą odległość od miejsca świadczenia usługi. Dla części mieszkańców barierą jest brak transportu, ograniczona sprawność, konieczność sprawowania opieki nad inną osobą albo trudność w samodzielnym poruszaniu się pomiędzy instytucjami. Dlatego planowanie usług powinno łączyć rozwiązania stacjonarne z usługami domowymi, wizytami terenowymi, wsparciem mobilnym i - tam, gdzie jest to zasadne - rozwiązaniami transportowymi.



Ważne jest również wykorzystywanie potencjału miejscowości wiejskich. Świetlice, placówki oświatowe, obiekty kultury i inne dostępne przestrzenie mogą okresowo pełnić funkcję miejsc lokalnego kontaktu, działań profilaktycznych, informacyjnych lub integracyjnych. Nie oznacza to tworzenia nowych instytucji w każdej miejscowości, lecz bardziej elastyczne organizowanie usług i docieranie do mieszkańców tam, gdzie żyją na co dzień.

W praktyce oznacza to potrzebę planowania dostępności nie tylko „w gminie”, lecz również w odniesieniu do konkretnych miejscowości i grup mieszkańców. Usługa formalnie dostępna w Sławie może pozostawać trudno osiągalna dla osoby starszej, osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna faktycznego mieszkającego w oddalonej miejscowości. Dlatego przy monitorowaniu LPDI należy uwzględniać miejsce zamieszkania odbiorców, sposób dotarcia do usługi oraz występowanie zgłoszeń niezaspokojonych z przyczyn transportowych lub organizacyjnych.

Dla części usług właściwym rozwiązaniem będzie dojazd specjalisty lub usługodawcy do mieszkańca, dla innych - okresowe świadczenie pomocy w lokalnych obiektach, a dla usług specjalistycznych wymagających zasobów ponadlokalnych - sprawny system informacji, kierowania i, w miarę możliwości organizacyjnych, wsparcia transportowego. Takie zróżnicowanie sposobu świadczenia usług jest zgodne z zasadą indywidualizacji i ma ograniczać nierówności terytorialne w dostępie do pomocy.

Planowanie usług powinno wykorzystywać również mocne strony lokalnej wspólnoty. W badaniu jakościowym uczestnicy wskazywali walory środowiskowe, rozwijającą się infrastrukturę społeczną oraz dostępność podstawowych usług publicznych jako istotne atuty życia w Gminie Sława. W badaniu ankietowym 61% respondentów oceniło jakość życia w gminie jako wysoką, a 27% sformułowało ocenę negatywną.

Dla LPDI pozytywna ocena jakości życia jest zasobem, ponieważ deinstytucjonalizacja opiera się na możliwości bezpiecznego funkcjonowania osoby w jej własnym środowisku. Ochrona lokalnych więzi, możliwość udziału w życiu społecznym, dostęp do przestrzeni rekreacyjnych i kulturalnych oraz wspólnotowy charakter mniejszych miejscowości mogą wspierać samodzielność. Jednocześnie wysoka ogólna ocena gminy nie eliminuje konkretnych barier w dostępie do usług, dlatego Plan koncentruje się na grupach i sytuacjach, w których te bariery są największe.

WNIOSEK DLA LPDI

Demografia i przestrzeń wzmacniają potrzebę rozwoju usług możliwie blisko miejsca zamieszkania. W przypadku Gminy Sława dostępność terytorialna jest jednym z podstawowych kryteriów oceny jakości lokalnego systemu usług.

ANALIZA DOKUMENTÓW STRATEGICZNYCH I RAM PRAWNYCH

2.1. Poziom krajowy

Podstawowym dokumentem kierunkowym jest „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”, przyjęta uchwałą nr 135 Rady Ministrów z 15 czerwca 2022 r. Strategia zakłada przechodzenie od opieki o charakterze



instytucjonalnym do usług świadczonych w środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej oraz rozwój rozwiązań odpowiadających potrzebom rodzin z dziećmi, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób z problemami zdrowia psychicznego i osób w kryzysie bezdomności.

Ogólnopolskie wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych podkreślają pierwszeństwo usług realizowanych w społeczności lokalnej, rozwój usług zindywidualizowanych i profilaktycznych, wspieranie mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego oraz wykorzystywanie potencjału istniejących instytucji do rozwoju usług środowiskowych. Wytyczne wskazują również potrzebę zdefiniowania grup odbiorców, form pomocy możliwych do świadczenia w środowisku, podmiotów zaangażowanych w realizację planu, przykładowych ścieżek deinstytucjonalizacji, wskaźników oraz systemu monitorowania i ewaluacji.

Z punktu widzenia lokalnego planowania kluczowe są zasady: podmiotowości osoby korzystającej ze wsparcia, indywidualizacji, pierwszeństwa pomocy w środowisku życia, wczesnej interwencji, wspierania rodzin i opiekunów faktycznych, współpracy międzysektorowej oraz monitorowania rezultatów. Oznacza to, że rozwój usług powinien być oceniany nie tylko przez liczbę uruchomionych działań, lecz przede wszystkim przez ich wpływ na możliwość bezpiecznego i samodzielnego funkcjonowania mieszkańców.

Konstrukcja niniejszego LPDI odzwierciedla zalecaną logikę planowania: diagnoza lokalnych potrzeb i zasobów prowadzi do wskazania luk, następnie do określenia celów i działań dla grup wymagających wsparcia, a część wdrożeniowa określa odpowiedzialność, finansowanie, wskaźniki, monitoring i zasady aktualizacji. Dzięki temu dokument nie jest wyłącznie katalogiem usług, lecz narzędziem zarządzania zmianą lokalnego systemu wsparcia.

Krajowy kierunek deinstytucjonalizacji zakłada również wzmacnianie rozwiązań, które ograniczają ryzyko niepotrzebnego kierowania osoby do opieki całodobowej. W praktyce samorządu oznacza to rozwój usług domowych i środowiskowych, dostęp do wsparcia specjalistycznego, tworzenie indywidualnych ścieżek pomocy oraz takie wspieranie rodzin, aby brak czasowego obciążenia, informacji czy specjalisty nie stawał się przyczyną przedwczesnej instytucjonalizacji.

Dla realizacji poszczególnych usług znaczenie mają również przepisy branżowe, w szczególności ustawy dotyczące pomocy społecznej, realizowania usług społecznych przez centrum usług społecznych, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy domowej, ochrony zdrowia psychicznego, rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami oraz ekonomii społecznej. LPDI nie zastępuje obowiązków wynikających z tych ustaw, lecz porządkuje lokalny kierunek rozwoju usług.

ZASADA KRAJOWA

Priorytet otrzymują rozwiązania, które wzmacniają samodzielność i pozwalają korzystać ze wsparcia w środowisku życia mieszkańca. Usługi całodobowe pozostają elementem systemu dla osób, których potrzeb nie można bezpiecznie zaspokoić w środowisku lokalnym.



2.2. Poziom regionalny - województwo lubuskie

Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla województwa lubuskiego na lata 2023-2026 został przyjęty uchwałą nr 352/4962/23 Zarządu Województwa Lubuskiego z dnia 29 sierpnia 2023 r. Dokument wskazuje, że usługi powinny być rozwijane możliwie blisko osób potrzebujących, z udziałem społeczności lokalnej i organizacji społecznych, a proces deinstytucjonalizacji ma charakter wieloetapowy.

RPDI województwa lubuskiego stanowi punkt wyjścia dla lokalnych planów i porządkuje pięć obszarów interwencji: rodziny z dziećmi, w tym z dziećmi z niepełnosprawnościami; osoby z niepełnosprawnościami; osoby starsze; osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie zdrowia psychicznego; osoby w kryzysie bezdomności lub zagrożone bezdomnością. Tę logikę zachowano w części programowej LPDI Gminy Sława.

Regionalny Plan akcentuje rozwój usług możliwie blisko miejsca zamieszkania, zaangażowanie społeczności lokalnej i organizacji społecznych oraz wieloetapowy charakter procesu. Te elementy mają szczególne znaczenie w Sławie ze względu na rozległość gminy, układ miejsko-wiejski i potrzebę łączenia usług lokalnych z zasobami ponadlokalnymi.

Dla Gminy Sława szczególne znaczenie ma regionalne podejście do dostępności usług na terenach zróżnicowanych przestrzennie. Rozwój usług nie powinien prowadzić do koncentracji całej oferty wyłącznie w większych ośrodkach. Lokalne rozwiązania powinny zmniejszać bariery wynikające z odległości i mobilności mieszkańców, a w razie konieczności korzystania ze wsparcia ponadlokalnego - zapewniać sprawne kierowanie i ciągłość pomocy po powrocie mieszkańca do jego środowiska.

Regionalny wymiar deinstytucjonalizacji wiąże się także z rozwojem współpracy z organizacjami pozarządowymi i podmiotami ekonomii społecznej. Dla Gminy Sława oznacza to potrzebę traktowania lokalnych partnerów nie tylko jako wykonawców pojedynczych zadań, ale jako elementu sieci usług, której potencjał może być wykorzystywany do aktywizacji, integracji, działań sąsiedzkich, profilaktycznych i uzupełniających wobec usług publicznych.

W 2026 r. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Zielonej Górze prowadził prace nad aktualizacją RPDI na lata 2027-2030. Z tego względu niniejszy Plan przyjmuje mechanizm przeglądu zgodności po formalnym przyjęciu nowego dokumentu regionalnego. W razie pojawienia się nowych wymagań, kierunków lub instrumentów finansowania możliwa będzie aktualizacja LPDI bez zmiany jego podstawowej logiki.

Ważnym kontekstem finansowym są Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, w tym działania wspierające usługi społeczne i zdrowotne, rozwój usług w społeczności lokalnej, ekonomię społeczną oraz współpracę JST z podmiotami społecznymi. Plan nie przesądza źródła finansowania konkretnej usługi, ale wskazuje katalog źródeł możliwych do wykorzystania zgodnie z warunkami naborów.



2.3. Dokumenty lokalne Gminy Sława

Założenia LPDI pozostają powiązane z dokumentami programowymi Gminy Sława. Szczególne znaczenie mają: Strategia Rozwoju Gminy Sława na lata 2021-2030, Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Sława na lata 2023-2030, Gminny Program Wspierania Rodziny, program przeciwdziałania przemocy domowej, program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także program współpracy Gminy Sława z organizacjami pozarządowymi.

Dokumenty te określają problemy społeczne, grupy wymagające wsparcia i zadania realizowane przez gminę. LPDI nie powiela ich zapisów, lecz przekłada je na kierunek rozwoju usług środowiskowych, domowych i mobilnych oraz na mechanizmy koordynacji i monitorowania dostępności wsparcia.

2.4. Wnioski z analizy dokumentów dla LPDI

1. Plan powinien rozwijać usługi w społeczności lokalnej przed zwiększaniem zależności od opieki całodobowej, o ile odpowiada to potrzebom i bezpieczeństwu osoby.
2. Zakres usług powinien wynikać z lokalnej diagnozy i być różnicowany dla poszczególnych grup mieszkańców.
3. W części programowej należy zachować pięć głównych obszarów wskazanych w dokumentach krajowych i RPDI województwa lubuskiego.
4. Niezbędne jest uwzględnienie partnerstwa z NGO i PES, rozwoju kadr, dostępności terytorialnej, źródeł finansowania oraz monitoringu produktu i rezultatu.
5. Po przyjęciu RPDI województwa lubuskiego na lata 2027-2030 należy dokonać przeglądu niniejszego LPDI i w razie potrzeby go zaktualizować.

ZAKRES REALIZOWANYCH USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE SŁAWA

Punktem wyjścia procesu deinstytucjonalizacji jest rozpoznanie tego, co już funkcjonuje. Gmina Sława nie buduje systemu od początku - rozwija istniejące usługi, porządkuje dostęp do nich i uzupełnia luki.

3.1. Pomoc społeczna i organizacja wsparcia

Kluczową rolę w lokalnym systemie wsparcia pełni Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławie. Ośrodek realizuje zadania wynikające z przepisów prawa i organizuje pomoc osobom oraz rodzinom znajdującym się w trudnych sytuacjach życiowych. Praca socjalna jest podstawowym narzędziem wczesnego rozpoznawania potrzeb, uruchamiania adekwatnych form pomocy i łączenia mieszkańca z właściwymi instytucjami.

W perspektywie LPDI szczególnego znaczenia nabiera funkcja informacyjna i koordynacyjna. Mieszkaniec powinien otrzymać nie tylko informację o pojedynczym świadczeniu, ale także pomoc w zrozumieniu dostępnych możliwości i dobraniu ich do swojej sytuacji. Rozwój



systemu powinien zatem wzmacniać współpracę OPS/CUS z ochroną zdrowia, oświatą, służbami, GKRPA, Zespołem Interdyscyplinarnym, organizacjami społecznymi i lokalnymi liderami.

Rola OPS w procesie deinstytucjonalizacji obejmuje więc nie tylko realizację ustawowych świadczeń, ale także rozpoznawanie sytuacji, w których mieszkańiec potrzebuje kilku uzupełniających się form pomocy. Dotyczy to szczególnie osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, rodzin przeciążonych opieką oraz osób pozostających w kryzysie. W takich sytuacjach skuteczność wsparcia zależy od sprawnego połączenia pracy socjalnej, usług opiekuńczych, poradnictwa, działań specjalistycznych i zasobów innych instytucji.

W przypadku przekształcenia OPS w Centrum Usług Społecznych naturalnym kierunkiem będzie dalsze wzmacnianie funkcji koordynacyjnej i informacyjnej, przy zachowaniu ciągłości dotychczasowych zadań. LPDI nie uzależnia jednak realizacji celów od samego przekształcenia organizacyjnego - kluczowe jest rozwijanie systemu usług i współpracy niezależnie od formy organizacyjnej jednostki.

Skala korzystania z pomocy społecznej stanowi istotny punkt odniesienia dla planowania usług. W 2025 r. Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławie udzielił pomocy i wsparcia 501 osobom, co odpowiadało 4,02% mieszkańców gminy. Z pomocy społecznej skorzystało 360 rodzin, obejmujących łącznie 716 osób w rodzinach. Dane te nie wyczerpują skali potrzeb społecznych, ponieważ część usług środowiskowych kierowana jest również do osób, które nie korzystają ze świadczeń pieniężnych pomocy społecznej.

Najczęstsze przyczyny korzystania z pomocy w 2025 r. pokazują, że trudności mieszkańców mają charakter złożony i często nakładają się na siebie. Do dominujących przesłanek należały bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba oraz ubóstwo. W dalszej kolejności występowały problemy opiekuńczo-wychowawcze, potrzeba ochrony macierzyństwa, alkoholizm i bezdomność.

Powód trudnej sytuacji życiowej	Liczba rodzin
bezrobocie	80
niepełnosprawność	77
długotrwała lub ciężka choroba	65
ubóstwo	59
bezradność opiekuńczo-wychowawcza i w prowadzeniu gospodarstwa domowego	33

Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej dla gminy Sława za 2025 rok, dane przywołane w Diagnostyce.

Wniosek dla procesu deinstytucjonalizacji jest szczególnie istotny: lokalny system powinien być zdolny do jednoczesnego reagowania na kilka współwystępujących problemów. Osoba z niepełnosprawnością może równocześnie doświadczać ubóstwa, samotności i trudności transportowych, a rodzina może potrzebować pracy socjalnej, poradnictwa, wsparcia opiekuńczego i pomocy specjalistycznej. Z tego względu LPDI zakłada rozwijanie ścieżek wsparcia, a nie pojedynczych, niepowiązanych świadczeń.



Dane pomocy społecznej pokazują jednocześnie długookresową zmianę skali korzystania ze świadczeń: w 2018 r. wsparciem objętych było 825 osób, w 2024 r. 489 osób, a w 2025 r. 501 osób. Spadek liczby świadczeniobiorców nie może być utożsamiany z zanikiem potrzeb społecznych. Wraz z rozwojem usług coraz większego znaczenia nabierają potrzeby osób, które nie wymagają świadczenia pieniężnego ale potrzebują wsparcia funkcjonalnego, profilaktycznego, opiekuńczego, transportowego lub specjalistycznego.

W 2025 r. 124 osoby korzystały ze świadczeń niepieniężnych, a 434 osoby ze świadczeń pieniężnych. Z punktu widzenia LPDI ważne jest więc stopniowe wzmacnianie usług i pracy środowiskowej jako uzupełnienia systemu świadczeń, przy zachowaniu pełnej realizacji ustawowych zadań pomocy społecznej.

3.2. System wsparcia rodziny i dziecka

Wsparcie rodzin obejmuje pracę socjalną, asystenturę rodziny, działania profilaktyczne, poradnictwo oraz współpracę z placówkami oświatowymi i specjalistami. Szczególne znaczenie ma możliwie wczesne reagowanie na trudności opiekuńczo-wychowawcze i sytuacje kryzysowe, zanim dojdzie do ich pogłębienia.

W przypadku dzieci i młodzieży ważnym zasobem są szkoły, placówki oświatowe, działania środowiskowe i profilaktyczne oraz aktywność lokalnych instytucji i organizacji. Model środowiskowy powinien wzmacniać rodzinę w jej naturalnym otoczeniu, wspierać kompetencje rodzicielskie, zwiększać dostęp do pomocy psychologicznej i specjalistycznej oraz rozwijać bezpieczne formy aktywności dla dzieci i młodzieży.

W planowaniu usług należy odrębnie uwzględniać sytuację rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami. Ich potrzeby mogą obejmować równocześnie wsparcie opiekuńcze, asystenckie, specjalistyczne, transportowe, informacyjne i wytchnieniowe, dlatego szczególnie ważna jest możliwość łączenia kilku usług w jeden indywidualny pakiet wsparcia.

Ważnym kierunkiem jest także wzmacnianie usług, które pomagają rodzinie utrzymać zdolność do samodzielnego pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych. Pomoc powinna być uruchamiana zanim trudności doprowadzą do długotrwałego kryzysu. Wymaga to wymiany informacji pomiędzy pomocą społeczną, oświatą, profilaktyką, ochroną zdrowia i innymi podmiotami, z poszanowaniem kompetencji poszczególnych służb oraz zasad ochrony danych.

Działania środowiskowe kierowane do dzieci i młodzieży powinny pełnić jednocześnie funkcję profilaktyczną, integracyjną i rozwojową. Szczęólnego znaczenia nabierają miejsca i formy aktywności dostępne blisko miejsca zamieszkania, również poza miastem Sława. Ułatwia to wczesne dostrzeganie trudności, budowanie relacji z rodziną oraz kierowanie do specjalistycznego wsparcia, gdy jest ono potrzebne.

Ważnym zasobem systemu wsparcia rodziny i dziecka jest lokalna sieć oświatowa. Diagnoza wskazuje na funkcjonowanie na terenie gminy szkół i przedszkoli oraz Filii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Wschowie w Sławie. Placówki oświatowe mają szczególną możliwość wczesnego



rozpoznawania trudności rozwojowych, wychowawczych i rodzinnych, zanim problem doprowadzi do głębszego kryzysu.

Z perspektywy LPDI współpraca OPS/CUS z oświatą powinna obejmować nie tylko kierowanie do pomocy w sytuacjach już rozpoznanego kryzysu. Istotne są działania profilaktyczne, konsultacyjne i środowiskowe, wymiana informacji w granicach obowiązujących przepisów oraz czytelne ścieżki kierowania rodziny do odpowiedniego specjalisty. W ten sposób system może wcześniej uruchamiać wsparcie i ograniczać narastanie problemów wymagających później bardziej intensywnej interwencji.

Badanie jakościowe wskazało jednocześnie na potrzebę uzupełnienia oferty dla młodzieży o przestrzenie pozwalające na mniej sformalizowane spotkania i budowanie relacji. Istniejąca oferta aktywności zorganizowanych - szkolnych, sportowych i kulturalnych - jest ważnym zasobem, ale nie w pełni odpowiada na potrzebę autonomii i swobodnego uczestnictwa młodych osób. W diagnozie jako kierunek rozwoju wskazano tworzenie dostępnych przestrzeni młodzieżowych, zróżnicowanych terytorialnie i projektowanych z udziałem ich przyszłych użytkowników.

Z perspektywy LPDI znaczenie tej rekomendacji polega przede wszystkim na funkcji profilaktycznej i środowiskowej. Dostępna lokalnie przestrzeń, obecność animatora lub opiekuna oraz możliwość włączania młodzieży w tworzenie oferty mogą wzmacniać relacje, ograniczać izolację, ułatwiać wczesne wychwycenie trudności i tworzyć naturalny pomost do wsparcia psychologicznego, profilaktycznego lub rodzinnego, jeżeli pojawi się taka potrzeba.

3.3. System wsparcia osób starszych i osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu

W Gminie Sława funkcjonują usługi opiekuńcze i inne formy wsparcia służące podtrzymaniu samodzielności osób starszych oraz osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Istotną rolę pełnią także teleopieka, praca socjalna i działania aktywizujące. Z punktu widzenia deinstytucjonalizacji najważniejsze jest to, aby pomoc była dostępna odpowiednio wcześnie i mogła być stopniowo zwiększana wraz ze zmianą potrzeb.

Rozwój usług powinien obejmować nie tylko czynności opiekuńcze, ale także bezpieczeństwo, przeciwdziałanie samotności, możliwość korzystania z transportu, drobnej pomocy w gospodarstwie domowym i usług towarzyszących. W gminie rozproszonej terytorialnie szczególnie ważne jest docieranie do osób mieszkających poza Sławą.

System wsparcia osób starszych powinien mieć charakter stopniowalny. Nie każda osoba potrzebuje od razu intensywnych usług opiekuńczych. Często wcześniej wystarczające mogą być działania profilaktyczne, teleopieka, pomoc sąsiedzka, aktywizacja, wsparcie transportowe albo drobna pomoc w gospodarstwie domowym. Wraz ze wzrostem niesamodzielności zakres usług powinien być zwiększany w sposób możliwie płynny i przewidywalny.

Istotnym problemem wymagającym uwzględnienia jest samotność i osłabienie sieci nieformalnego wsparcia. W przypadku osób mieszkających samotnie szczególną wartość mają



rozwiązania zwiększające bezpieczeństwo oraz regularny kontakt z otoczeniem. Z tego względu usługi opiekuńcze powinny być postrzegane jako element szerszego systemu, łączącego wsparcie praktyczne, bezpieczeństwo, aktywność społeczną i szybkie reagowanie na pogorszenie sytuacji.

3.4. System wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów

Istotnym elementem lokalnego systemu są usługi asystenckie oraz opieka wytchnieniowa, realizowane w formule programowej, a także dostęp do sprzętu ułatwiającego funkcjonowanie. Ich wspólnym celem jest zwiększanie niezależności osoby z niepełnosprawnością i odciążanie rodziny lub opiekuna faktycznego.

Potrzeby tej grupy są zróżnicowane. Oprócz bezpośredniej pomocy mogą obejmować dostępność architektoniczną i transportową, informację, rehabilitację społeczną, wsparcie specjalistyczne i możliwość uczestnictwa w życiu lokalnym. Dlatego działania powinny być planowane indywidualnie, a usługi - w miarę możliwości - łączone.

Z perspektywy deinstytucjonalizacji bardzo ważne jest równoległe wspieranie opiekunów faktycznych. Długotrwała opieka bez możliwości odpoczynku zwiększa ryzyko przeciążenia, pogorszenia zdrowia opiekuna i utraty możliwości dalszego sprawowania opieki w domu. Opieka wytchnieniowa, poradnictwo i sprawna informacja o dostępnych formach pomocy są więc rozwiązaniami, które pośrednio chronią również samodzielność osoby z niepełnosprawnością.

Usługi dla osób z niepełnosprawnościami powinny być planowane w sposób umożliwiający aktywność i uczestnictwo w życiu społecznym, a nie wyłącznie zabezpieczenie podstawowych potrzeb. Obejmuje to możliwość dotarcia do usług, udział w aktywnościach lokalnych, korzystanie z pomocy asystenckiej i dostęp do informacji w formie dostosowanej do możliwości odbiorcy.

3.5. Wsparcie osób w kryzysie zdrowia psychicznego

Wsparcie osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego wymaga szybkiego dostępu do informacji, poradnictwa i specjalistycznej pomocy. Gmina nie zastępuje systemu ochrony zdrowia, ale może odgrywać ważną rolę w rozpoznawaniu sytuacji, kierowaniu mieszkańca do właściwego podmiotu, wsparciu rodziny i utrzymaniu ciągłości pomocy po interwencji specjalistycznej.

Szczególnego znaczenia nabiera współpraca pomocy społecznej z ochroną zdrowia, oświatą i podmiotami specjalistycznymi. Wczesna interwencja i czytelna ścieżka pomocy mogą ograniczyć ryzyko pogłębiania się kryzysu oraz utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania.

Lokalny system powinien ograniczać sytuacje, w których mieszkaniowiec lub jego rodzina pozostają sami z problemem z powodu braku wiedzy, do kogo się zwrócić. Ważne jest zatem uporządkowanie i aktualizowanie informacji o dostępnych punktach pomocy, możliwościach konsultacji oraz zasadach postępowania w sytuacji kryzysowej. Funkcja ta może być realizowana przez OPS/CUS przy współpracy z podmiotami ochrony zdrowia i innymi instytucjami.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży szczególnie istotna jest współpraca z placówkami oświatowymi i rodziną, natomiast w przypadku osób dorosłych - powiązanie wsparcia zdrowotnego z pomocą społeczną, zawodową i środowiskową. Celem jest nie tylko interwencja w ostrym



kryzysie, ale również możliwie szybki powrót do stabilnego funkcjonowania w społeczności lokalnej.

Dostęp do wsparcia w kryzysie psychicznym jest powiązany z lokalnym i ponadlokalnym systemem ochrony zdrowia. W materiale diagnostycznym, na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, wskazano trzy placówki medyczne prowadzące działalność na terenie Gminy Sława. Jednocześnie część potrzeb specjalistycznych wymaga korzystania z zasobów znajdujących się poza gminą.

Z punktu widzenia mieszkańca najważniejsze jest więc nie tylko istnienie pojedynczego świadczenia, lecz możliwość szybkiego rozpoznania potrzeby i sprawnego dotarcia do właściwego miejsca pomocy. W obszarze zdrowia psychicznego szczególne znaczenie ma współpraca pomocy społecznej, ochrony zdrowia, oświaty oraz innych służb i podmiotów mających kontakt z osobą lub rodziną.

LPDI nie zastępuje systemu ochrony zdrowia ani nie przypisuje gminie zadań pozostających poza jej kompetencjami. Jego rolą jest natomiast tworzenie lokalnych warunków do wcześniejszego rozpoznania kryzysu, przekazania informacji, wsparcia socjalnego i rodzinnego, a także koordynowania działań tam, gdzie sytuacja mieszkańca wymaga równoległego wsparcia z kilku systemów.

3.6. Przeciwdziałanie przemocy domowej i problemom uzależnień

Działania w tym obszarze są realizowane z udziałem GKRPA, Zespołu Interdyscyplinarnego, OPS, służb i innych partnerów. Obejmują profilaktykę, rozpoznawanie sytuacji zagrożenia, działania interwencyjne, poradnictwo i kierowanie do pomocy specjalistycznej. W modelu środowiskowym kluczowe jest szybkie uruchomienie bezpiecznego wsparcia oraz ograniczenie barier w dostępie do pomocy.

Działania profilaktyczne adresowane do dzieci, młodzieży i rodzin powinny być powiązane z szerszą polityką wspierania rodziny, edukacji i aktywności lokalnej. Dzięki temu profilaktyka nie jest odrębną akcją, lecz elementem wczesnego wsparcia społecznego.

W obszarze przemocy domowej deinstytucjonalizacja nie oznacza rezygnacji z interwencji zapewniającej bezpieczeństwo. Oznacza natomiast takie organizowanie pomocy, aby po interwencji osoba doświadczająca przemocy i jej rodzina mogły korzystać z dostępnego lokalnie poradnictwa, pracy socjalnej, wsparcia psychologicznego i innych form pomocy, które pozwalają odbudować bezpieczeństwo i samodzielność.

W obszarze problemów alkoholowych i innych uzależnień istotne jest łączenie działań profilaktycznych z pomocą rodzinie, edukacją i wsparciem specjalistycznym. GKRPA pozostaje ważnym elementem lokalnego systemu, ale skuteczność działań wzrasta, gdy profilaktyka i interwencja są częścią szerszej sieci usług społecznych, a mieszkaniowiec nie musi samodzielnie poszukiwać kolejnych instytucji.



3.7. Wsparcie osób w kryzysie bezdomności lub zagrożonych bezdomnością

W przypadku kryzysu bezdomności szczególne znaczenie ma praca socjalna, pomoc interwencyjna, zapewnienie dostępu do właściwej formy schronienia oraz współpraca z podmiotami specjalistycznymi. Z perspektywy deinstytucjonalizacji równie ważne jest zapobieganie utracie miejsca zamieszkania i możliwie wczesne reagowanie na narastające zadłużenie, konflikty rodzinne, problemy zdrowotne lub inne czynniki zwiększające ryzyko bezdomności.

Jeżeli specjalistyczna forma pomocy nie jest dostępna na terenie gminy, lokalny system powinien zapewnić sprawne skierowanie i współpracę z podmiotami ponadlokalnymi, a następnie wspierać mieszkańca w procesie stabilizacji sytuacji.

Działania zapobiegawcze powinny koncentrować się na sytuacjach, w których kryzys mieszkaniowy jest jeszcze możliwy do zatrzymania. Wczesna praca socjalna, poradnictwo, kontakt z właściwymi instytucjami i analiza możliwości wsparcia mogą ograniczyć ryzyko utraty miejsca zamieszkania. Z tego względu w monitoringu LPDI należy zwracać uwagę nie tylko na liczbę osób już pozostających w bezdomności, lecz także na sygnały wskazujące na narastające zagrożenie bezdomnością.

W przypadku osób korzystających z pomocy poza gminą ważne jest zachowanie ciągłości działań po zakończeniu pobytu w placówce lub innej formie schronienia. Powrót do społeczności lokalnej powinien być wspierany pracą socjalną i, zależnie od sytuacji, pomocą w zakresie mieszkania, zdrowia, zatrudnienia, świadczeń i odbudowy relacji społecznych.

3.8. Organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej i potencjał społeczności lokalnej

Ważnym zasobem Gminy Sława są organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, jednostki OSP, koła gospodyń wiejskich, sołectwa, wolontariusze i lokalni liderzy. Ich potencjał jest istotny zwłaszcza w działaniach integracyjnych, aktywizujących, sąsiedzkich, profilaktycznych i w docieraniu do mieszkańców, którzy rzadziej zgłaszają się bezpośrednio do instytucji.

W duchu krajowych i regionalnych kierunków deinstytucjonalizacji należy rozwijać partnerstwa JST-NGO/PES nie tylko jako uzupełnienie działań publicznych, ale także jako sposób zwiększania elastyczności i lokalnego zakorzenienia usług. Partnerstwo powinno opierać się na jasnym podziale odpowiedzialności i standardach jakości.

Potencjał społeczności lokalnej jest szczególnie istotny w gminie o rozproszonej strukturze osadniczej. Sołtysi, organizacje, OSP, KGW i lokalni liderzy mogą pomagać w przekazywaniu informacji o usługach, rozpoznawaniu potrzeb i organizowaniu działań blisko mieszkańców. Ich rola nie zastępuje profesjonalnych usług, ale zwiększa zasięg informacji, aktywizację i zdolność szybkiego reagowania na problemy pojawiające się w poszczególnych miejscowościach.

Rozwój współpracy z NGO i PES powinien być prowadzony w sposób planowy. Obejmuje to rozpoznawanie potencjalnych realizatorów usług, określanie standardów i oczekiwanych



rezultatów, tworzenie warunków do udziału w konkursach i projektach oraz okresową ocenę jakości i trwałości realizowanych działań.

Diagnoza wskazuje na relatywnie wysoki poziom formalnej aktywności społecznej. Według danych GUS w 2024 r. na 10 tys. mieszkańców Gminy Sława przypadają 64 fundacje, stowarzyszenia i organizacje społeczne - więcej niż średnio w kraju, województwie lubuskim i powiecie wschowskim w zestawieniu wykorzystanym w badaniu.

Dla procesu deinstytucjonalizacji jest to ważny potencjał. Organizacje społeczne, OSP, KGW, grupy nieformalne, sołectwa, wolontariusze i lokalni liderzy mogą wspierać docieranie do osób pozostających poza systemem, organizować aktywność sąsiedzką i integracyjną, współtworzyć działania profilaktyczne oraz - po spełnieniu wymogów właściwych dla danej usługi - uczestniczyć w realizacji wybranych usług społecznych.

Potencjału społecznego nie należy jednak utożsamiać z możliwością przeniesienia odpowiedzialności publicznej na organizacje społeczne. Rolą gminy i OPS/CUS pozostaje zapewnienie prawidłowej organizacji usług, standardów, dostępności i monitorowania rezultatów. Partnerstwo ma poszerzać możliwości systemu i wzmacniać jego zakorzenienie w społeczności lokalnej.

Istotną rolę integracyjną pełnią również instytucje kultury i biblioteka wraz z filiami. Materiał diagnostyczny pokazuje, że ich działalność obejmuje nie tylko udostępnianie zbiorów czy ofertę kulturalną, lecz także spotkania, warsztaty, kluby i inicjatywy rozwijające zainteresowania oraz więzi lokalne. W procesie deinstytucjonalizacji takie miejsca mogą stanowić naturalne zaplecze działań profilaktycznych, międzypokoleniowych, informacyjnych i aktywizujących, szczególnie tam, gdzie nie ma potrzeby tworzenia odrębnej infrastruktury usługowej.

Dla Gminy Sława oznacza to możliwość budowania systemu opartego na wielu lokalnych punktach aktywności i kontaktu, przy zachowaniu jasnego rozdziału pomiędzy działaniami społecznymi i integracyjnymi a usługami wymagającymi określonych kwalifikacji, standardów lub indywidualnej decyzji o przyznaniu wsparcia.

3.9. Zasoby kadrowe i infrastrukturalne

Realizacja usług społecznych zależy od dostępności kadr: pracowników socjalnych, opiekunów, asystentów, psychologów, terapeutów i innych specjalistów. Ograniczona podaż części zawodów pomocowych może wpływać na możliwość zwiększania skali usług. Dlatego planowanie rozwoju musi obejmować szkolenia, współpracę z podmiotami zewnętrznymi, elastyczne formy organizacji pracy i działania służące utrzymaniu kadr.

Potencjał infrastrukturalny tworzą obiekty OPS/CUS, placówki oświatowe, instytucje kultury, biblioteka i jej filie, obiekty sportowe, świetlice i inne lokalne miejsca. W procesie deinstytucjonalizacji należy wykorzystywać istniejącą infrastrukturę przede wszystkim do świadczenia usług w społeczności i organizowania aktywności blisko mieszkańców, o ile warunki lokalowe i dostępność na to pozwalają.



Wąskim gardłem rozwoju usług może być nie brak pomysłu na usługę, lecz brak osób posiadających odpowiednie kwalifikacje lub możliwość świadczenia pracy w rozproszonej gminie.

Z tego względu planowanie kolejnych działań powinno uwzględniać realny czas pozyskania kadry, koszty dojazdu, organizację zastępstw i potrzebę utrzymania ciągłości usług także pomiędzy kolejnymi edycjami programów finansowanych ze środków zewnętrznych.

Wykorzystanie istniejącej infrastruktury powinno iść w parze z oceną jej dostępności dla osób o ograniczonej mobilności oraz możliwości bezpiecznej organizacji konkretnej usługi. LPDI nie zakłada automatycznie tworzenia nowych placówek, jeżeli ten sam cel może być osiągnięty poprzez usługę mobilną, wykorzystanie istniejących obiektów albo współpracę z podmiotem działającym poza gminą.

Planowanie kadr powinno obejmować zarówno osoby zatrudnione bezpośrednio przez jednostki publiczne, jak i potencjalnych wykonawców zewnętrznych. W usługach domowych i mobilnych szczególne znaczenie ma możliwość zapewnienia ciągłości świadczenia w przypadku urlopów, chorób lub zakończenia kolejnej edycji programu finansowanego ze środków zewnętrznych. Ryzyko przerwy w usłudze powinno być identyfikowane z wyprzedzeniem w corocznym monitoringu.

W zakresie infrastruktury pierwszeństwo powinno mieć racjonalne wykorzystanie istniejących obiektów i zasobów. Tworzenie nowej placówki powinno być poprzedzone oceną skali potrzeb, możliwości organizacyjnych i kosztów trwałości. Jeżeli ten sam efekt można osiągnąć przez usługę mobilną, czasowe wykorzystanie istniejącego obiektu, partnerstwo lub zakup usługi, rozwiązanie powinno być oceniane z punktu widzenia dostępności dla mieszkańca, jakości oraz długofalowej wykonalności.

Rozwój usług wymaga również zaplecza informacyjnego i organizacyjnego: aktualnego katalogu usług, prostych zasad kierowania, danych pozwalających śledzić liczbę odbiorców i niezaspokojone potrzeby oraz mechanizmu wymiany informacji pomiędzy właściwymi podmiotami. Te elementy nie są odrębną usługą, ale warunkują sprawne funkcjonowanie całego lokalnego systemu.

ANALIZA POTRZEB W ZAKRESIE REALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH

4.1. Obecnie realizowane usługi

Obecny system tworzy realną podstawę do dalszego rozwoju. Wśród usług szczególnie istotnych dla LPDI znajdują się: praca socjalna, usługi opiekuńcze i specjalistyczne, asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością, opieka wytchnieniowa, teleopieka, asystent rodziny, wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego, poradnictwo, profilaktyka i wsparcie kryzysowe.

- Praca socjalna - rozpoznawanie potrzeb, pomoc w rozwiązywaniu trudności i organizowanie właściwego wsparcia.



- Usługi opiekuńcze i specjalistyczne - pomoc w codziennym funkcjonowaniu i możliwość dłuższego pozostawania we własnym domu.
- Usługi asystenckie - wspieranie niezależności i udziału osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym.
- Opieka wytchnieniowa - czasowe odciążenie rodzin i opiekunów faktycznych.
- Teleopieka - zwiększanie bezpieczeństwa osób starszych i osób pozostających samodzielnie w domu.
- Asystentura rodziny i poradnictwo - wzmacnianie rodziny w jej naturalnym środowisku.
- Działania profilaktyczne i kryzysowe - wczesna reakcja na przemoc, uzależnienia, trudności wychowawcze i inne sytuacje kryzysowe.

4.2. Niezaspokojone potrzeby i luki

Najważniejsze luki nie polegają wyłącznie na całkowitym braku konkretnej usługi. Często problemem jest niewystarczająca skala, okresowość, ograniczona liczba specjalistów, nierówny dostęp terytorialny lub brak jednej, aktualnej informacji pokazującej mieszkańcowi, gdzie i w jaki sposób może uzyskać pomoc.

Wyniki diagnozy wskazują szczególnie wysokie zainteresowanie usługami ułatwiającymi pozostawanie w domu i codzienne funkcjonowanie. Potrzebne jest zatem zarówno stabilizowanie istniejących usług, jak i rozwijanie nowych form mobilnych, transportowych i wspierających gospodarstwo domowe.

Luka w systemie może mieć również charakter informacyjny. Nawet istniejąca usługa nie spełnia swojej funkcji, jeżeli potencjalny odbiorca nie wie o jej istnieniu, zasadach przyznawania albo miejscu zgłoszenia. Dlatego uporządkowanie informacji o usługach i aktualizowanie jej w jednym, rozpoznawalnym punkcie należy traktować jako element rozwoju systemu, a nie wyłącznie działanie promocyjne.

Drugim rodzajem luki jest brak ciągłości. Część usług jest zależna od finansowania programowego lub projektowego, co może powodować przerwy pomiędzy kolejnymi edycjami. Dla mieszkańca istotny jest natomiast nie sam tytuł programu, lecz możliwość korzystania z pomocy wtedy, gdy jej potrzebuje. W kolejnych latach należy zatem analizować, które usługi mają charakter kluczowy i wymagają zabezpieczania możliwie trwałego modelu realizacji.

Trzecia grupa luk dotyczy możliwości łączenia wsparcia. Osoba korzystająca z jednej usługi może jednocześnie potrzebować pomocy transportowej, specjalistycznej, informacyjnej lub odciążeniowej. System powinien umożliwiać tworzenie prostych ścieżek przejścia pomiędzy usługami, zamiast pozostawiać mieszkańca z obowiązkiem samodzielnego poszukiwania kolejnych form pomocy.

W obszarze dzieci i rodzin istotną luką pozostaje dostępność specjalistów i możliwość szybkiego uruchomienia pomocy psychologicznej, rodzinnej oraz środowiskowej. W obszarze zdrowia psychicznego ważna jest czytelna ścieżka kierowania i współpraca z podmiotami



specjalistycznymi. W obszarze niepełnosprawności należy wzmacniać ciągłość usług asystenckich i wytchnieniowych oraz wsparcie opiekunów.

4.3. Bariery przestrzenne, transportowe, informacyjne, kadrowe i finansowe

Rozpoznane bariery mają charakter wzajemnie powiązany. Rozproszenie miejscowości zwiększa koszty i czas dojazdu do usług. Ograniczona liczba specjalistów wpływa na czas oczekiwania. Usługi finansowane programowo mogą mieć przerwy pomiędzy kolejnymi edycjami. Rozproszone informacje powodują, że mieszkaniowiec może zgłaszać się po pomoc zbyt późno albo nie wiedzieć o rozwiązaniu, które już funkcjonuje.

Bariery przestrzenne wynikają przede wszystkim z rozległości gminy i rozproszenia miejscowości. Ich ograniczanie wymaga zwiększania liczby usług świadczonych w domu, działań mobilnych, wykorzystywania lokalnych obiektów oraz rozwiązań ułatwiających transport do usług, których nie można świadczyć w miejscu zamieszkania. W przypadku każdej nowej usługi należy więc analizować nie tylko jej koszt jednostkowy, ale także realną możliwość skorzystania z niej przez mieszkańców terenów wiejskich.

Bariery informacyjne mogą dotyczyć zarówno mieszkańców, jak i samych instytucji. Brak aktualnego obrazu oferty utrudnia właściwe kierowanie do pomocy i powoduje powielanie kontaktów z różnymi podmiotami. Dlatego potrzebne są proste zasady wymiany informacji o dostępnych usługach i zmianach w ofercie, z zachowaniem właściwych podstaw prawnych i ochrony danych osobowych.

Bariery finansowe i kadrowe są ze sobą powiązane. Nawet dostępność środków zewnętrznych nie gwarantuje uruchomienia usługi, jeżeli na lokalnym rynku brakuje odpowiednio przygotowanych wykonawców. Dlatego planowanie powinno obejmować równocześnie źródła finansowania, możliwy model realizacji, dostępność kadr i sposób zapewnienia zastępstw oraz ciągłości.

- bariera terytorialna i transportowa - szczególnie istotna dla mieszkańców terenów wiejskich i osób o ograniczonej mobilności;
- bariera kadrowa - niedostateczna dostępność niektórych specjalistów i zawodów pomocowych;
- bariera informacyjna - informacje o usługach znajdują się w różnych instytucjach i kanałach;
- bariera finansowa - zależność części usług od programów zewnętrznych i konkursowych źródeł finansowania;
- bariera organizacyjna - konieczność lepszego przekazywania informacji pomiędzy podmiotami i prowadzenia mieszkańca przez system;
- bariera dostępności - zróżnicowane możliwości korzystania z usług przez osoby ze szczególnymi potrzebami.

4.4. Potrzeby kadrowe i potencjalni realizatorzy

Rozwój usług wymaga planowania kadr równolegle z planowaniem finansowania. Wzrost liczby usług bez zapewnienia wykonawców prowadziłby do tworzenia rozwiązań jedynie formalnych. Dlatego coroczny monitoring powinien obejmować nie tylko liczbę odbiorców, ale



również możliwość pozyskania opiekunów, asystentów i specjalistów, obciążenie pracowników oraz potrzebę szkoleń.

Polityka kadrowa powinna uwzględniać rozwój kompetencji potrzebnych w usługach środowiskowych: pracy z osobą w jej miejscu zamieszkania, koordynacji kilku form wsparcia, pracy z opiekunem faktycznym, rozpoznawania ryzyka kryzysu oraz współpracy międzyinstytucjonalnej. Kompetencje te są istotne niezależnie od tego, czy usługa jest realizowana bezpośrednio przez jednostkę gminną, organizację społeczną czy podmiot zewnętrzny.

W planowaniu należy również wykorzystywać zasoby ponadlokalne. Nie wszystkie specjalistyczne usługi muszą być stale dostępne na terenie gminy, jeżeli ich skala zapotrzebowania jest niewielka. Ważne jest jednak, aby mieszkaniec miał czytelną ścieżkę skierowania, możliwość uzyskania informacji i - gdy to konieczne - wsparcie w dotarciu do usługi.

Potencjalnymi realizatorami usług mogą być - zależnie od charakteru zadania i przepisów - jednostki gminne, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, podmioty lecznicze, wyspecjalizowani usługodawcy oraz partnerzy ponadlokalni. Kierunek regionalny wzmacnia szczególnie rolę PES jako realizatorów usług społecznych i partnerów JST.

Diagnoza zwraca uwagę, że trwały rozwój usług wymaga równoległego wzmacniania lokalnego rynku usługodawców. Samo pozyskanie środków na nową usługę nie gwarantuje jej dostępności, jeżeli brakuje podmiotów zdolnych do jej wykonania w odpowiedniej skali, jakości i cenie. Z tego względu gmina powinna - w granicach obowiązujących przepisów - tworzyć przewidywalne warunki współpracy, komunikować planowane potrzeby, wspierać rozwój kompetencji potencjalnych realizatorów i wykorzystywać instrumenty sprzyjające społecznemu charakterowi zamówień, gdy jest to prawnie i ekonomicznie uzasadnione.

W przypadku usług o charakterze ciągłym szczególnie ważna jest perspektywa dłuższa niż pojedynczy projekt lub roczna edycja programu. Przy wyborze modelu realizacji należy analizować koszt jednostkowy, dostępność personelu, możliwość zastępstw, jakość, zasięg terytorialny oraz zdolność do utrzymania usługi po zakończeniu finansowania zewnętrznego. Pozwala to ograniczać ryzyko tworzenia usług krótkotrwałych, które znikają mimo utrzymującej się potrzeby mieszkańców.

Partnerstwo z NGO, PES i przedsiębiorcami nie oznacza rezygnacji z roli organizatora publicznego. OPS/CUS powinien zachowywać funkcję rozpoznawania potrzeb, określania standardów, kierowania mieszkańcami, monitorowania jakości i rezultatów oraz reagowania w sytuacji przerw lub spadku dostępności usług.

4.5. Usługi i rozwiązania wymagające rozwoju

Na podstawie diagnozy, uwarunkowań przestrzennych i kierunków krajowych oraz regionalnych priorytetem jest rozwój usług, które zwiększają możliwość pozostawiania mieszkańca w miejscu zamieszkania oraz odciążają rodzinę. W pierwszej kolejności dotyczy to usług opiekuńczych, specjalistycznych, asystenckich, wytnieniowych, teleopieki, mobilnych usług wspierających i transportu do usług.



Wyniki badania mieszkańców uzasadniają również analizę możliwości uruchamiania usług typu „Złota rączka” i „Taxi Senior”, a także innych form pomocy technicznej i transportowej. Rozwiązania te powinny być wdrażane po określeniu grupy odbiorców, zasad kwalifikacji, standardu usługi, kosztu i stabilnego źródła finansowania.

Krajowe wytyczne wskazują także na rozwój mieszkań treningowych i wspomaganych. W Gminie Sława nie przyjęto tego rozwiązania jako automatycznego zobowiązania inwestycyjnego. W okresie obowiązywania LPDI należy natomiast monitorować zapotrzebowanie na takie formy oraz możliwości współpracy ponadlokalnej lub projektowej, zwłaszcza dla osób, których samodzielność może być wspierana poza opieką całodobową.

Rozwój usług powinien następować etapowo. W pierwszej kolejności należy wzmacniać te rozwiązania, dla których diagnoza wskazuje wyraźne zapotrzebowanie i które bezpośrednio zwiększają możliwość pozostawania mieszkańca w domu: usługi opiekuńcze i specjalistyczne, teleopiekę, usługi asystenckie i wytchnieniowe, rozwiązania mobilne oraz działania ułatwiające transport i codzienne funkcjonowanie.

Kolejny poziom obejmuje rozwój wsparcia specjalistycznego i środowiskowego dla rodzin, dzieci i młodzieży oraz osób w kryzysie zdrowia psychicznego. W tych obszarach szczególnie ważne jest skracanie czasu pomiędzy rozpoznaniem problemu a uzyskaniem właściwej pomocy oraz ograniczanie sytuacji, w których mieszkańiec wielokrotnie zgłasza tę samą potrzebę do różnych instytucji.

Każda nowa usługa powinna przed uruchomieniem mieć określony cel, grupę odbiorców, sposób kwalifikacji, minimalny standard, źródło finansowania, odpowiedzialność za realizację i podstawowy zestaw wskaźników. Pozwoli to uniknąć sytuacji, w której powstaje atrakcyjna nazwa działania bez możliwości oceny jego rzeczywistej użyteczności dla mieszkańców.

Nie wszystkie potrzeby rozpoznane w diagnozie powinny być realizowane przez jeden podmiot ani finansowane z jednego działu budżetu. LPDI ma porządkować kierunek rozwoju i współpracę, a nie przenosić na pomoc społeczną zadań należących do ochrony zdrowia, oświaty, kultury, rynku pracy czy innych polityk publicznych. W części programowej wskazano zatem partnerów adekwatnych do charakteru działania, a rola OPS/CUS koncentruje się na zadaniach pozostających w jego kompetencjach oraz na koordynacji i kierowaniu w zakresie uzasadnionym sytuacją mieszkańca.

Przy projektowaniu nowych rozwiązań pierwszeństwo powinny mieć działania, które realnie uzupełniają zidentyfikowaną lukę i mają szansę na trwałość. Sam fakt popularności pomysłu w badaniu nie oznacza automatycznej decyzji o uruchomieniu usługi; każdorazowo konieczne jest sprawdzenie podstawy prawnej, grupy odbiorców, dostępnych kadr, kosztu, źródła finansowania i możliwości monitorowania efektu.



DIAGNOZA POTRZEB SPOŁECZNYCH MIESZKAŃCÓW

Ta część syntetyzuje wyniki lokalnego badania potrzeb i potencjału. Szczegółowe tabele i pełna metodologia pozostają w raporcie źródłowym; LPDI wykorzystuje wnioski potrzebne do programowania usług.

5.1. Metodologia diagnozy

Diagnoza została przeprowadzona w okresie maj-lipiec 2026 r. z zastosowaniem triangulacji metodologicznej. Połączono analizę danych zastanych, badanie ilościowe oraz badania jakościowe. Badanie ilościowe zrealizowano metodami CAWI i PAPI na próbie 414 mieszkańców. Badania jakościowe obejmowały spotkania fokusowe z przedstawicielami lokalnych instytucji, organizacji i liderami społecznymi.

Zakres badania obejmował m.in. ocenę jakości życia, ranking problemów społecznych, korzystanie z usług i satysfakcję, zapotrzebowanie na nowe usługi, potencjał lokalnych usługodawców, aktywność społeczną, zasady współpracy podmiotów oraz komunikację społeczną.

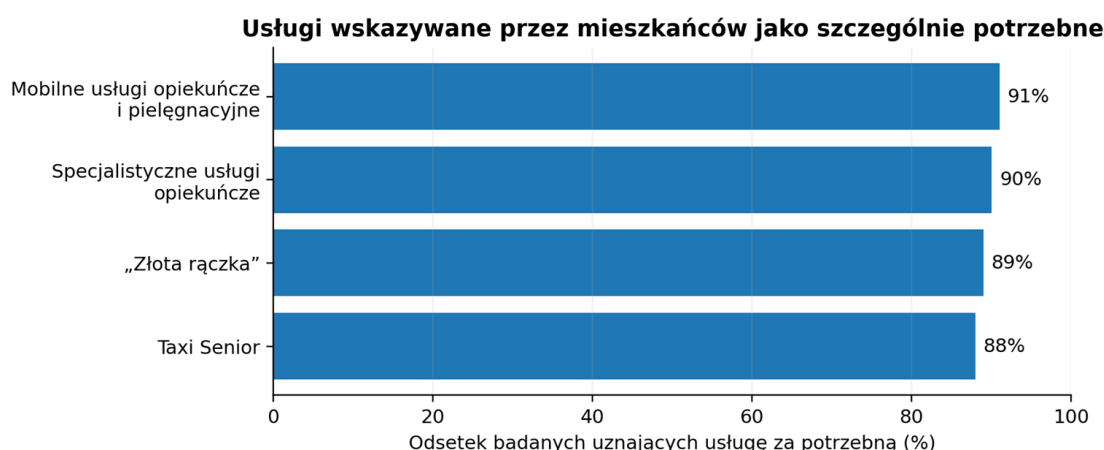
Dzięki temu diagnoza nie ogranicza się do statystyki, lecz pokazuje również doświadczenia i oczekiwania mieszkańców oraz lokalnych interesariuszy.

Zastosowanie kilku metod było istotne z punktu widzenia LPDI. Dane statystyczne pokazują skalę zjawisk, ankieta pozwala poznać opinie większej grupy mieszkańców, natomiast badania jakościowe umożliwiają lepsze zrozumienie barier organizacyjnych, doświadczeń instytucji i potencjału lokalnych partnerów. Łączenie tych perspektyw ogranicza ryzyko planowania usług wyłącznie na podstawie jednej kategorii danych.

Wyniki diagnozy należy traktować jako punkt odniesienia dla okresu 2026-2030, a nie jako niezmienny obraz sytuacji. Potrzeby mieszkańców mogą zmieniać się wraz z demografią, sytuacją ekonomiczną, dostępnością usług zdrowotnych, zmianami prawa i uruchamianiem nowych programów. Dlatego LPDI przewiduje okresowe aktualizowanie danych i wykorzystywanie monitoringu realizacji usług jako uzupełnienia diagnozy wyjściowej.

5.2. Najważniejsze wyniki

Wysokie wartości wskazań mieszkańców dotyczą przede wszystkim usług możliwych do świadczenia blisko domu lub ułatwiających korzystanie z pomocy. Mobilne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne jako potrzebne wskazało łącznie 91% badanych, specjalistyczne usługi opiekuńcze - 90%, usługę typu „Złota rączka” - 89%, a rozwiązanie typu Taxi Senior - 88%.



Wykres 2. Usługi wskazywane przez mieszkańców jako szczególnie potrzebne.

Źródło: Diagnoza potrzeb i potencjału społeczności lokalnej Gminy Sława, badanie ilościowe N=414; suma odpowiedzi wskazujących, że usługa jest potrzebna.

Wyniki nie oznaczają, że każdy mieszkaniec deklaruje osobiste korzystanie z każdej usługi. Pokazują natomiast silne społeczne przekonanie o potrzebie ich dostępności w gminie. Z punktu widzenia LPDI jest to ważna przesłanka do planowania usług domowych, mobilnych i wspierających samodzielność.

Wspólną cechą najwyżej ocenianych potrzeb jest ich bezpośredni związek z codziennym funkcjonowaniem. Mieszkańcy wskazują na rozwiązania, które pomagają pozostać w domu, zwiększają bezpieczeństwo lub usuwają praktyczną barierę w dostępie do pomocy. Jest to spójne z głównym założeniem LPDI i wzmacnia zasadność rozwijania usług środowiskowych zamiast koncentrowania się na tworzeniu nowych form opieki instytucjonalnej.

Wyniki badania należy również interpretować terytorialnie. W gminie rozległej rozwiązanie dobrze dostępne dla mieszkańca miasta może być znacznie mniej dostępne dla osoby z miejscowości oddalonej. Dlatego w kolejnych latach warto analizować nie tylko liczbę odbiorców usług, lecz także ich miejsce zamieszkania i występowanie obszarów, w których dostęp do wsparcia jest relatywnie słabszy.

Wyniki ilościowe należy interpretować jako obraz społecznie rozpoznanej potrzeby, a nie prostą prognozę liczby przyszłych użytkowników. Przykładowo wysoki odsetek wskazań dla usług mobilnych czy specjalistycznych oznacza, że mieszkańcy uznają je za ważny element lokalnego systemu także wtedy, gdy sami nie deklarują natychmiastowej potrzeby skorzystania.

Szczególnie silny jest wspólny mianownik czterech najwyżej ocenianych rozwiązań: wszystkie ograniczają barierę wynikającą z odległości, niesamodzielności lub konieczności samodzielnego organizowania pomocy. Mobilne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, specjalistyczne usługi opiekuńcze, „Złota rączka” oraz Taxi Senior wzmacniają możliwość pozostania we własnym środowisku i dlatego bezpośrednio wpisują się w lokalną logikę deinstytucjonalizacji.

Badanie jakościowe uzupełnia perspektywę statystyczną o doświadczenia instytucji, organizacji i lokalnych liderów. W planowaniu usług należy więc łączyć trzy rodzaje informacji: deklarowane potrzeby mieszkańców, dane o faktycznym korzystaniu z pomocy oraz wiedzę



realizatorów o osobach, które z różnych powodów nie zgłaszają się do systemu. Takie podejście ogranicza ryzyko planowania usług wyłącznie na podstawie jednej kategorii danych.

W odpowiedziach otwartych mieszkańcy wskazywali jako szczególnie deficytowe m.in. dostęp do oferty ochrony zdrowia - zwłaszcza lekarzy specjalistów - możliwości uprawiania sportu i rekreacji oraz różne formy wsparcia dla dzieci i młodzieży. Część tych potrzeb wykracza poza bezpośrednie kompetencje OPS, ale ma znaczenie dla lokalnego planowania: pokazuje, gdzie potrzebna jest współpraca międzysektorowa, informacja, kierowanie do zasobów ponadlokalnych lub wykorzystanie istniejącej infrastruktury do działań profilaktycznych i środowiskowych.

Deklaracje dotyczące osobistego zainteresowania usługami pokazują szeroki charakter oczekiwań. Wśród rozwiązań, z których mieszkańcy relatywnie często chcieliby korzystać, diagnoza wymienia m.in. miejsce aktywności lokalnej, klub lub przestrzeń młodzieżową, diagnostykę i profilaktykę zdrowia dla rodzin, transport dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami, usługę „Złotej Rączki”, warsztaty dla rodziców z dziećmi, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz klub sąsiedzki.

Wyniki te wzmacniają wniosek, że lokalny system usług powinien obejmować nie tylko pomoc interwencyjną. Potrzebne są również działania powszechne, profilaktyczne i integracyjne, dzięki którym mieszkańiec może otrzymać wsparcie wcześniej, zanim problem doprowadzi do utraty samodzielności, przeciążenia rodziny lub konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.

5.3. Potrzeby pięciu grup priorytetowych

Rodziny z dziećmi, w tym z dziećmi z niepełnosprawnościami

Najważniejsze potrzeby dotyczą wczesnego wsparcia rodziny, dostępności poradnictwa psychologicznego i rodzinnego, działań profilaktycznych oraz sprawnej współpracy instytucji pracujących z dzieckiem. W rodzinach z dziećmi z niepełnosprawnościami dodatkowego znaczenia nabierają usługi odciążeniowe, asystenckie, specjalistyczne i transportowe.

W tej grupie kluczowe jest zachowanie ciągłości pomiędzy wsparciem wychowawczym, edukacyjnym, psychologicznym i socjalnym. Działania powinny być uruchamiane możliwie wcześnie, a rodzina powinna mieć czytelną informację, gdzie uzyskać pomoc bez konieczności samodzielnego poruszania się pomiędzy wieloma instytucjami. W przypadku rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami szczególnego znaczenia nabiera także odciążenie opiekunów i dostęp do specjalistycznych form wsparcia.

Dla tej grupy szczególnie istotne jest łączenie działań profilaktycznych z możliwością szybkiego uzyskania pomocy specjalistycznej. Wsparcie powinno być dostępne zanim problem zacznie wpływać na bezpieczeństwo dziecka, funkcjonowanie rodziny lub trwałość opieki sprawowanej w domu.

W odniesieniu do młodzieży diagnoza jakościowa wskazuje dodatkowo na potrzebę dostępnych miejsc spotkań, w których uczestnictwo nie jest uzależnione od zapisania się na konkretne, zorganizowane zajęcia. W części programowej kierunek ten należy traktować jako



działanie profilaktyczne i środowiskowe, powiązane z aktywnością młodzieży, animacją lokalną oraz możliwością wczesnego kierowania do wsparcia psychologicznego lub rodzinnego.

Osoby z niepełnosprawnościami i ich opiekunowie

Priorytetem jest samodzielność, możliwość uczestnictwa w życiu społecznym i pozostawanie w środowisku lokalnym. Potrzebne są usługi asystenckie, wytchnieniowe, dostęp do sprzętu i informacji, a także wsparcie rodzin i opiekunów, które ogranicza długotrwałe przeciążenie opieką.

Potrzeby tej grupy wykraczają poza samą pomoc opiekuńczą. Istotne są usługi asystenckie, wytchnieniowe, transportowe, dostępność informacji, sprzętu i przestrzeni, a także możliwość uczestnictwa w życiu społecznym. Z perspektywy deinstytucjonalizacji wsparcie opiekuna faktycznego jest elementem ochrony samodzielności całej rodziny i może ograniczać ryzyko konieczności korzystania z opieki całodobowej.

W planowaniu należy unikać traktowania osób z niepełnosprawnościami jako jednorodnej grupy. Zakres i intensywność wsparcia powinny wynikać z indywidualnego funkcjonowania, sytuacji rodzinnej, możliwości opiekuna, warunków mieszkaniowych i dostępności otoczenia.

Osoby starsze i wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Największe znaczenie mają usługi opiekuńcze i specjalistyczne, teleopieka, pomoc w codziennych czynnościach, transport oraz działania przeciwdziałające samotności. Ważne jest rozwijanie wsparcia stopniowo - od profilaktyki i drobnej pomocy do bardziej intensywnych usług domowych, zgodnie ze zmianą potrzeb.

Priorytetem jest możliwie długie pozostawanie osoby starszej we własnym domu, przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa i kontaktu społecznego. Oznacza to łączenie usług opiekuńczych z teleopieką, rozwiązaniami transportowymi, drobną pomocą w miejscu zamieszkania i aktywnością przeciwdziałającą samotności. Intensywność pomocy powinna zmieniać się wraz ze stanem funkcjonalnym osoby.

Wraz ze starzeniem się mieszkańców szczególnie ważne będzie monitorowanie nie tylko liczby osób korzystających z usług, ale również liczby godzin wsparcia, zgłoszeń niezaspokojonych i czasu oczekiwania. Pozwoli to odróżnić formalną dostępność usługi od jej rzeczywistej dostępności.

Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego

Potrzebny jest szybki dostęp do informacji i specjalistycznej pomocy, wsparcie rodziny, możliwość wczesnej interwencji i ciągłość współpracy po kontakcie z systemem ochrony zdrowia. Barierą może być rozproszenie dostępnych form pomocy i konieczność korzystania z usług poza gminą.

W tym obszarze szczególne znaczenie ma czas reakcji. Lokalny system powinien ułatwiać szybkie rozpoznanie kryzysu, dostęp do informacji i pierwszego wsparcia oraz dalsze kierowanie do właściwych świadczeń specjalistycznych. Ważne jest także wspieranie rodziny i otoczenia osoby oraz ograniczanie sytuacji, w których brak koordynacji prowadzi do przerwania pomocy.



W tym obszarze ważna jest ciągłość pomiędzy interwencją medyczną a funkcjonowaniem w środowisku. Po zakończeniu intensywnego leczenia lub interwencji mieszkaniec może nadal potrzebować pracy socjalnej, wsparcia rodziny, aktywizacji lub pomocy w powrocie do codziennych ról.

Osoby w kryzysie bezdomności lub zagrożone bezdomnością

Priorytetem jest zapobieganie utracie miejsca zamieszkania, wczesna praca socjalna, pomoc w sytuacji kryzysowej oraz dostęp do właściwej formy schronienia i wsparcia specjalistycznego. Działania powinny obejmować także proces wychodzenia z bezdomności i odzyskiwania samodzielności.

W logice deinstytucjonalizacji działania powinny rozpoczynać się możliwie przed utratą miejsca zamieszkania. Wczesna praca socjalna, pomoc w uporządkowaniu sytuacji formalnej i finansowej, współpraca mieszkaniowa oraz kierowanie do odpowiednich form pomocy mogą ograniczać skalę kryzysu. W przypadku osób już doświadczających bezdomności konieczne jest łączenie interwencji z działaniami prowadzącymi do stabilizacji sytuacji społecznej i mieszkaniowej.

Działania powinny być podejmowane możliwie wcześniej także wobec osób, które nie spełniają jeszcze formalnych przesłanek bezdomności, ale ich sytuacja wskazuje na rosnące ryzyko utraty mieszkania. W tym sensie profilaktyka bezdomności jest częścią polityki deinstytucjonalizacji i ochrony samodzielności mieszkańca.

5.4. Wnioski z diagnozy dla procesu deinstytucjonalizacji

1. Najbardziej uzasadniony jest rozwój usług domowych, środowiskowych i mobilnych, ponieważ odpowiada on zarówno na potrzeby mieszkańców, jak i na rozproszony charakter gminy.
2. Usługi powinny być łączone w indywidualne ścieżki wsparcia - pojedyncza usługa często nie odpowiada na wielowymiarową sytuację mieszkańca lub rodziny.
3. Konieczne jest wzmacnianie opiekunów faktycznych, ponieważ ich przeciążenie zwiększa ryzyko konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.
4. Dostępność informacji i koordynacja są usługą systemową: mieszkaniec powinien wiedzieć, gdzie się zgłosić i kto pomoże mu przejść przez kolejne etapy wsparcia.
5. Rozwój usług musi być powiązany z dostępnością kadr, transportem i trwałością finansowania, a nie wyłącznie z czasową dostępnością konkursów.
6. Monitoring powinien wykorzystywać dane ilościowe i jakościowe, w tym informacje o niezaspokojonych potrzebach oraz opinie mieszkańców.

Wyniki diagnozy wskazują również, że rozwój usług powinien następować w sposób skoordynowany. Uruchomienie pojedynczej usługi nie rozwiązuje problemu, jeżeli równocześnie pozostają bariery informacyjne, transportowe lub kadrowe. Z tego powodu część programowa LPDI łączy działania skierowane bezpośrednio do mieszkańców z działaniami systemowymi dotyczącymi informacji, partnerstwa, kadr i monitoringu.



Za szczególnie istotne kryterium oceny działań należy uznać ich zdolność do zapobiegania pogłębianiu się niesamodzielności oraz kryzysów rodzinnych i społecznych. W praktyce oznacza to, że sukcesem jest nie tylko objęcie mieszkańca usługą, ale także poprawa bezpieczeństwa, utrzymanie funkcjonowania w domu, odciążenie opiekuna lub skrócenie drogi do właściwej pomocy.

5.5. Przykładowe ścieżki wsparcia mieszkańca

Scenariusze mają charakter przykładowy i pokazują sposób łączenia usług. Nie zastępują indywidualnej oceny sytuacji ani procedur wynikających z przepisów prawa.

Ścieżka wsparcia powinna zaczynać się od możliwie prostego kontaktu i rozpoznania sytuacji. Następnie mieszkaniec powinien otrzymać informację o dostępnych rozwiązaniach, pomoc w przejściu do właściwej usługi oraz - gdy korzysta z kilku form wsparcia - możliwie spójne ustalenie ich kolejności i zakresu. Nie każda sytuacja wymaga formalnego planu indywidualnego, ale każda powinna być prowadzona w sposób ograniczający zbędne powtarzanie tych samych informacji i odsyłanie pomiędzy instytucjami.

Przykładowo osoba starsza mieszkająca samotnie może rozpocząć od kontaktu z pracownikiem socjalnym, następnie zostać objęta teleopieką i drobną pomocą, a wraz ze wzrostem potrzeb - usługami opiekuńczymi. Rodzina opiekująca się osobą z niepełnosprawnością może potrzebować równocześnie informacji, asystencji i opieki wychowawczej. W obu przypadkach celem jest utrzymanie funkcjonowania w środowisku przy możliwie małym obciążeniu mieszkańca koniecznością samodzielnego koordynowania systemu.

OSOBA STARSZA MIESZKAJĄCA SAMOTNIE

Rozpoznanie potrzeb → praca socjalna → usługi opiekuńcze + teleopieka → pomoc transportowa / drobne wsparcie w domu → działania przeciwdziałające samotności → okresowa ocena sytuacji.

EFEKT: możliwie długie pozostawanie we własnym domu.

OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I OPIEKUN

Indywidualna ocena → usługi asystenckie + opieka wychowawcza + sprzęt / dostępność → poradnictwo dla opiekuna → koordynacja usług.

EFEKT: większa samodzielność osoby i mniejsze przeciążenie opiekuna.

RODZINA PRZEŻYWAJĄCA TRUDNOŚCI

Rozpoznanie sytuacji → asystent rodziny + praca socjalna → poradnictwo psychologiczne / specjalistyczne → współpraca szkoły, OPS/CUS i innych służb → monitoring efektów.
EFEKT: stabilizacja sytuacji i utrzymanie dziecka w bezpiecznym środowisku rodzinnym.

WNIOSKI I ZAŁOŻENIA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Część diagnostyczna prowadzi do jednego spójnego kierunku: rozwijać system usług, który reaguje wcześniej, dociera bliżej i pozwala mieszkańcowi zachować możliwie dużą samodzielność.



6.1. Wizja LPDI Gminy Sława 2030

WIZJA 2030

Gmina Sława rozwija lokalny system usług społecznych, w którym mieszkaniec może otrzymać odpowiednie, skoordynowane wsparcie możliwie blisko swojego miejsca zamieszkania. Usługi wspierają samodzielność, bezpieczeństwo, rodzinę i aktywne funkcjonowanie w społeczności lokalnej.

6.2. Cel główny

Zwiększenie dostępności i jakości usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, umożliwiających mieszkańcom Gminy Sława możliwie długie, bezpieczne i samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania.

6.3. Zasady realizacji

- pierwszeństwo wsparcia w społeczności lokalnej przed opieką całodobową, jeżeli odpowiada to potrzebom i bezpieczeństwu osoby;
- indywidualizacja - zakres pomocy wynika z sytuacji mieszkańca, a nie z katalogu dostępnego w jednej instytucji;
- profilaktyka i wczesna interwencja - pomoc uruchamiana zanim trudność prowadzi do utraty samodzielności;
- wsparcie rodziny i opiekunów faktycznych jako warunek trwałości opieki domowej;
- dostępność terytorialna - rozwój form mobilnych, domowych i lokalnych w miejscowościach wiejskich;
- koordynacja i ciągłość - czytelne kierowanie mieszkańca i współpraca między podmiotami;
- partnerstwo z NGO i PES oraz wykorzystywanie istniejącego potencjału społeczności lokalnej;
- monitorowanie efektów, kosztów, barier i niezaspokojonych potrzeb oraz możliwość aktualizacji planu.

6.4. Docelowy model lokalnego systemu

Do 2030 r. Gmina Sława powinna dysponować systemem, w którym podstawowe usługi domowe i środowiskowe są dostępne w sposób możliwie ciągły, a mieszkaniec otrzymuje aktualną informację i wsparcie w dotarciu do właściwej pomocy. Formy mobilne i transportowe powinny zmniejszać różnice pomiędzy miastem a terenami wiejskimi.

System powinien być zdolny do zwiększania lub zmiany intensywności pomocy wraz ze zmianą sytuacji osoby. Dla części mieszkańców wystarczające będą działania profilaktyczne i aktywizujące; inni będą potrzebowali usług opiekuńczych, asystenckich, wytchnieniowych lub specjalistycznych. Jeżeli wsparcie lokalne nie jest wystarczające, rolą systemu jest sprawne skierowanie do pomocy ponadlokalnej i utrzymanie ciągłości kontaktu.



Docelowy model nie oznacza likwidacji usług stacjonarnych ani rezygnacji z pomocy instytucjonalnej w sytuacjach, w których jest ona uzasadniona stanem osoby i jej bezpieczeństwem. Zmiana polega na tym, aby decyzja o intensywnym lub całodobowym wsparciu nie wynikała z braku dostępnej pomocy środowiskowej, lecz z rzeczywistych potrzeb mieszkańca.

Do 2030 r. system powinien być również bardziej przewidywalny dla rodzin i opiekunów. Informacja o tym, gdzie zgłosić potrzebę, jakie są kolejne kroki i kto odpowiada za poszczególne elementy wsparcia, powinna być możliwie prosta i aktualna. Szczególne znaczenie ma to w sytuacjach, w których rodzina znajduje się pod presją czasu lub jest przeciążona długotrwałą opieką.

Jednocześnie rozwój usług powinien wykorzystywać zasadę proporcjonalności. Nie każda potrzeba wymaga tworzenia odrębnej placówki. Część zadań może być skuteczniej realizowana przez usługę mobilną, okresowe dyżury specjalisty, współpracę z organizacją społeczną lub skierowanie do podmiotu ponadlokalnego. O wyborze rozwiązania powinny decydować potrzeby mieszkańców, dostępność, jakość i trwałość, a nie sama forma organizacyjna.

OCZEKIWANY EFEKT

Dłuższa samodzielność i funkcjonowanie mieszkańców w środowisku lokalnym oraz ograniczanie konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.

Docelowy model powinien działać na trzech uzupełniających się poziomach. Pierwszy poziom tworzą działania powszechne i profilaktyczne: informacja, edukacja, aktywność społeczna, wczesne rozpoznawanie trudności i możliwość prostego zgłoszenia potrzeby. Drugi poziom to usługi środowiskowe skierowane do osób i rodzin wymagających regularnego wsparcia - m.in. praca socjalna, asystentura, opieka, teleopieka, poradnictwo, wsparcie wytchnieniowe i działania mobilne. Trzeci poziom obejmuje wsparcie specjalistyczne i intensywne, uruchamiane wtedy, gdy potrzeby nie mogą zostać bezpiecznie zaspokojone na poziomie podstawowym.

Przejście pomiędzy poziomami nie powinno oznaczać konieczności rozpoczęcia całej procedury od początku. Informacje i ustalenia dotyczące potrzeb mieszkańca - z poszanowaniem zasad ochrony danych i kompetencji poszczególnych podmiotów - powinny służyć ciągłości wsparcia. Mieszkaniec powinien otrzymać jasną informację, kto odpowiada za dalszy etap pomocy i w jaki sposób może z niej skorzystać.

Tak rozumiany model nie zakłada likwidacji wszystkich form instytucjonalnych. Zakłada natomiast, że wsparcie całodobowe jest rozwiązaniem stosowanym wtedy, gdy potrzeby osoby nie mogą zostać bezpiecznie zaspokojone w środowisku lokalnym, a równolegle rozwijane są rozwiązania zapobiegające niepotrzebnemu lub przedwczesnemu umieszczaniu mieszkańców w opiece instytucjonalnej.



CZĘŚĆ PROGRAMOWA

Część programowa przekłada ustalenia diagnozy na cele, działania i sposób monitorowania. Konstrukcja zachowuje logikę krajowych wytycznych LPDI oraz Regionalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla województwa lubuskiego: pierwszeństwo mają usługi świadczone w społeczności lokalnej, możliwie blisko miejsca zamieszkania, wspierające samodzielność osoby i rodziny oraz ograniczające konieczność korzystania z opieki instytucjonalnej.

7. CELE I DZIAŁANIA PLANU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Głównym celem LPDI jest zwiększenie dostępności i jakości usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, tak aby mieszkańcy Gminy Sława mogli możliwie długo, bezpiecznie i samodzielnie funkcjonować w swoim miejscu zamieszkania. Działania pogrupowano w sześć obszarów odpowiadających lokalnej diagnozie oraz krajowym i regionalnym kierunkom deinstytucjonalizacji.

7.1. Obszar 1 - DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG SPOŁECZNYCH

Cel szczegółowy 1

Zapewnienie mieszkańcom Gminy Sława dostępu do spójnego, skoordynowanego i możliwie bliskiego miejsca zamieszkania systemu usług społecznych, wspierającego samodzielność i ograniczającego potrzebę opieki instytucjonalnej.

Numer	Działanie
1.1	Przekształcenie Ośrodka Pomocy Społecznej w Centrum Usług Społecznych - zgodnie z decyzjami organów Gminy i obowiązującymi przepisami.
1.2	Utworzenie Punktu Informacji i Koordynacji Usług Społecznych (KIPUS) jako miejsca pierwszego kontaktu i modelu „jednego okienka” dla mieszkańców.
1.3	Prowadzenie i bieżąca aktualizacja katalogu usług społecznych oraz czytelnych ścieżek kierowania do wsparcia.
1.4	Rozwój współpracy międzyinstytucjonalnej oraz partnerstw z NGO, podmiotami ekonomii społecznej, sołectwami i innymi lokalnymi realizatorami.
1.5	Rozwój kompetencji kadr realizujących usługi społeczne oraz przygotowanie organizacyjne do nowych form wsparcia.
1.6	Coroczne monitorowanie dostępności usług, niezaspokojonych potrzeb i barier terytorialnych oraz dostosowywanie skali działań.

Źródła finansowania:

- budżet Gminy Sława
- Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+ - w zakresie właściwych działań
- programy krajowe i resortowe właściwe dla usług społecznych
- inne dostępne źródła finansowania zgodne z przepisami prawa



7.2. Obszar 2 - WSPARCIE RODZIN Z DZIEĆMI, W TYM Z DZIEĆMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Cel szczegółowy 2

Wzmacnianie funkcji opiekuńczo-wychowawczych rodziny, rozwój wczesnego i środowiskowego wsparcia dzieci i młodzieży oraz zwiększenie dostępności pomocy specjalistycznej.

Numer	Działanie
2.1	Kontynuacja pracy asystenta rodziny i pracy socjalnej oraz możliwie wczesne uruchamianie pomocy rodzinom przeżywającym trudności.
2.2	Rozwój środowiskowych form wsparcia dzieci i młodzieży, w tym placówki wsparcia dziennego / pracy podwórkowej oraz działań profilaktycznych w miejscowościach gminy.
2.3	Zwiększanie dostępności poradnictwa psychologicznego, rodzinnego i specjalistycznego dla dzieci, młodzieży i rodziców.
2.4	Rozwój działań wspierających kompetencje rodzicielskie, profilaktykę i bezpieczne formy spędzania czasu wolnego.
2.5	Wsparcie rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami poprzez informację, poradnictwo, kierowanie do usług specjalistycznych i odciążeńowych.
2.6	Wzmacnianie współpracy pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia i innych służb w zakresie wczesnego rozpoznawania potrzeb dziecka i rodziny.
2.7	Rozwój lokalnych miejsc i działań aktywności młodzieży, w szczególności na terenach wiejskich, z wykorzystaniem istniejącej infrastruktury.

Źródła finansowania:

- budżet Gminy Sława
- Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+ - w zakresie właściwych działań
- programy krajowe i resortowe właściwe dla usług społecznych
- inne dostępne źródła finansowania zgodne z przepisami prawa
- środki Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Narkomanii - w zakresie właściwych działań



7.3. Obszar 3 - OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI I ICH OPIEKUNOWIE

Cel szczegółowy 3	
Zwiększanie samodzielności osób z niepełnosprawnościami oraz trwałości wsparcia środowisku poprzez rozwój usług asystenckich, wytchnieniowych, specjalistycznych wspierających opiekunów.	
Numer	Działanie
3.1	Kontynuacja i rozwój usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnością.
3.2	Kontynuacja i rozwój opieki wytchnieniowej, w tym form dziennych i w miarę dostępnych programów - całodobowych.
3.3	Rozwój usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych i usług sąsiedzkich adekwatnie do indywidualnych potrzeb.
3.4	Rozwój dostępnego transportu do usług społecznych, zdrowotnych, rehabilitacyjnych i aktywizujących, w tym rozwiązań „od drzwi do drzwi”.
3.5	Ułatwianie dostępu do rehabilitacji, poradnictwa i innych usług specjalistycznych, również w formach mobilnych, jeżeli pozwalają na to właściwe źródła finansowania.
3.6	Rozwijanie dostępu do sprzętu rehabilitacyjnego i rozwiązań wspierających codzienne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania.
3.7	Poradnictwo, informacja i wsparcie psychologiczne dla opiekunów faktycznych oraz działania ograniczające przeciążenie opieką.
Źródła finansowania:	
• Fundusz Solidarnościowy i programy resortowe właściwe dla asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej • budżet Gminy Sława • PFRON - w zakresie właściwych instrumentów • Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+ • inne dostępne źródła finansowania	



7.4. Obszar 4 - WSPARCIE OSÓB STARSZYCH I OSÓB WYMAGAJĄCYCH POMOCY W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Cel szczegółowy 4

Wydłużanie okresu bezpiecznego i samodzielnego funkcjonowania mieszkańców we własnym domu poprzez rozwój usług opiekuńczych, sąsiedzkich, mobilnych, teleopieki, transportu i działań przeciwdziałających osamotnieniu.

Numer	Działanie
4.1	Kontynuacja i rozwój usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz monitorowanie liczby godzin i niezaspokojonych potrzeb.
4.2	Rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych oraz usług sąsiedzkich zgodnie z potrzebami i możliwościami organizacyjnymi.
4.3	Wykorzystanie programu „Opieka 75+” oraz innych programów wspierających usługi opiekuńcze - w zakresie aktualnych zasad naboru.
4.4	Kontynuacja i rozwój teleopieki / opieki na odległość.
4.5	Rozwój drobnych usług pomocowych w miejscu zamieszkania, w tym usługi typu „Złota Rączka”.
4.6	Rozwój dostępnego transportu dla osób starszych i o ograniczonej mobilności, w tym rozwiązań typu „Taxi Senior” / „od drzwi do drzwi”.
4.7	Rozwój mobilnych usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i innych form wsparcia w miejscu zamieszkania - zgodnie z kompetencjami realizatorów.
4.8	Działania przeciwdziałające samotności i izolacji oraz wspierające aktywność społeczną seniorów w istniejących lokalnych przestrzeniach.

Źródła finansowania:

- budżet Gminy Sława
- budżet państwa i program „Opieka 75+” - w zakresie aktualnych zasad
- Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+
- programy rządowe i regionalne na rzecz osób starszych
- inne dostępne źródła finansowania



7.5. Obszar 5 - OSOBY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Cel szczegółowy 5

Zwiększenie dostępności do wczesnej pomocy, informacji i wsparcia specjalistycznego oraz poprawa ciągłości współpracy pomiędzy pomocą społeczną, ochroną zdrowia, oświatą i rodziną.

Numer	Działanie
5.1	Prowadzenie aktualnej informacji o dostępnych formach pomocy psychologicznej i psychiatrycznej oraz ścieżkach postępowania w sytuacji kryzysowej.
5.2	Zwiększanie dostępności poradnictwa i wsparcia psychologicznego, w szczególności dla osób i rodzin w sytuacji kryzysowej.
5.3	Wczesne rozpoznawanie kryzysu i kierowanie do właściwej pomocy specjalistycznej.
5.4	Wspieranie rodzin i opiekunów osób doświadczających kryzysu psychicznego.
5.5	Rozwój działań profilaktycznych, edukacyjnych i środowiskowych dotyczących zdrowia psychicznego i przeciwdziałania stygmatyzacji.
5.6	Utrzymywanie współpracy z podmiotami ponadlokalnymi w sytuacjach wymagających specjalistycznej diagnozy, leczenia lub wsparcia.

Źródła finansowania:

- budżet Gminy Sława
- środki profilaktyczne i środki GKRPA - w zakresie właściwych działań
- NFZ - w zakresie świadczeń zdrowotnych
- Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+
- programy zdrowotne i społeczne oraz inne dostępne źródła



7.6. Obszar 6 - OSOBY W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI LUB ZAGROŻONE BEZDOMNOŚCIĄ

Cel szczegółowy 6

Zapobieganie utracie miejsca zamieszkania, zapewnienie adekwatnej pomocy w sytuacji kryzysowej oraz wspieranie procesu odzyskiwania stabilności mieszkaniowej i społecznej.

Numer	Działanie
6.1	Wczesne rozpoznawanie zagrożenia utratą miejsca zamieszkania oraz intensywna praca socjalna i poradnictwo.
6.2	Opracowywanie i realizacja indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności - w przypadkach, w których jest to zasadne.
6.3	Zapewnienie dostępu do schronienia i innych właściwych form pomocy w sytuacji bezdomności, także poprzez współpracę ponadlokalną.
6.4	Zapewnienie dostępu do pomocy psychologicznej, terapeutycznej, prawnej i zdrowotnej adekwatnie do sytuacji osoby.
6.5	Aktywizacja społeczna i zawodowa oraz kierowanie do CIS i innych form reintegracji społeczno-zawodowej.
6.6	Wsparcie w stabilizacji sytuacji mieszkaniowej, dochodowej i formalnej oraz w odbudowywaniu samodzielności.

Źródła finansowania:

- budżet Gminy Sława
- dotacje i programy państwowe właściwe dla przeciwdziałania bezdomności i reintegracji
- Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+
- środki partnerów realizujących reintegrację społeczną i zawodową
- inne dostępne źródła finansowania

8. RAMY REALIZACJI I FINANSOWANIA

Realizacja Planu ma charakter etapowy. Uruchamianie nowych usług oraz zwiększanie skali usług istniejących będzie każdorazowo poprzedzane oceną rzeczywistego zapotrzebowania, możliwości kadrowych, kosztów jednostkowych i trwałości finansowania. LPDI nie tworzy automatycznego zobowiązania do uruchomienia każdej wskazanej usługi w jednakowym zakresie; stanowi ramę programową dla rozwoju lokalnego systemu.

Do podstawowych źródeł finansowania należą: budżet Gminy Sława, budżet państwa i dotacje celowe, Fundusz Solidarnościowy, PFRON w zakresie właściwych instrumentów, Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 / EFS+, programy krajowe i regionalne dotyczące usług społecznych, zdrowia i aktywnej integracji, środki profilaktyczne oraz środki partnerów, NGO i podmiotów ekonomii społecznej. W całym okresie realizacji stosuje się aktualne zasady programów i naborów.

W przypadku usług finansowanych czasowo szczególnego znaczenia nabiera planowanie ciągłości. Coroczny monitoring powinien wskazywać usługi, dla których kończy się finansowanie zewnętrzne,



oraz możliwe sposoby kontynuacji, ograniczenia skali lub zastąpienia rozwiązaniem o podobnej funkcji.

9. SYSTEM MONITOROWANIA I OCENY

Monitoring jest elementem zarządzania Planem. Ma pozwalać na bieżące sprawdzanie, czy działania są realizowane, czy usługi są rzeczywiście dostępne dla mieszkańców miasta i terenów wiejskich oraz czy rozwój systemu przekłada się na większą samodzielność, bezpieczeństwo i ciągłość wsparcia.

9.1. Wskaźniki produktu i rezultatu

Wartości wskaźników będą aktualizowane co najmniej raz w roku. Wartość bazową stanowią rzeczywiste dane z 2026 r., a dla usług uruchomionych później - dane z pierwszego roku ich realizacji. Plan nie wprowadza arbitralnych wartości liczbowych tam, gdzie brak wiarygodnej wartości bazowej; wartości docelowe mogą być doprecyzowywane w rocznych planach realizacyjnych i kartach monitorowania na podstawie faktycznego popytu, możliwości kadrowych i źródeł finansowania.

Obszar 1 - DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG SPOŁECZNYCH

Obszar 1 - DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG SPOŁECZNYCH		
Nr	Wskaźnik produktu / rezultatu	Jednostka
1.1	Status przekształcenia OPS w CUS / liczba utworzonych CUS	0/1
1.2	Liczba funkcjonujących punktów / miejsc pierwszego kontaktu w modelu „jednego okienka” (KIPUS)	szt.
1.3	Liczba aktualizacji katalogu usług i ścieżek kierowania	szt./rok
1.4	Liczba aktywnych partnerstw i wspólnych działań międzysektorowych	szt.
1.5	Liczba osób uczestniczących w szkoleniach i działaniach rozwojowych kadr	osoba
1.6	Liczba rocznych informacji z monitoringu LPDI	szt./rok

Obszar 2 - WSPARCIE RODZIN Z DZIEĆMI

Obszar 2 - WSPARCIE RODZIN Z DZIEĆMI		
Nr	Wskaźnik produktu / rezultatu	Jednostka
2.1	Liczba rodzin objętych pracą asystenta rodziny i pracą socjalną	rodzina
2.2	Liczba dzieci i młodzieży korzystających ze środowiskowych form wsparcia / placówki wsparcia dziennego	osoba
2.3	Liczba osób korzystających z poradnictwa psychologicznego, rodzinnego i specjalistycznego	osoba
2.4	Liczba działań profilaktycznych i środowiskowych oraz ich uczestników	działanie / osoba
2.5	Liczba rodzin z dziećmi z niepełnosprawnościami objętych wsparciem informacyjnym, specjalistycznym lub obciążeniowym	rodzina
2.6	Liczba wspólnych działań instytucji pracujących z dzieckiem i rodziną	szt.
2.7	Liczba lokalnych działań / miejsc aktywności młodzieży i liczba uczestników	szt. / osoba

Obszar 3 - OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI I ICH OPIEKUNOWIE

Obszar 3 - OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI I ICH OPIEKUNOWIE		
Nr	Wskaźnik produktu / rezultatu	Jednostka
3.1	Liczba osób objętych usługami asystenckimi oraz liczba zrealizowanych godzin	osoba / godz.
3.2	Liczba osób / rodzin korzystających z opieki wytchnieniowej oraz liczba godzin / dni wsparcia	osoba/ godz./dzień
3.3	Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych, specjalistycznych i sąsiedzkich	osoba



3.4	Liczba osób korzystających z usług transportowych wspierających dostęp do usług	osoba
3.5	Liczba osób korzystających z rehabilitacji / usług specjalistycznych, w tym mobilnych	osoba
3.6	Liczba osób korzystających ze sprzętu rehabilitacyjnego lub rozwiązań wspierających funkcjonowanie w domu	osoba
3.7	Liczba opiekunów faktycznych objętych poradnictwem lub wsparciem	osoba

Obszar 4 - WSPARCIE OSÓB STARSZYCH

Obszar 4 - WSPARCIE OSÓB STARSZYCH		
Nr	Wskaźnik produktu / rezultatu	Jednostka
4.1	Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych oraz liczba zrealizowanych godzin	osoba / godz.
4.2	Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi i usługami sąsiedzkimi	osoba
4.3	Liczba osób objętych usługami wspieranymi w ramach programu „Opieka 75+” - jeżeli program jest realizowany	osoba
4.4	Liczba osób korzystających z teleopieki / opieki na odległość	osoba
4.5	Liczba usług i osób korzystających z drobnej pomocy domowej typu „Złota Rączka”	usługa / osoba
4.6	Liczba osób korzystających z transportu typu „Taxi Senior” / „od drzwi do drzwi”	osoba
4.7	Liczba osób objętych mobilnymi usługami opiekuńczymi / pielęgnacyjnymi / specjalistycznymi	osoba
4.8	Liczba działań przeciwdziałających samotności i liczba uczestników	działanie / osoba

Obszar 5 - OSOBY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Obszar 5 - OSOBY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO		
Nr	Wskaźnik produktu / rezultatu	Jednostka
5.1	Liczba aktualizacji informacji o dostępnych formach pomocy i ścieżkach kierowania	szt./rok
5.2	Liczba osób objętych wsparciem psychologicznym / poradnictwem w sytuacji kryzysowej	osoba
5.3	Liczba osób skierowanych do specjalistycznej pomocy po rozpoznaniu kryzysu	osoba
5.4	Liczba rodzin / opiekunów objętych wsparciem w związku z kryzysem psychicznym bliskiej osoby	osoba / rodzina
5.5	Liczba działań profilaktycznych i edukacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego	szt.
5.6	Liczba przypadków współpracy z podmiotami specjalistycznymi / ponadlokalnymi	szt.

Obszar 6 - OSOBY W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI LUB ZAGROŻONE BEZDOMNOŚCIĄ

Obszar 6 - OSOBY W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI LUB ZAGROŻONE BEZDOMNOŚCIĄ		
Nr	Wskaźnik produktu / rezultatu	Jednostka
6.1	Liczba osób objętych pracą socjalną przed utratą miejsca zamieszkania	osoba
6.2	Liczba opracowanych / realizowanych indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności	szt.
6.3	Liczba osób skierowanych do schronienia lub innych adekwatnych form pomocy	osoba
6.4	Liczba osób korzystających ze wsparcia psychologicznego, terapeutycznego, prawnego lub zdrowotnego	osoba
6.5	Liczba osób skierowanych do CIS lub innych form reintegracji społeczno-zawodowej	osoba
6.6	Liczba osób objętych wsparciem w stabilizacji sytuacji mieszkaniowej i społecznej	osoba



9.2. Monitoring realizacji Planu

Za realizację, monitorowanie oraz okresową aktualizację LPDI odpowiada Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławie, a po ewentualnym przekształceniu - Centrum Usług Społecznych. Monitoring jest prowadzony przy współpracy z Gminą Sława i właściwymi realizatorami poszczególnych działań. Nie powołuje się odrębnego Zespołu ds. LPDI ani odrębnego koordynatora LPDI.

Monitoring będzie prowadzony co najmniej raz w roku. OPS/CUS zbiera dane od realizatorów, analizuje stopień wykonania działań i wartości wskaźników, a także bariery dostępu, liczbę niezaspokojonych zgłoszeń, ciągłość usług finansowanych programowo, dostępność terytorialną, sytuację kadrową i finansową oraz nowe potrzeby mieszkańców. Wyniki są podstawą do rekomendacji na kolejny rok.

9.3. Ewaluacja i aktualizacja

Przewiduje się ocenę śródkresową oraz ocenę końcową. Ewaluacja łączy dane ilościowe ze źródeł administracyjnych z informacjami jakościowymi pochodzącymi od mieszkańców, realizatorów i partnerów. LPDI może być aktualizowany w razie istotnej zmiany potrzeb, przepisów prawa, źródeł finansowania, zmian organizacyjnych albo przyjęcia nowych dokumentów krajowych lub regionalnych, w szczególności kolejnego RPDI województwa lubuskiego.

9.4. Ryzyka i działania korygujące

- Niedobór kadr - rozwój kompetencji, współpraca z podmiotami zewnętrznymi i elastyczna organizacja usług.
- Przerwy w finansowaniu programowym - wcześniejsze planowanie kolejnych naborów, różnicowanie źródeł finansowania i priorytetyzacja usług kluczowych.
- Wzrost potrzeb opiekuńczych - coroczna analiza liczby odbiorców, godzin usług i niezaspokojonych zgłoszeń oraz rozwój form domowych, sąsiedzkich i odciążeniowych.
- Bariery transportowe - rozwój usług mobilnych, wykorzystanie lokalnej infrastruktury i rozwiązań transportowych.
- Niska wiedza mieszkańców o ofercie - aktualny katalog usług, KIPUS / miejsce pierwszego kontaktu oraz informacja cyfrowa i tradycyjna.
- Słaba współpraca między podmiotami - uzgadnianie ścieżek kierowania i bieżąca wymiana informacji w granicach obowiązujących przepisów.

9.5. Komunikacja społeczna i udział mieszkańców

Informacja o usługach powinna być prowadzona w sposób dostępny dla różnych grup mieszkańców - poprzez stronę internetową i BIP, materiały drukowane, OPS/CUS, sołectwa, placówki oświatowe, instytucje kultury oraz partnerów lokalnych. Informacje zwrotne od mieszkańców, w tym zgłoszone bariery i niezaspokojone potrzeby, powinny być wykorzystywane w corocznym monitoringu i aktualizacji działań.



10. PODSUMOWANIE

LPDI Gminy Sława na lata 2026-2030 porządkuje rozwój usług wokół jednej zasady: pomoc ma być uruchamiana możliwie wcześnie, dobierana indywidualnie i świadczona możliwie blisko miejsca życia mieszkańca.

Gmina dysponuje już usługami i zasobami, które tworzą podstawę procesu: pracą socjalną, usługami opiekuńczymi, asystenckimi i wytchnieniowymi, teleopieką, wsparciem rodziny, profilaktyką, poradnictwem oraz siecią instytucji i partnerów lokalnych. Zadaniem Planu jest rozwijanie ich dostępności, stabilności i koordynacji oraz uzupełnianie luk wskazanych w lokalnej diagnozie.

Plan pozostaje zgodny z zasadniczym kierunkiem krajowej Strategii rozwoju usług społecznych i Ogólnopolskich wytycznych oraz z układem obszarów przyjętym w RPDI województwa lubuskiego na lata 2023-2026. Ponieważ dokument regionalny na lata 2027-2030 był w 2026 r. w trakcie przygotowania, przyjęto obowiązek przeglądu zgodności po jego formalnym przyjęciu.

Najważniejszym kryterium sukcesu nie będzie liczba nowych nazw usług, lecz rzeczywista poprawa dostępności: mniej sytuacji, w których mieszkaniec nie otrzymuje pomocy z powodu odległości, braku informacji, przerwy w finansowaniu lub niewystarczającej koordynacji; większa możliwość pozostawania we własnym domu; lepsze wsparcie rodzin i opiekunów; oraz sprawniejsze reagowanie na sytuacje kryzysowe.

LPDI GMINY SŁAWA 2026-2030

POTRZEBA MIESZKAŃCA → WCZESNE ROZPOZNANIE → USŁUGA BLIŻEJ
DOMU → WSPÓŁPRACA I CIĄGŁOŚĆ → SAMODZIELNOŚĆ → OGRANICZENIE
POTRZEBY OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ



ZAŁĄCZNIK 1. Karta rocznego monitorowania LPDI

Karta służy do corocznego, jednolitego dokumentowania postępu realizacji Planu. Może być stosowana dla całego obszaru albo odrębnie dla poszczególnych działań. Wartości bazowe należy uzupełniać na podstawie rzeczywistych danych OPS/CUS, Gminy i partnerów.

Może
Wartości
i partnerów.

Element	Dane / informacja
Rok monitoringu	
Obszar / działanie	
Wskaźnik produktu	wartość bazowa: wartość osiągnięta:
Wskaźnik rezultatu	wartość/opis bazowy: wynik:
Liczba odbiorców	
Koszt poniesiony w roku	
Źródło finansowania	
Niezaspokojone potrzeby / bariery	
Działania korygujące / rekomendacje	
Odpowiedzialny podmiot	

Procedura roczna

1. zebranie danych od realizatorów;
2. porównanie wartości bazowych i osiągniętych;
3. analiza barier, kosztów, dostępności i niezaspokojonych potrzeb;
4. omówienie wyników przez OPS/CUS z udziałem właściwych realizatorów i partnerów - stosownie do zakresu monitorowanych działań;
5. przyjęcie rekomendacji na kolejny rok;
6. w razie potrzeby - aktualizacja działań, harmonogramu, źródeł finansowania lub wskaźników.



WYKAZ GŁÓWNYCH DOKUMENTÓW I ŹRÓDEŁ

- Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035r.), uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. (M.P. 2022 poz. 767).
- Ogólnopolskie wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
- Regionalny Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla województwa lubuskiego na lata 2023-2026, przyjęty uchwałą nr 352/4962/23 Zarządu Województwa Lubuskiego z dnia 29 sierpnia 2023 r.
- Informacje Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Zielonej Górze dotyczące prac nad aktualizacją RPDI na lata 2027-2030 (2026).
- Strategia Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego na lata 2021-2030 oraz Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 - dokumenty programowe właściwe dla obszaru usług społecznych.
- Strategia Rozwoju Gminy Sława na lata 2021-2030.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Sława na lata 2023-2030.
- Gminne programy w obszarze wspierania rodziny, przeciwdziałania przemocy domowej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także współpracy z organizacjami pozarządowymi - w wersjach obowiązujących w okresie realizacji LPDI.
- Diagnoza potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w Gminie Sława w zakresie usług społecznych, Lokalne Badania Społeczne dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Sławie, 2026.
- Raport o stanie Gminy Sława za 2025 r. oraz dane ewidencji ludności Gminy Sława wykorzystane w diagnozie i LPDI.

Ocena zasobów pomocy społecznej dla gminy Sława za 2025 rok, Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławie, Sława 2026.

Raport o stanie Gminy Sława za 2025 rok, Gmina Sława, Sława 2026.

Bank Danych Lokalnych GUS oraz Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą - dane wykorzystane w Diagnozie potrzeb i potencjału społeczności lokalnej Gminy Sława.

UWAGA AKTUALIZACYJNA

W całym okresie 2026-2030 przy realizacji LPDI stosuje się aktualne przepisy prawa oraz aktualne wersje dokumentów programowych i wytycznych. Zmiana dokumentu wyższego rzędu stanowi przesłankę do przeglądu zgodności LPDI.