



Wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami i ich opiekunów

26

**Organizator_ka kompleksowej
opieki w miejscu zamieszkania**

Pakiety wdrożeniowe innowacji społecznych zostały przygotowane w ramach projektu „Innowacje w samorządzie” realizowanego przez Fundację Fundusz Współpracy.



Pakiet wdrożeniowy innowacji **Organizator_ka kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania** został opracowany na podstawie innowacji społecznej stworzonej w ramach inkubatora Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych.



Niniejszy materiał opublikowany jest na licencji CC BY 4.0 (Creative Commons-Uznanie autorstwa-4.0 Międzynarodowe (CC BY 4.0)). Szczegóły licencji znajdziesz pod adresem: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pl>

Projekt realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.



Autorzy innowacji:

Centrum Opieki Domowej s.c.

- Zuzanna Mysłowska
- Beata Mróz
- Bogusław Mróz
- Tomasz Mysłowski

Autorzy pakietu wdrożeniowego:

FUTURI

- Natalia Kacprzyk
- Łukasz Szczęsny
- Ewelina Budzińska-Góra
- Weronika Rochacka Gagliardi
- Katarzyna Trzaska
- Maria Garus

Skład dokumentu:

- Agata Gancarczyk

Spis treści

01 Charakterystyka innowacji	5
<hr/>	
1. Czym jest innowacja i jaki problem rozwiązuje?	6
2. Jakie jednostki mogą wdrażać innowacje?	15
3. Do jakich odbiorców jest kierowana innowacja?	17
4. Na czym polega wyjątkowość tego rozwiązania?	18
5. Co możecie zyskać wdrażając innowację?	19
6. Dlaczego Wasi odbiorcy będą zainteresowani innowacją?	20
02 Instrukcja wdrożenia	21
<hr/>	
1. Na czym będzie polegało wdrożenie?	22
2. Jakich zasobów potrzebujecie do wdrożenia?	23
3. Jak przeprowadzić wdrożenie krok po kroku?	26
4. Na jakie potencjalne ryzyka należy uważać?	36
5. Harmonogram prac	38
6. Ramowy budżet wdrożenia innowacji	40
03 Lista załączników i źródeł	44
<hr/>	
1. Lista załączników	45
2. Źródła	46

01

Charakterystyka innowacji



1. Czym jest innowacja i jaki problem rozwiązuje?

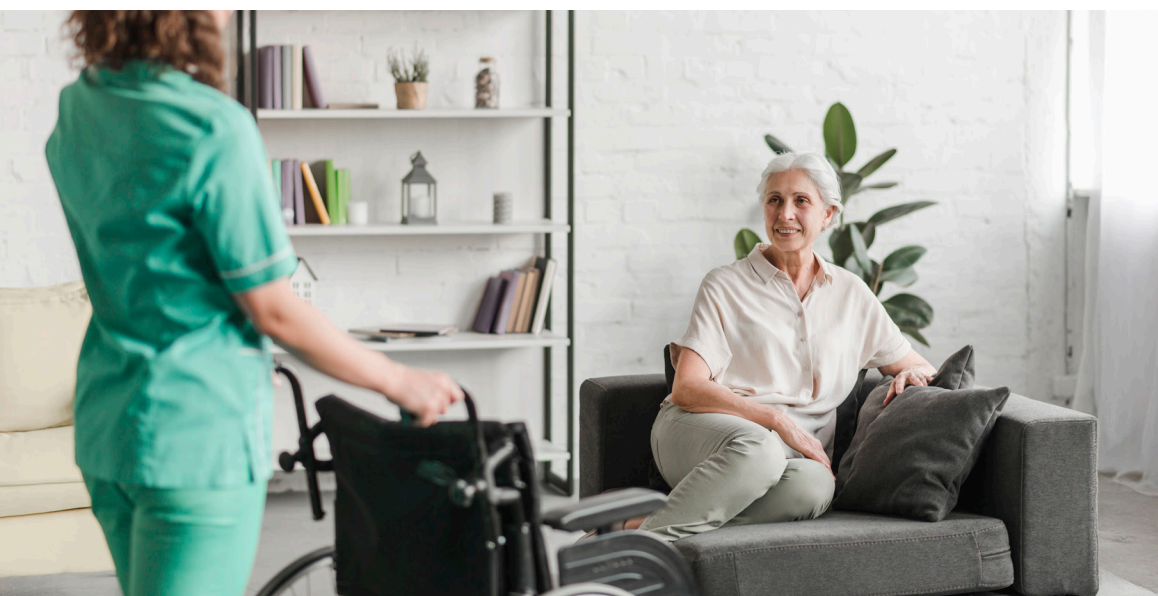
Czym jest rozwiązanie?

„Organizator_ka kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania” to rozwiązanie zapewniające ciągłość wsparcia dla pacjenta ciężko chorego, który po wyjściu ze szpitala trafia pod opiekę nieprzygotowanej do tego zadania rodziny lub opiekunów i oczekuje na dalsze wsparcie systemowe.

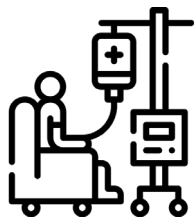
Model zakłada szybką, kompleksową interwencję pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania. Innowacja łączy opiekę zdrowotną i społeczną, zapewniając rodzinie pacjenta dogłębne informacje i wszechstronne wsparcie w organizacji opieki domowej, jednocześnie zapobiegając niepotrzebnym rehospitalizacjom.

Na jaki problem odpowiada?

Innowacja wypełnia lukę między POZ a opieką długoterminową, zapewniając pierwszą wizytę pielęgniarstwa w ciągu 24h od wyjścia pacjenta ze szpitala, co daje mu poczucie bezpieczeństwa oraz pozwala od razu rozpocząć prawidłową opiekę.



Do kogo jest kierowana?



Pacjenci wymagający opieki

którzy uzyskują wypis ze szpitala i potrzebują stałej, spójnej i dostępnej w domu opieki



Rodziny i opiekunowie

którzy potrzebują wsparcia w organizacji i ewentualnym odciążeniu z codziennych obowiązków opiekuńczych

Kto może wdrażać?



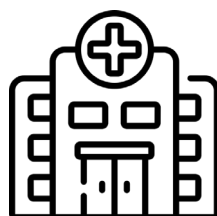
Samorządy

jako organizatorzy lokalnych systemów opieki społecznej oraz podmioty tworzące placówki opieki zdrowotnej



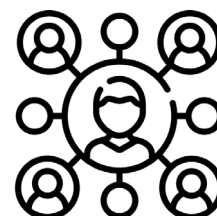
Ośrodki Pomocy Społecznej i Centra Usług Społecznych

jako operatorzy usług opiekuńczych w środowisku



Podmioty lecnicze utworzone przez JST

np. przychodnie, zakłady opiekuńczo-lecznicze, szpitale miejskie, powiatowe czy wojewódzkie



Organizacje pozarządowe

w roli partnerów wspierających wdrożenie i animowanie modelu w społeczności lokalnej

Jakie są najważniejsze funkcje?

- Zapewnienie natychmiastowego wsparcia osobie chorej oraz jej rodzinie lub opiekunom – pierwsza wizyta pielęgniarki/pielęgniarza odbywa się w ciągu 24h od wypisu ze szpitala.
- Możliwość edukacji i profesjonalnego wsparcia rodzin w codziennej opiece nad chorym.
- Wzmocnienie współpracy pomiędzy ochroną zdrowia a pomocą społeczną.
- Wsparcie w miejscu zamieszkania chorego.

Jak działa innowacja?



Pielęgniarki / Pielęgniarze

Pełnią rolę organizatorów opieki, planują działania i wspierają rodzinę pacjenta.



Pacjenci / Pacjentki

Otrzymują spójną, ciągłą opiekę w domu, dopasowaną do swoich potrzeb zdrowotnych i życiowych.



Rodziny i opiekunowie

Zyskują wiedzę, instruktaż i wsparcie emocjonalne. Otrzymują wskazówki, gdzie szukać ewentualnego dodatkowego wsparcia, jeśli zaistnieje taka konieczność.



Ośrodki Pomocy Społecznej i Centra Usług Społecznych

Włączają swoje usługi (opiekuńcze, socjalne) tekst powinien dochodzić do marginesu, jak wyżej.



Jednostki Samorządu Terytorialnego

Nadzorują i finansują model, tworzą ramy organizacyjne i dbają o spójność systemu lokalnych usług.

Jak wygląda usługa krok po kroku?

Zgłoszenie potrzeby

Pacjent lub rodzina zgłaszają się do koordynatora opieki: zespołu pielęgniarskiego (może to być jedna wyznaczona osoba pełniąca rolę Liderki) lub punktu kontaktowego w instytucji realizującej usługę. W trakcie rozmowy weryfikowane jest dopasowanie usług do potrzeb pacjenta.

Pierwsza wizyta i ocena sytuacji

Pierwsza wizyta pielęgniarki-organizatorki opieki odbywa się w ciągu 24h od wypisu ze szpitala (wizyta trwa średnio 3,5 godz.). Pielęgniarka rozpoznaje stan zdrowia pacjenta i warunki domowe, przeprowadza wywiad pogłębiony.

- **Opracowanie planu opieki** — wspólnie z pacjentem i rodziną ustala zakres wsparcia (medyczny, opiekuńczy, edukacyjny), przekazuje materiały informacyjne oraz kontakty do odpowiednich organizacji pomocowych.
- **Edukacja rodziny** — pielęgniarka przekazuje wiedzę i instruktaż dotyczący opieki domowej – przeprowadza: trening opiekuńczo-pielęgnacyjny, trening w zakresie wyposażenia oraz trening w zakresie wsparcia rodziny w odniesieniu do konkretnego schorzenia.

Dwie wizyty wspierająco-monitorujące

W programie przewidziane są kolejne dwie wizyty wspierająco-weryfikujące, w trakcie których pielęgniarka weryfikuje skuteczność planu oraz reaguje na zmieniające się potrzeby pacjenta i rodziny. Dobrze, by odbyły się w ciągu 2 tygodni od pierwszej wizyty.

Stały kontakt

Pielęgniarka pozostaje w kontakcie telefonicznym z opiekunami osoby chorej i w razie potrzeby udziela konsultacji w zakresie sprawowania opieki lub wskazuje na możliwości dostępu do innych form wsparcia (np. pomocy społecznej).



Pracownica medyczna siedząca na kanapie obok starszej kobiety. Opiekunka robi notatki, a seniorka siedzi spokojnie, rozmawiając z nią. Obok kanapy stoi balkonik, co sugeruje ograniczoną mobilność kobiety. Scena rozgrywa się w jasnym, przytulnym wnętrzu. Atmosfera jest spokojna i wspierająca.

Dlaczego to działa?

- Łączy w jednym modelu usługi zdrowotne i społeczne, które dotąd były rozdzielone.
- Działa w trybie szybkiej reakcji, pierwsza wizyta w ciągu 24h od wypisu ze szpitala.
- Zapewnia ciągłość opieki w miejscu zamieszkania, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa.
- Angażuje rodzinę i wzmacnia jej kompetencje opiekuńcze (treningi, broszury).
- Opiera się na zestawie standaryzowanych narzędzi (kwestionariusze, karty pacjenta, dziennik wizyt), które gwarantują powtarzalność i możliwość monitoringu.
- Wspiera zespół pielęgniarski poprzez system szkoleń i supervizji, co zapewnia stabilną jakość świadczeń.
- Zmniejsza koszty systemowe poprzez ograniczenie hospitalizacji.
- Daje JST praktyczne narzędzie do realizacji lokalnych polityk senioralnych i zdrowotnych.

Jak wygląda przykładowy program?

Charakter innowacji „Organizator_ka kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania” powoduje, że JST mają dużą swobodę planowania usługi i dostosowania jej zakresu do realnych potrzeb mieszkańców i zasobów samorządu.

Przedstawiony poniżej zestaw działań jest zatem jedynie przykładowym programem, który pokazuje, jak w praktyce można organizować usługę.

Zakładając, że w ramach usługi zatrudnione zostaną 2 osoby do zespołu pielęgniarstwa, każda w wymiarze 40 godzin w miesiącu, a czas realizowania usługi wynosi 8 miesięcy, w programie można zrealizować usługę dla 64 pacjentów i ich rodzin.

Łączny czas obsługi jednego pacjenta szacowany jest na około 10 godzin: pierwsza wizyta 3,5 godziny, 2 wizyty po 2 godziny oraz czas na konsultacje telefoniczne, sporządzenie dokumentacji i transport na miejsce.

Grantobiorca może samodzielnie decydować o tym jaki zakres usługi wdroży, wówczas należy pamiętać, żeby dostosować kalkulację do planu wdrożenia.

Główne elementy programu:



Zgłoszenie potrzeby

Mieszkańcy mogą zgłaszać potrzebę opieki poprzez szpital, przychodnię, OPS lub specjalną infolinię prowadzoną przez JST. Dzięki temu ścieżka wejścia do programu jest prosta i dostępna także dla osób starszych i rodzin, które często nie wiedzą, do kogo się zwrócić.



Ocena potrzeb

Pielęgniarka-organizatorka odwiedza pacjenta w domu w ciągu 24h od wypisu ze szpitala, diagnozuje jego stan zdrowia, sprawdza warunki bytowe oraz poziom zaangażowania rodziny, przeprowadza pogłębiony wywiad. Na tej podstawie przygotowuje propozycję działań obejmujących zarówno opiekę medyczną, jak i wsparcie społeczne.



Plan opieki

Powstaje indywidualny plan wsparcia, który obejmuje działania pielęgniarskie, pomoc społeczną oraz edukację rodziny. Plan jest elastyczny i może być modyfikowany w zależności od zmieniających się potrzeb chorego.



Stały kontakt

Pacjent i rodzina mają możliwość bezpośredniego kontaktu z organizatorką opieki telefonicznie lub stacjonarnie - w ustalonych godzinach dyżuru. To zwiększa poczucie bezpieczeństwa i daje szybki dostęp do informacji w sytuacjach kryzysowych.



Monitorowanie stanu pacjenta

Już w trakcie pierwszej wizyty pielęgniarka informuje, że w programie przewidziane są dwie wizyty weryfikująco-wspierające. Celem wizyt jest sprawdzenie wstępnej diagnozy oraz ocena, czy dotychczasowe zalecenia są możliwe do realizacji i nie wymagają zmian. Podczas wizyt weryfikowane jest także, czy rodzinie nie jest potrzebne dodatkowe wsparcie, które mogło nie zostać ujawnione w trakcie wcześniejszego wywiadu.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Rozszerz zakres działań edukacyjnych – jeśli masz takie możliwości, zarówno kadrowe, jak i finansowe, możesz rozszerzyć usługę o wsparcie edukacyjne dla rodzin i opiekunów, takie jak:

- warsztaty pierwszej pomocy,
- szkolenia dotyczące potrzeb i opieki nad pacjentami z różnymi schorzeniami,
- wsparcie psychologiczne.

2. Jakie jednostki mogą wdrażać innowacje?

W ramach grantów innowacje mogą być wdrażane przez Jednostki Samorządu Terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne. Jednak innowacje mogą być także wdrażane poza grantem w ramach własnych zasobów. W takim przypadku nie ma ograniczeń i istnieje możliwość samodzielnego wykorzystania dostępnych materiałów. Dodatkowo wyłoniono także możliwych partnerów lokalnych, którzy mogą stanowić istotne wsparcie podczas wdrażania innowacji.

Jednostki Samorządu Terytorialnego i jednostki organizacyjne JST

1. Ośrodki Pomocy Społecznej

Potrzebują narzędzi do lepszej koordynacji usług opiekuńczych w środowisku lokalnym i odciążenia pracowników socjalnych.

2. Centra Usług Społecznych

Potrzebują modelu integrującego usługi zdrowotne i społeczne w ramach jednego systemu wsparcia dla mieszkańców.

3. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie

Potrzebują rozwiązań wspierających osoby chore i ich rodziny, ułatwiających dostęp do usług specjalistycznych.

4. Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej, np. przychodnie, Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze

Potrzebują współpracy z zespołem organizatorów i organizatorek opieki, aby zapewnić pacjentom ciągłość opieki po wyjściu ze szpitala.

5. Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej

Potrzebują modeli możliwych do skalowania i wdrażania w ramach programów regionalnych (np. polityki senioralnej).

Potencjalni partnerzy lokalni

- 1. Organizacje pozarządowe i stowarzyszenia pacjenckie**
Wspierają osoby ciężko, przewlekle chore i ich rodziny, zapewniając wsparcie informacyjne, emocjonalne i rzecznicze.
- 2. Hospicja domowe i fundacje opiekuńcze**
Oferują specjalistyczną opiekę paliatywną i rehabilitacyjną, mogą współpracować w ramach kompleksowego planu opieki.
- 3. Parafie i organizacje wyznaniowe**
Często prowadzą wolontariat opiekuńczy i wspierają osoby samotne w środowisku lokalnym.
- 4. Uniwersytety Trzeciego Wieku i kluby seniora**
Zapewniają przestrzeń do edukacji, integracji i profilaktyki zdrowotnej dla seniorów.
- 5. Lokalne przedsiębiorstwa (np. apteki, firmy medyczne)**
Mogą wspierać program poprzez sponsoring, dostawy leków, sprzętu czy materiałów medycznych.
- 6. Grupy wolontariackie i sąsiedzkie**
Wzmacniają codzienną sieć wsparcia dla pacjentów i odciążają rodziny w drobnych zadaniach.

3. Do jakich odbiorców jest kierowana innowacja?

Jednym z istotniejszych zadań podczas wdrażania innowacji jest precyzyjne określenie grupy odbiorców. Pozwala to na lepsze zarządzanie wdrożeniem i realizacją zadań, a także bardziej precyzyjne działania komunikacyjne i rekrutacyjne.



Pacjenci ciężko chorzy i wymagający opieki

- Wymagają stałej, spójnej opieki zdrowotnej i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- Są zależni od wsparcia innych osób, rodziny, sąsiadów lub obcych osób.
- Często doświadczają poczucia osamotnienia i dezorientacji w systemie opieki.



Rodziny i nieformalni opiekunowie

- Są przeciążeni obowiązkami opiekuńczymi, łącząc je często z pracą zawodową.
- Potrzebują wiedzy, instruktażu w zakresie zasad prawidłowej opieki i pielęgnacji chorej osoby.
- Potrzebują odciążenia emocjonalnego oraz informacji o możliwych dodatkowych formach wsparcia (rzeczowego, usługowego).

4. Na czym polega wyjątkowość tego rozwiązania?

Warto mieć świadomość, na czym polega wyjątkowość tego rozwiązania, i dbać o to, aby te aspekty nie umknęły w gąszczu zadań i terminów.

**Połączenie
usługi społecznej
i zdrowotnej**

Pielęgniarka pełni funkcję organizatorki opieki, integrując działania zdrowotne i społeczne.

**Ciągłość opieki
domowej**

Pacjent otrzymuje wsparcie w swoim miejscu zamieszkania, a nie tylko w placówkach.

**Szybka
reakcja**

Pierwsza wizyta pielęgniarki w ciągu 24h od wypisu ze szpitala wypełnia lukę w obecnym systemie.

**Włączenie
rodziny**

Bliscy są częścią procesu, otrzymują wiedzę i odciążenie w codziennej opiece.

Standaryzacja

Usługa opiera się na ustandaryzowanym zestawie narzędzi (formularze, karty pacjenta, dziennik wizyt), co zapewnia powtarzalność i możliwość skalowania.

**Supervizja
i szkolenia**

Zespół pielęgniarski mają wsparcie merytoryczne i psychologiczne, co zwiększa jakość i trwałość modelu.

**Odciążenie
systemu ochrony
zdrowia**

Zmniejsza liczbę hospitalizacji i interwencji kryzysowych.

**Narzędzie
dla JST**

Wspiera realizację lokalnej polityki zdrowotnej, społecznej i senioralnej.

5. Co możecie zyskać wdrażając innowację?

Wdrożona innowacja może służyć rozwiązaniu konkretnego problemu danego samorządu, ale także wpisywać się w szereg innych zadań i celów. Poniżej znajdują się korzyści dla samorządów wdrażających.

Skuteczniejsze wsparcie mieszkańców

Gmina zyskuje narzędzie do realnego wspierania osób ciężko i lub przewlekle chorych i ich rodzin w miejscu zamieszkania. Trendy demograficzne wskazują, że udział tej grupy osób w społecznościach będzie coraz większy.

Optymalizacja kosztów systemowych

Zmniejszenie liczby hospitalizacji i interwencji kryzysowych przekłada się na oszczędności w lokalnym systemie ochrony zdrowia.

Budowanie spójnej polityki społeczno-zdrowotnej

Innowacja integruje działania zdrowotne i socjalne, co ułatwia prowadzenie kompleksowych programów lokalnych.

Wzrost zaufania mieszkańców do samorządu

Widoczna, namacalna pomoc poprawia wizerunek JST jako instytucji bliskiej mieszkańcom.

6. Dlaczego Wasi odbiorcy będą zainteresowani innowacją?

Podczas rekrutacji odbiorców do projektu ważne jest, aby mówić do nich językiem ich korzyści. Dzięki temu będą w stanie zrozumieć, czego mogą się spodziewać po uczestnictwie, i zobaczyć, jak wpłynie to na ich życie.

Poniżej znajdziesz główne korzyści, które możesz przywołać, pozyskując różne grupy odbiorców dla wdrażanej innowacji.



Pacjenci ciężko chorzy i wymagający opieki

- Uzyskanie poczucie bezpieczeństwa, bo ktoś stale monitoruje ich sytuację i reaguje na zmieniające się potrzeby.
- Zapewnienie ciągłości opieki w domu, co ogranicza konieczność częstych hospitalizacji i wizyt w placówkach medycznych.
- Funkcjonowanie w znanym otoczeniu, co podnosi jakość życia i zmniejsza stres związany z chorobą.
- Otrzymanie indywidualnego planu opieki dopasowanego do ich realnych potrzeb, a nie wyłącznie na ogólnych procedurach.
- Większy komfort codziennego życia dzięki dostępowi do wiedzy, wsparcia i lepszej organizacji opieki.



Rodziny i nieformalni opiekunowie

- Poczucie odciążenia, bo pielęgniarka-organizatorka dokładnie wyjaśnia, na czym będzie polegać opieka nad osobą bliską, oraz wskazuje miejsca, w których rodziny mogą szukać dodatkowego wsparcia.
- Uzyskanie wiedzy i praktycznych umiejętności, które pozwalają lepiej radzić sobie z codziennymi wyzwaniami opiekuńczymi.
- Fachowe wsparcie i jasna ścieżka dostępu do usług, co zmniejsza poczucie osamotnienia i zagubienia w systemie.
- Mniejszy stres, bo koordynacja opieki przez pielęgniarkę-organizatorkę redukuje napięcie emocjonalne związane z chorobą bliskiej osoby.

02

Instrukcja wdrożenia



1. Na czym będzie polegało wdrożenie?

Innowacja została podzielona na 5 etapów. Dodatkowo wyłonione zostały działania, które powinny zostać zrealizowane w trakcie realizacji grantu (etapy 1 i 2). Etapy 3 i 4 pozwalają rozwijać innowację, jednak nie są wymagane do rozliczenia grantu.

Przed napisaniem wniosku o grant

0

Rozpoznanie (2-4 miesiące)

Zmapowanie istniejących usługi wsparcia (POZ, OPS, CUS, PCPR, hospicja, NGO) oraz zasobów ludzkich i technicznych. Opracowanie pakietu wdrożeniowego zapewniającego szybką realizację programu po uzyskaniu grantu.

Realizacja grantu

01

Przygotowanie (3 miesiące)

Zbudowanie zespołu pielęgniarskiego. Opracowanie procedur. Przygotowanie materiałów, zaplecza organizacyjnego oraz procesu rekrutacji.

02

Uruchomienie (3-9 miesięcy)

Uruchomienie kompleksowej opieki. Otwarcie punktu informacyjnego. Wdrożenie procedur. Szkolenie zespołu. Zapewnienie jakości usługi.

Rozwój rozwiązania po rozliczeniu grantu

03

Monitoring (2-3 miesiące)

Ocena skuteczności i satysfakcji. Przygotowanie raportu z rekomendacjami i kierunkami rozwoju.

04

Skalowanie (6-12 miesięcy)

Rozszerzenie na nowe obszary i pacjentów. Zwiększenie zespołu, rozwój szkoleń i partnerstw oraz instytucjonalizacja modelu.

2. Jakich zasobów potrzebujecie do wdrożenia?

Do wdrożenia będziesz potrzebować różnego rodzaju zasobów, które zostały podzielone na kilka kategorii.

Zasoby infrastruktury i sprzętu obejmują niezbędne urządzenia, narzędzia, technologie oraz wyposażenie przestrzeni, które umożliwiają realizację projektu.

Zasoby ludzkie porządkują, jakie role są potrzebne do przeprowadzenia rozwiązania, i prawdopodobnie będą wymagały stworzenia nowych stanowisk pracy.

Zasoby organizacyjne wyznaczają listę działań, o które należy zadbać w ramach własnej organizacji.

Zasoby informacyjne porządkują, o jakiego rodzaju informacje warto zadbać podczas realizacji innowacji.

Zasoby lokalowe / infrastrukturalne



- **punkt informacyjny/biuro programu** (np. w OPS/CUS, przychodni lub budynku JST) — miejsce kontaktu dla mieszkańców i zaplecze pracy zespołu pielęgniarskiego
- **pomieszczenie do przechowywania** — dokumentacji, materiałów edukacyjnych oraz sprzętu medycznego
- **przestrzeń do spotkań** — dla zespołu pielęgniarskiego i superwizji

Zasoby ludzkie



- **zespół pielęgniarski** (min. 2-3 osoby na początek) — osoby realizujące wizyty u pacjentów/rodzin
- **lider_ka zespołu pielęgniarskiego** — wyznaczona osoba

więcej na następnej stronie ↓

z zespołu, która dodatkowo czuwa nad harmonogramem wizyt, prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej i współpracą z rodzinami

- **asystent_ka zespołu pielęgniarstwa** — osoba stanowiąca pierwszy kontakt dla pacjentów i rodzin (przyjmowanie zgłoszeń, obsługa punktu informacyjnego), wsparcie w obiegu dokumentacji i sprawach organizacyjnych (np. transport), odciążenie zespołu pielęgniarstwa w zadaniach nie związanych z opieką, współpraca z partnerami
- **wsparcie OPS/CUS** — pracownicy socjalni kierujący rodziny do programu
- **partnerzy medyczni** (POZ, szpitale, hospicja) — informujący o programie i przekazujący pacjentów

Zasoby organizacyjne



- **koordynacja projektu** — zarządzanie całością wdrożenia i komunikacją z partnerami
- **komunikacja i informacja** — prowadzenie działań promocyjnych online i offline
- **obsługa księgową** — rozliczenie
- **obsługa prawna** — zadbanie o wymogi formalne, zwłaszcza w zakresie RODO i zarządzania dokumentacją
- **wsparcie IT** — administrowanie stroną www dla pacjentów i ich rodzin
- **porozumienia** — z JST, OPS/CUS, POZ, szpitalami, hospicjami i NGO
- **regulamin i wzory** — regulaminy świadczenia usługi oraz wzory porozumień z rodzinami
- **procedury administracyjne** — zgłaszanie pacjentów,

Zasoby informacyjne



- narzędzia standaryzujące opiekę: kwestionariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego (KIWP), karta przekazania pacjenta (KPP), karta wsparcia pacjenta (KWP), dziennik wizyt
- broszury i instrukcje dla rodzin/opiekunów

- materiały szkoleniowe dla pielęgniarek
- system elektroniczny (lub papierowy) przekazywania informacji zgodny z RODO
- prosta strona www lub podstrona na już istniejącej stronie www informująca o możliwości skorzystania z usługi oraz z danymi do kontaktu
- materiały informacyjne dla rodzin i osób zainteresowanych usługą (plakaty, ulotki, profile w social mediach)

3. Jak przeprowadzić wdrożenie krok po kroku?

Poniżej znajduje się szczegółowy opis propozycji działań, które warto zrealizować, aby skutecznie wdrożyć innowację. Niektóre z nich są opcjonalne (na kolorowym tle), a więc takie, które zwiększają jakość innowacji, jednak pominięcie ich nie wpłynie negatywnie na wdrożenie rozwiązania.

Przed napisaniem wniosku o grant

Etap 0 Rozpoznanie

1. Zbierz informacje o skali potrzeb

Przeanalizuj dane o liczbie osób starszych, wymagających opieki i wypisywanych ze szpitali na terenie, gdzie realizujesz projekt. Sprawdź lokalne strategie zdrowotne i społeczne (np. programy senioralne, diagnozy OPS/CUS), które mogą być pomocne w przygotowaniu usługi.

2. Zrób przegląd istniejących form opieki

Zweryfikuj, jakie usługi świadczone są przez lokalne OPS-y, pielęgniarki środowiskowe, hospicja domowe, NGO czy sektor prywatny.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Porozmawiaj z pacjentami i rodzinami, poznaj ich potrzeby i doświadczenia, zwłaszcza te dotyczące pierwszych dni po hospitalizacji. Przeprowadź krótkie wywiady, spotkania czy ankiety.

3. Skonsultuj się z partnerami instytucjonalnymi

Zapytaj o możliwości współpracy w OPS/CUS, przychodniach POZ, szpitalach, porozmawiaj z pielęgniarkami środowiskowymi. Spytaj

więcej na następnej stronie ↓

o ich doświadczenia, dowiedz się, czy widzą jakieś bariery przy realizacji tego typu usługi.

4. Zrób rozeznanie kadrowe

Sprawdź, ile pielęgniarek i opiekunów dostępnych jest lokalnie, jakie mają kwalifikacje, kto mógłby podjąć się pracy przy realizacji usługi.

5. Sprawdź dostępność zasobów technicznych

Zrób rozeznanie wypożyczalni sprzętu (np. łóżka, wózki, środki pomocnicze), hurtowni/dostawców medycznych i dostępnych usług transportowych.

6. Oceń zasoby JST

Sprawdź, czy i jakie pomieszczenia JST, OPS/CUS może przeznaczyć na punkt informacyjny, czy dysponuje środkami transportu, które mogłyby wesprzeć usługę, a także oceń zaplecze administracyjne.

7. Opracuj wstępny pakiet wdrożeniowy

Przygotuj podstawowe dokumenty, które pozwolą szybko uruchomić usługę po otrzymaniu grantu: regulamin świadczenia opieki, wzory porozumień z rodzinami, procedurę zgłoszenia pacjenta i harmonogram wizyt. Dzięki temu będziesz przygotowany do rozpoczęcia świadczenia usługi już od pierwszego dnia po otrzymaniu finansowania.

Realizacja grantu

Etap 01 Przygotowanie

1. Zbuduj zespół

Wybierz odpowiednie osoby, które będą realizować wizyty u pacjentów. Wyznacz osobę na stanowisko lidera zespołu, która będzie odpowiadać za harmonogram wizyt, dokumentację medyczną i kontakt z rodzinami. Zrekrutuj na stanowisko asystentki osobę, która będzie wsparciem dla zespołu pielęgniarskiego oraz będzie pełniła rolę pierwszego kontaktu dla pacjentów i rodzin (przyjmowanie zgłoszeń, wsparcie w zakresie przetwarzania i archiwizacji dokumentacji pacjentów, obsługa punktu informacyjnego).

2. Przeszkol zespół

Zorganizuj szkolenia uzupełniające z zakresu opieki nad pacjentami po hospitalizacji, komunikacji z rodzinami, współpracy międzyinstytucjonalnej oraz ochrony danych osobowych (RODO). Zapewnij system superwizji i spotkań zespołowych.

3. Przygotuj materiały edukacyjne i formularze

Wydrukuj broszury i instrukcje dla pacjentów i opiekunów (pielęgnacja, leki, dieta, dostosowanie mieszkania), formularze wywiadu i karty pacjenta (KPP, KWP), dziennik wizyt.

4. Opracuj procedury organizacyjne i administracyjne

Przygotuj regulamin świadczenia usługi, wzory porozumień z rodzinami, stwórz ścieżkę zgłoszenia pacjenta (ze szpitala, POZ, OPS in.), harmonogram pierwszej wizyty (do 24h od wypisu), zasady prowadzenia dokumentacji i obiegu informacji w zespole.

5. Przygotuj zaplecze lokalowe i logistyczne

Wyznacz punkt/biuro programu (np. w JST, OPS/CUS, przychodni), wyposaż je w sprzęt i materiały niezbędne do pracy zespołu pielęgniarskiego i świadczenia usługi. Zorganizuj odpowiednie miejsce do przechowywania dokumentacji i sprzętu medycznego.

6. Zabezpiecz transport

Ustal dostępne formy przemieszczania się osób z zespołu pielęgniarskiego (samochód służbowy JST/OPS, komunikacja publiczna, zwrot kosztów wykorzystania samochodu prywatnego). Zadbaj o to, aby pojazdy służbowe były wyraźnie oznaczone identyfikacją wizualną projektu, co ułatwi mieszkańcom ich rozpoznanie i zbuduje zaufanie.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Stwórz system identyfikacji wizualnej i zadbaj o spójność wizualną, tak aby projekt był rozpoznawalny wśród mieszkańców oraz pacjentów i rodzin. W ramach tego zadania przygotuj m. in.: jednolite identyfikatory dla zespołu, odpowiedni ubiór dla pielęgniarek i pielęgniarzy, oznaczenia pojazdów, plakaty, ulotki oraz grafiki na social media i stronę www.

7. Podpisz porozumienia z partnerami

Sformalizuj współpracę z OPS/CUS, JST, przychodniami POZ, szpitalami w zakresie przekazywania informacji o pacjentach kwalifikujących się do usługi oraz w zakresie udzielania informacji na temat projektu.

8. Przygotuj proces rekrutacji do usługi

Zaplanuj kampanię informacyjną skierowaną do pacjentów i ich rodzin oraz instytucji przekazujących zgłoszenia mającą na celu rekrutację uczestników. Zadbaj o materiały (ulotki, plakaty, proste grafiki do social mediów), które jasno pokazują, kto i na jakich zasadach może skorzystać z usługi. Rozprowadź je we wszystkich miejscach, gdzie trafiają pacjenci i ich bliscy – przy wypisie ze szpitala, w przychodniach, w OPS/CUS, JST oraz w lokalnych mediach. Utwórz prostą stronę www z formularzem zgłoszenia i kontaktem do punktu informacyjnego.

Realizacja grantu

Etap 02 Uruchomienie

1. Zapewnij szybki start usługi

Rozpocznij rekrutację do projektu oraz zaplanuj pierwsze wizyty w domach pacjentów w ciągu 24h od zgłoszenia po wypisie ze szpitala. Sprawdź w praktyce, czy procedury przygotowane w Etapie 1 działają zgodnie z założeniami.

2. Prowadź wizyty w środowisku domowym

Obejmij pacjenta i rodzinę spersonalizowaną opieką, łącząc działania pielęgnacyjne, edukacyjne i doradcze. Wzmacniaj kompetencje opiekunów pacjenta, aby mogli samodzielnie realizować część zadań.

3. Dokumentuj działania

Stosuj jednolite narzędzia (jw. dziennik wizyt), aby zapewnić spójność danych i możliwość analizy udzielanej pomocy. Proponuj liderowi zespołu pielęgniarstwa poprawki, jeśli któryś formularz lub proces wymaga uproszczenia lub zmiany.

4. Sprawdzaj system wymiany informacji

Upewnij się, że przy zmianie pielęgniarki pacjent ma zapewnioną ciągłość opieki. Sprawdź, czy procedury RODO i zabezpieczenia dokumentacji medycznej działają w praktyce.

5. Utrzymuj kontakt z instytucjami partnerskimi

Zapewnij, aby JST, OPS/CUS, szpitale i POZ udzielały informacji o nowych pacjentach i wskazywały rodziny do udziału w usłudze. Organizuj cykliczne, krótkie spotkania robocze, aby korygować ścieżki kierowania i współpracy.

6. Wspieraj zespół pielęgniarstwa

Prowadź regularne spotkania, omawiaj trudności i sukcesy, zapewnij przestrzeń na wzajemne uczenie się. Oferuj wsparcie psychologiczne, tak by osoby z zespołu mogły pracować w poczuciu bezpieczeństwa i komfortu.

7. Dbaj o zaplecze techniczne i lokalowe

Kontroluj dostępność materiałów medycznych, środków ochronnych czy transportu. Zadbaj o odpowiednie warunki pracy w punkcie informacyjnym/biurze projektu.

8. Komunikuj ofertę projektu

Informuj mieszkańców i rodziny o możliwości skorzystania z usługi. Korzystaj z różnych kanałów dotarcia, również tych instytucjonalnych (np.: OPS, szpitale, POZ, JST), ale także z lokalnych mediów i plakatów. Możesz pojawić się z informacją o projekcie na lokalnym wydarzeniu (np. senioriada, spotkania seniorów i itp.).

9. Zbieraj pierwsze doświadczenia i sygnały zwrotne

Pytaj rodziny i pacjentów, czy oferowane wsparcie odpowiada na ich potrzeby. Na tej podstawie wprowadzaj korekty w procesach, harmonogramach, materiałach czy zakresie wizyt.

10. Analizuj obciążenie zespołu pielęgniarzkiego

Monitoruj liczbę wizyt, czas pracy i trudności, na jakie natrafiają. To pomoże Ci ocenić, czy zespół ma wystarczające zasoby, i jakie dodatkowe wsparcie jest mu potrzebne.

11. Monitoruj jakość opieki

Sprawdzaj, czy wizyty odbywały się zgodnie z procedurami (np. pierwsza wizyta w 24h od wypisu, prowadzenie kart pacjenta, aktualizacja dokumentacji). Weryfikuj, czy narzędzia (KPP, KWP, KIWP, dziennik wizyt) są używane w praktyce.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Rozszerz zakres działań edukacyjnych, jeśli masz takie możliwości, zarówno kadrowe, jak i finansowe, uwzględnij w projekcie elementy wsparcia dla rodzin i opiekunów, takie jak warsztaty pierwszej pomocy, pielęgnacji czy wsparcie psychologiczne.

Rozwój rozwiązania po rozliczeniu grantu

Etap 03 Monitoring działań

1. Podsumuj projekt

Oceń, ilu pacjentów i ile rodzin objęto wsparciem, jak szybko udzielano pomocy (np. odsetek pierwszych wizyt w ciągu 24h), jakie były najczęstsze problemy i jak udało się je rozwiązać.

2. Zbierz opinie uczestników

Przygotuj ankiety, krótkie wywiady lub grupy fokusowe z pacjentami, rodzinami i partnerami instytucjonalnymi (JST, CUS/OPS, POZ, szpitale). Sprawdź, co dla uczestników projektu było największą wartością, a co wymaga poprawy. Takie same rozmowy przeprowadź z zespołem i dowiedz się, co w ich odczuciu sprawdziło się, a co należy usprawnić.

3. Oceń efekty systemowe

Porównaj liczbę rehospitalizacji i koszty hospitalizacji wśród pacjentów objętych projektem z grupą kontrolną (lub danymi lokalnymi sprzed wdrożenia). To pomoże Ci wskazać na realne efekty przedsięwzięcia oszczędności i wartość dodaną.

4. Dokonaj analizy pracy zespołu pielęgniarskiego

Zweryfikuj, czy liczba osób zaangażowanych w projekcie była wystarczająca, jak osoby z zespołu pielęgniarskiego radziły sobie z dokumentacją i komunikacją, a jakie kompetencje wymagają dalszego wzmocnienia.

5. Ustal jasne mierniki, które pozwolą ocenić, czy projekt działa zgodnie z założeniami

Przykładowo:

- liczba pacjentów objętych opieką: ilu chorych i rodzin skorzystało z programu w czasie projektu,
- czas reakcji: odsetek pierwszych wizyt odbytych w ciągu 24 godzin od zgłoszenia,

- poziom satysfakcji: np. >80% pacjentów i rodzin deklaruje, że wsparcie poprawiło ich poczucie bezpieczeństwa i komfortu życia,
- zmniejszenie rehospitalizacji: liczba pacjentów, którzy uniknęli ponownego przyjęcia do szpitala dzięki właściwej opiece w domu,
- liczba partnerów instytucjonalnych: np. OPS, POZ, szpitale aktywnie współpracujące przy kierowaniu pacjentów do projektu,
- efektywność organizacyjna: np. średnia liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w miesiącu, liczba interwencji zakończonych zgodnie z planem opieki,
- koszt jednostkowy opieki: średni koszt objęcia jednego pacjenta wsparciem w porównaniu do kosztów hospitalizacji lub opieki instytucjonalnej,
- upowszechnienie wiedzy: liczba materiałów edukacyjnych rozdystrybuowanych wśród rodzin i instytucji.

6. Przygotuj raport końcowy

Opracuj dokument zawierający opis rezultatów wraz ze wszystkimi miernikami, koszty realizacji projektu, wnioski z wdrożenia, propozycje zmian w procedurach i rekomendacje do dalszego rozwoju.

Rozwój rozwiązania po rozliczeniu grantu

Etap 04 Upowszechnianie

1. Przygotuj rekomendacje

Opracuj zestaw wskazówek dla JST i instytucji partnerskich, jak wdrożyć usługę w innych lokalizacjach/gminach. Dołącz raport końcowy, wzory dokumentów, schemat ścieżki pacjenta i opisy procedur.

2. Upowszechnij wyniki

Zaprezentuj doświadczenia w ramach spotkań z JST, OPS/CUS i szpitalami w regionie oraz na forach i konferencjach tematycznych (np. polityka senioralna, opieka długoterminowa). Zadbaj o obecność w mediach lokalnych i materiałach promocyjnych JST.

3. Określ mierniki trwałości

Sprawdź np. ilu pacjentów zostało objętych opieką po zakończeniu projektu, ilu partnerów/jednostek kontynuuje kierowanie pacjentów do usługi, zbadaj, ile podmiotów korzysta z narzędzi projektu w swojej codziennej pracy.

4. Zwiększ zespół pielęgniarski

Dostosuj liczebność kadry i logistykę (transport, zaplecze lokalowe) do większej skali działania.

5. Rozszerz zakres działań edukacyjnych

Dodaj elementy wsparcia dla rodzin i opiekunów takie jak warsztaty pierwszej pomocy, pielęgnacji czy wsparcie psychologiczne.

6. Wzmocnij współpracę z POZ i szpitalami

Zaproponuj zautomatyzowanie i przyspieszenie ścieżki kierowania pacjentów do projektu.

7. Zaangażuj CUS/OPS

Zaproponuj formalne włączenie tych jednostek w koordynowanie ścieżki pacjenta.

8. Stwórz sieć gmin

Wymieniaj się doświadczenia z innymi JST prowadzącymi podobne rozwiązania.

9. Zaplanuj dywersyfikację finansowania

Rozeznaj możliwości finansowania projektu z innych środków np. JST, kontrakty z NFZ (opieka długoterminowa, POZ), fundusze UE, programy regionalne oraz CSR firm.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Wpisz model do strategii JST – zaproponuj umieszczenie usługi w lokalnych strategiach zdrowotnych i senioralnych, aby projekt miał zapewnione finansowanie w kolejnych latach.

10. Opracuj ścieżkę szkoleniową

Zapewnij całemu zespołowi pielęgniarstwu udział w kursach i szkoleniach w obszarze zdrowia publicznego, opieki długoterminowej i inne wskazane na etapie monitoringu.

11. Wprowadź system mentoringu

Zaproponuj formę wsparcia dla zespołów wdrażających usługę w różnych gminach dzieląc się swoim doświadczeniem w realizacji usługi.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Zinstytucjonalizuj model – przedstaw władzom JST propozycję wpisania usługi organizatora_ki kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania do stałej oferty OPS/CUS lub ujęcie jako elementu gminnych strategii/programów zdrowotnych, senioralnych.

4. Na jakie potencjalne ryzyka należy uważać?

Każde wdrożenie projektu niesie za sobą bariery, które mogą się pojawiać w trakcie prac. Poniżej znajduje się lista barier oraz sposoby radzenia sobie z nimi, które pozwolą na lepsze przygotowanie się do działania.

Bariera	Sposób poradzenia sobie z nią
Trudności w pozyskiwaniu kadry pielęgniarskiej	Nawiązanie współpracy z lokalnymi uczelniami medycznymi i izbami pielęgniarskimi, wprowadzenie elastycznych form zatrudnienia (część etatu, umowy zlecenia), zapewnienie szkoleń i superwizji jako elementu podnoszenia prestiżu zawodu. Zapewnienie adekwatnego wynagrodzenia i zapewnienie o dodatkowych aspektach związanych ze wsparciem dla pielęgniarek biorących udział w projekcie.
Niewystarczające kompetencje pielęgniarek i pielęgniarzy do pełnienia roli organizatorów	Zorganizowanie szkoleń uzupełniających (opieka długoterminowa, komunikacja z rodziną, praca z dokumentacją), zapewnienie systemu superwizji i wsparcia eksperckiego.
Brak koordynacji między instytucjami (OPS/CUS, POZ, szpitale)	Podpisanie porozumień o współpracy jeszcze na etapie przygotowania projektu, wyznaczenie lidera zespołu w OPS/CUS odpowiedzialnego za przepływ informacji, stosowanie ujednoczonej dokumentacji (KPP, KWP, KIWP, dziennik wizyt).

więcej na następnej stronie ↓

Bariera	Sposób poradzenia sobie z nią
Niska świadomość mieszkańców o istnieniu usługi	Stworzenie prostego systemu informacji: plakaty i ulotki w szpitalach, POZ i OPS, kampania w mediach lokalnych, włączenie pracowników socjalnych i lekarzy rodzinnych do przekazywania informacji pacjentom i ich rodzinom.
Opór rodzin przed przyjęciem wsparcia (obawy, brak zaufania)	Prowadzenie działań edukacyjnych i kampanii informacyjnych pokazujących korzyści z modelu. Bezpośrednie, rozmowy pielęgniarek z rodzinami. Podkreślanie, że usługa nie zastępuje, ale wspiera rodzinę.
Przeciążenie zespołu pielęgniarskiego obowiązkami – zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jedną osobę	Ustalenie limitów pacjentów na osobę, w razie wzrostu liczby zgłoszeń wprowadzenie dodatkowych etatów lub nawiązanie współpracy z pielęgniarkami środowiskowymi/POZ.
Ryzyko naruszenia RODO/danych medycznych	Opracowanie i wdrożenie bezpiecznych procedur obiegu dokumentów (wersje papierowe i elektroniczne), szkolenia personelu, konsultacja z inspektorem ochrony danych.

5. Harmonogram prac

Zadanie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etap 01 Przygotowanie												
1. Budowa zespołu i wybór liderki												
2. Szkolenie zespołu i superwizja												
3. Aktualizacja i wydruk materiałów i formularzy												
4. Opracowanie procedur organizacyjnych												
5. Przygotowanie zaplecza lokalowego i logistycznego												
6. Zabezpieczenie transportu												
7. Podpisanie porozumień z partnerami												
8. Organizacja procesu rekrutacji pacjentów												

- szacunkowy czas etapu

- optymalny czas

- margines czasowy

Zadanie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etap 2: Uruchomienie				■								
1. Rozpoczęcie rekrutacji do projektu oraz pierwszych wizyt domowych				■	■							
2. Realizacja spersonalizowanej opieki domowej dla pacjentów i rodzin					■							
3. Dokumentowanie wizyt					■							
4. Kontrola systemu wymiany informacji i zabezpieczenia dokumentacji (RODO)				■								
5. Utrzymywanie współpracy z partnerami instytucjonalnymi				■								
6. Regularne spotkania i wsparcie psychologiczne dla pielęgniarek				■								
7. Kontrola zaplecza technicznego, sprzętowego i lokalowego do realizacji usługi				■								
8. Kampania informacyjna skierowana do mieszkańców i rodzin				■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Zbieranie opinii pacjentów i rodzin oraz wprowadzanie korekt w działaniu							■					
10. Analiza obciążenia zespołu pielęgniarstwa					■							
11. Monitorowanie jakości świadczonej opieki					■							

■ - szacunkowy czas etapu

■ - optymalny czas

■ - margines czasowy

6. Ramowy budżet wdrożenia innowacji

W ramowym budżecie zawarto wyłącznie koszty kwalifikowalne możliwe do sfinansowania w ramach grantu. Katalog ten nie jest zamknięty – jest wyjściową propozycją wynikającą z opisanego powyżej planu wdrożenia. Docelowy budżet powinien zostać dopasowany do skali wdrożenia i warunków organizacyjnych w jednostce wdrażającej innowację.

Budżet został podzielony na zakres podstawowy i poszerzony, zawierający koszty opcjonalne. Do zakresu podstawowego zostały przyporządkowane koszty uznane za niezbędne do wdrożenia innowacji. Zakres poszerzony zawiera natomiast koszty opcjonalne – ocenione jako ważne, bez których jednak innowacja jest możliwa do wdrożenia.

1. Wynagrodzenia osób bezpośrednio zaangażowanych						
pozycja	jednostka	liczba	cena od	cena do	koszt od	koszt do
zakres podstawowy						
1.1 Wynagrodzenia pielęgniarek/pielęgniarczy pełniących rolę „Organizatorki/ Organizatoraopieki” (umowy o pracę / umowy cywilnoprawne) - wynagrodzenie 2 osób przy założeniu, że każda realizuje 40 godzin/miesiąc * 8 miesięcy realizacji usługi	godzina	640	70	150	44 800	96 000

1.2 Wynagrodzenie lidera_ki zespołu pielęgniarstwa wynagrodzenie dla 1 os. pracującej w wymiarze 1/3 etatu w formie dodatku lub umowy cywilnoprawnej	miesiąc	8	2 200	3 000	17 600	24 000
1.3 Wynagrodzenia asystentki/asystenta zespołu pielęgniarstwa wynagrodzenie dla 1 os. za 8 miesięcy * ½ etatu (ok. 80 godzin/miesiąc)	godzina	640	36	44	23 040	28 160
1.4 Ubezpieczenie OC pielęgniarek/pielęgniarzy 2 os.* 8 mies.	osobomiesiąc	16	50	80	800	1 280
suma kosztów podstawowych					86 240	149 440
zakres poszerzony (koszty opcjonalne)						
1.5 Wynagrodzenie psychologa / psychoterapeuty dla pacjentów i ich rodzin	godzina	100	120	200	12 000	20 000
suma kosztów opcjonalnych					12 000	20 000

2. Narzędzia, urządzenia i zakupy bezpośrednio związane z wdrożeniem						
pozycja	jednostka	liczba	cena od	cena do	koszt od	koszt do
zakres podstawowy						
2.1 Koszt podstawowych materiałów medycznych (środki opatrunkowe, sprzęt ochronny, podstawowe materiały medyczne) - zakup materiałów dla 1 osoby (łącznie dla 64 pacjentów)	osoba	64	30	70	1 920	4 480
2.2 Materiały edukacyjne dla pacjentów i rodzin (brozury, ulotki, instrukcje) - opracowanie graficzne i druk (30 rodzin)	zestaw	30	180	270	5 400	8 100
2.3 Narzędzia do prowadzenia dokumentacji pacjenta dziennik wizyt, karty pacjenta (KPP, KWP), kwestionariusz wywiadu - druk materiałów	komplet	30	30	50	900	1 500
2.4 Koszty transportu pielęgniarek/pielęgniarczy w miejsce realizacji usługi paliwo i eksploatacja samochodów służbowych JST/OPS, zwrot kosztów przejazdów prywatnych, bilety komunikacji miejskiej (2 pielęgniarki * 8 miesięcy)	osobomiesiąc	16	500	800	8 000	12 800
2.5 Oznakowanie identyfikatory, jednolite ubiory dla pielęgniarek, oznakowanie pojazdów - opracowanie i produkcja	zestaw/osoba	2	600	1 000	1 200	2 000
suma kosztów podstawowych					17 420	28 880

	zakres poszerzony (koszty opcjonalne)					
2.6 Koszt szkoleń uzupełniających i superwizji dla zespołu pielęgniarzkiego wynagrodzenie specjalistów za godzinę usługi - (szkolenia: 8 godzin; superwizje: 1 godzina * 2 pielęgniarze_rki * 8 miesięcy)	godzina	24	150	350	3 600	8 400
2.7 Organizacja warsztatów edukacyjnych dla rodzin/opiekunów (np. materiały szkoleniowe, zestawy treningowe)	zestaw	30	30	50	900	1 500
2.8 Wynagrodzenia osób prowadzących warsztaty edukacyjne (8h warsztaty x 5 cykli)	godzina	40	150	350	6 000	14 000
2.9 Wyposażenie punktu informacyjnego/biura projektu w niezbędne sprzęty (np.: meble biurowe, szafy do przechowywania dokumentacji, sprzęt komputerowy, drukarki, routery, sprzęt multimedialny do spotkań z rodzinami i in.)	zestaw	1	13 000	18 000	13 000	18 000
2.10 Zakup telefonów służbowych wraz z abonamentem do kontaktu pielęgniarek/pielęgniarzy z rodzinami i prowadzenia dokumentacji	sztuka	3	1 000	1 650	3 000	4 950
2.11 Stworzenie strony www dla pacjentów i rodzin usługa/praca programisty/grafika	godzina	25	150	220	3 750	5 500
suma kosztów opcjonalnych					30 250	52 350
łączy koszt (zakres podstawowy)					103 660	178 320
łączy koszt - zakres poszerzony (koszty podstawowe + opcjonalne)					145 910	250 670

03

Lista załączników i źródła



1. Lista załączników

Wdrożenie innowacji wspierają materiały dodatkowe, które można pobrać ze strony www.innowacjewsamorzadzie.pl

1. Prezentacja w PDF „Opis modelu innowacji”

Materiał zawiera najważniejsze informacje o usłudze (na jaki problem odpowiada, jak jest zorganizowana, najważniejsze wnioski z testowania innowacji). Może być wykorzystywany jako prospekt informacyjny dla potencjalnych partnerów włączonych w organizację systemu w JST.

2. Wzory kart i formularzy do innowacji „Organizator_ka kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”:

- **Dziennik wizyt** — formularz do bieżącego dokumentowania wizyt pielęgniarki-organizatorki w domu pacjenta. Zawiera informacje o terminach, czasie trwania, zakresie działań oraz wskazaniach dla opiekunów. Narzędzie służące do monitorowania ciągłości i jakości opieki.
- **Karta przekazania pacjenta (KPP)** — dokument używany przy przyjęciu pacjenta do programu. Zawiera dane identyfikacyjne, diagnozę, informacje o stanie zdrowia i warunkach domowych, a także wstępną ocenę potrzeb pacjenta. Pozwala na płynne przekazanie pacjenta między instytucjami (np. szpital – organizator opieki).
- **Karta wsparcia pacjenta (KWP)** — formularz opisujący plan pracy z pacjentem i jego rodziną. Uwzględnia trening opiekuńczo-pielęgnacyjny, dostosowanie środowiska domowego oraz wsparcie emocjonalne. Podstawa do edukacji rodziny i wzmacniania jej kompetencji opiekuńczych.
- **Kwestionariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego (KIWP)** — narzędzie diagnostyczne do szczegółowej oceny stanu zdrowia i sytuacji pacjenta. Zawiera część medyczną (choroby, hospitalizacje, stan psychiczny, skale oceny samodzielności), jak i społeczną (sieć wsparcia, warunki domowe). Służy do opracowania indywidualnego planu opieki.

3. **Program szkolenia dla zespołu pielęgniarskiego** — materiał szkoleniowy, który obejmuje m.in. rozwijanie kompetencji z zakresu komunikacji, współpracy z rodziną, prowadzenia dokumentacji oraz edukacji pacjentów. Gwarantuje standaryzację wiedzy i jakości pracy zespołu.
4. **Pakiet ulotek informacyjnych dla pacjentów i opiekunów** — zestaw materiałów edukacyjnych przygotowanych w ramach modelu „Organizator Kompleksowej Opieki w Miejscu Zamieszkania”. Każda ulotka zawiera praktyczne wskazówki dotyczące opieki nad pacjentem po hospitalizacji, zasady pielęgnacji, zapobiegania powikłaniom oraz wspierania rodziny w codziennych czynnościach. Ulotki opracowane są w przystępnej formie, aby mogły być bezpośrednio wykorzystywane podczas wizyt domowych pielęgniarki-organizatorki.

W skład pakietu ulotek wchodzi:

- ulotka informacyjna – cukrzyca,
- ulotka informacyjna – udar mózgu,
- ulotka informacyjna – rany przewlekłe,
- ulotka informacyjna – pielęgnacja ciała pacjenta,
- ulotka informacyjna – choroba Parkinsona,
- ulotka informacyjna – unieruchomienie chorego,
- ulotka informacyjna – podawanie leków,
- ulotka informacyjna – epilepsja,
- ulotka informacyjna – przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP),
- ulotka informacyjna – pielęgnacja pacjenta z cewnikiem,
- ulotka informacyjna – niewydolność serca,
- ulotka informacyjna – unieruchomienie po udarze,
- ulotka informacyjna – szkolenie dla pielęgniarek,
- ulotka informacyjna – otępienie,
- ulotka informacyjna – przystosowanie mieszkania.

2. Źródła

1. Zdjęcia pochodzą z serwisu Freepik, www.freepik.com
2. Ikony pochodzą z serwisu Flaticon, www.flaticon.com

