

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

I. Postanowienia ogólne

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług opieki wytnieniowej dla mieszkańców Gminy Ostrowiec Świętokrzyski realizowanych na podstawie Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytnieniowa” – edycja 2019, przyjętego do realizacji uchwałą nr XV/70/2019 Rady Miasta Ostrowca Świętokrzyskiego dnia 13 czerwca 2019 r. w sprawie realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski Programu „Opieka wytnieniowa – edycja 2019”. Usługi świadczone będą na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w okresie od 01.07.2019 r. do 31.12.2019 r. w dni robocze, a także soboty, niedziele i święta w godzinach 7.00 – 22.00, w miejscu zamieszkania osób, którym usługa ta została przyznana decyzją administracyjną.
2. Usługa opieki wytnieniowej jest skierowana do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:
 - dziećmi niepełnosprawnym z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności niekorzystających z innych form usług:
 - a) w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
 - b) w ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej jako zorganizowanej usługi.
3. Przewidywana liczba godzin usług do wykonania w okresie **01.07.2019 r. do 31.12.2019 r. dla:**
osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 7 200 godzin.
dzieci niepełnosprawnych z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami, o których mowa powyżej – 2 400 godzin.
Przewidywana łączna liczba godzin wynosi: 9 600 godzin.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zrealizowania mniejszej ilości godzin z przyczyn od niego niezależnych (np. zmniejszenie ilości osób korzystających z usługi). W przypadku zaistnienia potrzeb, Zamawiający zastrzega sobie możliwość przesunięcia ilości godzin między poszczególnymi grupami osób niepełnosprawnych, o których mowa wyżej pod warunkiem, iż przesunięcia te nie przekroczą maksymalnej kwoty wynagrodzenia ustalonego w umowie.

Za jedną godzinę świadczenia usługi dla podopiecznego przyjmuje się czas 60 min. Czas dojazdu do miejsca świadczenia usług na rzecz podopiecznego nie jest wliczany do czasu świadczenia usługi.

5. Zakres i godziny świadczenia usług opieki wytchnieniowej będą indywidualnie ustalane dla każdego świadczeniobiorcy z uwzględnieniem jego konkretnych potrzeb oraz osoby/dziecka niepełnosprawnego.

6. Usługa opieki wytchnieniowej przyznawana będzie decyzją administracyjną wydawaną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy jeden egzemplarz decyzji wraz z „Kartą Informacyjną osoby niepełnosprawnej”, której dotyczy usługa zawierającą wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej, rodzinnej, zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, w celu właściwego świadczenia usług, a Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym w decyzji administracyjnej wymiarem i zakresem wsparcia. W przypadku zmiany zakresu wsparcia ustalonego z członkiem rodziny lub opiekunem osoby niepełnosprawnej, Zamawiający niezwłocznie przekazuje telefonicznie, bądź w inny sposób aktualny zakres.

II. Obowiązki Wykonawcy.

Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia kadry pracowniczej:

- a) **co najmniej 10 (łącznie) opiekunów** (na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej), w tym: co najmniej **8** osób mających ukończony kurs w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi z tytułu wieku, choroby i innych przyczyn lub posiadających co najmniej roczne doświadczenie przy wykonywaniu usług opiekuńczych na rzecz w/w osób oraz co najmniej **2** osób posiadających kwalifikacje zawodowe zgodnie z § 3 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 -września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, w szczególności: pielęgniarki, pielęgniarzy, asystentów osób niepełnosprawnych, opiekunów środowiskowych.

Opiekunowie świadczący usługi opieki wytchnieniowej będą zdolni do wykonywania czynności fizycznych w zakresie opieki nad dziećmi do lat 16, osobami niepełnosprawnymi z tytułu wieku, choroby i innych przyczyn, które wymagają pomocy innych osób oraz każdy opiekun będzie posiadał aktualne badania do celów sanitarno – epidemiologicznych;

- b) **zatrudnienia osoby odpowiedzialnej** (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej) za planowanie i nadzorowanie pracy opiekunów świadczących usługę opieki wytchnieniowej, za ciągły nadzór nad realizacją usługi opieki wytchnieniowej w terenie oraz sporządzanie comiesięcznego wykazu godzin świadczonych usług. Ponadto, obowiązkiem osoby odpowiedzialnej będzie dokonywanie wizyt kontrolnych u każdej osoby

niepełnosprawnej, nie rzadziej niż raz na 2 miesiące oraz sporządzanie z tych wizyt notatek służbowych w zakresie rozeznania m. in jakości świadczenia usług, które będą przechowywane w teczkach osobowych osoby niepełnosprawnej. Osoba odpowiedzialna, będzie instruowała opiekunów w sposób szczegółowy o obowiązujących ich zakresach czynności, poświadczając to stosownym oświadczeniem o dokonany instruktaż. Osoba odpowiedzialna, będzie organizowała comiesięczne spotkania wszystkich opiekunów o ustalonej godzinie, celem przekazania „kart pracy” na miesiąc następny, omówienia istotnych spraw dotyczących świadczenia usług opieki wytchnieniowej u osób niepełnosprawnych, jak i przeprowadzania wewnętrznych szkoleń w zakresie sprawowania opieki nad osobami niepełnosprawnymi, podczas których w razie konieczności będzie uczestniczył Zamawiający. Osoba ta nie może łączyć pracy osoby odpowiedzialnej z wykonywaniem usług opieki wytchnieniowej określonych w załączniku Nr 7 do ogłoszenia – praca w terenie.

W przypadku nieobecności osoby odpowiedzialnej, Wykonawca wyznaczy i upoważni pisemnie osobę, która będzie pełnić w/w obowiązki;

- c) wskazania osoby wraz z numerem telefonu, ze strony Wykonawcy, która będzie odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym, w celu właściwej realizacji przedmiotu zamówienia.

Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonej usług opieki wytchnieniowej:

- a) w przypadkach nagłej absencji pracownika - opiekuna, Wykonawca niezwłocznie organizuje zastępstwo innego pracownika, jednocześnie informując (maksymalnie w ciągu 2 godzin) o tym fakcie członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz Zamawiającego. Podczas przekazywania pracownikowi - opiekunowi „nowego środowiska”, ustnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi,
- b) niezwłocznie (w ciągu 2 godzin) musi poinformować Zamawiającego o wstrzymaniu usług u osoby niepełnosprawnej z powodu: hospitalizacji, zgonu lub innych powodów. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres.

Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji :

- miesięcznych „kart pracy” dla każdego pracownika, które powinny zawierać: imię nazwisko, adres osoby niepełnosprawnej korzystającej z usług, zakres wsparcia zgodny z decyzją administracyjną MOPS, imię i nazwisko osoby świadczącej usługę, czasookres świadczenia usług wraz z dziennym lub/i tygodniowym wymiarem, datę i godzinę świadczenia usługi. Na „karcie pracy” członek rodziny lub opiekun dziecka/osoby niepełnosprawnej każdorazowo potwierdzi własnoręcznym podpisem wykonanie usługi,

- jednolitych teczek osobowych każdego pracownika świadczącego usługę opieki wytchnieniowej, zawierających: kserokopie umowy zatrudnienia, szczegółowy zakres obowiązków, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe pracownika, oświadczenia o zapoznaniu z zakresem obowiązków, oświadczenia o przeprowadzeniu instruktażu stanowiskowego,
- rejestru decyzji administracyjnych wydanych przez MOPS zawierających min. dzienny, tygodniowy wymiar godzin, szczegółowy zakres świadczonych usług opieki wytchnieniowej,
- teczek osobowych dla każdej osoby niepełnosprawnej, w których zawarte będą: decyzja administracyjna, „karta informacyjna osoby niepełnosprawnej”, notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie kontrolnej u osoby niepełnosprawnej,
- rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
- aktualizowanego co miesiąc wykazu osób zatrudnionych do świadczenia usług opieki wytchnieniowej,
- informacji o czasowym nieświadczeniu usług opieki wytchnieniowej,
- protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących w spotkaniach,
- Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu, w terminie nie później niż do 5 dnia następnego miesiąca, wykazu ilości godzin usługi opieki wytchnieniowej świadczonych u osób niepełnosprawnych wraz z informacją o dniach nieświadczonych usług, przekazania miesięcznego harmonogramu pracy pracowników - opiekunów na miesiąc następny.

Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie jakości, rzetelności, efektywności, jak i stanu realizacji i sposobu świadczenia usług opieki wytchnieniowej oraz prawidłowości prowadzonej kontroli. W ramach kontroli Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia, jak i udostępnienia wszelkiej dokumentacji dotyczącej realizacji przedmiotu umowy.

Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym Wykonawca realizował Zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego.

III. Szczegółowe obowiązki wykonawcy

Usługi opieki wytchnieniowej obejmują następujący zakres:

- 1) pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez podopiecznego części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni), utrzymanie w czystości sprzętu i urządzeń sanitarnych,
- 2) pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,

- 3) pomoc w upraniu rzeczy osobistych i odzieży, prasowaniu,
- 4) pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
- 5) pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
- 6) sianie łóżka,
- 7) karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
- 8) pomoc przy myciu, kąpaniu,
- 9) zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
- 10) układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
- 11) podawanie basenu, kaczki,
- 12) zmiana pampersów,
- 13) zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
- 14) zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept,
- 15) pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
- 16) podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
- 17) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 18) uzgadnianie i przestrzeganie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- 19) pomoc w wykupowaniu lub zamawianiu leków,
- 20) dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- 21) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- 22) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- 23) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych,
- 24) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd,
- 25) utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
- 26) wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
- 27) ułatwianie dostępu do edukacji i kultury.

Wszystkie w/w czynności muszą być wykonywane z poszanowaniem godności.

IV. WZÓR KARTY INFORMACYJNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Data założenia:

Karta informacyjna osoby niepełnosprawnej

<u>Nazwisko imię</u> <u>Tel:</u>	<u>Data urodzenia</u>	<u>Adres zamieszkania</u> Ostrowiec Św <u>ul.</u>
<u>Rodzina/opiekun osoby niepełnosprawnej:</u> córka: wnuk: siostra: <u>Informacje dodatkowe:</u> (niezbędne do świadczenia usług, osoba do kontaktu, klucz u) 		
<u>Informacje o stanie zdrowia osoby niepełnosprawnej:</u> X		
Przychodnia rodzinna/specjalistyczna		
<u>Informacja o lekarzach prowadzących i przyjmowaniu podawaniu leków (kto?):</u> 1. lek. pierwszego kontaktu: 2. lek. innej specjalności:		
<u>Data rozpoczęcia usługi opieki wytchnieniowej:</u> r.	<u>Dzienny/tygodniowy wymiar usługi opieki wytchnieniowej:</u> godziny	
<u>Rodzaj usług:</u> usługa opieki wytchnieniowej		
<u>Zakres ustalonego wsparcia:</u> X X		
Data aktualizacji: r.		