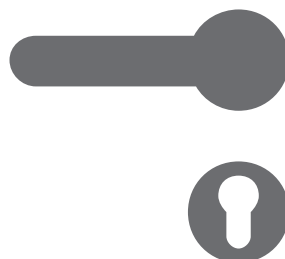

MODEL



GMINNY STANDARD

WYCHODZENIA

Z BEZDOMNOŚCI



Projekt systemowy „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z bezdomnymi w tym: opracowanie modelu „Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności”



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA

Człowiek – najlepsza inwestycja

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Publikacja jest dystrybuowana bezpłatnie

© Copyright by Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, 2012

Przedruk materiałów w całości lub w części jest możliwy wyłącznie za zgodą wydawcy

Cytowanie oraz wykorzystywanie treści jest dozwolone z podaniem źródła

Wersja elektroniczna dostępna pod adresem:

<http://standarypomocy.pl>

www.pfwb.org.pl/publikacje

ISBN: 978-83-933855-3-9

Wydawca:

Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności

www.pfwb.org.pl

e-mail: biuro@pfwb.org.pl

Projekt graficzny i skład:

 RZECZYOBRAZKOWE.PL

Korekta językowa:

Danuta Trzpił

Redaktor techniczny:

Łukasz Browarczyk

Druk:

Drukarnia MISIURO

<http://misiuro.pl>

biuro@misiuro.pl

MODEL
GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

STANDARZY USŁUG SPOŁECZNYCH SKIEROWANYCH DO OSÓB BEZDOMNYCH W SZEŚCIU
OBSZARACH: PARTNERSTWO LOKALNE, PRACA SOCJALNA, MIESZKALNICTWO I POMOC
DORAŻNA, ZDROWIE, ZATRUDNIENIE I EDUKACJA, STREETWORKING

REDAKCJA

ŁUKASZ BROWARCZYK, RAFAŁ STENKA

MATERIAŁ OPRACOWAŁY ZESPOŁY EKSPERCKIE W SKŁADZIE

ANNA ADAMCZYK, KATARZYNA BIELERZEWSKA, WOJCIECH BODUSZYŃSKI, LECH
BÓR, MARIA CHOJNACKA, JAN KRZYSZTOF CHOLEWIŃSKI, WIESŁAWA CIEŚLIK, PAWEŁ
CIOŁKOWSKI, KRZYSZTOF CZEKAJ, MAGDALENA CZOCHARA, SYLWIA DE ROOVER,
MACIEJ DĘBSKI, EDYTA DOMAGAŁA, KRYSZYNA DORSZ, ZBIGNIEW DRAŹKOWSKI,
MAŁGORZATA DUDA, LUDMIŁA DZIEWIĘCKA-BOKUN, MARZENA GAŁGOWSKA, MICHAŁ
GAWĘŁ, ANNA GIL-GUMOWSKA, BARBARA GORYŃSKA-BITTNER, JÓZEFA GRODECKA,
EDYTA GRUSZCZYŃSKA, SYLWIA GURBISZ, WALDEMAR HYLA, WIESŁAWA JANISZEWSKA,
PAWEŁ JASKULSKI, RAFAŁ JAWORSKI, JAROSŁAW JÓZEFczyk, JOLANTA KĘDZIOR,
ALICJA KOCYŁOWSKA, ALICJA KOSTECKA, ADAM KOSZUTOWSKI, JOANNA KOT, MARCIN
KOWALEWSKI, JOLANTA KOWALIK, MAŁGORZATA KRUK, DOMINIK KWIATKOWSKI,
GRAŻYNA LEŚNIAK, ALEKSANDRA ŁUKASIEWICZ, ANNA MACHALICA-PUŁTORAK,
SŁAWOMIR MANDES, JACEK MARCINIAK, MAGDALENA MARSZAŁKOWSKA, TOMASZ
MARUSZAK, ANNA MICHALSKA, ARKADIUSZ MICHALSKI, JERZY MIKA, MARCIN MŁOT,
PIOTR OLECH, ELŻBIETA OLENIACZ-CZAJKA, MARIA PAWŁAK, ALEKSANDER PINDRAL,
KATARZYNA PIOTROWICZ, ZOFIA PISOWICZ, MARIA POKÓJ, ADRIANA POROWSKA,
MIROŚLAW PRZEWOŹNIK, IWONA RADZIWIŃ, ŻANETA RECHNIO, AGNIESZKA SAWICKA,
KS. STANISŁAW SŁOWIK, MARCIN J. SOCHOCKI, MARTA STEFANIAK-ŁUBIANKA, RAFAŁ
STENKA, KATARZYNA STĘPKA, JOLANTA SZCZAWIŃSKA, EWA SZYMCZAK, ALEKSANDRA
ŚLIWA, ANETA WIĄCEK, SEBASTIAN WIŚNIEWSKI, MONIKA WÓJCIAK-GRZECHNIK, ALICJA
ZAJĄC, EWA ZAJĄC, RENATA ZEMBOWICZ, BARTŁOMIEJ ZIĘBIŃSKI, ANDRZEJ ZYBAŁA,
BENITA ZYCHOWICZ

POMORSKIE FORUM NA RZECZ WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI
GDAŃSK 2012

Partnerzy projektu, współtwórcy publikacji



CENTRUM ROZWOJU ZASOBÓW LUDZKICH to wyspecjalizowana jednostka Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Jej zadaniem jest pośredniczenie w procesie realizacji części projektów dofinansowywanych z Europejskiego Funduszu Społecznego. Swoje działania opiera głównie o Program Operacyjny Kapitał Ludzki, którego celem jest wzrost zatrudnienia i spójności społecznej, czyli rozwój zasobów ludzkich.



POMORSKIE FORUM NA RZECZ WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI to partnerstwo publiczno-społeczne zrzeszające 41 podmiotów, ustanowione w celu rozwiązywania problemu bezdomności. Forum tworzą dostarczyciele usług dla ludzi bez domu w różnych sferach, np. zdrowia, wsparcia społecznego, mieszkalnictwa i zatrudnienia oraz jednostki tworzące regionalną politykę społeczną, a także naukowe, diagnozujące i badające zjawisko bezdomności. Partnerstwo jest zarejestrowaną fundacją współpracującą z wieloma podmiotami na poziomie lokalnym, krajowym oraz europejskim.



TOWARZYSTWO POMOCY IM. ŚW. BRATA ALBERTA to niezależna, katolicka organizacja pozarządowa, posiadająca status Organizacji Pożytku Publicznego. Powstała w 1981 r., jako jedna z pierwszych zajmujących się problematyką bezdomności i pomocy osobom najuboższym.



STOWARZYSZENIE MONAR jest organizacją pozarządową, apolityczną, działającą na terenie całej Polski. Pierwszy ośrodek dla osób uzależnionych pod nazwą MONAR został utworzony w 1978 r. przez Marka Kotańskiego. Stał się początkiem nowego Ruchu Społecznego na rzecz przeciwdziałania narkomanii. W ramach organizacji działa Ruch na Rzecz Wychodzenia z Bezdomności MARKOT.



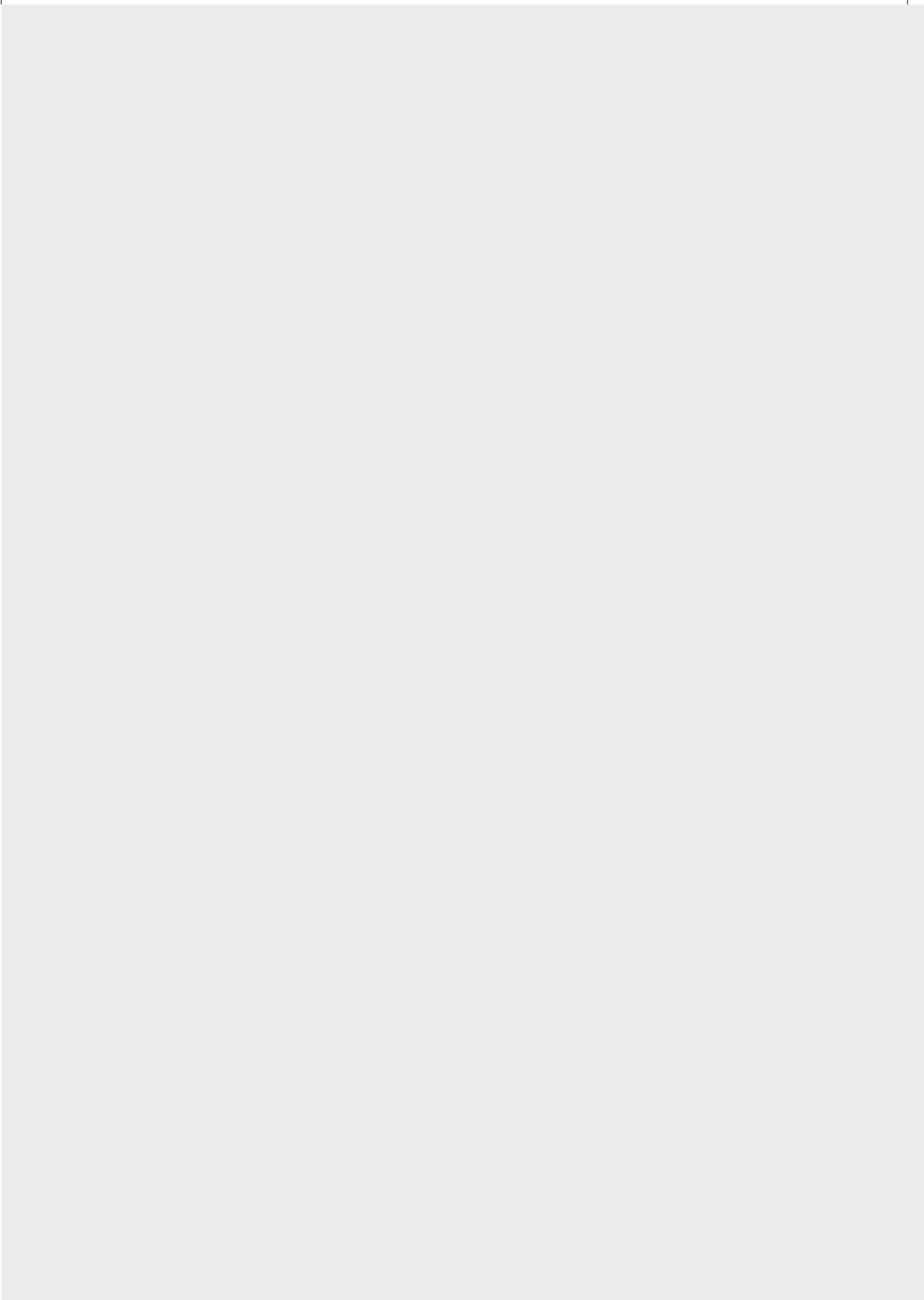
CARITAS DIECEZJI KIELECKIEJ jest odrębnym, w pełni autonomicznym podmiotem prawa kościelnego i cywilnego. Została powołana jako trzecia CARITAS diecezjalna w kraju. Jej nadrzędnym celem jest realizacja przykazania miłości bliźniego, które winno być odnoszone do każdego człowieka, bez względu na jego przekonania, wyznanie, narodowość czy rasę.



ZAŁOŻYCIELE BARKI tworzą środowiska, struktury społeczne, w których „zapomniani oraz niechciani” członkowie społeczeństwa mają szansę rozwoju osobistego i społecznego. Celem Sieci jest wspieranie i reprezentowanie zrzeszonych w niej organizacji pozarządowych działających na rzecz integracji zawodowej i społecznej, w szczególności w sprawach dotyczących rozwoju organizacji obywatelskich, a zwłaszcza samopomocowych.



STOWARZYSZENIE OTWARTE DRZWI działa od 1995 r. na terenie Warszawy i kraju. Jego misją jest tworzenie warunków do rozwoju, wyrównywania szans dla ludzi zagrożonych marginalizacją i wykluczonych społecznie. Szczególną troską i różnego rodzaju działaniami objęte są następujące grupy: dzieci, młodzież bezrobotna, bezdomna i niepełnosprawna. Kierowanie działań głównie do dzieci i młodzieży zagrożonych marginalizacją wpływa z głębokiego przekonania twórców Stowarzyszenia, iż wczesne reagowanie jest najskuteczniejszym sposobem rozwiązywania problemów społecznych.



8

Wprowadzenie

1

15

Bezdomność – jak ją rozumieć?

2

31

Standard partnerstwa lokalnego

3

69

Standard pracy socjalnej

4

177

Standard mieszkalnictwa i pomocy doraźnej

5

241

Standard zdrowia

6

311

Standard zatrudnienia i edukacji

7

343

Standard streetworkingu

383

Aneks
Teoretyczne i praktyczne
aspekty modelu gswb



Wprowadzenie

SZANOWNNI PAŃSTWO, DRODZY CZYTELNICY!

Partnerzy projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z bezdomnymi, w tym w ramach opracowania modelu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”, przedkładają Państwu finalny produkt z realizacji drugiej fazy projektu – fazy modelu. Produktem tym jest Model „Gminny standard wychodzenia z bezdomności” (GSWB).

Zaproponowane w modelu GSWB rozwiązania nie są zamkniętym katalogiem usług, ale są propozycją, która zostanie poddana kolejnej fazie projektu systemowego – fazie pilotażu, przeprowadzanego w kilkunastu gminach w Polsce. Zaproponowany model GSWB powinien stanowić podstawę do konstruowania gminnych modeli rozwiązywania problematyki bezdomności. Istotą pilotażowych wdrożeń będzie dokonanie praktycznej weryfikacji zaproponowanych rozwiązań. Testy przeprowadzone w wybranych gminach będą miały znaczenie kluczowe dla całokształtu działań projektowych – w sposób bezpośredni wpłyną na ostateczny kształt modelu GSWB, którego finalne opracowanie przewidziane jest na 2013 rok. Zakończenie fazy pilotażu pozwoli sformułować ostateczne korekty w treści proponowanych rozwiązań modelu GSWB, a także zaprezentować pakiet rekomendacji wskazujących kierunki zmian regulacji legislacyjnych, jakie muszą nastąpić, by model GSWB mógł być

wykorzystywany przez jednostki samorządu terytorialnego, głównie gminy, we współpracy z podmiotami III sektora i innymi instytucjami, będącymi partnerami realizacyjnymi.

Pierwsza wersja modelu GSWB ujrzała światło dzienne w maju 2011 roku. Od tego czasu poddawana była licznym ocenom i konsultacjom środowisk tak praktyków, jak i teoretyków z zakresu pomocy i integracji społecznej, reprezentujących sektory rządowy, samorządowy i pozarządowy. Mimo długiej pracy nad opracowaniem modelu GSWB jego aktualna wersja wciąż stanowi jedynie propozycję kształtu oferty usługowej skierowanej do osób bezdomnych. Niniejszy dokument postrzegać należy jako swoisty podręcznik dla partnerstw lokalnych, które od marca 2012 r. wdrażać będą na terenie swoich gmin usługi wybrane z poniższego katalogu. Im więc głównie przekazujemy tę publikację, licząc, że taka forma wsparcia ich w codziennej pracy okaże się pomocna.

CZYM JEST MODEL GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI?

GSWB jest to model rozwiązywania problemu bezdomności realizujący funkcje i obejmujący oddziaływanie na poziomach prewencji, interwencji i integracji, zawierający pewien katalog (pakiet) standardów różnorodnych usług w takich obszarach jak *streetworking*, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, partnerstwo lokalne, zatrudnienie i edukacja. Model ten, jako szerokie spektrum rozwiązań odpowiednio wystandaryzowanych, służy dopasowaniu wsparcia do potrzeb, możliwości i barier osób potrzebujących, sprzyja i służy upodmiotowieniu, włączeniu i partycypacji w proces rozwiązywania problemu.

CZYM SĄ STANDARDY USŁUG I JAKA JEST ICH ROLA?

W materiale stworzonym w innym zadaniu projektu – w *Koncepcji fazy diagnozy oraz ogólnopolskiego badania „standardy usług w pomocy społecznej”* – czytamy, że „standard – uzgodnione i uznane za obowiązujące, najczęściej utrwalone w postaci dokumentu lub zestawu dokumentów, stwierdzenia, w których szczegółowo opisano, czym jest i czym powinien się charakteryzować obiekt standardu. Dokumenty zawierające standardy nie muszą operować nazwą „standard”, mogą one określać też normy, wymogi, warunki, reguły czy zasady dotyczące standaryzowanego obiektu.

Dalej w tym samym dokumencie napisano, że „standard usługi pomocy społecznej – uzgodnione i uznane za obowiązujące, najczęściej utrwalone w postaci dokumentu lub zestawu dokumentów, stwierdzenia, w których szczegółowo opisano, czym jest i czym powinna się charakteryzować dana usługa pomocy społecznej”.

Standardy jakości usług skierowanych do ludzi bezdomnych stosunkowo od niedawna stanowią przedmiot zainteresowania władz publicznych w Polsce. Dotychczas w naszym kraju usługi dla ludzi bezdomnych kształtowane były przez różnorodne, niezależne organizacje pozarządowe, które z biegiem lat stały się głównymi aktorami na polu walki z bezdomnością. Gminy, odpowiedzialne za udzielanie pomocy ludziom bezdomnym, z biegiem lat kontraktowały coraz więcej usług, zlecając swoje zadania organizacjom pozarządowym. Jednocześnie część organizacji pozarządowych realizowała i realizuje swoje zadania, nie będąc związana kontraktami z gminami. Organizacje te traktują wspieranie ludzi bezdomnych jako swoją misję, a środki na niniejszą pomoc pozyskują raczej od sponsorów niż od gmin. Brakowało jednocześnie regulacji krajowych w zakresie udzielania wsparcia ludziom bezdomnym. W Polsce nie ma żadnych szczegółowych regulacji określających np., czym różnią się usługi świadczone przez noclegownie od usług świadczonych przez schroniska. Polskie regulacje zatem definiują obowiązki świadczenia pomocy ludziom bezdomnym, jakkolwiek nie definiują sposobu realizacji i jakości tych usług. Taka sytuacja doprowadziła w Polsce z jednej strony do wielkiego rozwoju różnorodnych usług dla ludzi bezdomnych, z drugiej zaś do braku możliwości weryfikowania jakości usług oferowanych przez organizacje.

Zwyczajowo się przyjmuje, że standardy odnoszą się głównie do rzeczywistości przedmiotów (produktów) lub w innych przypadkach do norm ludzkiego zachowania. Standaryzacja zaś to przede wszystkim termin zarezerwowany dla języka technicznego, opisującego pewne powtarzalne cechy wytworów i produktów. Jednocześnie standard stanowi wspólnie i ogólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najprostsze lub najbardziej pożądane, cechy jakiegoś wytwarzanego dobra (np. komputera, odbiornika radiowego). W ekonomii standardy odgrywają ważną rolę w zachowaniu popytu na pewne dobra: zejście poniżej określonego standardu może dyskwalifikować produkt. Niekiedy kryteria standardu w tym ujęciu są trudne do zdefiniowania i określenia. Istnieje tutaj płynna granica ustalana zarówno przez grupy odbiorców, jak i indywidualnych adresatów. Jak czytamy na Wikipedii „w technice standard to zestaw

parametrów, zwykle posiadający nazwę (np. PAL w telewizji), który zapewnia odpowiedni poziom jakości, bezpieczeństwa, wygody lub zgodności z innymi wytworami techniki”. Standardy kulturowe można rozumieć jako zbiór obowiązujących norm społecznych (np. politycznych) ustanawiających kryteria pewnych pożądanych zachowań. Wykroczenie poza nie lub ich niespełnianie może się wiązać z wykluczeniem i marginalizacją.

Jednocześnie standardy funkcjonują w obszarze usług. Stosunkowo rzadko mamy świadomość, że usługi oferowane przez banki czy też sieci telefonii komórkowych są wysoko wystandaryzowane, a każda oferta tych podmiotów jest zawsze szczegółowo zaplanowana i opisana językiem procedur. Polityka społeczna w jej współczesnym kształcie składa się w znacznej części ze sfery usług kierowanych do obywateli. Szczególnie instytucje Unii Europejskiej, używając specyficznego europejskiego „slangu”, zwracają uwagę na relację pomiędzy „usługodawcami” a „usługobiorcami” (zwanymi także użytkownikami usług) w polityce społecznej. W naszych realiach termin pierwszy oznacza instytucje sektora publicznego i organizacje pozarządowe, które świadczą w różnej formie pomoc ludziom bezdomnym (m.in. za pomocą noclegowni i schronisk). Drugi termin odnosi się do samych odbiorców takiej pomocy, czyli do osób doświadczających bezdomności. Ludzie ci są mieszkańcami placówek dla osób bezdomnych i w języku sektora pomocowego zwykło nazywać się ich „klientami”, „uczestnikami”, czy „podopiecznymi”. Jeśli zatem część polityki społecznej stanowi sfera usług, to można powiedzieć, że standardy powinny funkcjonować także w polityce ukierunkowanej na rozwiązywanie problemu bezdomności. Biorąc pod uwagę fakt, że polityka społeczna finansowana jest z „kieszeni” obywateli, organy odpowiedzialne za jej prowadzenie powinny dbać, aby realizowana była profesjonalnie, racjonalnie i z jak największą dbałością o jakość i skuteczność. Ponadto uwzględniając, że znaczna część zadań w obszarze polityki społecznej jest realizowana – drogą zlecenia – przez organizacje pozarządowe, a kontrakt między usługodawcą a usługobiorcą stał się obowiązującym narzędziem, to standardy wydają się odgrywać kluczową rolę w gwarantowaniu wysokiej jakości usług.

Zwykło się uważać, że standardy obowiązujące w polityce społecznej oraz – wężziej – w pomocy społecznej dotyczą głównie standardów bytowych w placówkach wsparcia. Standardy niniejsze odnoszą się głównie do zakresu wyposażenia, wielkości przestrzeni oraz warunków sanitarnych w budynkach. Przez niniejszy pryzmat standardy

postrzegane są przez wielu pracowników szeroko rozumianej pomocy społecznej. Stąd bierze się mnóstwo nieporozumień. Wielu specjalistów pomocy społecznej, słysząc o standardach, myśli o odgórnie narzuconych przez urzędników przepisach, definiujących – głównie od strony technicznej – wybrane usługi lub produkty. Pojawia się tutaj wyobrażenie, że każde odstępstwo od standardu będzie surowo karane. Tymczasem standardy mogą określać i definiować jakość usług w różnych obszarach, np. w pracy psychologicznej, terapeutycznej czy edukacji i aktywizacji zawodowej. Standaryzacja usług służy w pełni realizacji celów i priorytetów określonej polityki społecznej, nie jest wobec nich nadrzędna, w tym przypadku pełni funkcję podrzędną, podporządkowaną pewnym paradygmatom. Standardy takie są bardziej elastyczne, co wcale nie musi oznaczać, że są mało precyzyjne. Stają się raczej wskazówkami metodologicznymi, pewnym katalogiem propozycji, niż zbiorem technicznych procedur, które bez żadnych odstępstw muszą być wdrażane. Standardy mogą definiować zarówno minimalne wymagania dotyczące określonych usług, jak i precyzować optymalne i najbardziej pożądane wymagania. Na marginesie należy poczynić tutaj uwagę, że znacznie łatwiej jest wystandaryzować usługę, która dopiero jest tworzona, niż sprecyzować z wykorzystaniem standardów już funkcjonujące usługi, szczególnie jeśli są one realizowane od wielu lat, mają jakąś tradycję oraz realizowane są przez wiele różnych podmiotów.

Ostatecznie standardy usług świadczonych ludziom bezdomnym pomagają określić zróżnicowanie finansowe ich realizacji. Oczywiście jest fakt innego poziomu kosztów w ogrzewalni czy noclegowni, a innego w domu dla bezdomnych. Dzięki precyzyjnemu zapisowi wymagań bez większego trudu można określić ramy finansowe funkcjonowania danej usługi. Także standardy powinny być na tyle elastyczne, aby uwzględniać lokalną specyfikę, nie tworzyć wspólnego i identycznego systemu pomocy ludziom bezdomnym w Polsce, a jedynie spójny i jednocześnie różnorodny system wsparcia ludzi bezdomnych. Należy zatem zachować różnorodność usług oferowanych przez organizacje pozarządowe, a jedynie nadać im profil i bardziej usystematyzowany kierunek.

**ZAPRASZAMY DO LEKTURY, WSPÓŁPRACY I DZIELENIA SIĘ
SWOIMI UWAGAMI.**

W imieniu partnerów projektu:

CARITAS Diecezji Kieleckiej

Pomorskiego Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności

Stowarzyszenia MONAR

Stowarzyszenia OTWARTE DRZWI

Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta

Związku Organizacji Sieci Współpracy BARKA

Piotr Olech

Kierownik zadania nr 4

Kierownik PFWB i Partnerstwa Pozarządowego





ZAGADNIENIA OGÓLNE

Bezdomność

– jak ją rozumieć?

1.1.1 Definiowanie bezdomności w Europie

Europejska typologia bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego (CARITAS Diecezji Kieleckiej, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Stowarzyszenie MONAR, Stowarzyszenie OTWARTE DRZWI, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Związek Organizacji Sieć Współpracy BARKA, 2010)

Problematyka bezdomności, jak dotąd, skutecznie wymyka się wszelkim próbom jednolitego akademickiego jej ujmowania. Trudności z tego wynikające nie ograniczają się jednak do, rozwijających się skądinąd, dyskursów prowadzonych w uniwersyteckich korytarzach. Problem ten znajduje swoje konsekwencje w praktycznej realizacji wsparcia ludzi, którzy z różnych przyczyn doświadczają braku dachu nad głową. Problemy definicyjne, utrudniające często udzielenie właściwej pomocy osobom jej wymagającym, są już przedmiotem zainteresowania nie tylko środowiska akademickiego, ale bardzo szerokiego grona praktyków, którzy tej pomocy udzielają.

Aktualnie żadnej z przyjętych definicji bezdomności nie można uznać za w pełni określającą to, kim jest osoba bezdomna, ani też sytuacji, jakiej ona w szerokim ujęciu doświadcza. Stan ten okazuje

się jednak silnym stymulatorem działań mających na celu „uporządkować” rozumienie problematyki, a tym samym mających usystematyzować wszelkie działania, jakie w tym zakresie są podejmowane. Za najlepiej oddającą całe szerokie spektrum problemu uznaje się aktualnie *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* (ETHOS), stworzoną przez FEANTSA¹.

Mimo niekwestionowanej uniwersalności ETHOS konieczne jest zwrócenie uwagi na jedną z najistotniejszych jej cech: ETHOS nie jest adekwatnym, niezależnym od miejsca i czasu, ujęciem problematyki, ale bazą, która pozwala na opisywanie bezdomności z uwzględnieniem lokalnych (narodowych) czynników społecznych, gospodarczych, kulturowych itp. Tym samym uniwersalizm tej typologii polega nie na możliwości jej bezpośredniej i całościowej transpozycji do lokalnych systemów polityki społecznej, ale na możliwości swobodnego, acz opartego na empirycznych danych, wykorzystania do opisywania bezdomności. ETHOS jest więc skończonym (na chwilę obecną) katalogiem możliwych postaci bezdomności, z których nie wszystkie muszą występować w warunkach lokalnych.

Poniżej przedstawiamy *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* jako punkt wyjścia do tworzenia narodowych definicji i typologii bezdomności. Definicje i typologie należy rozumieć jako całość wzajemnie się uzupełniającą. Za fenomen bezdomności w odniesieniu do polskich realiów administracyjnych, społecznych, prawnych i kulturowych uznano kategorie ETHOS oznaczone w tabeli poniżej kolorem pomarańczowym (od 1 do 7); zjawisko wykluczenia mieszkaniowego oznaczano kolorem żółtym. Kolorem zielonym oznaczono te kategorie, które trudno umiejscowić według realiów polskich, w zależności od indywidualnej sytuacji administracyjnej, społecznej i prawnej, warunków i standardów zakwaterowania, można je uznać za sytuację bezdomności bądź wykluczenia mieszkaniowego.

¹ FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) to działająca od ponad 20 lat organizacja, której celem jest możliwie szeroko rozumiane zapobieganie i zwalczanie bezdomności oraz niwelowanie jej skutków. Zrzesza ponad 100 organizacji z całej Europy, z których większość to narodowe lub regionalne organizacje parasolowe, skupiające w swoich szeregach podmioty bezpośrednio wspierające osoby bezdomne. FEANTSA ma istotny wkład na polu definiowania bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego (FEANTSA, 2010).

TABELA NR 1 | Europejska typologia bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS 2008 (FEANSTA, b.d.)

Kategoria koncepcyjna	Kategoria operacyjna		Sytuacja życiowa		Definicja generalna
Bez dachu nad głową BEZDACHOWOŚĆ	1	Osoby mieszkające w przestrzeni publicznej – „śpiący pod chmurką”	1.1	Publiczna lub zewnętrzna przestrzeń	Życie na ulicy lub w miejscach publicznych, bez schronienia, które może zostać uznane za pomieszczenie mieszkalne
	2	Osoby w zakwaterowaniu awaryjnym/interwencyjnym	2.1	Noclegownia	Osoby bez stałego miejsca zamieszkania, korzystający z placówek oferujących nocleg, placówki bezpośredniego i łatwego dostępu (niskoprogrowe)
Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKANIOWOŚĆ	3	Osoby w placówkach dla bezdomnych	3.1	Schronisko dla bezdomnych	Z założenia krótki czas zamieszkiwania
			3.2	Zakwaterowanie tymczasowe	
			3.3	Przejściowe zakwaterowanie wspierane	
	4	Osoby w schroniskach dla kobiet	4.1	Zakwaterowanie w schronisku dla kobiet	Osoby zakwaterowane z powodu doświadczania przemocy w rodzinie (głównie kobiety), gdzie pobyt z założenia powinien być krótkoterminowy
	5	Osoby w zakwaterowaniu dla imigrantów	5.1	Tymczasowe zakwaterowanie/ośrodki recepcyjne	Recepcyjne lub krótkotrwałe zakwaterowanie z powodu imigracji lub uchodźstwa
			5.2	Zakwaterowanie dla migrujących pracowników	
	6	Osoby opuszczające instytucje	6.1	Instytucje penitencjarne/karne	Brak dostępu do mieszkania przed zwolnieniem z instytucji
			6.2	Instytucje medyczne	Pozostawanie dłużej niż potrzeba ze względu na brak mieszkania
			6.3	Instytucje/domy dla dzieci	Bez zidentyfikowanego mieszkania (np. przed zbliżającymi się 18 urodzinami)
	7	Osoby otrzymujące stałe, długoterminowe wsparcie ze względu na bezdomność	7.1	Opieka nad starszymi ludźmi bezdomnymi	Długoterminowe zakwaterowanie z opieką i pomocą dla ludzi kiedyś bezdomnych (zazwyczaj pobyt dłuższy niż rok)
7.2			Wspierane mieszkalnictwo dla uprzednio bezdomnych ludzi		

Niebezpieczne mieszkanie	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo u rodziny lub przyjaciół	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w swoim stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu
			8.2	Wynajmujący nielegalnie	Zajmowanie mieszkania bez legalnej/ważnej umowy najmu lub nielegalne zajmowanie mieszkania
			8.3	Nielegalne zajmowanie ziemi	Zajmowanie ziemi bezprawnie
	9	Osoby zagrożone eksmisją	9.1	Z orzeczoną eksmisją	Kiedy nakaz eksmisji jest wdrażany (nakaz eksmisji został wydany)
			9.2	Nakaz zwrotu mienia	Kiedy właściciel/kredytodawca ma prawo przejęcia własności
	10	Osoby zagrożone przemocą	10.1	Incydenty rejestrowane przez policję/Straż Miejską	Gdy policja podejmuje akcję, by zagwarantować bezpieczeństwo ofiar przemocy w rodzinie
Nieodpowiednie/nieadekwatne zakwaterowanie	11	Osoby żyjące w tymczasowych/niekonwencjonalnych/nietrwałych konstrukcjach (strukturach)	11.1	Mobilne domy	Nieprzeznaczone jako stałe miejsca zamieszkiwania
			11.2	Niekonwencjonalne budynki	Prowizoryczne schronienie, szałas, szopa lub inna konstrukcja
			11.3	Tymczasowe konstrukcje	Nie w pełni stałe/trwałe struktury, budy, chaty lub domki letniskowe
	12	Osoby mieszkające w lokalach substandardowych	12.1	Zajmowanie mieszkania nieodpowiedniego do zamieszkiwania/niespełniającego standardów mieszkaniowych	Nienadające się do zamieszkania według ustawowego standardu krajowego lub przepisów budowlanych
	13	Osoby mieszkające w warunkach przeludnienia	13.1	Najwyższa krajowa norma przeludnienia	Zdefiniowane jako przekroczenie krajowych standardów przeludnienia lub pomieszczeń użytkowych lub metrażu na osobę

Uwaga: pobyt krótkoterminowy jest określony jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok.

Definicja ta jest kompatybilna z definicjami stosowanymi do spisów powszechnych rekomendowanych przez UNECE EUROSTAT (United Nations Economic Commission for Europe and the Statistical Office of the European Communities, 2006).

1.1.2 Definiowanie bezdomności w Polsce

W Polsce formalnie funkcjonującą definicję bezdomności zawiera ustawa o pomocy społecznej. W jej rozumieniu:

osoba bezdomna to osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania

(Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

Organizacje pozarządowe pracujące w ramach partnerstwa pozarządowego w projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z bezdomnymi, w tym w ramach opracowania modelu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”, w celu badania (mierzenia) skali i charakteru zjawiska bezdomności, a w konsekwencji rozwoju polityki społecznej wobec bezdomności, proponują przyjęcie uzupełniającej definicji oraz typologii bezdomności. Poniższą definicję opisową oraz typologię bezdomności należy interpretować łącznie z definicją ustawową.

Osoba bezdomna to taka, która z różnych przyczyn, wykorzystując własne możliwości i uprawnienia, czasowo lub trwale nie jest w stanie zapewnić sobie schronienia spełniającego minimalne warunki pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne

(Przymeński A., 1997).

Miejsce spełniające warunki mieszkalne to takie, które nadaje się do stałego przebywania bez narażania zdrowia i które umożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych: noclegu, zachowania higieny osobistej, sporządzania posiłków
(Duracz-Walczak A., 2001/2002, s. 22).

Definicja wskazuje, że placówki dla osób bezdomnych jako miejsca zbiorowego zakwaterowania nie są pomieszczeniami mieszkalnymi. Definicja jednocześnie uwzględnia osoby, które posiadają dostęp do mieszkania, ale nie są w stanie z różnych przyczyn w nich zamieszkiwać.

Pomimo tego, że definicja ta wydaje się wyczerpująca, uznano za zasadne rozwinięcie aspektu sfer oddziaływania bezdomności, jakkolwiek jednak nie traktując tej części jako elementu definicji. Bezdomność manifestuje się w kilku płaszczyznach, wymiarach i sferach. Bezdomność można zatem postrzegać przez pryzmat określonych sfer, ukazujących problemy i deficyty oraz wymiary funkcjonowania ludzi bezdomnych. Najważniejsze sfery to:

Sfera psychologiczna – obejmuje poczucie psychicznego dobrostanu, tożsamość, poziom samooceny, poziom kontroli wewnętrznej, sposób reagowania na kryzysy i problemy, poziom umiejętności interpersonalnych, sposób postrzegania odpowiedzialności za pojawienie się własnej bezdomności i wyjście z niej, a także psychologiczne konsekwencje, jakie (długotrwałą) bezdomność wywarła na osobie. Obejmuje również problemy osoby bezdomnej wymagające wsparcia psychologicznego i terapeutycznego (uzależnienia – także od pomocy, współuzależnienia, doświadczanie przemocy itp.). Dotyczy także szeroko rozumianego kontekstu rodzinnego, zwłaszcza poczucia więzi z rodziną, prokreacji i pochodzenia.

Sfera zawodowa – sfera funkcjonowania osoby bezdomnej w kontekście zawodowym, obejmująca takie zagadnienia jak nawyk pracy, umiejętność otrzymania i utrzymania zatrudnienia, poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych, poziom podejmowanej aktywności o charakterze zawodowym, własna, subiektywnie i obiektywnie postrzegana atrakcyjność na rynku pracy, a także umiejętność odnalezienia się na otwartym rynku pracy. Sfera ta dotyczy również

barier w podejmowaniu aktywności zawodowej, wynikających z życia rodzinnego (zwłaszcza rodzicielskiego) oraz umiejętności łączenia roli (często samotnego) rodzica i pracownika.

Sfera zdrowotna – sfera odnosząca się do kondycji fizycznej osoby bezdomnej. Obejmuje stan zdrowia, stopień uzależnienia – zwłaszcza od środków psychoaktywnych, stopień niepełnosprawności, poziom dbałości o własną sprawność i aktywność fizyczną, ewentualne przeciwwskazania do podjęcia konkretnej aktywności zawodowej oraz umiejętność dbania o stan zdrowia – w zależności od wieku, wskazań lekarskich, warunków życia.

Sfera socjalno-bytowa – dotyczy socjalnego poziomu życia osoby bezdomnej i jej zabezpieczenia bytowego. Wiąże się z przestrzenią życiową osoby – jednak bardziej z „bytem” niż mieszkaniem (czyli pobytem na działkach, w altankach, w miejscach publicznych, w placówkach dla osób bezdomnych itp). Dotyczy posiadanego przez osobę bezdomną poziomu ekonomicznej niezależności oraz zabezpieczenia finansowego, obejmującego wysokość regularnie otrzymywanego dochodu, zasiłków, zakresu i formy otrzymywanej pomocy – także z ośrodków pomocy społecznej. Wiąże się z sytuacją prawną osoby (karalność, zadłużenia alimentacyjne, ciężące na osobie kary pozbawienia wolności, niewyjaśniony stan cywilny czy praw rodzicielskich, brak przysługującego prawa do lokalu).

Sfera mieszkaniowa – odnosi się do wszelkich aspektów życia osoby bezdomnej w mieszkaniu (treningowym, wspieranym, socjalnym, komunalnym) – zarówno w wymiarze prawnym, ekonomicznym czy psychologicznym. Dotyczy umiejętności samodzielnego dbania o przestrzeń życiową i utrzymania mieszkania, życia w nim, racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi, umiejętności nawiązania relacji społecznych. Odnosi się także do pojęcia przysługującego osobie prawa do lokalu.

Sfera społeczna – obszar obejmujący funkcjonowanie osoby bezdomnej w szerszej grupie społecznej oraz w całym społeczeństwie. Dotyczy poziomu zintegrowania i identyfikowania się ze społeczeństwem przy jednoczesnym zerwaniu więzi ze środowiskiem osób bezdomnych, poczucia przynależności do większych i mniejszych grup społecznych. Dotyczy także przejawiania zachowań społecznie aprobowanych, umiejętności funkcjonowania w grupach oraz w społeczeństwie, a także stopnia podejmowanych aktywności życiowych również o wymiarze społecznym i obywatelskim oraz umiejętności twórczego spędzania czasu wolnego (Dębska-Cenian A., 2008).

1.1.2.1 POLSKA TYPOLOGIA BEZDOMNOŚCI

Aktualnie w większości krajów europejskich za punkt wyjścia do opisywania bezdomności przyjmuje się *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* (szerzej o niej pisano wyżej). Tym samym do opracowania *Polskiej typologii bezdomności* wykorzystano *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* wypracowaną i upowszechnianą przez FEANTSA. Zgodnie z zaleceniami FEANTSA to od danego kraju zależy dokładne zdefiniowanie typologii związanych z bezdomnością, a także odrębne zdefiniowanie wykluczenia mieszkaniowego. Definicje i typologie należy rozumieć jako całość wzajemnie się uzupełniającą. Zachowano numerację kategorii zgodną z ETHOS, w całości zaprezentowaną w powyższych rozdziałach, a także zastosowano rozróżnienie na kategorie dotyczące zjawiska samej bezdomności (bezdomność *sensu stricte*) oraz wykluczenia mieszkaniowego (bezdomność *sensu largo*).

Poniżej prezentujemy *Polską typologię bezdomności*, będącą operacjonalizacją definicji powyżej umiejscowionych. Trudno bowiem wprost wykorzystać przedstawione definicje do określenia skali zjawiska czy jej charakteru, większość z nich wymaga do tych celów operacjonalizacji z uwzględnieniem konkretnych kategorii.

TABELA NR 2 | Polska typologia bezdomności na podstawie Europejskiej typologii bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS 2008 (FEANSTA, b.d.)

Kategoria koncepcyjna	Kategoria operacyjna		Sytuacja życiowa		Definicja generalna	Kategorie polskie ²
Bez dachu nad głową BEZDACHOWOŚĆ	1	Osoby mieszkające w przestrzeni publicznej – „śpiący pod chmurką”	1.1	Publiczna lub zewnętrzna przestrzeń	Życie na ulicy lub w miejscach publicznych, bez schronienia, które może zostać uznane za pomieszczenie mieszkalne	Dworce kolejowe i autobusowe oraz ich okolice, kanały i węzły ciepłownicze, ulice, plaże, bunkry, lasy i parki, miejsca na cmentarzach, centra handlowe, parkingi, opuszczone samochody, klatki schodowe, zsypy, piwnice, strychy, śmietniki, złomowce, ziemianki, wagony i bocznice kolejowe
	2	Osoby w zakwaterowaniu awaryjnym/interwencyjnym	2.1	Noclegownia	Osoby bez stałego miejsca zamieszkania, korzystający z placówek oferujących nocleg, placówki bezpośredniego i łatwego dostępu (niskoprogowe)	Ogrzewalnie, noclegownie, przebywanie w placówce i/ lub z koniecznością spędzenia kilku godzin w ciągu dnia w miejscach publicznych, placówki bezpośredniego dostępu np. garkuchnie, punkty pomocy medycznej
	3	Osoby w placówkach dla bezdomnych	3.1	Schronisko dla bezdomnych	Z założenia krótki czas zamieszkiwania	Schronisko krótkiego pobytu, zakwaterowanie tymczasowe (bez określonego czasu pobytu), zakwaterowanie tymczasowe (z określonym czasem pobytu), zakwaterowanie tymczasowe (dłuższy pobyt), mieszkanie wspierane, trenin-gowe, kontraktowe, chronione
			3.2	Zakwaterowanie tymczasowe		
			3.3	Przejęciowe zakwaterowanie wspierane		
	4	Osoby w schroniskach dla kobiet	4.1	Zakwaterowanie w schronisku dla kobiet	Kobiety zakwaterowane z powodu doświadczania przemocy domowej, gdzie pobyt z założenia powinien być krótkoterminowy	Zakwaterowanie w schronisku lub hostelu, wspierane mieszkalnictwo, centra interwencji kryzysowej, specjalistyczne ośrodki wsparcia, domy samotnej matki
	5	Osoby w zakwaterowaniu dla imigrantów	5.1	Tymczasowe zakwaterowanie/ośrodki recepcyjne	Recepcyjne lub krótkotrwałe zakwaterowanie z powodu statusu uchodźcy lub imigranta	Zakwaterowanie dla repatriantów, placówki dla uchodźców
5.2			Zakwaterowanie dla migrujących pracowników			

Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKANIOWOŚĆ	6	Osoby opuszczające instytucje	6.1	Instytucje penitencjarne/karne	Brak dostępu do mieszkania przed zwolnieniem z instytucji	Zakłady karne, areszty (6 miesięcy do planowanego zwolnienia), szpitale, szpitale psychiatryczne, placówki leczenia odwykowego, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne
			6.2	Instytucje medyczne	Pozostawanie dłużej niż potrzeba ze względu na brak mieszkania	
	7	Osoby otrzymujące stałe, długoterminowe wsparcie ze względu na bezdomność	7.1	Opieka nad starszymi ludźmi bezdomnymi	Długoterminowe zakwaterowanie z opieką dla starszych ludzi bezdomnych	Domy dla bezdomnych, domy socjalne, hostele, domy opieki dla bezdomnych
			7.2	Wspierane mieszkalnictwo dla uprzednio bezdomnych ludzi		Mieszkania socjalne, wspierane, mieszkania chronione, treningowe, kontraktowe, mieszkania wynajmowane a wspierane z tytułu bezdomności Wspólnoty mieszkańców – np. prowadzone przez EMAUS czy BARKĘ
Niebezpieczne mieszkanie	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo u rodziny lub przyjaciół	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w swoim stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu	W szczególności meliny i mieszkania, w których ludzie przebywają tymczasowo, doświadczając jednocześnie bezdomności w rozumieniu definicji opisowej
Nieodpowiednie/nieadekwatne zakwaterowanie	11	Osoby żyjące w tymczasowych/niekonwencjonalnych/nietrwałych konstrukcjach (strukturach)	11.1	Mobilne domy	Nieprzeznaczone jako zwykłe miejsca zamieszkiwania	Konstrukcje tymczasowe, domy na kółkach/przyczepy kempingowe (niebędące zakwaterowaniem wakacyjnym), nielegalne zajmowanie przestrzeni (np. Romowie, włóczędzy)
			11.2	Niekonwencjonalne budynki	Prowizoryczne schronienie	Szopy, szałas, ziemianki lub inne konstrukcje własne
			11.3	Tymczasowe konstrukcje	Nie w pełni stałe/trwałe struktury, chaty lub kajuty	Tereny ogródków działkowych, domki letniskowe, garaże, przyczepy kempingowe, pustostany, budynki do rozbiórki

Uwaga: pobyt krótkoterminowy jest określony jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok.

Definicja ta jest kompatybilna z definicjami stosowanymi do spisów powszechnych rekomendowanych przez UNECE EUROSTAT (United Nations Economic Commission for Europe and the Statistical Office of the European Communities, 2006).

² Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje.

1.1.2.2 PROBLEMATYKA WYKLUCZENIA MIESZKANIOWEGO. POLSKA TYPOLOGIA WYKLUCZENIA MIESZKANIOWEGO

Wykluczenie mieszkaniowe, innymi słowy deprywacja czy bieda mieszkaniowa, to zjawisko obejmujące sytuację zarówno niestabilnego i niezabezpieczonego mieszkania, jak i sytuację nieadekwatnego zamieszkiwania. Wykluczenie w tej sytuacji nie obejmuje tylko fizycznych problemów z mieszkaniem (dachem nad głową), ale także problemy z nawiązywaniem relacji społecznych czy uregulowaniami administracyjnymi i prawnymi.

Według *Europejskiej typologii bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* (ETHOS) wykluczenie mieszkaniowe obejmuje wiele różnorodnych grup obywateli, m.in. ludzi zagrożonych eksmisją, doświadczających przemocy, zamieszkujących substandardowe lub przeludnione mieszkania.

Polskie organizacje pracujące w ramach partnerstwa pozarządowego w projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z bezdomnymi, w tym w ramach opracowania modelu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”, jednocześnie identyfikują zjawisko wykluczenia mieszkaniowego jako sytuację bezpośredniego zagrożenia bezdomnością, jakkolwiek trudno te sytuacje utożsamiać z bezdomnością. Poniżej prezentujemy kategorie zaczerpnięte także z ETHOS, prezentujące zjawisko wykluczenia mieszkaniowe (zagrożenie bezdomnością) w Polsce. Do tej typologii nie mają zastosowania definicja ustawowa i opisowa odnoszące się do bezdomności.

TABELA NR 3 | Polska typologia wykluczenia mieszkaniowego na podstawie Europejskiej typologii bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS 2008 (FEANSTA, b.d.)¹

Kategoria koncepcyjna	Kategoria operacyjna	Sytuacja życiowa		Definicja generalna	Kategorie polskie ³
Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKANOWOŚĆ	6 Osoby opuszczające instytucje	6.3	Instytucje/domy dla dzieci	Bez zidentyfikowanego mieszkania (np. przed zbliżającymi się 18 urodzinami)	Placówki opiekuńczo-wychowawcze
Niezabezpieczone mieszkanie	8 Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo u rodziny lub przyjaciół	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu	Zamieszkujący czasowo u rodziny lub przyjaciół (nie z wyboru)
		8.2	Bez legalnej umowy najmu	Zajmowanie mieszkania bez legalnej/ważnej umowy najmu, nielegalne zajmowania mieszkania	Zamieszkiwanie w pomieszczeniu z niestandardową umową najmu lub podnajmu (z wyłączeniem squattingu)
		8.3	Nielegalne zajmowanie ziemi	Zajmowanie ziemi bezprawnie	
	9 Osoby zagrożone eksmisją	9.1	Z orzeczoną eksmisją	Kiedy nakaz eksmisji jest wdrażany (nakaz eksmisji został wydany)	Zasądzona eksmisja
		9.2	Nakaz zwrotu mienia	Kiedy właściciel/kredytodawca ma prawo przejęcia własności	
	10 Osoby zagrożone przemocą	10.1	Incydenty rejestrowane przez policję/Straż Miejską	Gdy policja podejmuje akcję, by zagwarantować bezpieczeństwo ofiar przemocy w rodzinie	Mieszkający pod groźbą przemocy ze strony partnera lub członka rodziny

³ Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje.

Nieodpowiednie/nieadekwatne zakwaterowanie	11	Osoby żyjące w tymczasowych/niekonwencjonalnych/nietrwałych konstrukcjach (strukturach)	11.1	Mobilne domy	Nieprzeznaczone jako stałe miejsca zamieszkiwania	Konstrukcje tymczasowe, domy na kółkach, przyczepy kempingowe (niebędące zakwaterowaniem wakacyjnym), nielegalne zajmowanie przestrzeni (np. Romowie, włóczędzy)
			11.2	Niekonwencjonalne budynki	Prowizoryczne schronienie	Szopy, szałas, ziemianki lub inne konstrukcje własne
			11.3	Tymczasowe konstrukcje	Nie w pełni stałe/trwałe struktury, chaty lub kajuty	Tereny ogródków działkowych, domki letniskowe, garaże, przyczepy kempingowe, pustostany, budynki do rozbiórki
	12	Osoby mieszkające w lokalach substandardowych	12.1	Zajmowanie mieszkania nieodpowiedniego do zamieszkiwania/niespełniającego standardów mieszkaniowych	Nienadające się do zamieszkania według ustawowego standardu krajowego lub przepisów budowlanych	Mieszkania substandardowe
	13	Osoby mieszkające w warunkach przeludnienia	13.1	Najwyższa krajowa norma przeludnienia	Zdefiniowane jako przekroczenie krajowych standardów przeludnienia lub pomieszczeń użytkowych lub metrażu na osobę	Mieszkania przeludnione, osoby zamieszkujące poniżej krajowej normy skrajnego przeludnienia

Uwaga: pobyt krótkoterminowy jest określony jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok.

Definicja ta jest kompatybilna z definicjami stosowanymi do spisów powszechnych rekomendowanych przez UNECE EUROSTAT (United Nations Economic Commission for Europe and the Statistical Office of the European Communities, 2006).

Bibliografia:

CARITAS Diecezji Kieleckiej, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Stowarzyszenie MONAR, Stowarzyszenie OTWARTE DRZWI, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Związek Organizacji Sieć Współpracy „BARKA”, 2010. *Stanowisko wobec definicji oraz typologii bezdomności*. Ł. Browarczyk, M. Dębski, red. „Forum. O bezdomności bez lęku”. Gdańsk.

Dębska-Cenian A., 2008. *Sfery oddziaływania jako odpowiedź na wyzwania społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych*, W: A. Dębska-Cenian, P. Olech, *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*. Gdańsk.

Duracz-Walczak A., 2001/2002. *O ujednoczenie pojęć dotyczących bezdomności w Polsce*, W: *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*. red. A. Duracz-Walczak. Warszawa-Gdańsk.

Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

FEANTSA, 2010. www.feantsa.org, 12.12.2010.

FEANSTA, b.d. *Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS*. tłum. P. Olech. J. Wygnańska. [www.feantsa.org/files/fresh start/Toolkits/Ethos/Leaflet/PL.pdf](http://www.feantsa.org/files/fresh_start/Toolkits/Ethos/Leaflet/PL.pdf), dostęp: 20.09.2009.

Przymeński A., 1997. *Bezdomność – społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zjawiska na przykładzie Poznania*. „Praca Socjalna” nr 3.

United Nations Economic Commission for Europe and the Statistical Office of the European Communities, 2006. *Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing*. Geneva.





**STANDARD PARTNERSTWA
LOKALNEGO**

2.1

Nazwa/opis/definicja usługi

2.1.1 Nazwa

Standard partnerstwa lokalnego na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

2.1.2 Opis

Partnerstwo lokalne jest platformą współpracy pomiędzy partnerami lokalnymi, reprezentującymi różne obszary życia społeczno-gospodarczego. Partnerzy w sposób trwały i systematyczny projektują i realizują działania, których celem jest: identyfikowanie i rozwiązywanie lokalnych problemów, budowanie tożsamości społeczności lokalnej, budowanie spójnego społecznie środowiska lokalnego, w którym każdy obywatel ma odpowiednie warunki rozwoju osobistego i społecznego. Partnerstwo cechują długotrwałość działania, różnorodność podmiotów w nim uczestniczących, dobrowolność uczestnictwa.

Partnerstwo lokalne, które w swoim podstawowym założeniu zakłada współpracę różnorodnych osób, grup i środowisk, jest swoistą „szkołą” myślenia i działania na rzecz dobra wspólnego, minimalizującą interesy partykularne. Niezależnie od problematyki, jaką się zajmuje, czy otoczenia, w którym działa, atutem partnerstwa jest dobra znajomość problemów społeczności lokalnej, współdziałanie różnych podmiotów lokalnych, zdolność do aktywizowania oddolnych inicjatyw obywatelskich, tworzenie przyjaznego otoczenia, w którym każdy może znaleźć swoje miejsce, efektywne eliminowanie

mechanizmów działających wykluczająco na słabsze ekonomicznie i społecznie grupy lokalne i wreszcie to, co w każdym działaniu jest najważniejsze – dobrowolne wzięcie na siebie zobowiązań i odpowiedzialności w celu rozwiązania istniejących problemów społecznych.

2.2

Zasady tworzenia i funkcjonowania partnerstwa

Tworzenie i funkcjonowanie partnerstwa musi uwzględniać zasady, respektowane przez wszystkich partnerów.

Wśród najważniejszych zasad należy wymienić:

- dobrowolność uczestnictwa
- równorzędność wszystkich partnerów
- przejrzystość działania
- podejmowanie decyzji oparte na konsensusie
- wzajemne zaufanie
- wzajemne poszanowanie i tolerancję
- otwartość
- apolityczność.

2.3

Inicjowanie

Partnerstwa powstają w oparciu o zasadę „otwarte drzwi”.

Identyfikacja problemu

Idea tworzenia partnerstwa wynika z potrzeby rozwiązania problemu/problemów, dotyczących danej społeczności lokalnej. Punktem wyjścia jest zniwelowanie zjawiska o charakterze negatywnym, szukanie sposobu jego rozwiązania lub chociażby zmniejszenie skali problemu. Może być nim także dążenie do stworzenia wizji lepszej przyszłości dla danej społeczności. W zakresie bezdomności celem, w pierwszym rozumieniu, może być np. zlikwidowanie zjawiska bezdomności w miejscach publicznych, w drugim – zapewnienie osobom bezdomnym skutecznych warunków wychodzenia z bezdomności oraz zapobieganie przyczynom bezdomności.

Powołując partnerstwo, należy ustalić:

- rzeczywiste problemy środowiska lokalnego (postawić diagnozę)
- cele, umożliwiające rozwiązanie zdiagnozowanych problemów
- plan działania (określenie, w jaki sposób można rozwiązać problemy).

2.3.1 Inicjator

Inicjatorem partnerstwa lokalnego może być osoba fizyczna lub prawna (np. organizacja pozarządowa, instytucja). Może to być jeden lub kilka podmiotów jednocześnie. Inicjator powinien mieć duże umiejętności organizacyjne, być komunikatywny, rozpoznawalny w środowisku lokalnym i posiadać jego zaufanie.

2.3.2 Ogólne rozpoznanie podmiotów partnerstwa lokalnego

Inicjator sporządza listę potencjalnych partnerów, których udział jest niezbędny lub potrzebny do powstania partnerstwa. Sporządzając listę, należy – w miarę możliwości – ocenić mocne i słabe strony potencjalnych partnerów oraz ich wolę zaangażowania się w partnerstwo. Taka ocena, choćby niepełna, jest pomocna przy właściwym doborze partnerów. W pozyskiwaniu partnerów wskazane jest także uwzględnienie ich znajomości lokalnych stosunków społecznych. Osoby, organizacje czy instytucje, które mają autorytet, mogą „przyciągnąć” innych uczestników, poza tym wzmacniają wiarygodność podejmowanych inicjatyw.

2.3.3 Wykorzystanie przez inicjatora wszelkich dostępnych sposobów komunikacji

Sposoby dotarcia do potencjalnych partnerów są różnorodne:

- umieszczanie ogłoszeń, m.in. w lokalnych mediach
- korzystanie z portali internetowych podmiotów lokalnych
- wysyłanie imiennych zaproszeń drogą elektroniczną lub pocztową
- przekazywanie ustnych informacji przez znajomych, instytucje itp.

Wszystkie te sposoby są wstępem do bezpośredniej rozmowy. Kontakt osobisty daje możliwość dokładnego przedstawienia podejmowanej inicjatywy, umożliwia także wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości i pokonanie niezdecydowania rozmówcy. Jest to bardzo ważne w kontekście organizacji pierwszego spotkania potencjalnych partnerów. W rozmowie należy określić zakładane cele partnerstwa, oczekiwania wobec partnera i sposoby skorzystania z posiadanych przez niego zasobów.

2.3.4 Tworzenie dobrego klimatu wokół budowania partnerstwa oraz pozytywnej motywacji do przystąpienia do partnerstwa

Zachęcając do przystąpienia do partnerstwa, inicjator powinien przedstawić zarówno korzyści wynikające ze wspólnego działania dla społeczności lokalnej, jak i korzyści płynące dla dobra poszczególnych partnerów. Inicjator, aby być wiarygodny, powinien także przedstawić ewentualne straty partnera, przy założeniu, że korzyści powinny zawsze przewyższać możliwe straty.

Partnerzy, przystępując do wspólnego działania, myślą zazwyczaj przede wszystkim o tym, jakie będą mieć korzyści z uczestnictwa w partnerstwie. Takie podejście nie zawsze jest czymś niewłaściwym, jednakże aby wspólne przedsięwzięcie przyniosło oczekiwany rezultat oraz została zachowana zasada wzajemnego zaufania i jawności działań, oczekiwania poszczególnych podmiotów partnerstwa powinny być jawne.

2.3.5 Organizacja pierwszego spotkania

Pierwsze spotkanie partnerów musi być bardzo starannie zorganizowane. Należy zadbać o to, aby miejsce spotkania sprzyjało podejmowanym rozmowom i przygotować jego odpowiednią „oprawę”. Materiały przygotowane na spotkanie powinny być zrozumiałe dla wszystkich, a najważniejsze z nich należy wcześniej przesłać uczestnikom spotkania, dając im w ten sposób możliwość zapoznania się z ich treścią.

Materiały powinny także zostać odpowiednio wcześniej wydrukowane, aby można było je rozdać podczas spotkania. Wskazane jest, by poszczególne punkty programu spotkania inicjator przygotował razem z zaproszonymi uczestnikami. Stwarza to – już na początku tworzenia partnerstwa – poczucie współodpowiedzialności.

Zalecaną praktyką jest zainteresowanie podejmowaną inicjatywą lokalnych mediów. Mają one możliwość rozpowszechnienia informacji o tworzeniu się partnerstwa, jego celach oraz prognozowanych rezultatach działań. Taka informacja może przynieść dodatkowy efekt w postaci zachęcenia innych podmiotów do zaangażowania się w partnerstwo. Ponadto media mogą udzielić powstającemu partnerstwu patronatu medialnego.

2.3.6 Przebieg pierwszego spotkania

Podczas pierwszego spotkania należy przedstawić – w sposób zrozumiały dla wszystkich – problemy, nad którymi partnerstwo zamierza pracować w celu ich rozwiązania. Jeśli uczestnicy spotkania uznają przedstawione problemy za ważne, powinni zacząć opracowywać cele działania. Cele należy opracować bardzo starannie, bowiem od tego będą zależeć skuteczność działania, dobra organizacja pracy oraz znajomość zobowiązań każdego partnera. Na opracowanie celów partnerstwa należy poświęcić odpowiednio dużo czasu,

aż do chwili, gdy ustalone cele będą zrozumiałe dla wszystkich oraz zaakceptowana zostanie ich zasadność. Nie zawsze pierwsze spotkanie musi zakończyć się ostatecznym opracowaniem celów – w takim przypadku dyskusję należy kontynuować na następnym spotkaniu.

Przy okazji można przedyskutować, kogo jeszcze należałoby zaprosić do współdziałania.

Istotne jest wyznaczenie osób do kontaktu między potencjalnymi partnerami, określenie sposobu komunikacji oraz ustalenie daty i miejsca kolejnego spotkania.

2.3.7 Czynniki sprzyjające tworzeniu partnerstwa

- wspólne „interesy” i cele partnerów
- właściwy dobór partnerów
- uznanie wagi problemów, które partnerstwo zamierza rozwiązać
- silna motywacja do rozwiązania problemów
- wystarczające zasoby materialne, organizacyjne i ludzkie poszczególnych partnerów
- odpowiednie kompetencje i umiejętności inicjatora
- właściwy dobór osób, które partnerstwo będą reprezentować.

2.3.8 Czynniki hamujące tworzenie partnerstwa

- niewystarczające lub nieodpowiednie kompetencje inicjatora
- niewłaściwy dobór partnerów
- niewłaściwy dobór osób, które będą reprezentować partnerstwo
- trudność z pozyskaniem partnerów szczególnie ważnych dla działania i rozwoju partnerstwa, ukryte i niespójne cele i „interesy” poszczególnych partnerów
- niska motywacja do rozwiązywania problemów
- niewystarczające zasoby materialne, organizacyjne i ludzkie poszczególnych partnerów
- próba dominacji partnera dysponującego większymi zasobami czy możliwościami
- konflikty pomiędzy partnerami.

2.4

Zakres podmiotowy

Partnerstwa są otwarte na wszystkie instytucje i organizacje, w szczególności na te, które związane są z problematyką wykluczenia społecznego i integracji.

Podstawowym celem opracowania listy potencjalnych partnerów (uczestników partnerstwa) jest włączenie do wspólnych działań wszystkich najważniejszych podmiotów lokalnego rynku społeczno-gospodarczego. Każdy działający lokalnie podmiot dysponuje właściwym sobie potencjałem oraz wiedzą dotyczącą funkcjonowania społeczności lokalnej, jej problemów i przyczyn tych problemów. Przy opracowywaniu listy potencjalnych partnerów należy zwrócić szczególną uwagę na wszystkie podmioty działające na danym obszarze, aby nie pominąć w działaniach partnerstwa kogoś istotnego, szczególnie w kontekście przeciwdziałania bezdomności.

Wśród najważniejszych podmiotów należy wymienić:

- Instytucje publiczne działające w obszarze pomocy społecznej – w szczególności ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, regionalne ośrodki polityki społecznej, domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, wydziały polityki społecznej działające w urzędach miast i gmin, starostwach powiatowych oraz urzędach wojewódzkich.
- Organizacje pozarządowe ze szczególnym uwzględnieniem organizacji działających w obszarze pomocy społecznej, aktywizacji zawodowej, edukacji, zdrowia.
- Podmioty prowadzące placówki i działania na rzecz osób bezdomnych.
- Instytucje i placówki systemu ochrony zdrowia – w szczególności szpitale, przychodnie, pogotowie ratunkowe itp.
- Instytucje aktywizacji zawodowej – w szczególności powiatowe urzędy pracy, wojewódzkie urzędy pracy, agencje zatrudnienia,

agencje pośrednictwa pracy, centra integracji społecznej, ochotnicze hufce pracy.

- Instytucje i placówki wspierające osoby niepełnosprawne, uzależnione, ofiary przemocy – w szczególności warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej, ośrodki interwencji kryzysowej, grupy anonimowych alkoholików (AA), grupy anonimowych narkomanów (AN).
- Instytucje edukacyjne – w szczególności szkoły i inne placówki edukacyjne.
- Instytucje związane z mieszkalnictwem – w szczególności spółdzielnie mieszkaniowe, wspólnoty mieszkańców, wydziały gospodarki komunalnej działające przy urzędach miast.
- Instytucje biznesowe – w szczególności stowarzyszenia przedsiębiorców, związki pracodawców, izby handlowe i samych przedsiębiorców.
- Służby mundurowe.

Czynniki istotne przy ustalaniu zakresu podmiotowego partnerstwa dzielą się na dwie kategorie.

Określenie potencjalnych partnerów, którzy mają tworzyć partnerstwo:

- opracowanie listy instytucji/organizacji/, które mogą uczestniczyć w partnerstwie
- analiza ich potencjału i możliwości oddziaływania na społeczność lokalną
- analiza pod kątem przydatności/uzupełnienia przez potencjalnego partnera potrzeb tworzonego partnerstwa.

Określenie motywacji poszczególnych partnerów. Na tym etapie niezbędne jest określenie, co może skłonić potencjalnych partnerów do włączenia się w realizację partnerstwa, oraz przeanalizowanie, jakimi motywacjami kieruje się kierownictwo danej instytucji/organizacji i jakie są jej cele. Konieczne jest tutaj indywidualne podejście do każdego z potencjalnych partnerów. Należy także uwzględnić, co partnerstwo może im zaoferować i jakie korzyści mogą osiągnąć z zaangażowania się w partnerstwo.

TABELA NR 1 | Potencjalni członkowie partnerstwa lokalnego z uwzględnieniem ich roli w trzech płaszczyznach działania

Nazwa	Płaszczyzny		
	Prewencja	Interwencja	Integracja
Ośrodek pomocy społecznej	K	K	K
Organizacje pozarządowe	K	K	K
Podmioty prowadzące placówki i działania na rzecz osób bezdomnych	K	K	K
Powiatowe urzędy pracy	K	K	K
Media	K	K	K
Instytucje systemu ochrony zdrowia – szpitale, przychodnie, pogotowie ratunkowe	K	K	R
Policja, Straż Miejska, Straż Pożarna, Straż Graniczna	R	K	R
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	K	R	R
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	R	R	R
Sądownictwo, prokuratura, kuratorzy sądowi (społeczni i zawodowi), komornicy sądowi, skarbowi	R	R	R
Przedszkola, instytucje edukacyjne szczebla podstawowego, średniego, wyższego	R	R	R
Instytucje kształcenia ustawicznego	R	R	R
Sektor biznesu, w tym organizacje przedsiębiorców i cechy rzemiosł	R	R	R
Instytucje kultury	R	R	R
Instytucje kościelne i związki wyznaniowe	R	R	R
Instytucje mieszkalnictwa (spółdzielnie mieszkaniowe, wspólnoty mieszkańców, zarządcy nieruchomości komunalnych)	R	R	R
Jednostki samorządu terytorialnego (gminnego, powiatowego, samorząd województwa)	R	R	R
Urzędy wojewódzkie	R	R	R
Instytucje i organizacje sportowe	R	R	R
Wojewódzkie urzędy pracy	R	R	R
ochotnicze hufce pracy	R	R	R
Agencje zatrudnienia i agencje pośrednictwa pracy, kluby pracy	R	R	R
Inne: partie polityczne, biura poselskie, ZUS, urzędy skarbowe, sanepid, związki zawodowe	R	R	R

Opracowanie: grupa ekspercka ds. partnerstw lokalnych.

Legenda:

K - podmiot kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania partnerstwa w danej płaszczyźnie
R - podmiot rekomendowany do uczestnictwa w partnerstwie i realizacji zadań w danej płaszczyźnie

2.5

Analiza problemów, zasobów i otoczenia

Partnerstwa działają w oparciu o rzetelne diagnozy, dotyczące problemów środowiska zagrożonego wykluczeniem społecznym.

Partnerstwa opierają swoje działania na diagnozach lokalnych problemów. Diagnozy uwzględniają wszystkie istotne czynniki – zarówno fakty historyczne, jak i to, co jest, czyli istniejący stan faktyczny i prawny. Diagnozy powstają w oparciu o analizy danych wtórnych, badania terenowe, a także w oparciu o spotkania z mieszkańcami. Rzetelne analizy sprzyjają profesjonalizacji działania.

Opracowanie analizy nadaje partnerstwu trwałe podstawy do funkcjonowania i uspołnia działania z uwzględnieniem specyfiki środowiska lokalnego. Przeprowadzenie analizy pozwala też zaplanować działania partnerstwa oraz obszary, w których powinno ono funkcjonować.

Diagnoza przynosi wiedzę dotyczącą sytuacji społeczno-ekonomicznej poszczególnych grup społeczności lokalnej, ze szczególnym uwzględnieniem grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym. Ważnym aspektem diagnozy powinno być ukazanie charakteru lokalnych mechanizmów wykluczenia społecznego, a także odpowiedź na pytanie, jakie zjawiska społeczne i ekonomiczne oddziałują wykluczająco na określone grupy społeczne albo utrudniają im dostęp do usług publicznych (np. edukacji, informacji publicznej, wsparcia socjalnego).

Partnerstwo powinno zadbać o to, aby diagnoza powstała w oparciu o uzgodnioną metodologię, wypracowaną ze specjalistami z zakresu badań społecznych. Wynika z tego stała konieczność doskonalenia metod badań społecznych, niezbędnych do wypracowania coraz

doskonalszych metod diagnozowania stanu lokalnej społeczności, a zwłaszcza tych środowisk, które zagrożone są wykluczeniem społecznym i bezdomnością. Mechanizmy wykluczające powinny być poddawane stałej analizie przede wszystkim w następujących obszarach polityki społecznej:

- rynek pracy
- instytucje polityki społecznej
- instytucje publiczne
- edukacja, ze szczególnym uwzględnieniem szkół i placówek oświatowych
- kultura i sport.

Partnerstwo wypracowuje diagnozę i systematycznie ją aktualizuje w oparciu o nowe dane. Częstotliwość aktualizacji danych zależy od zmieniającej się sytuacji społeczno-gospodarczej na terenie, na jakim partnerstwo działa.

Diagnoza zawiera analizę funkcjonowania najważniejszych instytucji lokalnych pod kątem profilu ich działania i roli, jaką mogą odegrać w reintegracji społeczno-zawodowej osób zagrożonych marginalizacją. Diagnoza powinna także zawierać rekomendacje dla lokalnych podmiotów społecznych w zakresie wzmocnienia ich działań przeciwdziałających wykluczeniu poprzez ograniczenie/eliminację tych wszystkich czynników, które mogą oddziaływać wykluczająco. W tym aspekcie szczególnej diagnozie powinny być poddane instytucje rynku pracy, instytucje pomocy społecznej, szkoły i inne placówki oświatowo-edukacyjne. Partnerstwo powinno także przeprowadzać analizę otoczenia, uwzględniającą obiektywne czynniki, które mają wpływ na jego funkcjonowanie, np. ograniczenia legislacyjno-prawne (brak lub ułomne prawo związane z partnerstwem publiczno-społecznym, warunki narzucane przez Komisję Europejską).

W przypadku problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością powinny być w szczególności zdiagnozowane sam problem oraz system jego rozwiązywania.

Problem bezdomności i zagrożenia bezdomnością:

- skala problemu bezdomności
- przyczyny bezdomności
- profil osób bezdomnych
- liczba osób zagrożonych eksmisją
- przyczyny zagrożenia eksmisją.

System wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością:

- podmioty działające na rzecz osób bezdomnych: rodzaj i skala usług, potencjał instytucji i organizacji
- jakość współpracy pomiędzy podmiotami: przepływ informacji, rodzaj i skala problemów, zakres współpracy między instytucjami, wpływ współpracy na kształtowanie polityki lokalnej w zakresie bezdomności
- braki w systemie wsparcia
- działania podejmowane na rzecz osób zagrożonych eksmisją
- aktywność i potencjał osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

2.5.1 Narzędzia do analizy zasobów i deficytów

Analiza SWOT jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod diagnozy. Służy do badania otoczenia partnerstwa oraz analizy jego wnętrza. Analiza wewnętrzna ma na celu określenie i ocenę zarówno materialnych, jak i niematerialnych czynników sprzyjających rozwojowi partnerstwa lub utrudniających jego funkcjonowanie, tak obecnie, jak i w przyszłości.

Analiza czynnikowa z wykorzystaniem „beczki” jest metodą badania spiralnego, począwszy od ogólnych zasobów i deficytów społeczności lokalnej, aż do czynników społeczno-ekonomicznych, wpływających na funkcjonowanie badanej sytuacji (Sobolewski A. red., 2007). Warty podkreślenia w tej metodzie jest aspekt spojrzenia na wszelkie czynniki jako na zasoby. Te pozytywne służą realizacji celów partnerstwa, negatywne mogą być potencjalnym impulsem do dokonania zmian.

Tworzenie mapy zasobów i potrzeb według Centrum Aktywności Lokalnej jest metodą wychodzącą od analizy podmiotów działających na danym terenie, a następnie umożliwiającą poznanie z jednej strony problemów, potrzeb i oczekiwań mieszkańców danego obszaru, z drugiej – zasobów ludzkich i instytucjonalnych tegoż obszaru (Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej, 2010).

Burza mózgów jest metodą możliwą do realizacji w mniejszych liczbowo zespołach partnerskich. Celem burzy mózgów jest określenie jak największej ilości rozwiązań lub znalezienie jak największej liczby odpowiedzi na postawiony problem, który to problem najlepiej określić w formie pytania.

Bez względu na wybór metody do analizy problemów, zasobów i otoczenia należy pamiętać, że analiza jest tylko punktem wyjścia do dal-

szych działań partnerstwa, jednak powierzchownie przygotowana analiza będzie skutkować nieprawidłowym sformułowaniem celów dla partnerstwa, a co za tym idzie, podjęciem działań nieadekwatnych do potrzeb środowiska lokalnego.

2.6

Zakres przedmiotowy – płaszczyzny funkcjonowania partnerstwa

Partnerstwa podejmują działania w sposób kompleksowy w oparciu o doświadczenia i wiedzę wielu sektorów społecznych i ekonomicznych.

Partnerstwo działa w obrębie najważniejszych zagadnień, które dotyczą osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zabiega o spójną społecznie i ekonomicznie lokalną społeczność, stałe ograniczanie siły i zasięgu mechanizmów wykluczenia społecznego. Skuteczne rozwiązywanie problemu bezdomności wymaga realizacji zadań i inicjatyw podejmowanych w płaszczyznach: prewencji, interwencji, integracji.

Partnerstwo lokalne jest najlepszym narzędziem skutecznych działań w trzech omawianych płaszczyznach – problem bezdomności nie zostanie rozwiązany, jeżeli nie zostanie nawiązana współpraca wielu organizacji, instytucji i osób, które wnoszą uzupełniające się kompetencje. System powinien być tworzony we współpracy międzysektorowej i międzyresortowej.

Tylko wspólne kompleksowe działanie ułatwi i zwiększy skuteczność rozwiązywania problemów społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem problemu bezdomności. Partnerstwo daje realną szansę na wypracowanie relatywnie najlepszych inicjatyw, łączy bowiem pod-

mioty z wielu sektorów. Podjęte inicjatywy są poprzedzone rzetelną diagnozą problemów, zidentyfikowaniem zasobów i deficytów środowiska lokalnego, a także wypracowaniem wspólnych celów przekładających się na konkretne zadania.

Prewencja jest kierowana do ludzi w sytuacji zagrożenia bezdomnością oraz znajdujących się w warunkach niezabezpieczonego lub nieadekwatnego zamieszkania, tzn. mieszkających w lokalach o złych warunkach technicznych, przeludnionych, zagrożonych eksmisją, wynajmowanych itp. Działania prewencyjne powinny być ukierunkowane na eliminowanie przyczyn bezdomności oraz redukcję ryzyka stania się osobą bezdomną.

Partnerstwo podejmuje następujące działania w płaszczyźnie prewencji:

- tworzenie systemów profilaktyki bezdomności (np. współpraca ze spółdzielniami mieszkaniowymi dotycząca osób zagrożonych eksmisją)
- promowanie przeciwdziałania bezdomności jako najlepszego sposobu na walkę z bezdomnością
- tworzenie koalicji w ramach współpracy międzysektorowej i międzywydziałowej; zwiększona zostaje w ten sposób skuteczność działań, powstaje możliwość wspólnego kształtowania lokalnej polityki społecznej itp.
- edukacja lokalnych społeczności – wzrost świadomości i wiedzy dotyczącej problemów społecznych, samopomoc, dialog, realny wpływ na otaczającą rzeczywistość itp.
- edukacja młodzieży – wzrost samoświadomości, poczucie rzeczywistego wpływu na kształtowanie środowiska lokalnego, wolontariat itp.
- edukacja mediów – włączanie mediów w inicjatywy sprzyjające zwalczaniu stereotypów społecznych, kształtowanie i promowanie postaw obywatelskich, rzetelne ukazywanie problemów społecznych itp.

Interwencja obejmuje wszystkie osoby bezdomne, a w szczególności osoby, które przebywają w miejscach publicznych, nieprzeznaczonych do zamieszkania, takich jak dworce, parki, ulice. Działania interwencyjne opierają się głównie na szybkiej pomocy w celu redukcji zagrożenia zdrowia i życia. Ponadto interwencja kryzysowa związana jest z zapewnieniem natychmiastowego schronienia, posiłku, niezbędnej odzieży oraz opieki zdrowotnej ludziom takiej pomocy wymagającym.

Rola partnerstw lokalnych w obszarze interwencji:

- wspólne monitorowanie sytuacji bezdomności (np. przez zespoły interdyscyplinarne, streetworkerów)
- pomoc i wspieranie w interwencjach (np. współpraca ze służbą zdrowia i służbami mundurowymi)
- tworzenie i rozwijanie warunków lokalowych (organizacje pozarządowe dysponują największą bazą lokalową i pełnią kluczową rolę w oferowaniu usług dla osób bezdomnych, m.in. w postaci wsparcia krótkofalowego w ogrzewalniach, noclegowniach, punktach pomocy doraźnej, jadłodajniach itp.).

Integracja dotyczy działań w zakresie reintegracji społeczno-zawodowej, które powinny być dostosowane do potrzeb, ale też barier ludzi doświadczających bezdomności. Z tego powodu działania integracyjne powinny być zróżnicowane i wielopoziomowe.

Rola partnerstw lokalnych w obszarze integracji:

- tworzenie i rozwijanie warunków lokalowych (wsparcie długofalowe – schroniska, domy dla bezdomnych, domy wspólnotowe; pozytywnie, remontowanie lokali przy wykorzystaniu różnych możliwości, np. zasobów gminy, mieszkań wynajmowanych na wolnym rynku; specjalizacja i adekwatność form wsparcia)
- tworzenie i rozwijanie procesów reintegracyjnych – zatrudnienie na otwartym rynku pracy, zatrudnienie wspierane, staże, przygotowanie zawodowe; w ramach ekonomii społecznej zakładanie spółdzielni socjalnych i przedsiębiorstw społecznych
- edukacja społeczna i zawodowa osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością
- partycypacja i samopomoc w grupach wsparcia; kluczowym elementem w aktywizacji osób bezdomnych jest rzeczywiste zaangażowanie się tych osób w rozwiązywanie własnych problemów
- aktywizowanie do uczestnictwa w lokalnych uroczystościach, imprezach
- zmiana stereotypu postrzegania osoby bezdomnej.

2.7

Cele partnerstwa

Partnerstwa działają w oparciu o sprecyzowany zespół celów.

Partnerstwa opracowują własne cele, wyznaczają jednolicie rozumiany kierunek swojego rozwoju. Podejmują stałe wysiłki, aby integrować partnerów wokół naczelnej idei – budowy spójnych społecznie lokalnych społeczności, w których wszyscy mają warunki do wszechstronnego rozwoju osobistego i społecznego. Partnerstwo może napotykać na kryzys przyjętych wartości, może je także dotknąć „wypalenie” poszczególnych partnerów. Dlatego szczególnie istotne jest wypracowanie jednolicie rozumianej idei funkcjonowania partnerstwa, którą wszyscy partnerzy chcą przyjąć i która motywuje do działania pomimo napotykanych trudności.

Misja stawia działalność partnerów w szerszym kontekście społecznym, podkreśla problem czy potrzebę, która jest powodem, dla których partnerzy postanowili współpracować. Misja powinna także ukazywać cel istnienia i – wreszcie – określać najważniejsze wartości, jakimi partnerzy się kierują. W praktyce jest to zwykle kilka cech wyróżniających daną grupę partnerską. Misję należy opracowywać zespołowo – jej rola jest ważna zarówno dla podmiotów zaangażowanych w budowanie partnerstwa, jak i tych wszystkich, którzy z partnerstwem współpracują.

Funkcja wewnętrzna misji to przede wszystkim jednoczenie partnerów i tworzenie pozytywnej atmosfery w zespole współpracującym. Ponadto misja nadaje sens codziennej pracy, jest elementem motywującym i inspirującym zespół, skupia uwagę zespołu na osiągnięciu celu i określa hierarchię zadań.

Funkcja zewnętrzna misji to skuteczne „przyciąganie” nowych ludzi, organizacji i instytucji do współpracy, przy jednoczesnym pokazaniu im, w jasny sposób, celu działania grupy. Misja służy również celom

marketingowym i jest przydatna przy pozyskiwaniu do współpracy nowych podmiotów.

Misję tworzy się zazwyczaj po pewnym okresie współpracy partnerów, ponieważ jest ona wynikiem wcześniejszych dyskusji i wzajemnego poznawania siebie. Powinna być dziełem wszystkich członków partnerstwa, gdyż tylko w ten sposób będą mogli się z nią utożsamić.

Misja powinna zmieniać się w czasie, tak jak zmienia się partnerstwo i zmieniają podejmowane przez nie działania. Jej podstawowe cechy to: zwięzłość (lakoniczność) i elastyczność (możliwość zmian).

W misji należy ująć odpowiedzi na poniższe pytania:

- jaki typ grupy tworzymy i gdzie działamy
- kim jesteśmy
- komu służymy (kim są odbiorcy naszych usług)
- dlaczego istniejemy, jaki jest problem, który chcemy rozwiązać (cel istnienia lub problem, wokół którego koncentruje się nasza praca)
- jak realizujemy nasze zamierzenia (jakie są formy działań, jakimi posługujemy się w naszej pracy) – jaki jest etos grupy, jakimi wartościami się kierujemy (czy istnieją szczególne wartości, które stanowią „niepisane” prawo lub zasady naszego działania)
- co nas wyróżnia spośród innych podobnych partnerstw i instytucji (jakie mamy unikalne rozwiązania).

Podobne funkcje spełnia dla partnerstwa wizja, określająca, dokąd partnerstwo zmierza. Wizja to przyszły, pożądaný obraz rzeczywistości danej społeczności lokalnej, który ma być zrealizowany na skutek działań partnerstwa. W wypracowywaniu wizji stosuje się często wykresy, rysunki, grafy. Praca nad tym elementem może być dobrą zabawą, ale też ciężką pracą, gdyż na tym etapie – w dużej mierze – nadaje się kierunek przyszłej działalności. Opracowując wizję, doprecyzowuje się pojęcia, uspójnia to, co dla wszystkich podmiotów zaangażowanych w budowanie partnerstwa jest, w dłuższej perspektywie czasowej, najważniejsze. Okres, na jaki planuje się działalność, zależy od specyfiki partnerstwa – zwykle jest to kilka lat.

Wyznaczenie celów to kolejny krok określający kierunki rozwoju partnerstwa, których osiągnięcie pozwoli na realizację strategii. Cele te wypracowuje się na podstawie wcześniejszej analizy zasobów i deficytów. Powinny zostać ujęte jako minimalizacja (eliminacja) deficytów, a także jako wzmocnienie silnych stron partnerstwa.

Cele wyznacza się, uwzględniając zasadę SMART, której nazwa jest wzięta z pierwszych liter przymiotników:

- skonkretyzowany – określony możliwie konkretnie i jasno
- mierzalny – odniesiony do konkretnych wskaźników, określających osiągnięcie celu (określony słowami-kluczami: „zmniejszenie”, „zwiększenie” itp.)
- adekwatny – odpowiedni do potrzeb
- realny – możliwy do osiągnięcia (posiadane zasoby są wystarczające dla realizacji celu)
- terminowy – możliwy do wykonania w określonym czasie.

Dobrze sformułowany cel odpowiada na pytanie: co, gdzie, kiedy i dla kogo zostanie zmienione dzięki realizacji określonych działań?

Cel główny operacjonalizuje wizję lokalnej społeczności, w której działa partnerstwo. Jest to wskazanie jej docelowego stanu, mającego związek z jakością życia mieszkańców, w tym mieszkańców zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wizją docelową jest społeczność wewnętrznie spójna, w której wszyscy, w tym osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, mają warunki do wszechstronnego rozwoju osobistego i społecznego. Wizja określa konkretne kierunki wspólnych działań. Na podstawie analizy zasobów i deficytów partnerów można określić nieskończoną liczbę celów.

Partnerstwo wypracowuje kilkuletnią strategię działania. Zawiera ona kluczowe cele operacyjne dla planowanych projektów. Projekty następnie łączy się często w obszary tematyczne zwane programami.

Partnerstwo działa w oparciu o określony czasowo (np. roczny) plan pracy. Jest to dokument przyjęty przez konsensus partnerów, którzy uzgadniają działania ich dotyczące.

Biorąc pod uwagę zasoby i stałe działania każdej organizacji i instytucji, należy określić kolejność osiągania celów, poczynając od tych, które powinny być osiągnięte jako pierwsze, aż do tych, które nie są priorytetowe. Ponieważ strategię partnerstwa wypracowuje się na kilka lat, cele również należy „poukładać” w perspektywie czasowej.

Przykładowe cele dla partnerstwa lokalnego działającego na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności to:

- zwiększenie poziomu identyfikacji problemów osób zagrożonych i bezdomnych w funkcjonującym na danym terenie systemie wsparcia

- zwiększenie skuteczności rozwiązywania problemów danej społeczności lokalnej w oparciu o spójny system wsparcia osób zagrożonych bezdomnością i bezdomnych
- zwiększenie możliwości rozwiązywania problemów osób zagrożonych bezdomnością i bezdomnych w danej społeczności lokalnej
- zwiększenie wiedzy o systemie wsparcia osób zagrożonych i bezdomnych w danej gminie
- poprawienie współpracy pomiędzy organizacjami i instytucjami zajmującymi się rozwiązywaniem problemów w zakresie osób zagrożonych bezdomnością i bezdomnych
- zwiększenie liczby instytucji mających wpływ na budowę skutecznego wielowymiarowego systemu wsparcia osób bezdomnych
- zwiększenie liczby osób i instytucji podejmujących inicjatywę pracy na rzecz wspierania osób zagrożonych i bezdomnych w danej społeczności lokalnej
- zmniejszenie skali problemu zagrożenia bezdomnością
- zmniejszenie poziomu zjawiska bezdomności w danej społeczności lokalnej
- zmniejszenie liczby osób bezdomnych poprzez budowanie skutecznego systemu ich wspierania
- zwiększenie poziomu zapobiegania zjawisku bezdomności
- zwiększenie możliwości systemowego rozwiązywania problemów osób zagrożonych bezdomnością
- poprawienie warunków życia osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych w obszarze streetworkingu, mieszkalnictwa, pracy socjalnej, zdrowia, edukacji i zatrudnienia poprzez intensywną współpracę różnych instytucji i organizacji w ramach spójnego systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

Uwaga: podane przykłady nie spełniają kryterium SMART, ponieważ każde partnerstwo musi samo doprecyzować je w tym kierunku.

2.8

Zarządzanie partnerstwem

Partnerstwa funkcjonują w oparciu o przejrzyste reguły zarządzania.

Zarządzanie to zespół stale podejmowanych działań koordynacyjnych, które pozwalają na sprawne funkcjonowanie struktur partnerstwa pod względem administracyjnym i decyzyjnym. Reguły zarządzania obejmują również określenie funkcji i obowiązków władz (dotyczy partnerstwa formalnego), delegowania zadań i kompetencji.

TABELA NR 2 | Zarządzanie partnerstwem lokalnym w zależności od przyjętej przez partnerstwo formy działania

Partnerstwo nieformalne	Partnerstwo formalne	
	związane umową partnerską	posiadające osobowość prawną
<ul style="list-style-type: none"> - podstawa działania - umowa ustna - inicjator/animatore - wydatki ponoszone w związku z podjętymi działaniami pokrywane są przez partnerów i ewentualnych sponsorów - sprawdzanie wydatków (wg potrzeb) - działania prowadzone w oparciu o plan pracy - decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów 	<ul style="list-style-type: none"> - podstawa działania - umowa partnerska/porozumienie - lider/partner wiodący - finansowanie działań - zgodnie z umową i obowiązującymi wymogami (w zależności od źródła finansowania) - wymagane regularne sprawdzanie wydatków - działania prowadzone w oparciu o plan pracy - decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów 	<ul style="list-style-type: none"> - podstawa działania - statut - władze partnerstwa - rada/zarząd (pomiędzy walnymi zgromadzeniami) - finansowanie działań - zgodnie z przyjętym planem działań i obowiązującymi wymogami (w zależności od źródła finansowania) - konieczne regularne sprawdzanie wydatków - działania oparte o przyjętą strategię (co najmniej kilkuletnią) - wymagane planowanie działań - decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów

Opracowanie: grupa ekspercka ds. partnerstw lokalnych.

2.8.1 Struktura partnerstwa

- **partnerstwo nieformalne** – struktura organizacyjna nie jest wymagana – akcyjność działań (miejsce spotkań – może się zmieniać; najczęściej spotkania odbywają się w siedzibie inicjatora partnerstwa)
- **partnerstwo formalne**, czyli związane umową partnerską – struktura organizacyjna jest zgodna z umową partnerską (miejsce spotkań – siedziba wskazana w umowie partnerskiej).

Uwaga: wskazane jest organizowanie spotkań u wszystkich partnerów, co umożliwia lepsze wzajemne poznanie się.

Partnerstwo formalne – struktura organizacyjna zgodnie ze statutem:

- walne zgromadzenie
- rada/zarząd
- biuro
- komisje statutowe (obowiązkowo rewizyjna, skrutacyjna w czasie wyborów).

Wskazane jest tworzenie zespołów tematycznych, np. specjalizujących się w określonych problemach lokalnych, społecznych, analizach, badaniach, projektach.

2.8.1.1 WALNE ZGROMADZENIE

Walne zgromadzenie stanowią przedstawiciele poszczególnych partnerów, wybrani przez nich na delegatów do WZ na podstawie uchwały.

Kompetencje walnego zgromadzenia:

- czuwa nad realizacją strategii partnerstwa
- podejmuje decyzje w drodze konsensusu lub głosowania
- wybiera spośród siebie przewodniczącego walnego zgromadzenia
- dokonuje wyboru członków zarządu i poszczególnych organów.

Częstotliwość zwoływania walnego zgromadzenia – minimum 1 raz w roku.

2.8.1.2 RADA/ZARZĄD

- jest wybierana/wybierany przez walne zgromadzenie spośród członków partnerstwa; składa się z kilku osób
- podejmuje główne decyzje dotyczące partnerstwa

- spotyka się co najmniej 4 razy w roku
- odpowiada za bieżącą pracę partnerstwa
- planuje i wyznacza kierunki działań
- akceptuje decyzje finansowe
- kontroluje zgodność podejmowanych działań z wyznaczonymi celami
- reprezentuje partnerstwo na zewnątrz.

Wskazane jest, aby radę/zarząd stanowili członkowie reprezentujący różne podmioty wchodzące w skład partnerstwa (np. administrację publiczną, organizacje pozarządowe, sektor prywatny).

2.8.1.3 PREZES/PRZEWODNICZĄCY

- jest wybierany wewnętrznie z grona członków rady/zarządu lub przez walne zgromadzenie
- podpisuje wszystkie istotne dokumenty dotyczące działalności partnerstwa
- w porozumieniu z radą/zarządem i wszystkimi partnerami tworzy strategię partnerstwa
- reprezentuje partnerstwo na zewnątrz.

Wskazane jest, aby prezesem został lokalny lider lub inna osoba posiadająca autorytet i obdarzona zaufaniem społecznym.

2.8.1.4 BIURO

- podejmuje działania organizacyjne na rzecz wszystkich członków (przygotowuje materiały, spotkania, pisma, sprawozdania, dba o stały przepływ informacji między członkami)
- w ścisłej współpracy z radą/zarządem i partnerami przygotowuje projekty
- odpowiada za promocję partnerstwa
- prowadzi bazę adresową partnerów, sponsorów, instytucji
- w porozumieniu z radą/zarządem planuje tematykę spotkań partnerstwa, organizuje niezbędny sprzęt
- dba o prawidłowe prowadzenie dokumentacji
- dba o stosowanie wymaganych procedur
- jest finansowane w zależności od decyzji podjętej przez partnerstwo.

2.9

Edukacja i promocja partnerstwa

Partnerstwo stale doskonali własną kulturę działania, wzmacnia swoje kompetencje, kształtuje swój wizerunek organizacji interesu publicznego.

Partnerstwo jest wielopodmiotowym ciałem, które dla sprawnego funkcjonowania wymaga zasobów kapitału ludzkiego (kompetencji) i społecznego (wysokiej jakości relacji społecznych między członkami). Kompetencje poszczególnych podmiotów partnerstwa powinny być stale doskonalone, szczególnie w aspekcie ich przydatności w rozwiązywaniu problemów, w związku z którymi partnerstwo powstało. Zbiór kluczowych kompetencji, które warunkują efektywną służbę publiczną, obejmują kwalifikacje m.in. w poniższych zakresach:

- praca socjalna
- komunikacja społeczna (prezentowanie lokalnych problemów w różnych formach)
- badania (np. dotyczące zagadnień rynku pracy, zwłaszcza w zakresie barier dla osób zagrożonych wykluczeniem, lokalnych problemów społecznych itp.)
- inicjowanie lokalnych przedsięwzięć
- doskonalenie jakości relacji międzyludzkich.

Partnerstwo powinno wypracować roczny program doskazywania, uwzględniający m.in. seminaria, warsztaty, szkolenia (także sposób ich realizacji i finansowania) oraz wieloletni dokument, ustanawiający główne kierunki doskazywania.

Wszystkie powyższe czynniki wymagają stałego prowadzenia działań w zakresie edukacji wewnętrznej i zewnętrznej.

2.9.1 Edukacja wewnętrzna

Celem edukacji wewnętrznej jest sprawniejsze i efektywniejsze funkcjonowanie partnerstwa poprzez kształtowanie pożądanych postaw i wartości, a także zwiększanie umiejętności oraz wiedzy jego członków.

Edukacja wewnętrzna może być realizowana poprzez:

- szkolenia i warsztaty
- wymianę doświadczeń
- wizyty studyjne
- spotkania z ekspertami zewnętrznymi
- analizę raportów z badań społeczności lokalnej, analizę dokumentów dotyczących możliwości i ograniczeń danego terenu; dokonana analiza pokazuje, co można zrobić na bazie posiadanego potencjału lokalnego, a także ukazuje obszar, w którym partnerstwo nie ma możliwości interwencji
- nieustanne samokształcenie członków – zdobywanie wiadomości, umiejętności i sprawności praktycznych. Proces ten odbywa się poprzez aktywne uczestnictwo w szkoleniach, warsztatach, wizytach studyjnych, życiu społeczności lokalnej itp.

2.9.2 Edukacja zewnętrzna

Członkowie partnerstwa prowadzą stałą edukację w swoim środowisku lokalnym, dotyczącą m.in. zapoznawania społeczności lokalnej z problematyką działań partnerskich, kształtowania świadomych postaw obywatelskich, umożliwiających zmianę i rozwój środowiska lokalnego.

Edukacja zewnętrzna może być realizowana poprzez:

- spotkania ze społecznością lokalną, m.in. w celu poznania problemów tejże społeczności
- uczestnictwo członków partnerstwa w wydarzeniach lokalnych
- współpracę pomiędzy członkami partnerstwa a administracją samorządową i rządową
- pracę wolontariatu, związaną z edukacją społeczną (ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży)
- szkolenia i warsztaty dla środowisk lokalnych
- wydawanie broszur informacyjnych, publikacji.

Działanie partnerstwa, jak każde działanie, ma swoich zwolenników i przeciwników.

Dotarcie do osób, grup i środowisk nieprzychylnych takim działaniom jest trudnym, ale zarazem jednym z najważniejszych zadań edukacji, którą partnerstwo powinno podjąć.

2.9.3 Promocja partnerstwa

Promocja partnerstwa lokalnego polega na przekazywaniu informacji o wypracowanych przez partnerstwo sposobach i metodach rozwiązywania problemów społecznych. Sposobami promocji partnerstwa lokalnego są m.in.:

- aktywne uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej
- tworzenie i utrzymywanie korzystnego dla partnerstwa wizerunku, który będzie sprzyjał rozwojowi jego działalności
- informacja w sieci (wskazana jest własna strona internetowa)
- konferencje i debaty tematyczne
- stała informacja w lokalnych mediach
- rzecznictwo prasowe
- wydawanie broszur informacyjnych, publikacji.

Poza wymienionymi wyżej – najważniejszymi sposobami promowania partnerstwa są kultura organizacyjna i przejrzystość oraz efektywność działania.

2.10

Finansowanie i koszty partnerstwa

Partnerstwa prowadzą transparentną politykę zarządzania finansami.

Powstanie partnerstwa jest związane z realizacją określonych działań, dlatego jedną z najważniejszych kwestii jest określenie źródeł finansowania działalności partnerskiej. Wynika stąd konieczność przygotowania budżetu partnerstwa z uwzględnieniem poszczególnych działań i wskazaniem źródeł ich finansowania. Źródła te można podzielić na dwa rodzaje: wewnętrzne, opierające się o zasoby rzeczowe i finansowe partnerów, oraz zewnętrzne, opierające się o środki pozyskane spoza partnerstwa.

2.10.1 Fundusze wewnętrzne i zewnętrzne

Wewnętrzne:

- składki partnerów (ich wysokość ustalają wszyscy partnerzy)
- dochody wypracowane w ramach partnerstwa, poprzez prowadzone działania
- wkład rzeczowy
- praca wolontariuszy.

Zewnętrzne:

- fundusze krajowe: gminne, powiatowe, wojewódzkie samorządowe (w tym: kontraktowanie usług), ministerialne, rządowe
- fundusze unijne: Europejski Fundusz Społeczny, Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, Norweski Mechanizm Finansowy, Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Szwajcarski Mechanizm Finansowy
- środki pozyskiwane od sponsorów
- środki pozyskiwane z 1% podatku (przynajmniej jeden z partnerów musi posiadać status OPP)
- środki pozyskiwane z darowizn.

Uwaga: Wymienione powyżej fundusze, do których partnerstwa mogą aplikować o środki finansowe, dotyczą stanu obecnego (2011 r).

Informacja o funduszach jest dostępna m.in. na stronie www.funduszeuropejskie.gov.pl (Portal Funduszy Europejskich, 2008).

Finansowane partnerstwa występuje w zależności od decyzji podjętej przez partnerstwo. Zaangażowanie poszczególnych partnerów określone precyzującej zaangażowanie finansowe, rzeczowe i osobowe oraz odpowiedzialności merytoryczną, administracyjną i finansową.

W praktyce często partnerstwa niezależnie od formacji (formalne, nieformalne) działają w oparciu o własny wkład osobowy, lokalowy,

wolontariat, sprzęt, materiały biurowe poszczególnych organizacji instytucji tworzących dane partnerstwo.

2.10.2 Koszty bezpośrednie partnerstwa

Po uzyskaniu dofinansowania w ramach różnych projektów i grantów koszty bezpośrednie partnerstwa obejmują m.in. koszty:

- organizacji partnerstwa (organizacji spotkań, zaproszeń, poczęstunku itp.)
- badań potrzeb i zasobów społeczności lokalnej
- opracowań strategii rozwiązywania problemów społecznych w danej gminie
- przeprowadzenia diagnozy lokalnej
- realizacji projektów wspólnie podejmowanych dla zwiększenia zasobów danej społeczności lokalnej np. w wyniku DL
- budowania spójnego systemu przepływu informacji, np. baz danych o wolnych miejscach itp.
- szkolenia, wymiany doświadczeń, wyjazdów studyjnych, staży, konferencji, debat, projekcji, pokazów, wystaw itp.
- działań promocyjnych – wydania broszur, czasopism, prowadzenia strony internetowej, sponsorowanych wywiadów itp.
- koszty ewaluacji, monitoringu, audytu
- materiałów biurowych potrzebnych do realizacji działań, projektów
- innych działań zależnych od celu, misji, ustalonego planu działania, charakteru społeczności lokalnej, wyników badań społeczności lokalnej itp.

2.10.3 Koszty pośrednie

Koszty te związane są z zapewnieniem obsługi funkcjonowania partnerstwa. Jednak często zdarza się, że organizacje związane z PL udostępniają własne pomieszczenia, sprzęt, telefony do organizowania spotkań oraz organizują wolontariuszy do pracy przy organizacji.

Jeśli zaś partnerstwo organizuje finansowanie działań, organizuje biuro, to koszty pośrednie dotyczą:

- personelu obsługowego (obsługi kadrowej, finansowej, administracyjnej, sekretariatu, obsługi prawnej) na potrzeby funkcjonowania partnerstwa

- obsługi księgowej (kosztów wynagrodzenia osób księgujących wydatki, w tym kosztów zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biuru rachunkowemu)
- utrzymania powierzchni biurowych, jeśli partnerstwo jest w posiadaniu biura (czynszu, kosztów najmu, opłaty administracyjnej), kosztów związanych z obsługą administracyjną; opłat za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłat przesyłowych, opłat za odprowadzanie ścieków w zakresie związanym z obsługą administracyjną, sprzątaniam pomieszczeń
- usług pocztowych, telefonicznych, telegraficznych, teleksowych, internetowych, kurierskich, powielania dokumentów związanych z obsługą administracyjną
- materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną.

2.11

Niezbędna dokumentacja partnerstwa

Partnerstwa prowadzą systematyczną dokumentację swojej działalności.

Systematyczne prowadzenie dokumentacji jest nie tylko nieodzownym wymogiem działania partnerstwa, ale także uwiarygodnia jego działalność wobec społeczności lokalnej. Dokumentacja pozwala ponadto przyszłym członkom partnerstwa zapoznać się z historią partnerstwa od momentu jego powstania. W każdej fazie działania partnerstwa powstają dokumenty, które podlegają przechowywaniu i archiwizowaniu i są oznakowane wewnątrznie przyjętymi symbolami.

Obowiązek przechowywania różnych dokumentów wynika z odrębnych ustaw – np. ustawy o rachunkowości (Dz.U. z 19.11.1994 Nr 121 pozycja 591 z późn. zm.), ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U.

z 29.10.1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) – i nakazuje przechowywanie dokumentacji przez określoną liczbę lat, natomiast poszczególne fundusze, z których partnerstwo korzystało, mogą określać dodatkowe wymogi w tym zakresie, zarówno czasowe, jak i jakościowe.

Poniżej przedstawiamy podstawowe dokumenty partnerstwa dotyczące różnych zakresów działania.

Zakres inicjowania:

- baza adresowa podmiotów deklarujących przystąpienie do partnerstwa (nazwa, adres, nr telefonu, e-mail),
- lista potencjalnych członków partnerstwa,
- wzór zaproszenia na spotkanie
- program pierwszego spotkania potencjalnych partnerów
- protokół ze spotkania.

Zakres kształtowania i funkcjonowania:

- porozumienie, umowa partnerska, deklaracja przystąpienia do partnerstwa
- statut
- dokumenty związane z rejestracją partnerstwa w Krajowym Rejestrze Sądowym
- protokół z walnego zgromadzenia (wraz z załącznikami do protokołu, w tym: lista obecności, uchwały partnerów delegujących swoich reprezentantów na walne zgromadzenie, uchwały podjęte podczas walnego zgromadzenia)
- strategia działania (określenie m.in.: celów głównych, celów szczegółowych, metod zastosowanych do osiągnięcia wyznaczonych celów)
- protokoły ze spotkań
- akta pracowników
- sprawozdania
- artykuły prasowe, zdjęcia
- broszury, foldery, plakaty, publikacje
- kronika partnerstwa.

Zakres edukacji i promocji:

- programy szkoleń, seminariów, konferencji, warsztatów, wizyt studyjnych, debat (wraz z załącznikami: listami obecności, zaświadczeniami np. o ukończeniu kursów, szkoleń przez partnerów, certyfikatami)
- materiały edukacyjne (broszury, publikacje, ulotki, plakaty, reklamy).

Zakres finansowania. W przypadku korzystania z funduszy unijnych i krajowych sposób prowadzenia wymaganej dokumentacji jest określony przez poszczególne konkursy dotacyjne i programy oraz obowiązujące uregulowania prawne. Są to:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 24.09.2009 Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 19.11.1994 Nr 121 pozycja 591 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 25.06.2010 Nr 113, poz. 759 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 50.4.2004. Nr 54, poz. 535 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 maja 2001 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 31.07.2001 Nr 79 poz. 855 z późn. zm.).

Ponadto należy gromadzić niżej wymienioną dokumentację:

- umowy (w tym: z bankiem, pocztą, właścicielami mediów)
- oferty, kosztorysy, harmonogramy
- rachunki, faktury
- wyciągi bankowe
- sprawozdania finansowe
- rozliczenia z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- listy płac
- ewidencję środków trwałych.

Zakres monitoringu i ewaluacji:

- sprawozdania monitoringowe
- kwestionariusze ankiet, wywiadów
- notatki z obserwacji
- raport ewaluacyjny.

2.12

Monitoring partnerstwa (Europejski Doradca Samorządowy, 2011)

Partnerstwa opierają się na zasadzie stałego monitorowania jakości własnej pracy.

Monitorowanie oznacza ciągłe śledzenie postępów (lub ich braku) w procesie działań partnerstwa na rzecz przyjętych celów. Pełni także funkcję informacyjną. Wszyscy zainteresowani mają prawo do uzyskania niezbędnej wiedzy i informacji umożliwiającej podjęcie w razie konieczności działań korygujących. Ponadto zbiorcze zestawienie informacji zgromadzonych w trakcie monitoringu pozwala na skuteczną i możliwie dokładną analizę efektywności i wydajności realizowanych działań. Monitoring jest zatem skutecznym narzędziem, które umożliwia odpowiedź na pytanie, czy zamierzone działania zakończą się sukcesem. Aby skutecznie monitorować działania, należy poszukać odpowiedzi m.in. na następujące pytania:

- czy podejmowane działania prowadzą do zaplanowanego rezultatu
- czy założone działania wymagają przeformułowania
- czy osiągnięte rezultaty prowadzą do osiągnięcia celów
- czy środki wydatkowane są zgodnie z planem.

2.12.1 Wskaźniki w procesie monitorowania

Poprawne monitorowanie powinno cechować się obiektywnością i rzetelnością, a wskaźniki powinny zostać opracowane na początku tworzenia partnerstwa lokalnego, najlepiej w fazie jego inicjowania. Opracowanie ich na tym etapie umożliwia precyzyjne określenie celów i produktów.

Istnieją cztery podstawowe rodzaje wskaźników wykorzystywanych w procesie monitorowania realizowanych projektów i programów:

- nakłady – są to środki wykorzystane w trakcie realizacji dla osiągnięcia planowanych celów i rezultatów; zaliczać się do nich mogą: zasoby ludzkie, środki finansowe, materiały itd.
- produkty – są to jednostkowe dobra i usługi, które powstają lub powstaną w wyniku realizacji działań
- wyniki – są to bezpośrednie i natychmiastowe efekty odczuwane przez odbiorców na skutek powstania produktu realizowanego projektu lub programu
- wpływy – są to konsekwencje projektu czy programu, wykraczające poza bezpośrednie i natychmiastowe efekty dla beneficjentów.

Dane wynikające z monitorowania można podzielić na dane związane z finansowaniem (postęp realizacji planu finansowego) oraz dane obrazujące zakres i wyniki działalności (postęp rzeczowy).

2.12.1.1 PRZYKŁADOWE REZULTATY I WSKAŹNIKI

Nawiązanie, pogłębienie lub poszerzenie współpracy pomiędzy podmiotami działającymi w polu wykluczenia społecznego:

- liczba podmiotów, które podpisały porozumienie/umowę partnerską
- liczba nowych działań wspólnie podejmowanych przez partnerów
- frekwencja partnerów na spotkaniach
- zróżnicowanie sektorowe i wydziałowe podmiotów stanowiących partnerstwo
- częstotliwość spotkań partnerstwa lokalnego.

Partnerskie kształtowanie polityki społecznej wobec osób wykluczonych społecznie:

- liczba diagnoz zjawiska wykluczenia społecznego, bezdomności i istniejącego systemu wsparcia
- liczba wspólnie opracowanych dokumentów strategicznych
- liczba wspólnie realizowanych przedsięwzięć.

Zbudowanie spójnego systemu pomocy osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością:

- liczba dokumentów opisujących system wsparcia i sposób jego wdrażania
- liczba osób bezdomnych, które się usamodzielniały
- liczba osób zagrożonych bezdomnością, które nie utraciły miejsca zamieszkania.

Zwiększenie partycypacji osób bezdomnych w kształtowaniu systemu wsparcia:

- liczba podmiotów reprezentujących osoby bezdomne, wchodzących w skład partnerstwa
- liczba konsultacji z udziałem środowiska osób bezdomnych
- liczba przedsięwzięć realizowanych wspólnie z osobami bezdomnymi.

Wypromowanie działań partnerskich na rzecz osób wykluczonych, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością:

- liczba wydarzeń promocyjnych
- liczba materiałów promocyjnych.

2.12.2 Sprawozdawczość

Sprawozdania finansowe i merytoryczne sporządzane są raz w roku. Służą one przekazywaniu danych i informowaniu wszystkich partnerów o postępach, ewentualnych trudnościach, zrealizowanych działaniach, poniesionych wydatkach oraz dokumentują całą działalność partnerstwa. Sprawozdania są przyjmowane i zatwierdzane przez walne zgromadzenie i przechowywane w bieżącej dokumentacji partnerstwa lokalnego. Po okresie 5 lat zostają zarchiwizowane.

W przypadku realizacji przez partnerstwo projektów i programów monitoring i sprawozdawczość muszą odpowiadać warunkom, jakich wymaga instytucja przyznająca środki.

2.13

Ewaluacja partnerstwa (Europejski Doradca Samorządowy, 2011)

Partnerstwa opierają się zasadzie stałego ewaluowania wyników swoich działań.

Partnerstwa wykorzystują narzędzia ewaluacji, które pozwalają na sprawdzanie, czy w wyniku podejmowanych działań uzyskano spodziewane rezultaty oraz czy rezultaty przełożyły się na realizację celów. Ewaluacja jest zatem niezbędnym narzędziem w zakresie oceny efektywności i skuteczności działania, jego trwałości i zgodności w kontekście założonych celów. Pozwala także na zidentyfikowanie słabych i mocnych stron przedsięwzięcia i sygnalizuje ewentualnie pojawiające się problemy. W trakcie ewaluacji dokonana zostaje kompleksowa ocena podjętego działania w oparciu o wcześniej określone kryteria.

Przygotowując ewaluację, należy odpowiedzieć na następujące pytania:

- w jakim celu jest dokonywana
- co należy ocenić, a czego nie
- w jaki sposób należy to zrobić
- kto, kiedy i przy użyciu jakich środków to zrobi.

Przygotowując i przeprowadzając ewaluację, należy uwzględnić brak możliwości oceny całej działalności, z czego wynika konieczność wybrania najważniejszych – z punktu widzenia partnerstwa – kwestii.

Kryteria najczęściej stosowane w ewaluacji to:

- trafność (adekwatność) – ukazuje, czy w odpowiedni sposób dostosowano do zdefiniowanych problemów metody ich rozwiązania
- skuteczność – ocenia stopień realizacji założonych celów w zależności od poniesionych nakładów, kosztów, wykorzystania narzędzi, przy jednoczesnym uwzględnieniu wpływu czynników zewnętrznych na efekt końcowy
- użyteczność – jest zbieżna z kryterium trafności, jednak pytanie zadawane jest w trakcie lub po zakończeniu programu
- trwałość – ocenia ciągłość efektów danego działania w perspektywie średnio- i długookresowej.

Z wynikami badań ewaluacji powinny zostać zapoznane wszystkie osoby zainteresowane i powiązane z partnerstwem. Zaleca się, aby każde badanie kończyło się prezentacją najważniejszych wniosków wynikających z ewaluacji. Podstawowym celem ewaluacji jest jej użyteczność, należy więc zadbać o to, by efekty ewaluacji zostały wykorzystane dla polepszenia jakości działań.

Ewaluacja może być prowadzona w dwojaki sposób:

- przez niezależnego wykonawcę (ewaluacja zewnętrzna)
- przez osoby bezpośrednio zaangażowane w działanie partnerstwa (autoewaluacja).

Oba sposoby nie wykluczają się wzajemnie i mogą być stosowane równolegle.

Autoewaluacja jest ważnym elementem uczenia się i samodoskonalenia organizacji czy instytucji. Stanowi także narzędzie systematycznej oceny jakości wdrażanych działań, dzięki czemu możliwe jest zwiększanie skuteczności i efektywności tychże działań. Wyniki autoewaluacji służą przede wszystkim poprawie realizacji celów partnerstwa i zarządzania nim. Autoewaluacja, podobnie jak ewaluacja zewnętrzna, prowadzona może być za pomocą jednego lub kilku narzędzi. Najpopularniejszymi metodami stosowanymi w autoewaluacji są: analiza całej dokumentacji związanej z realizacją działań, przeprowadzanie wywiadów indywidualnych lub grupowych (służy pozyskaniu informacji dotyczących różnych aspektów działalności partnerstwa), opracowanie i wypełnienie kwestionariuszy (zadawanie standardowych, jasno sformułowanych pytań, podanych w formie kwestionariusza), dokonywanie obserwacji (planowe, selektywne rejestrowanie różnych aspektów funkcjonowania partnerstwa).

Materiał merytoryczny opracowali:

Barbara Goryńska-Bittner, Wiesława Janiszewska, Dominik Kwiatkowski, Marcin Kowalewski, Grażyna Leśniak, Maria Pokój, Sebastian Wiśniewski, Alicja Zajęc

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli eksperci zewnątrzni:

Rafał Jaworski, Maria Pawlak, Andrzej Zybala

Bibliografia:

Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej, 2010. www.cal.org.pl, 2011.02.11.

Dz.U. z 5.04.2004. Nr 54, poz. 535 z późn. zm. Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

Dz.U. z 19.11.1994 Nr 121 pozycja 591 z późn. zm. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

Dz.U. z 24.09.2009 Nr 157, poz. 1240 z późn. zm. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych

Dz.U. z 25.06.2010 Nr 113, poz. 759 z późn. zm. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Dz.U. z 29.10.1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Dz.U. z 31.07.2001 Nr 79 poz. 855 z późn. zm. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 maja 2001 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo o stowarzyszeniach.

Europejski Doradca Samorządowy, 2011. www.alebanc.pl/index.php?option=com_content&view=section&id=25&Itemid=505, 22.03.10.

Portal Funduszy Europejskich, 2008. www.funduszeuropejskie.gov.pl, 2010.01.11.

Sobolewski A. red., 2007. *Przez współpracę do sukcesu. Partnerstwo lokalne na rynku pracy*, Warszawa.





STANDARD PRACY
SOCJALNEJ

3.1

Nazwa/opis/definicja pracy socjalnej zgodnej ze standardem¹

3.1.1 Nazwa

Praca socjalna świadczona na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

3.1.2 Opis pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

Najistotniejsze przy realizacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zgodnie ze standardem jest zrozumienie idei i rodzaju udzielanego w tym procesie wsparcia. Osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością ze względu na całą gamę różnorodnych problemów wymagają bowiem pomocy w szerszym obszarze aniżeli przeciętna osoba (inna kategoria klientów). Konieczne jest zatem poświęcenie znacznie większej ilości czasu oraz wykorzystania szerszego zakresu wiedzy, a także towarzyszenia w procesie reintegracji społecznej i szeroko rozumianej współpracy otoczenia.

¹ Określa i nazywa usługę precyzyjnie wskazując na jej treść i charakter.

Standard pracy socjalnej zakłada, iż proces (re)integracji społecznej osób bezdomnych jest działaniem rozciągniętym w czasie, posiadającym swoją dynamikę zależną od osoby, która przez nie przechodzi. Oznacza to, że powinien być odpowiednio zaplanowany, zindywidualizowany oraz nastawiony na wspomaganie rozwoju danej osoby poprzez dostosowanie trybu, czasu pracy, adekwatnych środków do jej możliwości poznawczych i potrzeb. Istotą tego procesu powinien być humanitarny wymiar prowadzonych działań.

Proces (re)integracji społecznej powinien być także skoncentrowany na pokonaniu tych trudności, które z przyczyn obiektywnych (np. dużego zadłużenia, niestabilnej sytuacji zdrowotnej, uzależnienia, braku pracy i kwalifikacji zawodowych) oraz subiektywnych (niskiej samooceny, braku motywacji do podjęcia działań umożliwiających zmianę sytuacji życiowej itp.) uniemożliwiają danej osobie wyjście z bezdomności i/lub integrację społeczną.

Standard pracy socjalnej zakłada holistyczne podejście (kompleksowe), które warunkuje prowadzenie działań z założenia mających uwzględniać sześć wzajemnie przenikających się sfer funkcjonowania człowieka: psychologiczną, zdrowotną, socjalno-bytową, mieszkaniową, społeczną i zawodową. Standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wskazuje na konieczność planowania pracy socjalnej od poziomu interwencji przez integrację i profilaktykę.

Poziom profilaktyki zawierać musi działania wobec osób, rodzin i grup zagrożonych bezdomnością oraz uprzedzać zjawiska, które prowadzą do opuszczenia bądź utraty domu i do utrwalenia tej sytuacji. Profilaktyka w skali mikro winna polegać na przeciwdziałaniu pojawieniu się problemu bezdomności (np. poprzez działania w celu oddłużania mieszkań, motywowanie do uczestnictwa w terapii uzależnień czy wspieranie w rekonstrukcji więzi rodzinnych). Ze względu na wielowymiarowość problemów prowadzących do bezdomności najskuteczniejsze są działania profesjonalnych zespołów interdyscyplinarnych. W skali makro profilaktyka bezdomności powinna obejmować działania wobec społeczności lokalnych nakierowane na podtrzymywanie więzi społecznych i budowanie zaufania społecznego. W ramach profilaktyki w skali makro winny być tworzone wynikające z diagnozy środowiska lokalnego indywidualne i lokalne programy działania oparte o komplementarne współdziałanie samorządowych i pozarządowych podmiotów polityki społecznej tworzących partnerstwo odpowiadające składowi powoływanych zespołów interdyscyplinarnych działających w skali mikro. Spójność pomiędzy

profilaktyką w skali i mikro i makro w odniesieniu do problemu bezdomności powinna znaleźć przełożenie na wszystkie poziomy oddziaływań profilaktycznych.

Profilaktyka winna być kierowana do osób zagrożonych bezdomnością, np. osób opuszczających zakłady karne i ośrodki opiekuńczo-wychowawcze, ofiar przemocy itp., aby uprzędzić problemy, które mogą stać się przyczynami bezdomności. Należy stosować takie działania z zakresu pracy socjalnej, które pozwolą w szybki i sprawny sposób wyeliminować kryzys i nie dopuścić do powstania problemu bezdomności.

Ważne na tym poziomie oddziaływania jest zidentyfikowanie jednostek, rodzin, środowisk zagrożonych bezdomnością oraz przeciwdziałanie pogłębianiu się niekorzystnych procesów tam występujących. Profilaktyka podejmowana w celu przeciwdziałania pogłębianiu się sytuacji problemowej ma w konsekwencji prowadzić do zatrzymania procesów prowadzących do bezdomności.

Istotne jest, aby była prowadzona również wobec osób wychodzących z problemu lub na pierwszym etapie usamodzielniania się – w celu zapobiegania ryzyku „powrotu” do bezdomności.

Wykaz przykładowych czynności oraz metod rekomendowanych do realizacji w ramach standardu pracy socjalnej na etapie profilaktyki względem danego profilu klienta zestawiono w tabeli nr 1.

TABELA NR 1 | Wykaz przykładowych czynności i metod na poziomie profilaktyki względem danego profilu klienta

POZIOM ODDZIAŁYWANIA: PROFILAKTYKA			
PROFIL KLIENTA	FORMY PRACY SOCJALNEJ NA POZIOMIE PROFILAKTYKI		
	<p>POMOC – działania mające na celu wspieranie prawidłowego rozwoju osób zarówno zagrożonych socjalnie, jak i wszystkich członków danej społeczności</p> <p>KOMPENSACJA – wyrównywanie braków utrudniających prawidłowy rozwój i funkcjonowanie osoby</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI (składające się na paletę rekomendowanych działań)</td> <td>PRZYKŁADOWE METODY²</td> </tr> </table>	PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI (składające się na paletę rekomendowanych działań)	PRZYKŁADOWE METODY ²
PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI (składające się na paletę rekomendowanych działań)	PRZYKŁADOWE METODY ²		

²Metody rekomendowane przez zespół ekspertów ds. pracy socjalnej zostały opisane na etapie wdrażania planu pomocy

Osoby zagrożone bezdomnością	Z powodu eksmisji, opuszczenia placówki stacjonarnej (zakład karny, placówka opiekuńczo-wychowawcza), utraty zatrudnienia bądź długotrwałego bezrobocia	<ul style="list-style-type: none"> - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej - Pokierowanie do działań i grup samopomocowych - Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej - Skierowanie do udziału w grupie wsparcia - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Pobudzanie aktywności społecznej i zawodowej - Skierowanie na trening mieszkaniowy - Skierowanie na trening budżetowy - Inicjowanie, wspieranie, prowadzenie i uczestniczenie w kampaniach społecznych i informacyjnych - Opracowywanie planu likwidacji zadłużeń oraz pomoc w ich restrukturyzacji - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	<p>Metoda towarzyszenia</p> <p>Asystowanie</p> <p>Rzecznictwo</p> <p>Coaching</p> <p>Mentoring</p> <p>Trener pracy</p>
	Z powodu uzależnienia, choroby somatycznej lub psychicznej	<ul style="list-style-type: none"> - Zapewnienie usług opiekuńczych lub asysty - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej - Skierowanie do udziału w grupie wsparcia - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Pobudzenie aktywności społecznej i zawodowej - Skierowanie na trening budżetowy - Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	<p>Metoda towarzyszenia</p> <p>Rzecznictwo</p> <p>Coaching</p> <p>Mentoring</p> <p>Asystowanie</p> <p>Trener pracy</p>

Opracowanie: grupa ekspercka ds. pracy socjalnej.

W pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych istotna jest interwencja, którą również powinno się przeprowadzać w zależności od fazy bezdomności (Jażdżikowski M., 2000). Interwencję wobec osób bezdomnych znajdujących się w bardzo trudnej sytuacji (często zagrożenia życia) należy stosować, udzielając natychmiastowej pomocy o charakterze ratunkowym.

Jednak interwencja w działaniach na rzecz osób bezdomnych oznacza nie tylko interwencję kryzysową, ale także podejmowanie działań doraźnych, wskazanych do zrealizowania celem poprawy sytuacji konkretnej osoby. Tabela nr 2 wskazuje przykładowe czynności i metody realizowane doraźnie w odniesieniu do określonego profilu klienta.

TABELA NR 2 | Wykaz przykładowych czynności i metod na poziomie interwencji względem danego profilu klienta

POZIOM ODDZIAŁYWANIA: INTERWENCJA		
PROFIL KLIENTA	FORMY PRACY SOCJALNEJ NA POZIOMIE INTERWENCJI	
	RATOWNICTWO – działalność doraźna lub działalność będąca natychmiastową reakcją na zaistniałą sytuację kryzysową	
	PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI (składające się na paletę rekomendowanych działań)	PRZYKŁADOWE METODY
Osoby bezdomne przebywające w miejscach niemieszkalnych	<ul style="list-style-type: none"> - Wskazanie możliwości skorzystania z oferty placówek dla osób bezdomnych i/lub grup samopomocowych - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej - Wskazanie dostępu do specjalistycznych usług medycznych i ewentualnie pomoc w korzystaniu z nich - Kierunkowanie aktywności na bardziej pożądaną społecznie - Zapewnienie usług opiekuńczych lub asysty - Zapewnienie działań mających na celu redukcję szkód oraz zapobieżenie dalszej degradacji osoby - Pomoc w uzyskaniu świadczeń rzeczowych - Monitorowanie miejsc niemieszkalnych* - Rozpowszechnienie informacji o infolinii** 	Streetworking Rzecznictwo Asystowanie
Osoby bezdomne przyjmowane do placówki	<ul style="list-style-type: none"> - Wskazanie możliwości skorzystania z oferty placówek dla osób bezdomnych i/lub grup samopomocowych - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej - Wskazanie dostępu do specjalistycznych usług medycznych i ewentualnie pomoc w korzystaniu z nich - Kierunkowanie aktywności na bardziej pożądaną społecznie - Zapewnienie usług opiekuńczych lub asysty - Zapewnienie działań mających na celu redukcję szkód oraz zapobieżenie dalszej degradacji osoby - Pomoc w uzyskaniu świadczeń rzeczowych 	Rzecznictwo Asystowanie

Opracowanie: grupa ekspercka ds. pracy socjalnej.

*Monitoring miejsc niemieszkalnych powinien być czynnością podmiotów (instytucji, organizacji) realizujących pracę socjalną zgodną ze standardem na poziomie interwencji.

**Utworzenie takiej infolinii powinno być czynnością podmiotów (instytucji, organizacji) realizujących pracę socjalną zgodną ze standardem na poziomie interwencji (Wilczek J., red. 2008, s. 36).

Trzecim poziomem oddziaływania w zakresie pracy socjalnej jest integracja, która:

- powinna stanowić szereg działań dążących do tego, aby osoba bezdomna dokonała zmiany w swoim życiu, usamodzieliła się i zaczęła funkcjonować poza placówką, zgodnie z obowiązującymi społecznymi normami. Często bowiem zdarza się tak, że osoby bezdomne niezmotywowane do podjęcia aktywności na tym etapie pozostają w placówkach na długi czas, kształtuje się w nich postawa roszczeniowa i rozwija syndrom bezdomności³. Te konsekwencje znacznie utrudniają późniejszą pracę socjalną, a w szczególności aktywizację prowadzącą do usamodzielnienia
- w odniesieniu do osób niezdolnych do samodzielności życiowej z powodu wieku, niepełnosprawności, przewlekłej choroby somatycznej lub psychicznej winna być ukierunkowana na zapewnienie maksymalnie wysokiej jakości życia.

Do działań podejmowanych na poziomie integracji powinno należeć m.in.: wspieranie w terapii uzależnień i w rozwiązywaniu problemów, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, poradnictwo specjalistyczne oraz ewentualnie czynności wskazane w tabeli nr 3.

³ O syndromie bezdomności pisze m.in. M. Jażdżikowski (2000), opisując 6 faz popadania w bezdomność. Autor ten charakteryzuje ogólną kondycję życiową i przyczyny wyborów życiowych osób uzależnionych od alkoholu, skutkujące ich popadaniem w bezdomność lub pozostawaniem w niej.

TABELA NR 3 | Wykaz przykładowych czynności i metod na poziomie integracji względem danego profilu klienta

POZIOM ODDZIAŁYWANIA: INTEGRACJA			
PROFIL KLIENTA		FORMY PRACY SOCJALNEJ NA POZIOMIE INTEGRACJI	
		<p>OPIEKA – działalność zindywidualizowana, obejmująca te wszystkie sytuacje życiowe, w których ludzie nie są w stanie sami sobie poradzić w obliczu nieszczęścia, choroby, zdarzeń losowych</p> <p>KOMPENSACJA – wyrównywanie braków utrudniających prawidłowy rozwój i funkcjonowanie osoby</p>	
		PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI (składające się na paletę rekomendowanych działań)	PRZYKŁADOWE METODY
Osoby bezdomne przebywające w placówkach	Kobiety doświadczające przemocy	<ul style="list-style-type: none"> - Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej - Skierowanie do udziału w grupie wsparcia - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Podjęcie działań ukierunkowanych na powrót do miejsca zamieszkania (neutralizacja oddziaływania sprawcy przemocy) - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	<p>Metoda towarzyszenia</p> <p>Rzecznictwo</p> <p>Coaching</p> <p>Mentoring</p> <p>Asystowanie</p> <p>Trener pracy</p>
	Kobiety z dziećmi	<ul style="list-style-type: none"> - Skierowanie na trening budżetowy - Pokierowanie do działań i grup samopomocowych - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Pobudzanie aktywności społecznej i zawodowej - Skierowanie na trening kompetencji rodzicielskich - Skierowanie na trening mieszkaniowy - Podjęcie działań ukierunkowanych na powrót do miejsca zamieszkania, - Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej - Asystowanie w usamodzielnianiu się z elementami profilaktyki - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	<p>Metoda towarzyszenia</p> <p>Rzecznictwo</p> <p>Coaching</p> <p>Mentoring</p> <p>Asystowanie</p> <p>Trener pracy</p>
	Osoby zdolne do podjęcia zatrudnienia, w tym osoby pracujące	<ul style="list-style-type: none"> - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Pobudzanie aktywności społecznej i zawodowej - Skierowanie na trening budżetowy - Skierowanie na trening mieszkaniowy - Asystowanie w usamodzielnianiu się z elementami profilaktyki - Pokierowanie do działań i grup samopomocowych - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	<p>Metoda towarzyszenia</p> <p>Rzecznictwo</p> <p>Coaching</p> <p>Mentoring</p> <p>Asystowanie</p> <p>Trener pracy</p>

Osoby z problemem uzależnienia	<ul style="list-style-type: none"> - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej - Stymulowanie i motywowanie do podjęcia leczenia i terapii - Skierowanie do udziału w grupie wsparcia - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Pobudzanie aktywności społecznej i zawodowej - Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej - Skierowanie na trening mieszkaniowy - Asystowanie w usamodzielnianiu się z elementami profilaktyki - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych - Pomoc w uzyskaniu samodzielnego mieszkania 	Metoda towarzyszenia Rzecznictwo Coaching Mentoring Asystowanie Trener pracy
Osoby zdolne do samodzielności życiowej pomimo choroby psychicznej i fizycznej	<ul style="list-style-type: none"> - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej oraz podjęcie konkretnych działań na rzecz danej osoby w celu skorzystania przez nią z określonej usługi - Zapewnienie dostępu do specjalistycznych usług medycznych - Zapewnienie usług opiekuńczych lub asysty - Pokierowanie do działań i grup samopomocowych - Skierowanie do udziału w grupie wsparcia - Skierowanie do udziału w grupie edukacyjnej - Pobudzanie aktywności społecznej i zawodowej - Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej - Skierowanie na trening mieszkaniowy - Skierowanie na trening budżetowy - Asystowanie w usamodzielnianiu się z elementami profilaktyki - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	Metoda towarzyszenia Rzecznictwo Coaching Mentoring Asystowanie Trener pracy
Osoby niezdolne do samodzielności życiowej z powodu wieku, niepełnosprawności, przewlekłej choroby somatycznej lub psychicznej	<ul style="list-style-type: none"> - Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej - Zapewnienie dostępu do specjalistycznych usług medycznych - Zapewnienie usług opiekuńczych lub asysty - Pokierowanie do działań i grup samopomocowych - Skierowanie do udziału w grupie wsparcia - Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	Rzecznictwo Asystowanie

Ponadto na etapie usamodzielniania się osoby bezdomnej ogromne znaczenie powinny mieć zadania realizowane w obszarze mieszkalnictwa wspieranego, które poprawią jej funkcjonowanie w środowisku.

Integracja jest procesem, w którym oprócz pracownika socjalnego powinien brać udział zespół osób, które wspólnie będą wspierały daną osobę lub grupę osób do podjęcia działań mających na celu poprawę ich sytuacji życiowej.

Zatem działania realizowane w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych powinny zmierzać w kierunku traktowania profilaktyki (szczególnie w skali makro) i integracji jako działań długofalowych, natomiast interwencji – jako działań doraźnych. Powinny także opierać się na zasadzie partnerstwa w współpracy realizatora z pracownikami innych podmiotów funkcjonującymi w tych obszarach.

Szczegółowe scharakteryzowanie wszystkich proponowanych w tabelach czynności jest niemożliwe ze względu na dopuszczalną objętość niniejszego opracowania. Wychodząc jednak naprzeciw oczekiwaniom praktyków, poniżej zamieszczamy krótką charakterystykę niektórych rekomendowanych czynności.

Poprzez przykładowe czynności w zakresie standardu pracy socjalnej należy rozumieć:

Stymulowanie i motywowanie do podjęcia leczenia uzależnienia oraz terapii. Realizator powinien wskazać klientowi konieczność oraz możliwości działań w zakresie zwalczania uzależnienia. Terapia alkoholowa powinna – ze względu na specyfikę uzależnienia – być nieodłącznym elementem procesu reintegracji w sferze społecznej i zawodowej.

Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub oferty placówki specjalistycznej. Realizator powinien wskazać klientowi miejsce i adres placówki, w której może on uzyskać specjalistyczną pomoc adekwatną do jego sytuacji. Pokierowanie do specjalisty lub placówki specjalistycznej służy kompleksowemu rozwiązywaniu problemów klienta, których zakres niejednokrotnie leży poza kompetencjami i wiedzą realizatora usługi.

Pokierowanie do działań i grup samopomocowych (Fundacja Pomocy Wzajemnej BARKA, 2011). Nie zawsze jest możliwe wśród osób bezdomnych wdrażanie planu pomocy, który doprowadzi do usamodzielnienia osoby bezdomnej/zagrożonej bezdomnością, bowiem są osoby, które nie posiadają potencjału czy zasobów pozwalających im na usamodzielnienie. Wówczas działania w zakresie pracy socjalnej zgodnej

ze standardem powinny być adekwatne do możliwości klienta i skutkować poprawą jego ogólnej kondycji życiowej i/lub stabilizacji na pożądanym poziomie, a ich celem powinno być zapewnienie działań pomocowych/samopomocowych. Uczestnictwo w działaniach i grupach samopomocowych stwarza klientowi możliwość budowania otoczenia społecznego oraz uzyskiwania wsparcia społecznego, niezwykle istotnego z punktu widzenia osoby wychodzącej z bezdomności.

Pobudzanie i wspieranie aktywności społecznej i zawodowej. Może odbywać się m.in. poprzez skierowanie danej osoby na kurs, trening, warsztaty, szkolenie podnoszące kompetencje społeczne, jak i zawodowe. Szczegółowa charakterystyka działań tym zakresie opracowana została w ramach standardu zatrudnienia i edukacji.

Organizowanie/inspirowanie społeczności lokalnej. Praca socjalna z grupą oraz prowadzona w środowisku, w tym w społeczności lokalnej, ma ogromne znaczenie dla tworzenia systemu wsparcia społecznego osób bezdomnych. Funkcjonowanie tego systemu korzystnie wpływa na trwałość zmian zachodzących na skutek wspólnego wysiłku klienta, realizatora usługi, zaangażowanych w wykonanie projektu działań osób i instytucji. Praca socjalna metodą środowiskową jest przedmiotem opracowania zespołów eksperckich w ramach zadania 3 niniejszego projektu.

Wskazanie możliwości skorzystania z treningu budżetowego, mieszkaniowego, kompetencji rodzicielskich. Umiejętność gospodarowania środkami finansowymi jest jedną z kluczowych umiejętności osoby wychodzącej z bezdomności i przygotowującej się do usamodzielnienia. Stąd konieczność wspierania klienta w jej zdobywaniu i doskonaleniu. Wskazaniem do skierowania na trening mieszkaniowy jest możliwość usamodzielniania klienta z perspektywą zamieszkania poza placówką czy wspólnotą. Pokierowanie do udziału w treningu kompetencji rodzicielskich bezdomnego rodzica wychowującego dziecko/dzieci ma na celu zarówno wspieranie go, jak i rozwiązywanie trudności wychowawczych oraz zapobieganie im poprzez kształtowanie właściwych postaw rodzicielskich.

Wskazanie możliwości skorzystania z grupy wsparcia/grupy edukacyjnej. Realizator powinien kierować do grupy wsparcia/grupy edukacyjnej odpowiedniej ze względu na charakter problemu klienta bądź charakter deficytów klienta.

Zapewnienie usług opiekuńczych lub asysty. Są to działania ukierunkowane na stworzenie warunków sprzyjających osiągnięciu takiego stopnia samodzielności, jaki jest możliwy w odniesieniu do konkretnego

go klienta. Stopień usamodzielnienia powinien być maksymalny przy uwzględnieniu zarówno indywidualnych ograniczeń, jak i możliwości.

Zapewnienie dostępu do specjalistycznych usług medycznych. Każdorazowo wskazaniem do zapewnienia dostępu usług medycznych, w tym specjalistycznych, jest stan zdrowia klienta. Szczegółowa charakterystyka działań opracowana została w ramach standardu zdrowia.

Podjęcie działań ukierunkowanych na powrót do miejsca zamieszkania. Sytuacja, w której klient z powodu przemocy trafia do placówki dla osób bezdomnych, pomimo iż w świetle obowiązujących przepisów prawa to sprawca powinien być usunięty z mieszkania, jest wskazaniem do podjęcia odpowiednich działań. Podobnie wskazaniem są inne sytuacje losowe, w których osoba, której z punktu widzenia prawa przysługuje prawo do zajmowania danego lokalu, jest z niego usuwana bądź zmuszana do opuszczenia.

Asystowanie w usamodzielnianiu się z elementami profilaktyki. Działania te powinny być podejmowane w stosunku do osób rokujących możliwość samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Element profilaktyki ma na celu zapobieganie ponownemu zagrożeniu bezdomnością.

Monitoring miejsc niemieszkalnych/streetworking. Szczegółowa charakterystyka działań opracowana została w ramach standardu streetworkingu.

Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych. Oznacza rozeznanie możliwości zapewnienia dochodu i/lub dostępu do świadczeń finansowych z pomocy społecznej czy innych źródeł. Jest to działanie ciągłe, mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie bezdomnej. Zakres i tryb udzielanej finansowej pomocy w ramach pracy socjalnej został określony ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.), nie jest więc przedmiotem niniejszego opracowania.

3.1.3 Definicja pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

Praca socjalna na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością to określony i zaplanowany tryb postępowania warunkujący spojrzenie na sytuację klienta z punktu widzenia jego potrzeb, zmierzający do powiązania każdego – z prowadzonych w jej ramach

– działania pomocowego oraz poziomu oddziaływania celem zachowania spójności i ciągłości tego procesu. Jest to tryb obejmujący metodologiczne wskazówki oraz niezbędne i możliwe dla danej sytuacji rodzaje świadczeń z zakresu ratownictwa, opieki, pomocy, kompensacji wobec osoby, rodziny bezdomnej czy zagrożonej bezdomnością.

Mówiąc o pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w kontekście standardu, będziemy ujmować ją jako proces zaplanowanych i zespołowych działań, obejmujących wszystkie niezbędne i możliwe dla danej sytuacji rodzaje świadczeń z zakresu ratownictwa, opieki, pomocy, kompensacji wobec osoby, rodziny bezdomnej czy zagrożonej bezdomnością⁴.

3.2

Odbiorca pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁵

- osoby zagrożone bezdomnością (z powodu eksmisji, uzależnienia, choroby somatycznej lub psychicznej, utraty zatrudnienia bądź długotrwałego bezrobocia oraz opuszczenia placówki stacjonarnej takiej jak zakład karny, placówka opiekuńczo-wychowawcza)
- osoby bezdomne przebywające zarówno w placówkach, jak i w miejscach niemieszkalnych.

W ramach standardu praca socjalna adresowana jest do odbiorców korzystających z pomocy społecznej świadczonej zarówno przez ośrodki pomocy społecznej, jak i organizacje pozarządowe, oraz niekorzystających z żadnej pomocy instytucjonalnej. Powinna być realizowana wobec osób, które są bezdomne lub zagrożone bezdomnością i znajdują się w sytuacji wymagającej wsparcia.

⁴ Definicja wypracowana we współpracy z M. Marszałkowską przez grupę ekspertów ds. pracy socjalnej w ramach prowadzonych prac nad *Raportem z fazy diagnozy* (Stenka R. red., 2011).

⁵ Określa osobę lub grupę osób, które zostaną objęte wsparciem w ramach realizowanej usługi (grupę docelową w tym profil klienta korzystającego z danej usługi)

3.3

Cel pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁶

3.3.1 Cel ogólny

Poprawa (optymalizacja) funkcjonowania osoby bezdomnej (zagrożonej bezdomnością) i przywrócenie jej umiejętności pełnienia ról społecznych pozwalających na samodzielne funkcjonowanie w środowisku poprzez:

- pomoc w zaspokajaniu potrzeb, w szczególności zapewnienie podstawowych warunków życiowych
- pracę z jednostkami oraz mobilizowanie na rzecz wzbogacenia ich dobrostanu i kształtowanie zdolności do rozwiązywania problemów
- przeciwdziałanie barierom, nierównościami i niesprawiedliwościom istniejącym w społeczeństwie (Sewpaul V. et.al., 2004; Global Standards for Social Work Education and Training, 2009).

Dla osiągnięcia celu ogólnego realizator pracy socjalnej w ramach standardu planuje, organizuje, koordynuje, kieruje programami (projektami działań) i organizacjami oddanymi każdemu z celów szczegółowych zarysowanych poniżej.

3.3.2 Cele szczegółowe

Cel pracy socjalnej w ramach standardu uwarunkowany jest ogólną kondycją życiową, przede wszystkim zdrowotną, danej osoby. Pożądaną byłaby realizacja pracy socjalnej zawsze ukierunkowanej na usamodzielnienie osób objętych wsparciem i ich pełną integrację społeczną.

⁶ Określa zamierzony (planowany), końcowy efekt działań wchodzących w zakres danej usługi

Jednak praktyka wskazuje konsekwencje ograniczeń, deficytów i dysfunkcji (zarówno fizycznych, jak i psychicznych, szczególnie u osób długotrwale bezdomnych, osób bezdomnych niepełnosprawnych, chorujących psychicznie i uzależnionych), które uniemożliwiają ich samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi. Dlatego cele szczegółowe należy pogrupować, wskazując cele pracy socjalnej wpierającej ku samodzielności oraz pracę socjalną ukierunkowaną na zapobieżenie dalszej degradacji, i realizować poprzez wykorzystanie wszelkich możliwych i dostępnych form, metod i narzędzi w zakresie pracy socjalnej.

3.3.3 Cele szczegółowe wspierające ku samodzielności

- stworzenie sieci oparcia przy wykorzystaniu potencjału lokalnego środowiska i zapewnienie współpracy pomiędzy różnymi osobami i podmiotami biorącymi udział w procesie świadczenia pracy socjalnej
- zapewnienie dostępu do usług socjalnych
- wsparcie klienta w nabyciu umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych
- pobudzenie lub wzmocnienie aktywności społecznej i zawodowej klienta adekwatnie do jego potrzeb i możliwości.

3.3.4 Cele szczegółowe zapobiegające dalszej degradacji osoby

- **Cel ratowniczy** – zapewnienie podstawowych warunków życia (np. udzielenie schronienia osobom bezdomnym)
- **Cel kompensacyjny** – zaspokojenie potrzeb, które nie mogą być realizowane samodzielnie (np. przyznanie pomocy finansowej)
- **Cel protekcyjny** – zmniejszenie negatywnego wpływu tych czynników, które nie mogą być zmienione (np. praca socjalna w rodzinie w zakresie radzenia sobie z trudnościami życia codziennego)
- **Cel promocyjny** – osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego poziomu i jakości życia (np. wspomaganie w rozwiązywaniu problemów, przezwyciężaniu trudności)
- Wzmocnienie zdolności grup i społeczności lokalnych do samodzielnego rozwoju
- Efektywne organizowanie różnych form pomocy oraz zarządzanie nimi (b.d., 1996).

3.4

Zakres czynnościowy realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁷

Jednym z najważniejszych elementów realizacji działań w ramach standardu jest uwzględnienie warunków skutecznego działania w pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych. Optymalizacja pracy socjalnej na rzecz osoby bezdomnej oznacza m.in.: indywidualizowanie, dopasowywanie działań do możliwości i ograniczeń osoby, uszanowanie autonomii i godności klienta, motywowanie klienta do dokonywania zmian oraz wspólnego przygotowywania strategii przeprowadzania tych zmian, wdrożenie uregulowań prawnych oraz zadań i kompetencji ustawowych instytucji.

W pracy socjalnej z osobą bezdomną i zagrożoną bezdomnością realizator powinien:

- pomóc określić przyczyny bezdomności i określić sposoby jej rozwiązania
- odkryć zdolności podopiecznego do sprostania problemowi w całości lub częściowo
- pobudzić oraz umocnić psychiczną, intelektualną i emocjonalną energię klienta
- zaangażować klienta w rozwiązywanie problemu
- uruchomić i rozwinąć istniejący potencjał osoby bezdomnej i środowiska, w którym żyła wcześniej i w którym żyje aktualnie.

⁷ Wyznacza przebieg działań, tok postępowania (podstawowe zadania, etapy, czynności, metody, narzędzia), który umożliwia skuteczną realizację usługi.

Istotna jest zatem praca nad ustalaniem celów, będąca konfrontowaniem potrzeby zmiany z wartościami, możliwościami oraz zasobami zarówno osoby i jej środowiska, jak i realizatora usługi oraz systemu pomocy, który reprezentuje.

Realizator pracy socjalnej w ramach standardu może przyjmować różne role zawodowe na różnych etapach pracy. Ich zakres jest zależny od specyfiki zadań, jakie realizuje wobec klientów, instytucji oraz społeczności. W przypadku osób bezdomnych podstawą działania powinno być określenie celów zarówno realizatora, jak i klienta – związanych ze zmianą jego sytuacji życiowej, uniezależnienia go od pomocy społecznej i zintegrowania ze społeczeństwem. Realizator może być np. przewodnikiem po systemie, inicjatorem i organizatorem sieci wsparcia, konsultantem, facylitatorem zmian, planistą, asystentem, liderem.

Działania scharakteryzowane w ramach standardu pracy socjalnej powinny być realizowane przez osoby posiadające właściwe kwalifikacje, w tym co najmniej przygotowanie do pracy z osobą bezdomną, oraz kompetencje szczegółowe wynikające z zakresu określonego działania.

Poniżej scharakteryzowane działania nawiązują do faz postępowania metodycznego w pracy socjalnej z jednostką i dlatego za konieczne uznano umieszczenie ich w zakresie czynnościowym realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem. W praktyce działania te są nierozdzielne, często zachodzą na siebie lub występują równocześnie. O oddzieleniu ich przesądziła jedynie potrzeba zachowania przejrzystości podczas prezentacji tych działań. Pozwala to na zaprezentowanie pracy socjalnej – jako logicznego i spójnego ciągu działań uzupełniających się i zmierzających do określonego celu.

Tryb postępowania metodycznego realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem przedstawia tabela nr 4.

TABELA NR 4 | Tryb postępowania metodycznego realizatora pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zgodnej ze standardem

TRYB POSTĘPOWANIA REALIZATORA W RAMACH STANDARDU PRACY SOCJALNEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ							
diagnoza	monitoring	pierwszy kontakt					
		informowanie	pakiet socjalny	poradnictwo socjalne	konstruowanie planu pomocy (projektu działań)	czynności rekomendowane	
					wdrażanie planu pomocy (projektu działań)		
		ewaluacja realizacji planu pomocy (projektu działań)					
		modyfikacja/korekta planu pomocy (projektu działań)					

Opracowanie: M. Czochara na podstawie tabeli przygotowanej przez R. Stenkę i A. Koszutowskiego.

Realizator pracy socjalnej postępuje zgodnie z przedstawionym powyżej trybem postępowania metodycznego określającego działania w ramach pracy socjalnej zgodnej ze standardem na wszystkich trzech poziomach oddziaływania. O doborze działań i kolejności ich realizowania, jak również o doborze czynności rekomendowanych w opisie pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, decyduje realizator, uwzględniając adekwatność podejmowanych działań ze względu na poziom oddziaływania i profil klienta.

Wszystkie scharakteryzowane poniżej działania powinny być uporządkowane, układać się w systematyczny plan pracy i być prowadzone według przyjętych w standardzie sposobów ich realizacji, zakładanych rezultatów, a także – w razie potrzeby – innych niezbędnych dla prawidłowego postępowania metodycznego w pracy socjalnej elementów.

Istotne jest, aby realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem:

- poinformował o prawach, obowiązkach i uprawnieniach do uzyskania pomocy
- uzyskał zgodę klienta na przeprowadzenie diagnozy swojej sytuacji

- zaangażował klienta w konstruowanie i wdrażanie projektu działania
- uzyskał zgodę klienta na realizację konkretnych działań pomocowych.

3.4.1 Pierwszy kontakt

Podstawowym elementem w działaniu realizatora jest rozpoznanie sytuacji osoby potrzebującej wsparcia. Pozyskanie informacji obrazujących jej sytuację może nastąpić poprzez kontakt osobisty, pisemnie lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

Pierwszy kontakt to etap pracy socjalnej zgodnej ze standardem, który możemy określić mianem „pierwszego spotkania”, podczas którego następuje przyjęcie klienta, a rozmowa jest bardzo ważnym działaniem. Od tego spotkania zależy bowiem, czy dana osoba podejmie współpracę. Ten etap pracy jest jednocześnie początkiem kształtowania wzajemnej relacji o charakterze partnerskim pomiędzy realizatorem a osobą bezdomną lub zagrożoną bezdomnością, jest także okazją do tworzenia przyjaznej atmosfery i budowy wzajemnego zaufania. Celem tego działania jest nawiązanie właściwego dialogu i aktywne wysłuchanie, które pozwolą realizatorowi na zaplanowanie i podjęcie kolejnych kroków.

W początkowej fazie pracy ważne jest, aby dobrze zdefiniować rolę realizatora oraz udzielić informacji o możliwościach wsparcia. Zwiększenie świadomości osoby co do oferowanej pomocy ma wzbudzić zainteresowanie proponowaną współpracą i chęć do zmiany. Budując kontekst rozmowy, realizator powinien dążyć do przełamania naturalnej nieufności osoby bezdomnej i inicjować zaangażowanie klienta w późniejsze działania. Uzasadnione jest na tym etapie uświadomienie osobie bezdomnej istniejącej sytuacji i wynikającej z niej potrzeby pomocy.

Realizator powinien mobilizować całą swoją wiedzę, aby lepiej zrozumieć klienta i udzielić mu optymalnej pomocy, a także wykorzystywać umiejętności interpersonalne, by stworzyć atmosferę współpracy i zrozumienia dla trudnej sytuacji klienta.

Podstawowe kroki w realizacji działania:

- uzyskanie od osoby potrzebującej wsparcia informacji o problemowej sytuacji, w jakiej się w danym momencie znajduje
- udokumentowanie zgłoszenia

- przedstawienie zasad działania instytucji, w tym ustalenie celu i terminu przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego (celem jest nawiązanie relacji, a nie wyposażenie odbiorcy przekazu w wiedzę)
- analiza zgłoszonych przez klienta informacji
- przygotowanie się do przeprowadzenia wstępnej diagnozy sytuacji klienta
- przygotowanie się do przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego (Marszałkowska M., 2005).

3.4.2 Przeprowadzanie diagnozy sytuacji klienta

Diagnoza sytuacji klienta to etap poświęcony rozpoznaniu sytuacji osoby/rodziny, a jednocześnie jest to działanie stanowiące początek współpracy z klientem i jego aktywności w zakresie rozwiązywania trudnej sytuacji, która go dotyczy.

Realizacja tego działania podzielona jest na dwa etapy.

W pierwszym etapie realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem podejmuje działania związane z przeprowadzeniem wstępnej diagnozy sytuacji klienta oraz według załączonego formularza (SPS-F01 *Diagnoza wstępna sytuacji klienta*) przeprowadza rozpoznanie.

Istotne jest, aby wstępną diagnozę sytuacji osoby dokonać, uwzględniając sześć sfer funkcjonowania osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością:

- **sferę psychologiczną** (sferę psychologicznego funkcjonowania osoby bezdomnej)
- **sferę zdrowotną** odnoszącą się do kondycji fizycznej osoby bezdomnej
- **sferę socjalno-bytową**, dotyczącą socjalnego poziomu życia osoby bezdomnej i jej zabezpieczenia bytowego
- **sferę zawodową**, obejmującą funkcjonowanie osoby bezdomnej w kontekście zawodowym, w tym nawyk pracy, poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych, umiejętności otrzymania i utrzymania zatrudnienia, odnalezienia się na rynku pracy
- **sferę mieszkaniową**, która odnosi się do wszelkich aspektów życia osoby bezdomnej w mieszkaniu wspieranym, zarówno w wymiarze prawnym, ekonomicznym czy psychologicznym
- **sferę społeczną**, obejmującą funkcjonowanie osoby bezdomnej w szerszej grupie społecznej oraz w całym społeczeństwie (Dębska-Cenian A., Olech P., red., 2008).

Uwzględnianie powyżej określonych sfer aktywności człowieka jest niezwykle istotnym czynnikiem sukcesu w procesie pomagania drugiemu człowiekowi. Ze względu na całą gamę różnorodnych problemów osób bezdomnych fundamentalne znaczenie ma uwzględnienie ich w momencie analizy sytuacji życiowej klienta wymagającego wsparcia. Diagnoza wstępna wykonywana z uwzględnieniem powyższych sfer pozwoli precyzyjnie określić potrzeby danej osoby, a także wskazać czynniki ograniczające jej możliwości do podejmowania określonego rodzaju działań. Należy jednocześnie pamiętać, że dokonanie diagnozy nie jest aktem jednorazowym, lecz cyklicznym: wnioski z tego etapu pracy należy regularnie aktualizować i dokonywać korekty po każdym zrealizowanym etapie działań określonych w planie pomocy.

W drugim etapie realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem podejmuje działania związane z przeprowadzeniem diagnozy sytuacji klienta za pomocą kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. z 22.06.2012 poz. 712), który stanowi narzędzie gromadzenia danych i określania sytuacji według konkretnych, spójnych dla systemu pomocy zasad.

Zarówno formularz diagnozy wstępnej, jak i kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego, powinien być uzupełniony opinią specjalistów.

Informacje zdobyte podczas przeprowadzania diagnozy sytuacji klienta stanowią podstawę do dokonania oceny sytuacji. Sposób interpretacji sytuacji klienta przez realizatora powinien być zweryfikowany przez osobę, której dotyczy, ponieważ ona najlepiej zna okoliczności i aspekty swojej sytuacji. Opis rzeczywistej sytuacji osoby powinien opierać się na faktach i brać pod uwagę wszelkie okoliczności, w jakich znajduje się podopieczny. Dokonana ocena sytuacji klienta odpowiada na pytanie: co stanowi problem osoby/rodziny? Pokazuje też przyczyny sytuacji problemowych klienta, zasoby pozostające w jego dyspozycji, a także inne deficyty istotne w danej sytuacji. Zidentyfikowane problemy należy nazwać i przedyskutować z klientem, ustalając ich wagę i wpływ na funkcjonowanie społeczne i zawodowe podopiecznego.

Podczas diagnozowania sytuacji klienta istotne jest ustalenie priorytetów dla rozwiązywania poszczególnych problemów z uwzględnieniem następujących czynników:

- kwestii wskazanej jako priorytetowej przez samego klienta (po pełnym przedyskutowaniu zagadnień i działaniach doradczych w poszczególnych problemach)

- obowiązków klienta nakładanych przez prawo, którymi klient winien się zajmować, np. w zakresie opieki nad dziećmi
- wpływu danej sytuacji na funkcjonowanie osoby i ewentualnie pozostałych członków rodziny
- zasobów/możliwości osoby/rodziny, środowiska, instytucji możliwych do wykorzystania w poprawie niekorzystnej sytuacji
- ograniczeń osoby/rodziny, środowiska, instytucji utrudniających poprawę niekorzystnej sytuacji
- zmian, jakie realizator zamierza osiągnąć z osobą/rodziną, czyli określenia celów pracy, do których będzie dążyć razem z klientem.

Zbudowana we współpracy z klientem i w oparciu o powyższe zasady ocena jego sytuacji daje możliwość wspólnego przejścia do zaprojektowania niezbędnych działań dla uzyskania pożądanej zmiany (Marszałkowska M., 2005).

Podstawowe kroki w realizacji działania na etapie pierwszym:

- identyfikacja problemu bądź problemów klienta
- zebranie informacji o sytuacji: rodzinnej, zawodowej, zdrowotnej, społeczno-bytowej, mieszkaniowej
- zebranie i analiza dokumentów niezbędnych do udzielenia właściwego wsparcia
- opracowanie wstępnej diagnozy w formie pisemnej.

Podstawowe kroki w realizacji działania na etapie drugim:

- wizyta w środowisku klienta – obserwacja, rozmowa z osobami z najbliższego otoczenia
- nawiązanie kontaktu ze środowiskiem (dzielnicowy, kurator, pedagog, sąsiedzi, opiekun/lider, służba zdrowia, szkoła, administracja, policja, Straż Miejska, placówka, organizacja społeczna itp.)
- opracowanie rodzinnego wywiadu środowiskowego
- ocena sytuacji klienta i weryfikacja wyników diagnozy (potrzeby, poznanie historii bezdomności, określenie przyczyn i mechanizmów pojawienia się problemów, analiza zasobów i potrzeb)
- systematyczne weryfikowanie diagnozy uwzględniające pozyskiwane w trakcie dalszej pracy dane.

3.4.3 Informowanie osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością o uprawnieniach i możliwościach uzyskania wsparcia

Udzielenie informacji jest:

- komunikatem kierowanym do osoby, której stan lub sytuacja wskazują, iż może ona potrzebować pomocy
- odpowiedzią na wyartykułowaną w pytaniu potrzebę klienta.

Informowanie dostarcza wiedzy na temat uprawnień, jakie można uzyskać („co?” i „gdzie?”) – w odróżnieniu od poradnictwa obejmującego szerszy zakres wiedzy („jak?”).

Udzielona informacja powinna być: zwięzła, jasna, aktualna oraz dostosowana w zakresie słownictwa do możliwości zrozumienia przez klienta. Przy udzielaniu informacji wskazane jest uzyskanie informacji zwrotnej potwierdzającej, że przekazana informacja została zrozumiana.

Kontakt nawiązany z osobą bezdomną lub zagrożoną bezdomnością przy okazji informowania stwarza możliwość udzielenia dodatkowej informacji o szerszej ofercie pomocy dostępnej w danym miejscu. W efekcie osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością funkcjonujące dotychczas poza systemem pomocy instytucjonalnej mają większe szanse, by zostały nim objęte.

Przekazana informacja stwarza klientowi możliwość zaspokojenia jego potrzeb. Warunkiem udzielenia adekwatnej informacji jest uważne oraz aktywne wysłuchanie klienta. Oznacza to, że realizator udzielający informacji upewnia się w procesie komunikacji, czy udzielona przez niego informacja jest tą, o którą zabiegał klient. Udzielenie kompetentnej i rzeczowej informacji oznacza jednocześnie:

- uzyskanie przez osobę bezdomną/zagrożoną bezdomnością pełnej oraz adekwatnej informacji odnośnie do zgłaszanego problemu, zdobycie wiedzy
- stworzenie możliwości zaspokajania potrzeby lub rozwiązania problemu
- stworzenie możliwości objęcia zinstytucjonalizowaną pomocą osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością pozostających dotychczas poza systemem wsparcia
- umożliwienie poznania szerokiej oferty pomocowej dostępnej w danym miejscu/regionie/czasie.

Przekazywanie informacji może odbywać się różnymi kanałami informacyjnymi. Poza informacją udzieloną w sposób bezpośredni podczas rozmowy informacje mogą być przekazywane m.in. za pomocą broszury, ulotki, plakatu, bilbordów, adresu strony internetowej.

Miejsce realizacji działania uzależnione jest od kanału informacyjnego. Informacje przekazywane w drodze bezpośredniego kontaktu są udzielane podczas spotkania w punktach konsultacyjnych, poprzez infolinię, telefon zaufania lub w miejscu zamieszkania/pobytu klienta. W przypadku gdy informacja ma formę przedmiotową, jej nośnikiem mogą być media, plakaty, broszury itp.

Informacja może być udzielana o każdej porze (decydują tu np. godziny otwarcia punktu). Czas poświęcony klientowi zależy m.in. od stopnia jego zainteresowania i orientacji w ofercie pomocowej. Im więcej lub im bardziej szczegółowych informacji potrzebuje klient, tym proces informowania jest dłuższy.

Należy dołożyć starań, aby przekazywane informacje były aktualne. Rekomendowana jest zatem ścisła współpraca realizatora z instytucjami, organizacjami realizującymi zadania pomocowe na rzecz osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością w celu aktualizacji wiedzy w zakresie ich oferty i dostępnych form pomocy. Realizator powinien prowadzić zestawienie udzielonych informacji.

Warunkiem rzetelnej realizacji tego działania jest dostęp do aktualizowanych na bieżąco informacji o: punktach żywienia, schronienia, wydawania odzieży, dyżurach placówek medycznych, procedurach załatwiania dokumentów i spraw urzędowych.

Podstawowe kroki w realizacji działania:

- wysłuchanie pytania klienta
- wyjście z informacją do klienta.

Zakres udzielonych informacji dotyczy:

- oferty pomocy doraźnej
- uprawnień do świadczeń z pomocy społecznej
- miejsc, w których można starać się o uzyskanie świadczeń z pomocy społecznej
- możliwości uzyskania informacji o pomocy w perspektywie długoterminowej
- miejsc uzyskania pomocy medycznej

- adresów specjalistycznych placówek oraz warunków uzyskania w nich pomocy
- adresów urzędów i godzin przyjmowania petentów.

3.4.4 Określenie i zapewnienie pakietu socjalnego

Przez pakiet socjalny należy rozumieć:

- udzielenie niezbędnej (interwencyjnej) pomocy osobom bezdomnym przebywającym w miejscach niemieszkalnych lub zagrożonych bezdomnością, w skład której wchodzi: zapewnienie gorącego posiłku, niezbędnych dostosowanych do pory roku odzieży i schronienia, udzielenie pierwszej pomocy lekarskiej, wezwanie pogotowia ratunkowego, zabezpieczenie niezbędnych leków i środków opatrunkowych
- udzielenie pierwszej pomocy osobie bezdomnej przyjmowanej do placówki – w formie usług higienicznych (kąpiel, odwyszawianie), posiłku, ubrania, podstawowej opieki medycznej, niezbędnych leków i środków opatrunkowych – a w dalszej kolejności udzielenie pomocy w odtworzeniu podstawowych dokumentów i uzyskaniu ubezpieczenia zdrowotnego.

Podstawowe kroki w realizacji działania:

- określenie pakietu usług: usystematyzowanie informacji w zakresie potrzeb osoby objętej wsparciem oraz możliwości ich zaspokojenia
- zapewnienie pakietu usług: umożliwienie zaspokojenia podstawowych potrzeb poprzez dostarczenie niezbędnych dóbr (pożywienia, odzieży, leków itp.) lub pokierowanie do miejsca świadczenia usług (łazieni, punktu opieki medycznej itp.).

3.4.5 Udzielanie poradnictwa socjalnego

Poradnictwo socjalne to informacja mająca zastosowanie w konkretnej sprawie danego klienta, przedstawiająca możliwości rozwiązania zgłaszanego problemu ze sfery socjalnej lub odnoszącego się do spraw życiowych. Obejmuje przedstawienie klientowi informacji o prawach i uprawnieniach, z których może skorzystać, chcąc rozwiązać swoją trudną sytuację życiową, omówienie planowanych działań i przedstawienie konsekwencji ich niepodjęcia, pomoc w przygotowaniu pism i załatwianiu spraw w urzędach. Działanie ma charakter wspierający, edukacyjny i terapeutyczny.

Podstawowe kroki w realizacji działania:

- analiza przyczyn problemu klienta i wynikających z ustalonego problemu określonych, niekorzystnych dla niego konsekwencji (czyli odwołanie się do diagnozy sytuacji klienta) oraz klasyfikacja problemu (określenie sytuacji danego działania)
- udzielenie klientowi informacji, które mogą mieć wpływ na poprawę jego sytuacji socjalno-bytowej, jak również udzielenie pomocy w korzystaniu z przysługujących świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych i/lub świadczeń z pomocy społecznej: pieniężnych, niepieniężnych, usług opiekuńczych, skorzystania ze schronienia, wskazanie adresów placówek dla osób bezdomnych, właściwych dla sytuacji klienta
- w sytuacji zdrowotnej udzielenie pomocy w uzyskaniu ubezpieczenia zdrowotnego, jak i udzielenie podstawowych informacji na temat korzystania z pomocy służby zdrowia
- udzielenie pomocy w uzyskaniu skierowania do domu pomocy społecznej klientowi, który wymaga stałej pomocy innej osoby; wspieranie klienta w pozyskiwaniu niezbędnych do skierowania dokumentów i badań oraz w uzyskaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- wskazanie adresów placówek leczenia uzależnień, motywowanie do podjęcia terapii, wskazanie konsekwencji niepodejmowania działań w uporaniu się z uzależnieniem
- udzielenie wsparcia w załatwianiu spraw urzędowych, udostępnienie wzorów pism, udzielanie pomocy w samodzielnym konstruowaniu pism, zapewnienie dostępu do informacji o adresach urzędów oraz ich stron internetowych
- udzielenie klientowi informacji ułatwiającej planowanie rozwiązania problemu i podejmowania przez niego samodzielnych działań oraz redukcji przykrych następstw problemu
- proponowanie konsultacji, spotkania ze specjalistą – w zależności od problemu i kondycji psychicznej klienta umożliwienie kontaktu z psychologiem, pedagogiem, prawnikiem, terapeutą, doradcą zawodowym
- wskazanie instytucji lub organizacji, która pomoże klientowi rozwiązać jego problem.

Miejsce realizacji działania uzależnione jest od kanału informowania. Jeśli informacje przekazywane są przez realizatora, to jest nim określone miejsce w instytucji lub miejsce zamieszkania/przebywania klienta. W przypadku gdy informacja ma formę przedmiotową, jej nośnikami mogą być media, plakaty, broszury itp.

Informacja może być udzielana o każdej porze (decydują tu np. godziny otwarcia punktu). Ilość czasu poświęconego klientowi zależy m.in. od stopnia jego zainteresowania i poziomu posiadanej wiedzy. Im więcej lub im bardziej szczegółowych informacji dana osoba potrzebuje, tym proces jest dłuższy.

3.4.6 Konstruowanie i wdrażanie planu pomocy (projektu działań)

Plan pomocy jest koncepcją działań, jakie należy zrealizować w celu poprawy bieżącej sytuacji życiowej klienta lub zapobieżenia dalszej degradacji osoby. Stanowi usystematyzowany harmonogram działań, wskazujący zakres zadań szczegółowych, rolę osób zaangażowanych w jego realizację, zakłada czas weryfikacji osiągniętych rezultatów oraz ewentualnie inne elementy niezbędne dla prawidłowego wykonania działań.

Konstruowanie i wdrażanie projektu działań w pracy socjalnej z osobą bezdomną/zagrożoną bezdomnością musi wynikać bezpośrednio z potrzeb klienta, diagnozy jego sytuacji socjalno-bytowej, prawnej i psychologicznej, a także musi uwzględniać potencjał i możliwości danej osoby, tak aby mogła w sposób realny poradzić sobie z wyjściem z trudnej sytuacji, w jakiej się znalazła. Zadaniem realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem jest pomoc osobie bezdomnej i zagrożonej bezdomnością w określeniu jej zasobów, które mogą być przez nią wykorzystane i włączone w działania pomocowe. Realizacja wszelkich czynności pomocowych nakierowana musi być na rozwiązanie indywidualnej sytuacji klienta z uwzględnieniem wszystkich problemów, jakich doświadcza klient, i potencjalnych trudności, jakie może napotkać podczas realizacji wspólnie ustalonych działań. W przypadku wdrażania działań pomocowych ważne jest, by uwzględnić takie okoliczności jak:

- stan rodzinny (osoba samotna, rodzic z dzieckiem itp.)
- kondycja zdrowotna (osoba niepełnosprawna, przewlekle chora, uzależniona)
- status (osoba bezdomna – jak długo?, osoba zagrożona bezdomnością).

Na etapie wdrażania projektu działania klient wspólnie z realizatorem ponownie analizują określoną w trakcie przeprowadzania diagnozy sytuacji klienta hierarchię problemów, które powinny być kolejno lub równolegle rozwiązywane. Stopień zaangażowania klienta zarówno w planowanie, jak i wdrażanie działań pomocowych, uzależniony jest od jego możliwości, charakteru działań oraz sytuacji klienta. Realizator powinien dołożyć starań, aby zaangażowanie klienta było możliwie jak największe.

Wdrażanie projektu działań musi być procesem elastycznym i zakładać stałe jego modelowanie z uwagi na to, iż realizator nie jest w stanie przewidzieć wszystkich kierunków zmian, jakie mogą wystąpić u samego klienta i w jego otoczeniu.

Konstruowanie i wdrażanie planu pomocy w zakresie pracy socjalnej zgodnej ze standardem powinno wynikać z tendencji, które wyznacza proces integracji społecznej, czyli musi uwzględniać normy i uwarunkowania społeczne. Proces świadczenia pomocy musi być kompleksowy i ukierunkowany na indywidualne potrzeby danej osoby, powinien maksymalnie wykorzystywać zaangażowanie klienta, współpracę z otoczeniem klienta, a także z innymi osobami i instytucjami tworzącymi sieć wsparcia.

Jednocześnie aby zapewnić standard usługi, jej świadczenie powinno wynikać z metodyki pracy socjalnej oraz profesjonalnego przygotowania realizatorów zaangażowanych w proces konstruowania i wdrażania planu pomocy w zakresie pracy socjalnej, a także obowiązujących ram prawnych i etycznych.

W ramach tego działania praca świadczona na rzecz osób bezdomnych prowadzona jest w atmosferze współpracy i porozumienia. Podstawowe zasady realizacji tego działania polegają na tym, że:

- stosunek do klienta jest partnerski
- klient zostaje usytuowany w centrum zainteresowania i prowadzonych działań, a to oznacza np. zachęcanie do aktywności i partnerskiego uczestnictwa w określaniu priorytetów, realizacji konkretnych, ustalonych zadań i dokonywaniu ich oceny
- praca oparta jest o zaplanowany proces działań, które, realizowane po kolei, zbliżają do osiągnięcia planowanej zmiany
- praca uwzględnia ograniczenia czasowe wynegocjowane z klientem
- współpraca zostaje potwierdzona kontraktem – pisemną umową, której realizacja będzie wymagała jasno określonych ról, zadań, terminów realizacji, przyjętych form podsumowania poszczegól-

nych zadań. Nieodzownym elementem tej umowy jest akceptacja przyjętych zasad współpracy i konsekwentne ich przestrzeganie.

Konstruowanie i wdrażanie projektu działania obejmuje scharakteryzowane poniżej etapy.

3.4.6.1 ETAP I – KONSTRUOWANIE PLANU POMOCY (PROJEKTU DZIAŁANIA)

Konstruowanie obejmuje proces podejmowania decyzji w sprawie poprawy sytuacji klienta, dlatego też realizator i klient umawiają się na spotkanie poświęcone zaprojektowaniu działań w tym zakresie. Realizator mobilizuje tu swoją wiedzę na temat metod i technik pracy socjalnej oraz właściwych czynności, których zastosowanie w danej sytuacji jest zasadne.

Zebrane w wyniku diagnozy informacje pozwalają pracownikowi i osobie/rodzinie objętej wsparciem określić wspólnie: rodzaj działania, czas trwania i rytm pracy niezbędny do osiągnięcia zakładanej zmiany, potencjalnie przewidzieć i omówić przeszkody na drodze do realizacji zadań wykonywanych przez klienta oraz korzyści, jakie wynikają z jego realizacji. Wskazanie korzyści jest ważnym czynnikiem motywacyjnym, podobnie jak podpisanie porozumienia o współpracy.

W obecnym systemie prawnym takim porozumieniem, a jednocześnie skonstruowanym projektem działań w przypadku osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest zarówno Indywidualny Program Wychodzenia Z Bezdomności (IPWzB), jak i Kontrakt Socjalny. Oba narzędzia mają zastosowanie zamiennie i w trybie uzupełniającym się⁸. W zakresie realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem przyjmuje się, iż:

IPWzB należy zastosować wobec osoby bezdomnej wyrażającej wolę i gotowość do realizacji IPWzB, której kondycja życiowa nie wyklucza możliwości samodzielnego funkcjonowania (usamodzielnienia się, a tym samym „wyjścia z bezdomności”).

⁸ Po pilotażu w fazie rekomendacji zawarta będzie propozycja zmiany tego stanu – obecnie uciążliwego i niekorzystnego dla osób bezdomnych.

W myśl zapisów ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.) program ten jest zbiorem działań zmierzających do pełnego usamodzielnienia się osoby bezdomnej, polega „na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia” (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593, Art. 49), a więc skierowany jest do osób aktywnie uczestniczących w wychodzeniu z bezdomności.

IPWzB jest zatem planem na etapie integracji, zakładającym systematyczność rozumianą jako proces osiągania kolejno wyznaczonych celów przez klienta przy współpracy z pracownikiem socjalnym. IPWzB może stanowić zatem alternatywę dla kontraktu socjalnego na tym poziomie oddziaływania i z klientem o takim profilu.

Kontraktem socjalnym należy objąć pozostałe osoby bezdomne⁹ oraz osoby/rodziny zagrożone bezdomnością.

Kontrakt socjalny (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.; Dz.U. z 22.11.2010 Nr 218 poz. 1439) jest „pisemną umową zawartą z osobą ubiegającą się o pomoc, określającą uprawnienia i zobowiązania stron umowy, w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny”.

Od przyjętego zatem celu strategicznego i wynikających z niego celów szczegółowych określonych przez właściwy dokument zależy zakres pracy socjalnej. Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem podejmuje decyzję, czy i ewentualnie które z ww. narzędzi zastosuje uwzględniając profil klienta i poziom oddziaływania zgodnie z przyjętymi założeniami. Ponieważ nie istnieje określony przez ustawodawcę wzór (w załączeniu zamieszczono formularz SPS-F02/IPWzB). Niniejsze narzędzie ma charakter obligatoryjny na etapie testowania standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością¹⁰.

Biorąc pod uwagę złożoną strukturę narzędzia pracy socjalnej, jakim jest Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności, podkreślić należy, że – w odróżnieniu od kontraktu socjalnego – jest on na-

⁹ Profile osób bezdomnych określono w punkcie 3.1.2.

¹⁰ Dopuszczalne jest użycie w trakcie pilotażu formularza IPWzB stosowanego w dotychczasowej praktyce gminy (o ile taki formularz istnieje).

rzędziem właściwym do realizacji długofalowych celów, służących reintegracji i usamodzielnieniu osób bezdomnych. Pozytywne efekty realizacji indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności nie wiążą się jedynie z powszechną opinią dotyczącą „zdobycia” przez osobę bezdomną mieszkania. Długofalowymi efektami IPWzB są również prawidłowe postawy i zachowania akceptowane społecznie, wzmocnienie wiary we własne możliwości, wzrost aktywności społecznej osób realizujących działania zgodnie z IPWzB¹¹. Ze względu na możliwość realizacji innych celów wsparcia niż aktywizacja zawodowa i społeczna kontrakt socjalny wydaje się być obecnie bardziej uniwersalnym i praktycznym narzędziem.

Podsumowując – w każdym przypadku współdziałanie z klientem powinno być oparte na porozumieniu o współpracy.

Plan pracy (projekt działań) w ramach niniejszego standardu opracowywany jest przez pracownika socjalnego, który korzysta z informacji i konsultacji specjalistów. Pracownik socjalny przed przystąpieniem do opracowania projektu działań bazuje na uzyskanych wynikach z przeprowadzonej diagnozy sytuacji klienta, uwzględniając przy tym indywidualne cechy i możliwości osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością zgłaszającej gotowość przystąpienia do realizacji projektu działań.

Na etapie konstruowania planu pomocy (projektu działań) od realizatora uzależnione są liczba i rodzaj podejmowanych czynności w jego zakresie. Wśród tych działań mogą znaleźć się przykładowe czynności zawarte w tabelach 1, 2 i 3 uwzględniających trzy poziomy oddziaływania, tj. profilaktyki, interwencji i integracji oraz profil klienta. Dobór ich jest kwestią otwartą dla realizatora, gdyż wykaz tych czynności nie stanowi zamkniętego katalogu. Stanowi raczej zestaw metodycznych wskazówek (katalog rekomendowanych propozycji). Na tym etapie wskazane jest, by realizator uwzględnił wytyczne co do konkretnych czynności z obszarów streetworkingu, partnerstw lokalnych, zdrowia oraz zatrudnienia i edukacji zawarte w pozostałych opracowaniach standardów.

W niniejszym standardzie pracy socjalnej celowo nie ograniczono możliwości wykraczania poza zalecaną listę proponowanych czynności, aby realizator mógł sam poszukiwać nowych rozwiązań lub

¹¹ Na podstawie opisu dobrej praktyki, przygotowanego przez pracownika socjalnego Marcina Młota.

umieszczać w planie pomocy skuteczne działania wypracowane w trakcie własnej praktyki.

W przypadku realizacji IPWzB wskazane jest, aby czynności były dobierane tak, żeby zmierzały do rozwiązania konkretnych problemów klienta, przyczyniając się do jak najskuteczniejszej integracji społecznej zakończonej usamodzielnieniem.

Realizator ma możliwość decydowania o kolejności i doborze czynności wchodzących w skład konstruowanego planu pomocy, gdyż tylko on jest w danej sytuacji z konkretną osobą i może podjąć taką decyzję w oparciu o dokonaną wcześniej analizę potrzeb, oczekiwań klienta oraz analizę możliwych działań (ze względu na profil, poziom oddziaływania i adekwatność działań). Nadrzędną zasadą przy ich doborze powinna być zawsze zasada użyteczności.

Należy pamiętać, iż najistotniejsza w doborze działań profilowanych dla konkretnego klienta jest właściwie przeprowadzona diagnoza jego sytuacji. Stąd też wskazanie dla realizacji pewnych działań profilowanych w odniesieniu do konkretnych profili klienta nie zamyka możliwości ich realizacji w odniesieniu do klientów reprezentujących inny profil.

Planowanie pomocy na poziomie interwencji odnosi się do planowania postępowania doraźnego celem poprawy sytuacji konkretnej osoby. Za plan pomocy na poziomie interwencji można zatem przyjąć inną formę dokumentacji niż IPWzB czy Kontrakt socjalny (np. kartę interwencji określającą zakres podjętych działań, listy potwierdzające odbiór lub skorzystanie z określonego rodzaju pomocy).

Istotnym elementem jest stałe monitorowanie postępów osoby bezdomnej/zagrożonej bezdomnością w podejmowaniu kolejnych aktywności służących jej usamodzielnieniu lub poprawie sytuacji życiowej. Aby zwiększyć skuteczność wdrażanych działań i na bieżąco je modyfikować, realizator powinien prowadzić monitoring postępów klienta.¹²

Zadania zawarte w indywidualnym programie (projekcie działań) to nie tylko prace do wykonania – to poszczególne, odrębne części ogółu prowadzonych działań: są serią kroków zbliżających do osiągnięcia celu. Stanowią zaplanowany w danej sekwencji czasowej zestaw małych kroków na drodze prowadzącej do celu. Dlatego też winny być planowane w sposób dający możliwość ich realizacji w pewnej

¹² Sposób realizacji monitoringu szczegółowo opisano w punkcie 3.12.2.

kolejności. Określanie zadań i sposobu ich wykonania ma zasadnicze znaczenie dla rozwiązywania problemów w pracy socjalnej zorientowanej zadaniowo.

Etap określania zadań jest procesem trudnym, dlatego też winien przebiegać według pewnych kroków:

- rozważenie potencjalnych korzyści z wykonania zadania przez samego klienta, który sam je wyjaśnia i skłania do realistycznej oceny
- planowanie wdrożenia zadania przez omawianie szczegółów prac, jaką ma się wykonać
- omawianie przeszkód – kiedy zastanowimy się nad wszystkimi możliwymi trudnościami i sposobami radzenia sobie z nimi
- modelowanie, próby i działania praktyczne prowadzone pod kierunkiem dla przygotowania klienta do wykonania zadania (np. klient może odbyć rozmowę telefoniczną w obecności pracownika socjalnego, pracownik może słuchać i w razie potrzeby pomóc. Klient podczas rozmowy może posługiwać się listą „ściągawką”
- podsumowanie procesu opracowywania zadania, które obejmuje: opracowanie ogólnej strategii zadaniowej (w zarysie) prowadzącej od problemu do celu; określenie zadań dla każdej sesji (łącznie z pierwszą polegającą na ustaleniu celów oraz limitu czasu); postępowanie według sekwencji czasowej przy wdrażaniu zadań, składającej się z bieżącego wzmacniania zaangażowania, planowania działań dla wdrożenia zadania, analizowania przeszkód, modelowania prób i działań praktycznych pod kierunkiem, a kończącej się na podsumowaniu zadania.

Zadania określane są:

- dla klienta bądź pracownika socjalnego
- dla innych osób i/lub podmiotów zaangażowanych w proces
- mogą być obustronne („jeśli ty zrobisz to, to ja zrobię tamto”)
- mogą mieć charakter powtarzalny (pewna liczba wizyt w grupach AA itp.)
- mogą być wspólne („ustalmy, że zrobimy następujące rzeczy”) (Marszałkowska M., 2005).

Konstruowanie planu pomocy (projektowanie działań) powinno następować w oparciu o zebrane w wyniku oceny informacje i określać: rodzaj działania, czas trwania i rytm pracy, niezbędne dla osiągnięcia zakładanej zmiany. Proces planowania/projektowania działań nie może odbywać się bez wskazania adresatów tych działań.

Zastosowanie indywidualnych programów działań – właściwej dokumentacji – jest konsekwencją zindywidualizowanych działań względem danego profilu klienta.¹³

3.4.6.2 ETAP II – WDRAŻANIE PLANU POMOCY (REALIZACJA PROJEKTU DZIAŁANIA)

Podjęcie działania – to etap realizacji określonych w danych sekwencjach czasowych zaplanowanych zadań.

Osobą koordynującą wdrażanie planu pomocy powinien być realizator, który współdziała z klientem i innymi osobami/institucjami zaangażowanymi w proces pomocowy. Realizator koordynujący wdrażanie planu pomocy wyznacza zakres jego realizacji. Podjęcie danego działania powinno być poprzedzone rozmową z klientem i poinformowaniem go, czemu dane spotkanie (lub działanie) ma służyć. Klient powinien świadomie podejmować decyzję o kolejnych krokach na rzecz poprawy jego sytuacji.

Praca stanowi zaplanowany proces działań, które, realizowane po kolei, zbliżają do osiągnięcia zaplanowanej zmiany. Polega na stałym wspieraniu klienta w podejmowaniu aktywności służących jej usamodzielnianiu oraz monitorowaniu przebiegu i skuteczności tych działań. Realizator pracuje z klientem na podstawie porozumienia o współpracy.

W celu wdrożenia projektu działania określonego w pisemnej indywidualnej umowie z klientem (IPWzB/kontrakt socjalny) realizator powinien pracować interdyscyplinarnie. Na tym etapie pracy właściwe jest stworzenie zespołu interdyscyplinarnego w celu kompleksowego oddziaływania na wszystkich poziomach pracy socjalnej w kierunku stopniowego wychodzenia z bezdomności. W sytuacjach tego wymagających realizator powołuje zespoły interdyscyplinarne oraz koordynuje ich pracę.

Realizator koordynujący wdrażanie planu pomocy powinien wykorzystywać wszystkie dostępne metody i formy pracy socjalnej, a także posiadaną wiedzę, doświadczenie i umiejętności interpersonalne, by zapewnić profesjonalną pomoc (realizator podczas pracy wykorzystuje znane mu bezpośrednio elementy działania metodycznego,

¹³ Nie oznacza to, że wobec osób zagrożonych bezdomnością należy stosować ten sam plan pomocy co wobec osób bezdomnych. Przykładowa indywidualna dokumentacja wskazana została w punkcie 3.10.

takie jak: informacja o prawach i uprawnieniach, wyjaśnianie, wspieranie, działania wychowawcze, wywieranie wpływu, interwencja kryzysowa).

Do najczęściej wymienianych metod pracy socjalnej zaliczamy: metodę pracy z indywidualnym przypadkiem (*case work*), metodę pracy z grupą (*group work*) oraz organizowania społeczności lokalnej (*community work*). Wszystkie te metody osadzone są we wspólnym paradygmacie, zakładającym konieczność rozpatrywania problemów i potrzeb klientów w kontekście całościowo ujmowanej sytuacji życiowej. Takie spojrzenie na metody pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wymaga od realizatora standardu pracy socjalnej umiejętnego stosowania odpowiednich metod adekwatnych do rodzaju problemów, z którymi boryka się klient.

Praca socjalna w ramach standardu odzwierciedla pracę metodą indywidualnego przypadku. Jednak na etapie wdrażania planu pomocy realizator powinien również uwzględniać metodę pracy z grupą, która pomoże zarówno jednostkom, jak i grupom, zwiększyć możliwość pożądanego funkcjonowania w społeczeństwie poprzez nabywanie doświadczeń w grupie. W metodzie tej działalność podejmowana przez pracownika socjalnego odnosi się do jednostek w grupie. Jest to więc podejście indywidualne w ramach grupy, i jest ono świadomie skierowane na możliwie najpełniejszy rozwój osoby w jej relacjach do grupy. Grupa jest w tym przypadku jedynie narzędziem rozwoju i zmian, zaś głównym przedmiotem troski pozostaje jednostka. Pierwszoplanowym celem pracy z grupą jest zatem poprawa społecznego funkcjonowania poprzez czynne uczestnictwo w grupie. Istotą metody grupowej, niezależnie od typu i celu grupy, jest wykorzystanie dynamiki właściwej życiu grupy. W procesie pracy z grupami wyróżnić można następujące etapy: tworzenie grupy, stabilizacja jej struktur i norm, realizacja jej celu, ocena efektów działania i decyzja o celowości dalszego jej istnienia (Kamiński T., b. d.).

Realizowana w ramach standardu praca socjalna tą metodą powinna umożliwiać grupie osób bezdomnych wspólne rozwiązywanie problemów, wyrażanie stosunku emocjonalnego wobec siebie i innych, kształtowanie wzorów właściwych relacji interpersonalnych oraz naukę wykorzystywania doświadczenia grupowego do funkcjonowania w różnych sytuacjach w realnym, akceptowanym społecznie życiu.

Praca socjalna metodą grupową ma ogromne znaczenie dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, gdyż przynależność do

grupy np. samopomocowej wpływa na postrzeganie siebie i na poczucie własnej wartości, eliminuje przeszkody na drodze interakcji społecznej oraz osiągnięcia społecznie pożądanych celów w procesie (re)integracji społecznej.

Formy organizacji grupy oraz techniki i narzędzia pracy są zależne nie tylko od teorii (podejścia), którą wykorzysta realizator w metodzie pracy grupowej, ale także od rodzaju grupy, z jaką będzie on pracował, oraz od charakteru placówki (instytucji), w której będzie realizował proces rozwoju, rewalidacji czy terapii grupowej. Przykładowy zakres działalności grup został wskazany w tabeli nr 5.

Wskazane jest, aby realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem posiadał obszerną wiedzę z zakresu powstawania i funkcjonowania grupy oraz jej wpływu na funkcjonowanie jednostki.

Kolejną metodą rekomendowaną w ramach pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zgodnie ze standardem jest organizowanie społeczności lokalnej¹⁴. Realizator, pracując tą metodą, powinien skoncentrować uwagę na społeczności (ujmowanej jako całość). Dzięki tej metodzie realizator ma możliwość wspierania rozwoju osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, aktywizowania i inspirowania do zmian w środowisku lokalnym, w którym funkcjonują osoby bezdomne. Podstawowym jej znaczeniem jest tworzenie wspólnoty w aspekcie integracji danego środowiska, budowania więzi i poczucia przynależności jej członków oraz wymiany i przepływu informacji o tym, co się dzieje w środowisku osób bezdomnych.

Ze względu na złożoność problemu bezdomności nie można wskazać jednej uniwersalnej metody pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób zagrożonych bądź doświadczających bezdomności. Dobra znajomość metod stosowanych w pracy socjalnej pozwoli realizatorowi wybrać te, które będą najbardziej skuteczne. Dlatego ważne jest, aby poszukiwać ciągle nowych metod i narzędzi. Prowadzenie pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych zgodnie ze standardem niewątpliwie wymaga od realizatora dogłębnej znajomości samej problematyki, ale również znajomości wielu metod oraz posiadania szerokiej wiedzy praktycznej z zakresu socjologii, psychologii i pedagogiki.

¹⁴ Praca ze społecznością lokalną wiąże się z pracą metodą środowiskową, która jest przedmiotem opracowania zespołów eksperckich w ramach zadania 3 niniejszego projektu.

Współczesny trend w zakresie pracy socjalnej zmierza do podejmowania działań w kierunku aktywnego włączania klienta w rozwiązywanie trudnej sytuacji, w jakiej się znalazł. Zmienia się również forma pomocy niesionej w ramach pracy socjalnej – staje się ona w coraz większym stopniu zindywidualizowana, uwzględniająca nie tylko sytuację osoby wymagającej pomocy, ale również jej predyspozycje, możliwości, kompetencje, potrzeby.

Skomplikowany proces wychodzenia z bezdomności wymaga bowiem pracy socjalnej opartej na konsolidacji działań wielu specjalistów, monitorowaniu postępów, wspieraniu i motywowaniu, wytyczaniu ścieżek rozwoju i wdrażaniu programów usamodzielnienia, poprzez kompleksowe oddziaływanie na wszystkie sfery życia człowieka.

Przy wdrażaniu projektu działania wskazana jest adaptacja rekomendowanych poniżej metod pomocy skutecznych w działaniach na rzecz osób bezdomnych, m.in.: metody mentoringu, coachingu, asystowania, towarzyszenia, rzecznictwa, streetworkingu.

Głównym celem tych metod jest indywidualna praca z klientem oraz rozwijanie i doskonalenie kompetencji, umiejętności i kwalifikacji klienta, które zwiększają jego potencjał oraz umożliwiają adaptację i (re)integrację zarówno w sferze społecznej, jak i zawodowej.

Tym, co różni te metody między sobą, jest sposób oddziaływania prowadzący do poprawy sytuacji klienta. Ponadto metody te w różnym stopniu kładą nacisk na aspekt aktywizacji i (re)integracji, zarówno społecznej, jak i zawodowej.

TABELA NR 5 | Zakres działalności grup

RODZAJE I CHARAKTER GRUP	CEL UTWORZENIA GRUPY	PRZYKŁADOWA CHARAKTERYSTYKA OBSZARÓW
Grupy rozwojowo-wychowawcze	Rozwój psychofizyczny, kulturalny, dążenie do samorozwoju.	Sytuacja klienta: wyuczona bezradność, niepożądane nawyki i brak kontroli nad emocjami, brak motywacji, nieumiejętność zarządzania czasem, planowania, nieumiejętność efektywnych sposobów uczenia się, nieznajomość metod skutecznego wyznaczania i osiągania celów.
Grupy rewalidacyjne	Pomoc w nawiązaniu właściwych zgodnych z przyjętymi normami społecznymi powiązań i interakcji jednostek z ich środowiskiem. Profilaktyka niedostosowania społecznego.	Odbiorcy: dzieci, młodzież, dorośli zagrożeni dewiacjami i nieprzystosowaniem lub dotknięci tymi zjawiskami, rodziny problemowe. Sytuacja klienta: problemy prawne. Formy działania: warsztaty terapii zajęciowej, zajęcia integracyjne.
Grupy psychoterapeutyczne	Usprawnienie społecznego i psychicznego funkcjonowania jednostek w oparciu o techniki psychoterapeutyczne.	Sytuacja klienta: problemy psychologiczne, problemy społeczne. Formy działania: warsztaty nabywania i zwiększania kompetencji społecznych, integracji społecznej osób bezdomnych, podnoszenia wiedzy i umiejętności radzenia sobie z problemami, przeciwdziałanie izolacji społecznej. Odbiorcy: osoby przejawiające zachowania dewiacyjne o zabarwieniu patologicznym, niedostosowane społecznie. Kompetencje realizatora: pracownik socjalny prowadzący taką grupę musi mieć pogłębioną wiedzę z psychologii oraz praktykę z zakresu psychoterapii.
Grupy rekreacyjne Grupy umiejętności rekreacyjnych	Zapobieganie przestępczości i patologii poprzez dostarczanie alternatywnych sposobów spędzenia wolnego czasu, usprawnienie umiejętności indywidualnych, pomoc w poznananiu siebie i ocenie samego siebie. Usprawnienie zespołu umiejętności indywidualnych uczestników oraz umożliwienie bardziej aktywnego, twórczego spędzania czasu wolnego.	Sytuacja klienta: niski poziom socjalizacji. Formy działania: organizowanie zajęć rekreacyjnych. Informacja dodatkowa: grupy takie powstają spontanicznie i często bez profesjonalnego przywództwa. Grupy są zorientowane zadaniowo i znacznie większą rolę odgrywa w nich prowadzący grupę (instruktor, trener), który musi mieć odpowiednie przygotowanie zawodowe w danej dziedzinie. Z grup tych mogą powstawać zespoły (drużyny, kabarety, chóry, zespoły taneczne, zespoły hobbystyczne), które biorą udział w zawodach, przeglądach, konkursach i współzawodniczą z innymi.
Grupy socjalizacyjne	Prawidłowa socjalizacja (kształtowanie postaw i zachowań prospołecznych i ich zmiana). Rozwijanie kompetencji interpersonalnych, zwiększenie wiary we własne siły, planowanie indywidualnej przyszłości.	Sytuacja klienta: niski poziom socjalizacji.

Grupy terapeutyczne	Zbadanie problemów członków grupy (indywidualnych, rodzinnych/grupowych i/lub społecznych) oraz wypracowanie strategii ich rozwiązywania.	<p>Formy działania: trening asertywności, wrażliwości emocjonalnej, psychodrama, techniki komunikacyjne, trening wrażliwości, autoekspresja.</p> <p>Informacje dodatkowe: terapia grupowa, stawiając sobie cele podobne do terapii indywidualnej, dostarcza członkom grupy korzystnych wzmożenie psychologicznych. Grupy pomagają swoim członkom w opanowaniu ich problemów, pokazują bowiem, że inni też mają trudne problemy i że sobie z nimi radzą. Wymiana doświadczeń i odczuć między osobami z podobnymi problemami ułatwia zrozumienie istoty trudności i poszukiwanie ich rozwiązania.</p>
Grupy edukacyjne	Zdobycie wiedzy, kształtowanie postaw i rozwijanie umiejętności.	<p>Informacje dodatkowe: prowadzenie grup edukacyjnych wymaga wiedzy specjalistycznej dotyczącej przedmiotu edukacji oraz umiejętności dydaktycznych opartych na metodach aktywizacji uczących się.</p> <p>Formy działania: aktywizacja zawodowa i społeczna, trening mieszkaniowy, trening budżetowy, trening rodzicielski.</p>
Grupy samopomocowe	Wzajemne wsparcie.	<p>Informacje dodatkowe: chociaż stanowią one ważne ogniwo w procesie pomocy, nie powinny być podstawową metodą pracy socjalnej, ale raczej kontynuacją funkcjonowania innych grup, np. socjalizacyjnych lub terapeutycznych; grupy samopomocy tworzone głównie przez ludzi i dla ludzi dzielących ten sam problem psychologiczny, społeczny czy zdrowotny w celu wzajemnego wsparcia.</p> <p>W grupach tych najczęściej wykorzystuje się doświadczenia uczestników, uczenie się społeczne i zasadę wzajemnej pomocy w rozwiązywaniu problemu.</p> <p>Formy działania: wzajemna pomoc, uczenie się społeczne.</p>
Grupy problemowe i decyzyjne	Rozwiązywanie konkretnego problemu lub podejmowanie decyzji grupowej.	<p>Informacje dodatkowe: grupy te znajdują zastosowanie w pracy samych służb społecznych, np. w realizacji takich celów jak: opracowanie programów lub strategii pomocy w odniesieniu do określonej grupy problemów społecznych, koordynowanie działań między placówkami (np. komisje ds. opieki), usprawnienie usług danej placówki (np. zespół kierownictwa placówki wraz z ekspertami spoza placówki).</p> <p>Mogą być etapem pracy socjalnej, opiekuńczo-wychowawczej czy społeczno-kulturalnej, np. terapii rodzin, pracy samorządu danej placówki, zespołu inicjującego organizację jakiejś imprezy rekreacyjnej.</p> <p>Formy działania: opracowanie programów, strategii pomocy, koordynacja działań między placówkami, usprawnienie usług placówki.</p>
Grupy sportkaniowe	Umożliwienie wejścia w bliższe kontakty interpersonalne z innymi oraz pomoc w poznaniu i ocenie samego siebie. Grupy takie stwarzają kontekst poznania innych i rozwinięcia bardziej efektywnych sposobów interakcji i komunikacji.	<p>Techniki działania: najczęściej stosowanymi technikami w tym przypadku są techniki komunikacyjne oraz autoekspresja, trening wrażliwości</p>

TABELA NR 6 | Zestawienie metod indywidualnej pracy socjalnej

Metoda	MENTORING/ COACHING	ASYSTOWANIE	METODA TOWARZYSZENIA	RZECZNICTWO	STREETWORKING
Sytuacja Klienta	<ul style="list-style-type: none"> - niski poziom socjalizacji - wyuczona bezradność - niepożądane nawyki, brak kontroli nad emocjami - brak motywacji - nieumiejętność zarządzania czasem, planowania - nieznamość efektywnych sposobów uczenia się metod uczenia i osiągania celów 	<ul style="list-style-type: none"> - problemy psychologiczne (postawa „tu i teraz”, wyuczona bezradność, syndrom bezdomności, zaspokajanie wyłącznie podstawowych potrzeb niższego rzędu, rozpad systemu wartości, uzależnienia krzyżowe, uzależnienie od pomocy instytucjonalnej, utrwala postawa rozszczeniowa, brak samodzielności życiowej) - problemy społeczne (brak pracy, stygmat bezdomności, ograniczenia wiekowe, fizyczne, psychiczne, zdrowotne, niski poziom socjalizacji, dysfunkcja rodziny) - problemy prawne (brak meldunku, zadłużenie, obowiązek spłaty długu, karalność) 	<ul style="list-style-type: none"> - długotrwałe bezrobocie - brak wiedzy, umiejętności i kwalifikacji niezbędnych do podjęcia zatrudnienia - brak nawyku pracy - niedolność do utrzymania pracy - brak umiejętności społecznego funkcjonowania - utrudniony dostęp do poradnictwa zawodowego, edukacji (szkoleń, kursów, staży, praktyk zawodowych) - dyskryminacja na rynku pracy - wyuczona bezradność 	<ul style="list-style-type: none"> - brak wiedzy i umiejętności rozwiązywania trudnej sytuacji - utrudniony dostęp do pomocy prawnej, w szczególności w zakresie spraw rodzinnych, opiekuńczych, cywilnych i karncywnych, społeczno-bytowych, obywatelskich 	<ul style="list-style-type: none"> - skrajne wykluczenie - brak pomocy instytucjonalnej - brak możliwości zapewnienia podstawowych potrzeb - niechęć lub utrudniony dostęp do pomocy instytucjonalnej
Czas/forma/miejsce pracy	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc ciągła do osiągnięcia zamierzonego celu (terminowa) - spotkania indywidualne - praca stacjonarna - sesje coachingowe, treningi 	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc ciągła długoterminowa - spotkania indywidualne - praca stacjonarna i w szczególnych przypadkach w terenie - wszechstronne wsparcie 	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc jednorazowa terminowa - pomoc ciągła do osiągnięcia zamierzonego celu - spotkania indywidualne, grupowe - praca stacjonarna i w szczególnych przypadkach w terenie - warsztaty, szkolenia - poradnictwo indywidualne – informowanie - edukacja - doradztwo - treningi 	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc jednorazowa (terminowa) - pomoc ciągła dla osiągnięcia zamierzonego celu - spotkania indywidualne, grupowe - praca w terenie - stacjonarna - poradnictwo indywidualne - edukacja - informowanie - konsultacje 	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc ciągła długoterminowa - spotkania indywidualne grupowe - praca w terenie - poradnictwo - indywidualne rozmowy - informowanie
Poziom Oddziaływania	profilaktyka/integracja	interwencja/profilaktyka/integracja	profilaktyka/integracja	interwencja/profilaktyka	interwencja/profilaktyka

Zakres działania/ Sfera funkcyj- nowania	rozwoj osobisty/sfera psychologiczna	reintegracja/sfera psychologiczna, zdrowotna, socjalno-bytowa, mieszkaniowa, zawodowa, społeczna	rozwoj zawodowy i społeczny (aktywizacja zawodowa i związana z zawodową, społeczną, mieszkaniową, zdrowotną, społeczną, psychologiczną)	rozwoj społeczny/sfera socjalno-bytowa, mieszkaniowa, zdrowotna	sfera socjalno-bytowa, zdrowotna, społeczna
Cel	<ul style="list-style-type: none"> - kształtowanie osobowości - motywowanie - wsparcie duchowe - relaksacja - odbudowa własnej wartości - kształtowanie świadomego wizerunku - nauka samodoskonalenia - rozbudzenie potrzeby dokonania zmiany - nauka radzenia sobie ze stresem, zarządzania sobą w czasie - odpowiedzialność za podejmowane działania 	<ul style="list-style-type: none"> - motywowanie do podjęcia zaawansowanych działań reintegracyjnych - świadczenie kompleksowego wsparcia w zindywidualizowanej formie - zapewnienie dostępu do narzędzi reintegracji społecznej i zawodowej - monitorowanie efektywności podejmowanych działań - wsparcie w otrzymaniu i utrzymaniu stanu samodzielności - wsparcie emocjonalne 	<ul style="list-style-type: none"> - kształtowanie umiejętności interpersonalnych - wzbogacenie wiedzy z zakresu poruszania się po rynku pracy - monitorowanie postępów klienta - budowanie poczucia bezpieczeństwa, zaufania i akceptacji - planowanie i zarządzanie swoją karierą zawodową - wsparcie emocjonalne - odzyskanie samodzielności w poruszaniu się po rynku pracy - rozwijanie umiejętności społecznych (nauka wolnego czasu, nawiązywanie relacji, odbudowa więzi rodzinnych) - nauka efektywnych sposobów poszukiwania pracy - podnoszenie kwalifikacji zawodowych 	<ul style="list-style-type: none"> - reprezentowanie klienta i pośredniczenie przy załatwianiu ważnych spraw - wzbogacenie wiedzy w zakresie praw i obowiązków - zwiększenie dostępności do informacji 	<ul style="list-style-type: none"> - kształtowanie społecznie akceptowanych postaw społecznych - motywowanie do zmiany sposobu życia - docieranie i informacja do środowisk wykluczonych - przeciwdziałanie wykluczeniu informacyjnemu - zaspokajanie bieżących potrzeb
Podjęcie w pracy społecznej	<ul style="list-style-type: none"> - zorientowane na przekształcenie i pomoc/towarzyszenie w rozwoju i na rozwój społeczny - funkcjonalne - psychospołeczne - skoncentrowane na zmianę zachowania - interwencja w sytuacji kryzysowej - uczestniczące (partycypacyjne) 	<ul style="list-style-type: none"> - zorientowane na przekształcenie i pomoc/towarzyszenie w rozwoju i na rozwój społeczny - funkcjonalne - psychospołeczne - skoncentrowane na zmianę zachowania - interwencja w sytuacji kryzysowej - uczestniczące (partycypacyjne) 	<ul style="list-style-type: none"> - funkcjonalne - psychospołeczne - diagnostyczne - skoncentrowane na rozwiązaniu problemu - uczestniczące (partycypacyjne) 	<ul style="list-style-type: none"> - skoncentrowane na rozwiązaniu problemu - uczestniczące (partycypacyjne) 	<ul style="list-style-type: none"> - skoncentrowane na zmianę zachowania - interwencja w sytuacji kryzysowej - uczestniczące (partycypacyjne)

Uchwycenie różnic między metodami jest bardzo trudne, gdyż cele szczegółowe wszystkich metod odnoszą się do poprawy jakości życia klienta i doprowadzenia do zmiany postawy i sposobu jej myślenia. Różnice zawarte w tabeli 6 są umowne i wynikają jedynie z potrzeby ich właściwej identyfikacji. Nie uwzględniają jednak wszystkich możliwych i szczegółowych cech charakterystycznych, dlatego też w celu właściwego dostosowania metody do zadań stojących przed realizatorem należy sięgnąć do źródeł i literatury.

Szczegółowy opis tych metod, jako dobrych praktyk w pracy świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, znajduje się w raporcie z fazy diagnozy opracowanym przez grupę ekspertów ds. pracy socjalnej oraz w literaturze przedmiotu.

Przedstawione poniżej zestawienie uwzględnia jedynie praktyczne wskazówki co do zastosowania wspomnianych metod w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

3.4.6.2.1 **Mentoring** (Sołtys A., Tarkowska M., 2008; Karwala S., b. d.; Karwala S., 2009)/**Coaching** (Star J., 2005; Hargrove R., 2006)

Metody te znajdują zastosowanie w pracy świadczonej zarówno na rzecz osób zagrożonych bezdomnością, jak i bezdomnych, które wykazują motywację do podejmowania działań na rzecz zmiany/poprawy swojej sytuacji życiowej i usamodzielnienia się. Warunek dotyczący motywacji jest istotny z powodu charakteru tych metod. Stąd też od osób objętych tymi metodami pracy oczekiwane są samodzielność i samodyscyplina. Warunkami koniecznymi do podjęcia pracy w ramach tych metod są dobrowolność i zgoda obu stron. Celem jest rozwój osobisty osoby obejmowanej wsparciem. Jest to metoda pracy, która poprzez prowadzenie z klientem indywidualnego, kompleksowego treningu życia prowadzi do powrotu osoby na rynek pracy i do społeczeństwa.

Uwarunkowania dotyczące pracy z ich wykorzystaniem dotyczą czasu, w jakim jest ona prowadzona. Są to metody zorientowane przede wszystkim na osiągnięcie wyznaczonych celów w czasie, jaki jest do tego niezbędny.

Poziomem oddziaływania, na którym możliwa i wskazana jest praca metodą mentoringu/coachingu, jest poziom profilaktyki i integracji¹⁵.

¹⁵ Patrz: tabela zawierająca rekomendowane działania profilowane.

Realizator stosujący powyższe metody powinien posiadać kompetencje komunikacyjne, umiejętności z zakresu budowania relacji, aktywnego słuchania, formułowania pytań, a także udzielania wsparcia i formułowania informacji zwrotnych.

3.4.6.2.2 **Asystowanie** (Dębska-Cenian A., Olech P., red., 2008; Dębska A., 2007)

Asystowanie to metoda pracy z osobą bezdomną i zagrożoną bezdomnością oparta na wprowadzeniu indywidualnego towarzysza i doradcy, który kompleksowo wspiera, motywuje i prowadzi osobę przez cały proces reintegracji społecznej i zawodowej, nakierowany na osiąganie samodzielności życiowej poprzez pełen i trwały powrót do społeczeństwa, w sposób i w czasie dostosowanym do potrzeb osoby.

Wyróżnikiem metody asystowania jest szeroki zakres oddziaływania, obejmujący swym zasięgiem wszystkie sfery funkcjonowania klienta. Metoda asystowania jest ukierunkowana na bycie asystenta przy osobie bezdomnej/zagrożonej bezdomnością na wszystkich etapach (re)integracji społecznej i zawodowej. Stąd stosowanie metody asystowania odbywać się powinno na wszystkich trzech poziomach oddziaływania: na poziomie profilaktyki, interwencji i integracji¹⁶. Asystowanie jest metodą, w której poza pracą indywidualną z osobą bezdomną/zagrożoną bezdomnością niezmiernie ważna jest praca ze środowiskiem klienta oraz środowiskiem lokalnym. Metoda asystowania w swoim charakterze wykracza niejednokrotnie poza ramy formalnej, instytucjonalnej pomocy. Stawia przed osobami ją wykonującymi wyjątkowe wymagania wykraczające poza znajomość tematyki i metody. Wymagania te dotyczą kompetencji interpersonalnych oraz wykazywanej silnej gotowości do pracy niejednokrotnie w nienormowanym czasie.

3.4.6.2.3 **Metoda towarzyszenia – akompaniowanie** (Wiktorska-Święcka A., red. 2008; Jacków M., b. d.; Jacków M., 2008)

To metoda pracy z osobą bezdomną/zagrożoną bezdomnością długotrwale bezrobotną, polegająca na bezpośrednim udzielaniu jej wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej. Istotą procesu towarzyszenia jest przede wszystkim poszukiwanie rozwiązań, które zmierzają do podjęcia przez klienta zatrudnienia, poprzez indywidualne podejście do jego potrzeb i możliwości. Towarzyszenie w optymalny sposób pozwala odnaleźć osobie bezdomnej/zagrożonej bezdomnością motywację do podjęcia zatrudnienia zgodnie z jej predyspozycjami oraz wyrabia nawyk pracy zawodowej.

¹⁶ Patrz: tabela zawierająca rekomendowane działania profilowane.

Poziomem oddziaływania, na którym możliwa i wskazana jest praca metodą towarzyszenia, jest poziom profilaktyki i integracji¹⁷. Rolę akompaniatora może pełnić zarówno przeszkolony w zakresie pracy metodą towarzyszenia pracownik socjalny, jak i pracownik instytucji/organizacji działającej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

3.4.6.2.4 Rzecznictwo (Adamczyk A., Woźniczka J., 2010)

Rzecznictwo jest działaniem podejmowanym w interesie osoby zgłaszającej konieczność podjęcia działań, interwencji, poszukującej sposobu rozwiązania sytuacji problemowej. W przypadku działań podejmowanych przez rzecznika osoby bezdomnej reprezentowane są interesy osoby bezdomnej, zagrożonej bezdomnością (w niektórych przypadkach również środowiska społecznego klienta) bądź interesy osób bezdomnych, zagrożonych bezdomnością jako grupy społecznej. Rzecznictwo ma w założeniach również na celu dostarczanie osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością wiedzy na temat przysługujących im praw oraz procedur postępowania w relacjach z instytucjami.

Rzecznik powinien posiadać wiedzę dotyczącą uwarunkowań formalnoprawnych jednostek/organizacji działających w obszarze bezdomności oraz wiedzę i umiejętności umożliwiające prowadzenie poradnictwa specjalistycznego (prawnego) i podejmowanie aktywnych działań na rzecz reprezentowanych podmiotów oraz osób.

Rzecznictwo jest realizowane na wszystkich poziomach oddziaływania: na poziomie profilaktyki, interwencji oraz integracji.

Osoba pełniąca funkcję rzecznika powinna posiadać umiejętność aktywnego słuchania, rozwinięte kompetencje komunikacyjne, zdolność publicznego występowania, umiejętność ustnej i pisemnej prezentacji, umiejętność analizowania i planowania działań. Ponadto od rzecznika reprezentującego środowisko osób bezdomnych w sposób szczególny należy oczekiwać pozytywnego stosunku, szacunku i zrozumienia dla sytuacji i trudności dotyczących reprezentowanych osób.

3.4.6.2.5 Streetworking¹⁸

Szczegółowa charakterystyka tej metody jest przedmiotem opracowania dokonanego w ramach Grupy Eksperckiej ds. Streetworkingu.

¹⁷ Patrz: tabela zawierająca rekomendowane działania profilowane.

¹⁸ Zob. standard streetworkingu.

3.4.6.2.6 Trener pracy

Szczegółowa charakterystyka tej metody opracowana została w ramach standardu zatrudnienia i edukacji.

3.4.6.3 ETAP III – MONITORING I OCENA PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

To etap, w którym pracownik śledzi na bieżąco (w zaplanowanych terminach i przyjętej formie, np. raportów) postępy prac oraz dokonuje razem z klientem oceny częściowej i końcowej podjętego działania z punktu widzenia instytucji, pracownika realizującego usługę, adresata działania. Jeśli zadania nie zostały wykonane, powinien rozważyć przyczyny takiego stanu: zadanie mogło okazać się nieodpowiednie do celu; mogły się pojawić nieprzewidziane przeszkody; nie stanowiły dla klienta priorytetu.

3.4.7 Realizacja minimum standardu

Standard minimum można określić na dwa sposoby. Po pierwsze można wskazać dolną granicę w odniesieniu do wszystkich lub wybranych aspektów standardu (czas, zakres, odbiorcy, realizatorzy itd.), poniżej której realizowane działania nie będą już pracą socjalną zgodną ze standardem. Po drugie można wskazać te elementy w opracowanym standardzie, z których można w określonej sytuacji zrezygnować bez istotnego uszczerbku dla jakości świadczonej ogółem pracy socjalnej w ramach standardu.

W odniesieniu do niniejszego opracowania standardu wybrano tę drugą możliwość. Zaprezentowany powyżej opis działań w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością stanowi katalog optymalnych, pożądanych usług w zakresie niezbędnym dla skutecznej realizacji celów pracy socjalnej ze wskazaną grupą odbiorców.

Praca socjalna może być realizowana zgodnie ze standardem (w sposób optymalny) lub warunkowo w sposób minimalny poprzez obniżenie poziomu realizowanego standardu. Takie działanie oznacza, iż zrealizowano minimum tego, co można – minimum standardu.¹⁹

¹⁹ Określenie granic jakościowego postępowania w ramach realizowania pracy socjalnej zgodnej ze standardem nie oznacza, iż jest to niezgodne z założeniami standardu. Określa raczej dodatkowy czynnik: warunkowo akceptowalny poziom elastyczności granic i pokazuje, jakie działania nie będą już standardem. Oznacza także i wskazuje jednoznacznie charakter standardu, który nie jest ujęty w systemie 0-1 (występuje/nie

Realizacja pracy socjalnej zgodnie z wytycznymi zawartymi w standardzie zagwarantuje określoną jakość tej pracy, która nie zostanie osiągnięta przy zaniżeniu wskazanych wymogów. Wprowadzenie standardu usługi ma służyć zapewnieniu wyższej jakości lub przynajmniej określeniu poziomu, na jakim realizowana jest praca socjalna oraz w jej zakresie działania, niezależnie od miejsca w kraju. Celem standaryzacji nie ma być usankcjonowanie każdego rodzaju pracy, tylko odróżnienie działania spełniającego określone kryteria jako działania lepszej jakości. Słuszne wydaje się więc przyjęcie drugiej możliwości dla określenia minimum standardu.

Dlatego też, uwzględniając realia działalności pomocowej, uwarunkowania i preferencje osób zarówno realizujących pracę socjalną, jak i stanowiących jej adresatów, dopuszcza się możliwość zmniejszenia rodzaju lub zakresu realizowanej pracy ze względu na dobro osoby obejmowanej wsparciem oraz szczególne okoliczności uniemożliwiające realizację pracy socjalnej zgodnej z przyjętym standardem.

Z perspektywy jednostki nadzorującej (MOPS, NGO) przez realizację optimum standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością należy rozumieć planowanie i realizowanie usługi – pracy socjalnej na trzech poziomach oddziaływania tj. profilaktyki, interwencji i integracji – wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością (np. wiąże się to z opracowaniem strategii lokalnych, programów rozwiązywania problemu bezdomności itp.).

Realizacja minimum standardu ma zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do realizatora pracy socjalnej, nie odnosi się natomiast do perspektywy jednostki nadzorującej organizację pracy socjalnej. Jednostka nadzorująca wyznacza kierunki działań i określa sposób ich realizacji – tak więc wskazuje, że praca socjalna będzie realizowana zgodnie ze standardem. Natomiast standard zawiera w sobie możliwość realizacji pracy socjalnej w warunkowo ograniczonym – minimalnym – zakresie i wtedy stanowi realizację minimum standardu.

Z perspektywy realizatora optymalny poziom realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem zakłada pracę socjalną z jednostką na trzech poziomach oddziaływania, zachowującą ten sam tryb postępowania metodycznego. Zgodnie ze standardem o doborze działań (trybu postępowania) i kolejności ich realizowania, jak również

o doborze czynności rekomendowanych w opisie pracy socjalnej świadczonej osobom zagrożonym bezdomnością i doświadczających bezdomności na trzech poziomach, decyduje realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Uwzględnia przy tym adekwatność podejmowanych działań ze względu na poziom oddziaływania i profil klienta.

Realizacja minimum pracy socjalnej zgodnej ze standardem polega na warunkowym zmniejszeniu realizowanych działań wyłącznie na etapie konstruowania i analogicznie wdrażania planu pomocy (projektu działań). Warunkowe zmniejszenie odnosi się zatem wyłącznie do ograniczenia jego zawartości, tj. do czynności naprawczych (co do ich liczby i rodzaju), metod (co do rozmiaru podejmowanych działań) i narzędzi – sposobu realizacji (co do ich liczby i rodzaju) w zakresie realizacji pracy socjalnej z jednostką.

3.5

Rezultat pracy socjalnej zgodnej ze standardem²⁰

Rezultaty podejmowanych działań teoretycznie mogą być osiągnięciem zamierzonego celu, jednak w praktyce są zależne od konkretnych działań realizowanych przez danego klienta oraz okoliczności (sytuacji życiowej danej osoby, ale także gospodarczej sytuacji kraju i społecznej sytuacji na określonym terenie). Rezultaty zależą także od możliwości i sytuacji osoby bezdomnej/zagrożonej bezdomnością.

W ramach niniejszego standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych wskazano katalog działań. W odniesieniu do każ-

²⁰ Określa oczekiwane (spodziewane) wyniki relacji realizator-klient, które mogą przybierać formę konkretnego produktu, procesu lub efektu.

dego działania można wskazać bezpośredni wynik podjętych działań. Natomiast w odniesieniu do całego standardu można wskazać:

- rezultaty, czyli wynik działań obrazujący zaistniałą zmianę; skutki wynikające z osiągniętych wyników działania
- efekty, czyli wynik zrealizowanych działań widoczny w długiej perspektywie czasowej.

3.5.1 PIERWSZY KONTAKT

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- zawiązany kontakt (liczba osób, z którymi nawiązano kontakt, oraz ewentualnie ich charakterystyka; karta pracy lub inna dokumentacja działania)²¹
- wstępna, orientacyjna informacja o kondycji życiowej danej osoby (liczba osób, z którymi nawiązano kontakt, oraz ewentualnie ich charakterystyka; karta pracy lub inna dokumentacja działania).

3.5.2 PRZEPROWADZENIE DIAGNOZY SYTUACJI KLIENTA

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- pisemnie opracowana wstępna diagnoza sytuacji klienta uwzględniająca sześć sfer funkcjonowania człowieka: psychologiczną, zdrowotną, socjalno-bytową, zawodową, mieszkaniową oraz społeczną (poziom wiedzy dotyczącej kondycji danej osoby; uzupełniony formularz wstępnej diagnozy klienta)
- posiadana informacja o możliwościach i ograniczeniach w odniesieniu do danej osoby (poziom wiedzy dotyczącej kondycji danej osoby; uzupełniony formularz wstępnej diagnozy klienta)
- pisemnie opracowany rodzinny wywiad środowiskowy (liczba spotkań, profil rozmówców, uzupełniony kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego lub dokumentacja realizacji usługi)
- nawiązanie kontaktu ze środowiskiem (lista osób oraz ich dane kontaktowe, uzupełniony kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego lub dokumentacja realizacji usługi)
- dodatkowe dokumenty, które zwiększą zakres udzielanego wsparcia (wykaz dokumentów wymaganych dla optymalizacji udzielanego wsparcia, kserokopie dokumentów)

²¹ W nawiasie podano przykładowy wskaźnik a po średniku przykładowy sposób jego mierzenia.

- wstępny plan działania zawierający wyznaczone kierunki dalszych działań w odniesieniu do danej osoby oraz jej środowiska (zakres działań określony w dokumentacji, dokumentacja realizacji usługi).

3.5.3 INFORMOWANIE KLIENTA O UPRAWNIENIACH I MOŻLIWOŚCIACH UZYSKANIA WSPARCIA

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- wyposażenie danej osoby w wiedzę niezbędną dla poprawy jej obecnej kondycji życiowej z uwzględnieniem perspektywy długoterminowej (informacja zwrotna od klienta, potwierdzająca, że zrozumiał on treść przekazywanych informacji zgodnie z intencją przekazującego je; dokumentacja usługi oraz – w miarę możliwości – badanie ankietowe klientów korzystających z pomocy lub poszukujących jej)
- upowszechnienie wiedzy w zakresie dostępności różnych form pomocy (informacja zwrotna od klienta, potwierdzająca, że zrozumiał on treść przekazywanych informacji zgodnie z intencją przekazującego je; dokumentacja usługi oraz – w miarę możliwości – badanie ankietowe klientów korzystających z pomocy lub poszukujących jej).

3.5.4 OKREŚLENIE I ZAPEWNIENIE PAKIETU SOCJALNEGO

Bezpośredni wynik podjętego działania to wsparcie materialne w zakresie oczekiwanym przez daną osobę i zgodnym z zasadami udzielania pomocy (wykaz przedmiotów lub innych formy pomocy przekazanej danej osobie; listy potwierdzające odbiór lub skorzystanie z określonego rodzaju pomocy; dokumentacja realizacji usługi).

3.5.5 KONSTRUOWANIE I WDRAŻANIE PLANU POMOCY W ZAKRESIE PRACY SOCJALNEJ Z OSOBĄ BEZDOMNĄ LUB ZAGROŻONĄ BEZDOMNOŚCIĄ

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- dokument zawierający pisemnie wyrażoną zgodę klienta na objęcie go działaniami pomocowymi (podpis danej osoby; IPWzB, kontrakt socjalny lub inny tego rodzaju dokument)
- plan pomocy zawierający wyznaczone kierunki dalszych działań w odniesieniu do danej osoby oraz jej środowiska (zakres działań określony w dokumentacji; IPWzB, kontrakt socjalny lub inny tego rodzaju dokument, dokumentacja realizacji usługi)

- proces realizacji działań zawartych w planie pomocy, takich jak: spotkania, wizyty u specjalistów, podjęte terapie, uczestnictwo w szkoleniach, oraz wszelkie inne aktywności danej osoby (liczba godzin uzyskanego wsparcia specjalistycznego: poradnictwa, doradztwa, konsultacji itp. oraz innych działań: terapii, szkoleń; kserokopie dokumentów potwierdzających uczestnictwo w określonego rodzaju działaniach, obserwacje realizatora usługi i wnioski, dokumentacja realizacji usługi).

3.5.6 UDZIELENIE PORADNICTWA SOCJALNEGO

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- wyposażenie danej osoby w wiedzę, która może mieć wpływ na poprawę jej sytuacji socjalno-bytowej (informacja zwrotna od klienta potwierdzająca, że zrozumiał on treść przekazywanych informacji zgodnie z intencją przekazującego je; dokumentacja usługi oraz – w miarę możliwości – badanie ankietowe klientów korzystających z pomocy lub poszukujących jej)
- udzielenie pomocy w korzystaniu z przysługujących świadczeń (uzyskanie określonego świadczenia; dokumentacja gromadzona na potrzeby uzyskania określonego świadczenia, a także kserokopia dokumentu potwierdzającego nabycie uprawnień do korzystania ze świadczenia)
- udzielenie pomocy w zakresie korzystania z poradnictwa specjalistycznego (uzyskanie przez daną osobę wsparcia specjalistycznego; dokumentacja potwierdzająca korzystanie z pomocy specjalistycznej).

Ogólnymi rezultatami pracy socjalnej zgodnej ze standardem powinny być:

- wyposażenie danej osoby w podstawową wiedzę dotyczącą możliwości podjęcia określonych działań w zakresie poprawy obecnej sytuacji życiowej (liczba osób, które nawiązały stałą współpracę z daną jednostką lub jednostką rekomendowaną do udzielenia wsparcia; dokumentacja realizacji usługi oraz dokumentacja działalności danej jednostki)
- poprawa ogólnej sytuacji życiowej klienta (bilans kondycji danej osoby w określonym interwale czasowym uwzględniającym zrealizowane działania; dokumentacja usługi, dokumentacja działalności danej jednostki)
- poprawa funkcjonowania klienta w społeczeństwie (zestawienie opinii osób ze środowiska osoby korzystającej ze wsparcia; rodzin-

ny wywiad środowiskowy lub inne tego rodzaju działanie oraz ewentualnie opinia pracodawcy).

Ogólnymi efektami realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem powinny być:

- zwiększenie dobrostanu klienta i poprawa ogólnego samopoczucia
- wzrost umiejętności samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych
- wzrost aktywności społecznej i zawodowej klienta
- usamodzielnienie klienta adekwatnie do jego zasobów i możliwości.

Wskaźniki efektów należy określać indywidualnie, ponieważ zależą one od sytuacji danej osoby oraz możliwości zmiany tej sytuacji przez pracę socjalną. Wskaźnikami są trwałe zmiany postaw, cech lub sytuacji w długiej perspektywie czasowej danej osoby, dlatego też nie zostają w tym miejscu wskazane.

3.6

Miejsce umocowania pracy socjalnej zgodnej ze standardem²²

Wszystkie działania realizowane w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością powinny być zgodne z obowiązującym prawem oraz etyką pracy socjalnej. Niezależnie od profilu klienta czynności w zakresie pracy socjalnej powinny wynikać z następujących aktów prawnych:

²² Przywołanie aktów prawnych, które umożliwiają lub nakazują realizację danej usługi.

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)
- ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 1999 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2003 r. Nr 24 poz. 198 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 29.10.1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz.U. z 17.04.1974 Nr 14 poz. 85 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 grudnia 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego Pomoc państwa w zakresie dożywiania (Dz.U. z 2005 r. Nr 267, poz. 2259 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 czerwca 2012 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. z 22.06.2012 poz. 712)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego. (Dz.U. z 22.11.2010 Nr 218 poz. 1439)
- Kodeksu etycznego pracowników socjalnych Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych.

Realizacja standardu pracy socjalnej powinna także wynikać z zapisów prawa lokalnego takich jak gminne uchwały, strategie rozwiązywania problemów społecznych, oraz programów rozwiązywania problemu bezdomności.

3.7

Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem²³

Realizatorem pracy socjalnej zgodnej ze standardem jest pracownik socjalny – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje. Wskazane jest, by osoba taka posiadała doświadczenie w zakresie pracy z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością.

Działania w ramach pracy socjalnej prowadzi pracownik socjalny niezależnie od miejsca zatrudnienia w ośrodkach pomocy społecznej, organizacjach pozarządowych, placówkach dla osób bezdomnych, kościelnych jednostkach pomocowych, wspólnotach, publicznych i niepublicznych placówkach służby zdrowia, zakładach karnych czy innych instytucjach i jednostkach niewymienionych powyżej, a realizujących usługi w zakresie pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych.

Warunkowo dopuszcza się możliwość delegowania zadań, czyli wykonywania wskazanych przez pracownika socjalnego działań wynikających z realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem przez osobę nieposiadającą uprawnień pracownika socjalnego, będącą specjalistą z zakresu pracy z rodziną, pedagogiki, psychologii, socjologii, która zatrudniona jest w placówce dla osób bezdomnych i realizuje w niej działania z zakresu pracy socjalnej.

Dla zachowania porządku w niniejszym opracowaniu, a jednocześnie dla określenia wytycznych maksymalnie użytecznych dla odbiorców, należy zaznaczyć, iż praktyczna różnica w realizacji pracy

²³ Określenie wykonawcy usługi – bezpośredniego realizatora działań wchodzących w zakres usługi oraz jego kwalifikacji.

socjalnej zgodnej ze standardem przez pracownika socjalnego oraz przez osobę niebędącą pracownikiem socjalnym polega na uprawnieniach do podejmowania decyzji administracyjnych i wynikającego z nich prawa do przyznawania świadczeń finansowych. Różnica ta oznacza więc, że np. schemat kontraktu socjalnego lub IPWzB może być potraktowany jako plan działania systematyzujący osobie objętej wsparciem strukturę i kolejność zaplanowanych przez nią działań mających na celu zmianę jej sytuacji życiowej i jako element z zakresu pracy socjalnej może być realizowany przez osobę niebędącą pracownikiem socjalnym.

Natomiast wykorzystanie narzędzi takich jak kontrakt socjalny, rodzinny wywiad środowiskowy czy IPWzB przez osobę uprawnioną, czyli pracownika socjalnego, jest podstawą do wydania decyzji administracyjnej i może skutkować wsparciem, także finansowym, dla danej osoby.

W przypadku realizacji elementów pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością przez osobę nieposiadającą uprawnień pracownika socjalnego wskazane jest, by praca ta była realizowana w ścisłej współpracy z pracownikiem socjalnym i pod jego opieką.

3.7.1 Kwalifikacje realizatora

3.7.1.1 PRACOWNIK SOCJALNY

Osoba posiadająca prawo do wykonywania zawodu, legitymująca się odpowiednim wykształceniem w tym zakresie, zajmująca się profesjonalnym pomaganiem. Ustawa o pomocy społecznej bardzo precyzyjnie określa, jakie warunki muszą być spełnione, aby zostać pracownikiem socjalnym w Polsce. Może nim być osoba, która posiada dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownika socjalnego lub dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna lub ukończone studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków: pedagogika, politologia, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie – ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

3.7.1.2 OSOBA WSPOMAGAJĄCA PRACĘ REALIZATORA

Osoba posiadająca specjalizację z zakresu pracy z rodziną, pedagogiki, psychologii, socjologii i/lub posiadająca kompetencje osobiste

i przygotowanie do pracy z osobami bezdomnymi (poparte doświadczeniem).

Zarówno w przypadku realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem, jak i osoby wspomagającej pracę realizatora, podstawowym kryterium kwalifikacji powinno być przygotowanie do pracy z osobami bezdomnymi. Pożądaną cechą jest doświadczenie w tym zakresie.

TABELA NR 7 | Zestawienie kwalifikacji zawodowych realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem

WYMAGANIA KWALIFIKACYJNE	RODZAJ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH	SPECJALISTYCZNE	
	OGÓLNE	ZAWODOWE	
Wiedomości	<ul style="list-style-type: none"> - zasady pozycywnego myślenia - zasady asertywnego zachowania - zasady prawidłowego obiegu dokumentów - zasady archiwizowania dokumentów 	<ul style="list-style-type: none"> - źródła informacji w pracy socjalnej - techniki zbierania informacji - rodzaje dokumentów stosowanych w pracy socjalnej - zasady sporządzania rodzinnego wywiadu środowiskowego - zasady dotyczące ochrony danych i ich udostępniania - metodologiczne i etyczne zasady diagnozowania - kodeks etyczny pracownika socjalnego - zasady oceniania zgromadzonego materiału - zasady planowania pracy - przepisy ustawy o pomocy społecznej – ogólne kryteria przyznawania pomocy wynikające z ustawy o pomocy społecznej i innych przepisów prawnych - zasady postępowania administracyjnego - wybrane zagadnienia z zakresu nauk społecznych, m.in. psychologii, prawa, pedagogiki, socjologii, medycyny społecznej - podstawowe zagadnienia związane z rozwojem człowieka, techniki negocjacji, dyskusji i mediacji - techniki rozwiązywania problemów - technika kontraktu w pracy socjalnej - role pełnione przez członków zespołu - diagnozowanie socjalne - zasady budowania więzi społecznych - metodologia przygotowania projektu socjalnego - zasady organizacji działań społecznych - zasady monitorowania i ewaluacji - system pomocy społecznej - zadania państwa i organów samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej - zasady funkcjonowania instytucji pomocowych - podstawowe metody i techniki statystyczne w pracy socjalnej - cele i zadania instytucji i organizacji ukierunkowanych na pracę socjalną 	<ul style="list-style-type: none"> - rodzaje dokumentów stosowanych w specjalistycznych instytucjach pomocowych - wybrane problemy i kwestie społeczne m.in.: bezrobocie, niepełnosprawność, przemoc, uzależnienia, ubóstwo, przestępczość - przepisy prawne dotyczące m.in. trybu kwalifikowania do placówek pomocy społecznej, rodzin zastępczych, orzekania o stopniu niepełnosprawności, przeciwdziałania bezrobociu, przeciwdziałania patologiom społecznym, ubezwłasnowolnienia, obowiązku alimentacyjnego - wybrane zagadnienia z prawa rodzinnego i cywilnego - zasady sporządzania pism procesowych - zasady ustanawiania opieki i kurateli - przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi - zasady podziału środków finansowych w instytucjach pomocowych - zasady obsługi programu komputerowego POMOST i innych programów specjalistycznych - sposoby komunikowania się z wybranymi grupami klientów, m.in. głuchymi, głuchoniemymi, niewidomymi, zaburzonymi psychicznie, niepełnosprawnymi, opuszczającymi zakład karny - metody i techniki badań społecznych

Cechy psychofizyczne	<p>zaangażowanie, aktywność, uczciwość (prawość), odwaga cywilna, życzliwość, zrównoważenie, spostrzegawczość, elastyczność w podejmowaniu decyzji, komunikatywność, otwartość, zdolność do logicznego myślenia, zdolność do twórczego myślenia, koncentracja i podzielność uwagi, samodzielność, odpowiedzialność, odporność emocjonalna, elastyczność w działaniu, skłonność do uczenia się i aktualizowania wiedzy, predyspozycje do pracy w zespole, dyskretność, szacunek dla klienta, tolerancja, gotowość do doskonalenia i aktualizowania wiedzy z zakresu pracy społecznej, umiejętności analityczne, umiejętności dia-gnostyczne, uporządkowany system wartości, wysoka odporność emocjonalna</p>
Umiejętności	<ul style="list-style-type: none"> - aktualizowanie wiedzy fachowej z zakresu pracy z klientami - dobieranie technicznych środków pracy biurowej - obsługa maszyn i urządzeń biurowych m.in. piszących, liczących i kopiujących - sporządzanie pism, wypełnianie druków i formularzy - wprowadzanie informacji do komputerowej bazy danych-przekazywanie i przyjmowanie informacji - ustalanie celów pracy - sporządzanie sprawozdań statystycznych - korzystanie z informacji zawartych w komputerowej bazie danych - wykorzystywanie informacji z różnych źródeł, w tym korzystanie z Internetu - zapewnienie właściwej wymiany informacji wewnątrz instytucji - ustalanie zasad obowiązujących w zespole pracowniczym - przewidywanie efektów podejmowanych działań <ul style="list-style-type: none"> - rozpoznawanie instytucji funkcjonujących w środowisku - rozróżnianie zadań wykonywanych przez poszczególne instytucje pomocowe - gromadzenie informacji z różnych źródeł - wyszukiwanie odpowiednich przepisów prawnych - analizowanie zgromadzonych informacji - rozpoznawanie problemów i potrzeb klienta i jego rodziny w rozwiązywaniu jego problemów społecznych - rozpoznawanie sił i możliwości klienta i jego rodziny - przygotowanie etapów planu działań społecznych - wyszukiwanie obowiązujących kryteriów ustawowych różnych świadczeń, m.in. zasiłków obligacyjnych, fakultatywnych i programów specjalnych - dokonywanie oceny dochodowych przesłanek udzielania pomocy społecznej - dokonywanie wyboru i stosowanie odpowiednich technik oddziaływania na klienta, m.in.: wyjaśnienie, informowanie, analizowanie przypadków - włączanie najbliższego otoczenia (rodziny, sąsiadów) do oddziaływania na klienta - udzielanie informacji, porad i wskazówek - wypełnianie kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego - formułowanie pism (wniosków) o udzielenie pomocy, prowadzenie kart klientów, prowadzenie dziennika pracy społecznej, rozpoznawanie problemów i potrzeb członków grupy - rozpoznawanie sił i możliwości grupy w rozwiązywaniu problemów społecznych <ul style="list-style-type: none"> - sporządzanie i aktualizowanie list świadczeniobiorców, w tym list komputerowych - przeprowadzanie wywiadów alimentacyjnych - wydawanie skierowań o pomoc rzeczową - wypełnianie: kart zgłoszeniowych i informacyjnych do urzędów pracy, skarbowych, ZUS, KRUS, druków skierowań na konsultacje do specjalistów, wniosków do placówek, w tym domów pomocy społecznej, wniosków o wypłatę różnych zasiłków, w tym rodzinnych, pielęgnacyjnych, dla kombatantów, uchodźców, wniosków o ustalenie stopnia niepełnosprawności - występowanie z wnioskami do dzielnicowych policji - formułowanie treści decyzji administracyjnych - sporządzanie decyzji administracyjnych - wnioskowanie do sądów o: alimenty - ubezwłasnowolnienie - ustanowienie opieki i kurateli - skierowanie na przymusowe leczenie odwykowe - ustalanie potrzeb finansowych na realizację zadań - stosowanie procedur badawczych służących poznaniu lokalnych problemów i kwestii społecznych

	<ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie narzędzi diagnostycznych do obserwacji, wywiadu, rozmowy, ankiety, analizy dokumentów - dokonywanie oceny diagnostycznej zgromadzonego materiału - monitorowanie przebiegu działań, interwencji na poszczególnych etapach - wprowadzanie bieżących zmian wynikających z monitorowania i ewaluacji projektu socjalnego - pozyskiwanie przełożonych i współpracowników do działań socjalnych - interpretowanie przepisów prawnych służących udzieleniu pomocy klientowi - wyszukiwanie informacji istotnych dla pracy socjalnej z różnych źródeł - reprezentowanie i występowanie w obronie interesów klienta - analizowanie i formułowanie innych niż dochodowe przesłanki do uzyskania pomocy socjalnej - budowanie tożsamości grupy - tworzenie klimatu bezpieczeństwa i zaufania w grupie dokonywanie wyboru i stosowanie odpowiedniej metody pracy socjalnej ze społecznością lokalną - ulepszanie stosunków interpersonalnych w grupie podopiecznych - tworzenie warunków do efektywnej pracy socjalnej, a zwłaszcza odpowiednich warunków lokalowych zapewniających klimat zaufania i bezpieczeństwa klientowi - inspirowanie działań samopomocowych, - ustalanie i opracowywanie wskaźników dla potrzeb projektu socjalnego
--	---

Źródło: Metodologia tworzenia standardów kwalifikacji zawodowych w Polsce (Kwiatkowski S. M., Sepkowska Z., 2000).

3.8

Warunki realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem²⁴

Świadczenie pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wymaga uwzględnienia wytycznych zawartych w pozostałych obszarach objętych standaryzacją w niniejszym podręczniku.

3.8.1 Miejsce realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem

Praca socjalna na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest realizowana w instytucji i/lub organizacji świadczącej pomoc osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością z zapewnieniem warunków:

- łatwego dostępu
- osobnego pomieszczenia z zachowaniem prywatności
- możliwości wezwania pomocy medycznej
- możliwość komunikowania się ze współrealizatorami usługi.

Miejscem realizacji usługi może być: pomieszczenie OPS, pomieszczenie w placówce, w której realizator przyjmuje klientów, lub w miejscu zamieszkania/pobytu klienta. Pomieszczenie powinno

²⁴ Określenie jakie muszą być spełnione warunki realizacji usługi (miejsce, czas świadczenia usługi, materialne, infrastrukturalne, duchowe).

być wydzielone, spokojne, stwarzające klimat bezpieczeństwa i zachowania prywatności prowadzonych rozmów, pozwalające jednocześnie przechowywać dokumentację.

3.8.2 Czas realizacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

Czas, tempo i warunki zależne są od indywidualnych potrzeb i złożoności sytuacji klienta oraz od zaplanowanych działań. Optymalny czas pracy z klientem przy realizacji IPWzB powinien wynosić od 6 do 18 miesięcy. Jedno spotkanie powinno trwać godzinę i być realizowane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie.

3.8.3 Warunki pracy niezbędne dla realizacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych

- Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem ma nienormowany czas pracy, nie dłuższy jednak niż przeciętnie 40 godzin pracy w 5-dniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym czterech miesięcy (Dz.U. z 16.02.1998 Nr 21 poz. 94 z późn. zm.)
- Realizator ma wyodrębniony w tygodniowym czasie pracy co najmniej 3-godzinny plan samodoskazywania. Czas ten może być dłuższy w zależności od potrzeb i możliwości lub zliczony w jedną formę szkoleniową
- Realizator poddaje się superwizji.

Organizacyjną formą prowadzenia procesu superwizji są tzw. sesje superwizyjne, czyli regularnie odbywane zebrania, podczas których osoba prowadząca superwizję omawia z pracownikami (indywidualnie lub grupowo) przebieg ich pracy z osobami, wobec których świadczona jest praca socjalna zgodna ze standardem, oraz sposoby rozwiązywania trudności, które w tej pracy powstają (Szatur-Jaworska B., b. d.).

Superwizja w ramach standardu może być działaniem, w którym realizator współpracuje z bardziej doświadczonym zawodowo kolegą, by wspólnie poszukiwać źródeł trudności i możliwości ich przekraczania. Istotne jest, aby realizator poddawał się superwizji ze względu na trudny charakter pracy socjalnej z osobami bezdomnymi

związany z podejmowaniem relacji interpersonalnych, a tym samym duże ryzyko utraty dystansu do osób obejmowanych pomocą i nadmiernego zaangażowania emocjonalnego oraz szybkiego wypalenia zawodowego, które utrudniają rzetelną i obiektywną ocenę sytuacji, a tym samym podejmowanie najlepszych dla klienta działań.

Realizator standardu pracy socjalnej ma zapewnione właściwe warunki oraz dostęp do niezbędnych narzędzi pracy, w tym:

- odpowiednie miejsce pracy (stanowisko pracy wyposażone w niezbędne meble i urządzenia biurowe, dostęp do komputera i internetu)
- stały dostęp do informacji i doradztwa metodycznego, mający wpływ na szybkość i jakość udzielonej pomocy
- higiena pracy uwzględniająca zarówno dobrostan psychiczny realizatora, jak i jego bezpieczeństwo zdrowotne, w tym środki higieniczne i antyseptyczne zapobiegające negatywnym konsekwencjom zdrowotnym ekspozycji zawodowej (ochrona i dezynfekcja rąk itp.) oraz szkolenia w zakresie niebezpieczeństw i zagrożeń wynikających z bezpośredniej pracy z osobami bezdomnymi oraz pracy w terenie (obejmujące wiedzę szczególnie w zakresie chorób i warunków miejsc niemieszkalnych, w których mogą funkcjonować osoby bezdomne)²⁵
- bezpieczeństwa bezpieczeństwo pracy – wsparcie specjalistów i odpowiednich służb mundurowych dla pracownika (Marszałkowska M., 2005).

²⁵ Patrz: standard zdrowia.

3.9

Współpraca przy realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem²⁶

Bardzo pomocne i znacząco zwiększające efektywność działań i usług na rzecz osób bezdomnych jest wykorzystywanie systemów środowiskowych takich jak sieć i więzi społeczne, placówki socjalne, inne placówki i instytucje usług społecznych, związki wyznaniowe, kościoły, przedsiębiorstwa komercyjne i zakłady pracy. Jeżeli założyć, że siłą człowieka jest oparcie we wspólnocie, to możliwość sieci społecznej – pomoc w tworzeniu, umacnianiu bądź uzupełnianiu systemu oparcia społecznego – powinny być diagnozowane i stanowić punkt wyjścia w działaniu realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Działania w obrębie tych układów środowiskowych to pomoc w rozwijaniu kompetencji osoby bezdomnej w zakresie korzystania z sieci, w mobilizowaniu sieci na rzecz potrzeb danej osoby, a także w tworzeniu nowej sieci. Zaś system wsparcia społecznego: emocjonalnego, wartościującego, instrumentalnego, informacyjnego, psychiczno-rozwojowego to sieć, która powinna być stworzona wraz z osobą bezdomną, a nie dla niej²⁷.

Praca socjalna w ramach standardu powinna być realizowana przy współpracy podmiotów systemu wsparcia, m.in. ośrodków pomocy

²⁶ Określenie z kim powinno się (jako wymóg obligatoryjny) i można współpracować, aby zaspokoić potrzeby i oczekiwania klienta oraz rozwiązać problem poprzez realizację danej usługi.

²⁷ Tym samym tworząc proces, dzięki któremu klient stanie się ogniwem sieci (Kawula S., red., 2002).

społecznej, z innymi podmiotami zarówno samorządowymi, jak po-
zarządowymi, niezbędnymi do osiągnięcia rezultatów zaplanowa-
nych z klientem.

Współpraca z pracownikami innych podmiotów zaangażowanych
w proces organizacji pomocy w ramach usługi powinna być koor-
dynowana przez realizatora usługi. Na każdym etapie realizacji
pracy socjalnej potrzebna jest współpraca z innymi specjalistami
adekwatnie do realizowanych działań, tak aby zaspokoić potrzeby
i oczekiwania. W zależności od sytuacji, potrzeby i zgody klienta do
współpracy można zaprosić innych członków rodziny, osoby bliskie
i zaprzyjaźnione, specjalistów poradnictwa specjalistycznego, pra-
cownika schroniska, lidera wspólnoty, kuratora itd.

W ramach standardu pracy socjalnej wskazana jest współpraca z po-
niższymi instytucjami/organizacjami w następujących zakresach:

**TABELA NR 8 | Wskazany zakres współpracy między podmiotami
w obszarze pracy socjalnej**

INSTYTUCJE/ORGANIZACJE	ZAKRES WSPÓŁPRACY
Urząd miasta/gminy	<ul style="list-style-type: none"> - edukacji (np. przyjmowanie dzieci do przedszkola, indywidualne nauczanie, zmiana szkoły) - zdrowia (np. korzystanie z profilaktycznych programów szczepień, prześwietleń, badanie w kierunku chorób serca; Gminna (Miejska) Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – kierowanie na przymusowe leczenie, uczestnictwo w zespołach interdyscyplinarnych) - spraw obywatelskich (np. Urząd Stanu Cywilnego – akty zgonu, urodzenia, ślubu i inne; uzyskiwanie danych z ewidencji ludności, pomoc w wyrobieniu dowodu osobistego) - mieszkalnictwa (np. wszelkie sprawy związane z uzyskaniem czy utrzymaniem mieszkania z zasobów gminy, eksmisje, zamiany) - spraw społecznych (np. pozyskiwanie środków na rozwój infrastruktury, dotacje na rozbudowę i prowadzenie placówek, pozyskiwanie środków z funduszu alkoholowego na realizację programów profilaktycznych) - zarządzania kryzysowego (np. pomoc w sytuacjach kryzysowych: pożar, powódź, mróz i innych)
Urząd wojewódzki	- pozyskiwania grantów na realizację programów (takich jak <i>Program wspierający powrót osób bezdomnych do społeczności</i>)
Urząd marszałkowski	- pozyskiwania środków unijnych na realizację działań w zakresie usługi
Urząd pracy	- aktywizacji zawodowej klienta

Ośrodki pomocy społecznej	<ul style="list-style-type: none"> - zapewnienia schronienia, posiłku i niezbędnej odzieży, ubezpieczenia zdrowotnego ze środków publicznych, świadczenia pracy socjalnej, uzyskania pomocy finansowej (stałej, okresowej i celowej), biletu kredytowanego, sprawienia pogrzebu, uzyskania skierowania do DPS lub usług opiekuńczych, wnioskowania o zasiłki rodzinne, pielęgnacyjne, zaliczki alimentacyjne, stypendia szkolne, dodatki mieszkaniowe
Powiatowe centra pomocy rodzinie	<ul style="list-style-type: none"> - specjalistycznego poradnictwa - integracji ze środowiskiem osób mających trudności w przystosowaniu się do życia - udzielania pieniężnych świadczeń pozostających w dyspozycji PCPR - poradnictwa i pomocy instytucjonalnej
Jednostki systemu ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> - spraw dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej osób bezdomnych, działań terapeutycznych, w tym terapii uzależnień
Placówki oświatowe, poradnie psychologiczno-pedagogiczne	<ul style="list-style-type: none"> - spraw szkolno-wychowawczych związanych z edukacją dzieci i młodzieży przebywającej w placówkach z rodzicami bezdomnymi
ZUS i KRUS	<ul style="list-style-type: none"> - pomocy w uzyskaniu rent i emerytur dla osób uprawnionych
Powiatowy Powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności	<ul style="list-style-type: none"> - pomocy w uzyskaniu przez osobę bezdomną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i uprawnień dla osób niepełnosprawnych
Policja, Straż Miejska, Straż Graniczna	<ul style="list-style-type: none"> - zapewnienia bezpieczeństwa osobom bezdomnym w placówkach i miejscach niemieszkalnych, szczególnie w okresie zimowym
Instytucje wymiaru sprawiedliwości	<ul style="list-style-type: none"> - uczestnictwa kuratorów w zespołach interdyscyplinarnych i przy realizacji IPWzB, zapewnienia schronienia osobom opuszczającym zakłady karne
Organizacje pozarządowe	<ul style="list-style-type: none"> - uzyskania schronienia, żywności, odzieży, leków, pomocy rzeczowej i usługowej, terapeutycznej oraz wszystkich innych działań, które nie mogą być w dostatecznym stopniu i czasie zabezpieczone przez instytucje
Kościóły i związki wyznaniowe	<ul style="list-style-type: none"> - uzyskiwania wsparcia duchowego, pomocy rzeczowej i usługowej oraz pomocy w uzyskaniu poparcia wśród wyznawców dla działań na rzecz osób bezdomnych
Banki, instytucje finansowe i biznesowe	<ul style="list-style-type: none"> - pozyskiwania darowizn, w tym środków finansowych - indywidualnego wsparcia poprzez szczególną wrażliwość na sytuację osób bezdomnych ubiegających się o redukcję i/lub udogodnienie spłaty zadłużenia
Instytucje kulturalne, organizacje sportowe i rekreacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacji społecznej (np. uczestnictwo osób bezdomnych w imprezach i wydarzeniach o charakterze kulturalnym, sportowym i rekreacyjnym)

Opracowanie grupa ekspercka ds. pracy socjalnej.

3.10

Dokumentacja w pracy socjalnej zgodnej ze standardem²⁸

Dokumentem, na którym opiera się proces udzielania pomocy osobom bezdomnym w ramach pracy socjalnej zgodnej ze standardem, jest dokument będący opisem zaplanowanych działań podejmowanych wobec klienta, stanu realizacji poszczególnych działań, monitoringu postępów i rezultatów osiągniętych przez klienta, szczególnych wskazań i uwag dotyczących pracy, stworzony w ramach standardu planu pomocy, tzn. IPWzB lub kontraktu socjalnego.

W odniesieniu do osób zagrożonych bezdomnością sugerujemy zastosowanie indywidualnego programu określonego dla kategorii problemowej stanowiącej dominujący czynnik w odniesieniu do określonej osoby. W odniesieniu do wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych może to być IPU, do cudzoziemców – IPI, do osób uzależnionych – IPT, do osób pozostających bez zatrudnienia – IPD, a do osób niepełnosprawnych – PISIZON itp.

Na etapie realizacji diagnozy sytuacji klienta wskazanymi do wykorzystania narzędziami są formularz wstępnej diagnozy sytuacji klienta oraz kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Dokumentacja w formie pisemnej lub elektronicznej przyjętej w danej organizacji (instytucji, wspólnocie) winna być przejrzysta i rze-

²⁸ Określenie jakie dokumenty powinny zostać obowiązkowo wypełnione przez realizatora usługi w trakcie lub po zrealizowaniu usługi.

telna i zawierać: dane o osobie korzystającej z usługi, zgodę klienta, rodzaj i formę udzielonej pomocy, dane realizatora usługi, miejsce i czas realizacji usługi, kopię skierowania do współrealizatora usługi.

Celem tworzenia dodatkowej dokumentacji pracy pracownika socjalnego jest: utrzymanie ciągłości i systematyki pracy; monitorowanie pracy pracownika socjalnego, monitorowanie sytuacji klienta oraz umożliwienie przygotowania odpowiednich sprawozdań. Dokumentacja może składać się z następujących elementów: karty pracy, karty pierwszego kontaktu, rejestru klientów, notatek służbowych, sprawozdań merytorycznych, porozumień lokalnych o współpracy, wykazów i list itd.

Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem prowadzi dokumentację monitoringu i ewaluacji rezultatów oraz postępów klienta.

3.11

Koszty i finansowanie pracy socjalnej zgodnej ze standardem²⁹

Koszty realizacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w ramach standardu zależne są od konkretnych działań zaplanowanych wobec klienta. Świadczenie pracy socjalnej jest zadaniem obowiązkowym każdej gminy w ramach budżetu ośrodka pomocy społecznej lub zlecane jest innym podmiotom poprzez przekazanie dotacji. Koszty, które należy ponieść przy realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem, mogą obejmować następujące kategorie (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2011).

²⁹ Określenie kategorii kosztów świadczenia danej usługi oraz sposobów i źródeł jej finansowania

3.11.1 Koszty bezpośrednie, tj. koszty realizacji poszczególnych zadań określonych odpowiednio do zakresu merytorycznego usługi

- **koszty zarządzania**, w tym: wynagrodzenie koordynatora/kierownika lub innej osoby mającej za zadanie koordynowanie lub zarządzanie realizacją usługi lub innego personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie i jego rozliczenie, o ile jego zatrudnienie jest niezbędne dla realizacji usługi; zakup lub amortyzacja sprzętu lub wartości niematerialnych i prawnych oraz zakup mebli niezbędnych do zarządzania; działania informacyjno-promocyjne związane z realizacją usługi (np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych); koszty zabezpieczenia prawidłowej realizacji usługi (o ile nie są celem usługi i tym samym nie stanowią zadania merytorycznego); inne koszty – o ile są bezpośrednio związane z koordynacją i zarządzaniem usługą
- **koszty zadań merytorycznych, w tym: koszty związane z zatrudnieniem personelu**³⁰, koszty specjalistów, do których kierowani są klienci w ramach standardu; koszty związane z utrzymaniem i wyposażeniem stanowisk pracy realizatorów i osób, które są zaangażowane we wdrażanie standardu usługi, oraz koszty archiwizacji dokumentów; koszty pomocy materialnej udzielonej klientowi w formie niepieniężnej lub/i pomocy finansowej; koszt szkolenia i podnoszenia kwalifikacji realizatora usługi.

3.11.2 Koszty pośrednie tj. koszty administracyjne związane z funkcjonowaniem jednostki nadzorującej realizację usługi

- **koszty personelu obsługowego** (obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, sekretariat, kancelaria, obsługa prawna) na potrzeby funkcjonowania jednostki

³⁰ Koszty osobowe związane ze świadczeniem pracy socjalnej. Obejmują one wszystkie osoby zaangażowane do realizacji zadań w ramach projektu, które osobiście wykonują zadania w ramach realizacji usługi tj. w szczególności osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (dotyczy umowy o pracę, mianowania, powołania, wyboru i spółdzielczej umowy o pracę) lub stosunku cywilnoprawnego (np. umowa zlecenia, umowa o dzieło), osoby samozatrudnione (tj. osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą), osoby współpracujące w rozumieniu ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 24.01.2007 Nr 11 poz. 74 z późn. zm.) oraz osoby świadczące usługi w formie wolontariatu. Należy pamiętać, iż definicja ta odnosi się do całego personelu, nie tylko do personelu ujętego w zadaniu „zarządzanie”, ale również w zadaniach merytorycznych.

- **koszty obsługi księgowej** (koszty wynagrodzenia osób księgujących wydatki, w tym koszty zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biuru rachunkowemu)
- **koszty utrzymania powierzchni biurowych** (czynsz, najem, opłaty administracyjne) związanych z obsługą administracyjną; opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków w zakresie związanym z obsługą administracyjną
- **koszty usług pocztowych, telefonicznych, telegraficznych, teleksowych, internetowych, kurierskich** związanych z obsługą administracyjną; koszty usług powielania dokumentów związanych z obsługą administracyjną
- **koszty materiałów** biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną
- **koszty ubezpieczeń cywilnych i majątkowych**
- **koszty sprzątnia pomieszczeń** związanych z obsługą administracyjną, w tym środki do utrzymania ich czystości oraz dezynsekcji, dezynfekcji, deratyzacji tych pomieszczeń.

3.11.3 Koszty wynikające z realizacji działań wchodzących w skład standardów w pozostałych obszarach

Koszty realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem pośrednio zależne są również od kosztów wynikających z realizacji działań wchodzących w skład standardów w pozostałych obszarach.

3.11.4 Źródła finansowania działań profilowanych w ramach realizowanej usługi

Finansowanie poszczególnych działań profilowanych może mieć kilka źródeł: środki publiczne krajowe i zagraniczne (fundusze unijne i inne), dotacje pochodzące od sponsorów i darczyńców oraz przychody własne organizacji.

Wskazane w punkcie 3.11 koszty nie są zamkniętym katalogiem, ponieważ zaangażowanie osób oraz środków zależne jest od konkretnej sytuacji i potrzeb osoby bezdomnej/zagrożonej bezdomnością.

3.12

Ewaluacja, monitoring i autoewaluacja pracy socjalnej zgodnej ze standardem³¹

3.12.1 Ewaluacja

Ewaluacja działań podejmowanych w ramach pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością opiera się na podstawowych założeniach dotyczących ewaluacji działań społecznych w ogóle. Założenia te funkcjonują jako spójny zestaw wytycznych warunkujących uzyskanie przydatnej oceny zrealizowanych działań. Należy o nich wspomnieć w tym miejscu, gdyż brak informacji co do podstawowych założeń będzie sugerował brak potrzeby ich stosowania. Przedstawione poniżej podstawowe zasady ewaluacji działań społecznych dotyczą i w pełni mają zastosowanie w odniesieniu do działań w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Istnieją różne formy dokonywania oceny działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych. Wśród najbardziej popularnych są badania naukowe, kontrola, audyt i ewaluacja. W odróżnieniu od kontroli czy audytu ewaluacja ma wymiar jak najbardziej użyteczny, ponieważ „jest formą badań stosowanych, których zakładanym celem jest wywieranie pewnego wpływu na otaczającą nas rzeczywistość. Warto się zatem zastanowić, czy jej wyniki fak-

³¹ Określenie monitoringu wdrażania usługi i jej realizacji, ram samokontroli – samooceny (autoewaluacji) realizatora usługi.

tycznie znajdują zastosowanie, a jeśli tak, to jakie” (Babbie E., 2003). Ewaluacja jest więc formą oceny, której zasadniczym celem jest poprawa jakości lub usprawnienie w zakresie określonego działania.

Ewaluacja działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych jest formą badań stanowiącą swoisty zbiór różnych form, metod i narzędzi badawczych, które można wykorzystywać dla dokonania oceny poziomu zmiany w określonej rzeczywistości społecznej. Wśród nich znajdują się monitoring i autoewaluacja.

Podstawową kwestią do rozstrzygnięcia przed podjęciem działań ewaluacyjnych realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych jest określenie ich celu. Od tego będzie zależało wskazanie sposobu lub metody badania, narzędzi, czasu i skutków przeprowadzonych badań. Wpływ na dobór metody ewaluacji często mają przede wszystkim posiadane zasoby:

- finansowe (środki, które można przeznaczyć na przeprowadzenie badania)
- wiedzy (znajomość metod i technik badawczych)
- czasu (potrzebnego na zaplanowanie koncepcji badań i opracowanie narzędzi).

3.12.2 Monitoring

Monitoring działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych oznacza weryfikację zrealizowanych działań z przyjętymi założeniami – sprawdzenie, czy i w jakim zakresie działanie zostało zrealizowane w odniesieniu do jego harmonogramu. Badanie to może być prowadzone w formie analizy dokumentów w oparciu o przygotowany kwestionariusz monitorujący realizację określonego działania. Kwestionariusz taki może być „kopia” harmonogramu planowanych działań, w którym do każdego z działań zostaną postawione pytania:

- Czy dane działanie zostało zrealizowane na zaplanowanym poziomie?
- Czy w trakcie realizacji działania nastąpiły zmiany lub pojawiły się nieprzewidziane okoliczności? Jakież?
- Jakie czynniki mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowości dalszej realizacji zaplanowanego przedsięwzięcia/działania?

Podsumowanie wyników tak prowadzonego monitoringu działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych stanowi odpowiedź na pytanie, czy realizacja projektu przebiega zgodnie

z założeniami (jeśli nie – można odpowiednio wcześniej zapobiec negatywnym skutkom i poprzez korektę kolejnych działań zrealizować zaplanowane działanie). Monitoring powinien być prowadzony co najmniej raz na dwa miesiące, jednak przy rozbudowanym i wielozadaniowym przedsięwzięciu wskazane jest, by był realizowany częściej.

Do przeprowadzenia monitoringu działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych można dodatkowo wykorzystać skalę realizacji celów (*goal attainment scale* – GAS) (Flinders Institute for Public Policy and Management, 2011). Jest ona przydatna szczególnie wtedy, gdy cele podejmowanego działania są zarysowane dość ogólnie (np. poprawa sytuacji życiowej osoby bezdomnej). Na skali określa się nie tylko cele, które mają zostać osiągnięte, ale także opisuje się wskaźniki – czyli sytuację obrazującą osiągnięcie danego celu. Skalę GAS należy dodatkowo rozszerzyć o mierniki – czyli wskazać sposoby mierzenia wskaźników. Narzędziem do monitoringu działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych może być tabela nr 9.

TABELA NR 9 | Skala realizacji celów w działaniach na rzecz osób bezdomnych – narzędzie do monitoringu

POZIOM OCZEKIWANEGO WYNIKU	CEL 1	CEL 2	CEL 3
Data weryfikacji:			
Znacznie więcej niż oczekiwano (+2)			
Więcej niż oczekiwano (+1)			
Wynik spodziewany (0)			
Mniej niż oczekiwano (-1)			
Znacznie mniej niż oczekiwano (-2)			

Opracowanie: A. Wiącek na podstawie *Using the Goal Attainment Scaling Tool*.

3.12.3 Monitoring pilotażowego wdrażania standardu³²

W odniesieniu do działań podjętych w odpowiedzi na konkurs dotyczący pilotażowego wdrażania standardów usług w zakresie bezdomności i przetestowania modelu *Gminny standard wychodzenia z bezdomności* dodatkowo należy przeprowadzić monitoring pilotażu, poprzez zgromadzenie poniższych danych:

³² Określono i dodano na podstawie zaleceń Pomorskiego Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.

- liczba osób bezdomnych, które otrzymały wsparcie w ramach realizowanego standardu
- liczba osób zagrożonych bezdomnością, które otrzymały wsparcie w ramach realizowanego standardu
- liczba zatrudnionych w ramach standardu pracowników socjalnych
- wykaz osób (wg specjalizacji), z którymi podjęto współpracę w ramach pracy socjalnej zgodnej ze standardem (i w jakim zakresie)
- wykaz podmiotów (jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych), z którymi podjęto współpracę w ramach pracy socjalnej zgodnej ze standardem;
- liczba osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, z którymi nawiązano kontakt
- liczba opracowanych wstępnych diagnoz sytuacji klienta
- liczba opracowanych rodzinnych wywiadów środowiskowych
- liczba udzielonych porad i konsultacji przez pracownika socjalnego
- liczba opracowanych IPWzB/liczba osób objętych IPWzB
- liczba opracowanych kontraktów socjalnych/liczba osób objętych kontraktem socjalnym
- liczba skierowań do innych specjalistów (psychologa, psychiatry itp.)
- liczba osób, które odtworzyły dokumenty, w tym dowód osobisty
- liczba osób, które uzyskały prawny status osoby niepełnosprawnej w PZON
- liczba osób, które uzyskały miejsce w ZOL, ZPO lub hospicjum
- liczba osób, które uzyskały miejsce w DPS
- liczba osób bezdomnych umieszczonych w szpitalu
- liczba osób, które podjęły terapię
- liczba osób zarejestrowanych w urzędzie pracy
- liczba osób, które nawiązały kontakt z rodziną
- liczba osób bezdomnych, które podjęły zatrudnienie, w tym zatrudnienie wspierane
- liczba osób bezdomnych, które podjęły działania w zakresie aktywizacji zawodowej (w tym m.in. szkolenia zawodowe, zatrudnienie socjalne, warsztaty zawodowe, prace społecznie użyteczne, staże, przygotowanie zawodowe)
- liczba osób bezdomnych, które podjęły działania w zakresie aktywizacji społecznej i edukacji (w tym m.in. w ramach klubów pracy i innych form szkolenia miękkiego, edukację formalną, edukację nieformalną, KIS, warsztaty, kółka zainteresowań)
- liczba osób, które uzyskały ubezpieczenie zdrowotne.

3.12.4 Autoewaluacja

Z perspektywy odbiorcy niniejszego opracowania – realizatora pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością – najbardziej przydatne wydaje się być zaprezentowanie praktycznych wskazówek dotyczących autoewaluacji.

Ewaluację bowiem można by w tym miejscu opisać z dwóch perspektyw:

- realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem zlecającego realizację ewaluacji
- realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem będącego ewaluatorem innych niż własne działań realizowanych na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Niemniej wskazanie sposobów dokonywania samooceny – możliwej do zrealizowania przez każdą osobę realizującą pracę socjalną zgodną ze standardem – jest najbardziej użyteczne z perspektywy odbiorcy i zgodne z celem opracowania niniejszego standardu, który ma być podręcznikiem dla realizatora działań.

Autoewaluacja działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych to samoocena zawierająca refleksję nad wszelkimi skutkami realizowanych działań, dokonywana przez podmiot lub osobę będące jednocześnie realizatorem działania. Autoewaluacja działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych może być prowadzona przez:

- pracownika wykonującego określonego rodzaju działanie (realizatora)
- zespół pracowników wykonujących określonego rodzaju działanie (zespół interdyscyplinarny)
- lub przez podmiot (kadre kierowniczą instytucji).

Wybór realizatora autoewaluacji działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych wiąże się z określonymi konsekwencjami, a każda z wymienionych możliwości posiada możliwości i ograniczenia, których analiza pozwoli wybrać właściwą opcję. Zestawienie możliwości realizacji przedstawiono w tabeli nr 10.

TABELA NR 10 | Realizatorzy autoewaluacji – podstawowe możliwości i ograniczenia

PROWADZĄCY AUTOEWALUACJĘ	MOŻLIWOŚCI	OGRANICZENIA
Pracownik realizujący działanie	<ul style="list-style-type: none"> - dobra znajomość szczegółów działania - rozwój pracownika (samokontrola i weryfikacja własnych działań) 	<ul style="list-style-type: none"> - brak dystansu do przedmiotu badania - dodatkowe obciążenie pracownika (nakład czasu)
Zespół pracowników zaangażowanych w realizację zadania	<ul style="list-style-type: none"> - różne perspektywy oceny - wykorzystanie różnych form badania (kwestionariusze, dyskusje fokusowe, obserwacje, wywiady) 	<ul style="list-style-type: none"> - szumy komunikacyjne lub obciążenia relacji interpersonalnych
Kadra kierownicza jednostki, w ramach której realizowane jest działanie	<ul style="list-style-type: none"> - systemowa perspektywa oceny jednostkowych działań - dostęp do zasobów (finansowych, ludzkich) potrzebnych dla przeprowadzenia bardziej zaawansowanych badań 	<ul style="list-style-type: none"> - ograniczona perspektywa oceny szczegółów działań

Opracowanie: A. Wiącek.

Wybór sposobu przeprowadzenia autoewaluacji działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych (konstrukcja narzędzia, dobór wskaźników, określenie zasad realizacji tego badania) jest zależny od indywidualnych uwarunkowań podmiotu realizującego usługę w zakresie objętym niniejszym standardem. Na etapie przygotowania założeń do autoewaluacji działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych należy określić jej cel. Optymalne jest uwzględnienie uwarunkowań lokalnych towarzyszących realizacji określonego działania poprzez odniesienie się do diagnozy lokalnej sytuacji (zawartej np. w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych i innych lokalnych dokumentach strategicznych). Niniejsze opracowanie zawiera propozycje konkretnych działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych, niemniej należy je potraktować jako elastyczną matrycę, która powinna zostać dostosowana do indywidualnych „potrzeb informacyjnych” danej jednostki.

Dla prawidłowego określenia celu i założeń ewaluacji działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych niezbędne jest określenie kryteriów oceny przedmiotowego działania (Wiącek A., 2011). Rodzaj dobranych kryteriów oceny ewaluacyjnej

zależy od parametrów pożądanых cech działania, którego ocena dotyczy. Do najczęściej spotykanych kryteriów należą:

- **skuteczność** (w jakim zakresie rezultaty i wpływ programu przyczyniły się osiągnięcia jego celów?)
- **efektywność** (jaka jest relacja nakładów (kosztów) do osiągniętych rezultatów?)
- **trafność** (czy cele działania/programu są adekwatne do potrzeb jego adresatów?)
- **użyteczność** (w jakim zakresie rezultaty działania zaspokajają potrzeby jego adresatów?)
- **trwałość** – czy i jak długo rezultaty działania będą widoczne po jego zakończeniu? (Szarfenberg R., b .d.).

Określenie własnych potrzeb informacyjnych (celu ewaluacji) może oznaczać dobór kilku z powyższych kryteriów, najbardziej adekwatnych z perspektywy badanego działania. Trafne i precyzyjne określenie celu badania ewaluacyjnego jest ważne głównie ze względu na użyteczność jego wyników: ewaluacja działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych pozwala uzyskać obraz faktycznych wyników realizowanych działań (rezultatów zamierzonych i skutków ubocznych) oraz określić, co należy w ewaluowanym działaniu zmienić – czyli w jaki sposób wpłynąć na to, co powoduje mało satysfakcjonującą ocenę tegoż działania.

Dobrawszy cel i kryteria oceny działania realizowanego w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych należy określić zakres badania, narzędzia, a także wskaźniki i sposoby ich mierzenia. Nie ma jednego uniwersalnego wzoru dla tych elementów, jest za to ogólnie stosowana typologia SMART, która ma zastosowanie na każdym etapie planowania i realizacji badań ewaluacyjnych odnoszących się do działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych. Stosowanie określonych w niej kryteriów oznacza, że każde z działań powinno być:

- **konkretne** (*specific*) – wiadomo dokładnie, co będzie mierzone, jak zostaną wskazane różnice pomiędzy poszczególnymi obszarami; na jego podstawie można określić postęp w kierunku osiągnięcia zamierzonego rezultatu
- **mierzalne** (*measurable*) – w obiektywny sposób można określić zachodzące zmiany i scharakteryzować je jednoznacznie miarą
- **osiągalne** (*achievable*) – rezultaty są realistyczne, wyraźnie widoczny jest związek pomiędzy „produktem” a „rezultatem” działania

- **istotne, odpowiednie** (*relevant*) – oddają istotę pożądanego rezultatu i adekwatnie odnoszą się do działań i ich rezultatów, realistyczne przy istniejących zasobach
- **określone w czasie** (*time-bounded*) – wiadomo, co i kiedy zostanie osiągnięte (Górniak J., Keler K. 2007, s. 147).

W standardzie pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wskazano konkretne cele, zatem autoewaluacja będzie odnosić się do oceny osiągniętego poziomu ich realizacji oraz skutków ubocznych powstałych w związku z realizacją działań mających doprowadzić do osiągnięcia wskazanych celów dotyczących działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych. W zależności od potrzeb informacyjnych realizatora autoewaluacji można wybrać kilka lub wszystkie z przytoczonych wyżej kryteriów oceny oraz określić adekwatne wskaźniki.

O ewaluacji (autoewaluacji) w odniesieniu do aktywności społecznej możemy mówić wtedy, gdy badania przeprowadzone są co najmniej dwukrotnie: przed rozpoczęciem realizacji działania oraz po jego zakończeniu. Wykonanie badań jednorazowych dotyczących działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych nie daje możliwości obiektywnej oceny zawierającej obraz zmiany jako konsekwencji danego działania (nawet jeśli wykorzystane zostaną techniki ewaluacyjne), ponieważ brakuje punktu odniesienia niezbędnego dla prawidłowego dokonania oceny. Częstotliwość badań zależy od stopnia złożoności określonego działania, wskazane jest jednak, aby autoewaluacja działań realizowanych w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych prowadzona była co najmniej średnio raz na kwartał. Przykładowe zestawienie elementów badania autoewaluacyjnego ujęto w tabeli nr 11.

TABELA NR 11 | Zestawienie przykładowych elementów badania autoewaluacyjnego odnoszącego się do badania realizacji pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością zgodnie ze standardem

CELE SZCZEGÓŁOWE	KLUCZOWE KWESTIE POKLADANE OCENIE (PYTANIA BADAWCZE)	WSKAŹNIKI	MIERNIKI
Stworzenie sieci wsparcia	<ul style="list-style-type: none"> - jakie podmioty współpracują na rzecz danej osoby/grupy? - jaka jest forma realizacji działań w ramach sieci? - jakie są zasady formalno-prawne funkcjonowania sieci? 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba podmiotów tworzących sieć - zakres działania sieci - formy oferowanego wsparcia 	<ul style="list-style-type: none"> - dokumenty sankcjonujące współdziałanie podmiotów - protokoły ze spotkań członków sieci
Zapewnienie współpracy pomiędzy różnymi osobami i podmiotami biorącymi udział w procesie świadczenia pracy socjalnej	<ul style="list-style-type: none"> - jakie są sposoby zapewnienia przedmiotowej współpracy? - na ile sprawnie realizowane są działania w ramach sieci? 	<ul style="list-style-type: none"> - wykaz stosowanych sposobów organizacji współpracy - liczba zrealizowanych działań wspierających - czas od momentu zgłoszenia sytuacji problemowej do podjęcia działań naprawczych 	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja działalności sieci (protokoły, karty pracy realizatorów działań itp)
Zapewnienie dostępu do usług socjalnych	<ul style="list-style-type: none"> - jaki jest zakres obecnie oferowanych usług? - czy wszystkie osoby znajdujące się w trudnej sytuacji mogą uzyskać pomoc jakiej oczekują? - czy w ofercie znajdują się wszystkie usługi, na które występuje zapotrzebowanie? - jaki jest czas rozwiązania problemu? - jaka jest skuteczność realizowanych działań? 	<ul style="list-style-type: none"> - wykaz realizowanych usług zawierający zakres realizacji - profil odbiorców realizowanych usług - wynik badania opinii odbiorców usług, w tym poziom satysfakcji z obsługi - czas od momentu zgłoszenia sytuacji problemowej do podjęcia działań naprawczych - rezultat interwencji 	<ul style="list-style-type: none"> - regulamin/statut jednostki realizującej działania - dokumentacja realizacji działań - ankiety (lub inna forma) badania opinii Klientów
zapewnienie podstawowych warunków życia i spokojenie potrzeb, które nie mogą być realizowane samodzielnie	<ul style="list-style-type: none"> - jakiej pomocy potrzebował klient i jakiego rodzaju pomoc? W jakiej formie została mu udzielona? - czy udzielenie wsparcia pozwoli na zaspokojenie podstawowych potrzeb? Jak długo? 	<ul style="list-style-type: none"> - zestawienie zgłoszeń potrzeb pomocy i wykazu zawierającego rodzaj udzielonej pomocy - wykaz zwierzający aktualne możliwości w zakresie zapewnienia podstawowych warunków życia ze wskazaniem długości czasu ich zapewniania 	<ul style="list-style-type: none"> - regulamin/statut jednostki realizującej działania - dokumentacja działalności podmiotu - dokumentacja realizowanych usług

<p>zmniejszenie negatywnego wpływu tych czynników, które nie mogą być zmienione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - jakie jest wpływ negatywnych czynników (jakie konsekwencje) oddziaływania na daną osobę? - w jakim zakresie zostały zmniejszone konsekwencje wpływu negatywnych czynników? 	<ul style="list-style-type: none"> - charakterystyka oddziaływania negatywnych czynników na daną osobę - wykaz możliwości neutralizowania konsekwencji negatywnych okoliczności w odniesieniu do danej osoby - zestawienie oceny kondycji danej osoby w określonym interwale czasowym 	<p>j.w.</p>
<p>osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego poziomu i jakości życia, cel promocyjny</p>	<ul style="list-style-type: none"> - jakie są cele życiowe danej osoby? - jakie są oczekiwania danej osoby co do jakości jej życia? - jakie działania zostały podjęte w cel poprawy dobrostanu danej osoby? - w jakim zakresie poprawił się dobrostan danej osoby? 	<ul style="list-style-type: none"> - opis preferencji danej osoby dotyczących jej przyszłości - opis charakteryzujący pożądaną kondycję życiową danej osoby, z uwzględnieniem ograniczeń takich jak brak samodzielnego mieszkania - wykaz podjętych oraz zrealizowanych działań wraz z komentarzem, których działań i z jakich przyczyn nie udało się zrealizować - zestawienie oceny kondycji danej osoby w określonym interwale czasowym 	<p>j.w.</p>
<p>wzmocnienie zdolności grup i społeczności lokalnych do samodzielnego rozwoju</p>	<ul style="list-style-type: none"> - jakie są możliwości rozwojowe określonej grupy społecznej? W jakim zakresie można je zwiększyć? - jakie działania zostały podjęte w celu wzmocnienia zdolności grup i lokalnych społeczności do samodzielnego rozwoju? - jaką perspektywę czasową przyjęto dla osiągnięcia widocznych/mierzalnych rezultatów? - czy widoczna jest zmiana w funkcjonowaniu grup i społeczności lokalnych? W jakim zakresie? 	<ul style="list-style-type: none"> - wynik badania kondycji lokalnej społeczności - wykaz działań podjętych w celu wzmocnienia zdolności grup i lokalnych społeczności do samodzielnego rozwoju wraz z oceną ich skuteczności - zestawienie oceny dotyczącej funkcjonowania grup i społeczności lokalnych w określonym interwale czasowym 	<p>j.w.</p> <ul style="list-style-type: none"> - badanie kondycji lokalnej społeczności prowadzone w formie obserwacji uczestniczącej lub grupy fokusowej z liderami lokalnej społeczności

Opracowanie: A. Wiącek.

3.13

Formularze do standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

3.13.1 Formularz wstępnej diagnozy sytuacji klienta³³

³³ Opracowanie merytoryczne M. Czochara na podstawie narzędzia pracy socjalnej nr 1 „Wywiad – rozpoznanie sytuacji” opracowanego przez zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej” oraz wzorów IPWzB udostępnionych przez MOPS Wrocław, MOPS Wałbrzych, MOPS Gdynia.

SPS – F01/Diagnoza wstępna sytuacji klienta

DIAGNOZA WSTĘPNA SYTUACJI KLIENTA

Przeznaczenie narzędzia: 3.4. Zakres czynnościowy realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem. 3.4.2. Przeprowadzenie diagnozy sytuacji klienta

Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie

Wypełnia: Pracownik socjalny

Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem

Data i miejsce sporządzenia diagnozy wstępnej		
Imię i nazwisko osoby/rodziny bezdomnej, z którą podejmowana będzie praca socjalna		
Nazwisko rodowe		
Data i miejsce urodzenia		
Seria numer dowodu osobistego (lub innego dokumentu tożsamości)		
PESEL		

1. SFERA RODZINNA

(Należy wskazać nazwiska i imiona członków rodziny, miejsce zamieszkania, formę kontaktu i jego częstotliwość lub jego brak)

	Imię i nazwisko	Adres korespondencyjny
Rodzice		
Rodzeństwo		
Dzieci		
Związki formalne/niefORMALNE		
Inni członkowie rodziny/znajomi		

2. SFERA SOCJALNO-BYTOWA

(Należy zdiagnozować poziom ekonomicznej niezależności danej osoby/rodziny oraz jej zabezpieczenie finansowe obejmujące wysokość ewentualnego dochodu, w tym zasiłków, zakres i formy otrzymywanej lub otrzymanej już pomocy udzielonej przez inne podmioty. Należy wskazać sytuację prawną osoby – karalność, zadłużenia alimentacyjne, wyroki skazujące, stan cywilny, prawa rodzicielskie, brak przysługującego prawa do lokalu itp.)

2.1. Zakres i forma otrzymywanej lub otrzymanej już pomocy udzielonej przez inne podmioty. Należy wskazać np. od kiedy osoba/rodzina bezdomna korzysta z pomocy, w jakiej formie i jakie podmioty udzieliły lub udzielają pomocy		
2.2. Dochody, źródła utrzymania (forma/rodzaj/wysokość)	Jaka?/Jakie?/Forma	Wysokość
Własność majątkowa		
Wynagrodzenie ze stosunku pracy		
Emerytura/renta		
Świadczenia z pomocy społecznej		
Inne		
2.3. Sytuacja prawna (karalność, zadłużenia alimentacyjne, wyroki skazujące, stan cywilny, prawa rodzicielskie itp.)		

3. SFERA MIESZKANIOWA

(Należy zdiagnozować wszelkie aspekty życia osoby/rodziny bezdomnej w tej sferze zarówno w wymiarze prawnym, ekonomicznym czy psychologicznym)

3.1. Aktualne miejsce pobytu (od kiedy?)	
3.2. Ostatnie miejsce pobytu (od kiedy do kiedy?)	
3.3. Ostatnie miejsce stałego zameldowania (od kiedy do kiedy?)	
3.4. Przyczyny wymeldowania	
3.5. Prawo do lokalu	
3.6. Złożenie wniosku o lokal socjalny (fakt złożenia lub możliwość złożenia wniosku)	

4. SFERA ZDROWOTNA

(Należy zdiagnozować stan zdrowia osoby/rodziny bezdomnej, stopień niepełnosprawności – także nie orzeczone ograniczenia sprawności – poziom dbałości o ogólną higienę osobistą oraz troskę o prawidłową kondycję fizyczną w zależności od wieku, warunków życia i wskazań lekarskich, przeciwwskazania do podjęcia aktywności zawodowej)

4.1. Stan zdrowia (rodzaj schorzenia, przebieg leczenia, rodzaj przyjmowanych leków)	
4.2. Orzeczenie stopnia niepełnosprawności (nr orzeczenia, przez kogo, kiedy i na jaki okres wydane?)	
4.3. Przeciwwskazania do podjęcia aktywności zawodowej	
4.4. Poziom dbałości o ogólną higienę osobistą oraz troskę o prawidłową kondycję fizyczną w zależności od wieku, warunków życia i wskazań lekarskich	

5. SFERA PSYCHOLOGICZNA

(Należy zdiagnozować poczucie psychicznego dobrostanu, tożsamość, poziom samooceny, poziom kontroli wewnętrznej, sposób reagowania na kryzysy i problemy, poziom umiejętności interpersonalnych, sposób postrzegania odpowiedzialności za pojawienie się własnej bezdomności i wyjścia z niej, a także psychologiczne konsekwencje jakie – długotrwała – bezdomność wywarła na osobie. Problemy osoby/rodziny bezdomnej wymagające wsparcia psychologicznego i terapeutycznego – stopień uzależnienia od środków psychoaktywnych, współuzależnienia – doświadczanie przemocy)

5.1. Uzależnienia (rodzaj środków psychoaktywnych, przebieg leczenia odwykowego, udział w terapiach, rodzaj przyjmowanych leków)	
5.2. Opis analizy sfery psychologicznej	

6. SFERA ZAWODOWA

(Należy zdiagnozować funkcjonowanie osoby/rodziny bezdomnej w kontekście zawodowym w tym nawyk pracy, poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych, umiejętności otrzymania i utrzymania zatrudnienia, odnalezienia się na rynku pracy. Uwzględnić bariery w podjęciu aktywności zawodowej wynikające z życia rodzinnego – np. samotne rodzicielstwo lub innych ograniczeń m.in. niepełnosprawność, karalność)

6.1. Wykształcenie, Staż pracy	
6.2. Funkcjonowanie osoby w kontekście zawodowym, w tym nawyk pracy	
6.3. Poziom umiejętności i kwalifikacji	
6.4. Zainteresowania	
6.5. Ostatnie miejsce zatrudnienia (od kiedy, gdzie i na jakim stanowisku?)	
6.6. Czynna/y zawodowo (adres zakładu pracy, wykonywany zawód)	
6.7. Bierna/bierny zawodowo (zarejestrowany w urzędzie pracy – jeśli tak, to jako bezrobotny, poszukujący pracy (od kiedy i gdzie?)	
6.8. Bariery w podjęciu aktywności zawodowej wynikające z życia rodzinnego (np. samotne rodzicielstwo lub innych ograniczeń m.in. niepełnosprawność, karalność)	

7. SYTUACJA SPOŁECZNA

(Należy zdiagnozować funkcjonowanie osoby bezdomnej w szerszej grupie społecznej oraz w całym społeczeństwie. Poziom zintegrowania i identyfikowania się ze społeczeństwem, poczucia przynależności do grup społecznych, przejawiania zachowań społecznie aprobowanych lub nie, podejmowanych aktywności życiowych o wymiarze społecznym i obywatelskim, preferowanych form i poziomu umiejętności spędzania wolnego czasu)

8. PRZYCZYNY I OKRES POZOSTAWANIA W BEZDOMNOŚCI

(Należy zdiagnozować źródła przyczyn pozostawania w bezdomności, czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, podać okres pozostawania w bezdomności, ocena sytuacji pozostawania w bezdomności z perspektywy osoby/rodziny bezdomnej)

9. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/RODZINY BEZDOMNEJ

<p>9.1. Identyfikacja trudności <i>(Pytania pomocnicze: Jakie występują trudności? Które z nich są najważniejsze? Którymi należy zająć się w pierwszej kolejności? Należy uwzględnić wszystkie zgłaszane trudności w taki sposób, w jaki przedstawia je klient i uwzględnić hierarchię ważności tych problemów, doprecyzować kogo/czego dotyczą i co świadczy o występowaniu zgłaszanych trudności. Należy odnieść się do kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego, w przypadku gdy został on opracowany w pierwszej kolejności)</i></p>	
<p>9.2. Identyfikacja możliwości zaradzenia lub przeciwdziałania trudnościom <i>(Pytania pomocnicze: Jak można Pana/Pani zdaniem zaradzić wyżej wymienionym trudnościom? Co Pan/Pani może zrobić sam w tym zakresie? Jaką wiedzę lub/i umiejętności mógłby Pan/mogłaby Pani wykorzystać do rozwiązania problemu? Należy opisać jak klient widzi możliwość zaradzenia lub przeciwdziałania trudnościom, szczególnie należy uwzględnić to, jak klient widzi tu swoją rolę i czy ma poczucie wpływu na własną sytuację i zgłaszane przez siebie trudności, czy też klient sam nie widzi możliwości pokonania trudności lub nie wierzy, że jego sytuacja może się poprawić. Należy odnieść się do kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego, w przypadku gdy został on opracowany w pierwszej kolejności)</i></p>	
<p>9.3. Rodzaj podejmowanych dotychczas działań <i>(Pytania pomocnicze: Co robiła/robił Pani/Pan w przeszłości, aby rozwiązać problem? Dlaczego Pani/Pana zdaniem nie udało się rozwiązać problemu? Należy opisać jakie działania podejmował klient w celu rozwiązania tych problemów w przeszłości oraz dlaczego w jego opinii podejmowane działania nie rozwiązały problemu)</i></p>	
<p>9.4. Identyfikacja wsparcia <i>(Pytanie pomocnicze: Jakiej pomocy (w jakiej formie) i od kogo Pani/Pan oczekuje w związku ze zgłaszanymi trudnościami? Należy wypisać wszystkie zgłaszane przez klienta oczekiwania dotyczące pomocy w rozwiązaniu problemu – zarówno te dotyczące pomocy finansowej, jak i rzeczowej oraz usługowej, w tym pracy socjalnej. Również, gdy udzielanie pomocy leży w kompetencjach innych instytucji)</i></p>	

10. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO WYNIKAJĄCE Z INFORMACJI ZEBRANYCH PODCZAS DIAGNOZOWANIA SYTUACJI KLIENTA

(Proszę wypełnić w przypadku stwierdzenia potrzeby zebrania bardziej szczegółowych informacji na temat zgłaszanego problemu, niż we wstępnym rozpoznaniu lub w razie potrzeby pogłębienia wiedzy na temat ujawnionych problemów w toku pracy socjalnej. Należy wziąć pod uwagę konieczność przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego – w przypadku stwierdzenia na tym etapie jego braku – jak również możliwość przeprowadzenia wywiadu specjalistycznego oraz dokonać wstępnego wyboru narzędzia: IPWzB/kontrakt socjalny)

Data i podpis pracownika socjalnego		
Data i podpis klienta		

3.13.1.1 Instrukcja do formularza wstępnej diagnozy sytuacji klienta (SPS – F01/Diagnoza wstępna sytuacji klienta)³⁴

A) Cel narzędzia

Wstępne rozpoznanie sytuacji klienta związanej z:

- problemem zgłoszonym przez klienta
- problemem zgłoszonym przez osoby trzecie lub instytucje
- przyczynami trudności zgłoszonymi podczas postępowania administracyjnego.

B) Ogólna charakterystyka narzędzia i sposobu przeprowadzenia rozmowy z klientem z jego wykorzystaniem

Wstępną diagnozę sytuacji klienta pracownik socjalny przeprowadza techniką wywiadu przy wykorzystaniu wyżej opracowanego narzędzia tj. formularza diagnozy wstępnej. Wywiad powinien mieć charakter wywiadu jakościowego tj. elastyczny, etapowy, a nie sztywny i niezmienny. Wywiad stanowi swego rodzaju interakcję pomiędzy klientem a pracownikiem socjalnym. Istotne jest, aby pracownik socjalny był wcześniej przygotowany w zakresie pytań, które zamierza zadać celem dążenia do zrealizowania określonego przez siebie planu. Wywiad zatem powinien być rozmową, której pracownik socjalny nadaje określony kierunek i kładzie szczególny nacisk na pewne obszary określone w standardzie pracy socjalnej. Ważna jest zatem na tym etapie umiejętność słuchania, interpretowania odpowiedzi, ale również zadawania pytań. Rozpoznanie służy pracownikowi socjalnemu nie tylko do zebrania informacji ale, co istotne, do nawiązania i budowania relacji z klientem. Dopiero po zakończonej rozmowie pracownik socjalny uzupełnia formularz i nadaje swoim zapisom ostateczną formę. Istotne jest, aby zapisy te zostały skonsultowane (z umożliwieniem wpływu na ich treść) i zaakceptowane przez klienta (wyjątek stanowi sytuacja, gdy pracownik formułuje wnioski o problemie, którego klient nie chce ujawnić, albo się z nim nie utożsamia).

³⁴ Opracowanie merytoryczne M. Czochara na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 1 „Wywiad – rozpoznanie sytuacji” opracowanego przez zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej” oraz wzorów IPWzB udostępnionych przez MOPS Wrocław, MOPS Wałbrzych, MOPS Gdynia.

Informacje uzyskane podczas wstępnego rozpoznania należy wykorzystać do przeprowadzenia diagnozy sytuacji klienta i jego rodziny (rodzinny wywiad środowiskowy).

W trakcie wstępnego rozpoznania pracownik socjalny może podjąć decyzję o konieczności nawiązania współpracy w tym zakresie ze specjalistami celem wykorzystania narzędzi specjalistycznych i zdobycia dodatkowych informacji o problemie/problemach klienta.

C) Sposób wykorzystania zgodnie ze standardem

C1) Okoliczności w jakich stosuje się narzędzie

Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.1. Pierwszy kontakt.

Na tym etapie pracownik socjalny przygotowuje się do przeprowadzenia diagnozy wstępnej wykorzystując zakres formularza – m.in. określa rodzaj informacji oraz przygotowuje pytania w danych obszarach (sferach funkcjonowania osoby bezdomnej).

Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.2. Przeprowadzenie diagnozy sytuacji klienta.

Formularz stosuje się gdy:

- klient zgłasza się po raz pierwszy do pracownika socjalnego z problemem, którego nie jest w stanie rozwiązać z wykorzystaniem własnych uprawnień, zasobów i możliwości
- klient został skierowany do pracownika socjalnego przed przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego
- inna osoba lub instytucja zgłasza problemy klienta
- przed przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6.1 Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działania).

Pracownik socjalny odwołuje się do wstępnej diagnozy sytuacji klienta celem opracowania analizy sytuacji klienta. Zastosowanie: Pierwsza część formularza IPWzB – Analiza sytuacji klienta.

Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6.2. Etap II – Wdrożenie planu pomocy (realizacja projektu działania).

To etap realizacji działań, zaplanowanych zadań zgodnie z przygotowanym planem pomocy (IPWzB/Kontrakt socjalny). W toku systematycznej ewaluacji działań prowadzonych w ramach planu pomocy pracownik socjalny analizuje na bieżąco informacje określone w formularzu wstępnej diagnozy, a w toku pracy socjalnej poszerza

wiedzę o sytuacji klienta. W przypadku znaczącej zmiany sytuacji klienta, celem dokonania właściwej jej analizy pracownik socjalny podejmuje decyzje o ponownym przeprowadzeniu diagnozy z wykorzystaniem powyższego formularza.

C2) Na co zwrócić uwagę

W całym działaniu diagnostycznym istotny jest punkt widzenia klienta na problem, własne potrzeby oraz sytuację życiową, a także w jaki sposób postrzega klient swoje możliwości. Klient może mieć dużą świadomość własnej sytuacji oraz swoich słabych i mocnych stron, a także wskazywać konkretne i realne sposoby przezwyciężania własnych trudności i przyczyny ewentualnych dotychczasowych niepowodzeń. Klient jest podmiotem postępowania metodycznego pracownika socjalnego i powinien czynnie uczestniczyć w przeprowadzeniu wywiadu.

D) Informacje dodatkowe

przed przeprowadzeniem rozmowy należy poinformować klienta o konieczności i celu przeprowadzenia wstępnej diagnozy

przeprowadzenie diagnozy wstępnej sytuacji klienta nie zwalnia pracownika socjalnego z obowiązku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego

diagnoza wstępna winna być sporządzona w ciągu 14 dni od daty zebrania dokumentów oraz informacji od klienta i uzupełniana przez pozyskiwane na bieżąco dane.

3.13.2 Formularz Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności (SPS – F 02/IPWzB)

SPS – F02/IPWzB – I Analiza sytuacji klienta³⁵

CZEŚĆ I ANALIZA SYTUACJI KLIENTA		
Przeznaczenie narzędzia: 3.4.6.1. Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działania)		
Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie		
Wypełnia: Pracownik socjalny		
Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem		
Data i miejsce sporządzenia analizy sytuacji klienta		
Imię i nazwisko osoby/rodziny bezdomnej, z którą podejmowana będzie praca socjalna		
Nazwisko rodowe		
1. ANALIZY SYTUACJI KLIENTA DOKONUJE SIĘ W OPARCIU O WYKORZYSTANIE TECHNIKI I NARZĘDZIA ZBIERANIA, OPISU I ANALIZY DANYCH (Proszę zaznaczyć narzędzia, którymi posłużono się do tej pory w zakresie diagnozy sytuacji osoby/rodziny bezdomnej)		
Rodzaj narzędzia	Data sporządzenia	Tak
Formularz diagnozy wstępnej sytuacji klienta		
Kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego		
Kwestionariusz wywiadu specjalistycznego		
Inne (jakie?)		
2. KLUCZOWE PROBLEMY USTALONE W TRAKCIE DIAGNOZY – ANALIZA SYTUACJI (Należy opisać problemy klienta, które będą rozwiązywane w ramach IPWzB, wspólne uzgodnienia z klientem na temat wymienionych problemów oraz informację o ewentualnych trudnościach dotyczących uzgodnień)		
3. PRZYCZYNY TRUDNEJ SYTUACJI KLIENTA I ICH ŹRÓDŁA (Należy opisać ustalone przez pracownika socjalnego i klienta przyczyny w/w problemów, a przede wszystkim punkt widzenia sytuacji przez klienta. Jeśli sytuacja jest odmiennie oceniana przez pracownika socjalnego należy określić w czym różnią się oba spostrzeżenia)		

³⁵ Opracowanie merytoryczne M. Czochara na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 2 „Diagnoza – ocena sytuacji” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie systemowym „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej” oraz wzorów IPWzB udostępnionych przez MOPS Wrocław/MOPS Wałbrzych/MOPS Gdynia.

4. UPRAWNIENIA I ZASOBY, OGRANICZENIA I BARIERY ORAZ MOŻLIWOŚCI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW

(Należy wskazać wszystkie zidentyfikowane uprawnienia i zasoby, ograniczenia i bariery oraz możliwości związane z rozwiązywaniem problemów, mając na względzie, że będą stanowiły podstawę IPWzB. Należy opisywać w przyporządkowaniu do występujących problemów)

4.1. Uprawnienia i zasoby ²⁴		
4.2. Możliwość wykorzystania posiadanych uprawnień i zasobów oraz możliwych obszarów działań odnoszących się do różnych rodzajów sytuacji oraz ograniczenia i bariery osoby bezdomnej		
Rodzaj sfery	Możliwości wykorzystania posiadanych uprawnień i zasobów oraz możliwych obszarów działań odnoszących się do różnych rodzajów sytuacji	Ograniczenia i bariery osoby bezdomnej
Rodzinna		
Socjalno-bytowa		
Mieszkaniowa		
Zdrowotna		
Spółeczna		
Psychologiczna		
Zawodowa		
Inna, nie uwzględniona powyżej		

5. USTALONY WSPÓLNIE OBSZAR/ZAKRES PRAC NAD POKONYWANIEM TRUDNOŚCI I ROZWIĄZANIEM PROBLEMU
(Należy wskazać obszar – sferę – i wstępny zakres prac w tym obszarze mając na uwadze fakt, iż z ustalonego obszaru pracy wynikać będą późniejsze cele szczegółowe, a także zadania dla klienta określone poprzez odpowiedzi m.in. na następujące pytania – Co jest dla niego najważniejsze? Co chce osiągnąć? Nad jakim celem chce popracować?)

6. OGÓLNA OCENA PRACOWNIKA SOCJALNEGO DOTYCZĄCA MOŻLIWOŚCI REALIZACJI IPWzB

(Należy wskazać czy doszło do porozumienia we wszystkich punktach pomiędzy pracownikiem socjalnym a osobą chcącą realizować IPWzB)

Data i podpis pracownika socjalnego		
Data i podpis klienta		

SPS – F02/IPWzB – II Projekt działań³⁶CZEŚĆ II
PROJEKT DZIAŁAŃ

Przeznaczenie narzędzia: 3.4.6.1. Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działania)

Poziom oddziaływania: Integracja

Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie

Wypełnia: Pracownik socjalny z Klientem

Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem

Data i miejsce sporządzenia projektu działań	
Imię i nazwisko osoby/rodziny bezdomnej, z którą podejmowana będzie praca socjalna	
Nazwisko rodowe	
Podstawą projektowania działań jest diagnoza sytuacji klienta sporządzona dnia:	
Podstawą projektowania działań jest analiza sytuacji klienta sporządzona dnia:	

1. CELE WSPÓŁPRACY

1.1. Cel ogólny *(Należy określić do czego wspólnie zmierzamy? Jaki problem/problemy chcemy rozwiązać? Określić w jakim czasie uznajemy, że jest to możliwe?)*

CZAS POTRZEBNY DO REALIZACJI CELU: określa się na okres	od do
--	----------

1.2. Cele szczegółowe *(Należy wskazać co musimy zrobić, by powyższy cel był możliwy do osiągnięcia i jak poznamy, że osiągnęliśmy wyznaczony cel. Odnosimy się do wszystkich sfer funkcjonowania klienta, które są związane z określonym celem głównym)*

Sytuacja/sfera	Co chcemy osiągnąć?	Jak poznamy, że to osiągnęliśmy?
A		
B		
C		
D		
F		

2. ZAKRES I RODZAJ DZIAŁAŃ

2.1. Harmonogram działań

(Należy odnieść się do wykazu przykładowych czynności i metod określonych w standardzie pracy socjalnej w punkcie 3.1.2. Opis pracy socjalnej zgodnej ze standardem.)

³⁶ Opracowanie merytoryczne M. Czochara na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 3 „Umowa współpracy” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej” oraz wzorów IPWzB udostępnionych przez MOPS Wrocław/MOPS Wałbrzych/MOPS Gdynia.

Cel	Sytuacja/ Sfera	Zadania do wykonania	Termin reali- zacji	Osoba odpowiedzialna za wykonanie zadania	Sposób wykonania/ uwagi i data wyko- nania
A					
B					
C					
D					
E					

2.2. Terminy spotkań pracownika socjalnego z osobą bezdomną związane z etapami realizacji działań w ramach IPWzB (*Terminy spotkań klienta ze współrealizatorami IPWzB określone powinny być począwszy od otrzymania informacji przez klienta o zatwierdzeniu IPWzB nie rzadziej niż 1 raz w miesiącu*)

Lp.	Data	Ustalenia	Podpis klienta	Uwagi
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

3. DANE I ZAKRES DZIAŁAŃ OSÓB/INSTYTUCJI WSPIERAJĄCYCH KLIENTA W REALIZACJI IPWzB

Lp.	Nazwa podmiotu/Imię i nazwisko osoby	Zakres udzielanej pomocy	Dane kontaktowe
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

4. WNIOSEK PRACOWNIKA SOCJALNEGO DOTYCZĄCY PODPISANIA UMOWY O WSPÓŁPRACY DOTYCZĄCEJ REALIZACJI IPWzB

Data i podpis pracownika socjalnego	
Zatwierdzam/nie zatwierdzam* IPWzB (*niepotrzebne skreślić)	
Data i podpis Kierownika instytucji	

SPS – F02/IPWzB – III Umowa współpracy³⁷CZEŚĆ III
UMOWA WSPÓŁPRACY

Przeznaczenie narzędzia: 3.4.6.1. Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działania)

Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie

Wypełnia: Pracownik socjalny

Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem

Data i miejsce sporządzenia umowy współpracy	
Ustalenie miejsca realizacji IPWzB	
Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego	
Okres obowiązywania ubezpieczenia	
1. STRONY WSPÓŁPRACY	
(Stronami współpracy są osoba/rodzina bezdomna zgłaszająca gotowość przystąpienia do IPWzB oraz pracownik socjalny. Stronami mogą być inne osoby, które są zaangażowane w proces klienta W przypadku rodziny dane wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym należy rozszerzyć rubryki)	
1.1. Dane osoby/rodziny bezdomnej	
Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)	
Data i miejsce urodzenia	
Seria numer dowodu osobistego (lub innego dokumentu tożsamości)	
PESEL	
Aktualne miejsce pobytu (adres miejsca zamieszkania)	
1.2. Dane pracownika socjalnego	
Imię i nazwisko pracownika socjalnego	
Adres siedziby	
Telefon	
2. WARUNKI UMOWY WSPÓŁPRACY	
2.1. Strony zobowiązują się do realizacji we współpracy projektu działań ustalonego w ramach IPWzB	
2.2. W ramach IPWzB w przypadku konieczności podjęcia terapii lub leczenia klient zobowiązuje się do realizacji zadania uzgodnionym terminie	
2.3. Strony ustalają, że będą się informować o postępie działań w następujący sposób:	
2.4. Ocena realizacji umowy współpracy nastąpi	
Data	
Godzina	

³⁷ Opracowanie merytoryczne M. Czochara na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 1 „Wywiad – rozpoznanie sytuacji” opracowanego przez zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej” oraz wzorów IPWzB udostępnionych przez MOPS Wrocław, MOPS Wałbrzych, MOPS Gdynia.

Miejsce spotkania	
2.5. Czas realizacji IPWzB określa się na okres	od do
2.6. Dniem rozpoczęcia realizacji IPWzB jest dzień podpisania umowy o współpracy/kontraktu socjalnego przez zainteresowane strony	
2.7. IPWzB może stanowić załącznik do kontraktu socjalnego	
2.8. Strony zobowiązują się do niezwłocznego informowania o zmianie miejsca pobytu lub zmianach istotnych ze względu na realizację IPWzB	
2.9. Osoba/rodzina przystępująca do IPWzB została zapoznana z treścią art.11 ust.2 z art. 109 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)	
2.10. Zmiana umowy może nastąpić w skutek wspólnej decyzji stron umowy – klienta i realizatorów w trakcie systematycznej ewaluacji działań	
2.11. Liczba i rodzaj załączników do umowy współpracy:	
2.12. Zaprzestanie realizacji IPWzB następuje gdy: Stwierdzono, że nastąpiło naruszenie przez klienta postanowień IPWzB uniemożliwiających jego dalszą realizację. Klient opuścił miejsce, w którym IPWzB jest realizowany Strony złożyły oświadczenie o odstąpieniu do realizacji IPWzB z podaniem przyczyny odstąpienia od realizacji IPWzB Zakończenia IPWzB w związku z utratą statusu osoby bezdomnej nie wcześniej niż w terminie określonym w punkcie 2.3	
3. UMOWA ZOSTAŁA SPORZĄDZONA W DWÓCH JEDNOBRZMIĄCYCH EGZEMPLARZACH PO JEDNYM DLA KAŻDEJ ZE STRON UMOWY	
Data i podpis osoby przystępującej do realizacji IPWzB	
Data/podpis/pieczętka pracownika socjalnego	

Załącznik nr 1. Zmiana umowy współpracy

1. Zmiana dotyczy umowy współpracy zawartej w dniu

2. Zmiana obejmuje (Właściwe zaznaczyć i opisać):

Zmianę tego co musimy osiągnąć – jaką?

(Wpisać imię i nazwisko strony umowy oraz nr zamierzonego osiągnięcia i jego nowe brzmienie)

2.2. Zmianę tego co powinna zrobić Pani/Pan

(Wpisać imię i nazwisko strony umowy oraz nr zamierzonego osiągnięcia i jego nowe brzmienie i nowy termin jego realizacji lub nowe zobowiązanie i termin jego realizacji lub anulowane zobowiązanie)

2.3. Zmianę tego co powinien zrobić pracownik socjalny

(Wpisać imię i nazwisko strony umowy oraz nr zamierzonego osiągnięcia i jego nowe brzmienie i nowy termin jego realizacji lub nowe zobowiązanie i termin jego realizacji lub anulowane zobowiązanie)

3. Uzasadnienie wprowadzonych zmian

4. Ocena realizacji umowy współpracy nastąpi

4.1. Data

4.2. Godzina

4.3. Miejsce spotkania

5. Zmiana umowy współpracy została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron Umowy

Data i podpis osoby przystępującej do realizacji IPWzB

Data/podpis/pieczątka pracownika socjalnego

3.13.2.1 Instrukcja do formularza Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności (SPS – F02/IPWzB)³⁸

A) Cel IPWzB

Zapewnienie wsparcia osobie bezdomnej w procesie wychodzenia z bezdomności.

B) Odbiorca

Osoba bezdomna wyrażająca wolę i gotowość do realizacji IPWzB, której kondycja życiowa nie wyklucza możliwości samodzielnego funkcjonowania (usamodzielnienia się, a tym samym „wyjścia z bezdomności”).

C) Odpowiedzialność za opracowanie IPWzB

IPWzB zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Art. 49) opracowywany jest przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej wraz z osobą bezdomną i podlega zatwierdzeniu przez kierownika ośrodka. Jeżeli osoba bezdomna przebywa w schronisku lub w domu dla bezdomnych, IPWzB może być opracowany przez pracownika socjalnego zatrudnionego w tej placówce, z zastrzeżeniem ust.5. Miejscem realizacji IPWzB w przypadku, o którym mowa w ust. 3, jest schronisko lub dom dla bezdomnych. Jeżeli IPWzB wykracza poza będące w dyspozycji placówki środki pomocy lub zachodzi konieczność objęcia osoby bezdomnej ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega on zatwierdzeniu przez kierownika ośrodka pomocy społecznej. W takim przypadku w programie wskazuje się podmioty odpowiedzialne za realizację poszczególnych postanowień programu. Pracownik socjalny korzysta w miarę możliwości z informacji i konsultacji podmiotów, o których wspomniano wyżej.

Realizacja IPWzB przez osobę bezdomną jest warunkiem korzystania przez nią ze świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

³⁸ Opracowanie merytoryczne M. Czochara na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 1/2/3 opracowanych przez zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w projekcie „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej” oraz wzorów IPWzB udostępnionych przez MOPS Wrocław, MOPS Wałbrzych, MOPS Gdynia.

D) Ogólna charakterystyka narzędzia (IPWzB)

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej IPWzB polega „na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia” (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Art. 49).

IPWzB składa się z trzech integralnych części, które stanowią całość narzędzia: analizy sytuacji klienta, projektu działań oraz umowy współpracy. IPWzB jest planem pomocy osobie bezdomnej zakładającym systematyczność rozumianą jako proces osiągania kolejno wyznaczonych celów przy współpracy z pracownikiem socjalnym. Jest narzędziem do realizacji celów aktywizacji zawodowej i społecznej, służącym reintegracji i usamodzielnieniu osób bezdomnych.

Poniższa charakterystyka narzędzia odnosi się do każdej części jego osobno.

D1) Część I formularza IPWzB – Analiza sytuacji klienta (SPS – F02/ IPWzB – I Analiza sytuacji klienta)

D1.1) Cel szczegółowy

Szczegółowa analiza sytuacji klienta oraz indywidualnych cech osoby bezdomnej zgłaszającej gotowość przystąpienia do IPWzB.

D1.2) Ogólna charakterystyka pierwszej części formularza IPWzB – Analizy sytuacji klienta

Część I formularza IPWzB poświęcona jest analizie i ocenie sytuacji klienta, czyli podsumowaniu wszystkich informacji, spostrzeżeń, opracowaniu wniosków uzyskanych na etapie diagnozowania sytuacji klienta przy wykorzystaniu różnych technik i narzędzi diagnostycznych, a przede wszystkim formularza wstępnej diagnozy sytuacji klienta (F/SPS- Z04/ Diagnoza wstępna sytuacji klienta) oraz rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. z 22.06.2012 poz. 712). Podsumowanie to ma przygotować osobę bezdomną i pracownika socjalnego do sformułowania obszarów/zakresu trudności, którymi należy się najpierw zająć, a potem do realizacji celów klienta, których osiągnięcie ma służyć przezwyciężaniu trudności/problemów i poprawie jakości życia.

1.3) Sposób wykorzystania

D1.3.1) Okoliczności w jakich stosuje się pierwszą część formularza IPWzB

- Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6.1. Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działania) – IPWzB.

Część pierwszą formularza IPWzB – Analiza sytuacji klienta wykorzystuje się na początku działań związanych z opracowaniem programu. Na tym etapie pracownik socjalny odwołuje się do opracowanego formularza wstępnej diagnozy sytuacji klienta oraz do kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego. Jest to punkt wyjścia do dalszej pracy z klientem nad sformułowaniem konkretnych celów oraz projektowaniem działań. Rzetelnie przeprowadzona analiza i ocena sytuacji klienta pozwoli wspólnie z klientem na zidentyfikowanie przyczyn trudnej sytuacji życiowej, ich źródeł i stosunku do nich osoby bezdomnej. Dzięki analizie i ocenie ustalone zostaną uprawnienia i zasoby klienta, jego ograniczenia, bariery oraz możliwości. W oparciu o te informacje na drugim etapie opracowywania IPWzB ustalone zostaną cele oraz plan działań. Budowany będzie pakiet czynności (usług).

- Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6.2. Etap II – Wdrażanie planu pomocy (realizacja projektu działania) – IPWzB.

To etap realizacji czynności, zaplanowanych zadań zgodnie z przyjętym projektem działań (druga część formularza). Pracownik socjalny w toku pracy socjalnej poszerza wiedzę o sytuacji klienta. W toku systematycznej ewaluacji działań analizuje na bieżąco informacje określone w pierwszej części formularza IPWzB. W przypadku znaczącej zmiany sytuacji klienta pracownik socjalny podejmuje decyzję o ponownym przeprowadzeniu diagnozy wstępnej, a na tej podstawie dokonuje aktualizacji analizy i oceny sytuacji klienta.

D1.3.2) Na co zwrócić uwagę

D1.3.2.1) Pracownik socjalny może na tym etapie wykorzystywać różne techniki analizowania m.in. Analizę SWOT, która polega na uporządkowaniu posiadanych informacji o sytuacji klienta według czterech kategorii:

- S (Strengths) – mocne strony (wszystko to, co stanowi atut, przewagę, zaletę)
- W (Weaknesses) – słabe strony (wszystko to, co stanowi słabość, barierę, wadę)
- O (Opportunities) – szanse (wszystko to, co stwarza szansę korzystnej zmiany)
- T (Threats) – zagrożenia (wszystko to, co stwarza niebezpieczeństwo niekorzystnej zmiany).

W celu opracowania analizy SWOT można posłużyć się poniższym niezamkniętym katalogiem pytań:

- *Mocne strony*: Jakie są zalety klienta? Jakie zalety widzą w kliencie inni ludzie? Jakie są atuty klienta?
- *Słabe strony*: Czy dostrzegam słabe strony, których nie identyfikuje klient? Jakie wady własne wymieniane są przez klienta? Czego powinno się unikać? Jakie postępowanie należy zmienić wobec klienta?
- *Szanse*: Jakie widzę działania wpływające na korzystną zmianę sytuacji? Jaka współpraca pomoże mi wpłynąć na korzystną zmianę sytuacji?
- *Zagrożenia*: Co może zagrozić realizacji planowanych działań? Co dla klienta stanowi problem?

D1.3.2.2) We wnioskach warto odnieść się do:

- najważniejszych problemów i ich przyczyn
- najważniejszych zasobów osoby bezdomnej, na których można oprzeć rozwiązywanie problemów w kontekście przyczyn trudnej sytuacji
- najistotniejszych ograniczeń związanych z rozwiązywaniem trudnej sytuacji klienta np. zaniedbania opiekuńczo – wychowawcze jako skutek braku wiedzy i umiejętności w tym zakresie, uzależnienia, karalność, brak kwalifikacji zawodowych itp.
- prognozy dotyczącej czasu trwania pracy socjalnej w ramach IPWzB
- gotowości i zdolności osoby bezdomnej do realizowania działań w ramach IPWzB
- obszarów, które wymagają dalszej diagnozy lub rozpoznania innego specjalisty (np. terapeuta, lekarz specjalista, doradca zawodowy, psycholog, prawnik).

D2) Część II formularza IPWzB – Projekt działań (SPS – F02/IPWzB – II Projekt działań)

D2.1) Cel szczegółowy

Opracowanie projektu działań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej klienta.

D2.2) Ogólna charakterystyka drugiej części formularza IPWzB – Projektu działań

Część II formularza IPWzB poświęcona jest projektowaniu działań. W wyniku poznania potrzeb i oczekiwań klienta, opisanie i przeanalizowania sytuacji klienta dokonana została ocena. Określony obszar to źródło celu wspólnej pracy z klientem. Służy do zaplanowania, a następnie zapisania tego do czego zmierza klient i pracownik socjalny. To wyobrażona, zwerbalizowana i zapisana pozytywna zmiana sytuacji osoby bezdomnej.

Ta część formularza IPWzB zawiera:

- określony, właściwie sformułowany cel ostateczny
- wyznaczony okres realizacji programu
- zakres i rodzaj działań osoby bezdomnej, uwzględniający aktywne współdziałanie klienta z realizatorem w rozwiązywaniu własnych problemów życiowych
- zakres i rodzaj działań realizatora dostosowany do potrzeb życiowych klienta, polegający w szczególności na pracy socjalnej oraz pomocy w uzyskaniu należnych świadczeń, kierowaniu na leczenie uzależnień oraz w trakcie trwania leczenia, uzyskaniu zatrudnienia, uzyskaniu konsultacji prawnych i psychologicznych, rozwiązywaniu problemów rodzinnych, mieszkaniowych
- wykaz podmiotów lub osób wspierających osobę bezdomną w realizacji programu
- dane i zakres działań podmiotów lub osób wspierających klienta w realizacji programu zgodnie z powyższym wykazem
- harmonogram działań podejmowanych przez klienta i inne osoby uczestniczące w programie oraz etapy i czas ich realizacji, dostosowane do potrzeb i sytuacji osoby bezdomnej
- terminy spotkań pracownika socjalnego z osobą bezdomną związane z etapami realizacji programu.

D2.3) Sposób wykorzystania

D2.3.1) Okoliczności w jakich stosuje się drugą część formularza IPWzB

- Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6.1.

Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działania) – IPWzB. Część II formularza IPWzB wypełnia się po zakończeniu opracowywania pierwszej części formularza IPWzB

- Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6.2. Etap II – Wdrażanie planu pomocy (realizacja projektu działania) – IPWzB

To etap realizacji czynności, zaplanowanych zadań zgodnie z przyjętym projektem działań (druga część formularza). Pracownik socjalny w toku pracy socjalnej poszerza wiedzę o sytuacji klienta. W toku systematycznej ewaluacji działań analizuje na bieżąco informacje określone w pierwszej części formularza IPWzB. W przypadku znaczącej zmiany sytuacji klienta pracownik socjalny podejmuje decyzję o ponownym przeprowadzeniu diagnozy wstępnej, ponownej analizy i oceny sytuacji klienta, a na tej podstawie dokonuje aktualizacji projektu działań.

D2.3.2) Na co zwrócić uwagę

Pracownik socjalny powinien odnieść się na etapie planowania działań do wykazu przykładowych czynności i metod określonych w standardzie pracy socjalnej w punkcie 3.1.2. Opis pracy socjalnej zgodnej ze standardem.

Informacje pomocne w opracowaniu harmonogramu działań:

- **Działania w zakresie poprawy sytuacji socjalno-bytowej klienta:** m.in. wyrobienie brakujących dokumentów, opracowanie planu likwidacji zadłużeń oraz pomoc w ich restrukturyzacji, pomoc w uzyskaniu świadczeń wynikających z ustawy o zabezpieczeniu społecznym i ustawy o pomocy społecznej, pomoc i informowanie o sposobie załatwiania spraw związanych z wyżej wymienionymi działaniami.
- **Działania w zakresie poprawy sytuacji zdrowotnej klienta:** m.in. zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego, skierowanie na leczenie, stymulowanie i motywowanie do podjęcia leczenia uzależnień oraz terapii, skierowanie do specjalisty i nawiązanie współpracy.
- **Działania w zakresie poprawy sytuacji rodzinnej:** m.in. poprzez motywowanie do podjęcia prób nawiązania indywidualnych kon-

taktów z rodziną, jak i we współpracy ze specjalistami, pomoc w rozwiązywaniu problemów rodzinnych poprzez kierowanie do specjalistów (psycholog, prawnik).

- **Działania w kierunku podjęcia zatrudnienia:** m.in. pomoc w uzyskaniu zatrudnienia poprzez kierowanie do placówek specjalistów ds. bezrobocia, a także stała współpraca ze specjalistami, motywowanie do zarejestrowania się klienta w Urzędzie Pracy, zebranie informacji o terminach spotkań w PUP, motywowanie klienta do aktywnego poszukiwania zatrudnienia we własnym zakresie, jak również współdziałania ze specjalistami, zapoznanie się z dokumentami wypracowanymi w tym zakresie.
- **Działania w kierunku uzyskania własnego mieszkania:** m.in. złożenie wniosku o lokal z zasobów gminy oraz w miarę potrzeb uzupełnianie złożonego wniosku, podjęcie czynności umożliwiających ewentualny powrót do lokalu zamieszkiwanego wcześniej lub przez rodzinę, podjęcie działań celem umieszczenia klienta w mieszkaniu wspieranym.

D3) Część III formularza IPWzB – Umowa współpracy (SPS – F02/IPWzB – III Umowa współpracy)

D3.1) Cele szczegółowe

- podpisanie porozumienia o współpracy pomiędzy osobą bezdomną a pracownikiem socjalnym w zakresie realizacji ustalonego projektu działań
- udokumentowanie nawiązanej współpracy pomiędzy osobą bezdomną a pracownikiem socjalnym w ramach IPWzB.

D3.2) Ogólna charakterystyka trzeciej części formularza IPWzB – Umowy współpracy

Umowa współpracy stanowi trzecią część formularza IPWzB. Rozumiana jako porozumienie pomiędzy osobą bezdomną a pracownikiem socjalnym w zakresie realizacji ustalonego projektu działań zawiera m.in. datę i miejsce jej zawarcia, określenie stron umowy, oznaczenie okresu, na jaki została zawarta, zobowiązanie stron do realizacji działań ustalonych w IPWzB, zobowiązanie klienta do informowania pracownika o zamiarze opuszczania miejsca pobytu, w którym program jest realizowany, zobowiązanie klienta, w razie potrzeby, do podjęcia terapii lub leczenia, w uzgodnionym w programie terminie, informację o dacie objęcia klienta ubezpieczeniem zdrowotnym, powody i warunki rozwiązania porozumienia, w szczególności związane z zaprzestaniem przez klienta realizacji

IPWzB lub zakończeniem programu. Osoba bezdomna zobowiązana jest do informowania pracownika socjalnego o bieżących postępach, a w szczególności o pojawiających się trudnościach, a pracownik socjalny do prowadzenia monitorowania realizacji programu.

D3.3) Sposób wykorzystania

D3.3.1) Okoliczności w jakich stosuje się trzecią część formularza IPWzB

- część III formularza IPWzB stosuje się po zakończeniu opracowywania dwóch pierwszych części formularza IPWzB
- zmiany Umowy współpracy są sporządzane razem przez obie strony na druku aktualizacji (Załącznik nr 1 – Zmiana Umowy współpracy)
- umowa o współpracy ma charakter obligatoryjny. Jej obligatoryjność jest związana z tym, że po zdiagnozowaniu sytuacji klienta, przeprowadzeniu analizy i oceny sytuacji klienta, a także zaprojektowaniu działań konieczne jest m. in. wypracowanie po stronie klienta poczucia odpowiedzialności, a także wzbudzenia zaufania względem pracownika socjalnego i wspólnej współpracy w zakresie rozwiązywania problemów
- umowa współpracy dotyczy klienta i pracownika socjalnego, a także innych stron, jeśli do rozwiązania trudnej sytuacji klienta, niezbędne są działania interdyscyplinarne
- obie strony umowy są równorzędne i tak też powinny wyglądać zobowiązania w porozumieniu o którym mowa. Główny ciężar pracy leży po stronie klienta, jednak nie można mówić o równorzędności, jeśli klient realizuje zobowiązania a rola pracownika socjalnego sprowadza się jedynie do monitorowania lub kontrolowania realizacji tych zobowiązań.

D3.3.2) Na co zwrócić uwagę

D3.3.2.1) Gotowość do zawarcia umowy po stronie klienta, wyraża się tym, że klient:

- ufa pracownikowi socjalnemu, wie że jest to osoba mu życzliwa, na którą może liczyć nie tylko w zakresie pomocy finansowej, że pracownikowi zależy na poprawie jego sytuacji
- nie jest w sytuacji kryzysowej
- ma odpowiedni zasób wiedzy w zakresie IPWzB, rozumie co oznacza dla niego przystąpienie do umowy wie jakie oczekiwania względem niego zawiera IPWzB, wie jakie są jego oczekiwania i potrzeby

- wie, że jego własne decyzje oraz zaniechania mają wpływ na obecną sytuację życiową
- wie, że ma wpływ na własne życie i ma świadomość odpowiedzialności za własne życie, a także za życie osób najbliższych od niego zależnych
- słucha, rozumie i współpracuje z pracownikiem socjalnym w innych sprawach przed zawarciem umowy, wywiązuje się z terminów, ustalonych działań, informuje pracownika socjalnego o trudnościach i sukcesach
- zwerbalizowane oczekiwania będą możliwe do przełożenia na cele i działania IPWzB
- jest zdolny do współdziałania, czyli podejmowania świadomie samodzielnych decyzji i działań – pozwala na to jego stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poziom rozwoju intelektualnego
- jest zmotywowany do tego, aby podjąć działania w zakresie przezwyciężania trudności.

D3.3.2.2) Gotowość do zawarcia umowy po stronie pracownika socjalnego, wraża się tym, że:

- posiada umiejętność komunikowania się z klientem, wzmacnia jego zaangażowanie do zawarcia umowy, a tym samym realizacji IPWzB
- jest przygotowany praktycznie i teoretycznie do pracy
- traktuje klienta podmiotowo i potrafi wspomagać klienta w rozpoznawaniu jego zasobów i możliwości oraz słabych stron
- potrafi rozpoznać gotowość klienta do dokonywania zmian w swoim życiu
- potrafi konstruktywnie udzielać pochwał i krytyki
- nie decyduje za klienta, ale go wspiera – towarzyszy
- chce i potrafi współpracować z innymi specjalistami
- ma czas i warunki na nawiązanie relacji z klientem, która sprzyjałaby realizacji IPWzB.

E) Sposób wykorzystania IPWzB zgodnie ze standardem

E1) Okoliczności, w jakich stosuje się narzędzie

E1.1) Różnica między IPWzB a Kontraktem socjalnym

W obecnym systemie prawnym zastosowanie mają zamiennie i w trybie uzupełniającym się oba narzędzia. Dlatego też celem testowania standardu pracy socjalnej w fazie pilotażu na etapie konstruowania

i wdrażania planu pomocy (projektu działań) – Punkt 3.4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem. Podpunkt 3.4.6. Konstruowanie i wdrażanie planu pomocy (projektu działań) w zakresie pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością – określono następujące zastosowanie wyżej wymienionych narzędzi:

- IPWzB należy zastosować wobec osoby bezdomnej wyrażającej wolę i gotowość do realizacji IPWzB, której kondycja życiowa nie wyklucza możliwości samodzielnego funkcjonowania (usamodzielnienia się, a tym samym „wyjścia z bezdomności”).

W myśl zapisów ustawy o pomocy społecznej (art.49) program ten jest zbiorem działań zmierzających bowiem do pełnego usamodzielnienia się osoby bezdomnej. IPWzB stanowi zatem alternatywę dla Kontraktu socjalnego na tym poziomie oddziaływania (integracji) i wobec tego profilu klienta.

- Kontraktem socjalnym należy objąć pozostałe osoby bezdomne³⁹ nie określone w niniejszym dokumencie, a wymienione w Standardzie oraz osoby/rodziny zagrożone bezdomnością.

Kontrakt socjalny (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.; Dz.U. z 22.11.2010 Nr 218 poz. 1439) jest „pisemną umową zawartą z osobą ubiegającą się o pomoc, określającą uprawnienia i zobowiązania stron umowy, w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny”.

Od przyjętego zatem celu określonego przez właściwy dokument zależy zakres pracy socjalnej. Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem podejmuje decyzje czy i ewentualnie, które z wyżej wymienionych narzędzi zastosuje uwzględniając profil klienta i poziom oddziaływania zgodnie z przyjętymi założeniami. Ponieważ nie istnieje określony przez ustawodawcę wzór IPWzB niniejszy formularz IPWzB ma charakter obligatoryjny na etapie testowania standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

W przypadku realizacji planu pomocy przez osobę nie posiadającą uprawnień pracownika socjalnego wskazanym jest, by działanie

³⁹ Profile osób bezdomnych określono w Standardzie pracy socjalnej w punkcie 1. Opis pracy socjalnej zgodnej ze standardem.

było realizowane przy wykorzystaniu struktury (wzoru formularza) IPWzB oraz we współpracy z pracownikiem socjalnym.

Po przeprowadzeniu pilotażu, w kolejnej fazie (faza rekomendacji) zostanie uwzględniona rekomendacja odnosząca się do uspołnienia form narzędzi w działaniach kierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, tak aby dana osoba objęta wsparciem nie była zobowiązana podpisywać kilku analogicznych porozumień.

Redakcja i nadzór merytoryczny:

Magdalena Czochara, Aneta Wiącek

Zespół ekspertów ds. pracy socjalnej:

*Edyta Gruszczyńska, Waldemar Hyla, Joanna Kot,
Anna Gil-Gumowska, Zofia Pisowicz, Ewa Zajac, Aleksander Pindral*

Ponadto w pracach grupy uczestniczyli:

*Magdalena Marszałkowska, Ludmiła Dziewięcka-Bokun, Jolanta
Kędzior, Elżbieta Oleniacz-Czajka, Jerzy Mika, Marcin Młot*

Opracowanie punktu 3.12:

Aneta Wiącek

Opracowanie punktu 3.13:

Magdalena Czochara

Bibliografia:

Adamczyk A., Woźniczka J., 2010. *Rzecznik osoby bezdomnej*. Gdańsk 2010.

b.d., 1996. *Program pracy socjalnej w placówkach dla bezdomnych. Opracowano dla Warszawskiej Rady Opiekuńczej dla Bezdomnych przy Prezydencie M. st. Warszawa*. Warszawa. http://www.bezdomnosc.edu.pl/images/PLIKI/Wiadomosci/program_pracy_socjalnej_w_placowkach_dla_bezdomnych_1996.pdf, 12.04.2011.

Babbie E., 2003. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa.

Dębska A., 2007. *Asystowanie – nowatorska forma pracy z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością*. „Agenda Bezdomności. Biuletyn partnerstwa” nr 5.

Dębska-Cenian A., Olech P., red., 2008. *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*. Gdańsk.

Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm., Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm., Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.

Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Dz.U. z 16.02.1998 Nr 21 poz. 94 z późn. zm. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy.

Dz.U. z 17.04.1974 Nr 14 poz. 85 z późn. zm. Ustawa z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

Dz.U. z 22.06.2012 poz. 712. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 czerwca 2012 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Dz.U. z 22.11.2010 Nr 218 poz. 1439. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego.

Dz.U. z 24.01.2007 Nr 11 poz. 74 z późn. zm. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm., Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Dz.U. z 29.10.1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Flinders Institute for Public Policy and Management, 2011. <http://flinders.edu.au/sabs/fippm>, 20.03.2011.

Fundacja Pomocy Wzajemnej BARKA, 2011. <http://barka.org.pl>, 12.03.2011.

Global Standards for Social Work Education and Training, 2009. www.iassw-aiets.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=28&Itemid=49, 20.05.2011.

Górnjak J., Keler K., 2007. *Wskaźniki w ewaluacji „ex-post” programów publicznych*. W: A. Haber. *Ewaluacja „ex-post”. Teoria i praktyka badawcza*. Warszawa.

Hargrove R., 2006. *Mistrzowski coaching*. Kraków.

Jacków M., 2008. *Akompaniator – osoba udzielająca wsparcia*. W: *Wyprowadzić na prostą. Innowacyjne metody aktywizacji społecznej i zawodowej na przykładzie wdrażania modelu lokalnej sieci wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością*. red. A. Wiktorska-Święcka. Wrocław.

Jacków M., b. d. *Przewodnik akompaniatora*. www.pfwb.org.pl/wp-content/uploads/2009/11/09-przewodnik_akompaniatora.pdf, 12.04.2011.

Jażdżikowski M., 2000. *Syndrom bezdomności*. „Świat Problemów”, nr 6/89.

Kamiński T., b. d. *Praca socjalna jako działalność zawodowa*. b. d. www.seminare.pl/16/kaminski.htm, 22.03.2011.

Karwala S., 2009. *Mentoring jako strategia wspierająca wszechstronny rozwój osobisty*. Nowy Sącz. <http://mentoring.com.pl/mentoring2.pdf>, 22.04.2011.

Karwala S., b. d. *Mentoring – strategia rozwoju organizacji uczącej się*. http://mentoring.com.pl/Mentoring_strategia_rozwoju.pdf, 12.02.2011.

Kawula S., red., 2002. *Pedagogika społeczna. Dokonania, aktualność, perspektywy: podręcznik akademicki dla pedagogów*. Toruń.

Kwiatkowski S. M., Sepkowska Z., 2000. *Metodologia tworzenia standardów kwalifikacji zawodowych w Polsce*. Radom.

Marszałkowska M., 2005. *Standardy pracy socjalnej*. Warszawa. www.mpips.gov.pl/userfiles/File/mps/standardyps.pdf, 12.12.2010.

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2011. *Zasady finansowania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*. Warszawa. www.efs.gov.pl/Wiadomosci/Documents/zasady_finansowania_styczen.pdf, 30.01.2012.

Sewpaul V. et.al., 2004. *Global Standards For the Education and Training of the Social Work Profession*. Adelaide. http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_65044-3.pdf, 23.03.2011.

Sołtys A., Tarkowska M., 2008. *Mentoring w praktyce. Ścieżka kształcenia mentorów i peer mentorów dla grup de faworyzowanych*. Łódź.

Star J., 2005. *Coaching*. Warszawa.

Stenka R., red., 2011. *Raport z fazy diagnozy. Kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja*. Gdańsk.

Szarfenberg R., b. d. *Ewaluacja w polityce społecznej. Podstawy teoretyczne ewaluacji*. b. d. <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/teksty/EwalPS01.pdf>, 10.03.2012.

Szatur-Jaworska B., b. d. *Superwizja i Kierowanie Superwizyjne*. b. d. www.ips.uw.edu.pl/pliki/podyplomowe/podyplomoweSNoPiPS/dla-studentow/superwizja_w2-BSJaworska.pdf, 10.03.2011.

Wiącek A., 2011. *Kluczowe założenia ewaluacji w działaniach na rzecz osób bezdomnych*. Warszawa. www.bezdomnosc.edu.pl/images/PLI-KI/Metodologia/zalozenia_ewaluacji_programow_bezdomnosc_wiacek.pdf, 22.05.2011.

Wiktorska-Święcka A., red., 2008. *Wyprowadzić na prostą. Innowacyjne metody aktywizacji społecznej i zawodowej na przykładzie wdrażania modelu lokalnej sieci wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością*. Wrocław.

Wilczek J., red., 2008. *Rekomendacja do ogólnopolskiego modelu pomocy osobom bezdomnym w okresie zimowym*. Wrocław. http://www.bratalbert.org.pl/portal/images/PDF/rekomendacja_zima.pdf, 20.10.2010.







**STANDARD
MIESZKALNICTWA
I POMOCY DORAZNEJ**

Modele wdrażania wsparcia w obszarze mieszkalnictwa, zakwaterowania i pomocy doraźnej

Działanie różnych typów placówek dla osób bezdomnych zapewniających zakwaterowanie, schronienie i pomoc doraźną, realizowanych według zakładanych standardów założonych poniżej, umożliwia tworzenie systemu pomocy osobom bezdomnym. Sieć pomocy w obszarze placówek dla osób bezdomnych powinna działać w oparciu o różne modele mieszkalnictwa, zakwaterowania i pomocy doraźnej.

Wyodrębniono cztery podstawowe modele funkcjonowania sieci pomocy

Pierwszy z nich jest model palety, zakładający indywidualizację wsparcia w kontekście potrzeb i deficytów osoby bezdomnej. W systemie tym dysponujemy różnymi paletami usług (różnymi placówkami), a ich dobór podyktowany jest sytuacją klienta. Kolejny, model drabinkowy/schodkowy, zakłada przejście pewnej drogi przez osobę bezdomną, której efektem końcowym ma być usamodzielnienie. W modelu tym zakłada się przejście na następny poziom drabinki mieszkaniowej dopiero po osiągnięciu odpowiedniej gotowości. Trzeci opisywany model to „najpierw mieszkanie”. Gwarantuje bezwarunkowe natychmiastowe zapewnienie osobie bezdomnej samodzielnego mieszkania na stałe wraz z szerokim wsparciem udzielanym w mieszkaniu. Ostatnim przedstawionym modelem jest model wspólnotowy, zakładający współdecydowanie i współodpowiedzialność członków wspólnoty.

Możliwe jest stosowanie różnych modeli wdrażania usług w zakresie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, niewykluczone jest także łączenie.

Każda gmina powinna zaplanować różną strukturę sieci pomocy uzależnioną od lokalnych potrzeb.

W tym celu na podstawie diagnozy, szerzej opisaney w zasadach wdrażania standardów placówek do GSWB, zaleca się tworzenie map pomocy.

Na mapie zaznaczone będzie rozmieszczenie punktów pomocy dla osób bezdomnych, tak aby po sporządzeniu kompletnej mapy znana była liczba miejsc np. noclegowych, jadłodajni dla osób bezdomnych. Mapy pomocy, jako kartograficzny obraz punktów pomocy

udzielanej w konkretnej gminie osobom bezdomnym, powinny być dostępne we wszystkich miejscach, w których te osoby oraz ludzie im pomagający przebywają, tj. w ośrodkach pomocy społecznej, placówkach służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, służb mundurowych, powinny być dostępne streetworkerom, pracownikom placówek dla osób bezdomnych.

Monitoring i ewaluacja map pomocy powinna być przeprowadzana w trybie ciągłym i ma obowiązek uwzględniać:

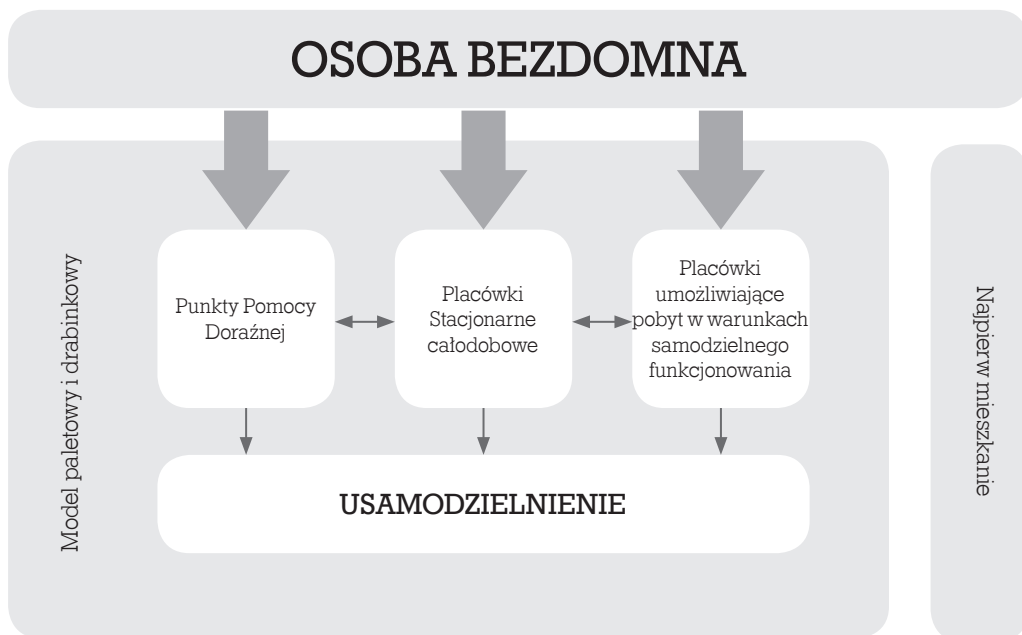
- diagnozę liczby osób bezdomnych przebywających na terenie gminy i ich potrzeby, a także stały monitoring zjawiska i skali bezdomności. Diagnoza jest szerzej opisana w zasadach wdrażania standardów placówek do GSWB
- liczbę osób, które korzystają z pomocy placówek
- wymiar oraz jakość pomocy skierowanej do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Koszty związane z przygotowaniem mapy pomocy powinny być pokrywane z budżetu gminy. Natomiast koszty utrzymania placówek świadczących pomoc osobom zagrożonym bezdomnością, a także koszty związane z pobytem osób bezdomnych w tych placówkach określone są w opisach standardów dotyczących poszczególnych instytucji wsparcia osób bezdomnych w dalszej części pracy.

Organizacja pozarządowa może sama wystąpić z inicjatywą stworzenia placówki. Nie zwalnia to jednak organów państwowych z kontroli tego typu instytucji, tak aby nie stwarzały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi.

Zakłada się trzy grupy placówek świadczących pomoc. Są to:

- grupa pierwsza, w skład której wchodzi placówki pomocy doraźnej: ogrzewalnie i noclegownie, punkty konsultacyjno-informacyjne, punkty wydawania żywności, punkty wydawania odzieży, jadłodajnie, łaźnie, świetlice
- grupa druga, czyli placówki stacjonarne, całodobowe, oferujące pobyt do czasu usamodzielnienia się lub przejścia do placówek z poziomu trzeciego: schroniska, w tym profilowane i opiekuńcze
- grupa trzecia, którą tworzą placówki umożliwiające pobyt w warunkach samodzielnego zamieszkania, takie jak domy dla bezdomnych jako mieszkania wspierane zespolone lub mieszkania wspierane rozproszone.

RYSUNEK NR 1 | Modele wdrażania wsparcia dla osób bezdomnych

Opracowanie: grupa ekspercka ds. mieszkalnictwa i pomocy doraźnej.

I. Model palety

Zakłada, że osoby doświadczające bezdomności oraz zagrożone bezdomnością mogą w zależności od swoich potrzeb bezpośrednio zgłosić się po pomoc w zakresie, jakiego potrzebują. Osoba bezdomna ma możliwość skorzystania z pomocy świadczonej na poszczególnych poziomach modelu. Model ten zakłada istnienie trzech grup placówek świadczących pomoc dla osób bezdomnych. Pomoc ta jest dostosowana do zindywidualizowanych potrzeb osoby bezdomnej. Pobyt w odpowiednich grupach placówek warunkowany jest regulaminami określonymi w standardzie.

Model ten zakłada elastyczność i dopasowanie rodzaju usługi do potrzeb klienta. Pomaga w tym paleta pomocy określona w mapach pomocy. Należy jednak podkreślić, iż na poszczególnych poziomach

placówek stawiane są wymagania wobec osób, które chcą skorzystać z pomocy. Dotyczy to głównie używania alkoholu, narkotyków, jak i motywacji do zmiany sytuacji życiowej. Nie oznacza to jednak spełnienia wymagań formalnych, czyli okazania np. dokumentu o ukończonej terapii, a jedynie deklaracji.

W modelu tym wyraźnie podkreśla się wagę zróżnicowania pomocy ze względu na indywidualne potrzeby osób np. chorych, a także osób korzystających sporadycznie z systemu pomocy osobom bezdomnym, czyli placówek pierwszego poziomu. Regulaminy placówek pierwszego poziomu są tak zaplanowane, aby dostęp do usług tam świadczonych miał każdy. I tak np. zimą nie ma wymagań dotyczących trzeźwości, a jedynie wymóg niestwarzania zagrożenia dla siebie oraz innych. Udzielenie wsparcia w placówkach drugiego poziomu nie wymaga od klienta przejścia wcześniejszego przez np. noclegownię czy terapię odwykowe. Tego rodzaju pomoc może być proponowana na miejscu lub możliwe jest kierowanie do instytucji prowadzących terapię odwykowe. Z miejsca w schronisku może skorzystać osoba, która nigdy wcześniej nie kontaktowała się z systemem pomocy dla osób bezdomnych. Osoba bezdomna nie musi przechodzić przez kolejne grupy placówek, tak aby możliwe było udzielenie jej wsparcia w postaci samodzielnego funkcjonowania w mieszkaniu wspieranym. Opis standardów placówek znajduje się w tym dokumencie.

II. Model drabinkowy

Wprowadza konieczność kontynuacji wsparcia. Głównym założeniem jest stopniowalność pomocy. Osoby doświadczające bezdomności mogą skorzystać z usług w placówkach pomocy doraźnej, kolejno przechodząc przez poszczególne zasadnicze stopnie placówek. W rezultacie zakłada się osiągnięcie wiedzy i umiejętności koniecznych do usamodzielnienia. Uzależnione jest to od programów pracy socjalnej udzielanej na poszczególnych poziomach pomocy instytucjonalnej, tak aby osoba bezdomna miała możliwość uczestnictwa w indywidualnych programach wychodzenia z bezdomności. Udział w nich jest konieczny do uzyskania prawa do zamieszkania w lokalu samodzielnego funkcjonowania. Model drabinkowy zakłada pewnego rodzaju poziomy wsparcia dostosowane do potrzeb i możliwości osób doświadczających bezdomności. W krajach europejskich model ten bardzo często nazywany jest *staircase of transition* – model schodkowy, drabinkowy. Zakłada on przejście przez osobę bezdomną pewnej drogi, która zostaje zwieńczona stałym mieszkaniem i pełną

samodzielnością. Metoda ta ma charakter linearny. W podejściu tym zakłada się, że aby przejść do następnego poziomu wsparcia, osoba bezdomna powinna być „mieszkaniowo gotowa”, tzn. posiadać odpowiednie możliwości i umiejętności gwarantujące utrzymanie się na danym poziomie. Niekiedy metoda ta nazywana jest także *treatment first*, czyli „najpierw leczenie”, co oznacza, że aby otrzymać własne mieszkanie, osoba bezdomna ma obowiązek przejść i skutecznie zakończyć terapię odwykową (narkotyki, alkohol) oraz zachować przez pewien okres abstynencję. Stosowanie modelu drabinkowego zakłada najpierw rozwiązanie problemów związanych z wykluczeniem społecznym, np. problemów zdrowotnych, edukacyjnych, społecznych, a dopiero na samym końcu problemu bezdomności rozumianego jako brak własnego mieszkania. Zakłada się, że osoba bezdomna musi wcześniej rozwiązać wszystkie swoje problemy, aby być gotowa do utrzymania własnego mieszkania.

III. Model „najpierw mieszkanie”

Nazywany również modelem głębokiej wody, polega na przyznaniu prawa do zamieszkania w lokalu przydzielonym z zasobu gminy lub podmiotu gospodarczego bez warunków wstępnych osobie bezdomnej, w tym osobom żyjącym w przestrzeni publicznej, niekorzystającym bądź doraźnie korzystającym z usług placówek, bez względu na ich aktualną sytuację zdrowotną, społeczną, osobistą czy zawodową. Program ten polega na wspieraniu działań klienta zmierzających do wychodzenia z sytuacji bezdomności bez względu na konsekwencje jego wyborów. Podstawą tego modelu jest założenie, że sam fakt posiadania mieszkania spowoduje u osoby bezdomnej potrzebę wzrostu aktywności oraz działania mające na celu utrzymanie tegoż lokalu i konstruktywne w nim funkcjonowanie.

Model „najpierw mieszkanie” zakłada że najpierw rozwiązywany jest sam problem bezdomności rozumiany jako brak własnego, stałego mieszkania, a dopiero potem rozwiązywane są potrzeby i problemy związane z wykluczeniem społecznym, np. praca nad uzależnieniem, edukacja czy aktywizacja zawodowa.

Na podstawie diagnozy potrzeb i oczekiwań klienta opracowany zostaje plan wsparcia w procesie wychodzenia z bezdomności. Konieczne jest, aby gmina bądź organizacja wyłoniona w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05.2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.) na potrzeby stosowania modelu „najpierw mieszkanie” utworzyła zespół składający się z koordyna-

tora oraz specjalistów w postaci pracowników socjalnych oraz asystentów (terapii uzależnień, poradnictwa itp.). Osoby biorące udział w programie objęte są asystenturą zespołu wspierającego. Wsparcie może odbywać się z wykorzystaniem publicznych placówek powołanych do tego typu działalności, możliwe jest także „wyjście do” rozumiane jako świadczenie pomocy w mieszkaniu klienta.

Warunkiem koniecznym do realizacji tej metody jest wyłonienie – z zasobów gminy lub podmiotów prywatnych – mieszkań dla osób bezdomnych oraz powołanie podmiotu wprowadzającego metodę „najpierw mieszkanie”. Organizacja odpowiedzialna za realizację projektu opracowuje system rekrutacji uczestników oraz odpowiada za ich diagnozę i nabór. Umowa najmu mieszkania podpisywana jest z gminą lub prywatnym właścicielem. Umowa najmu może być podpisywana na czas określony, np. na rok, z możliwością kontynuacji.

Wynajem mieszkania i usługi w postaci pracy socjalnej, wsparcia terapeuty, psychologa są świadczone oddzielnie, tak aby w przypadku utraty mieszkania z powodu naruszenia warunków najmu wsparcie było nadal świadczone.

Lokale przeznaczone do zamieszkania przez osoby bezdomne powinny spełniać warunki tożsame ze standardem lokali socjalnych.

Koszty związane z przygotowaniem i wyposażeniem mieszkań powinny być pokrywane z budżetu gminy. Bieżące koszty utrzymania mieszkania powinna ponosić gmina, do czasu kiedy uczestnik programu będzie gotowy ponieść je z własnych środków. Koszty związane z działalnością pracowników zatrudnionych w projekcie pokrywa budżet gminy. Z doświadczeń innych krajów prowadzących tego typu metodę wynika, iż koszty te będą niższe niż koszt utrzymania osoby bezdomnej w placówce dla osób bezdomnych, np. schronisku.

IV. Model wspólnotowy

Osoby bezdomne i rodziny, jak i osoby zagrożone bezdomnością, mogą uzyskać wsparcie i pomoc w domach wspólnotowych, prowadzonych przez organizacje pozarządowe na podstawie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.). Domy wspólnotowe są autonomiczne, niezależne i samowystarczalne. Głównym zadaniem domów wspólnotowych jest służba rozwojowi duchowemu, moralnemu, społecznemu, zawodowemu osoby korzystającej ze wsparcia w oparciu o idee samopomocy i pomocy wzajemnej. Członkowie domów wspólnotowych

pełnią określone role i funkcje, realizują wspólne cele, zadania, dbają o wspólne dobro, kierują się określonymi wartościami i zasadami takimi jak: praca na rzecz wspólnoty, solidaryzm i pomoc innym w potrzebie, utrzymanie trzeźwości, współpraca z lokalną społecznością, edukacja ustawiczna. Wszyscy członkowie wspólnoty dzielą się odpowiedzialnością i pracą. Domy wspólnotowe zapewniają pobyt tymczasowy lub długoterminowy dostosowany do potrzeb, możliwości i umiejętności osoby korzystającej ze wsparcia. Ponadto mieszkańcy domu wspólnotowego ustalają wspólnie kierunki rozwoju, rozliczają się z podjętych działań przed pozostałymi członkami wspólnoty, współdecydują o funkcjonowaniu domu, jego charakterze i podjętych działaniach zgodnie przyjętymi z zasadami i ideami.

Przyjęcie mieszkańca do domu wspólnotowego odbywa się przez wdrożenie go do życia we wspólnocie, zapoznanie z zasadami i ideami domu oraz zobowiązanie do uczestnictwa we wspólnych spotkaniach, działaniach, programach i pracy.

Mieszkańcy domów wspólnotowych mają możliwość skorzystania: z pracy socjalnej dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej), programów terapeutycznych (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu zdrowia), programów reintegracji zawodowej i społecznej osób wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem społecznym (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu edukacji i zatrudnienia), programów rozwijających aktywność zawodową i samozatrudnienie (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu edukacji i zatrudnienia). Rezultatem udziału w programach realizowanych w domach wspólnotowych i poza nimi jest przygotowanie mieszkańców do odpowiadania za siebie oraz grupę, w której funkcjonują, poprzez przyjmowanie zadań i rozliczanie się z jakości i sposobu ich wykonania przed pozostałymi członkami wspólnoty. Domy wspólnotowe mogą zatrudniać osoby wykwalifikowane do pracy z osobami bezdomnymi. Wskazane jest, aby tworzyły one spójny zespół z mieszkańcami domu, by skutecznie realizować programy domu. Kadra zależna jest od charakteru domu oraz potrzeb jego mieszkańców.

4.1

Standardy w obszarze mieszkalnictwa

4.1.1 Placówki pomocy doraźnej

4.1.1.1 STANDARD OGRZEWALNI DLA OSÓB BEZDOMNYCH

4.1.1.1.1 DEFINICJA USŁUGI

Ogrzewalnia – placówka pomocy interwencyjnej dla osób bezdomnych pozostających w najtrudniejszej sytuacji życiowej – przebywających w miejscach niemieszkalnych, bez dachu nad głową, zapewniająca miejsca siedzące w pomieszczeniu o odpowiedniej temperaturze zapobiegającej wychłodzeniu organizmu. Pobyt w placówce nie powinien nakładać na osoby wielu ograniczeń, w tym posiadania skierowania.

4.1.1.1.2 ODBIORCA USŁUGI

Osoby bezdomne (bez dachu nad głową) na co dzień żyjące w przestrzeni publicznej, wymagające pomocy (przede wszystkim interwencyjnej/nagłej) w zakresie zapewnienia schronienia oraz ochrony zdrowia i życia, szczególnie w sytuacji obniżonej temperatury. Osoby powinny być zdolne do samoobsługi, a ich stan nie może zagrażać im samym oraz pozostałym osobom przebywającym w placówce. Dopuszczalne jest przyjmowanie osób pod wpływem alkoholu i/lub innych środków psychoaktywnych, pod warunkiem spełniania powyższych warunków.

4.1.1.1.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających bez schronienia gwarantującego ochronę zdrowia i życia, których sytuacja wskazuje na potrzebę zapewnienia pomocy w tym zakresie.

Cele szczegółowe usługi:

- zmniejszenie liczby osób, które umierają z powodu wychłodzenia organizmu
- zwiększenie liczby osób zmotywowanych do zmiany trybu życia i podjęcia aktywności na rzecz poprawy swojej sytuacji
- zwiększenie liczby osób posiadających informację o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych, w tym pomocy pielęgniarstwa i lekarskiej, psychologicznej itp.
- zwiększenie liczby podmiotów współpracujących na rzecz poprawy sytuacji osób bezdomnych (OPS, organizacje pozarządowe, policja, Straż Miejska/Straż Gminna, służba zdrowia i inne).

4.1.1.1.4 ZAKRES USŁUGI

- zapewnienie doraźnie możliwości ogrzania się osobom tego pozabawionym
- motywowanie do zmian w zakresie prowadzonego trybu życia i podjęcia aktywności na rzecz poprawy swojej sytuacji
- zapewnienie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych, a w razie nagłej potrzeby zorganizowanie tego typu pomocy
- współpraca z instytucjami pracującymi na rzecz osób bezdomnych.

Procedura przyjęcia:

- przyjęcie do ogrzewalni (brak konieczności posiadania skierowania) powinno być poprzedzone jedynie spełnieniem następujących warunków
 - przeprowadzeniem wywiadu i oględzin osoby bezdomnej przez opiekuna pod kątem ewentualnych zagrożeń związanych z przyjęciem do placówki o standardzie ogrzewalni, np. chorób zakaźnych, zagrożenia życia, niepełnosprawności uniemożliwiającej samodzielne funkcjonowanie itp.
 - zapoznaniem się z treścią regulaminu i zobowiązaniem się do jego przestrzegania.
- w zależności od rozeznanej sytuacji osoby powinno nastąpić

- przyjęcie do placówki (wpis do rejestru)
- działanie na rzecz poprawy aktualnego stanu osoby (konsultacja lekarska – pogotowie ratunkowe, odwyszawianie, kąpiel, wymiana odzieży, podanie ciepłego napoju lub posiłku itp.)
- przygotowanie krótkiej diagnozy wstępnej potrzeb klienta
- podjęcie dalszych działań zgodnie z profilem placówki.

4.1.1.1.5 REZULTAT USŁUGI

- zapewnienie schronienia (dachu nad głową) w placówce
- zapobieżenie wyziębieniu organizmu osób bezdomnych, skutkującego utratą zdrowia lub życia
- zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych wsparciem systemowym
- zwiększenie poziomu wiedzy osób bezdomnych o dostępnych formach wsparcia
- wzrost poziomu motywacji osób bezdomnych do podejmowania działań na rzecz zmiany sytuacji życiowej
- poprawa współpracy instytucji działających na rzecz osób bezdomnych.

4.1.1.1.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

Osoby zatrudnione w placówce powinny tworzyć spójny zespół skutecznie realizujący określone usługi na rzecz osób bezdomnych:

- koordynator/kierownik – osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki od strony technicznej i merytorycznej (min. ½ etatu przy samodzielnym stanowisku; możliwe oddelegowanie koordynatora prowadzącego inną placówkę w ramach jednego etatu). Wykształcenie wyższe, odpowiednie predyspozycje do pracy z osobami bezdomnymi; rekomendowane wykształcenie wyższe kierunkowe
- opiekun – liczba opiekunów zatrudnionych w placówce powinna zapewnić prawidłowe funkcjonowanie placówki włącznie z okresami urlopowymi (zakłada się pełnienie dyżurów przez jednego opiekuna w sytuacji gdy w placówce jest poniżej 25 osób). Wykształcenie średnie poparte odpowiednimi szkoleniami zawodowymi lub doświadczeniem, predyspozycjami, rekomendowane wykształcenie wyższe kierunkowe. Obowiązkowy kurs pierwszej pomocy przedmedycznej.

Do zakresu obowiązków opiekuna należy w szczególności:

- bezpośredni nadzór nad osobami przebywającymi w ogrzewalni pod kątem ich bezpieczeństwa
- dokonywanie przyjęć osób zgłaszających się do placówki (w tym dokonywanie lub nadzorowanie przeprowadzania zabiegów higienicznych)
- przekazywanie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych
- prowadzenie odpowiedniej dokumentacji dotyczącej osób przebywających w placówce (rejestr osób korzystających)
- współpraca z instytucjami pracującymi na rzecz osób bezdomnych (OPS, organizacje pozarządowe, służby miejskie, policja, służba zdrowia itp.).

Pracownicy zobowiązani są do systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji.

4.1.1.1.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.1.1.1.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

Ogrzewalnia powinna:

- być otwarta w godzinach nocnych (w sytuacjach szczególnych możliwe rozszerzenie czasu funkcjonowania)
- być usytuowana w miejscu dobrze skomunikowanym
- być przeznaczona dla maksymalnie 50 osób, min. 2 m²/os., maksymalnie 25 osób w jednym pomieszczeniu, każde pomieszczenie z oknem; wyposażone w krzesła o łatwo zmywalnej powierzchni
- zapewniać gorący napój (np. herbatę, w miarę możliwości zupełną ekspresową)
- mieć toalety – w tym minimum 1 urządzenie natryskowe umożliwiające przeprowadzenie zabiegu odwyszawiania, 1 miskę ustępową dla 30 osób, 1 umywalkę dla 30 osób; w przypadku placówek koedukacyjnych osobną toaletę dla kobiet i mężczyzn; toalety ze

stałym dostęp do bieżącej wody, w tym ciepłej, w wyznaczonych godzinach (zgodnie z obowiązującymi przepisami)

- mieć biuro opiekuna (dyżurkę) z telefonem i zapleczem socjalnym, miejscem na przechowywanie dokumentacji wyposażonym w apteczkę
- mieć magazyn odzieżowy zapewniający niezbędną odzież dla osób wymagających takiej pomocy, prowadzony w razie posiadania takiej możliwości przez placówkę
- zapewniać temperaturę minimalną 18°C dla pomieszczeń mieszkalnych i biurowych, spełniać wszelkie wymogi odpowiednich przepisów (zgodnie z przepisami budowlanymi w tym zakresie).

4.1.1.1.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- urzędy miast i gmin
- podmioty lecznicze
- wydziały zarządzania kryzysowego
- służby mundurowe
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- organizacje pozarządowe działające na polu pomocy społecznej
- kościoły i związki wyznaniowe
- wydziały i referaty budynków i lokali.

4.1.1.1.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki (statut placówki)
- rejestr klientów
- rejestr usług
- dziennik raportów.

4.1.1.1.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki (możliwe współfinansowanie przez więcej niż jedną gminę; z uwagi na dużą rotację klientów wskazane jest finansowanie całości kosztów placówki zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby miejsc)

- wkład własny organizacji/institucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. MPiPS, FIO, EFS)
- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, marszałek województwa, BGK).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu (eksploatacja): czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące
- wynagrodzenie dla personelu merytorycznego
- zakup żywności lub usług w tym zakresie
- zakup środków chemicznych i higieny osobistej
- wyposażenie pomieszczeń użytkowych (sale mieszkalne, kuchnie, sanitariaty itp.)
- zakup innych niezbędnych środków i usług.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego, przepisami dotyczącymi przeglądów okresowych)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.1.1.1.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym
- rozmiar udzielonych świadczeń (liczba nocy spędzonych w ogrzewalni, kąpiele, odwszawianie itp.)
- liczba podmiotów współpracujących z ogrzewalnią
- liczba udostępnionych miejsc w ogrzewalni (zmiany w tym zakresie – powiększenie, pomniejszenie)
- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji policji, służb mundurowych (traktowanych jako przypadki ratowania zdrowia lub życia)
- liczba osób trafiających bezpośrednio z placówek służby zdrowia
- liczba osób spoza gminy, na terenie której działa placówka
- średnia liczba dni pobytu osoby w danym roku.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.1.1.2 Standard noclegowni dla osób bezdomnych

4.1.1.2.1 DEFINICJA USŁUGI

Noclegownia – placówka dla osób bezdomnych zapewniająca tymczasową pomoc interwencyjną w postaci noclegu i pobytu w porze wieczorowo – nocnej oraz jeden gorący posiłek. Ponadto placówka świadczy pracę socjalną stosownie do potrzeb osób bezdomnych.

4.1.1.2.2 ODBIORCA USŁUGI

Osoby bezdomne (bez dachu nad głową) wymagające tymczasowej lub interwencyjnej pomocy w zakresie zapewnienia schronienia. Osoby powinny być zdolne do samoobsługi, a ich stan nie może zagrażać im samym oraz pozostałym osobom przebywającym w placówce.

4.1.1.2.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zmniejszanie liczby osób pozbawionych noclegu, przebywających w przestrzeni publicznej.

Cele szczegółowe usługi:

- zmniejszanie liczby osób, które umierają z powodu wychłodzenia organizmu
- zwiększenie liczby osób posiadających informację o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych, w tym pomocy pielęgniarskiej i lekarskiej, psychologicznej itp.
- zwiększenie liczby osób dbających o higienę i kondycję fizyczną
- zwiększenie liczby osób mających dostęp do pracy socjalnej.

4.1.1.2.4 ZAKRES USŁUGI

- zapewnienie tymczasowego noclegu osobom bezdomnym (w tym noclegu o charakterze interwencyjnym)

- zapewnienie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych, a w razie nagłej potrzeby zorganizowanie tego typu pomocy
- umożliwienie osobom bezdomnym dbania o higienę i kondycję fizyczną
- działania na rzecz uzyskania podstawowych dokumentów osobistych oraz niezbędnych świadczeń (ubezpieczenia zdrowotnego itp.) dzięki prowadzonej w placówce pracy socjalnej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- współpraca z instytucjami pracującymi na rzecz osób bezdomnych.

Przyjęcie do noclegowni powinno być poprzedzone wypełnieniem następujących warunków:

- nie powinno wiązać się z obowiązkiem posiadania skierowania poza podpisaniem oświadczenia o zapoznaniu się z treścią regulaminu i zobowiązaniu się do jego przestrzegania
- przyjęcie powinny poprzedzić wywiad i oględziny osoby przez opiekuna pod kątem ewentualnych zagrożeń związanych z pobyt w placówce o standardzie noclegowni, np. chorób zakaźnych, zagrożenia życia, niepełnosprawności uniemożliwiającej samodzielne funkcjonowanie itp.
- zapoznanie się z treścią regulaminu i podpisanie zobowiązania do jego przestrzegania.

W zależności od rozeznanej sytuacji osoby powinno nastąpić:

- przyjęcie do placówki (wypełnienie karty mieszkańca, wpisanie na listę mieszkańców)
- działanie na rzecz poprawy jego aktualnego stanu (konsultacja lekarska – pogotowie ratunkowe, odwyszawianie, kąpiel, wymiana odzieży, podanie ciepłego napoju lub posiłku itp.)
- przygotowanie krótkiej diagnozy wstępnej potrzeb klienta
- podjęcie dalszych działań zgodnie z ustaleniami diagnozy.

4.1.1.2.5 REZULTAT USŁUGI

- zapewnienie schronienia osobom tego pozbawionym – zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)
- zapewnienie pomocy interwencyjnej w nagłych przypadkach

- zwiększenie liczby osób objętych pomocą w formie pracy socjalnej, w tym m.in.: posiadających podstawowe dokumenty osobiste, niezbędne świadczenia, np. ubezpieczenie zdrowotne
- poprawa poziomu higieny i stanu zdrowia osób bezdomnych.

4.1.1.2.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

Osoby zatrudnione w placówce powinny tworzyć spójny zespół skutecznie realizujący określone usługi na rzecz osób bezdomnych:

- kierownik – osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki (wykształcenie wyższe kierunkowe)
- opiekun-wychowawca; liczba opiekunów-wychowawców zatrudnionych w placówce powinna zapewnić prawidłowe funkcjonowanie placówki włącznie z okresami urlopowymi (zakłada się pełnienie dyżurów przez jednego opiekuna w sytuacji gdy w placówce jest poniżej 25 osób) (wykształcenie wyższe z zakresu nauk społecznych, ewentualnie średnie poparte odpowiednimi predyspozycjami w zakresie pracy z osobami bezdomnymi – np. pracownicy socjalni z dyplomem szkoły pomaturalnej; obowiązkowe szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej)
- pracownik socjalny (szczegóły dotyczące wykształcenia w materiale grupy pracy socjalnej)
- pielęgniarka/ratownik medyczny musi posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu (dyżur: minimum jeden raz w tygodniu przez 2 godziny, forma zatrudnienia dowolna)
- możliwe zatrudnienie lub umożliwienie dostępu do innych specjalistów w zależności od potrzeb.

Do zakresu obowiązków opiekuna-wychowawcy należy w szczególności:

- dokonywanie przyjęć osób zgłaszających się do placówki (w tym dokonywanie lub nadzorowanie przeprowadzania zabiegów higienicznych)
- bezpośredni nadzór nad osobami przebywającymi w noclegowni pod kątem ich bezpieczeństwa
- mobilizowanie do podejmowania aktywności przez osoby bezdomne na rzecz zmiany swojej sytuacji
- przekazywanie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych
- prowadzenie odpowiedniej dokumentacji dotyczącej osób przebywających w placówce (rejestr mieszkańców)

- ścisła współpraca z pracownikiem socjalnym (w zakresie pracy socjalnej prowadzonej z klientem), pielęgniarką w noclegowni oraz z instytucjami pracującymi na rzecz osób bezdomnych (OPS, organizacjami pozarządowymi, służbami miejskimi, policją, służbą zdrowia itp.).

Pracownicy zobowiązani są do systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji.

4.1.1.2.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.1.1.2.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

Noclegownia powinna:

- być otwarta w godzinach wieczorowo-nocnych (w sytuacjach szczególnych możliwe rozszerzenie czasu funkcjonowania)
- mieć sale maks. 15 osób każda – 3 m²/os. (łóżka pojedyncze); 2 m²/os. (łóżka piętrowe); być przeznaczona maksymalnie dla 80 osób (dla 60 osób w nowo powstających placówkach)
- gwarantować w pomieszczeniach mieszkalnych poczucie intymności oraz poszanowanie godności człowieka, zapewniające swobodny dostęp do swojego łóżka (materac, koc lub pościel), szafy, szafkę nocną, okno w każdym pomieszczeniu mieszkalnym
- udostępniać toalety: 1 urządzenie natryskowe dla 20 osób; 1 miskę ustępową dla 10 kobiet, 1 miskę ustępową i 1 pisuar dla 20 mężczyzn, 1 umywalkę dla 15 osób (zgodnie z obowiązującymi przepisami) zapewniające stały dostęp do bieżącej wody, w tym ciepłej, w wyznaczonych godzinach, gwarantujące możliwość przeprowadzenia zabiegów odwszawiania
- mieć biuro opiekuna-wychowawcy (dyżurkę) z telefonem i zapleczem socjalnym, wyposażone w apteczkę
- mieć zabezpieczone miejsce z szafą do przechowywania dokumentacji osób przebywających w placówce

- prowadzić magazyn odzieżowy zapewniający niezbędną odzież dla osób tego wymagających
- mieć osobne magazyny rzeczy brudnych i czystych
- mieć depozyt na rzeczy osobiste mieszkańców placówki – szczegółowe zasady określa regulamin placówki
- mieć magazyn środków chemicznych lub inne miejsce wydzielone na ten cel
- zabezpieczać minimalną temperaturę 18°C dla pomieszczeń mieszkalnych i biurowych (zgodnie z obowiązującymi przepisami)
- zapewniać 1 gorący posiłek (przygotowywany w placówce lub dowożony z zewnątrz)
- mieć kuchnię (w przypadku przygotowywania posiłków na miejscu) lub pomieszczenie do wydawania posiłków (w przypadku korzystania z kuchni zewnętrznej) – zgodnie z obowiązującymi przepisami
- mieć oddzielną salę do spotkań indywidualnych (z pracownikiem socjalnym itp.)
- spełniać wszelkie wymogi odpowiednich obowiązujących przepisów budowlanych w tym zakresie.

4.1.1.2.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- urzędy miast i gmin
- podmioty lecznicze
- wydziały zarządzania kryzysowego
- służby mundurowe
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- organizacje pozarządowe działające na polu pomocy społecznej
- kościoły i związki wyznaniowe
- wydziały i referaty budynków i lokali.

4.1.1.2.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki
- rejestr mieszkańców
- karta mieszkańca

- rejestr usług
- dziennik raportów.

4.1.1.2.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki (możliwe współfinansowanie przez więcej niż jedną gminę; z uwagi na dużą rotację klientów wskazane jest finansowanie placówki zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby miejsc minimum 60% całkowitego kosztu pobytu osoby)
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. MPiPS, FIO, EFS)
- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, marszałek województwa, BGK).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu (eksploatacja): czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące
- wynagrodzenie dla personelu merytorycznego
- zakup żywności lub usług w tym zakresie
- wyposażenie pomieszczeń użytkowych (sale mieszkalne, kuchnie, sanitariaty itp.)
- zakup środków chemicznych i higieny osobistej
- zakup innych niezbędnych środków i usług.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.1.1.2.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym
- liczba osób przechodzących z noclegowni do schroniska, mieszkań treningowych, wynajętego pokoju

- wymiar udzielonych świadczeń (nocleg, kąpiel, odwszawianie itp.)
 - liczba podmiotów współpracujących z noclegownią
 - liczba podmiotów współpracujących na podstawie formalnego porozumienia
 - liczba udostępnionych miejsc w noclegowni (zmiany w tym zakresie – powiększenie, pomniejszenie)
 - liczba osób przyjętych w wyniku interwencji służb mundurowych (traktowanych jako przypadki ratowania zdrowia lub życia)
 - liczba opracowanych indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności (w przypadku prowadzenia ich przez placówki)
 - liczba realizowanych IPWzB
 - liczba pozytywnie załatwionych spraw bieżących klienta
 - średnia liczba dni pobytu osoby w danym roku (interwencyjnych, „na skierowaniu”)
 - liczba osób zachowujących abstynencję
 - liczba osób, które podjęły terapię
 - liczba osób, które zakończyły terapię
 - liczba osób korzystających z zewnętrznych usług specjalistów
- Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:
- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
 - organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.2

Placówki stacjonarne

4.2.1 Standard schroniska dla osób bezdomnych

4.2.1.1 DEFINICJA USŁUGI

Schronisko dla osób bezdomnych – placówka umożliwiająca osobom bezdomnym całodobowy, tymczasowy pobyt w warunkach mieszkalnych. Zapewnia pracę socjalną prowadzącą do usamodzielnienia lub umieszczenia w placówce opiekuńczej. Można przyjąć profil schroniska aktywizującego działającego na podstawie kontraktu i IPWzB dążącego do usamodzielnienia osób lub/i schroniska opiekuńczego dla osób, które z różnych względów tymczasowo wymagają pomocy wieloaspektowej (samodzielnym osób chorych i starszych). W schronisku mogą być realizowane dwa profile jednocześnie. Działa na podstawie ogólnie dostępnego regulaminu.

4.2.1.2 ODBIORCY USŁUGI

Osoby bezdomne podejmujące współpracę z pracownikami systemu pomocy społecznej w zakresie wychodzenia z sytuacji bezdomności, przyjmowane na podstawie skierowania z właściwej gminy.

Osoby bezdomne niepełnosprawne oraz starsze, schorowane, zdolne do samoobsługi, mające trudności w samodzielnym funkcjonowaniu w społeczeństwie z powodu stanu zdrowia lub znacznego uzależnienia od alkoholu, innych środków psychoaktywnych oraz od pomocy instytucjonalnej.

4.2.1.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zwiększenie liczby osób bezdomnych na trwałe wychodzących z sytuacji bezdomności, przy udziale wsparcia programowego w trakcie pobytu w placówce.

Cele szczegółowe:

- zwiększenie liczby osób bezdomnych posiadających umiejętności społeczne
- zwiększenie liczby osób bezdomnych posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe
- zwiększenie liczby osób bezdomnych o uregulowanej sytuacji prawnej
- zwiększenie liczby osób bezdomnych korzystających z pomocy w formie pracy socjalnej i usług terapeutycznych
- zwiększenie liczby osób bezdomnych korzystających z pomocy medycznej
- zwiększenie poziomu uczestnictwa osób bezdomnych w życiu kulturalnym
- zwiększenie liczby osób usamodzielnionych
- zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych pracą socjalną.

4.2.1.4 ZAKRES USŁUGI

- sprawdzenie kwalifikowalności (np. skierowania, faktycznej bezdomności klienta)
- zapewnienie trzech posiłków dziennie – w tym jednego ciepłego
- zapoznanie z regulaminem i podpisanie kontraktu zobowiązującego do respektowania regulaminu placówki
- zaopatrzenie medyczne i higieniczne
- prowadzenie indywidualnych oraz grupowych spotkań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej bądź kierowanie osób bezdomnych do udziału w tego typu działaniach w placówkach zewnętrznych (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym edukacji i zatrudnienia)
- zapewnienie wsparcia w zakresie uregulowania sytuacji prawnej osób bezdomnych
- umożliwienie dostępu do odpowiedniej pomocy psychologicznej i terapeutycznej, terapii zajęciowej
- prowadzenie działalności kulturalnej w placówce bądź organizowanie jej poza nią

- współpraca z organizacjami prowadzącymi mieszkania wspierane w zakresie kierowania osób bezdomnych do mieszkań wspieranych
- współpraca z gminą w zakresie uzyskania lokali socjalnych i komunalnych przez odpowiednio przygotowane i zaktywizowane osoby bezdomne
- współpraca z OPS w zakresie uzyskania miejsca w DPS/ZOL dla osób bezdomnych starszych, chorych, niepełnosprawnych
- zapewnienie miejsca do spania w pokoju dostosowanym do potrzeb tej grupy osób
- zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych (świadczenia zdrowotne możliwe do wprowadzenia opisane są w standardzie zdrowia)
- prowadzenie pracy socjalnej w celu poprawy sytuacji życiowej klienta (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- prowadzenie działalności aktywizujących społecznie w placówce.

4.2.1.5 REZULTAT USŁUGI

Określenie oczekiwanych (spodziewanych) wyników w realizacji usługi:

- uzyskanie przez osobę bezdomną tymczasowego miejsca w schronisku
- trwałe wyjście z bezdomności mieszkańców placówki
- wzrost poziomu umiejętności społecznych i/lub zawodowych osób bezdomnych
- uregulowanie sytuacji prawnej osób bezdomnych
- uzyskanie miejsca w placówce samodzielnego funkcjonowania
- uzyskanie prawa do zamieszkania w lokalu socjalnym i komunalnym lub DPS/ZOL
- udział osób bezdomnych w życiu kulturalnym
- samodzielne zamieszkanie (lokal socjalny) lub uzyskanie miejsca w DPS/ZOL
- poprawa poziomu opieki nad osobami niepełnosprawnymi i starszymi
- poprawa dostępności do świadczeń medycznych i usług opiekuńczych
- zwiększenie świadomości własnego uzależnienia oraz sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach
- zwiększenie aktywności życiowej oraz rozwój zainteresowań osób objętych pomocą.

4.2.1.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

Osoby zatrudnione w placówce powinny tworzyć spójny zespół skutecznie realizujący określone usługi na rzecz osób bezdomnych:

- zespół interdyscyplinarny – złożony z: opiekunów, pracownika socjalnego, psychologa, pielęgniarki, prawnika, doradcy zawodowego i innych członków zespołu, również spoza placówki, w wyżej wymienionych zakresach (jeżeli współpraca z nimi jest zasadna w kwestii rozwiązania problemów osoby bezdomnej). Pracą zespołu interdyscyplinarnego kieruje kierownik schroniska bądź członek zespołu wskazany przez kierownika. Do zadań zespołu interdyscyplinarnego należy omawianie realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności przez każdego z mieszkańców oraz ustalanie działań wskazanych dla każdego indywidualnego przypadku. Zespół interdyscyplinarny spotyka się raz w tygodniu lub częściej, jeśli jest taka potrzeba
- superwizor spoza placówki – przeprowadza superwizje dla personelu schroniska
- kierownik/koordynator – odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie placówki. Wykształcenie wyższe
- opiekun (członek zespołu interdyscyplinarnego) – liczba opiekunów zatrudnionych w placówce powinna zapewnić prawidłowe funkcjonowanie placówki wraz z okresami urlopowymi (zakłada się pełnienie dyżurów przez jednego opiekuna, w sytuacji gdy w placówce jest poniżej 25 osób). Wykształcenie wyższe kierunkowe, ewentualnie średnie poparte odpowiednimi szkoleniami w zakresie pracy z osobami bezdomnymi; obowiązkowe szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej; opiekunowie zobowiązani są do systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji poprzez udział w szkoleniach podnoszących ich umiejętności związane z pracą z osobami bezdomnymi (odpowiednie szkolenia organizowane są przez jednostkę prowadzącą placówkę); do obowiązków opiekuna należy m.in. organizacja działań osób bezdomnych przebywających w placówce, realizacja indywidualnych i grupowych spotkań z osobami bezdomnymi przebywającymi w placówce
- pracownik socjalny (członek zespołu interdyscyplinarnego) – etatowy lub oddelegowany przez ośrodek pomocy społecznej (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej)
- doradca zawodowy (członek zespołu interdyscyplinarnego – jeśli jest konieczność) – prowadzenie zajęć indywidualnych i grupo-

wych z zakresu aktywizacji zawodowej; zatrudnienie w placówce bądź umożliwienie dostępu poprzez wskazanie osobie bezdomnej odpowiednich instytucji świadczących nieodpłatnie usługę doradztwa zawodowego (szczegółowe informacje w standardzie zatrudnienia i edukacji)

- psycholog (członek zespołu interdyscyplinarnego) – prowadzenie warsztatów umiejętności miękkich oraz spotkań indywidualnych; wspomaga pracę opiekuna; dowolna forma zatrudnienia
- psychiatra – konsultując konkretne przypadki, może być członkiem zespołu interdyscyplinarnego; dowolna forma zatrudnienia
- terapeuta, terapeuta zajęciowy, instruktor terapii uzależnień (może być członkiem zespołu interdyscyplinarnego) – dowolna forma zatrudnienia w zależności od potrzeb i profilu/specjalizacji placówki oraz potrzeb osób bezdomnych (obszerniej w standardzie zdrowia)
- pielęgniarka (może być członkiem zespołu interdyscyplinarnego) – część etatu, zależnie od liczby osób w schronisku oraz potrzeb konkretnej placówki
- lekarz – osoby bezdomne mogą korzystać z usług zakładu opieki zdrowotnej; konieczne jest wskazanie osobom bezdomnym najbliższych ZOZ-ów lub NZOZ-ów, w których mogą nieodpłatnie skorzystać z opieki medycznej
- prawnik – wskazanie osobie bezdomnej adresów instytucji, w których udzielane są nieodpłatne porady prawne.

Wszyscy zatrudnieni w placówce pracownicy powinni posiadać aktualną wiedzę w zakresie systemu wsparcia dla osób bezdomnych, w tym danych kontaktowych oraz zakresu działania najbliższych placówek.

W czasie każdej zmiany na terenie placówki powinien przebywać przynajmniej jeden członek personelu przeszkolony z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.

4.2.1.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.2.1.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

Usługa jest realizowana całodobowo i całorocznie.

- sypialnie dla maksymalnie 5 osób; minimum 4 m²/os.; schronisko maksymalnie dla 50 osób w jednym budynku (dla nowo powstających schronisk); dla istniejących placówek – ustanowienie okresu przejściowego (np. 5 lat) oraz określenie źródeł finansowania adaptacji pomieszczeń
- pomieszczenia mieszkalne gwarantować mają poczucie intymności oraz poszanowanie godności człowieka, zapewniać swobodny dostęp do własnego pojedynczego łóżka z materacem i pościelą; szafa, szafka nocna
- każde pomieszczenie mieszkalne z oknem
- toalety (1 urządzenie natryskowe dla 15 osób, 1 miska ustępowa dla 10 kobiet, 1 miska ustępowa i 1 pisuar dla 20 mężczyzn, 1 umywalka dla 5 osób) zapewniające stały dostęp do ciepłej wody (zgodnie z obowiązującymi przepisami budowlanymi)
- dyżurka wyposażona w telefon i apteczkę
- pokój spotkań indywidualnych (np. z psychologiem, opiekunem, pracownikiem socjalnym)
- osobna toaleta dla personelu z dostępem do ciepłej wody
- zabezpieczone miejsce z szafą do przechowywania dokumentacji osób przebywających w placówce
- punkt wydawania posiłku – jadalnia o wielkości umożliwiającej spożywanie posiłków co najwyżej w dwóch turach, która może również pełnić rolę świetlicy
- pralnia – w placówce 1 pralka na 20 mieszkańców oraz możliwość suszenia odzieży
- izolatka dla osób chorych jako pomieszczenie z wydzieloną osobną toaletą, umywalką o powierzchniach łatwo zmywalnych
- depozyt na rzeczy osobiste mieszkańców placówki
- magazyn czystej odzieży
- magazyn środków chemicznych
- magazyny żywnościowe
- minimalna temperatura pomieszczeń mieszkalnych i biurowych 18°C
- trzy posiłki dziennie, w tym jeden ciepły, przygotowywane na miejscu bądź dowożone z zewnątrz

- kuchnia – w przypadku przygotowywania posiłków na miejscu – lub pomieszczenie do wydawania posiłków – w przypadku korzystania z kuchni zewnętrznej; w każdym przypadku stosowanie przepisów obowiązujących dotyczących żywności i żywienia
- sala spotkań grupowych
- placówka musi spełniać wymogi odpowiednich przepisów budowlanych.

4.2.1.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- urzędy miast i gmin
- podmioty lecznicze
- wydziały zarządzania kryzysowego
- służby mundurowe
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- organizacje pozarządowe działające na polu pomocy społecznej
- kościoły i związki wyznaniowe
- wydziały i referaty budynków i lokali.

4.2.1.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki
- kontrakt z klientem
- rejestr mieszkańców
- karta mieszkańca
- książka meldunkowa (wewnętrzna)
- dziennik raportów.

4.2.1.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki oraz eksploatacji budynku, a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego
- wkład własny organizacji/institucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, FIO, EFS)

- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, BGK).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne (np. opłaty za przeglądy budowlane, przeglądy instalacji, ubezpieczenie itp.)
- koszty personelu merytorycznego
- koszty żywienia
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych (sale mieszkalne, kuchnie, sanitariaty itp.)
- zakup artykułów chemicznych i higieny osobistej
- zakup odzieży, bielizny pościelowej
- zakup leków i środków opatrunkowych.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpowozarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego, przepisami dotyczącymi przeglądów okresowych)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.2.1.12 MONITORING I EWALUACJA

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym
- liczba opracowanych indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności (IPWzB)
- liczba osób opuszczających placówkę (np. do mieszkania wspieranego, samodzielnie wynajętego pokoju/mieszkania, mieszkania socjalnego, mieszkania komunalnego, DPS, ZOL)
- liczba udzielonych świadczeń (noclegów, posiłków, kąpiele, porad, konsultacji, informacji itp.)
- liczba osób korzystających ze świadczenia
- liczba osób korzystających z zewnętrznych usług specjalistów
- liczba instytucji współpracujących
- liczba realizowanych projektów aktywizujących/wspierających

- liczba osób biorących udział w projekcie aktywizującym/wspierającym
- liczba osób realizujących IPWzB
- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji służb mundurowych (traktowanych jako przypadki ratowania zdrowia lub życia)
- liczba udostępnionych miejsc schroniskowych.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.3

Placówki samodzielnego zamieszkania

4.3.1 Standard mieszkań wspieranych (chronionych, readaptacyjnych, treningowych)

4.3.1.1 DEFINICJA USŁUGI

Mieszkanie wspierane to samodzielny lokal, mieszkanie lub pokój, zabezpieczający przed bezdomnością, ułatwiający nabywanie umiejętności życia społecznego i zawodowego oraz ustabilizowanie sytuacji w celu odzyskania samodzielności życiowej. Mieszkanie wspierane ma charakter zarówno długo-, jak i krótkoterminowej usługi zakwaterowania skierowanej do ludzi bezdomnych oraz osób zagrożonych bezdomnością. Mieszkanie wspierane dla osób bezdomnych

może mieć zróżnicowany charakter i różne usytuowanie prawne, np. może mieć postać mieszkania chronionego, lokalu socjalnego, komunalnego czy wynajmowanego prywatnie.

Rozróżniamy dwa rodzaje mieszkań wspieranych ze względu na usytuowanie:

Mieszkanie wspierane zespolone – dom dla bezdomnych – placówka, w której znajduje się zespół mieszkań wspieranych dla osób bezdomnych z zachowaniem funkcji wspierającej. Placówka umożliwia całodobowy pobyt na czas określony. Zapewnia warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Przygotowuje klientów do prowadzenia samodzielnego życia, pomaga w integracji ze społecznością lokalną.

Mieszkania wspierane rozproszone – niezależne, rozproszone i osadzone w środowisku pojedyncze mieszkania wspierane (np. wynajmowane/dzierżawione na wolnym rynku od prywatnych osób przez podmiot prowadzący; mogą także stanowić własność podmiotu prowadzącego) z zachowaniem zewnętrznej funkcji wspierającej. Umożliwiają całodobowy pobyt na czas określony. Zapewniają warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Przygotowują klientów do prowadzenia samodzielnego życia, pomagają w integracji ze społecznością lokalną.

4.3.1.2 ODBIORCY USŁUGI

- w obszarze prewencji przeznaczone są dla osób i rodzin zagrożonych bezdomnością (ofiar przemocy, wychowanków opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze i rodziny zastępcze, osób opuszczających zakłady karne, szpitale i inne placówki opieki zastępczej) oraz zmotywowanych do zmian, oczekujących na przydział lokalu lub dążących do usamodzielnienia; osób zdiagnozowanych, realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności
- w obszarze integracji przeznaczone są dla osób i rodzin zagrożonych bezdomnością (osób doświadczających przemocy, wychowanków opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze i rodziny zastępcze oraz inne placówki opieki zastępczej) oraz osób bezdomnych zmotywowanych do zmian w życiu, oczekujących na przydział lokalu lub dążących do usamodzielnienia; osób zdiagnozowanych, realizujących kontrakt i indywidualny program wychodzenia z bezdomności

- w obszarze interwencji wsparcie dla osób zagrożonych bezdomnością, zadaniem w tym przypadku nie jest przygotowanie do samodzielności, ale zabezpieczenie przed bezdomnością na czas kryzysu.

4.3.1.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zwiększenie liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wychodzących na trwałe z sytuacji bezdomności samodzielnie lub przy wsparciu osób z zewnątrz.

Cele szczegółowe usługi:

- zwiększenie liczby mieszkań wspieranych dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
- zwiększenie liczby osób trwale wychodzących z sytuacji bezdomności
- zwiększenie liczby osób objętych wsparciem w postaci treningów, doradztwa i pracy socjalnej.

4.3.1.4 ZAKRES USŁUGI

- przyjęcie klienta na podstawie rekomendacji innej placówki lub instytucji
- instytucje rekomendujące do czasu wyjścia z sytuacji bezdomności współpracują z koordynatorem/kierownikiem mieszkań wspieranych
- realizacja indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności
- udzielenie zakwaterowania (maksymalnie na 3 lata, w uzasadnionych przypadkach na czas nieokreślony) na podstawie regulaminu, umowy najmu, indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności
- praca socjalna realizowana przez pracownika socjalnego spoza placówki; częstotliwość spotkań ustalona w IPWzB
- realizowanie monitoringu postępów w procesie wychodzenia z bezdomności prowadzonego przez pracowników socjalnych
- wsparcie w następujących obszarach: trening budżetowy, trening samoobsługi i zaradności życiowej, nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych, aktywności i odpowiedzialności, umiejętności rodzicielskich, spędzania wolnego czasu, aktywizacji nakierowanej na znalezienie i utrzymanie zatrudnienia, inne określone w IPWzB
- inne formy wsparcia: dodatki mieszkaniowe, redukcja zadłużenia (np. możliwość odpracowania), wsparcie rzeczowe, np. opał.

4.3.1.5 REZULTAT USŁUGI

- podwyższenie poziomu umiejętności osób objętych wsparciem w zakresie gospodarowania zasobami finansowymi, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, gospodarowania wolnym czasem itp.
- poprawa warunków lokalowych osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
- poprawa funkcjonowania osób bezdomnych w warunkach względnej samodzielności
- uregulowanie sytuacji prawnej
- poprawa dostępności wsparcia medycznego, socjalnego, psychologicznego, prawnego,
- uregulowanie sytuacji prawnej, zdrowotnej, socjalnej
- uregulowanie spraw urzędowych
- trwałe wyjście z sytuacji bezdomności.

4.3.1.6 KADRA I KOMPETENCJE OSÓB

Osoby administrujące placówką powinny tworzyć spójny zespół skutecznie realizujący określone usługi na rzecz osób bezdomnych.

Kadra wspierająca osoby bezdomne w mieszkaniach:

- kierownik/koordynator – osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie od strony administracyjnej i merytorycznej oraz współpracująca i monitorująca wraz z pracownikiem socjalnym z zewnątrz realizację IPWzB. Wykształcenie wyższe, przeszkolenie z pierwszej pomocy przedmedycznej
- pracownik socjalny z OPS – wykształcenie wyższe kierunkowe, doświadczenie w pracy indywidualnej i grupowej z osobami wykluczonymi społecznie (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- inne osoby wspierające, np. opiekunka do dzieci (w mieszkaniach wspieranych dla rodzin).

Kadra wspierająca osoby bezdomne poza mieszkaniem:

- pielęgniarka środowiskowa
- doradca zawodowy
- terapeuta
- lekarz (specjalizacja według potrzeb);
- kurator
- inne.

4.3.1.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.3.1.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

4.3.1.8.1 W DOMU DLA BEZDOMNYCH (W MIESZKANIACH WSPIERANYCH ZESPOLONYCH)

Czas świadczenia usługi – maksymalnie 3 lata, w uzasadnionych przypadkach czas nieokreślony.

- placówka o małej liczbie mieszkań w budynku (w przypadku realizacji mieszkań wspieranych o charakterze chronionym możliwe jest zamieszkiwanie większej liczby osób)
- samodzielne mieszkanie lub pokój dla 1-2 osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5 m²/os. (w przypadku wdrażania mieszkań wspieranych o charakterze chronionym minimum to 12 m²/os.), a w przypadku osób niepełnosprawnych 10 m²/os. (zgodnie z ogólnie przyjętymi przepisami), zamykane na klucz, który jest w posiadaniu osoby korzystającej z placówki
- dopuszcza się przyjmowanie osób z własnymi meblami
- zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody
- łazienka – wyposażona w WC, prysznic, umywalkę
- biuro kierownika, które może pełnić również rolę pokoju spotkań indywidualnych; z telefonem, internetem, szafą do przechowywania dokumentacji osób przebywających w placówce, wyposażone w apteczkę
- osobna toaleta dla personelu wspierającego na terenie placówki z dostępem do ciepłej wody
- pralnia – jedna pralka na maksymalnie 10 mieszkańców oraz możliwość suszenia odzieży (w przypadku braku pralni dopuszcza się pralkę w każdym mieszkaniu)
- minimalna temperatura 18°C dla pomieszczeń mieszkalnych oraz biurowych

- posiłki mieszkańcy zabezpieczają we własnym zakresie
- kuchnie wyposażone w sprzęt AGD do samodzielnego przygotowywania posiłków
- sala spotkań grupowych (niekoniecznie, jeśli są to usługi na zewnątrz)
- placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów, jakim powinny odpowiadać lokale mieszkalne.

4.3.1.8.2 W MIESZKANIACH WSPIERANYCH ROZPROSZONYCH

Czas świadczenia usługi – maksymalnie 3 lata, w uzasadnionych przypadkach czas nieokreślony

- samodzielne mieszkanie lub pokój dla 1–2 osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5 m²/os. (w przypadku wdrażania mieszkań wspieranych o charakterze chronionym minimum to 12 m²/os.), a w przypadku osób niepełnosprawnych 10 m²/os. (zgodnie z ogólnie przyjętymi przepisami), zamykane na klucz, który jest w posiadaniu osoby korzystającej z placówki
- dopuszcza się przyjmowanie osób z własnymi meblami
- zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody
- łazienka – wyposażona w WC, prysznic, umywalkę
- posiłki mieszkańcy zabezpieczają we własnym zakresie
- kuchnie wyposażone w sprzęt AGD do samodzielnego przygotowywania posiłków
- mieszkanie powinno spełniać wymogi odpowiednich przepisów, jakim powinny odpowiadać lokale mieszkalne.

4.3.1.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- urzędy miast i gmin
- wydziały i referaty budynków i lokali
- podmioty lecznicze
- wydziały zarządzania kryzysowego
- kościoły i związki wyznaniowe
- służby mundurowe.

4.3.1.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki
- umowa najmu
- książka meldunkowa
- IPWzB.

4.3.1.11 FINANSOWANIE I KOSZTY

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki dla osób bezdomnych oraz eksploatacji budynku, a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego
- powiat – w zakresie mieszkań chronionych dla usamodzielniających się wychowanków domów dziecka i uchodźców
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. MPiPS, FIO, EFS)
- prace remontowe i adaptacyjne na finansowanie na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, marszałek województwa, BGK), zalecane przygotowanie wieloletniego programu centralnego, który będzie finansował wprowadzanie standardów przewidzianych w odpowiednich przepisach
- udział finansowy osób bezdomnych
- możliwość korzystania z dodatków mieszkaniowych.

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne (np. opłaty za przeglądy budowlane, przeglądy instalacji, ubezpieczenie itp.),
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych (sale mieszkalne, kuchnie, sanitariaty itp.)
- koszty personelu merytorycznego.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego, przepisami dotyczącymi przeglądów okresowych)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.3.1.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki ilościowe:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym
- liczba udzielanych świadczeń (noclegów, posiłków, kąpeli, porad, konsultacji, informacji itp.)
- liczba osób regularnie korzystających z usługi
- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji służb mundurowych (traktowanych jako przypadki ratowania zdrowia lub życia)
- liczba osób podpisujących umowę najmu w mieszkaniu wspieranym
- liczba opracowanych IPWzB
- liczba realizowanych IPWzB
- liczba osób opuszczających placówkę w kierunku usamodzielnienia
- liczba osób korzystających z zewnętrznych usług specjalistów.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.4

Punkty pomocy doraźnej

4.4.1 Standard świetlicy

4.4.1.1 DEFINICJA USŁUGI

Świetlica – placówka pomocy doraźnej, umożliwiająca prowadzenie dziennej aktywności osobom bezdomnym i ubogim.

4.4.1.2 ODBIORCA USŁUGI

Osoby korzystające z placówek pomocy doraźnej, szczególnie ogrzewalni i noclegowni.

4.4.1.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zapewnienie możliwości dziennego pobytu oraz aktywności osobom bezdomnym, szczególnie w okresie jesienno-zimowym, a także umożliwienie dostępu do mediów (prasa, TV, internet).

Cele szczegółowe usługi:

- zwiększenie liczby osób posiadających informacje o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych
- zwiększenie możliwości znalezienia zatrudnienia poprzez swobodny dostęp do ofert pracy w prasie, internecie
- zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających na ulicach w ciągu dnia.

4.4.1.4 ZAKRES USŁUGI

- przyjęcie na podstawie wpisu do rejestru osób korzystających z usługi
- brak obostrzeń odnośnie do osób uprawnionych do korzystania z placówki
- pobyt dzienny, szczególnie w okresie jesienno-zimowym
- dostęp do prasy, telewizji, ofert pracy oraz informacji o formach udzielanych pomocy osobom bezdomnym
- praca socjalna za sprawą oddelegowanego pracownika z ośrodka pomocy społecznej (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej).

4.4.1.5 REZULTAT USŁUGI

- wzrost dostępności do placówek dziennej aktywności dla osób bezdomnych
- zwiększenie poziomu wiedzy osób bezdomnych o dostępnych formach wsparcia
- zwiększenie dostępności do ofert pracy
- zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających na ulicy w ciągu dnia,
- zwiększenie liczby osób objętych wsparciem systemowym.

4.4.1.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

- pracownicy przeszkoleni w zakresie pracy z osobami wykluczonymi społecznie
- nie określa się liczby zatrudnionych osób – personel powinien zapewnić sprawne funkcjonowanie placówki
- przynajmniej jeden pracownik przeszkolony z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.

4.4.1.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.4.1.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

Usługa jest realizowana na terenie gmin. Niewskazane jest łączenie świetlicy i placówek świadczących usługi mieszkaniowe.

Pomieszczenia:

- pokój umożliwiający pobyt dzienny – przyjmuje się, że świetlica powinna jednorazowo zapewnić miejsce 30 osobom
- toaleta dla personelu
- toaleta dla klientów
- telewizor, książki, prasa
- komputer z dostępem do internetu – w miarę możliwości.

Placówka powinna być zlokalizowana w łatwo dostępnym miejscu, otwarta całorocznie w ściśle określonych terminach (określone dzień i godziny otwarcia, informacje umieszczone na widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

4.4.1.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej
- urzędy miast i gmin
- podmioty lecznicze

- służby mundurowe
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- organizacje pozarządowe działające na polu pomocy społecznej
- kościoły i związki wyznaniowe
- wydziały i referaty budynków i lokali.

4.4.1.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki
- rejestr klientów
- dzienne statystyki liczby osób przebywających w świetlicy.

4.4.1.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki finansuje prowadzenie placówki, pokrywa koszty eksploatacyjne budynku
- wkład własny organizacji/institucji (środki własne, prywatni darczyńcy)
- dodatkowe źródła finansowania, np. minister pracy i polityki społecznej, FIO, EFS
- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, marszałek województwa, wojewoda).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne
- koszty personelu
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.4.1.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba udostępionych miejsc w świetlicy (zmiany w tym zakresie – powiększenie, pomniejszenie)
- liczba podmiotów współpracujących ze świetlicą
- liczba osób spoza gminy, na terenie której działa placówka
- liczba dni pobytu osoby w danym roku.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.4.2 Standard punktu konsultacyjno-informacyjnego

4.4.2.1 DEFINICJA USŁUGI

Punkt konsultacyjno-informacyjny – placówka pomocy doraźnej udzielająca wsparcia osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością. Umożliwia bezpłatne poradnictwo, najczęściej psychologiczne, pedagogiczne, prawne, socjalne, lekarskie. Udziela informacji o innych formach pomocy długofalowej (np. miejscach noclegowych) i doraźnej (np. miejscach, w których można otrzymać posiłek lub odzież).

4.4.2.2 ODBIORCY USŁUGI

Osoby zagrożone bezdomnością, bezdomne, wychodzące z bezdomności, usamodzielnione.

4.4.2.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zwiększenie liczby osób objętych wsparciem oraz mających dostęp do informacji w zakresie pomocy osobom bezdomnym na terenie gminy.

Cele szczegółowe usługi:

- zwiększenie liczby osób objętych specjalistycznym wsparciem
- zwiększenie oferty kompleksowego wsparcia dla osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym i bezdomnością

- rozszerzenie palety oferowanych usług w zakresie wsparcia dla osób bezdomnych
- zwiększenie liczby osób poinformowanych o możliwościach pomocy i konsultacji w kontakcie bezpośrednim, jak i przez telefon i e-mail
- zwiększenie liczby instytucji współpracujących w zakresie świadczenia usług na rzecz osób bezdomnych.

4.4.2.4 ZAKRES USŁUGI

- przyjęcie klienta bez skierowania i nieodpłatnie
- zapewnienie pomocy psychologicznej, pedagogicznej, medycznej, prawnej, socjalnej
- realizowanie pracy w zespole interdyscyplinarnym
- udzielanie informacji dotyczących pomocy doraźnej i długofalowej
- poradnictwo indywidualne, telefoniczne, e-mailowe
- zróżnicowanie zakresu i form świadczonych usług.

4.4.2.5 REZULTAT USŁUGI

- poprawa poziomu wsparcia dla osób potrzebujących w obszarze prewencji, interwencji i integracji
- poprawa dostępności do bezpłatnych usług z zakresu poradnictwa dla osób ubogich, bezdomnych, zagrożonych wykluczeniem społecznym
- podwyższenie poziomu oraz urozmaicenie kanałów udostępniania informacji o wsparciu na rzecz osób bezdomnych (kontakt osobiasty, telefon, e-mail, strona internetowa itp.)
- podwyższenie poziomu współpracy międzyinstytucjonalnej w zakresie wspierania i informowania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

4.4.2.6 KOMPETENCJE

Zatrudnienie obligatoryjne:

- kierownik/koordynator prowadzący placówkę, odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie od strony technicznej i merytorycznej; wykształcenie wyższe; etat, wymiar godzin w zależności od potrzeb. Preferowane jest, aby kierownik był jednocześnie jednym z konsultantów
- prawnik lub radca prawny; wymiar godzin według potrzeb, umowa cywilnoprawna

- psycholog, pedagog – wykształcenie kierunkowe z dodatkowymi szkoleniami; wymiar godzin według potrzeb, umowa cywilnoprawna
- pracownik socjalny; wymiar godzin według potrzeb, umowa cywilnoprawna.

Zatrudnienie fakultatywne, w zależności od potrzeb:

- lekarz psychiatra; wymiar godzin w zależności od potrzeb, umowa cywilnoprawna
- terapeuta lub trener umiejętności społecznych – wykształcenie wyższe kierunkowe; wymiar godzin według potrzeb, umowa cywilnoprawna
- inne (np. pielęgniarka, doradca zawodowy), umowa cywilnoprawna.

4.4.2.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy bądź organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- osoby fizyczne i prawne
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.4.2.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

- placówka bez barier architektonicznych
- placówki małe, w skład których wchodzi 2-3 pokoje do konsultacji; może być to placówka pomocy doraźnej przy innej długofalowej; tu dopuszczalne jest korzystanie z tych samych pomieszczeń
- w pomieszczeniach do konsultacji powinna być odpowiednia liczba miejsc siedzących zapewniająca komfort osobom korzystającym
- poczekalnia
- pomieszczenie z szafą do przechowywania dokumentacji
- zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody
- osobna toaleta dla personelu z dostępem do ciepłej wody
- jeden pracownik na każdym dyżurze powinien być przeszkolony w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej
- placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów lokali użytkowych.

4.4.2.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- podmioty lecznicze
- służby mundurowe
- urzędy miast i gmin
- urzędy wojewódzkie
- ośrodki pomocy społecznej
- wymiar sprawiedliwości
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- wolontariat
- inni, według zapotrzebowania.

4.4.2.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum prowadzonej dokumentacji:

- regulamin placówki
- dziennik raportów
- rejestr osób korzystających i udzielonego wsparcia.

4.4.2.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

Gmina może zlecić prowadzenie i finansowanie usługi.

- gmina w zakresie funkcjonowania placówki przeznaczając kwotę na prowadzenie placówki oraz koszty eksploatacyjne budynku
- gminny fundusz przeciwalkoholowy
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. MPiPS, FIO, EFS)
- powiat, gdyż punkt konsultacyjny wykonuje część zadań dla ośrodków interwencji kryzysowych
- prace remontowe i adaptacyjne są finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, marszałek województwa).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych
- koszty personelu.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.4.2.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki ilościowe:

- liczba udzielonych świadczeń z podziałem na kategorie (prawne, socjalne i in.)
- liczba osób korzystających ze świadczeń z podziałem na kategorie (np. bezdomni, osoby w kryzysie)
- liczba podmiotów współpracujących z punktem
- liczba osób spoza gminy, na terenie której działa punkt
- wiek osób korzystających
- płeć osób korzystających.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.4.3 Standard punktu wdawania żywności

4.4.3.1 DEFINICJA USŁUGI

Punkt wydawania żywności – placówka pomocy doraźnej wydająca produkty żywnościowe umożliwiające osobom ubogim i bezdomnym przygotowanie posiłków.

4.4.3.2 ODBIORCA USŁUGI

Osoby i rodziny ubogie, zagrożone bezdomnością oraz osoby bezdomne, żyjące w przestrzeni publicznej.

4.4.3.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zmniejszanie obszarów niedożywienia i przeciwdziałanie marnotrawieniu żywności.

Cele szczegółowe usługi:

- zmniejszenie liczby osób ubogich, osób bezdomnych borykających się z problemem braku produktów żywnościowych
- zwiększenie przepływu produktów żywnościowych zdatnych do użycia przed końcem terminu ważności, zalegających w magazynach, u producentów, w hurtowniach, sklepach, do instytucji wspierających osoby i rodziny ubogie, bezdomne
- zwiększenie aktywności środowiska lokalnego w zakresie działań informacyjnych, edukacyjnych, integracyjnych na rzecz osób, rodzin ubogich i bezdomnych.

4.4.3.4 ZAKRES USŁUGI

Punkt gromadzi żywność z następujących źródeł:

- zbiórki żywności z okazji świąt i różnych okoliczności
- indywidualni darczyńcy
- firmy i instytucje produkujące i/lub dystrybuujące produkty żywnościowe
- zakup i dystrybucja żywności ze środków finansowych pozyskanych na ten cel

Punkt wydawania żywności:

- prowadzi dystrybucję żywności spełniającą wymogi sanitarno-epidemiologiczne (według obowiązujących przepisów dotyczących żywności i żywienia)
- wydaje żywność osobom i rodzinom ubogim, w tym osobom bezdomnym na podstawie skierowania lub oświadczenia
- wydaje żywność organizacjom i instytucjom na podstawie umowy lub porozumienia współpracy
- dystrybucję żywności ewidencjonuje w określonej dokumentacji przychodu i rozchodu
- integruje środowisko lokalne na rzecz wspierania osób ubogich, z naciskiem na angażowanie wolontariuszy do pracy przy zbiorach i dystrybucji żywności
- prowadzi akcje np. „Jedzenie zamiast bomb”, „Podziel się posiłkiem” itp.

4.4.3.5 REZULTATY USŁUGI

- zaspokojenie potrzeb żywieniowych osób i rodzin ubogich, w tym bezdomnych

- zwiększenie liczby środowisk domowych osób ubogich, w tym bezdomnych, którym dostarczana jest pomoc żywnościowa
- zwiększenie poziomu wykorzystania żywności zalegającej w magazynach sklepów, hurtowni, spełniającej normy wskazane w odpowiednich przepisach
- stworzenie (wyłonienie) grupy wolontariuszy pracującej na rzecz osób ubogich, wywodzącej się ze społeczności lokalnej
- zintegrowanie środowiska lokalnego oraz jego edukowanie, uwrażliwianie na potrzeby innych.

4.4.3.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

- personel zapewniający prawidłowe funkcjonowanie placówki w zależności od jej wielkości i zasięgu działania, posiadający aktualne badania lekarskie dopuszczające do kontaktu z żywnością
- wolontariusze posiadający aktualne badania lekarskie dopuszczające do kontaktu z żywnością.

4.4.3.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gmina
- organizacja wyłoniona w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- przewoźnicy (PKP, metro itp.)
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.4.3.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

- punkt wydawania żywności może funkcjonować w następujących formach
- działając samodzielnie w ramach organizacji przez określony czas, określonym miejscu i w pomieszczeniach dostosowanych do przechowywania i dystrybucji żywności
- działając przy innych placówkach świadczących usługi na rzecz osób bezdomnych i ubogich z wydzielonymi pomieszczeniami do przechowywania i dystrybucji żywności
- punkt może być utworzony na czas wydawania żywności zebraanej w czasie organizowanych okolicznościowych zbiórek żywności w celu wydania jej osobom lub instytucjom

- punkt powinien być wyposażony w regały, półki, sprzęt dostosowany do rodzaju otrzymywanych i wydawanych produktów żywnościowych
- placówka powinna być dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, bez barier architektonicznych
- pomieszczenia punktu muszą spełniać wymagania przepisów budowlanych.

4.4.3.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- urzędy miast i gmin
- ośrodki pomocy społecznej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej)
- organizacje pozarządowe i instytucje działające w obszarze pomocy społecznej
- banki żywności
- wydziały zarządzania kryzysowego
- prywatni przedsiębiorcy i firmy
- inne.

4.4.3.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

- regulamin placówki
- rejestr osób korzystających z usług
- rejestr darów i zakupionych artykułów spożywczych.

4.4.3.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki. Uwaga: w placówkach pomocy doraźnej ze względu na dużą rotację klientów wskazane jest finansowanie zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób (zamiast finansowania zależnego od liczby osób) oraz eksploatacji budynku, a także finansowanie personelu merytorycznego i administracyjnego
- Europejski Program Pomocy Żywnościowej (PEAD)
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy)
- dofinansowania z budżetu państwa w ramach programów dożywiania ubogich i bezdomnych

- banki żywności
- prace remontowe i adaptacyjne są finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, marszałek województwa).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne
- koszty personelu
- zakup wyposażenia pomieszczeń
- zakup lub transport artykułów żywnościowych.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego)
- prace remontowe i adaptacyjne
- koszty administracyjno-biurowe.

4.4.3.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba wydanych paczek i produktów żywnościowych według asortymentu
- liczba klientów
- liczba osób korzystających ze świadczenia 2 i więcej razy w określonym czasie – tygodniu, miesiącu, kwartale
- liczba podmiotów współpracujących
- liczba podmiotów współpracujących na podstawie formalnego porozumienia.

Ewaluacja:

- gmina – na podstawie sprawozdań półrocznych, rocznych z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.4.4 4.4. Standard punktu wydawania odzieży

4.4.4.1 DEFINICJA USŁUGI

Punkt wydawania odzieży – placówka pomocy doraźnej, przeznaczona do udzielania pomocy osobom bezdomnym i ubogim w zakresie zaopatrzenia w niezbędną odzież, odpowiednią do panujących warunków atmosferycznych.

4.4.4.2 ODBIORCA USŁUGI

Osoby ubogie, w tym osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością.

4.4.4.3 CEL USŁUGI

Zmniejszenie liczby osób ubogich, w tym bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, nieposiadających odzieży dostosowanej do panujących warunków atmosferycznych.

4.4.4.4 ZAKRES USŁUGI

Opis procedury świadczenia pomocy:

- sprawdzenie kwalifikowalności klienta na podstawie oświadczenia bądź skierowania
- wydanie odzieży
- jeśli konieczne – zapewnienie możliwości przebrania się.

4.4.4.5 REZULTAT USŁUGI

Uzyskanie przez osoby ubogie, w tym bezdomne i zagrożone bezdomnością, odzieży odpowiedniej do panujących warunków atmosferycznych.

4.4.4.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

Nie określa się liczby zatrudnionych osób – personel (w tym wolontariusze) powinien zapewnić sprawne funkcjonowanie placówki.

4.4.4.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gminy
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze.

4.4.4.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

Placówka może funkcjonować przy innych placówkach działających na rzecz osób bezdomnych i ubogich. Takie umocowanie znacznie obniży koszty realizacji zadania.

4.4.4.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej
- urzędy miast i gmin
- podmioty lecznicze
- wydziały zarządzania kryzysowego
- służby mundurowe
- organizacje pozarządowe działające na polu pomocy społecznej
- kościoły i związki wyznaniowe
- służby celne.

4.4.4.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

Minimum prowadzonej dokumentacji:

- regulamin placówki
- rejestr darów
- rejestr osób korzystających.

4.4.4.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki. Uwaga: w placówkach pomocy doraźnej ze względu na dużą rotację klientów wskazane jest finansowanie zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób (zamiast finansowania zależnego od liczby osób) oraz eksploatacji budynku, a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. minister pracy i polityki społecznej, FIO, EFS)
- prace remontowe i adaptacyjne są finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, BGK).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne
- koszty personelu
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych
- zakup lub pozyskanie odzieży.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami
- prace remontowe i adaptacyjne.

4.4.4.12 MONITORING WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób korzystających z usługi
- liczba osób korzystających ze świadczenia dwa i więcej razy
- liczba podmiotów współpracujących
- liczba podmiotów współpracujących na podstawie formalnego porozumienia.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.5

Standard jadłodajni

4.5.1 Definicja usługi

Jadłodajnia (stołówka charytatywna, kuchnia społeczna) – placówka pomocy doraźnej, w której można spożyć posiłek i w której świadczona jest usługa wydawania ciepłych posiłków dla osób ubogich, bezdomnych.

4.5.2 Odbiorcy usługi

Osoby i rodziny ubogie, w tym osoby bezdomne, niemogące zapewnić sobie ciepłego posiłku we własnym zakresie.

4.5.3 Cel główny usługi

Zmniejszenie liczby osób i rodzin ubogich, w tym osób bezdomnych, pozostających w ciągu dnia bez ciepłego posiłku.

Cele szczegółowe:

- zwiększenie liczby producentów, hurtowni, sklepów zdecydowanych przekazać nadwyżki produktów żywnościowych spełniających normy higieny żywności, zalegające w magazynach, do przygotowywania ciepłych posiłków dla osób, rodzin ubogich i bezdomnych
- zwiększenie liczby miejsc, w których można uzyskać informacje o instytucjach i organizacjach działających na rzecz osób, rodzin ubogich i bezdomnych.

4.5.4 Zakres usługi

Jadłodajnie:

- przechowują produkty żywnościowe w pomieszczeniach spełniających wymagania obowiązujących przepisów budowlanych i przepisów dotyczących żywienia oraz zaopatrzonych w odpowiednie półki, regały, sprzęty, urządzenia chłodnicze, zamrażarki
- przygotowują i wydają gorące posiłki w oparciu o wdrożone i przestrzegane procedury HACCP
- współpracują z instytucjami i innymi organizacjami z obszaru pomocy społecznej. Są uczestnikami partnerstwa lokalnego w zakresie wspierania osób ubogich, rozwiązywania ich problemów i zaspokajania potrzeb żywnościowych
- działają w godzinach i dniach wyznaczonych przez prowadzącą organizację
- umożliwiają dostęp do informacji o organizacjach i instytucjach wspierających osoby, rodziny ubogie i bezdomne
- wydają posiłki osobom na podstawie otrzymanego skierowania wydanego przez organizację, jak i osobom bez skierowania oraz według zapotrzebowania każdemu potrzebującemu.

4.5.5 Rezultaty usługi

- zmniejszanie obszarów niedożywienia
- poprawienie jakości życia osób ubogich i bezdomnych
- zmniejszenie ilości marnotrawionych produktów żywnościowych, dobrych jakościowo, a zalegających w magazynach sklepów, nadających się do przygotowania posiłków
- rozszerzenie oferty pomocy osobom ubogim i bezdomnym w zakresie zaspokajania potrzeb żywnościowych
- udział w pracach partnerstwa lokalnego między organizacjami i instytucjami wspierającymi osoby ubogie
- wzrost poziomu rozpoznania problemów osób ubogich i bezdomnych w danej społeczności lokalnej.

4.5.6 Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi

Zatrudnienie jest zależne od wielkości placówki oraz ilości przygotowywanych gorących posiłków.

- kierownik/administrator odpowiedzialny za finansowe i techniczne funkcjonowanie placówki
- kucharz posiadający uprawnienia oraz aktualne badania dopuszczające do kontaktu z żywnością
- personel pomocniczy kuchni, posiadający aktualne badania dopuszczające do kontaktu z żywnością
- inni, zgodnie z potrzebami (kierowca, magazynier).

4.5.7 Podmioty realizujące usługę

- gmina
- organizacja wyłoniona w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- podmioty gospodarcze
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi

4.5.8 Warunki realizacji usługi

- jadalnia jest miejscem dostarczania gorących posiłków osobom ubogim, bezdomnym
- czas działania jadalni określa regulamin placówki
- godziny i dni wydawania posiłków są uwidocznione na zewnątrz placówki
- placówka jest pozbawiona barier architektonicznych, dostępna dla osób niepełnosprawnych ruchowo
- zapewnia miejsca siedzące przy stole, wieszaki na wierzchnią odzież, dostęp do umywalki oraz toalety dla klientów
- posiłki wydawane są odpłatnie osobom potrzebującym na podstawie otrzymanego skierowania ze współpracującej placówki lub osobom bez skierowania (odpłatnie według kryteriów pomocy społecznej lub sprzedaż dla osób, które chcą kupić posiłek)
- posiłki mogą być wydawane osobom potrzebującym bezpłatnie, jeśli organizacja przewiduje taką formę działalności.

4.5.9 Współpraca przy realizacji usługi

- ośrodki pomocy społecznej
- organizacje pozarządowe i instytucje działające w obszarze pomocy społecznej
- urzędy miast i gmin
- wydziały zarządzania kryzysowego
- prywatni przedsiębiorcy i firmy
- kościoły i związki wyznaniowe
- inne.

4.5.10 Dokumentacja usługi

- regulamin placówki
- rejestr darów i zakupionych artykułów spożywczych
- rejestr osób korzystających z usług bezpłatnych lub częściowo płatnych.

4.5.11 Koszty i finansowanie

Źródła finansowania placówek:

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki. Uwaga: w placówkach pomocy doraźnej z uwagi na dużą rotację klientów wskazane jest finansowanie zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób (zamiast finansowania zależnego od liczby osób) oraz eksploatacji budynku, a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego
- Europejski Program Pomocy Żywnościowej (PEAD)
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy)
- banki żywności
- prace remontowe i adaptacyjne są finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda, marszałek województwa).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne

- koszty personelu
- zakup produktów żywnościowych
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych
- zakup środków czystości i koszty transportu.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego)
- prace remontowe i adaptacyjne.

4.5.12 Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba wydanych gorących posiłków
- liczba osób korzystających z pomocy bezpłatnej lub częściowo płatnej
- liczba podmiotów współpracujących
- liczba podmiotów współpracujących na podstawie formalnego porozumienia.

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

4.6

Standard łaźni

4.6 Standard łaźni

4.6.1 DEFINICJA USŁUGI

Łaźnia – placówka pomocy doraźnej umożliwiająca skorzystanie z zabiegów higienicznych (kąpiele), niezbędnych środków higienicznych, odzieży na wymianę oraz przeprowadzenie zabiegów odwszawiania.

4.6.2 ODBIORCA USŁUGI

Osoby, rodziny ubogie żyjące w warunkach substandardowych oraz osoby bezdomne żyjące w przestrzeni publicznej.

4.6.3 CEL GŁÓWNY USŁUGI

Zwiększenie liczby osób i rodzin ubogich, w tym bezdomnych, mogących skorzystać z zabiegów higienicznych (kąpiele), zabiegów odwszawiania, wymiany odzieży.

Cele szczegółowe usługi:

- zmniejszenie liczby osób, rodzin ubogich żyjących w warunkach substandardowych, oraz osób bezdomnych żyjących w przestrzeni publicznej bez dostępu do ciepłej wody
- zmniejszenie liczby osób, rodzin ubogich żyjących w warunkach substandardowych, oraz osób bezdomnych bez dostępu do podstawowych środków higieny osobistej (mydło, szampon, środki przeciwwszawicze, ręczniki)
- zmniejszenie liczby osób i rodzin bezdomnych bez możliwości wymiany odzieży na czystą po zabiegach higienicznych

- zwiększenie ilości i jakości działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej wśród osób bezdomnych
- zwiększenie liczby prywatnych firm, wchodzących we współpracę z organizacjami i instytucjami w zakresie przekazywania środków higienicznych zalegających w magazynach, a nadających się do wykorzystania
- zwiększenie liczby miejsc, w których można uzyskać informacje o instytucjach i organizacjach działających na rzecz osób, rodzin ubogich i bezdomnych.

4.6.4 ZAKRES USŁUGI

- łaźnia przeznaczona do świadczenia usług z zakresu zachowania higieny osobistej
- warunki umożliwiają korzystanie z usług w sposób gwarantujący zachowanie intymności i godności
- umożliwia się w razie potrzeby: wymianę odzieży, zabiegi odswawiające, pierwszą pomoc przedmedyczną
- umożliwia się dostęp do informacji o organizacjach i instytucjach udzielających wsparcia osobom ubogim i bezdomnym.

4.6.5 REZULTATY USŁUGI

- zwiększenie poziomu dostępu do ciepłej wody osobom, rodzinom ubogim żyjącym w warunkach substandardowych i osobom bezdomnym żyjącym w przestrzeni publicznej
- zwiększenie poziomu wykorzystania środków higienicznych zdanych do dalszego używania, zalegających w magazynach, u producentów, w hurtowniach, sklepach – do celów pomocy społecznej przez instytucje wspierające osoby i rodziny ubogie, osoby bezdomne
- wzrost poziomu przeciwdziałania wszawicy wśród osób, rodzin ubogich żyjących w warunkach substandardowych oraz osób bezdomnych żyjących w przestrzeni publicznej
- zwiększenie poziomu dostępu do czystej odzieży dla osób bezdomnych żyjących w przestrzeni publicznej
- rozszerzenie zakresu usług pomocy doraźnej świadczonej przez organizacje i instytucje współpracujące ze sobą w ramach partnerstwa lokalnego na rzecz osób ubogich i bezdomnych.

4.6.6 KOMPETENCJE – KWALIFIKACJE REALIZATORA USŁUGI

- kierownik lub administrator odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie placówki
- kadra dostosowana do wielkości, obszaru oraz formy działania placówki
- wolontariusze.

4.6.7 PODMIOTY REALIZUJĄCE USŁUGĘ

- gmina
- organizacja uprawniona na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- przewoźnicy (MPK, PKP itp.)
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.6.8 WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

- placówka gromadzi środki czystości i przeciwwyszawicze od prywatnych firm i hurtowni lub/i z zakupów z własnych środków finansowych
- placówka udziela pomocy osobom potrzebującym w wyznaczonym czasie
- godziny i dni działania placówki uwidocznione są na zewnątrz placówki
- w placówce obowiązuje regulamin określający zasady funkcjonowania
- placówka może pełnić funkcję punktu informacyjnego
- pomieszczenia łaźni muszą spełniać wymagania przepisów przeciwpożarowych, sanitarno-epidemiologicznych, bhp i budowlanych
- pomieszczenia łaźni gwarantują zachowanie intymności (odrębne pomieszczenia dla kobiet i mężczyzn)
- przy placówce może funkcjonować punkt wydawania odzieży.

4.6.9 WSPÓŁPRACA PRZY REALIZACJI USŁUGI

- ośrodki pomocy społecznej
- organizacje pozarządowe i instytucje działające w obszarze pomocy społecznej
- urzędy miast i gmin

- wydziały zarządzania kryzysowego
- prywatni przedsiębiorcy i firmy
- kościoły i inne związki wyznaniowe
- inne.

4.6.10 DOKUMENTACJA USŁUGI

- regulamin placówki
- rejestr usług
- rejestr osób korzystających z usługi.

4.6.11 KOSZTY I FINANSOWANIE

- gmina – w zakresie funkcjonowania placówki (uwaga: w placówkach pomocy doraźnej ze względu na dużą rotację klientów wskazane jest finansowanie zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób zamiast finansowania zależnego od liczby osób) oraz eksploatacji budynku, a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego
- wkład własny organizacji/institucji (środki własne, prywatni darczyńcy)
- prace remontowe i adaptacyjne są finansowane na poziomie ponadgminnym (minister pracy i polityki społecznej, wojewoda).

Koszty bezpośrednie, np.:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralne ogrzewanie itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne
- koszty personelu
- zakup środków czystości, środków odświeżających
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych.

Koszty pośrednie, np.:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (przeciwpożarowymi, sanitarno-epidemiologicznymi, prawa budowlanego)
- prace remontowe i adaptacyjne.

4.6.12 MONITORING I EWALUACJA WYKONANIA USŁUGI

Monitoring prowadzony jest w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób korzystających z zabiegów higienicznych
- liczba osób korzystających z zabiegów odwszawiających
- liczba osób korzystających z wymiany odzieży
- liczba osób korzystających ze świadczenia dwa i więcej razy w określonym czasie (tydzień, miesiąc, kwartał)
- liczba podmiotów współpracujących
- liczba podmiotów współpracujących na podstawie formalnego porozumienia
- liczba osób skierowanych do innych placówek (nocleg, pomoc medyczna itp.).

Przeprowadzenie okresowej ewaluacji w celu podniesienia jakości usług:

- gmina – na podstawie półrocznych i rocznych sprawozdań z wykonania zadania oraz kontroli
- organizacja prowadząca – na podstawie półrocznej i rocznej autoewaluacji – protokół autoewaluacji.

Materiał merytoryczny opracowali:

Wiesława Cieślik, Paweł Ciołkowski, Sylwia De Roover, Jolanta Kowalik, Tomasz Maruszak, Adriana Porowska, Mirosław Przewoźnik, Iwona Radziwon

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli:

Małgorzata Duda, Edyta Domagała, Marzena Gałgowska, Józefa Grodecka, ks. Stanisław Słowik, Katarzyna Stępka

Bibliografia:

Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Dz.U. z 29.05.2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.





STANDARD ZDROWIA

5.1

Standard potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Nazwa/opis/definicja usługi

Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.1.1.1 GWARANCJA KONSTITUCYJNA

Jednym z podstawowych celów ubezpieczenia zdrowotnego jest zagwarantowanie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych. Obowiązek w tym zakresie nakładany jest na władze publiczne. Nie oznacza to jednak gwarancji pełnej dostępności do świadczeń, stąd m.in. wynika ograniczony (czasowo) charakter 90-dniowego potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5.1.1.2 GWARANCJA USTAWY O POMOCY SPOŁECZNEJ

Przepis art. 17 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.) – obowiązkowym zadaniem własnym gminy jest m.in. opłacanie

składek na ubezpieczenie zdrowotne, określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) składka na ubezpieczenie zdrowotne opłaca (co do zasady) osoba podlegająca ubezpieczeniu, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w art. 85 i 86 tejże ustawy. Wyjątki te obejmują także osoby otrzymujące świadczenia na podstawie ustawy o pomocy społecznej, w tym osoby bezdomne – zob. art. 86 ust. 1 pkt 11 ustawy w zw. z art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30 tejże ustawy.

Zgodnie z art. 49 ust. 8 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej za osobę bezdomną objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia – obecnie: w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

Inną możliwą formą zapewnienia dostępu do usługi medycznej osobie bezdomnej jest zasiłek celowy przeznaczony na pokrycie kosztów związanych z leczeniem. Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej obowiązkowym zadaniem własnym gminy jest także przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (obecnie: powołanej wyżej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasiłek ten przewidziany jest w art. 39 ust. 3 tejże ustawy.

Istnieje także możliwość, by osoba, która nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego, zarejestrowała się w powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna, w przypadku kiedy posiada dokumenty takie jak dowód osobisty lub inny dokument stwierdzający tożsamość, zameldowanie na pobyt stały lub czasowy trwający nie krócej jak 3 miesiące na terenie, na którym znajduje się Urząd Pracy, oraz świadectwa ukończenia szkół i świadectwa z zakładu pracy – obowiązki i uprawnienia osoby rejestrowanej w PUP jako bezrobotnej określa ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz.

1001 z późn. zm.) oraz przepisy wykonawcze do tejże ustawy, a także rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz.U. z 10.12.2004 Nr 262 poz. 2607 z późn. zm.). Jeżeli osoba będzie musiała skorzystać z lekarza, w PUP zostaje wystawiony stosowny dokument, który można okazać podczas wizyty. Jeżeli choroba powoduje, że podjęcie pracy nie jest możliwe, należy przedłożyć zwolnienie lekarskie, tak by w Urzędzie Pracy nie podejmowano działań zmierzających do znalezienia pracy dla tej osoby oraz nie aktywowano jej.

5.1.2 Odbiorca usługi

Osoba bezdomna, nieubezpieczona, bez prawa do ubezpieczenia z powiatowego Urzędu Pracy.

5.1.3 Cele usługi

Głównym celem usługi jest uzyskanie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osobę bezdomną i traktowanie go na równi z każdym mieszkańcem RP podczas wizyt u lekarza czy porad u specjalistów. Osoba posiadająca takie prawo przez okres jego obowiązywania jest pełnoprawnym pacjentem każdego rodzaju przychodni i placówki, która zobowiązana jest zapewniać świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Cele szczegółowe usługi:

- uzyskanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz możliwości skorzystania z ww. zasiłku celowego
- oprawa stanu zdrowia – poprzez umożliwienie skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z przywołanymi wyżej aktami prawnymi.

5.1.4 Zakres usługi

Ustawa o pomocy społecznej oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wyklucza sytuacji, w której nie tylko osoby bezdomne realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności, ale także takie, które go nie realizują, mogą zostać objęte ww. usługą.

Usługa może być świadczona, jeśli w placówkach ochrony zdrowia zatrudniani będą pracownicy socjalni (w szpitalu wojewódzkim, powiatowym, miejskim – minimum 1 etat pracownika socjalnego, jednak w dużych szpitalach przyjmujących dużą liczbę osób bezdomnych liczba etatów powinna być większa).

5.1.4.1 SZPITAL

Usługa może być realizowana w przypadku, kiedy pracownik szpitala w momencie przyjęcia pacjenta będzie informował go o możliwości uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na okres 90 dni, a także o możliwości wypełniania druku-wniosku, w którym klient prosi o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego i objęcie pomocą w zakresie uzyskania takiego prawa. Tego samego dnia lub w dniu następnym powinien zostać przeprowadzony wywiad środowiskowy. Pozwoli to na objęcie pacjenta kompleksową pomocą.

W przypadku, w którym do szpitala zostaje przywieziony pacjent, z którym nie ma kontaktu (brak jest także kontaktu z rodziną), jest nieprzytomny i bez dokumentów, nie posiada również ubezpieczenia – wnioski w zakresie uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej nie są przyjmowane (ze względu na niekompletność – brak wywiadu środowiskowego), a tym samym nie jest możliwe wydanie decyzji administracyjnej o przyznaniu takiego prawa, a w konsekwencji powstaje wątpliwość co do sposobu finansowania świadczeń medycznych udzielanych takiej osobie – wówczas konieczne jest, aby pracownik socjalny podjął działania zmierzające do ustalenia personaliów osoby znajdującej się w szpitalu. W sytuacji gdy zostaną one ustalone, należy sprawdzić, czy osoba ta była już kiedyś (bądź jest obecnie) objęta ubezpieczeniem zdrowotnym lub też jest zarejestrowana w powiatowym Urzędzie Pracy. Jeżeli natomiast niemożliwe jest rozpoznanie osoby, a w efekcie ustalenie ww. informacji, wskazane jest, aby pracownik socjalny rozpoczął procedurę związaną z ustaleniem tożsamości tej osoby (np. poprzez kontakt z policją).

5.1.4.2 PRZYCHODNIA LEKARSKA

Usługa będzie realizowana, w przypadku kiedy pracownik przychodni poinformuje osobę bezdomną o możliwości uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obejmujących uszkodzenie ciała, np. złamanie nogi, krwawiące rany, usunięcie szwów z rany itp.). W tym przy-

padku zachowana zostanie procedura uzyskania z NFZ środków za udzielone w przychodni świadczenie.

Osoba nieubezpieczona zgłaszająca się do przychodni powinna poprzedzić tą wizytę kontaktem z OPS, gdzie pracownik socjalny przeprowadzi z nią wywiad środowiskowy, w którym osoba ta poprosi o uzyskanie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub, w przypadku osób, które nie mają sprecyzowanego miejsca pobytu, o jednorazowy zasiłek na pokrycie kosztów usługi medycznej, tak by NFZ pokrył koszty usługi świadczonej w przychodni.

Osoba zgłaszająca się do przychodni powinna uzyskać wszelkie informacje dotyczące możliwości uzyskania takiego prawa.

5.1.5 **Rezultat usługi**

Możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego.

Miejsce umocowania usługi – akty prawne

- art. 7 pkt 3, art. 17, 39 i 49 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)
- Dz.U.art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)
- art. 84–86 oraz art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

Zgodnie z przytoczonymi wyżej aktami prawnymi pomocy społecznej udziela się m.in. ze względu na bezdomność.

- art. 33 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.)
- rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz.U. z 10.12.2004 Nr 262 poz. 2607).

5.1.7 Podmioty realizujące usługę

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prezydent miasta, burmistrz, wójt opierają swoje działania o środki budżetu państwa i środki własne gminy, ponadto realizatorami usługi są szpitale, przychodnie oraz ośrodki pomocy społecznej.

5.1.8 Warunki realizacji usługi

Warunkiem realizacji usługi jest sytuacja, w której:

- z powodu nagłego przypadku świadczeniobiorca natychmiast musi zostać objęty świadczeniem zdrowotnym
- świadczeniobiorca jest osobą nieubezpieczoną bez prawa do ubezpieczenia z powiatowego Urzędu Pracy oraz innych form ubezpieczenia.

Zgodnie z postanowieniami art. 54 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego, kiedy świadczeniobiorca jest np. nieprzytomny, na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Do realizacji usługi niezbędne jest złożenie wniosku o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. I tak osoba, która porusza się samodzielnie, osobiście składa taki wniosek w najbliższym OPS. Osoba przebywająca w szpitalu składa wniosek w miejscu pobytu, następnie pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy i zostaje wydana decyzja administracyjna.

Natomiast w sytuacji, gdy udziela się pomocy doraźnej osobom nieprzytomnym, chorym psychicznie lub cierpiącym na zaburzenia pamięci, o tożsamości niemożliwej do ustalenia w danej chwili i tym samym braku możliwości złożenia przez świadczeniobiorcę lub świadczeniodawcę wniosku o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na okres 90 dni, pracownik socjalny powinien niezwłocznie rozpocząć procedurę ustalenia tożsamości świadczeniobiorcy.

5.1.9 Współpraca przy realizacji usługi

W realizacji usługi jednostki organizacyjne pomocy społecznej, a także organizacje pozarządowe statutowo zajmujące się problematyką pomocy osobom bezdomnym, współpracują z miejscowymi szpitalami i przychodniami lekarskim.

5.1.10 Dokumentacja usługi

Wniosek osoby bezdomnej, na podstawie którego przeprowadzony jest wywiad środowiskowy i wydana decyzja administracyjna o prawie do świadczeń zdrowotnych.

5.2

Standard opieki paliatywnej i hospicyjnej w placówkach świadczących usługi dla osób bezdomnych

5.2.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Opieka hospicyjna (wg WHO) jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Opieką otaczani są zarówno chorzy, jak i ich rodziny oraz bliscy. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie

cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaga rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia.

Opieka hospicyjna jest specjalistycznym świadczeniem medycznym. Może być stacjonarna, domowa oraz ambulatoryjna. Osoba bezdomna przebywająca w placówce może korzystać z opieki domowej, a jeżeli nie istnieje możliwość wykonywania badań w placówce, jest kierowana do ambulatorium. Usługa hospicyjna realizowana w placówce powinna być etapem przejściowym w czasie oczekiwania na miejsce w hospicjum stacjonarnym.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 11 ustawy opieka paliatywna i hospicyjna jest przysługującym świadczeniobiorcy świadczeniem gwarantowanym.

5.2.2 Odbiorca usługi – grupa docelowa

Głównym odbiorcą usługi są osoby z chorobą nowotworową oraz innymi nieuleczalnymi chorobami w okresie terminalnym. Ponadto zasadą hospicjum domowego jest pomoc rodzinie chorego w opiece, pielęgnacji, poprawie jakości jego życia. Zespół hospicyjny nie wyręcza otoczenia w pracy i pielęgnacji osoby umierającej.

5.2.3 Cel usługi

Zapewnienie wszechstronnej, całościowej opieki osobom bezdomnym chorym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby.

Cele szczegółowe usługi – zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, towarzyszenie osobom w okresie terminalnym do momentu śmierci, zapewnienie opieki pielęgnacyjnej, zapewnienie wsparcia zespołowi placówki.

5.2.4 Zakres usługi – świadczenia gwarantowane

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia, o których mowa w § 5 pkt 1–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i przez pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia – drabina analgetyczna, leczenie innych objawów somatycznych,

opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną oraz rehabilitację), a także bezpłatne wypożyczenie przez hospicja domowe przyrządów medycznych i środków pomocniczych, określonych w załączniku do powołanego wyżej rozporządzenia.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- porady lekarskie, porady lekarsko-pielęgniarskie w domu świadczeniobiorcy, porady psychologiczne
- konsultacje lekarskie, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego
- wsparcie rodziny świadczeniobiorcy.

W zakresie koniecznych do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze.

Świadczenia gwarantowane nie przysługują świadczeniobiorcom przebywającym w hospicjum domowym, w przypadku gdy korzystają oni ze świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych.

5.2.5 Rezultat usługi

Głównym rezultatem jest poprawa jakości życia (stanu zdrowia psychosomatycznego) poprzez:

- ograniczenie bólu
- leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych i pielęgnację
- łagodzenie cierpień psychicznych osoby chorej
- nawiązanie kontaktu z rodziną
- nabycie wiedzy w zakresie edukacji zdrowotnej osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników
- pomoc w rozwiązywaniu problemów osobistych
- zdobycie przez opiekunów umiejętności z zakresu zabiegów pielęgnacyjnych
- zintegrowanie mieszkańców placówki w działaniach na rzecz towarzyszenia osobie umierającej

- wzmocnienie i udzielenie wsparcia psychicznego rodzinie i zespołowi opiekującemu się chorym bezdomnym w czasie trwania choroby i osierocenia.

5.2.6 Miejsce umocowania usługi

Hospicja powoływane są zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) oraz wydanego na podstawie art. 31d tej ustawy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140 pozycja 1147 z 31.08.2009).

Rozporządzenie określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (a także poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Jako że zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 1.06.2011 Nr 112 poz. 654) hospicja są podmiotami leczniczymi, w odpowiednim zakresie do ich działalności stosuje się także przepisy tej ustawy.

5.2.7 Kompetencje

W przypadku opieki hospicyjnej świadczonej w placówkach dla osób bezdomnych zorganizowaniem usługi dla takiej osoby powinien się zająć wyspecjalizowany zespół, który jest przeszkolony do świadczenia usług w stosunku do osób chorych terminalnie, złożony z:

- pracownika socjalnego
- psychologa
- lekarza
- pielęgniarki
- rehabilitanta
- przeszkolonego opiekuna z ramienia placówki.

5.2.8 Podmioty realizujące usługę

Placówki świadczące usługi z zakresu ochrony zdrowia oraz podmioty, które podpisały kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także podmioty, które realizują opiekę paliatywną w placówkach dla osób bezdomnych. Bezpośrednim wykonawcą usługi jest interdyscyplinarny zespół hospicyjny, składający się ze specjalistów i wolontariuszy.

5.2.9 Warunki realizacji usługi

Warunki objęcia chorego opieką hospicyjną:

- zgoda pacjenta lub jego rodziny wyrażona na piśmie
- diagnoza
- udokumentowane zakończenie leczenia przyczynowego
- rozpoznanie lekarskie terminalnej fazy choroby przez lekarza hospicjum, przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto do realizacji usługi hospicjum domowego w placówkach dla osób bezdomnych niezbędne jest zapewnienie pacjentom warunków odnoszących się do warunków lokalowych, wskazań dietetycznych oraz szeroko rozumianego wsparcia:

- pokoju umożliwiającego wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych oraz rozmów
- posiłków dostosowanych do stanu zdrowia
- zeszytu do zapisywania wydawanych leków w wyznaczonych godzinach i dawkach zleconych przez lekarza.

Niezbędnym warunkiem do realizacji tej usługi na terenie placówki dla osób bezdomnych jest wyłonienie oraz przeszkolenie opiekunów z ramienia placówki, którzy na co dzień przejmą obowiązki pełnione w ramach hospicjum domowego przez rodzinę świadczeniobiorcy.

W trakcie sprawowania opieki zarówno chorzy, jak ich opiekunowie w placówkach świadczących usługi na rzecz osób bezdomnych, powinni podczas każdej wizyty lekarza i pielęgniarki otrzymywać dokładne pisemne zalecenia dotyczące dalszego postępowania i leczenia oraz innych form opieki paliatywnej. Opiekunowie powinni otrzymać także informacje o numerach telefonów personelu hospicjum domowego w celu możliwości odbycia konsultacji telefonicznych i w razie potrzeby wezwania lekarza lub pielęgniarki do placówki.

5.2.10 Współpraca przy realizacji usługi

Placówki, w których realizowana jest usługa hospicyjna, powinny współpracować z:

- Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zaopatrzenie chorych w sprzęt rehabilitacyjny, pomocniczy)
- powiatowym centrum pomocy rodzinie (refundacja sprzętu rehabilitacyjnego, pomocniczego)
- ośrodkami pomocy społecznej w gminie (pomoc osobom chorym i ich rodzinom w finansowaniu zakupu leków)
- organizacjami pozarządowymi (organizowanie zbiórek publicznych, wolontariat na rzecz hospicjów)
- placówkami ochrony zdrowia
- Narodowym Funduszem Zdrowia
- kościołami i związkami wyznaniowymi.

5.2.11 Dokumentacja usługi

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ze wskazaniem medycznym, w szczególności faktu występowania u osoby jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku 1 do przytoczonego wyżej rozporządzenia ministra zdrowia
- zeszyt do zapisywania wydawanych leków w wyznaczonych godzinach i dawkach zaleconych przez lekarza.

5.2.12 Koszty i finansowanie

Koszty bezpośrednie.

Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia:

- leczenie
- usługi pielęgnacyjne.

Koszty ponoszone przez placówkę dla osób bezdomnych:

- koszty personelu opiekuńczego (niemedycznego)
- środki czystości i higieny, w tym środki do dezynfekcji
- wywóz odpadów medycznych

Koszty pośrednie:

- koszty osobowe administracji i obsługi, w tym płace personelu administracyjnego
- wyżywienie (koszty dietetycznej żywności)
- koszty materiałów i wyposażenia, w tym zakup artykułów biurowych, bielizny pościelowej, ręczników, a także środków trwałych
- pozostałe
- naprawa i konserwacja sprzętu specjalistycznego (wg potrzeb)
- dezynfekcja, deratyzacja, dezynsekcja (zgodnie z wymogami sanitarnymi).

5.3

Standard w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych

5.3.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Terapia oraz profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych polega na kompleksowych oddziaływaniach przez interdyscyplinarny zespół, jak również na ścisłej współpracy pomiędzy różnego rodzaju placówkami, np. poradniami kierującymi na leczenie stacjonarne, ośrodkami terapii uzależnień, ośrodkami zdro-

wia, pomocą społeczną, członkami wspólnoty AA/NA, osobami zajmującymi się redukcją szkód, programami postrehabilitacyjnymi itp.

Działania z zakresu terapii obejmują równoległą pracę nad wychodzeniem z uzależnienia i bezdomności w oparciu o niejednorodne grupy terapeutyczne (składające się nie tylko z osób bezdomnych) (Woronowicz B. T., 2009. s. 239–243). W sytuacji, gdy placówka nie ma możliwości zatrudnienia specjalistów, konieczne jest nawiązanie stałej współpracy z placówkami posiadającymi kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Formy oddziaływania w zakresie terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych dzielimy na dwa główne nurty:

- oddziaływania prowadzone poza placówkami dla osób bezdomnych¹ tj.:
 - stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych
 - stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych
 - dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych
 - ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych
 - ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- oddziaływania w obszarze terapii i profilaktyki uzależnień realizowane przez instytucje świadczące usługi dla osób bezdomnych w placówkach oraz poza placówkami, a także inne instytucje wyspecjalizowane² tj.:
 - redukcja szkód
 - profilaktyka uzależnień.

¹ Np. specjalistyczne podmioty lecznicze.

² Np. placówki prowadzące programy substytucyjne.

5.3.2 Adresaci działania

TABELA NR 1 | Działania i ich adresaci

Działanie	Adresaci działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	Osoby bezdomne uzależnione od substancji psychoaktywnych (z wyłączeniem kofeiny i nikotyny) bądź osoby bezdomne uczestniczące w programach substytucyjnych
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	Osoby bezdomne bądź osoby bezdomne uczestniczące w programach substytucyjnych, które ukończyły wyżej wymienione programy terapeutyczne, osoby bezdomne przebywające w hostelach, mieszkaniach readaptacyjnych, chronionych i innych
Redukcja szkód	Osoby bezdomne uzależnione od substancji psychoaktywnych lub używające ich w sposób szkodliwy
Profilaktyka uzależnień	Osoby bezdomne przebywające w placówkach zbiorowego zakwaterowania zajmujących się pomocą osobom bezdomnym (takich jak schroniska, noclegownie)

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.3 Cele działania

TABELA NR 2 | Działania i ich cele

Działanie	Cele działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	Trwała zmiana postaw i systemu zachowań poprzez przejście pełnego programu terapeutycznego przeznaczonego dla danej jednostki z utrzymaniem abstynencji od substancji psychoaktywnych (z wyłączeniem kofeiny oraz nikotyny, chyba że wewnętrzne ustalenia placówki realizującej program stanowią inaczej oraz w wyjątkowych przypadkach, z wyłączeniem abstynencji obejmującej leki, jeżeli są ku temu wskazania medyczne)
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	Celem działań podejmowanych w ramach postrehabilitacji jest utrzymanie (wzmocnienie) efektów osiągniętych w wyniku wyżej wymienionych oddziaływań terapeutycznych

Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> - Minimalizacja szkód i zagrożeń związanych z ryzykownymi zachowaniami wiążącymi się z używaniem substancji psychoaktywnych - Dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia i możliwości zdobycia pomocy poprzez oddziaływania informacyjno-edukacyjne oraz informacje na temat bio-psycho-społecznych skutków używania substancji psychoaktywnych (legalnych i nielegalnych), zapobieganie lub ograniczenie podejmowania zachowań ryzykownych prowadzących do rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą iniekcji oraz kontaktów seksualnych – poprzez rozdawnictwo fachowej literatury, ulotek, prezerwatyw
Profilaktyka uzależnień	Zdobycie przez osobę bezdomną wiedzy na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych i bio-psycho-społecznych, na temat skutków używania oraz możliwości szukania pomocy w tym zakresie

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.4 Zakres działania

TABELA NR 3 | Działania i ich zakres

Działanie	Zakres działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - diagnoza uzależnienia (na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10) - diagnoza problemów wynikających z faktu bycia osobą bezdomną - stworzenie indywidualnego planu terapii uzależnień oraz programu wychodzenia z bezdomności - realizacja indywidualnego planu terapii uzależnień poprzez uczestnictwo w: społeczności terapeutycznej, terapii grupowej, terapii indywidualnej, ergoterapii, terapii zajęciowej, zajęciach psychoedukacyjnych z zakresu wiedzy na temat uzależnień, zajęciach integracyjnych, mających na celu naukę konstruktywnego spędzania wolnego czasu - realizacja programu wychodzenia z bezdomności poprzez uczestnictwo w zajęciach psychoedukacyjnych z zakresu deficytów związanych z bezdomnością, uczestnictwo w terapii indywidualnej, ergoterapia, terapia zajęciowa, integracja - konsultacje lekarskie (psychiatryczne i inne)

Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - diagnoza uzależnienia zgodna z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 - grupowa terapia uzależnień - indywidualna terapia w zakresie uzależnień - stworzenie indywidualnego planu wychodzenia z bezdomności - ergoterapia - terapia zajęciowa - treningi grupowe dotyczące podstawowych umiejętności interpersonalnych i zapobiegania nawrotom - zajęcia psychoedukacyjne z zakresu wiedzy na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych - zajęcia integracyjne – nauka konstruktywnego spędzania wolnego czasu - konsultacje lekarskie
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - diagnoza uzależnienia zgodna z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 - grupowa terapia uzależnień - indywidualna terapia w zakresie uzależnień - terapia zajęciowa - zajęcia psychoedukacyjne z zakresu wiedzy na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych - zajęcia integracyjne – nauka konstruktywnego spędzania wolnego czasu - konsultacje lekarskie
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - diagnoza uzależnienia zgodna z kryteriami diagnostycznymi ICD-10 - indywidualna terapia w zakresie uzależnień i/lub grupowa terapia uzależnień - konsultacje lekarskie
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - grupa wsparcia psychospołecznego - indywidualna pomoc psychologiczna i terapeutyczna - zajęcia psychoedukacyjne zapobiegania nawrotom choroby - warsztaty umiejętności społecznych (m.in. asertywność, komunikacja) - grupy samopomocowe AN lub AA
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> - interwencja w postaci konsultacji indywidualnych, służących motywowaniu do podjęcia terapii w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zapobiegania nawrotom choroby - motywowanie do rozpoczęcia procesu wychodzenia z bezdomności, podjęcia programu terapeutycznego - realizacja działań polegających na nieodpłatnej wymianie lub rozdawaniu igieł i strzykawek osobom bezdomnym zażywającym środki psychoaktywne dożylnie - rozdawanie edukacyjnych ulotek informacyjnych - rozdawnictwo prezerwatyw
Profilaktyka uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> - zajęcia informacyjno-edukacyjne na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych - zajęcia informacyjno-edukacyjne na temat form i możliwości uzyskania pomocy w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych - interwencja w postaci konsultacji indywidualnych służących motywacji do podjęcia terapii w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.5 Rezultaty działania

TABELA NR 4 | Działania i ich rezultaty

Działanie	Rezultaty działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> – stworzenie indywidualnego programu terapeutycznego obejmującego pracę nad uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz nad wychodzeniem z bezdomności, a następnie przejście pełnego procesu terapeutycznego z utrzymaniem abstynencji (zgodnie z wymogami placówki) – zdobycie wiedzy na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych przewidzianej w programie terapii, a także wiedzy i umiejętności związanych z zapobieganiem nawrotom, uczestnictwo w zajęciach oferowanych w programie terapeutycznym – utrzymywanie abstynencji od narkotyków i alkoholu w trakcie uczestnictwa w programie terapeutycznym (weryfikowane przez pracowników specjalistycznej placówki, zgodnie z obowiązującymi w niej zasadami, np. obserwacja, sprawdzanie reakcji źrenic, testy na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie, badanie alkomatem) – uczestnictwo w programie postrehabilitacyjnym. W przypadku ukończenia stacjonarnych lub dziennych programów realizowanych przez specjalistyczną placówkę podjęcie dalszej terapii podtrzymującej, np. ambulatoryjnej terapii grupowej lub indywidualnej, uczestnictwo w grupach samopomocowych AA/ NA – kontynuowanie procesu wychodzenia z bezdomności
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> – samodzielne funkcjonowanie bez potrzeby wsparcia terapeutycznego dotyczącego uzależnień
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> – uzyskanie przez osoby bezdomne rzetelnej wiedzy na temat tego, czym jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz jakie możliwości uzyskania pomocy ma osoba uzależniona bądź szkodliwie używająca substancji psychoaktywnych – podjęcie terapii w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych przez odbiorców działania, którzy potrzebują dostępnych oferowanych adekwatnych form terapii – zainicjowanie procesu wychodzenia z bezdomności
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> – uzyskanie przez osoby bezdomne przebywające w placówkach takich jak noclegownie czy schroniska rzetelnej wiedzy na temat tego, czym jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych i jakie są konsekwencje ich nadużywania oraz możliwości uzyskania pomocy. Podjęcie terapii w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych przez osoby uczestniczące w programach profilaktycznych, które tej terapii potrzebują.
Profilaktyka uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> – uzyskanie przez osoby bezdomne przebywające w placówkach takich jak noclegownie czy schroniska rzetelnej wiedzy na temat tego, czym jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych i jakie są konsekwencje ich nadużywania oraz możliwości uzyskania pomocy. Podjęcie terapii w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych przez osoby uczestniczące w programach profilaktycznych, które tej terapii potrzebują.

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.6 Kompetencje specjalistów prowadzących działania

TABELA NR 5 | Działania i kompetencje specjalistów je prowadzących

Działanie	Kompetencje specjalistów prowadzących działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - prowadzenie zajęć psychoedukacyjnych oraz zajęć terapeutycznych - osoby z wyższym wykształceniem w zakresie psychologii i/lub certyfikowani specjaliści terapii uzależnień oraz certyfikowani instruktorzy terapii uzależnień - konsultacje lekarskie – lekarze psychiatry oraz lekarze pierwszego kontaktu - liczba członków zespołu wymagana do pracy z określoną liczbą pacjentów wyszczególniona jest w rozporządzeniach NFZ dla określonej placówki. Wymagania formalne zostały określone aktach prawnych wskazanych w punkcie 11 (<i>Miejsce umocowania działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych</i>)
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - prowadzenie zajęć psychoedukacyjnych oraz zajęć terapeutycznych - osoby z wyższym wykształceniem w zakresie psychologii i/lub certyfikowani specjaliści terapii uzależnień oraz certyfikowani instruktorzy terapii uzależnień - liczba członków zespołu wymagana do pracy z określoną liczbą pacjentów wyszczególniona jest w wymaganiach NFZ dla określonej placówki. Wymagania formalne zostały określone w części aktów prawnych wskazanych poniżej
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> - działania realizowane poza placówkami dla osób bezdomnych realizowane są przez wykwalifikowanych streetworkerów przeszkolonych w zakresie pierwszej pomocy, pomocy doraźnej oraz minimalizowania ryzyka zakażeń chorobami zakaźnymi, a także pracowników socjalnych³ - działania realizowane na terenie placówek prowadzących programy redukcji szkód realizowane są przez: <ul style="list-style-type: none"> - psychologów/specjalistów/instruktorów terapii uzależnień, - personel medyczny (lekarza, pielęgniarkę)
Profilaktyka uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> - osoby z wyższym wykształceniem w zakresie psychologii i/lub specjaliści terapii uzależnień oraz instruktorzy terapii uzależnień, pracownicy socjalni oraz pedagodzy – przygotowani do prowadzenia zajęć w zakresie profilaktyki uzależnień

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

³ Na temat pracy i kompetencji streetworkerów zob. standard streetworkingu.

5.3.7 Podmioty realizujące działania

TABELA NR 6 | Działania i podmioty je realizujące

Działanie	Podmioty realizujące działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - podmioty samorządowe - organizacje pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe) - podmioty lecznicze
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - podmioty samorządowe i pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe), podmioty lecznicze, wspólnoty AA/NA
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> - podmioty samorządowe i pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe), podmioty lecznicze, OPS, placówki świadczące pomoc osobom bezdomnym
Profilaktyka uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> - podmioty samorządowe i pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe), podmioty lecznicze, OPS

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.8 Warunki realizacji działania

TABELA NR 7 | Działania i warunki ich realizacji

Działanie	Warunki realizacji działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<p>Działania powinny być świadczone w specjalistycznych placówkach zajmujących się terapią osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – co umożliwi tworzenie grup niejednorodnych, złożonych nie tylko z osób bezdomnych. Działania realizowane są w systemie całodobowym, dziennym, ambulatoryjnym. Czas trwania zakresu świadczonych usług zależy od specyfiki danej placówki.</p> <p>Wymagania formalne dla placówek świadczących terapię uzależnień zostały określone w rozporządzeniach Narodowego Funduszu Zdrowia dla określonej placówki. Wymagania formalne zostały określone w aktach prawnych wskazanych w punkcie 11 (<i>Miejsce umocowania działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych</i>).</p>
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	

Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	Działania powinny być świadczone w placówkach zajmujących się postrehabilitacją osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – co umożliwia tworzenie grup niejednorodnych, złożonych nie tylko z osób bezdomnych. Działania realizowane są w systemie całodobowym i/lub ambulatoryjnym. Czas trwania zakresu świadczonych usług zależy jest od specyfiki danej placówki. Wymagania formalne dla placówek świadczących usługi postrehabilitacyjne zostały określone w części aktów prawnych wskazanych poniżej.
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> – Usługa świadczona poza placówkami – „na ulicy”, w miejscach przebywania osób bezdomnych. Jej realizatorami powinny być 2-3-osobowe zespoły posiadające kwalifikacje konieczne do realizowania usługi⁴. – Usługa świadczona przez placówki realizujące programy z zakresu redukcji szkód: w postaci grupowych i/lub indywidualnych spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz spotkań indywidualnych mających cel motywacyjny. – Usługa świadczona może być również przez dzienne ośrodki terapii uzależnień prowadzące programy substytucyjne.
Profilaktyka uzależnień	Usługa powinna być świadczona w placówkach zajmujących się pomocą osobom bezdomnym. Usługa realizowana w postaci serii grupowych spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz spotkań indywidualnych mających cel motywacyjny.

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.9 Współpraca przy realizacji działania

TABELA NR 8 | Działania i współpraca przy ich realizacji

Działanie	Współpraca przy realizacji działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	Przy realizacji usługi konieczna jest współpraca pomiędzy placówkami zajmującymi się pomocą osobom bezdomnym a placówkami zajmującymi się pomocą osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych – punktami diagnostycznym i ambulatoryjnymi w celu postawienia diagnozy uzależnienia i doboru najbardziej odpowiedniej formy terapii oraz ośrodkami stacjonarnymi w celu realizacji programu terapeutycznego. Ponadto wskazana jest współpraca pomiędzy ośrodkami pomocy społecznej a placówkami realizującymi usługę – w ramach programu wychodzenia z bezdomności i podnoszenia jakości życia.
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	Kooperacja pomiędzy instytucjami zajmującymi się postrehabilitacją a placówkami świadczącymi usługi z zakresu pomocy i integracji społecznej.

⁴ Zob. standard streetworkingu.

Redukcja szkód	Konieczna jest współpraca pomiędzy placówkami zajmującymi się pomocą osobom bezdomnym, takimi jak OPS, schroniska, noclegownie, jadłodajnie, a placówkami realizującymi programy redukcji szkód w celu wymiany informacji na temat miejsc, w których należałoby realizować usługę, oraz dalsza współpraca przy ewentualnym kierowaniu osób potrzebujących do odpowiednich placówek, np. ośrodków terapii uzależnień ⁵ .
Profilaktyka uzależnień	Jeżeli wśród pracowników placówki nie ma osób o odpowiednich kwalifikacjach, konieczna jest współpraca z placówkami posiadającymi odpowiednio wykwalifikowaną kadre, realizującymi programy profilaktyczne.

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.10 Dokumentacja działania

TABELA NR 9 | Działania i ich dokumentacja

Działanie	Dokumentacja działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	– diagnoza uzależnienia – zgodna z kryteriami diagnostycznymi uwzględnionymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	– wywiad wstępny uwzględniający zebranie takich danych jak: aktualna sytuacja życiowa, przebieg uzależnienia, konflikty z prawem, wykształcenie oraz przebieg pracy zawodowej, zdrowie fizyczne oraz psychiczne, zainteresowania i hobby
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	– kontrakt terapeutyczny uwzględniający zasady obowiązujące w danej placówce terapeutycznej
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	– karta obserwacji zgodna z wymogami NFZ – karta dokumentująca przebieg procesu terapeutycznego zgodna z wymaganiami NFZ – karta wypisowa zgodna z wymaganiami NFZ
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	– kontrakt terapeutyczny uwzględniający zasady obowiązujące w danej placówce – karta dokumentująca przebieg procesu terapeutycznego zgodna z wymaganiami NFZ
Redukcja szkód	– program zajęć informacyjno-edukacyjnych – raport końcowy uwzględniający liczbę i przebieg zajęć oraz odbyte sesje indywidualne mające na celu motywację, jak również liczba interwencji związanych z redukcją szkód. W raporcie należy uwzględnić dokładną liczbę wszystkich podjętych oddziaływań, jak również liczbę osób biorących w nich udział, temat danego oddziaływania i ewentualnie rozdane materiały
Profilaktyka uzależnień	– program zajęć informacyjno-edukacyjnych – lista uczestników – raport końcowy uwzględniający przebieg zajęć oraz odbyte sesje indywidualne mające na celu motywację

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

⁵ Zob. standard streetworkingu.

5.3.11 Monitoring i ewaluacja wykonania ziałania

TABELA NR 10 | Działania i ich monitoring oraz ewaluacja

Działanie	Monitoring i ewaluacja działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> - system superwizyjny - superwizja grupowa 1 raz w miesiącu - zebrania kliniczne w ośrodkach realizujących usługę - jako forma wewnętrznej kontroli, jakości realizowanych usług. Zebrania minimum 1 raz w miesiącu - kontrola ilościowa: prowadzenie statystyk dotyczących liczby osób rozpoczynających proces terapeutyczny i kończących go w ramach zrealizowanego celu usługi
Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	Zgodnie ze standardami przyjmowanymi w danej placówce.
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> - system superwizyjny - superwizja grupowa 1 raz w miesiącu - zebrania kadry w ośrodkach realizujących usługę jako forma wewnętrznej kontroli jakości realizowanych usług. Zebrania minimum 1 raz w miesiącu - ankiety (testy) ewaluacyjne mające na celu sprawdzenie zdobytej przez uczestników programów wiedzy, realizowane w schemacie <i>pretest</i> (przed podjęciem interwencji) - <i>posttest</i> (po jej zakończeniu) (Sochocki M. J., 2010. s. 49, 60-61) - kontrola ilościowa uwzględniająca takie dane, jak liczba osób uczestniczących w programie, liczba interwencji z zakresu redukcji szkód, liczba rozdanych igieł i strzykawek, prezerwatyw itp.
Profilaktyka uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> - system superwizyjny - superwizja grupowa 1 raz w miesiącu - zebrania kliniczne w ośrodkach realizujących usługę - jest to forma wewnętrznej kontroli jakości realizowanych usług. Zebrania minimum 1 raz w miesiącu - ankiety (testy) ewaluacyjne mające na celu sprawdzenie zdobytej przez uczestników programów wiedzy, realizowane w schemacie <i>pretest</i> (przed podjęciem interwencji) - <i>posttest</i> (po jej zakończeniu) (Sochocki M. J., 2010. s. 49, 60-61) - kontrola ilościowa uwzględniająca takie dane jak liczba osób uczestniczących w programie, liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych uczestniczących w programie, liczba osób, które po wzięciu udziału w programie podjęły terapię w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Profilaktyka uzależnień	<ul style="list-style-type: none"> - system superwizyjny – superwizja grupowa 1 raz w miesiącu - zebrania kliniczne w ośrodkach realizujących usługę – jest to forma wewnętrznej kontroli, jakości realizowanych usług; zebrania minimum 1 raz w miesiącu - ankiety (testy) ewaluacyjne mające na celu sprawdzenie zdobytej przez uczestników programów wiedzy, realizowane w schemacie pretest (przed podjęciem interwencji) – posttest (po jej zakończeniu) (Sochoc ki M. J., 2010. s. 49, 60–61) - kontrola ilościowa uwzględniająca takie dane jak liczba osób uczestni czących w programie, liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych uczestniczących w programie, liczba osób, które po wzięciu udziału w programie podjęły terapię w zakresie uzależnienia od sub stancji psychoaktywnych
-------------------------	--

Opracowanie: grupa ekspercka ds. zdrowia.

5.3.12 Umocowanie działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 12.11.1982 Nr 35 poz. 230 z późn. zm.) i art. 21 i nast.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 19.09.2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm.), w szczególności art. 2 ust. 1 pkt 2) oraz art. 25 i nast., a także art. 28 ust. 1 i nast. (leczenie substytucyjne) – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) – w szczególności art. 12 pkt 2) i 3) i art. 15 ust. 1 pkt 4)

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 1.06.2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 21.01.2000 Nr 3 poz. 44 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów leczenia odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu (Dz.U. z 12.05.1983 Nr 25 poz. 115)

Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu (Dz.U. z 12.05.1983 Nr 25 poz. 110)

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu sprawowania kontroli legalności skierowania i przebywania w stacjonarnych zakładach leczniczych i domach pomocy społecznej osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają. (Dz.U. z 12.05.1983 Nr 25 poz. 111)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz.U. z 10.08.2006 Nr 143 poz. 1033) – oczekiwane jest wydanie nowego programu na kolejne lata

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. z 20.07.2006 Nr 132 poz. 931)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie określenia trybu składania ofert, kryteriów ich oceny oraz terminów postępowania konkursowego w sprawie wyboru programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych (Dz.U. z 18.04.2006 Nr 64 poz. 455)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz.U. z 6.11.2007 Nr 205 poz. 1493 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych (Dz.U. z 24.08.2000 Nr 70 poz. 830)

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2011), zatwierdzany przez Radę Ministrów na podstawie pierwszej z przytoczonych wyżej ustaw

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz.U. z 13.04.2011 Nr 78 poz. 428)

5.3.13 Koszty i finansowanie działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień osób bezdomnych od substancji psychoaktywnych

Placówki prowadzące programy z zakresu terapii i profilaktyki uzależnień finansowane są z NFZ, budżetu państwa lub też z dotacji samorządowych (urzędy gminy, urzędy wojewódzkie). Zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane w zakładach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 26 ust. 5 ustawy dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii za świadczenia leczenia osoby uzależnionej, jej rehabilitacji oraz reintegracji, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju, nie pobiera się opłat.

Powyższe zapisy znajdują potwierdzenie w art. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie (m.in.): art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Koszty bezpośrednie – stawki określone są na podstawie rekomendacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2010. s. 72–74) i obejmują zatrudnienie w placówce:

- lekarza psychiatri
- lekarza internisty
- specjalisty terapii uzależnień
- instruktora terapii uzależnień
- psychologa

Koszty pośrednie:

- koszty osobowe administracji i obsługi
- płace personelu administracyjnego
- wyżywienie

- koszty materiałów i wyposażenia
- zakup artykułów biurowych
- bielizna pościelowa, ręczniki
- zakup wyposażenia, w tym środków trwałych.

5.4

Standard w obszarze przedmedycznej pomocy doraźnej

5.4.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Doraźna pomoc przedmedyczna udzielana jest w sytuacjach niezagrażających życiu, jednakże skutkujących pogorszeniem stanu zdrowia osoby bezdomnej. Realizowana jest przez osoby niemające wykształcenia medycznego, posiadające za to wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne świadczeniu usług. Wszelkie działania doraźne w zakresie opieki nieprofesjonalnej sprawowane przez osoby zatrudniane do pracy przy osobach bezdomnych nie powinny mieć charakteru incydentalnego i spontanicznego zachowania intuicyjnego.

Istotą sprawowania przedmedycznej pomocy doraźnej jest opanowanie przez osoby współpracujące z osobami bezdomnymi wiedzy i umiejętności praktycznych ściśle związanych z najczęstszymi dolegliwościami, na jakie narażone są te osoby.

5.4.2 Odbiorca usługi

Odbiorcami usługi są osoby przebywające w placówkach (schroniskach, noclegowniach) oraz osoby bezdomne, które przebywają poza placówkami, potrzebują dorażnej pomocy przedmedycznej.

5.4.3 Cel usługi

Celem usługi jest udzielanie niezbędnej przedmedycznej pomocy przez osoby niebędące lekarzami, które są jednocześnie wykwalifikowane w zakresie świadczeń pielęgniarских – pielęgniarki, osoby po kursach pierwszej pomocy, zaangażowani do współpracy studenci studiów medycznych. Prawidłowe działanie będzie skutkowało zniesieniem dolegliwości związanych ze zdrowiem, a tym samym poprawą samopoczucia podopiecznych.

Cele szczegółowe:

- usunięcie objawów chorobowych
- poprawa stanu zdrowia odbiorcy usługi
- uzyskanie i utrzymanie stabilnego poziomu zdrowia do czasu, kiedy odbiorca usługi otrzyma specjalistyczną pomoc medyczną.

5.4.4 Zakres usługi

Poniżej przedstawiono najczęściej spotykane choroby i schorzenia występujące u osób przyjmowanych do placówek dla bezdomnych. W większości przypadków nie są to ciężkie stany chorobowe wymagające leczenia specjalistycznego, w związku z czym usługę mogą świadczyć pracownicy placówki odpowiednio przeszkoleni oraz – jeżeli placówka posiada takie możliwości – pielęgniarki, ratownicy medyczni, studenci studiów medycznych. W razie koniecznej pomocy lekarskiej wytyczne mają stanowić uzupełnienie zaleceń lekarskich i dodatkowy czynnik niwelujący chorobę.

Najczęściej spotykanymi schorzeniami (czyli nieprawidłowościami w funkcjonowaniu narządu) widocznymi podczas przyjmowania podopiecznych do placówek bądź dolegliwościami (doznaniem będącymi przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń regulacji funkcji narządów) są zaburzenia i zmiany dotyczące skóry i błon śluzowych.

Poniżej przedstawiono powtarzające się rozpoznania oraz kolejne etapy postępowania. Pomoc ma za zadanie likwidację infekcji skóry,

jej przydatków – tworów nabłonkowych skóry (gruczoły: skóry, potowe, łojowe, sutkowe; włosy, paznokcie) oraz błon śluzowych.

Wyszczególniono schorzenia: bakteryjne (wywołane przez bakterie takie jak paciorkowce i gronkowce) – czyraki, liszaje; grzybicze (wywołane przez różne rodzaje grzybów); pasożytnicze – wywołane m.in. przez owady, pajęczaki, stawonogi (np. wszawica, świerzb).

Istota działań opisanych niżej dotyczy zapobiegania zakażeniom, szerzeniu się chorób zakaźnych w środowisku szczególnie narażonym na deficyt opieki. Usługę pomocy doraźnej w tych przypadkach mogą wykonywać przeszkolone osoby, wspomagające działalność placówek.

5.4.4.1 SKÓRA BEZ WYKWITÓW PATOLOGICZNYCH; SKÓRA I JEJ WYTWORY BRUDNE, ZANIECZYSZCZONE, Z NIEPRZYJEMNYM ZAPACHEM – Z POWODU BRAKU WARUNKÓW CZY TEŻ MOŻLIWOŚCI UTRZYMANIA CZYSTOŚCI BĄDŹ BRAKU NAWYKÓW HIGIENICZNYCH PODOPIECZNEGO

Cel opieki: skóra lub jej wytwory czyste, bez nieprzyjemnego zapachu.

Postępowanie:

- stwierdzenie przyczyny braku czystości skóry
- w przypadku niesamodzielności podopiecznego w zakresie utrzymania higieny ciała pomoc w wykonaniu toalety, przeprowadzenie pogadanki i udzielenie dalszego instruktażu na temat konieczności zachowywania higieny ciała, motywowanie do tego
- mycie skóry 2 razy dziennie z użyciem mydła lub płynu o pH 5.5 w wodzie o temperaturze 30–37°C
- w sytuacjach szczególnych zastosowanie wody z dodatkiem emolientów (środków utrzymujących wilgotność skóry) – preparaty dostępne bez recepty
- w zależności od potrzeby – usuwanie zarostu z twarzy
- staranne osuszenie skóry miękkim ręcznikiem
- mycie włosów 1–2 razy w ciągu tygodnia
- w razie potrzeby – zmiana bielizny osobistej, ubrania
- przynajmniej raz w tygodniu obcinanie i czyszczenie paznokci.

5.4.4.2 ŚWIĄD SKÓRY Z POWODU PIERWOTNYCH LUB WTÓRNYCH ZMIAN SKÓRNYCH ORAZ MOŻLIWE POWIKŁANIA ZWIĄZANE ZE ŚWIĄDEM

Cel opieki: brak lub ograniczenie odczuwania świądu oraz brak lub ograniczenie powikłań.

Postępowanie:

- monitorowanie stosowania zaleceń wynikających z leczenia przyczyny zmian chorobowych
- po dokładnym umyciu całkowite osuszenie skóry, stosowanie preparatów o właściwościach emolientów
- w postępowaniu miejscowym stosowanie na skórę balsamów zawierających mentol lub kamforę albo maści cholesterolowej
- przeprowadzenie instruktażu dotyczącego unikania drapania miejsc swędzących, wykorzystanie metod zastępujących drapanie – łagodny ucisk, pocieranie miejsc swędzących opuszką palca lub grzbietem paznokcia, miejscowe stosowanie lodu
- unikanie spożywania alkoholu i ostrych przypraw
- w postępowaniu miejscowym stosowanie substancji o działaniu znieczulającym powierzchniowo, np. lidokainy lub leków histaminowych aplikowanych zewnętrznie w uzgodnieniu z lekarzem
- dbanie o czystość i krótko obcięte paznokcie
- uczenie pacjenta sposobów postępowania i przeciwdziałania szeregowi chorób będących przyczyną świądu, np. świerzbu, grzybicy, wszawicy, oraz leczenie przyczynowe zmian powodujących świąd.

5.4.4.3 ZMIANY GRZYBICZE STÓP

Cel opieki: skóra stóp bez zmian grzybiczych.

Postępowanie:

- permanentne utrzymanie skóry stóp w czystości oraz bezwzględne zapewnienie jej suchości (grzyby, nie mając dobrego podłoża na suchej skórze, nie rozwijają się)
- codzienna zmiana skarpetek, bielizny, pranie w temperaturze nie niższej niż 60°C, najlepiej 90–95°C
- zakaz drapania zmienionych chorobowo, swędzących miejsc (ze względu na możliwość przeniesienia zakażenia w inne miejsce)
- noszenie obuwia przepuszczającego powietrze

- dezynfekcja obuwia i odzieży przy zastosowaniu odpowiednich preparatów
- stosowanie środków przeciwgrzybiczych o działaniu miejscowym, dostępnych bez recepty
- uczenie podopiecznego ochrony przed przenoszeniem zakażenia na inne osoby przez unikanie kontaktów z osobą zdrową lub używanie tych samych przedmiotów (grzebienia, ręcznika, pościeli, butów, skarpetek).

5.4.4.4 ŚWIERZB JAKO CHOROBA ZAKAŻNA LECZONA ZGODNIE Z ZALECENIAMI LEKARSKIMI

Cel opieki: zapewnienie bezpieczeństwa osobie chorej, zapewnienie bezpieczeństwa pensjonariuszom placówki. Ponieważ świerzb jest chorobą wymagającą leków dostępnych tylko na receptę, celem jest stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz przeprowadzanie działań stanowiących uzupełnienie i wsparcie dla wytycznych lekarza.

Postępowanie:

- odizolowanie osoby zakażonej na czas leczenia
- zwiększenie reżimu sanitarnego poprzez częste mycie higieniczne rąk (techniką Ayliffe'a) przy użyciu środków myjących i antyseptycznych
- wszystkie ubrania, ręczniki używane przez chorego powinny być prane w gorącej wodzie i prasowane
- wszystkie przedmioty używane przez chorego, trudne do umycia, powinny być przechowywane w niedostępnym pomieszczeniu przez tydzień
- wszystkie krzesła i stoły należy myć i dezynfekować (używając do tego odpowiednich środków zalecanych przez sanepid)
- chory zobowiązany jest do bezwzględnego stosowania środków leczniczych zaleconych przez lekarza
- częste zmiany bielizny, odzieży osobistej – po upraniu i wygotowaniu należy je prasować po wewnętrznej stronie (zwłaszcza w szwach)
- zakażonej bielizny, której nie można wyprasować po wypraniu, nie należy używać przez siedem dni po praniu
- uświadomienie osobie zakażonej, że może zakażać inne osoby
- pilnowanie, żeby osoba zakażona stosowała przepisane leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

5.4.4.5 WSZAWICA GŁOWY

Cechuje się następującymi objawami: świąd skóry, drapanie się, nadmierne zdenerwowanie, niepokój, widoczne czerwone ślady ukąszeń na skórze głowy (szczególnie za uszami i na skroniach).

Cel opieki: likwidacja zakażenia i niedopuszczenie do nasilenia się zmian chorobowych poprzez stosowanie środków farmakologicznych przeciw wszawicy głowy.

Postępowanie:

- uzyskanie zgody pacjenta na zabieg
- zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa (ochrona oczu, słuzówek) i intymności podczas wykonywania zabiegu
- przed zabiegiem należy wykonać próbę uczuleniową, smarując skórę za uchem podopiecznego wacikiem nasączonym wybranym lekiem
- zapoznanie się z zaleceniami producenta przed zastosowaniem środka owadobójczego
- przestrzeganie czasu działania środka leczniczego
- zastosowanie dostępnych na rynku środków zwalczających stadia rozwojowe wszy
- szesanie włosów gęstym grzebieniem w celu usunięcia gnid
- kontrolowanie stanu skóry głowy i włosów w ciągu następnych dwóch tygodni.

5.4.4.6 WSZAWICA ŁONOWA

Atakuje okolice narządów płciowych zewnętrznych, pach, brzucha, brwi i rzęs, objawia się wzmożonym drapaniem w wymienionych miejscach w wyniku ukąszeń wszy, pojawiają się błękitne plamy w następstwie ukłuc (reakcja rozpadu krwinek pod wpływem wydzieliny pasożytów).

Cel opieki: likwidowanie pasożytów – skóra zdrowa, bez możliwości zakażenia.

Postępowanie:

- dokładne umycie zaatakowanych miejsc
- usunięcie z zainfekowanych części ciała owłosienia
- zastosowanie dostępnych na rynku środków zwalczających stadia rozwojowe wszy

- spryskanie materacy – dezynfekcja, czyli niszczenie form cyklu życiowego pasożytów
- częsta kontrola wznowy.

5.4.4.7 WSZAWICA ODZIEŻOWA

Powoduje liczne ślady zadrapań, bąble pokrzywkowe, grudki na tułowie, zwłaszcza w miejscach przylegania fałdów ubrań i szwów bielizny.

Cel opieki: likwidacja wszawicy odzieżowej oraz powstałych nadżerek, blizn, zmian ropnych i wypryskowych na skórze.

Postępowanie:

- dokładne umycie ciała ciepłą wodą
- zastosowanie środków zabijających larwy wszy
- kontrola co 10 dni.

Opracowanie planu działania na poziomie strategicznym (zapobieganie zakażeniom) poprzez:

- opracowanie planu dezynfekcji w placówce, zgłoszenie do sanepidu;
- zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego (izolacja chorych, używanie rękawiczek i sprzętu jednorazowego użytku, używanie lamp bakteriobójczych, utylizacja odpadów)
- opracowanie działań profilaktycznych
- dokumentacja podjętych działań
- zaplanowanie i wdrożenie monitoringu sytuacji problemowych.

Działania w przypadku 4.4.7:

- szczególne postępowanie z bielizną pościelową po dezynfekcji: bielizna zapakowana w worki foliowe szczelnie zamknięte, oznakowane i oddane do pralni; bieliznę osobistą oraz pościelową wyprać i wygotować (czas gotowania 20 minut)
- szczególne postępowanie z odzieżą codziennego użytku będącą własnością mieszkańców placówki (ewentualnie umożliwienie zrobienie tego mieszkańcom placówki): odzież wełnianą dokładnie wyprasować gorącym żelazkiem przez wilgotną ścierkę, zwłaszcza w szwach, w celu zniszczenia gnid. Wysoka temperatura i wilgotne środowisko zabijają pasożyty
- wygospodarowanie pomieszczenia o charakterze szatni – na odzież wierzchnią
- zapobieganie – dbanie przy udziale mieszkańców o higienę osobistą wszystkich domowników, zmiana przynajmniej raz w miesiącu pościeli, wietrzenie pomieszczeń i pościeli.

Opracowanie planu na poziomie taktycznym (w oparciu o wyznaczone wcześniej wskaźniki) poprzez:

- zaplanowanie zebrania ze wszystkimi współmieszkańcami placówki
- przedstawienie problemu obecności insektów w placówce
- uświadomienie mieszkańcom celowości planowanych działań dezynsekcyjnych
- uświadomienie mieszkańcom zasad i metod zwalczania wszawicy
- ustalenie działań wstępnych dotyczących profilaktyki (zapobieganie incydentom zakażenia, czynności higieniczne dnia codziennego)
- przeprowadzenie dezynfekcji i sprzątnięcia pomieszczeń po dezynsekcji (stosowanej w przypadku wystąpienia niepożądanych owadów)
- przeprowadzanie działań edukacyjnych ukierunkowanych na aktywizację i udział w realizacji zaistniałego problemu
- zwrócenie uwagi, że rozpowszechnianiu się wszawicy sprzyjają duże skupiska ludzkie, często brak higieny osobistej.

5.4.4.8 CZYRAK

Jest to jedna z postaci zakażenia skóry gronkowcami wnikającymi z zewnątrz. Objawia się zaczerwienioną i obrzękniętą skórą.

Cel opieki: skóra bez zmian o charakterze czyraka.

Postępowanie:

- zweryfikowanie czynników sprzyjających powstawaniu czyraków – brak higieny osobistej, choroby skóry wywołujące swędzenie (świerzb, wszawica), drapanie, tarcie brudnej odzieży w okolicach karku, pasa, choroby współistniejące (cukrzyca, gruźlica, choroby nerek)
- w początkowym okresie rozwoju zmian chorobowych zastosowanie określonych środków może przerwać rozwój czyraka, np. pędzelkowanie nalewką jodową, smarowanie szarą maścią, kompresy rozgrzewające z 2% ichtioli lub spirytusu salicylowego, nagrzewanie termoforem, kompresem żelowym
- stosowanie opatrunków na zmianę maści i aerozoli lub środków odkażających zgodnie z zaleceniem lekarza, kompresów rozgrzewających z ichtioli lub maści rozgrzewającej
- przy dużych czyrakach istnieje konieczność zabiegu chirurgicznego (z nacięciem i drenowaniem wydzieliny ropnej), a następnie odkażania i zakładania opatrunków do chwili wygojenia się rany
- istotne jest postępowanie zgodne z zaleceniami lekarskimi odnośnie antybiotyków.

5.4.4.9 GORĄCZKA

Bardzo często do placówek zgłaszają się osoby z zaburzeniami funkcji termoregulacji. Wystąpienie gorączki wskazywać będzie przede wszystkim pomiar temperatury wykonany termometrem lekarskim (lub pirometrem do pomiaru temperatury w uchu), który wykaże temperaturę ciała powyżej 38,0°C. Oprócz tego oznakami gorączki są np. przyspieszone tętno, przyspieszony oddech, brak apetytu, dreszcze, wystąpienie rumienia na policzkach. Opieka powinna przebiegać z zastosowaniem właściwych (opisanych poniżej) metod.

Cel opieki: powrót do temperatury ciała w granicach 36,5–37,5°C w czasie 3 dni.

Postępowanie:

- zagwarantowanie terapeutycznego mikroklimatu w pomieszczeniu, w którym przebywa chory (obniżenie temperatury pomieszczenia do 16–19°C), w dni upalne, bardzo słoneczne, zasłonięcie okna (np. żaluzjami), zastosowanie wentylatora elektrycznego, utrzymanie wilgotności powietrza sali chorego w granicach 50–60% poprzez zastosowanie nawilżaczy elektrycznych, wietrzenie pomieszczeń. Zastosowanie fizykalnych zabiegów oziębienia chorego poprzez: okłady wysychające i chłodzące na czoło i klatkę piersiową, worka z lodem, zimnych kompresów żelowych na okolice karku, pachwin, pach, wątroby przy czasie trwania zabiegu 30–60 minut, z godzinnymi przerwami
- kąpiele ochładzające całkowite lub częściowe przy temperaturze wody 20–30°C, czas trwania kąpieli 10–20 minut, nacieranie kończyn dolnych i górnych lodem
- wykonywanie zabiegów napotnych, m.in. zawijanie mokre – w wilgotne prześcieradło o temperaturze 26–30°C (jeśli chory nie zasnął, po 5 minutach przystępujemy do powtórzenia zabiegu) lub zawijanie suche – w suchy koc – i okrycie 2–3 kocami (kiedy chory zacznie się pocić, podajemy mu gorący napar – co kilkanaście minut łyk), cały zabieg powinien trwać 30–60 minut w zależności od intensywności pocenia się
- stosowanie koców hipertermicznych i materaców chłodzonych elektrycznie
- wykonanie pomiarów temperatury ciała po zastosowaniu zabiegów ochładzających lub po podaniu środków farmakologicznych
- należy skontaktować się z lekarzem i zastosować się do jego zaleceń.

5.4.4.10 NADMIERNE POCENIE SIĘ SPOWODOWANE UTRATĄ PRZEZ SKÓRĘ CIEPŁA Z ORGANIZMU MAJĄCE CHARAKTER PATOLOGICZNY

Cel opieki: skóra utrzymana w czystości, o prawidłowych cechach wilgotności.

Postępowanie:

- wykonanie toalety ciała rano i wieczorem lub w razie potrzeby częściej
- zmiana bielizny osobistej
- zmiana bielizny pościelowej
- zapobieganie odparzeniom skóry poprzez m.in. utrzymanie w czystości i dokładne osuszanie powierzchni skóry stykających się (fałdy skóry pod piersiami u kobiet, doły pachowe, skóra okolicy krocza i moszny u mężczyzn), smarowanie skóry Sudokremem, oliwką, wazeliną i przedzielanie fałd skóry ich gazikami
- podawanie chłodnych płynów do picia.

5.4.4.11 WYZIĘBIENIE ORGANIZMU

Cel opieki: utrzymanie prawidłowych parametrów temperatury całego ciała.

Postępowanie:

- zabezpieczenie przed dalszym wyziębieniem
 - przeniesienie zmarzniętego człowieka z „terenu zagrożenia” do miejsca chronionego na terenie placówki
 - umieszczenie w chłodnym pomieszczeniu, pozbawienie mokrego ubrania, zawinięcie w suche koce
 - dostarczanie ciepła do wnętrza organizmu poprzez podawanie gorących, dobrze osłodzonych napojów (oczywiście w przypadku utrzymanej świadomości)
 - w żadnym wypadku nie należy nagrzewać pacjenta z zewnątrz – efektem będzie obniżenie temperatury całego ciała
 - człowiek przechłodzony nie powinien wykonywać żadnych ruchów czynnych ani biernych, ponieważ obniża się temperatura ciała
 - nie wolno podawać alkoholu, który powoduje zaburzenia samoobrony organizmu zapobiegającej wychłodzeniu.

- szybkie ogólne ogrzanie całego organizmu
 - zastosowanie okładu Hibernera umożliwiające podwyższenie centralnej temperatury ciała. Na bieliznę zamrożonego kładzie się kilkakrotnie złożone prześcieradło obficie od środka zwilżone gorącą wodą, na to naciąga się sweter lub skafander, po czym owija się dokoła tułowia folię aluminiową, kończyny pozostawiając poza okładem. Następnie owija się całe ciało wraz z rękami i nogami kilkoma kocami. Zabieg należy powtórzyć po upływie godziny.

5.4.4.12 ODMROŻENIA MIEJSCOWE, CZYLI MIEJSCOWE USZKODZENIE TKANEK NA SKUTEK DZIAŁANIA ZIMNA

Cel opieki: zabezpieczenie organizmu przed wniknięciem bakterii stwarzających zagrożenie zakażeniem.

Postępowanie:

- przy powierzchownych odmrożeniach
 - rozluźnienie obcisłej odzieży, rozsnurowanie obuwia dla umożliwienia ukrwienia odmrożonych okolic
 - ogrzewanie dotkniętych części ciała przez umieszczenie ich jak najbliżej centrum ciała, np. wsunięcie rąk pod pachy
 - wykorzystując ciepło animalne (własne) człowieka, założenie dodatkowych części odzieży, owinięcie kocami, podawanie łyżeczką mocno osłodzonych gorących napojów
 - w obawie o grożące zakażenie opatrzenie uszkodzonych okolic skóry jałowym materiałem (jałowy pakiet lub chusta oparzeniowa)
 - ułożenie odmrożonych kończyn bez zewnętrznego ucisku (unikając ewentualnego uszkodzenia nerwów)
 - dalsze postępowanie w kontakcie z lekarzem.
- przy głębokich odmrożeniach
 - zawiadomienie medycznych służb ratunkowych
 - nie wolno wykonywać żadnych czynności mających na celu ogrzewanie odmrożonych okolic
 - w przypadku wytworzenia się pęcherzy należy przykryć je jałowym opatrunkiem
 - nie podawać napojów alkoholowych, które, rozszerzając naczynia krwionośne, stwarzają zagrożenie przechłodzenia całego ciała
 - ofiara odmrożenia nie powinna palić, albowiem nikotyna powoduje dalsze zwężanie się już bardzo zwężonych naczyń krwionośnych w odmrożonych okolicach

- dalsze postępowanie pozostawić specjalistycznemu personelowi pogotowia ratunkowego.

Standaryzacji doraźnej pomocy przedmedycznej powinien dotyczyć również cykl obowiązkowych szkoleń pierwszej pomocy.

Realizacja ww. usług wymusza od osób sprawujących opiekę nad podopiecznymi stałe doskonalenie wiedzy i umiejętności. Fachowa, rzetelna, zgodna z procedurami opieka (z uwzględnieniem izolacji chorych, higienicznym myciem rąk, uświadamianiem podopiecznych i ich bliskich) spowoduje minimalizację ryzyka wystąpienia sytuacji zagrażających rozprzestrzenianiu się chorób i zagrożeń z nimi związanych.

5.4.5 Miejsce umocowania usługi

Z powodu braku obowiązującej ustawy dotyczącej przedmedycznej pomocy doraźnej wszelkie działania mają oparcie w:

Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 20.10.2006 Nr 191 poz. 1410 z późn. zm.)

Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 30.12.2008 Nr 234 poz. 1570, z późn. zm.)

Ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 30.07.1996 Nr 91 poz. 410 z późn. zm.)

rozporządzeniach Polskiej Rady Resuscytacji dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy

5.4.6 Kompetencje

Wszystkie osoby udzielające pomocy przedmedycznej powinny być przeszkolone. Dodatkowo jeżeli jest taka możliwość, udzielać pomocy mogą absolwenci pielęgniarstwa, szkół medycznych.

5.4.7 Podmioty realizujące usługę

Gwarancją wykonania usługi powinny być wszystkie podmioty mające zgodnie z przedmiotem swojej działalności kontakt z osobami bezdomnymi, takie jak ośrodki z obszaru pomocy i integracji społecznej, organizacje pozarządowe.

5.4.8 Warunki realizacji usługi

Realizacja doraźnej pomocy przedmedycznej łączy się ściśle z:

- posiadaniem pomieszczeń przystosowanych do udzielania w nich pomocy medycznej, takich jak gabinety zabiegowe, lub przystosowania do ww. celów istniejących już pomieszczeń
- posiadaniem izolatki, która pozwoli realizować procesy leczenia zgodnie z procedurami, co przyczyni się do większej skuteczności działania i zapobiegnie rozprzestrzenianiu się zagrażeń
- dostosowaniem istniejących placówek do możliwości codziennych kąpeli podopiecznych (dostęp do wody)
- dostępem do transportu przeznaczonego tylko dla osób stanowiących zagrożenie dla osób postronnych (ze względów higienicznych i epidemiologicznych), a tym samym uniknięcie przewożenia publicznymi środkami transportu.

5.4.9 Współpraca przy realizacji usługi

Wskazana jest współpraca organów świadczących pomoc w dziedzinie opieki zdrowotnej (pielęgniarek środowiskowych, pielęgniarek długoterminowych, lekarzy) i pomocy społecznej. Konieczne jest inicjowanie współpracy pomiędzy placówkami dla bezdomnych a uczelniami medycznymi.

Przykładowe postępowanie przy współpracy z uczelniami i szkołami medycznymi:

- zaangażowanie we współpracę studentów studiów licencjackich i magisterskich uzupełniających o kierunku: pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, zdrowie publiczne (na uniwersytetach, uniwersytetach medycznych, w akademiach medycznych, wyższych szkołach umiejętności zawodowych)
- porozumienie z władzami uczelni – dziekanem, dyrektorami jednostek organizacyjnych wyżej wymienionych kierunków
- zaangażowanie studentów trzeciego roku studiów medycznych (po odbyciu praktyk na oddziałach szpitalnych) do udzielania świadczeń przedmedycznych w ramach zajęć praktycznych
- pomoc studentów w ramach zajęć połączonych w 6-8-godzinne bloki w ramach przedmiotów z zakresu promocji zdrowia i podstawowej opieki zdrowotnej (w zakresie świadczenia opieki w środowisku)

- współpracujący z placówkami studenci pozostawaliby na czas świadczenia pomocy w placówce pod opieką wykwalifikowanego nauczyciela: pielęgniarki, pielęgniarki z wyższym wykształceniem, pielęgniarki z tytułem nauk medycznych
- zajęcia w placówkach odbywałyby się np. każdego dnia tygodnia, w dwóch grupach, w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych, w dyżurach od poniedziałku do piątku. Inna możliwość to określone dni tygodnia w cyklu dwuzmianowym
- plan ww. zajęć w postaci grafiku dyżurów studenckich
- możliwość rozszerzenia działań na studentów studiów pomostowych (dotyczy pielęgniarek czynnych zawodowo – pracujących na oddziałach szpitalnych, poradniach, punktach pobrań)
- należy pamiętać, że studenci studiów medycznych powinni posiadać aktualne badania lekarskie, być zaszczepieni przeciwko WZW, mieć badania na nosicielstwo
- taka współpraca dodatkowo wzbogaciłaby współdziałanie z lokalnym ośrodkiem akademickim i mogłaby stanowić inspirację do prowadzenia badań naukowych dotyczących m.in. problematyki bezdomności w aspektach jakości życia i problemów zdrowotnych
- współpraca odbywałaby się z korzyścią dla wszystkich stron: studenci zdobywaliby wiedzę i doświadczenie *stricto* medyczne, ludzie potrzebujący przedmedycznej pomocy doraźnej pewien komfort i bezpieczeństwo, zaś gminy nie ponosiłyby kosztów związanych z usługami przedmedycznymi.

5.4.10 Dokumentacja usługi

Każde działanie związane z wykonywaniem czynności przedmedycznych i medycznych jest dokumentowane i rejestrowane. Żaden zabieg i lek nie jest obojętny w swoim działaniu, może bowiem stłumić ważny objaw chorobowy. Dlatego istotne jest wpisywanie do indywidualnej karty wszelkich czynności i podawanych środków farmakologicznych. Karty te powinny być przechowywane w miejscu niedostępnym dla ogółu.

Ponadto placówki powinny prowadzić bieżącą dokumentację świadczonych usług w zakresie zwiększenia dostępności osób bezdomnych do usług z zakresu doraźnej pomocy przedmedycznej, tj.:

- liczby osób objętych postępowaniem z zakresu przedmedycznej pomocy doraźnej
- liczby zabiegów wykonanych zgodnie z procedurami opisanymi w standardzie.

5.4.11 Koszty i finansowanie

Koszty bezpośrednie:

- personel opiekuńczy, pomocniczy
- koszty szkoleń pracowników – środki czystości, pielęgnacji i higieny, w tym środki do dezynfekcji
- podstawowe leki i materiały medyczne
- wywóz odpadów medycznych.

Wyżej wymienione koszty mogą być finansowane poprzez dotacje i darowizny od osób fizycznych i prawnych, samorządów terytorialnych, urzędów pracy, które mogą refundować koszty zatrudnianych pracowników, organizacji pozarządowych, organizacji dysponujących środkami unijnymi.

Koszty pośrednie:

- koszty osobowe administracji i obsługi
- płace personelu administracyjnego
- wyżywienie
- koszty materiałów i wyposażenia
- zakup artykułów biurowych
- bielizna pościelowa, ręczniki
- zakup wyposażenia, w tym środków trwałych.

5.4.12 Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

Istotny jest udział gmin w analizie ilościowej i jakościowej przeprowadzonych w określonym czasie działań w zakresie pomocy doraźnej, m.in. zabiegów odwszawiania we wszelkich placówkach dla bezdomnych, udzielonych porad. Gromadzenie i analiza danych co pół roku (np. poprzez ankiety) pozwoli na delegowanie w sposób bardziej adekwatny środków na skuteczne działania prewencyjne, promocję zdrowia i pomoc ludziom potrzebującym. Taka dokumentacja pozwoli (przynajmniej w pewnej skali) na określenie skali problemu i na bieżąco ukierunkowywać zakres działań.

5.5

Standard pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej

5.5.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – to opieka ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja obłożnie i przewlekle chorych przebywających w placówkach dla osób bezdomnych, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa realizowanej w warunkach domowych we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

5.5.2 Odbiorcy usługi

Opieką w domu mogą zostać objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu bądź przewlekłej choroby. Chorzy klasyfikowani są według zmodyfikowanej skali Barthel od 0 do 40 punktów. Pacjenci tacy nie potrzebują hospitalizacji na oddziałach leczenia stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, a wymagają opieki.

5.5.3 Cel usługi

Opieka ma za zadanie podtrzymanie zdrowia oraz zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego chorym niekwalifikującym się do leczenia szpitalnego, z deficytami w samoopiece i samopielęgnacji.

Zadaniem pielęgniarki długoterminowej jest zapewnienie świadczeń w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym, przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji oraz radzenia sobie z niepełnosprawnością. Zadania pielęgniarskiej opieki długoterminowej to:

- realizacja świadczeń pielęgnacyjnych zgodnie z procedurami i procesem pielęgnowania
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym
- edukacja zdrowotna osób objętych opieką oraz członków ich rodzin.

Celem działania placówek z podopiecznymi wymagającymi opieki długoterminowej jest zagwarantowanie realizacji zadań pielęgniarskich, oferowanie wsparcia oraz realizacja zadań, które powinna wypełniać rodzina.

Placówki powinny zapewnić kontynuację leczenia farmakologicznego, zorganizować niezbędne do tego celu pomieszczenia oraz wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia podopiecznego (zróżnicowane w zależności od schorzenia).

5.5.4 Zakres usługi

Tryb kierowania chorego do pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest uwarunkowany posiadaniem skierowania do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego według załącznika do zarządzenia DSOZ. Natomiast świadczeniobiorca lub jego rodzina albo faktyczny opiekun gwarantują środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zalecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Zakres i charakter profesjonalnego działania pielęgniarki zależy przede wszystkim od rodzaju objawów i dolegliwości oraz stopnia ograniczeń. Do najczęściej wykonywanych czynności należy:

- wykonywanie opatrunków
- pielęgnacja przetoki
- pielęgnacja stomii
- pomoc rodzinie w żywieniu i nawadnianiu pacjenta (karmienie przez przetokę)
- świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia – prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa z zakresu samoopieki w ży-

ciu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny i opiekunów (kadra, opiekunowie) – tu nacisk oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi

- świadczenia higieniczno-pielęgnacyjne – wykonanie u pacjenta leżącego w łóżku lub pomoc przy wykonaniu czynności higienicznych oraz z zakresu profilaktyki przeciwpoparzeniowej i poodleżynowej
- istotnym elementem profesjonalnej pielęgnacji jest również udzielanie wsparcia emocjonalnego.

Wszelkie działania pielęgniarские realizowane są w sposób zaplanowany i zindywidualizowany. Pielęgniarka opieki długoterminowej, z racji swoich kompetencji, czynnie uczestniczy w procesie rehabilitacji. Jej działania w tym zakresie mają charakter bezpośredni (wykonywanie zabiegów i ćwiczeń usprawniających z pacjentem), pośredni (przygotowywanie warunków zewnętrznych i pacjenta do uczestnictwa w ćwiczeniach, zabiegach i innych zajęciach związanych z jego rehabilitacją).

Istotnym obszarem samodzielnej działalności pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny (opiekunów, systemu wsparcia).

5.5.5 Rezultaty usługi

Zapobieganie powikłaniom, stanom zapalnym, zakażeniom, odleżynom, deformacjom, uśmierzanie bólu, aktywizacja chorego poprzez stosowanie rehabilitacji ciągłej, kompleksowej, zapewnienie bezpieczeństwa podstawowych funkcji życiowych pacjenta poprzez monitorowanie stanu pacjenta pod kątem niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego i zaostrzeń choroby.

5.5.6 Umocowanie usługi:

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 30.07.1996 Nr 91 poz. 410 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 31.08.2009 Nr 140 pozycja 1147)

zarządzenie nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

5.5.7 Kompetencje

Pielęgniarka realizująca świadczenia gwarantowane musi posiadać wykształcenie i kompetencje zgodne z zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pracownicy placówek dla osób bezdomnych, korzystając z wiedzy i doświadczenia personelu medycznego, a także z wiedzy zdobytej na szkoleniach, mają obowiązek realizować zalecenia pielęgniarki. Dlatego istotne jest, by pracownicy placówek mieli ukończone kursy pierwszej pomocy, kursy asystenta lub opiekuna osoby niepełnosprawnej i chorej. Jeżeli jest taka możliwość, mogą również mieć ukończone studium opiekuna medycznego lub opiekuna w domu pomocy społecznej.

5.5.8 Podmioty realizujące usługę

Organizacje pozarządowe, osoby prywatne.

5.5.9 Warunki realizacji usługi

Warunki udzielania świadczeń gwarantowanych opieki długoterminowej domowej to m.in.:

- dostępność od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00
- dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach
- wizyty pielęgniarki długoterminowej w domu podopiecznego nie mogą odbywać się rzadziej niż 4 razy w tygodniu
- jedna pielęgniarka nie może opiekować się jednocześnie więcej niż sześcioma podopiecznymi.

Placówki opiekujące się osobami niepełnosprawnymi powinny spełniać warunki sanitarne wyszczególnione standardzie „Mieszkalnictwo i pomoc doraźna”.

5.5.10 Współpraca przy realizacji usługi

Jednym z obszarów działań pielęgniarki jest współpraca z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, która polega na stałym kontakcie, przekazywaniu informacji o stanie ogólnym pacjenta, w razie potrzeby zmianie leczenia farmakologicznego, założeniu cewnika czy podawaniu leków droga pozajelitową.

Drugim istotnym konsultantem w sprawowaniu opieki jest rehabilitant, który poprzez wskazania i demonstracje ćwiczeń ukierunkowuje zakres działań rehabilitacyjnych. Po instruktażu kontynuuje naukę używania i sposobów korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego. Poza tym podaje leki oraz środki wspomagające i umożliwiające prowadzenie zabiegów i ćwiczeń.

Istotnym podmiotem współpracy są pracownicy placówek, którzy w tym przypadku spełniają rolę asystentów i opiekunów i wypełniają zadania, które realizować powinna rodzina osoby niepełnosprawnej.

5.5.11 Dokumentacja usługi

Placówka powinna odnotowywać wizyty pielęgniarskie, wizyty rehabilitanta oraz prowadzić dokumentację zaleceń pielęgniarskich, które ma realizować. Oprócz dokumentacji prowadzonej *stricte* przez pielęgniarkę, placówka powinna prowadzić własne karty obserwacyjne. W nich powinny znajdować się dane z obserwacji chorego, w szczególności dotyczące nowych zachowań czy też symptomów, które mogłyby świadczyć o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta albo o nowej dolegliwości. Ten rodzaj dokumentacji miałby służyć pomocą przy późniejszej konsultacji z pielęgniarką lub lekarzem.

5.5.12 Koszty i finansowanie

Koszty działań pielęgniarskich w ramach sprawowanej opieki długoterminowej domowej są rozliczane przez NFZ w okresie sprawozdawczym poprzez rachunek i raport statystyczny. Świadczeniodawca składa do oddziału Funduszu (zgodnie z umową) rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca za poprzedni miesiąc. Wszelkie dane w rachunku przekazywane są również w formie elektronicznej. Jednostką rozliczeniową w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych jest osobodzień (sposobem rozliczania jest zapłata za osobodzień).

Wspomagający niektóre działania (PFRON, stowarzyszenia, fundacje) ponoszą koszty sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego.

5.5.12.1 KATEGORIE KOSZTÓW PONOSZONYCH PRZEZ PLACÓWKI

Koszty bezpośrednie:

- koszty zatrudnienia (opiekunowie, asystenci osób niepełnosprawnych)
- koszty szkoleń (szkolenie z pierwszej pomocy)
- koszty leków, środków pielęgnacji i higieny.

Koszty pośrednie:

- koszty osobowe administracji i obsługi
- płace personelu administracyjnego
- wyżywienie uwzględniające diety osób niepełnosprawnych
- koszty materiałów i wyposażenia
- zakup artykułów biurowych
- bielizna pościelowa, ręczniki
- zakup wyposażenia, w tym środków trwałych.

Wyżej wymienione koszty mogą być finansowane poprzez dotacje i darowizny, jako pomoc rzeczowa – w postaci sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego. Urzędy pracy mają możliwość refundowania kosztów nowych stanowisk pracy i części wynagrodzenia dla osób bezrobotnych podejmujących zatrudnienie jako opiekuni lub asystenci osób niepełnosprawnych (po wcześniejszym przeszkoleniu).

5.5.13 Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

W przypadku placówki ewaluacja i monitoring są konieczne do oceny jakości świadczonych usług.

Ewaluacja opierać się powinna na:

- porównaniu stanu podopiecznego przed objęciem długoterminową opieką i w trakcie opieki. Porównanie powinno odbywać się na poziomie somatycznym (ocena stanu zdrowia fizycznego podopiecznego), jak i psychicznym (ocena stanu psychicznego, samopoczucia, subiektywnego odbioru swojego stanu zdrowia przez podopiecznego)
- przeprowadzeniu badania za pomocą ankiet lub wywiadów wśród podopiecznych. Zawierałyby one pytania o ocenę kompetencji personelu medycznego oraz personelu placówki zarówno w aspekcie

zawodowym, jak i w aspekcie nastawienia do chorego oraz odczucia chorych dotyczącego sprawowanej opieki

- przygotowywaniu przez uprawnione osoby zbiorczych sprawozdań z działania opartych na dokumentacji placówek, pielęgniarek oraz rehabilitantów, zawierających także dane z przeprowadzonych analiz porównawczych stanu zdrowia podopiecznych oraz ankiet i wywiadów.

Monitoring:

- kontrola prowadzona przez NFZ
- kontrole wewnętrzne prowadzonej dokumentacji, wypełniania zaleceń pielęgniarских, zachowania opiekunów medycznych i pracowników placówki wobec osób chorych.

5.6

Standard opieki zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarской, rehabilitacyjnej i terapeutycznej

5.6.1 Nazwa usługi

Wsparcie w opiece zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarской oraz usług rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

W ramach standardu realizowane są następujące usługi:

- wsparcie w zapewnieniu dostępu do usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych
- wsparcie w zapewnieniu dostępu do rehabilitacji ruchowej
- wsparcie w zapewnieniu dostępu do leczenia
- wsparcie w zapewnieniu dostępu do terapii zajęciowej
- wsparcie w zapewnieniu dostępu do opieki psychologa
- wsparcie w zapewnieniu dostępu do opieki lekarza psychiatry
- wsparcie w zapewnieniu dostępu do edukacji i profilaktyki zdrowotnej
- praca socjalna
- szkolenie kadry z zakresu opieki nad osobami niepełnosprawnymi.

5.6.2 Odbiorca usługi

Osoby bezdomne, a w szczególności:

- osoby starsze
- osoby niepełnosprawne
- osoby chore
- osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Czas korzystania z usług zdrowotnych w placówce uzależniony jest od stanu zdrowia pacjenta oraz od czasu oczekiwania na miejsce w ZOL, ZPO lub DPS.

5.6.3 Cel usługi

Celem usług jest zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia, poprawa stanu zdrowia, usprawnianie chorych poprzez zapewnienie dostępu do leczenia, usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych i psychologicznych, przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji oraz pomoc choremu w powrocie do funkcjonowania w społeczeństwie.

Cele szczegółowe:

- **profilaktyczny** – przeciwdziałanie pogłębianiu się chorób, dysfunkcji organizmu oraz monitorowanie procesu leczenia
- **socjalny** – zaspokajanie potrzeb związanych z opieką (zabiegi pielęgnacyjne, pomoc w spożywaniu posiłków); zaspokajanie potrzeb

psychologicznych; indywidualne wsparcie (realizowanie indywidualnego planu pracy z podopiecznymi, pomoc w załatwianiu formalności urzędowych, umożliwienie indywidualnych konsultacji psychiatrycznych, psychologicznych itp.)

- **aktywizujący** – uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej, ergoterapii, dysponowanie własnymi zasobami finansowymi, podejmowanie samodzielnych decyzji
- **integracyjny** – podtrzymywanie kontaktu z rodziną, nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, kształtowanie kontaktów z najbliższym środowiskiem
- **terapeutyczny** – terapia uzależnienia od alkoholu, terapia zajęciowa, rehabilitacja ruchowa osób niepełnosprawnych fizycznie, pomoc psychologiczna.

5.6.4 Zakres usługi

5.6.4.1 USŁUGA OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNA SKIEROWANA DO OSÓB BEZDOMNYCH

Osoby starsze, chore, niepełnosprawne przebywające w placówce dla osób bezdomnych wymagają niejednokrotnie kompleksowej opieki pielęgniarstwa. Opiekę tę można zapewnić poprzez zatrudnienie pielęgniarek, opiekunek, które świadczą usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Pielęgniarki mogą być zatrudniane w placówkach dla bezdomnych na zasadzie prowadzenia praktyk indywidualnych, które podlegają nadzorowi Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 30.07.1996 Nr 91 poz. 410 z późn. zm.).

W placówkach dla bezdomnych istnieje możliwość angażowania osób skazanych do wykonywania nieodpłatnej pracy na rzecz placówki, także do pomocy osobom niepełnosprawnym.

Wyposażenie placówek dla bezdomnych świadczących usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne:

- gabinet pielęgniarstwa-zabiegowy
- apteczka
- izolatka
- łóżka szpitalne

- sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko)
- sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (podnośniki, parawany)
- podstawowy sprzęt medyczny: zestaw do pierwszej pomocy, glukometr, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, koncentrator tlenu, ssak elektryczny, inhalator).

5.6.4.2 REHABILITACJA

I. Rehabilitacja ruchowa realizowana na terenie placówki świadczącej usługi osobom bezdomnym

Ma ona na celu jak najdłuższe utrzymanie sprawności fizycznej mieszkańców, jak również mobilizację do jak najdłuższej samodzielności w życiu codziennym. Dzięki rehabilitacji osoby starsze poprawiają swoją sprawność fizyczną lub, w przypadku stanów cięższych, utrzymują sprawność fizyczną na stałym poziomie.

Pomieszczenie do rehabilitacji niemedycznej może być wyposażone w podstawowy sprzęt rehabilitacyjny:

- UGUL (uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego) do ćwiczeń i zawieszzeń
- PUR (przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne)
- stół do masażu
- materace
- rotory kończyn górnych i dolnych
- tablice do ćwiczeń manualnych
- ergometry
- taśmy rehabilitacyjne
- stół do ćwiczeń manualnych
- bieżnię
- tor do nauki chodzenia.

Placówka powinna posiadać sprzęt pomocniczy dla osób, które go nie posiadają: kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie. Przy kompletowaniu sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego można korzystać z programów umożliwiających dofinansowanie zakupu tego sprzętu z PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 2011).

W placówce dla osób bezdomnych podopieczni powinni uzyskać pomoc w zakresie zdobycia sprzętu rehabilitacyjnego i pomocni-

czego. W celu uzyskania specjalistycznego sprzętu (wózek, pionizator itp.) wymagany jest wniosek wypisany przez lekarza specjalistę (chirurga, ortopedę, neurologa). Sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy refundowany jest częściowo przez NFZ, natomiast pozostałą część odpłatności ponosi osoba bezdomna, która może zwrócić się o zwrot kosztów zakupu do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

II. Usługa rehabilitacyjna poza placówką

W celu realizacji tej usługi konieczne jest skierowanie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Osoba musi posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne.

Placówka musi liczyć się z koniecznością dowożenia podopiecznych na zabiegi.

5.6.4.3 DOSTĘP DO LECZENIA

- leczenie farmakologiczne – zapewnienie podstawowych leków
- pomoc w zaopatrzeniu w materiały opatrunkowe, drobny sprzęt medyczny, pieluchomajtki
- stała współpraca personelu opiekuńczego z lekarzem oraz zapewnienie konsultacji specjalistycznych
- badania diagnostyczne (badania laboratoryjne, monitorowanie stanu zdrowia chorych)
- leczenie dietetyczne
- wizyty domowe lekarza pierwszego kontaktu w placówce.

Placówka może zatrudnić lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarzy specjalistów (np. w ramach indywidualnych praktyk lekarskich). Jednak najczęstszą praktyką jest korzystanie z lekarza pierwszego kontaktu w przychodni, gdzie pacjent składa deklarację wyboru lekarza i pielęgniarki środowiskowej.

W sytuacji gdy leczenie odbywa się poza placówką, powinna ona dysponować samochodem do przewozu osób niepełnosprawnych.

5.6.4.4 TERAPIA ZAJĘCIOWA

Jest jedną z form aktywizacji podopiecznych. Jej zadaniem jest leczenie i usprawnianie za pomocą określonych czynności, zajęć i pracy. Celem terapii jest poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pensionariuszy. Oddziałuje ona zarówno na sprawność fizyczną, jak i psychiczną.

Do zadań kadry terapeutycznej należy wszechstronna diagnoza rozwoju psychoruchowego oraz zaburzeń zachowania. Dzięki kompleksowej diagnozie oraz jak najwcześniejszemu usprawnianiu psychoruchowemu i kompensacji zaburzonych czynności podopieczni mogą znacznie lepiej funkcjonować, wykazując przy tym większą samodzielność. Formy terapii:

- ergoterapia
- muzykoterapia
- biblioterapia
- arteterapia
- nauka życia codziennego (pomoc w ubieraniu się, nauka dbania o swój wygląd, nauka różnych norm spędzania czasu wolnego, zdobywanie i pogłębianie umiejętności interpersonalnych itp.)
- udział podopiecznych w innych formach terapii poza placówką, np. uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej prowadzonych przy DPS.

Terapia może być realizowana we współpracy z policealnymi szkołami medycznymi.

5.6.4.5 WSPARCIE PSYCHOLOGA

Oddziaływanie psychologiczne – zajęcia grupowe, indywidualne:

- diagnoza psychologiczna
- opracowanie i realizacja indywidualnego planu terapeutycznego
- zajęcia psychoedukacyjne i treningi podnoszące umiejętności społeczne uczestników.

Psycholog wydaje również opinię o podopiecznych dla potrzeb orzecznictwa oraz w celu kompletowania dokumentacji do DPS. Psycholog współpracuje z pracownikiem socjalnym i kadrą opiekuńczą w celu jak najsprawniejszej realizacji planu pomocowego.

5.6.4.6 WSPARCIE PSYCHIATRY

Umożliwienie podopiecznym kontaktu z lekarzem psychiatrą:

- diagnoza stanu zdrowia psychicznego
- pomoc w kontynuacji leczenia.

Jeżeli nie ma możliwości zatrudnienia w placówce lekarza psychiatry, rekomendujemy umożliwienie podopiecznym korzystania ze specjalistycznej pomocy w wyspecjalizowanych placówkach.

5.6.4.7 EDUKACJA I PROFILAKTYKA ZDROWOTNA

Oddziaływania te mogą być realizowane przez opiekunów i pielęgniarzy, terapeutę lub psychologa poprzez takie formy jak:

nauka spędzania czasu wolnego

profilaktyka uzależnień – szkolenia, warsztaty dotyczące ochrony zdrowia (pogadanki, filmy)

warsztaty z psychologiem (np. praca nad kontrolą emocji, treningi twórczego myślenia i rozwiązywania problemów itp.)

5.6.4.8 PRACA SOCJALNA

Zakres pracy socjalnej z osobą bezdomną, w tym: starszą, niepełnosprawną szczegółowo, opisany został w standardzie pracy socjalnej.

5.6.4.9 SZKOLENIE KADRY Z ZAKRESU OPIEKI NAD OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI

Kierownicy realizujący w placówkach usługi z zakresu zdrowia powinni pamiętać o organizowaniu szkoleń dla kadry bezpośrednio zaangażowanej w proces pomocy osobom bezdomnym niepełnosprawnym.

W tym celu powinno się organizować szkolenia dla kadry w zakresie:

- pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym
- psychologicznych aspektów pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym
- pierwszej pomocy
- superwizje dla pracowników.

5.6.5 Rezultat usługi

poprawa stanu zdrowia i jakości życia w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. W wyniku realizacji usług pacjent będzie objęty holistyczną opieką. Efektem tego będzie utrzymanie zdrowia na odpowiednim poziomie warunkującym prawidłowe funkcjonowanie

- poprawa zdrowia somatycznego dzięki rehabilitacji ruchowej
- zmiana wizerunku własnego i otaczającego świata na pozytywny
- podniesienie samooceny podopiecznych poprzez rozwinięcie zdolności interpersonalnych, naukę samodzielności, nabycie umiejętności społecznych oraz pomoc psychologa, psychiatry

- ograniczenie skutków niepełnosprawności poprzez wczesną diagnozę, profilaktykę zdrowotną
- wymiana doświadczeń pracowników działających na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych
- zmiana postaw społeczeństwa wobec osób bezdomnych poprzez propagowanie „dobrych praktyk”, a także wśród pracowników pomocy społecznej oraz promowanie integracji osób bezdomnych ze społecznością lokalną.

5.6.6 Miejsce umocowania usługi

Usługi na rzecz osób bezdomnych, starszych, chorych i niepełnosprawnych będą realizowane w placówkach dla bezdomnych.

Uwarunkowania prawne:

art. 51 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)

ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 12.11.1982 Nr 35 poz. 230 z późn. zm.), Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 19.09.2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm.), oraz wydanych do tych ustaw rozporządzeniach wykonawczych

5.6.7 Kompetencje

Liczebność zatrudnionej kadry jest dostosowana do potrzeb wynikających z zabezpieczenia odpowiedniej opieki osobom bezdomnym, starszym, chorym i niepełnosprawnym. Osoby zatrudnione w placówce realizującej usługi na rzecz osób bezdomnych, starszych, chorych i niepełnosprawnych powinny posiadać doświadczenie w pracy z takimi osobami. Kadra opiekuńcza powinna posiadać certyfikaty lub zaświadczenia o ukończeniu kursu pierwszej pomocy. Ze względu na złożone problemy zdrowotne tej grupy podopiecznych kierownicy realizujący w placówkach usługi z zakresu zdrowia powinni pamiętać o organizowaniu szkoleń dla kadry bezpośrednio zaangażowanej w proces pomocowy osobom bezdomnym niepełnosprawnym.

W celu prawidłowej realizacji usług placówka świadcząca konkretne usługi powinna wdrażać procedury z nimi związane.

5.6.8 Podmioty realizujące usługę

Usługi mogą być świadczone przez jednostki administracji samorządowej (np. gminy, powiaty) oraz organizacje pozarządowe, kościoły, osoby prywatne.

Wszystkie podmioty realizują działania na podstawie art. 25 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.) i przepisów działu II rozdziału 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. (Dz.U. z 29.05.2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.).

5.6.9 Warunki realizacji usługi

Budynek, w którym realizowane są usługi, powinien spełniać wymogi ogólnobudowlane, określone w odpowiednich przepisach prawa (zob. standard „Mieszkalnictwo i pomoc doraźna”).

Placówka powinna liczyć do 50 miejsc. Pomieszczenia powinny być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Należy także przestrzegać prawa pacjenta do zachowania intymności.

Ważne jest, aby zabezpieczać transport osób bezdomnych przebywających w placówce w sposób adekwatny do ich stanu zdrowia oraz stopnia niepełnosprawności, tak aby bezpiecznie docierały do miejsca zapewnienia niezbędnych świadczeń opieki medycznej.

Usługi są świadczone do czasu umieszczenia pacjenta w ZOL, ZPO, lub DPS.

5.6.10 Współpraca przy realizacji usługi

W celu zapewnienia optymalnych warunków oraz realizowania założeń programowych placówka powinna współpracować z:

- powiatowymi centrami pomocy rodzinie
- ośrodkami pomocy społecznej
- domami pomocy społecznej
- zespołami ds. orzekania o niepełnosprawności
- komisjami ZUS

- sądami, kuratorami zawodowymi dla dorosłych, prokuraturą
- zakładami opiekuńczo-leczniczymi, pielęgnacyjno-opiekuńczymi
- hospicjami
- organizacjami pozarządowymi
- placówkami ochrony zdrowia
- kościołami
- wolontariuszami.

5.6.11 Dokumentacja usługi

Zespół opiekuńczo-pielęgnacyjny:

- raport pełnionych dyżurów
- historia choroby
- karty gorączkowe
- karta pielęgnacji chorego
- zeszyt zleceń lekarskich
- zeszyt leków wydawanych podopiecznym
- zeszyt raportów pielęgniarских
- zeszyt poziomu ciśnienia tętniczego
- zeszyt wyjazdów do poradni specjalistycznych i na komisje lekarskie
- ewidencja wszystkich leków.

Ważne jest, aby placówka spełniała wszystkie zgodne z przepisami wymogi dotyczące ochrony danych osobowych – ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 29.10.1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz wydane do tej ustawy przepisy wykonawcze.

Placówka powinna wdrażać następujące procedury:

- przedmedyczną pomoc doraźną
- wywóz odpadów medycznych (konieczna umowa na wywóz odpadów z firmą zewnętrzną) – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 8.09.2007 Nr 162 poz. 1153)
- procedurę podczas zgonu
- procedurę postępowania epidemiologicznego
- procedurę postępowania z odpadami medycznymi
- zasady dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem biologicznym

- instrukcję gromadzenia zużytego sprzętu jednorazowego użytku
- zasady postępowania z kieliszkami do podawania leków
- sposób przygotowania roztworów dezynfekcyjnych
- ogólne zasady przygotowywania środków dezynfekcyjnych
- zasady izolacji chorych o podwyższonym ryzyku rozprzestrzenienia zakażenia
- higieniczne mycie rąk
- zasady używania rękawic
- zasady obsługi lamp bakteriobójczych
- zasady działania i użytkowania lamp bakteriobójczych
- zasady mycia i dezynfekcji inhalatorów po użyciu
- środki dezynfekcyjne stosowane do dezynfekcji powierzchni
- preparaty stosowane do dezynfekcji narzędzi
- kolejność mycia i dezynfekcji we wszystkich strefach higienicznych
- sposoby niszczenia przeterminowanych środków farmaceutycznych
- zasady postępowania z brudną bielizną
- zasady przewozu osób.

5.6.12 Koszty i finansowanie usługi

Dla zapewnienia optymalnego wdrażania usług należy zapewnić następujące źródła finansowania:

- finansowanie usług specjalistycznych przez miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej
- pozyskiwanie dotacji z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, urzędów miast, urzędów wojewódzkich, urzędów marszałkowskich oraz z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- refundację kosztów usług medycznych świadczonych osobom bezdomnym w zewnętrznych placówkach przez Narodowy Fundusz Zdrowia
- jeżeli dochód podopiecznego przekracza kryterium dochodowe (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej), ponosi on odpłatność zgodnie z decyzją administracyjną OPS (w uzasadnionych przypadkach, np. ze względu na wysokie koszty leków, OPS może zmniejszyć albo odstąpić od kosztów ponoszonych przez podopiecznego)
- środki od sponsorów prywatnych, darowizny, 1% podatku dla OPP
- inne, np. środki unijne z EFS.

5.6.12.1 KATEGORIE KOSZTÓW

Koszty bezpośrednie:

- personel opiekuńczy, pomocniczy
- środki czystości i higieny, w tym środki do dezynfekcji
- podstawowe leki i materiały medyczne
- transport sanitarny
- wywóz odpadów medycznych.

Koszty pośrednie:

- koszty osobowe administracji i obsługi
- płace personelu administracyjnego
- wyżywienie
- koszty materiałów i wyposażenia
- zakup artykułów biurowych
- bielizna pościelowa, ręczniki
- zakup wyposażenia, w tym środki trwałe
- pozostałe
- naprawa i konserwacja sprzętu specjalistycznego (wg potrzeb)
- dezynfekcja, deratyzacja, dezynsekcja (zgodnie z wymogami sanepidu).

5.6.13 Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

Dzięki tak kompleksowej pomocy można ocenić jakość świadczonych usług poprzez monitoring i ewaluację.

Ewaluacja:

- skierowanie ankiet do odbiorców usług, dzięki którym można ocenić kompetencje personelu (pielęgniarki, rehabilitanta, opiekunów), dostępność, komunikatywność, wrażliwość i uprzejmość pracowników w stosunku do podopiecznych
- porównanie przy przyjęciu i w trakcie pobytu w celu odpowiedzi na pytanie, czy poprawił się stan zdrowia i funkcjonowania podopiecznego oraz jakie usługi zostały wykorzystane w tym procesie.

Monitoring:

- kontrole wewnętrzne dokumentacji medycznej, ocena procesu usprawniania, pielęgnowania i rehabilitacji poprzez ankietę kierowaną do pacjentów i analizę dokumentacji medycznej

- statystyka wewnętrzna ilościowa; efekty usamodzielnienia się podopiecznych (np. samodzielne mieszkanie, zdobycie pracy)
- efekt realizacji programu placówki (np. liczba skierowań do DPS, liczba skompletowanych wniosków w celu orzeczenia stopnia niepełnosprawności)
- protokoły z kontroli sanepidu, kontroli w zakresie BHP, kontroli Państwowej Inspekcji Pracy
- realizowane w ciągu okresu sprawozdawczego projekty z bezpośrednim udziałem mieszkańców, które wpływają na polepszenie jakości usług lub wskazują wymierne rezultaty poprawy stanu zdrowia (np. ile osób w ciągu roku skorzystało z różnych form aktywizacji: społecznej, zdrowotnej lub zawodowej).

I. Rezultaty i wskaźniki w monitorowaniu

W odniesieniu do działań podjętych w odpowiedzi na konkurs dotyczący pilotażowego wdrożenia standardów usług w zakresie bezdomności i przetestowania modelu *Gminny standard wychodzenia z bezdomności* dodatkowo należy przeprowadzić monitoring pilotażu poprzez zgromadzenie danych z obszarów poszczególnych standardów w sferze usług z zakresu zdrowia.

II. Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu ochrony zdrowia dla osób bezdomnych:

- liczba osób bezdomnych, które uzyskały potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- liczba osób bezdomnych, które uzyskały ubezpieczenie zdrowotne.

III. Opieka paliatywna i hospicyjna w placówkach świadczących usługi dla osób bezdomnych

Zwiększenie/udrożnienie osobom bezdomnym dostępu do usług paliatywnych/hospicyjnych:

- liczba osób objętych usługą hospicjum domowe przebywających na terenie placówki dla osób bezdomnych
- liczba osób objętych opieką paliatywną ambulatoryjną

- liczba osób objętych opieką paliatywną w warunkach domowych
- liczba osób umieszczonych w hospicjum stacjonarnym
- liczba porad/rozmów wspierających udzielonych przez psychologa świadczeniobiorcom
- liczba porad/rozmów wspierających udzielonych przez psychologa opiekunom/pracownikom placówki, w której przebywa świadczeniobiorca
- liczba porad/rozmów wspierających udzielonych przez psychologa rodzinie świadczeniobiorcy.

IV. Terapia oraz profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych

Zróżnicowanie/poszerzenie oferty usług terapeutycznych z zakresu terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych.

V. Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych

Poszerzenie dostępności do długoterminowych form terapii uzależnień:

- liczba osób uczestniczących w stacjonarnym długoterminowym programie terapii uzależnień
- liczba osób, które ukończyły stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień
- liczba podmiotów realizujących stacjonarne długoterminowe programy terapii uzależnień współpracujących z placówką świadcząca usługi osobom bezdomnym.

VI. Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych

Poszerzenie dostępności do krótkoterminowych form terapii uzależnień

- liczba osób uczestniczących w stacjonarnym krótkoterminowym programie terapii uzależnień
- liczba osób, które ukończyły stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień

- liczba podmiotów realizujących stacjonarne krótkoterminowe programy terapii uzależnień współpracujących z placówką świadczącą usługi osobom bezdomnym.

VII. Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych

Poszerzenie dostępności dziennych form terapii uzależnień:

- liczba osób uczestniczących w dziennym programie terapii uzależnień
- liczba osób, które ukończyły dzienny program terapeutyczny
- liczba podmiotów realizujących dzienne programy terapii uzależnień współpracujących z placówką świadczącą usługi osobom bezdomnym.

VIII. Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych

Poszerzenie dostępności do ambulatoryjnych form terapii uzależnień:

- liczba osób uczestniczących w ambulatoryjnej terapii uzależnień
- liczba osób, które ukończyły ambulatoryjny program terapii uzależnień
- liczba placówek ambulatoryjnych współpracujących z placówką świadczącą usługi osobom bezdomnym.

IX. Redukcja szkód

Poszerzenie dostępności do działań z zakresu redukcji szkód:

- liczba odbiorców działań z zakresu redukcji szkód
- liczba uczestników zajęć grupowych z zakresu redukcji szkód
- liczba osób korzystających z konsultacji indywidualnych z zakresu redukcji szkód
- liczba odbiorców działań z zakresu redukcji szkód, którzy podjęli terapię uzależnień
- liczba godzin przeprowadzonych zajęć grupowych z zakresu redukcji szkód
- liczba godzin przeprowadzonych konsultacji indywidualnych z zakresu redukcji szkód

- liczba podmiotów realizujących programy z zakresu redukcji szkód współpracujących z podmiotem realizującym programy redukcji szkód (uwaga – podmiot prowadzący w sprawozdaniu sumarycznym/okresowym każdego partnera wykazać może tylko 1 raz).

X. Profilaktyka uzależnień

Poszerzenie dostępu do działań z zakresu profilaktyki uzależnień:

- liczba odbiorców działań z zakresu profilaktyki uzależnień
- liczba osób, które uczestniczyły w zajęciach grupowych realizowanych w ramach profilaktyki uzależnień
- liczba godzin przeprowadzonych zajęć grupowych z zakresu profilaktyki uzależnień
- liczba podmiotów realizujących programy z zakresu profilaktyki uzależnień współpracujących z placówkami dla osób bezdomnych (jeśli działanie jest realizowane poza placówką dla osób bezdomnych).

XI. Obszar przedmedycznej pomocy doraźnej

Zwiększenie dostępności osób bezdomnych do usług z zakresu doraźnej pomocy przedmedycznej

- liczba osób objętych postępowaniem z zakresu przedmedycznej pomocy doraźnej
- liczba zabiegów wykonanych zgodnie z procedurami opisanymi w standardzie.

XII. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Zwiększenie dostępności osób bezdomnych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej:

- liczba osób objętych usługą pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej
- liczba podmiotów realizujących usługę współpracujących z placówką dla osób bezdomnych
- liczba osób, których stan zdrowotny poprawił się w wyniku realizacji usługi.

XIII. Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgnarskiej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej

Zwiększenie dostępności osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgnarskiej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej do specjalistycznych usług w zakresie ich potrzeb zdrowotnych

- liczba osób korzystających z usługi opiekuńczo-pielęgnacyjnej
- liczba pielęgniarek zatrudnionych do realizacji usługi opiekuńczo-pielęgnacyjnej
- liczba osób uczestniczących w rehabilitacji ruchowej na terenie placówki
- liczba zatrudnionych rehabilitantów do realizacji tej usługi na terenie placówki
- liczba osób korzystających z rehabilitacji ruchowej poza placówką
- liczba podmiotów realizujących rehabilitację ruchową współpracujących z placówką
- liczba wizyt domowych lekarza pierwszego kontaktu w placówce
- liczba lekarzy pierwszego kontaktu współpracujących z placówką
- liczba osób, która objęta jest pomocą lekarza rodzinnego
- liczba osób uczestniczących w terapii zajęciowej
- liczba zatrudnionych terapeutów zajęciowych
- liczba godzin przeprowadzonych zajęć z zakresu terapii zajęciowej
- liczba osób objętych wsparciem psychologa
- liczba godzin zajęć grupowych z psychologiem
- liczba godzin konsultacji indywidualnych z psychologiem
- liczba zatrudnionych psychologów
- liczba osób objętych wsparciem lekarza psychiatrii
- liczba godzin odbytych konsultacji z lekarzem psychiatrą
- liczba zatrudnionych lekarzy psychiatrów
- liczba osób uczestniczących w zajęciach z zakresu edukacji i profilaktyki zdrowotnej
- liczba godzin zajęć z zakresu edukacji i profilaktyki zdrowotnej
- liczba osób zatrudnionych w placówce uczestniczących w szkoleniach z zakresu opieki nad osobami niepełnosprawnymi
- liczba osób, których stan zdrowotny poprawił się w wyniku realizacji usługi
- liczba osób, które zostały przyjęte do innych placówek (DPS, ZOL).

XIV. Stworzenie systemu utrwalających form terapii uzależnień

- liczba osób uczestniczących w programach postrehabilitacyjnych
- liczba osób, które ukończyły programy postrehabilitacyjne
- liczba podmiotów realizujących programy postrehabilitacyjne współpracujących z placówkami dla osób bezdomnych.

XV. Profesjonalizacja kadr systemu wsparcia osób bezdomnych w zakresie działań z zakresu ochrony zdrowia

- liczba zatrudnionych opiekunów przeszkolonych z pierwszej pomocy oraz posiadających wiedzę na temat pielęgnowania i zwalczania dolegliwości ściśle związanych ze sposobem życia osób bezdomnych
- liczba pielęgniarek współpracujących z placówką dla osób bezdomnych realizującą działania z zakresu przedmedycznej pomocy doraźnej
- liczba studentów kierunków medycznych zaangażowanych we współpracę z placówką dla osób bezdomnych realizującą działania z zakresu przedmedycznej pomocy doraźnej
- liczba lekarzy współpracujących z placówką dla osób bezdomnych realizującą działania z zakresu przedmedycznej pomocy doraźnej.

XVI. Profesjonalizacja systemu wsparcia osób bezdomnych w zakresie terapii uzależnień

- liczba placówek dla osób bezdomnych posiadających interdyscyplinarny zespół terapeutyczny
- liczba zatrudnionych specjalistów w placówce dla osób bezdomnych tu bym pokusiła się jeszcze o wymienienie co to a specjaliści: np. liczba zatrudnionych psychologów
- liczba zatrudnionych lekarzy psychiatrów
- liczba zatrudnionych specjalistów terapii uzależnień
- liczba zatrudnionych instruktorów terapii uzależnień
- liczba zatrudnionych pielęgniarek.

Materiał merytoryczny opracowali:

Katarzyna Bielerzewska, Maria Chojnacka, Alicja Kocyłowska, Małgorzata Kruk, Agnieszka Sawicka, Marcin J. Sochocki, Marta Stefaniak-Łubianka

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli:

Krzysztof Czekaj, Katarzyna Piotrowicz, Renata Zembowicz, Bartłomiej Ziębiński

Bibliografia:

Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm., Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Dz.U. z 1.06.2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm., Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dz.U. z 6.11.2007 Nr 205 poz. 1493 z późn. zm., Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne.

Dz.U. z 8.09.2007 Nr 162 poz. 1153, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.

Dz.U. z 10.08.2006 Nr 143 poz. 1033, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca.

2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010.

Dz.U. z 10.12.2004 Nr 262 poz. 2607, Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy.

Dz.U. z 12.05.1983 Nr 25 poz. 110, Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu.

Dz.U. z 12.05.1983 Nr 25 poz. 111, Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu sprawowania kontroli legalności skierowania i przebywania w stacjonarnych zakładach leczniczych i domach pomocy społecznej osób, na które został nałożony obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, oraz warunków, w jakich osoby te przebywają.

Dz.U. z 12.05.1983 Nr 25 poz. 115, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

Dz.U. z 12.11.1982 Nr 35 poz. 230 z późn. zm., Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Dz.U. z 13.04.2011 Nr 78 poz. 428, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016.

Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Dz.U. z 18.04.2006 Nr 64 poz. 455, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie określenia trybu składania ofert, kryteriów ich oceny oraz terminów postępowania konkursowego w sprawie wyboru programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Dz.U. z 19.09.2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dz.U. z 20.07.2006 Nr 132 pozycja 931, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień.

Dz.U. z 20.10.2006 Nr 191 poz. 1410 z późn. zm., Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Dz.U. z 21.01.2000 Nr 3 poz. 44 z późn. zm., Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu.

Dz.U. z 24.08.2000 Nr 70 poz. 830, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedyceńskich uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.

Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm., Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dz.U. z 29.05.2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Dz.U. z 29.10.1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zm. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Dz.U. z 30.07.1996 Nr 91 poz. 410 z późn. zm., Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej.

Dz.U. z 30.12.2008 Nr 234 poz. 1570, z późn. zm. Ustawa z dnia 5

grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Dz.U. z 31.08.2009 Nr 140 pozycja 1147, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2010. *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2011 roku*. Warszawa. www.mzsa.pl/prra/doc/rekomendacje_2011.pdf, 1.02.2011.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2011. *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*. Warszawa.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 2011. www.pfron.org.pl/portal/pl, 20.03.2011.

Sochocki M. J., 2010. *Formułowanie wskaźników, dobór działań oraz ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*. W: *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Warszawa.

Woronowicz B. T., 2009. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa.





**STANDARD ZATRUDNIENIA
I EDUKACJI**

Wprowadzenie

Usługi skatalogowane w standardzie Zatrudnienia i edukacji uporządkowane zostały w pięciu obszarach według pewnego kryterium chronologii etapów w procesie wychodzenia osoby bezdomnej z bezrobocia, co nie oznacza, że każda osoba musi przejść kolejno przez wszystkie etapy. Usługi traktować należy jako paletę różnych możliwości, które według indywidualnych potrzeb, barier i deficytów, odpowiednio dobierane, mogą doprowadzić osobę bezdomną do samodzielności ekonomicznej i szansy korzystania z praw przysługujących każdemu człowiekowi i obywatelowi.

Standard usług w zakresie zatrudnienia i edukacji składa się z następujących obszarów:

- Aktywizacja społeczna – pierwszy krok w procesie wychodzenia z bezdomności
- Aktywizacja zawodowa – drugi krok w procesie wychodzenia z bezdomności
- Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa
- Zatrudnienie wspierane.

6.1

Aktywizacja społeczna

6.1.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Aktywizacja społeczna to wszystkie formy oddziaływania na postawę osoby bezdomnej zmierzające do zwiększenia jej aktywności w celu podniesienia zdolności do wykonywania ról społecznych i zintegrowania ze społeczeństwem (Słownik terminów wykorzystywanych przez grupę roboczą ds. Zatrudnienia przy FEANTSA), przy wsparciu inicjowanym lub stymulowanym przez pracownika socjal-

nego i innych specjalistów pracujących z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością.

Działania w ramach obszaru Aktywizacji społecznej są wyprzedzające w stosunku do zawieranego kontraktu socjalnego lub jego specyficznej odmiany – indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności.

6.1.2 Odbiorcy usługi

Adresatami są osoby zagrożone bezdomnością lub wszystkie grupy osób bezdomnych, zarówno przebywające w placówkach wsparcia i pomocy np. noclegowniach, schroniskach, jak i osoby przebywające poza placówkami, chętne i gotowe do współpracy z przedstawicielami instytucji pomocy społecznej (publicznych i niepublicznych).

W placówkach pomocy i wsparcia dla osób bezdomnych realizacja usług jest obowiązkowa, co wynika z dokumentacji regulaminowej placówki, jak i zaplanowanych programów zajęć (oddziaływania).

Deklaracja osób bezdomnych o skorzystaniu z pakietu działań usług *Aktywizacji społecznej* jest dobrowolna. W przypadku osoby bezdomnej przebywającej w placówce decyzja ta potwierdzona jest jej pisemną deklaracją. W przypadku osób przebywających w miejscach niemieszkalnych deklaracja powinna składać się z dwóch etapów:

- okresowej chęci współdziałania ze streetworkerem, pracownikiem socjalnym lub innym pracownikiem instytucji pomocy i integracji społecznej, weryfikowanej po 6 miesiącach
- decyzji ostatecznej, potwierdzonej pisemnie.

6.1.3 Cel usługi

Celem aktywizacji społecznej jest rozbudzenie w osobie świadomości osobistej, potrzeby i chęci podejmowania aktywności, poszerzenie zainteresowań, zagospodarowanie czasu wolnego zgodnie z potrzebami oraz rozwój potencjału i umiejętności, ponadto zmotywowanie do skorzystania z instrumentów indywidualnego wsparcia (np. programów socjalnych, kontraktu socjalnego, indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego itd.) oraz instrumentów instytucjonalnych (uczestnictwa w zajęciach różnych instytucji podmiotów).

Z głównego celu wynikają zadania szczegółowe:

- opracowanie autodiagnozy aktualnej kondycji osobistej i społecznej osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością

- skonstruowanie planu wstępnych działań prowadzących do zmiany statusu społecznego i obywatelskiego
- przyjęcie i przestrzeganie zasad i norm kultury współżycia, wzajemnego szacunku, obowiązujących w społeczeństwie
- przyjęcie i wywiązywanie się z obowiązków na rzecz społeczności placówki, rodziny, społeczeństwa, państwa
- przestrzeganie norm i zasad higieny osobistej, ładu i porządku, dbania o swoje zdrowie i zdrowie innych.

6.1.4 Zakres usługi

Zakres merytoryczny usług aktywizacji społecznej obejmuje:

- pomoc i wsparcie przy opracowywaniu autodiagnozy kondycji osobistej i społecznej osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością, źródeł porażek życiowych i bezdomności, własnego potencjału i zdolności, planu działań prowadzących do wyjścia z bezdomności
- uczestnictwo w grupach wsparcia
- pracę socjoterapeutyczną ze społecznością placówki
- nieodpłatną pracę (*quasi*-wolontariat) na rzecz placówki, stanowiącą wkład osobisty każdego mieszkańca w utrzymanie placówki
- trening ekonomiczny
- uczestnictwo w zajęciach i warsztatach edukacyjnych w zakresie norm społecznych, zdrowia, relacji interpersonalnych, edukacji obywatelskiej, zajęcia kulturalne, sportowe i inne w zależności od potrzeb
- informowanie/udzielanie rzetelnej informacji osobom przebywającym w miejscach niemieszkalnych i na ulicy o możliwościach uzyskania pomocy i udziale w indywidualnym programie wychodzenia z bezdomności.

6.1.4.1 AUTODIAGNOZA KONDYCJI ŻYCIOWEJ I SPOŁECZNEJ

Proces, w którym poprzez współpracę z pracownikiem socjalnym i psychologiem określa się „aktualną pozycję” danej osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością wobec obowiązujących norm społecznych, przyjętych ról społecznych, rodzinnych i obywatelskich. Autodiagnoza jest podstawą do opracowania indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności (IPWzB).

6.1.4.2 GRUPY WSPARCIA

Tworzone przy uwzględnieniu zasady indywidualnych cech danej osoby i jej problemu, konfrontowanych z relacjami wzajemnej sympatii, zrozumienia i występowania wspólnych, identycznych problemów. Celem uczestnictwa w grupie wsparcia jest wyrobienie nawyku wzajemnej, solidarnościowej pomocy. Z grupą wsparcia współpracuje specjalista psycholog lub terapeuta.

6.1.4.3 PRACA SOCJOTERAPEUTYCZNA

Stosowanie zasad budowania społeczności ludzi wzajemnie udzielających sobie wsparcia i udzielania pomocy terapeutycznej poszczególnym osobom polegającej głównie na udzieleniu porad i skierowań do specjalistycznych ośrodków terapeutycznych. Praca socjoterapeutyczna zmierza do stopniowego zwiększania odpowiedzialności osób bezdomnych za własne decyzje, za decyzje podejmowane w grupie, a także świadomego wyboru innych instrumentów pomocy i wsparcia. Dzięki tej pracy osoby bezdomne np. cierpiące na zaburzenia psychiczne uzyskują specjalistyczną pomoc medyczną i terapeutyczną.

6.1.4.4 PRACA NA RZECZ PLACÓWKI/DOMU/WSPÓLNOTY, CZYLI „QUASI-WOLONTARIAT”

Forma aktywizacji społecznej nieujęta dotąd w przepisach prawnych, lecz powszechnie stosowana w placówkach. Służy odbudowaniu poczucia własnej wartości i godności osoby bezdomnej. Pracę na rzecz placówki należy kosztorysować, szczególnie w odniesieniu do udziału osoby w kosztach utrzymania, napraw czy remontu placówki. Wycena tej pracy to forma uznania wkładu pracy i wartości partycypacji mieszkańca w kosztach utrzymania i prowadzenia placówki. Ponadto praca mieszkańców na rzecz placówki jest:

- ujęta w regulaminie placówki zaakceptowanym przez osobę bezdomną oraz zgodna z przepisami prawa i BHP, poprzedzona instruktażem
- skorelowana z indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności oraz osobistymi kompetencjami i umiejętnościami mieszkańca
- dziennym wymiarem uczestnictwa osoby bezdomnej w placówce w usłudze aktywizacji społecznej nieprzekraczającym 6 godzin dziennie.

6.1.4.5 TRENING EKONOMICZNY

Konieczny element usług aktywizacji społecznej polegający na treningach warsztatowych indywidualnych i grupowych. To nauka racjonalnego zarządzania własnymi środkami pieniężnymi w przyszłości (własnego budżetu), jak i nauka racjonalności gospodarowania środkami także w placówce.

6.1.4.6 WARSZTATY I ZAJĘCIA AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ

Element obejmujący wiedzę z zakresu norm społecznych, zdrowia i higieny osobistej, zdrowego odżywiania, seksualności, chorób społecznych, komunikacji interpersonalnej, informatycznych sieci komunikowania się, kultury rozwiązywania konfliktów, historii i tradycji miejsca zamieszkania i środowiska społecznego, wartości wyższych, religii i jej znaczenia w życiu człowieka. Warsztaty i zajęcia aktywizacji społecznej mogą także rozbudzać zainteresowania i hobby – od wędkarstwa, modelarstwa, zbierania grzybów, poprzez informatykę, jazdę na rowerze, gry, fotografię, film, teatr, po uprawianie sportu różnego rodzaju.

6.1.4.7 STYMULACJA INICJATYWNOŚCI SPOŁECZNEJ

Jej zastosowanie ma na celu praktyczne wzbudzenie „zahamowanego indywidualnego społecznego potencjału” osób bezdomnych (element „dawania czegoś od siebie innym”). Wskazane jest włączanie osób bezdomnych do tworzenia indywidualnych i zespołowych „miniprojektów”.

6.1.5 Rezultat usługi

Rezultaty usług aktywizacji społecznej wyrażają się w:

- przyswojeniu, odtworzeniu zasad przestrzegania podstawowych norm społecznych
- świadomości odpowiedzialności za swoje życie, obowiązków i praw
- współpracy w opracowaniu autodiagnozy i IPWzB
- poprawie relacji interpersonalnych i kultury osobistej
- zbudowaniu partnerskich zasad regulujących pracę pracownika socjalnego, psychologa, doradcy zawodowego i innych specjalistów z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością.

6.1.6 Miejsce umocowania usługi

Miejsce wykonywania usług aktywizacji społecznej zależy od konkretnej sytuacji osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością, korzystającej ze wsparcia i pomocy w określonym środowisku lokalnym.

Zastosowanie działań aktywizacji społecznej wymaga współpracy z miejscowym ośrodkiem pomocy społecznej, a także wybranymi instytucjami, np. podmiotami zatrudnienia socjalnego, placówkami kulturalnymi, ośrodkami aktywności społecznej w danym środowisku lokalnym.

W placówkach pomocy i wsparcia dla osób bezdomnych realizacja usług w obszarze aktywizacji społecznej jest obowiązkowa, występuje zarówno w dokumentacji regulaminowej placówki, jak i w programach zajęć.

6.1.7 Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi

Pracownik socjalny jest koordynatorem działań skierowanych do osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością oraz działań samej osoby bezdomnej w procesie korzystania i aktywnego udziału w pakiecie działań aktywizacji społecznej. Pracownik socjalny włącza w te działania innych specjalistów: przede wszystkim psychologa, terapeutów, doradców zawodowych, prawnika, a także specjalistów z różnych innych dziedzin, którzy jako wolontariusze wspierają ten proces. Część działań mogą wykonywać same osoby bezdomne przy wsparciu merytorycznym i organizacyjnym ze strony specjalistów. Specjaliści legitymują się wykształceniem wyższym kierunkowym, doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami bezdomnymi i umiejętnością animowania procesów społecznych.

6.1.8 Podmioty realizujące usługi

realizatorzy instytucjonalni: ośrodki pomocy społecznej, placówki dla osób bezdomnych i organizacje pozarządowe, a także podmioty integracji społecznej (centra i kluby integracji społecznej) oraz pracownicy tych instytucji

- realizatorzy indywidualni – streetworkerzy i pracownicy socjalni pracujący „na ulicy”
- Realizatorów wspierają placówki kulturalne, edukacyjne, kluby, ośrodki społecznej aktywności, organizacje pozarządowe działa-

jące w środowisku lokalnym czy też osoby fizyczne – tzw. ludzie dobrej woli.

6.1.9 Warunki realizacji usługi

Warunkiem bezwzględnym realizacji usług jest czasowe wyprzedzenie ich wykonywania wobec pozostałych obszarów tego standardu. Jednakże mogą być stosowane odstępstwa od tej reguły w przypadku uznania przez realizatorów (pracowników socjalni i innych specjalistów) innego, wyższego stopnia społecznej świadomości u danej osoby (np. po autodiagnozie). Organizator lub realizator obszaru jest zobowiązany zapewnić pracownikowi socjalnemu i psychologowi, doradcy zawodowemu konsultacje superwizora.

6.1.10 Współpraca przy realizacji usługi

Realizatorzy obszaru prowadzą jak najszerszą współpracę z władzami samorządowymi, instytucjami i ośrodkami aktywności społecznej danego środowiska lokalnego, a przede wszystkim z instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy, podmiotami zatrudnienia socjalnego, ekonomii społecznej, instytucjami kulturalnymi, edukacyjnymi, klubami hobbystycznymi, sportowymi itp. Szeroka współpraca zmienia stereotypowe postrzeganie osób bezdomnych i wzbogaca IPWzB.

6.1.11 Dokumentacja usługi

Dokumentacja obszaru aktywizacji społecznej jest integralną częścią dokumentacji pracy socjalnej, którą prowadzi pracownik socjalny. Dokumentacja ta objęta jest klauzulą wysokiej poufności. Składają się na nią:

- wywiad środowiskowy
- karta mieszkańca
- dziennik zajęć i aktywności mieszkańca
- kontrakt socjalny
- indywidualny program wychodzenia z bezdomności
- dokumentacja psychologiczna (wyniki badań, testów, notatki z konsultacji i sesji terapeutycznych)
- program zajęć i warsztatów
- listy obecności
- karty pracy specjalistów i wolontariuszy.

6.1.12 Koszty i finansowanie

Na koszty usług z obszaru aktywizacji społecznej składają się koszty bezpośrednie:

- wynagrodzenie dla prowadzących warsztaty i zajęcia aktywizujące
- koszt materiałów dydaktycznych, dostęp do komputerów i Internetu
- koszt przedsięwzięć i projektów realizowanych na rzecz środowiska
- koszt odzieży roboczej, narzędzi i materiałów niezbędnych do pracy na rzecz miejsca zamieszkania.

Koszty pośrednie:

- wynagrodzenie dla pracownika socjalnego, psychologa, terapeuty, pracownika socjalnego pracującego w środowisku i na ulicy oraz streetworkera
- koszt zamieszkania, wyżywienia i zaspokojenia podstawowych potrzeb egzystencjalnych mieszkańca (środków higienicznych, kosmetycznych, lekarstw, odzieży, obuwia etc.).

6.1.13 Monitoring i ewaluacja usługi

W wersji optymalnej ewaluacja powinna być przeprowadzana przed interwencją (ewaluacja *ex ante*), w jej trakcie (ewaluacja *on-going* zwana też monitoringiem) oraz po jej zakończeniu (ewaluacja *ex post*). Ewaluacja *ex ante* pozwala na zweryfikowanie poziomu wiedzy, umiejętności społecznych osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością oraz poziomu jej izolacji społecznej i rodzinnej.

Badanie pokazuje po pierwsze wyjściowy poziom wiedzy lub umiejętności, postaw i kondycji społecznej osoby, dzięki czemu możliwe jest określenie zmiany wprowadzonej na drodze aktywizacji społecznej.

Po drugie zebrane w trakcie badania informacje pozwalają lepiej zaprogramować proces interwencji z uwzględnieniem potrzeb i możliwości danej osoby. Realizacja ewaluacji *on-going* jest szczególnie wskazana w przypadku długotrwałych (półrocznych lub dłuższych) interwencji. Umożliwia ona bieżącą ocenę efektów podjętych działań oraz wprowadzanie koniecznych modyfikacji. Wraz z zakończeniem etapu aktywizacji społecznej konieczna jest ocena jego efektów. W praktyce przyjmuje się rozróżnienie efektów na krótkoterminowe oraz długoterminowe. Prowadząc ewaluację bezpośrednio po zakończeniu etapu, określamy bezpośrednie efekty, jakie ona przyniosła,

czyli np. poziom wiedzy, stopień opanowania danych umiejętności, postaw społecznych, związanych na nowo kontaktów rodzinnych itp. Ewaluację końcową przeprowadza się z punktu widzenia celów prowadzonych działań. Jeśli np. celem usługi jest przełamanie izolacji społecznej osoby bezdomnej, wówczas ewaluacji podlega fakt, czy po pewnym określonym czasie (pół roku, rok) osoba bezdomna czy zagrożona bezdomnością ma kolegów, dobrych sąsiadów, przyjaciół, relacje z rodziną itd., oraz w jakim stopniu zawdzięcza to procesowi aktywizacji społecznej. Wyniki ewaluacji stanowią podstawę do weryfikacji IPWzB, a równocześnie są swego rodzaju „prognozą pogody” dla wszystkich osób zaangażowanych w realizację obszaru *Aktywizacja społeczna* i IPWzB.

6.1.14 Wskaźniki w procesie monitorowania

- liczba autodiagnoz osób bezdomnych
- liczba osób uczestniczących w grupach wsparcia
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w pracy socjoterapeutycznej
- liczba osób biorących udział w treningu ekonomicznym
- liczba osób bezdomnych biorących udział w zajęciach i warsztatach edukacyjnych
- liczba inicjatyw podejmowanych i realizowanych przez same osoby bezdomne.

6.2

Aktywizacja zawodowa

6.2.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Aktywizacja zawodowa polega na przygotowaniu osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością do samodzielnego poszukiwania zatrudnienia lub możliwości skorzystania z różnych form szkolenia zawodowego i zatrudnienia subsydiowanego (w tym zatrudnienia

socjalnego) prowadzącego do stabilnego zatrudnienia na otwartym rynku pracy (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001).

Celem usługi jest także uzyskanie znajomości: prawa do korzystania z usług instytucji rynku pracy oraz usług podmiotów zatrudnienia socjalnego, podstaw prawa pracy, BHP oraz innych przepisów związanych z wykonywaniem pracy, np. przepisów zaopatrzenia emerytalnego.

Usługa zmierza także do wyrobienia u osoby bezdomnej autoprezentacji wobec przyszłych pracodawców, a także nauki utrzymywania pozytywnych relacji z pracodawcami i współpracownikami oraz umiejętności samooceny i diagnozy własnej kondycji zawodowej oraz planowania dalszego rozwoju zawodowego.

6.2.2 Odbiorcy usługi

Odbiorcami są osoby, które spełniają niżej podane kryteria:

- pozytywna realizacja usługi z obszaru *Aktywizacja społeczna*, potwierdzona przez pracownika socjalnego
- zakończenie etapu leczenia – terapii uzależnień (dotyczy osób uzależnionych)¹
- zapewnione miejsce zamieszkania i pobytu np. w placówce, mieszkaniu wspieranym lub innym bezpiecznym miejscu itp.
- potwierdzenie stanu zdrowia, umożliwiającego podjęcie i utrzymanie pracy w danym zawodzie
- zawarcie kontraktu socjalnego – IPWzB, indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego² – lub przy wsparciu doradcy zawodowego praca nad przygotowaniem indywidualnego planu działania (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001) i części dotyczącej rozwoju zawodowego w IPWzB³.

6.2.3 Cel usługi

Celem jest wyposażenie osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością w wiedzę i umiejętności niezbędne do odnalezienia się i poruszania na rynku pracy, korzystania ze wsparcia instytucji rynku

¹ Opisanej w standardzie zdrowia.

² Standard pracy socjalnej.

³ Standard pracy socjalnej.

pracy oraz instytucji reintegracji społecznej i zawodowej (centrów i klubów integracji społecznej, spółdzielni socjalnych) w zakresie podjęcia zatrudnienia subsydiowanego lub samodzielnego zatrudnienia (czego najwyższym stopniem jest własna działalność).

6.2.4 Zakres usługi

Usługi obejmują:

- rejestrację w Urzędzie Pracy i uzyskanie statusu osoby bezrobotnej bądź poszukującej pracy, rejestrację w agencjach zatrudnienia, agencjach pracy tymczasowej
- skierowanie osoby do uczestnictwa w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej i zatrudnienia finansowanych ze środków EFS, programach rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych finansowanych przez PFRON i inne fundusze
- przygotowanie przy pomocy doradcy zawodowego IPD i części dotyczącej rozwoju zawodowego w IPWzB, indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego lub innej formy kontraktu socjalnego
- korzystanie z poradnictwa i pośrednictwa zawodowego
- warsztaty aktywizacji zawodowej, udział w zajęciach Klubu Pracy, Klubu Integracji Społecznej
- indywidualną współpracę z trenerem pracy
- skierowania do jednego z programów rynku pracy organizowanych na terenie gminy, np. do prac społecznie użytecznych lub robot publicznych.

Ważną informacją jest uznanie, że brak stałego meldunku osoby bezdomnej nie jest przeszkodą w rejestracji i uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej. Wymagane jest spełnienie jednego z warunków: zameldowanie tymczasowe w miejscu faktycznego pobytu, zaświadczenie z placówki, w której przebywa osoba bezdomna, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o udzielonej pomocy lub imienna decyzja o przyznaniu pomocy np. w formie schronienia wraz z adresem placówki dla osób bezdomnych.

6.2.4.1 PORADNICTWO ZAWODOWE

Polega ono m.in. na:

- udzieleniu informacji o poszukiwanych zawodach, sytuacji na ogólnym i lokalnym rynku pracy oraz możliwościach zdobycia nowych kwalifikacji lub przekwalifikowania się

- udzielaniu porad ułatwiających wybór zawodu lub pracy, zmianę kwalifikacji, podjęcie zatrudnienia w oparciu m.in. o wyniki badania zainteresowań i uzdolnień zawodowych z zastosowaniem nowoczesnych technik diagnostycznych (testy predyspozycji zawodowych, umiejętności oraz kwestionariusz zainteresowań i innych)
- kierowaniu na specjalistyczne badania psychologiczne i lekarskie umożliwiające wydawanie opinii o przydatności zawodowej do pracy i zawodu albo kierunku szkolenia
- przygotowaniu wspólnie z daną osobą indywidualnego planu działania, który jest kalendarzem zawierającym konkretne kroki, jakie ma wykonać
- przekazywaniu informacji o preferencjach zawodowych i możliwościach zatrudnienia osoby bezdomnej uprawnionym członkom interdyscyplinarnego zespołu.

6.2.4.2 INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA (IPD)

Element uznany jako obowiązkowy do zastosowania. Zadania w IPD są ustalane wspólnie z osobą bezrobotną zagrożoną bezdomnością i bezdomną, rozpisane szczegółowo i odpowiednio rozłożone w czasie.

6.2.4.3 POŚREDNICTWO PRACY

Element uznaniowy (indywidualny), związany z przedstawianiem ofert pracy lub zatrudnienia subsydiowanego (w tym zatrudnienia socjalnego). Najważniejszym elementem pośrednictwa pracy jest zorientowanie na osobę bezdomną i rekomendowanie pracodawcom osoby objętej indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności.

6.2.4.4 KLUB PRACY

Element uznaniowy (indywidualny) – nauka aktywnego poszukiwania pracy i rozwijanie aktywnej postawy, przy warunku gotowości osoby bezdomnej do skorzystania z Klubu Pracy, Klubu Integracji Społecznej i Centrum Integracji Społecznej (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143) oraz warsztaty aktywizacji zawodowej oparte na metodologii Klubu Pracy.

6.2.4.5 TRENER PRACY

Element, który powinien być traktowany jako obligatoryjny, zwłaszcza wobec osób bezdomnych przybywających w placówkach pomocy.

Rola trenera pracy polega na wspieraniu osoby bezdomnej w poszukiwaniu zatrudnienia, adaptacji w miejscu pracy oraz utrzymaniu pracy i awansu. Trener pracy to również bezpośredni łącznik między osobą bezdomną a pracodawcą.

6.2.4.6 PRACE SPOŁECZNIE UŻYTECZNE

Element uznaniowy (indywidualny), możliwy do zastosowania przy współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej (gminą). Celem tej formy pomocy jest uzyskanie dodatkowych środków finansowych.

6.2.5 Rezultat usługi

Na rezultaty składają się:

- uzyskanie prawa do świadczeń i usług szkoleniowych oraz zatrudnienia socjalnego i wspieranego
- zdobycie wiedzy o własnych potencjałach i predyspozycjach zawodowych
- opracowanie indywidualnego planu działania, w którym osoba formułuje cele zawodowe i działania prowadzące do ich osiągnięcia
- nabycie umiejętności autoprezentacji, samodzielnego poruszania się na rynku pracy, wyszukiwania ofert pracy, przygotowywania dokumentów aplikacyjnych
- przyjęcie aktywnej i mobilnej postawy wobec własnej przyszłości zawodowej
- rozwinięcie właściwości osobowych wspomagających proces aktywizacji zawodowej, np. wiary we własne kompetencje zawodowe i społeczne.

6.2.6 Miejsce wykonywania usługi

Miejsce wykonywania usług działań aktywizacji zawodowej zależy od konkretnej sytuacji osoby zagrożonej bezdomnością i osoby bezdomnej korzystającej ze wsparcia.

Miejsce wykonywania usługi związane jest także z realizacją kontraktu socjalnego lub innej formy indywidualnych programów.

6.2.7 Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi

Kwalifikacje specjalistów prowadzących i uczestniczących w procesie aktywizacji zawodowej osób bezdomnych, takich jak doradca zawodowy czy pośrednik pracy, wynikają z przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Dla pozostałych osób realizujących usługę wobec bezdomnych kwalifikacje przedstawiają się następująco:

- lider Klubu Pracy – posiada certyfikat uprawniający do prowadzenia zajęć Klubu Pracy. Trenerzy prowadzący podobne warsztaty aktywizujące powinni posiadać udokumentowane doświadczenie w prowadzeniu warsztatów dla osób długotrwale bezrobotnych i rekomendacje
- trener pracy – doświadczenie zawodowe, dobra znajomość lokalnego rynku pracy, znajomość praktycznych aspektów funkcjonowania osoby bezdomnej (pożądane wykształcenie w zakresie pracy socjalnej, doradztwa zawodowego, psychologicznego, pedagogicznego)
- instruktor zawodu – kwalifikacje zawodowe i pedagogiczne
- opiekun stażysty, uczestnika kształcenia zawodowego dorosłych – wykształcenie i doświadczenie zawodowe
- koordynator i realizatorzy projektów finansowanych ze środków EFS i innych funduszy – kwalifikacje zawodowe.

Ponadto ww. specjaliści muszą legitymować się wysokim poziomem etosu zawodowego, empatii, odporności na stres, umiejętności negocjacji i mediacji, samodzielnością, systematycznością, konsekwencją w działaniu, umiejętnością animowania procesów społecznych.

6.2.8 Podmioty realizujące usługi

Działania wchodzące w skład obszaru aktywizacji zawodowej realizują urzędy pracy, centra aktywizacji zawodowej, ośrodki pomocy społecznej, kluby pracy, centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, agencje zatrudnienia, organizacje pozarządowe, ośrodki szkoleniowe.

6.2.9 Warunki realizacji usługi

Działania w obszarze powinny być stosowane co najmniej przez 3–6 miesięcy, przy czym w przypadku realizacji niektórych indywidual-

nych programów istnieją wymogi ustawowe (np. zatrudnienie socjalne 6–18 miesięcy).

6.2.10 Współpraca przy realizacji usługi

Realizacja działań w obszarze wymaga ścisłej współpracy organizatora usługi ze wszystkimi podmiotami i instytucjami działającymi w ramach problematyki przeciwdziałania bezrobociu. Wybór partnerów uzależniony jest od wyników obranych indywidualnych programów oraz specyfiki lokalnego rynku pracy. Ważne jest, aby głównym koordynatorem działań w zakresie aktywizacji zawodowej osoby bezdomnej czy zagrożonej bezdomnością był doradca zawodowy. Współpraca powinna być objęta porozumieniem zawierającym przez Urząd Pracy z OPS czy placówką dla osób bezdomnych.

6.2.11 Dokumentacja usługi

- kontrakt socjalny
- indywidualny plan działania i indywidualny program wychodzenia z bezdomności, a także indywidualny program zatrudnienia socjalnego
- indywidualna karta konsultacji z doradcą zawodowym, pośrednikiem pracy i trenerem pracy
- testy predyspozycji, kwestionariusze preferencji, umiejętności oraz zainteresowań zawodowych
- program i harmonogram zajęć, listy obecności
- zaświadczenia, certyfikaty
- dziennik prac społecznie użytecznych
- karty czasu pracy doradców, pośredników pracy, trenerów, liderów klubu pracy, szkoleniowców.

6.2.12 Koszty i finansowanie

Suma pełnych kosztów aktywizacji zawodowej osób bezdomnych składa się z kosztów prowadzenia procesu aktywizacji oraz kosztów zabezpieczenia egzystencji i podstawowych potrzeb beneficjentów.

Są to w szczególności koszty bezpośrednie:

- wynagrodzeń doradców zawodowych, pośredników pracy, trenerów pracy, pracowników socjalnych, psychologów zatrudnionych

w placówkach dla osób bezdomnych, powiatowych urzędach pracy, projektach finansowanych ze środków EFS i innych funduszy, poradni psychologicznych

- materiałów dydaktycznych niezbędnych do prowadzenia zajęć grupowych i indywidualnych
- sprzętu komputerowego z dostępem do internetu i kosztów wyposażenia sal dydaktycznych
- dojazdu na spotkania i szkolenia aktywizacyjne
- odzieży roboczej, sprzętu i materiałów do pracy w przypadku pracy na rzecz placówki zamieszkania oraz prac społecznie użytecznych
- wynagrodzenia za wykonywanie prac społecznie użytecznych

Koszty pośrednie:

- utrzymania lokalu, w którym funkcjonuje Klub Pracy, Klub Integracji Społecznej
- zapewnienia zakwaterowania i wyżywienia oraz innych podstawowych potrzeb osoby bezdomnej.

6.2.13 Monitoring i ewaluacja wykonanej usługi

Należy odnotowywać działania i postępy każdej osoby. W dokumentacji obserwacji należy umieścić informacje o:

- terminowym kontaktowaniu się z pośrednikiem pracy i trenerem pracy
- realizowaniu kolejnych etapów indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, indywidualnego planu działania
- odbywaniu rozmów kwalifikacyjnych
- stanie zdrowia
- rodzaju nabytych kwalifikacji zawodowych
- innych ważnych samodzielnych działaniach bezrobotnej, niezatrudnionej osoby bezdomnej.

Zasady ewaluacji przedstawione w komponencie usługi aktywizacji społecznej są tożsame z zasadami ewaluacji usługi Aktywizacji zawodowej.

6.2.14 Wskaźniki w procesie monitorowania

- liczba osób bezdomnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy
- liczba zgłoszeń do projektów aktywizacyjnych

- liczba godzin w ramach poradnictwa zawodowego
- liczba godzin w ramach pośrednictwa pracy
- liczba osób bezdomnych objętych wsparciem trenera pracy
- liczba osób korzystających z wsparcia klubów pracy
- liczba osób korzystająca z wsparcia Klubu Integracji Społecznej
- liczba indywidualnych planów działań (IPD)
- liczba osób podejmujących prace społecznie użyteczne
- liczba osób bezdomnych, które podjęły zatrudnienie
- liczba osób pracujących na rzecz placówki/wspólnoty
- średnia liczba godzin tygodniowo wykonywanej pracy na rzecz placówki/wspólnoty
- liczba osób bezdomnych działających wolontarystycznie
- liczba osób bezdomnych realizujących prace interwencyjne
- liczba osób bezdomnych pracujących w przedsiębiorstwach społecznych (m.in. w spółdzielniach socjalnych, przedsiębiorstwach ekonomii społecznej, ZAZ-ach)
- liczba osób bezdomnych realizujących roboty publiczne
- liczba osób realizujących zatrudnienie wspierane po zatrudnieniu socjalnym w CIS
- liczba osób bezdomnych, które podjęły zatrudnienie
- liczba osób realizujących zatrudnienie socjalne w CIS.

6.3

Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa

6.3.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Na obszar składa się:

- edukacja formalna, czyli zdobywanie wiedzy, wykształcenia opartego na powszechnym systemie edukacji, oraz kształcenie uzupełniające w formie kursów doksztalcania (Okoń W., red., 1981)
- edukacja nieformalna, czyli kształcenie samodzielne w celu uzyskania wiedzy lub doskonalenia umiejętności (Marciniak G., red., 2009), przy wsparciu merytorycznym specjalistów i wykorzystaniu nowych technologii, szczególnie internetu
- edukacja zawodowa, czyli kształcenie przedzawodowe, właściwe kształcenie zawodowe i wszelkie formy doksztalcania i doskonalenia zawodowego (Nowacki T., 2004).

6.3.2 Odbiorcy usługi – grupa docelowa

Odbiorcami działań są wszystkie osoby zagrożone bezdomnością i bezdomne, realizujące jedną z form kontraktu socjalnego – IPWzB, IPZS itp. (Okoń W., red., 1981).

6.3.3 Cel usługi

Celem jest stworzenie osobie bezdomnej, o której mowa w pkt 3.2, warunków do zdobycia nowych kompetencji poznawczych i zawodowych, umożliwiających uzyskanie stabilnego zatrudnienia, rozwój zawodowy, zbudowanie na nowo własnego środowiska społecznego, poprawę jakości życia, rozwój osobisty.

6.3.4 Zakres usługi

Obszar usług jest traktowany na równi z zakresem obszaru aktywizacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Obszary te mogą być realizowane równocześnie, jeśli osoba jest w stanie podołać skumulowanym obowiązkowi.

Ustalenie zakresu działań wymaga skonfrontowania systemowych i indywidualnych możliwości edukacji dostępnych w danym środowisku dla każdego dorosłego obywatela z osobistymi potrzebami i potencjałem osoby bezdomnej realizującej IPWzB.

Działania w obszarze mogą być prowadzone w następujących formach:

- **nauka** w systemie wieczorowym bądź zaocznym w szkołach różnych szczebli: gimnazjum, szkoła średnia, studia policealne, studia wyższe
- **warsztaty edukacyjne** – to element usługi „edukacyjnej” prowadzony indywidualnie lub grupowo. Na ten element składają się warsztaty, pogadanki i konsultacje o różnorodnych tematach
- **staż w miejscu pracy** (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001; Dz.U. z 2.09.2009 Nr 142 poz. 1160; Dz.U. z 26.08.2009 Nr 136 poz. 1118) – to element bardzo korzystny z uwagi na połączenie edukacji i pracy. Tryb i organizację staży regulują odrębne przepisy w obszarze promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy
- **przygotowanie zawodowe dorosłych** (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001; Dz.U. z 16.04.2009 Nr 61 poz. 502) – to element korzystny z uwagi na połączenie edukacji i pracy. Ten element daje korzyść w postaci końcowego egzaminu – potwierdzenia zawodowych umiejętności
- **kursy zawodowe** – element przynoszący osobie bezdomnej korzyści w zakresie stopnia kwalifikacji zawodowych, nowych umiejętności zawodowych uzyskiwanych poprzez uczestnictwo w ofertach publicznych i niepublicznych placówek oświatowych
- **zatrudnienie socjalne** – realizowane w ramach centrów integracji społecznej (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143) lub klubów integracji społecznej. Zajęcia CIS, wyjście z placówki, poza środowisko osób bezdomnych, jest ważnym czynnikiem podnoszącym efektywność działań reintegracyjnych. Forma ta skierowana jest najczęściej do osób, które są jeszcze nieprzygotowane do pracy w „normalnym”, wolnorynkowym środowisku. Usługi te z jednej

strony są bardziej kompleksowe i dostosowane do różnych deficytów osób wykluczonych, z drugiej strony ramy niniejszych usług są zdecydowanie bardziej stabilne, długotrwałe i przewidywalne (w odróżnieniu od oferty wielu projektów).

6.3.5 Rezultat usługi

Ogólnym rezultatem usług z obszaru edukacji zawodowej i ogólnorozwojowej jest podniesienie poziomu wykształcenia, zdobycie nowych kwalifikacji zawodowych i specjalności, a w przypadku staży i przygotowania zawodowego możliwość zdobycia doświadczenia zawodowego w miejscu przyszłego zatrudnienia.

6.3.6 Miejsce wykonywania usługi

Miejsce wykonywania usług zależy od konkretnej sytuacji osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością korzystającej ze wsparcia i pomocy i przebywającej w danym środowisku, często jest potwierdzone zawartymi kontraktami lub indywidualnymi programami.

6.3.7 Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi

Koordinacja działań w ramach obszaru należy do instytucji (OPS, CIS, placówka) wspierających osobę bezdomną i zagrożoną bezdomnością w realizacji kontraktu socjalnego. Instytucje te współpracują z ośrodkami szkoleniowymi, urzędami pracy, instytucjami kształcenia ustawicznego, koordynatorami projektów finansowanych ze środków EFS i innych funduszy. Koordynatorem jest pracownik socjalny, doradca zawodowy, który posiada wykształcenie wyższe kierunkowe i doświadczenie zawodowe w pracy z osobami bezdomnymi, a ponadto wiedzę nt. funkcjonowania instytucji kształcenia ustawicznego, instrumentów rynku pracy, firm szkoleniowych i projektów finansowanych ze środków EFS.

6.3.8 Podmioty realizujące usługi

- placówki dla osób bezdomnych
- podmioty zatrudnienia socjalnego, w tym centra integracji społecznej
- ośrodki pomocy społecznej

- instytucje kształcenia ustawicznego dla dorosłych
- ośrodki szkoleniowe
- pracodawcy
- organizacje pozarządowe i inne instytucje realizujące programy współfinansowane ze środków EFS i innych funduszy.

6.3.9 Warunki realizacji usługi

Obszar będzie zrealizowany, jeśli:

- osoba bezdomna podejmie samodzielnie i świadomie decyzję o podjęciu dalszego kształcenia bądź szkolenia zawodowego, opracuje z pomocą specjalistów indywidualny program wychodzenia z bezdomności
- zakres merytoryczny obszaru dobrany zostanie do potrzeb osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością np. według wieku, wykształcenia, zainteresowań, umiejętności, predyspozycji zawodowych
- wybór kursu zawodowego będzie korelował z potrzebami rynku pracy
- instytucje współpracujące będą dysponowały odpowiednimi środkami finansowymi na zrealizowanie zakresu merytorycznego, wynikającego z ustaleń specjalistów wspierających osobę
- czas realizacji zakresu merytorycznego będzie odpowiednio dostosowany do potrzeb i możliwości osoby bezdomnej
- będzie określona perspektywa zatrudnienia i promesa zatrudnienia przez daną firmę (lub instytucję rynku pracy)
- współpraca przy organizowaniu i realizacji obszaru będzie potwierdzona odpowiednimi porozumieniami i poddana ewaluacji.

6.3.10 Współpraca przy realizacji usługi

Realizacja obszaru wymaga szczególnie dobrej współpracy na poziomie gminy wszystkich zainteresowanych podmiotów:

- instytucji kształcenia ustawicznego
- urzędów pracy
- firm szkoleniowych
- realizatorów programów e-learningowych
- placówek dla osób bezdomnych
- ośrodków pomocy społecznej
- organizacji pozarządowych.

W ramach tej współpracy podejmowane działania prowadzą do:

- opracowania i wdrożenia gminnej strategii rozwoju społecznego poprzez edukację ogólnorozwojową i zawodową osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
- powierzenia zadania koordynacji działań w zakresie obszaru na poziomie gminy
- prowadzenia gminnego informatorium o możliwościach kształcenia się i zdobywania nowych kwalifikacji i umiejętności.

6.3.11 Dokumentacja usługi

Dokumentację prowadzi równocześnie kilka instytucji i kilku specjalistów. Przede wszystkim osoba bezdomna wraz z pracownikiem socjalnym, psychologiem, doradcą zawodowym odnotowują postępy w realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności. Organizator szkoleń, warsztatów i praktyk zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zawierającej:

- program, plan, harmonogram realizowanej usługi
- kartę obserwacji beneficjanta
- umowę z podmiotem finansującym usługę
- umowę/kontrakt z uczestnikiem
- listy obecności uczestników
- karty pracy szkoleniowców, trenerów, nauczycieli, opiekunów
- ankiety ewaluacyjne i ich zbiorcze opracowanie
- dokumentację potwierdzającą monitoring powyższych działań.

Uczestnik zobowiązany jest do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych dla zdobywania wykształcenia w danym zakresie, podpisania umowy z organizatorem, uczestniczenia w zajęciach, potwierdzając udział podpisem na liście obecności. Zobowiązany jest również do prowadzenia notatek z zajęć, prowadzenia dziennika praktyk, wykonywania opracowań lub innych zadań objętych programem, przystępowania do egzaminów i testów oraz wypełniania ankiet ewaluacyjnych.

6.3.12 Koszty i finansowanie usług

W ramach organizacji i realizacji obszaru należy uwzględnić m.in. koszty bezpośrednie:

- wynagrodzenia instruktora, trenera pracy, opiekuna
- materiałów niezbędnych do prowadzenia szkolenia zawodowego
- stypendiów, ubezpieczenia, badań zdrowotnych i szkoleń uczestników

Koszty pośrednie:

- urządzenia pomieszczeń i wyposażenia w sprzęt
- utrzymania lokalu (czynsz, media, ubezpieczenie, monitoring lokalu)
- obsługi księgowo-rachunkowej
- kontroli, monitoringu, ewaluacji.

Źródłami finansowania obszaru są środki finansowe pochodzące z budżetu jednostki samorządu terytorialnego, budżetu państwa, Funduszu Pracy, środki finansowe EFS, a także środki własne organizacji prowadzącej placówkę dla osób bezdomnych.

6.3.13 Monitoring i ewaluacja usługi

Wskaźniki monitoringu i ewaluacji:

- ocena jakości szkoleń i kursów
- częstotliwość szkoleń i kursów
- subiektywna satysfakcja beneficjentów
- poziom nabytych umiejętności
- formalny wzrost poziomu wykształcenia
- realizacja indywidualnych planów kształcenia
- realizacja indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności
- wykorzystanie nabytych umiejętności w praktyce.

6.3.14 Wskaźniki w procesie monitorowania

- liczba osób bezdomnych, które ukończyły edukację formalną
- liczba osób bezdomnych, które rozpoczęły szkolenia zawodowe
- liczba osób bezdomnych, które ukończyły szkolenia zawodowe
- liczba osób bezdomnych biorących udział w stażach w miejscu pracy
- liczba osób bezdomnych biorących udział w przygotowaniu zawodowym dorosłych.

6.4

Zatrudnienie wspierane

6.4.1 Nazwa/opis/definicja usługi

Ten obszar obejmuje zarówno działania wynikające z pojęcia ustawowego „zatrudnienie wspierane” (ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym), jak i inne proponowane w niniejszym opracowaniu elementy. Założeniem dla tego obszaru jest stosowanie go przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy.

6.4.2 Odbiorca usługi

Odbiorcami usług mogą być osoby zagrożone bezdomnością i bezdomne, posiadające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy, ewentualnie po zakończonych zajęciach w podmiotach zatrudnienia socjalnego (centrach i klubach integracji społecznej).

6.4.3 Cel usługi

Celem jest skierowanie bezrobotnej osoby bezdomnej bądź zagrożonej bezdomnością do pracodawców, o których mowa w przepisach ustawy o zatrudnieniu socjalnym, przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, przepisach o spółdzielniach socjalnych lub też do przedsiębiorstwa społecznego lub okresowego zatrudnienia przez konkretnego pracodawcę, który z tytułu zatrudnienia otrzyma częściową lub pełną rekompensatę kosztów zatrudnienia danej osoby.

Na cele szczegółowe składają się:

- wyposażenie osoby bezdomnej w podstawowe praktyczne umiejętności zawodowe umożliwiające podjęcie zatrudnienia w określonym zawodzie

- odbudowanie samodyscypliny wewnętrznej i przyswojenie norm obowiązujących w miejscu pracy i relacjach pracodawca–zespół pracowniczy–pracownik
- odzyskanie i zbudowanie poczucia własnej wartości, godności, niezależności materialnej i pełni praw obywatelskich.

6.4.4 Zakres usługi

W zakres działań tego obszaru wchodzi:

- programy specjalne w ramach programów rynku pracy, organizowane zgodnie z przepisami o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i adresowane do osób bezrobotnych i zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym bezdomnych
- skierowanie do programów – robót publicznych, prac interwencyjnych, organizowanych zgodnie z przepisami o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- refundacja wynagrodzeń i kosztów utworzenia stanowiska dla osoby bezrobotnej i niepełnosprawnej osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością ze środków Funduszu Pracy i PFRON
- innowacyjne formy zatrudnienia wspieranego realizowane we współpracy z firmami biznesu społecznie odpowiedzialnego
- zatrudnienie wspierane – jako II etap indywidualnych programów zatrudnienia socjalnego, organizowane zgodnie z przepisami ustawy o zatrudnieniu socjalnym
- uruchomienie własnej działalności gospodarczej przez osobę bezdomną bezrobotną bądź zagrożoną bezdomnością z równoczesnym skorzystaniem z możliwości otrzymania dotacji z Funduszu Pracy i ulg ustawowych w celu pokrycia pierwszych niezbędnych wydatków
- utworzenie i zatrudnienie w spółdzielni socjalnej przez osoby bezdomne bądź zagrożone bezdomnością z równoczesnym skorzystaniem z możliwości uzyskania dotacji i ulg z Funduszu Pracy i EFS na pokrycie pierwszych niezbędnych kosztów i wydatków spółdzielni socjalnej
- zatrudnienie w innym przedsiębiorstwie społecznym, tj. organizacji pozarządowej prowadzącej działalność gospodarczą czy Zakładzie Aktywności Zawodowej.

Głównym dysponentem środków finansowych i instrumentów zatrudnienia wspieranego jest starosta powiatu (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001) i PFRON (Dz.U. z 9.10.1997 Nr 123 poz. 776), z upoważnienia których działają powiatowe urzędy pracy i samorządy województw. Środki EFS w istotnym stopniu umożliwiają finansowanie różnych form zatrudnienia wspieranego i łączenia ich z różnymi innymi usługami.

6.4.5 Rezultat usługi

Rezultatem powinno być:

- zatrudnienie osoby bezdomnej na otwartym rynku pracy potwierdzone umową o pracę na stanowisku zgodnym ze zdobytymi kwalifikacjami, umiejętnościami oraz doświadczeniem praktycznym zdobytym w okresie zatrudnienia wspieranego
- zatrudnienie osoby bezdomnej niepełnosprawnej na otwartym lub chronionym rynku pracy potwierdzone umową o pracę na stanowisku zgodnym ze zdobytymi kwalifikacjami, umiejętnościami, doświadczeniem praktycznym zdobytym w okresie zatrudnienia wspieranego
- odzyskanie przez osobę bezdomną poczucia własnej wartości i możliwości samorealizacji osobistej i zawodowej oraz niezależności materialnej
- odzyskanie przez osobę bezdomną możliwości korzystania z pełni praw obywatelskich
- zmniejszenie wydatków z budżetu państwa i społeczeństwa na pomoc socjalną.

Czas trwania usługi zatrudnienia wspieranego w zależności od wybranej formy wynosi od 3 do 12 miesięcy. Zatrudnianie osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem instrumentu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne na otwartym i chronionym rynku pracy nie jest limitowane okresowo. Okresy zatrudnienia regulują kodeks pracy oraz wola pracownika i pracodawcy.

6.4.6 Miejsce wykonywania usługi

Głównym miejscem realizacji obszaru są centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych, spółdzielnie socjalne, organizacje pozarządowe,

spółki *non profit*, a także firmy, przedsiębiorstwa gospodarcze oraz instytucje publiczne i niepubliczne.

6.4.7 Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi

Realizator usługi zatrudnienia wspieranego powinien spełniać wymogi przewidziane dla pracodawców w odrębnych przepisach prawa. Do realizacji tej usługi należy zatrudniać instruktorów zawodu, a także trenerów pracy i doradców zawodu.

6.4.8 Podmioty realizujące usługi

Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej osób bezdomnych, spółdzielnie socjalne, przedsiębiorstwa ekonomii społecznej, powiatowe urzędy pracy, prywatni przedsiębiorcy, PFRON, organizacje i związki branżowe.

6.4.9 Warunki realizacji usługi

Warunki realizacji usługi zatrudnienia wspieranego wynikają z przepisów prawa, a także współpracy z powiatowymi urzędami pracy (skierowań do pracy).

Ludzie bezdomni mogą korzystać ze wszystkich wymienionych form zatrudnienia wspieranego, pod warunkiem że spełniają określone kryteria. Zatrudnienie wspierane nie powinno być stosowane w przypadku osób bezdomnych spełniających kryteria, ale do tego nieprzygotowanych.

6.4.10 Współpraca przy realizacji usługi

Realizacja obszaru zatrudnienie wspierane wymaga ścisłej współpracy między następującymi instytucjami: OPS, podmiotami prowadzącymi placówki dla osób bezdomnych i realizującymi programy wychodzenia z bezdomności, placówkami prowadzącymi rehabilitację osób niepełnosprawnych, podmiotami prowadzącymi CIS-y, ZAZ-y, spółdzielnie socjalne i inne przedsiębiorstwa ekonomii społecznej, powiatowymi urzędami pracy, pracodawcami, urzędami wojewodów, wojewódzkimi urzędami pracy, PFRON, organizacjami i związkami branżowymi.

6.4.11 Dokumentacja usługi

- kontrakty socjalne, indywidualne plany działania, indywidualne programy wychodzenia z bezdomności
- wnioski zawierające propozycje prowadzenia prac i zatrudnienia bezrobotnych osób bezdomnych kierowane do powiatowych urzędów pracy przez organy samorządu i inne podmioty, w tym organizacje pozarządowe
- umowy między powiatowym Urzędem Pracy a organizatorami zatrudnienia wspieranego
- skierowanie przez PUP bezrobotnej osoby bezdomnej do organizatora prac lub OPS – w przypadku prac społecznie użytecznych
- listy obecności, karty czasu pracy, umowy i karty pracy wolontariuszy, dokumenty osobowe
- karty rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w CIS-ie i ZAZ-ie
- sprawozdania zawierające ocenę efektywności zatrudnienia wspieranego.

Dokumentację prowadzą odpowiednie instytucje odpowiedzialne za poszczególne zadania. Wszystkie działania skierowane do osoby bezdomnej i podejmowane przez tę osobę powinny być odnotowywane w dokumentacji pracownika socjalnego prowadzącego kontrakt socjalny z osobą bezdomną.

6.4.12 Koszty i finansowanie usługi

Na koszty usługi zatrudnienia wspieranego składają się koszty bezpośrednie:

- wynagrodzenie pracownika socjalnego, doradcy zawodowego lub trenera pracy oraz osoby sprawującej funkcję opiekuna i organizatora pracy współpracującej z bezrobotną osobą bezdomną i niepełnosprawną
- koszt utworzenia, doposażenia, udostępnienia stanowiska pracy z uwzględnieniem amortyzacji sprzętu
- koszt wyposażenia danej osoby w odzież roboczą, napoje i inne formy pomocy socjalnej określonej w odrębnych przepisach
- koszt szkolenia BHP i badań lekarskich
- koszt organizacji prac, nadzór, ocena wyników pracy

- wynagrodzenie (wraz z pochodnymi) dla osoby korzystającej z zatrudnienia wspieranego refundowane ze środków Funduszu Pracy i PFRON
- koszt rehabilitacji zdrowotnej, społecznej, zawodowej w ZAZ-ie i reintegracji w CIS-ie
- koszt szkoleń i systemu wsparcia w miejscu pracy
- koszt innych instrumentów socjalnych i instrumentów rynku pracy
- koszt ubezpieczenia.

Koszty pośrednie:

- koszt obsługi systemu rozliczeń i sprawozdawczości
- monitoring i ewaluacja.

Koszty zatrudnienia wspieranego zostają pomniejszone o wartość wypracowaną przez daną osobę w trakcie zatrudnienia wspieranego, a także o wartość nabytych umiejętności oraz doświadczenia zawodowego i umiejętności społecznych.

6.4.13 Monitoring i ewaluacja usługi

- analiza i ocena realizacji programu zatrudnienia wspieranego kierowanego do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, ze szczególnym zwróceniem uwagi na współpracę instytucji samorządu lokalnego, systemu pomocy społecznej, instytucji rynku pracy, sektora gospodarki i tzw. trzeciego sektora organizacji pozarządowych
- analiza i ocena realizacji umów dotyczących organizacji zatrudnienia wspieranego zawartych między UP a organizatorami zatrudnienia wspieranego
- ocena realizacji indywidualnych planów działania i indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności w powiązaniu z zatrudnieniem wspieranym
- ocena funkcjonowania i efektywności CIS-ów, ZAZ-ów i innych programów i podmiotów ekonomii społecznej w zakresie zatrudnienia osób bezdomnych i osób zagrożonych bezdomnością na otwartym rynku pracy.

Materiał merytoryczny opracowali:

*Wojciech Boduszyński, Jan Krzysztof Cholewiński, Krystyna Dorsz,
Paweł Jaskulski, Anna Machalica-Pułtorak, Sławomir Mandes, Żaneta
Rechnio, Jolanta Szczawińska, Aneta Wiącek*

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli:

*Zbigniew Drążkowski, Jarosław Józefczyk, Alicja Kostecka, Maria
Pokój, Ewa Szymczak, Aleksandra Śliwa, Monika Wójciak-Grzechnik*

Bibliografia:

Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001, Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Dz.U. z 2.09.2009 Nr 142 poz. 1160, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczególnych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych.

Dz.U. z 9.10.1997 Nr 123 poz. 776, Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143, Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.

Dz.U. z 16.04.2009 Nr 61 poz. 502, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2009 r. w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych.

Dz.U. z 26.08.2009 Nr 136 poz. 1118, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu przyznawania zasiłku dla bezrobotnych, stypendium i dodatku aktywizacyjnego.

Marciniak G., red., 2009. *Kształcenie dorosłych*. Warszawa.

Nowacki T., 2004. *Leksykon pedagogiki pracy*. Warszawa.

Okoń W., red., 1981. *Słownik pedagogiczny*. Warszawa.





**STANDARD
STREETWORKINGU**

7.1

Nazwa/opis/definicja usługi

7.1.1 Nazwa usługi

Streetworking w środowisku osób bezdomnych.

7.1.2 Krótki opis usługi

Streetworking w bezpośrednim tłumaczeniu oznacza pracę na ulicy, pracę uliczną.

Określenie to stosuje się do nazywania specyficznej metody pracy polegającej na docieraniu do środowiska przebywania klienta/odbiorcy i pracy w nim przez odpowiednio wyszkolone osoby, tzw. streetworkerów, i bezpośrednim kontakcie z klientem w jego środowisku.

7.1.3 Definicja usługi

Streetworking w środowisku osób bezdomnych to metoda pracy prowadzona przez odpowiednio przygotowanych i przeszkolonych pracowników z osobą bezdomną pozostającą poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywającą w miejscach niemieszkalnych odbywająca się w jej środowisku, na akceptowalnych obustronnie zasadach, w jej tempie i w oparciu o wspólnie wypracowany plan (Dębska-Cenian A., Olech P., red., 2008, s. 73).

7.2

Odbiorca usługi

Streetworking w środowisku osób bezdomnych obejmuje osoby pozostające poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywające w miejscach niespełniających kryteriów lokalu mieszkalnego:

bez dachu nad głową: kanały, dworce, parki, zsypy, śmietniki, klatki schodowe i inne miejsca niemieszkalne (Pol-ETHOS 1.1)

zamieszkujące w nietrwałych, niekonwencjonalnych konstrukcjach: altanki, mobilne domy, baraki, kontenery (Pol-ETHOS 11.1, 11.2, 11.3)

niezabezpieczone, niepewne mieszkanie: squoty, meliny itp. (Pol-ETHOS 8.1)

7.3

Cel usługi

7.3.1 Cele systemowe

Działania zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby bezdomne, realizowane głównie poprzez instrumenty polityki społecznej, mające szersze społecznie oddziaływanie.

7.3.1.1 CEL GŁÓWNY

Zmniejszenie skali bezdomności ulicznej (liczby osób przebywających na ulicy i innych miejscach niemieszkalnych).

7.3.1.2 CELE SZCZEGÓŁOWE

Udoskonalenie systemu dotychczasowej pomocy społecznej dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością poprzez:

- uzupełnianie systemu wsparcia skierowanego do osób bezdomnych o nową jakość pracy z ludźmi bezdomnymi pozostającymi poza instytucjonalnymi formami wsparcia – wdrażanie streetworkingu skierowanego do osób bezdomnych (realizowanego zgodnie z przyjętymi standardami)
- tworzenie koalicji, tj. wypracowanie i wdrożenie modelu współpracy pomiędzy instytucjami działającymi w obszarze pomocy społecznej i innymi podmiotami, mogącymi wspierać te działania.

Zwiększenie możliwości monitorowania i przeciwdziałania zagrożeniom występującym w środowisku osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością poprzez:

- tworzenie mapy miejsc niemieszkalnych
- wymianę informacji pomiędzy partnerami działającymi w obszarze pomocy i polityki społecznej
- pracę w środowisku
- zapobieganie przypadkom zamarznięć w porze zimowej osób przebywających poza placówkami wsparcia i pomocy
- działania profilaktyczne, edukację i promocję zdrowia w środowisku osób bezdomnych w zakresie minimalizacji ryzyka zachorowań i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

Aktywizacja środowiska lokalnego na rzecz osób bezdomnych poprzez:

- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów (współpracy) z wybranymi przedstawicielami społeczności lokalnej
- oddziaływanie/kształtowanie postawy wrażliwości i odpowiedzialności społecznej
- edukację – informowanie społeczności lokalnej o formach, możliwościach i rodzajach dostępnej pomocy dla osób bezdomnych w lokalnym systemie wsparcia
- przełamywanie stereotypów dotyczących bezdomności.

7.3.2 Cele jednostkowe

Działania indywidualne, bezpośrednio skierowane do osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych, głównie realizowane przez streetworkera w toku jego codziennych obowiązków.

7.3.2.1 CEL GŁÓWNY

Przeciwdziałanie utracie zdrowia i życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych.

7.3.2.2 CELE SZCZEGÓŁOWE

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, dalszej marginalizacji i izolacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością – poprzez:

- modelowanie społecznie akceptowanych postaw społecznych
- rzecznictwo
- ustanawianie połączenia między osobą bezdomną a instytucjami pomocy społecznej
- aktywizację osób bezdomnych
- przekazywanie rzetelnych informacji i korygowanie błędnych informacji dotyczących systemu pomocy społecznej i osób bezdomnych.

Motywowanie do zmiany sposobu życia poprzez:

- cykliczny monitoring osób przebywających w miejscach niemieszkalnych
- wskazywanie pozytywnych przykładów życia w społeczeństwie
- kształtowanie społecznie akceptowanych postaw społecznych
- rozmowy wspierające
- rzecznictwo.

Towarzyszenie/asystowanie osobom bezdomnym do miejsc związanych z ich aktualnymi potrzebami (placówki noclegowe, instytucje rynku pracy, instytucje medyczne itp.) poprzez:

- asystowanie osobie bezdomnej przy załatwianiu ważnych dla niej spraw
- pośredniczenie w załatwianiu ważnych spraw osób bezdomnych.

Redukcja szkód w bezdomności, profilaktyka bezdomności i innych zjawisk współwystępujących z bezdomnością – poprzez:

- docieranie z edukacją i informacją do środowisk wykluczonych
- przeciwdziałanie wykluczeniu informacyjnemu
- interwencje.

7.4

Rezultat usługi

Rezultaty pracy streetworkerów są w pełni zależne od obecnej sytuacji osoby bezdomnej, jak również jej gotowości do podjęcia działań na rzecz zmiany swojej aktualnej sytuacji życiowej. Czasami efektem pracy streetworkera będzie samo utrzymanie kontaktu i monitorowanie danego miejsca przebywania osób bezdomnych, innym razem utrzymanie abstynencji, skierowanie do placówki noclegowej lub kontakt z rodziną. Mając na uwadze istotę pracy streetworkera – dostosowanie tempa procesu zmian do możliwości i oczekiwań klienta – zaznaczyć wyraźnie należy, że nie wszystkie efekty będą natychmiastowe. Głęboka, często wieloletnia marginalizacja osób bezdomnych każe nam patrzeć na ten proces w perspektywie długofalowej, czasem wieloletniej. Każdy kontakt z osobą bezdomną należy rozpatrywać indywidualnie, biorąc pod uwagę cechy osobowości danej osoby, jej aktualny stan i sytuację bytową oraz gotowość do zmian.

7.4.1 Rezultaty systemowe

Efekty wprowadzenia metody streetworkingu do struktur lokalnej pomocy społecznej:

- zmniejszanie liczby osób pozostających poza systemem pomocy społecznej – objęcie systemem wsparcia większej liczby osób bezdomnych
- zbudowanie zintegrowanego systemu wsparcia osób bezdomnych umożliwiającego monitorowanie i przeciwdziałanie zagrożeniom – zwiększenie jego skuteczności
- obniżenie nakładów finansowych przeznaczanych na cele społeczne (np. mniejsza liczba interwencji pogotowia ratunkowego i Straży Miejskiej)
- stworzenie efektywnego modelu współpracy pomiędzy podmiotami działającymi na obszarze polityki społecznej – partnerstwo lokalne

- pogłębienie lokalnej diagnozy problematyki bezdomności – ukazanie skali problemu, weryfikacja przyczyn, poznanie miejsc przebywania osób bezdomnych niekorzystających z zasobów systemu wsparcia
- stworzenie mapy miejsc niemieszkalnych
- monitorowanie miejsc niemieszkalnych
- zwiększenie zaplecza informacyjnego podmiotów polityki społecznej – wymiana informacji ze służbami i instytucjami
- integrowanie podmiotów pomocy i polityki społecznej
- zwiększenie bezpieczeństwa obywateli
- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa obywateli
- włączenie społeczności lokalnej w rozwiązywanie problemów bezdomności
- zmiana w społeczności lokalnej wizerunku osoby bezdomnej.

7.4.2 Rezultaty jednostkowe

Efekty prowadzenia pracy metodą streetworkingu, które bezpośrednio wpływają na osoby bezdomne pozostające poza systemem pomocy społecznej):

- zlokalizowanie/dotarcie do osób bezdomnych żyjących w miejscach niemieszkalnych
- nawiązanie kontaktu z osobami bezdomnymi żyjącymi w miejscach niemieszkalnych
- ujawnienie osób zagrożonych bezdomnością – profilaktyka bezdomności
- udzielenie szerokiego wsparcia osobom bezdomnym
- zwiększanie wśród osób pozostających poza systemem wsparcia dostępu do informacji o prawach i możliwościach uzyskania pomocy
- inicjowanie, stymulowanie kontaktu pomiędzy osobami bezdomnymi a systemem wsparcia
- przełamanie w osobach bezdomnych stereotypu instytucji i systemu wsparcia
- zwiększenie bezpieczeństwa osób bezdomnych
- poprawa jakości życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych
- poprawa stanu zdrowia osób przebywających w miejscach niemieszkalnych

- uzyskanie świadczeń adekwatnych do aktualnej sytuacji bytowej
- włączenie do życia społecznego osób z obszaru wykluczenia
- podniesienie poczucia własnej wartości osób mieszkających w miejscach niemieszkalnych.

7.5

Zakres usługi

Podczas analizowania opisu realizacji usługi streetworkingu należy podkreślić, że działania podejmowane w ramach pracy streetworkera zawsze powinny być uporządkowane i zaplanowane, prowadzone w ramach wcześniej sporządzonego planu pracy. Warto jednak pamiętać, że praca z klientem w miejscach niemieszkalnych powinna być elastycznie realizowana w ramach realnych potrzeb środowiska osób bezdomnych, dopasowana do możliwości instytucji zatrudniającej streetworkerów. Ponadto dokumenty, które są integralną częścią poniższego opracowania, zazwyczaj są dla streetworkera narzędziem pracy, a nie jej przedmiotem. Tym samym czas poświęcony na ich tworzenie winien być ograniczony do minimum na rzecz pracy w środowisku osób bezdomnych, partnerstwie, koalicji itp.

7.5.1 Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych – cele, zadania, dokumenty

Mimo pozornej etapowości działań trzeba pamiętać, że streetworking to pewnego rodzaju proces, w którym mogą zachodzić wszystkie wymienione powyżej działania jednocześnie. W czasie badania środowiska może dojść do koniecznej interwencji kryzysowej, nawiązania kontaktu, jak również budowania i utrzymania więzi. Warto wspomnieć również, że działania te nie we wszystkich sytuacjach muszą być realizowane, np. podczas streetworkingu realizowanego akcyjnie interwencje nastawione są przede wszystkim na ratowanie zdrowia i życia osób bezdomnych, a drugorzędnie na nawiązywanie relacji. Streetworker powinien mieć umiejętność przeprowadzenia

adekwatnej oceny sytuacji i podjęcia decyzji, czy osoba bezdomna wymaga podejścia liberalnego czy bardziej autorytatywnego (gdy np. chodzi o zagrożenie zdrowia lub życia). W sytuacjach interwencyjnych, ratowania zdrowia lub życia próba nawiązania kontaktu i relacji zostaje zmarginalizowana na rzecz sprawności prowadzenia działań ratunkowych.

Dodatkowo trzeba zwrócić uwagę na to, że kontakt może zostać przerwany w każdym momencie. Pewne działania mogą zostać pominięte lub kontakt z osobą bezdomną może pozostać na jednym poziomie przez długi czas. Takie podejście podyktowane jest poszanowaniem przez streetworkera prawa osoby do samostanowienia.

Aby praca przyniosła właściwe rezultaty, streetworker i instytucja (organizacja) go zatrudniająca powinni działać w kilku obszarach.

7.5.1.1 BADANIE ŚRODOWISKA, W TYM POSZUKIWANIE I DOCIERANIE DO OSÓB BEZDOMNYCH

Ten pierwszy z obszarów pracy streetworkera realizowany powinien być dwutorowo: teoretycznie i praktycznie. W czasie teoretycznego badania środowiska streetworker pracujący z osobami bezdomnymi koncentruje się na poznaniu aspektów historycznych, społecznych, architektonicznych i przestrzennych, jak również kulturowych danego miasta czy rejonu, ze szczególnym uwzględnieniem problemów społecznych, w tym bezdomności.

Podczas praktycznego badania streetworker wychodzi na ulicę, poznaje miejsca swojej pracy, ocenia, które z dzielnic i rejonów miasta powinny stać się docelowymi miejscami jego działań prowadzonych na rzecz osób bezdomnych. Należy tutaj uwzględnić naturalną specyfikę miasta, rejonu biedy, ubogie dzielnice, ogródki działkowe, gdyż w takich rejonach streetworkerzy pracujący z osobami bezdomnymi będą intensyfikować swoje działania.

Celami pracy w tym etapie są:

- zapoznanie się z terenem pracy
- stworzenie wstępnego spisu miejsc niemieszkalnych
- nawiązanie współpracy z kluczowymi koalicjantami (OPS, placówki dla osób bezdomnych, Straż Miejska, policja) oraz członkami lokalnej społeczności.

Działania podejmowane przez streetworkera w czasie badania środowiska to:

- rozeznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów
 - jeżeli w instytucji pracuje więcej niż jedna para streetworkerów, ważne jest, aby każda z nich poznała całość terenu; wynika to głównie z faktu konieczności utrzymania ciągłości pracy w danym rejonie, jeżeli jedna z par będzie nieobecna.
- ustanowienie hierarchii ważności dzielnic miasta, w którym pracować będą streetworkerzy z osobami bezdomnymi
 - należy zwrócić uwagę, że na nowo powstałych osiedlach osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością będą raczej zbierały surowce wtórne (żłom, makulaturę) aniżeli przebywały na klatkach schodowych, w piwnicach czy zsydach (ponieważ te są zwykle objęte monitoringiem, dostęp do nich ograniczany jest domofonem)
 - zintensyfikowane działania powinny być nakierowane na centralne dzielnice miast (duża rotacja osób, żebractwo), dzielnice skrajnej biedy (pustostany, osoby śpiące na klatkach), jak również na osiedla tzw. „blokowiska” (klatki, zsypy na śmieci, piwnice) oraz osiedla, na których występują ogródki działkowe.
- zebranie, jeżeli istnieją, map miejsc niemieszkalnych od ewentualnych koalicjantów
- ustalenie i/lub opracowanie jednolitych dla wszystkich koalicjantów wytycznych dotyczących zbierania danych do mapy miejsc niemieszkalnych.

Rezultatami badania środowiska mogą być:

- zdobycie wiedzy z zakresu roli i odpowiedzialności każdego z koalicjantów mogących współpracować ze streetworkerami
- umiejętność rozpoznawania i ustalania hierarchii, ważności danego rejonu miasta
- wiedza z zakresu specyfiki osób zamieszkujących daną dzielnicę
- powstanie wstępnej mapy miejsc przebywania osób bezdomnych na danym terenie, wytypowanie miejsc najbardziej zagrożonych.

Rekomendowane dokumenty używane w czasie badania środowiska:

- mapa miejsc niemieszkalnych
- spis koalicjantów (adresy i kontakty)

- wypracowane wspólne zasady zbierania danych do mapy miejsc niemieszkalnych
- karty pracy, raporty z pracy
- karty kontaktu.

7.5.1.2 OBECNOŚĆ W ŚRODOWISKU I JEGO MONITOROWANIE

Poprzez obecność w terenie należy rozumieć to, że streetworkerzy zaczynają pojawiać się regularnie w miejscach przebywania osób bezdomnych.

Celem pracy streetworkera w czasie obecności/badania środowiska jest:

- zapoznanie się streetworkera ze środowiskiem/miejscami przebywania osób bezdomnych
- przyzwyczajanie osób bezdomnych do obecności streetworkera
- nazwanie i umiejscowienie miejsc niemieszkalnych na mapie miejsc niemieszkalnych.

Działania podejmowane przez streetworkera w czasie obecności/badania środowiska to:

- regularny, systematyczny i cykliczny monitoring miejsc niemieszkalnych określonych na etapie badania środowiska
- uzupełnianie bieżącej dokumentacji
- realizacja postanowień partnerstwa/koalicji na rzecz pomocy osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole).

Rezultatami etapu obecności/badania środowiska mogą być:

- aktualizacja mapy miejsc niemieszkalnych
- spotkania z partnerami wchodzącymi w skład partnerstwa/koalicji
- nawiązanie kontaktów z osobami bezdomnymi przebywającymi w miejscach niemieszkalnych
- nawiązanie kontaktów z członkami lokalnej społeczności
- rozmowy motywacyjne z osobami bezdomnymi przebywającymi w miejscach niemieszkalnych skierowane na zmianę stylu życia
- interwencje podejmowane wobec osób bezdomnych.

Rekomendowane dokumenty:

- karty pracy
- karty kontaktu
- mapa miejsc niemieszkalnych
- notatki służbowe.

UWAGA

Na etapie obecności/badania środowiska ważne są następujące aspekty:

- własne bezpieczeństwo podczas wchodzenia w nowe miejsca zajmowane przez osoby bezdomne
- dokładne spisanie adresu miejsca niemieszkalnego, pod kątem późniejszego ponownego trafienia do niego.

7.5.1.3 NAWIĄZANIE KONTAKTU

Nawiązanie kontaktu jest dla streetworkera trudne, ale bardzo ważne. Należy dokładnie wytłumaczyć osobie bezdomnej, kim się jest i jaki jest powód obecności w danym miejscu. Osoby bezdomne w zdecydowanej większości mają złe doświadczenia związane z kontaktami z instytucjami szeroko pojętej pomocy społecznej, więc streetworker może mieć z tego powodu utrudniony początek relacji.

Celami pracy w czasie nawiązywania kontaktu są:

- wyjaśnienie zasad funkcjonowania programu streetworkingowego
- przekazanie informacji o adekwatnych możliwościach pomocy osobie bezdomnej
- początkowe budowanie relacji
- ocena stanu zdrowia osoby bezdomnej
- ocena stanu miejsca przebywania osoby bezdomnej
- interwencja w przypadku zjawisk kryzysowych.

Działania podejmowane przez streetworkera poprzez nawiązanie kontaktu to:

- przedstawienie się i próba nawiązania rozmowy z osobą bezdomną
- monitoring miejsc niemieszkalnych
- towarzyszenie osobie bezdomnej w drodze do placówki noclegowej, OPS, szpitala lub innej placówki pomocy adekwatnej do aktualnego stanu zdrowia
- realizacja postanowień partnerstwa/koalicji na rzecz pomocy osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole).

Rezultatami nawiązania kontaktu mogą być:

- nawiązanie kontaktu z osobą bezdomną
- wypełniona karta kontaktu
- notatka służbowa

- skierowanie do placówki odpowiedniego typu (jeżeli streetworker jest odpowiedzialny za udzielanie skierowań).

Rekomendowane dokumenty:

- karta kontaktu
- skierowania
- mapa miejsc niemieszkalnych
- baza danych klientów.

UWAGA

Niezbędne reguły do przestrzegania w czasie wykonywania pracy na etapie nawiązania kontaktu:

- jasne, czytelne określenie roli i zadań streetworkera
- poszanowanie godności, czasu i woli osoby bezdomne
- podczas rozmowy z osobą bezdomną streetworker przyjmuje pozycję, która pozwoli mu na zrównanie poziomu swoich oczu z oczyma rozmówcy – jeżeli osoba bezdomna leży, warto przykucnąć, zachowując kontakt wzrokowy i zmniejszając tym samym dystans. W trakcie kontaktu zachować należy dystans pozwalający streetworkerowi pozostać poza zasięgiem rąk swojego rozmówcy
- kontakt i jego przebieg inicjuje i kontroluje jedna osoba z zespołu streetworkerowskiego
- należy pamiętać o zachowaniu własnego bezpieczeństwa podczas wchodzenia w nowe środowisko. Jedna z osób zespołu musi obserwować zarówno otoczenie, jak i reakcje klienta. Zawsze należy pamiętać, że jeśli ktoś jest pod wpływem środków psychoaktywnych, może być agresywny, mieć trudności z racjonalnym myśleniem i odbiorem docierających do niego sygnałów
- wielu klientów może wyrażać niechęć do kontaktów ze streetworkerem. Choć życzenie takie należy uszanować, kończąc danego dnia swoją obecność w danym środowisku, to jednak kolejne próby nawiązania kontaktu podejmować należy nieustannie, nawet gdy wydaje się, że osoba pozostanie niezmienna w swym oczekiwaniu braku kontaktu z jakimikolwiek przedstawicielami systemu pomocy.

7.5.1.4 BUDOWANIE I UTRZYMYWANIE RELACJI, W TYM TWORZENIE PLANU DZIAŁAŃ

Warto zaznaczyć, że budowanie relacji z osobami bezdomnymi przebywającymi w miejscach niemieszkalnych jest długotrwałym

i żmudnym procesem, na którego efekty niejednokrotnie trzeba czekać kilka miesięcy. O relacji nawiązującej się pomiędzy streetworkerem a osobą bezdomną można mówić dopiero wówczas, kiedy sama osoba bezdomna bez skrępowania i w zaufaniu otworzy się na osobę „pomagacza”, po czym wspólnie przystąpią do tworzenia planu zmian w życiu. Należy zauważyć, że jednorazowe spotkanie z osobą bezdomną nie załatwia żadnych spraw oprócz pomocy interwencyjnej, naglej lub informacyjnej. Budowanie relacji jest procesem, w którym muszą aktywnie uczestniczyć obie jego strony: osoba bezdomna i streetworker.

Celem pracy w czasie budowania i utrwalania relacji jest:

- podtrzymanie kontaktu z osobą bezdomną przebywającą w miejscu niemieszkalnym
- ustanowienie więzi rozumianej jako pomost pomiędzy streetworkerem reprezentującym instytucję pomocy społecznej a osobą bezdomną, przebywającą w miejscu niemieszkalnym
- motywacja do zmiany stylu/poprawy jakości życia osoby bezdomnej
- motywowanie do wyjścia z sytuacji bezdomności
- towarzyszenie osobie bezdomnej do miejsca noclegowego lub innej instytucji adekwatnej w sytuacji danej osoby bezdomnej
- obalanie stereotypów, którymi posługują się osoby bezdomne, na temat pomocy społecznej i „pomagaczy”.

Działania podejmowane przez streetworkera w czasie budowania i utrwalania relacji to:

- cykliczne odwiedziny osób przebywających w miejscach niemieszkalnych
- monitoring miejsc niemieszkalnych, w których mogą przebywać osoby bezdomne
- motywowanie osób bezdomnych do zmiany stylu życia
- rozmowy wsparcia w chwilach kryzysu;
- towarzyszenie osobom bezdomnym w dotarciu do adekwatnych dla ich sytuacji placówek pomocy społecznej
- udzielanie informacji na temat możliwości pomocy osobom bezdomnym przebywającym w miejscach niemieszkalnych.

Rezultatami budowania i utrwalania relacji mogą być:

- utrzymanie kontaktu z osobami bezdomnymi
- zmiana stylu życia przez osoby bezdomne

- rozmowa wsparcia
- rozmowa informacyjna
- poprawnie wypełniana dokumentacja współpracy z osobą bezdomną (karty kontaktu)
- aktualizacje mapy miejsc niemieszkalnych, cykliczne odwiedziny osób bezdomnych w miejscach ich przebywania
- sporządzanie bieżącej dokumentacji pracy streetworkera
- rozdawanie ulotek informujących o możliwościach uzyskania adekwatnej pomocy.

Rekomendowane dokumenty:

- karta kontaktu
- mapa miejsc niemieszkalnych
- karty pracy
- notatki służbowe.

W czasie budowania i utrzymywania relacji szczególnie ważne są techniki pracy, których streetworker powinien używać podczas pracy z osobą bezdomną. Oto niektóre z nich:

- bezpośrednia rozmowa
- nawiązywanie i budowanie relacji, której towarzyszyć powinien wzrost zaufania osoby bezdomnej do streetworkera
- zbieranie danych do karty kontaktu oraz informowanie
- interwencja kryzysowa
- towarzyszenie, wspieranie oraz aktywne słuchanie
- konfrontacja
- modelowanie społecznie akceptowanych postaw i zachowań
- planowanie (ustalanie kontraktu).

UWAGA

Należy koniecznie zachować następujące reguły postępowania:

- dbanie przede wszystkim o własne bezpieczeństwo i zdrowie, więc jeżeli jakkolwiek sytuacja zagraża streetworkerowi, to nie powinien kontynuować prowadzenia kontaktu, a w razie potrzeby powinien wezwać służby mundurowe lub odpowiednie do sytuacji organy
- język i słownictwo w miarę dostosowane do osób bezdomnych, jednak pozbawione wulgaryzmów

- preferowany sposób ubrania – wygodny, sportowo-turystyczny
- brak rzeczy wartościowych, niekuszących do kradzieży.

7.5.1.5 REALIZACJA PLANU I ZAKOŃCZENIE RELACJI

Poprzez zakończenie relacji z osobą bezdomną należy rozumieć fakt, że sprawa została przekazana do innej, bardziej zaawansowanej, instytucji pomagającej. Zakończenie relacji i wiążące się z nim dla klienta lęk, obawa, stres itp. są naturalnymi elementami pracy z osobą bezdomną. Niemniej jednak zakończenie relacji powinno być procesem świadomym, do którego streetworker powinien przygotować osobę bezdomną.

Celem pracy w czasie zakończenia relacji jest doprowadzenie relacji do zakończenia oddziaływań streetworkera i przekazanie kontaktu do kolejnych instytucji, adekwatnych do obecnej sytuacji osoby bezdomnej.

Działania podejmowane przez streetworkera na zakończenie relacji to:

- rozmowa wsparcia
- rozmowa informacyjna
- towarzyszenie/asystowanie osobie bezdomnej do miejsca noclegowego lub innej instytucji adekwatnej w sytuacji danej osoby bezdomnej
- wspieranie samodzielności życiowej, niezależności od pomocy.

Rezultatami zakończenia relacji mogą być:

- przekazanie kontaktu osobie/instytucji kontynuującej pracę z osobą bezdomną
- zmiana stylu/sposobu życia przez osobę bezdomną
- poprawa jakości życia osoby bezdomnej.

Rekomendowane dokumenty:

- karta kontaktu
- skierowania
- mapa miejsc Niemieszkalnych.

7.5.1.6 INTERWENCJE

W trakcie pracy streetworkera w terenie zawsze może dojść do sytuacji, w której spotkana osoba wymaga natychmiastowej pomocy. Streetworker powinien być na taką sytuację zawsze przygotowany i dlatego bez względu na zaplanowane czynności w terenie zawsze

powinien mieć ze sobą sprawny naładowany telefon i apteczkę lub co najmniej rękawiczki jednorazowe.

Celem pracy w czasie interwencji jest interwencja w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia spotkanej osoby.

Działania podejmowane przez streetworkera w czasie interwencji to:

- udzielenie pierwszej pomocy
- wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej.

Rezultatem interwencji może być uratowanie życia lub zdrowia osoby bezdomnej.

Rekomendowane dokumenty to notatka służbowa.

TABELA NR 1 | Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych – cele, zadania, dokumenty

Obszary pracy streetworkera	Działania	Metody i techniki	Narzędzia i dokumenty
Badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych, czyli zapoznanie się i uzyskanie informacji o środowisku osób bezdomnych	<ul style="list-style-type: none"> - rozpoznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów - ustanowienie hierarchii ważności dzielnic miasta, w którym pracować będą streetworkerzy z osobami bezdomnymi - zebranie (jeżeli takowe istnieje) map miejsc niemieszkalnych od ewentualnych koalicjantów - opracowanie i ustalenie jednolitych wytycznych do zbierania danych i tworzenia mapy miejsc niemieszkalnych 	<ul style="list-style-type: none"> - analiza dokumentów - burza mózgów - spotkania z koalicjantami - wywiady - rozmowy 	<ul style="list-style-type: none"> - narzędzia techniczne (narzędzia i materiały biurowe, telefon, internet) - mapa miasta - mapa miejsc niemieszkalnych
Obecność, monitoring, czyli samodzielne wejście w środowisko przebywania osób bezdomnych, z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności wcześniej zdobytych	<ul style="list-style-type: none"> - regularny, systematyczny i cykliczny monitoring miejsc niemieszkalnych - lokalizowanie i nanoszenie na mapę nowych, dotychczas niezdiagnozowanych miejsc niemieszkalnych - uzupełnianie bieżącej dokumentacji - realizacja postanowień partnerstwa/koalicji na rzecz pomocy osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole) - włączanie społeczności lokalnej do działań na rzecz osób bezdomnych 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie, - wspólne patrole ze służbami miejskimi - kampanie informacyjne - spotkania ze społecznością lokalną 	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednia do pory roku odzież - telefon komórkowy - apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe) - plecak - materiały biurowe - karta kontaktu - ulotki - informatory - mapa miejsc niemieszkalnych - plakaty
Nawiązanie kontaktu, czyli pierwszy kontakt z osobą bezdomną i próba nawiązania relacji	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawienie się i próba nawiązania rozmowy z osobą bezdomną - towarzyszenie osobie bezdomnej w drodze do placówki noclegowej, OPS, szpitala lub innej placówki pomocy adekwatnej do aktualnych potrzeb - realizacja postanowień partnerstwa/koalicji na rzecz pomocy osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole) 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie - rozmowa motywacyjna - rozmowa informacyjna - towarzyszenie osobie bezdomnej - redukcja szkód 	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednia do pory roku odzież - telefon komórkowy - apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe) - materiały biurowe - karta kontaktu - ulotki - informatory - plecak - sieć koalicjantów - mapa miejsc niemieszkalnych

<p>Budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie planu zmian, czyli poznawania potrzeb i deficytów osób bezdomnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> - cykliczne odwiedzanie osób bezdomnych w miejscu ich przebywania - motywowanie do zmiany stylu życia - udzielanie wsparcia - towarzyszenie osobom bezdomnym w dotarciu do adekwatnych do ich potrzeb placówek pomocy społecznej - udzielanie informacji na temat możliwości pomocy osobom bezdomnym przebywającym w miejscach niemieszkalnych - edukacja w zakresie bezpieczniejszego funkcjonowania w miejscach niemieszkalnych - konstruowanie planu pomocy 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie - rozmowa motywacyjna - rozmowa informacyjna - rozmowa wspierająca - towarzyszenie osobie bezdomnej - redukcja szkód 	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednia do pory roku odzież - telefon komórkowy - apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe) - materiały biurowe - karta kontaktu - ulotki - informatory - plecak - sieć koalicjantów - mapa miejsc niemieszkalnych
<p>Realizacja planu i zakończenie relacji, czyli praca z osobą w kierunku zmiany stylu życia, wygaszenie kontaktu z osobą bezdomną</p>	<ul style="list-style-type: none"> - udzielanie wsparcia - udzielanie informacji - towarzyszenie osobie bezdomnej do placówek lub innych instytucji adekwatnych w sytuacji danej osoby bezdomnej - przekazanie informacji o pracy z osobą bezdomną innym pracownikom kontynuującym z nią pracę - wspieranie samodzielności życiowej, niezależności od pomocy 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie - rozmowa motywacyjna - rozmowa informacyjna - rozmowa wspierająca - towarzyszenie osobie bezdomnej - spotkania/rozmowy z innymi podmiotami udzielającymi wsparcia 	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednia do pory roku odzież - telefony komórkowe - apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe) - materiały biurowe - karta kontaktu - ulotki - plecaki - sieć koalicjantów - mapa miejsc niemieszkalnych
<p>Interwencja, czyli działania w celu ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> - interwencja w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia spotkanej osoby 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie - udzielenie pierwszej pomocy - wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej 	<ul style="list-style-type: none"> - apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe) - telefon komórkowy - notatka służbowa

Opracowanie: grupa ekspercka ds. streetworkingu.

7.5.2 Mapy miejsc niemieszkalnych

Mapa miejsc niemieszkalnych jest jednym z najważniejszych narzędzi pracy streetworkera pracującego wśród osób bezdomnych, dzięki któremu możliwe jest:

- poznanie skali zjawiska bezdomności pozainstytucjonalnej
- poznanie i monitorowanie miejsc przebywania osób bezdomnych, w tym miejsc szczególnie dla nich niebezpiecznych
- zaplanowanie pomocy adekwatnej do sytuacji osób bezdomnych, w tym wprowadzenie działań streetworkingowych
- ograniczenie w okresie zimowym skali zamarzeń osób bezdomnych przebywających z dala od skupisk ludzkich (centrów miast, osiedli itp.)
- efektywna współpraca z innymi służbami działającymi na rzecz pomocy osobom bezdomnym
- utrzymanie ciągłości pracy w terenie.

Minimum informacji, jakie powinien zawierać opis każdego miejsca z mapy miejsc niemieszkalnych, to:

- miasto i jego dzielnica
- adres (nazwa ulicy) – jeśli możliwe jest jego określenie
- numer budynku lub miejsca, w którym przebywa osoba bezdomna (jeśli możliwe jest jego określenie)
- opis miejsca (szczególnie istotne dla miejsc, wobec których trudno o określenie adresu) – znaki szczególne, które są charakterystyczne dla danego miejsca, a które powinny pomóc trafić do danego miejsca
- kategoria miejsca (działka, altanka działkowa, pustostan, dworzec kolejowy, altanka śmietnikowa, piwnica, zsyp na śmieci, bunkier, schron, park itd.).

Dodatkowymi informacjami, jakie warto zamieścić przy charakterystyce miejsca niemieszkalnego, są:

- placówka Straży Miejskiej/Straży Gminnej (w dużych miastach Straż Miejska jest podzielona na referaty – działy, komisariaty – określenie referatu właściwego dla danego miejsca)
- komisariat policji (wpisanie właściwego dla danego miejsca komisariatu/rewiru dzielnicowego)
- filia ośrodka pomocy społecznej (wpisanie właściwej dla danego miejsca filii/zespołu ośrodka pomocy społecznej)

- uwagi: (tutaj należy wprowadzić wszelkie ważne informacje, które mogą wpłynąć na pracę lub bezpieczeństwo streetworkera. Warto zaznaczyć, ile osób przebywa w danym miejscu – pojedyncze osoby czy skupisko osób bezdomnych – czy w okolicy danego miejsca nie ma psów, czy nie ma dodatkowych zagrożeń, czy streetworker powinien być szczególnie ostrożny, ewentualnie inne ważne informacje).

Podstawową formą mapy miejsc niemieszkalnych jest tabela, zawierająca ww. informacje, jednak najbardziej optymalną formą jest naniesienie poszczególnych miejsc na mapę geograficzno-przestrzenną, bądź tradycyjną (np. papierową ścienną), bądź interaktywną cyfrową. Taka forma mapy pozwala na dokładne zobrazowanie rejonów skupisk osób bezdomnych, właściwe planowanie pracy oraz jej dzielenie pomiędzy poszczególne patrole streetworkerskie.

7.6

Prawne uwarunkowania realizacji usługi

Wysoką profesjonalizację świadczenia wielu usług społecznych, w tym np. pracy socjalnej, zapewniają stosowne zapisy ustawowe, określające z jednej strony minimum kompetencji osób je świadczących, z drugiej zapewniające im pakiet świadczeń, jakich w ramach tej pracy mogą udzielać, jak i narzędzi, jakimi mogą się posługiwać, by świadczyć pomoc w sposób maksymalnie zindywidualizowany, adekwatny do rzeczywistych potrzeb klienta. W odniesieniu do streetworkingu takich regulacji w aktualnie funkcjonującym prawie nie odnajdziemy, a praktyka zatrudniania streetworkerów opiera się na regulacjach prawnych dotyczących zawodu pracownika socjalnego – ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.), jest także warunkowana ramami projektowymi – programami realizowanymi na szczeblach m.in. rządowym, wojewódzkim i gminnym. Aktami dopełniającymi funkcjonowanie streetworkingu są zapisy kodeksu pracy i kodeksu cywilnego.

Tworzenie regulacji legislacyjnych dla ogólnego standardu pracy streetworkera jest dalece nieuzasadnione i może budzić sprzeciw instytucji pracujących tą metodą z innymi odbiorcami (osobami uzależnionymi, dziećmi i młodzieżą, osobami prostytuującymi się). Działania te będą możliwe w chwili, gdy różne środowiska pracujące metodą streetworkingu wspólnie określą standardy pracy dla przyszłego zawodu – zawodu streetworkera. Nie można bowiem na podstawie standardu dotyczącego jednej grupy docelowej tworzyć standardu dla potencjalnego, niewyodrębnionego jeszcze zawodu.

Na chwilę obecną optymalnym rozwiązaniem wydaje się być podjęcie próby standaryzacji pracy metodą streetworkingu na poziomie programów gminnych i centralnych.



Kompetencje

7.7.1 Kwalifikacje formalne

TABELA NR 2 | Kwalifikacje formalne streetworkera bezdomności

	Niezbędne	Wskazane
Wykształcenie	Brak wymagań	Wyższe (zawodowe lub magisterskie) – nauki społeczne
Doświadczenie zawodowe	Praktyka w terenie – praca w terenie z osobami bezdomnymi pod okiem doświadczonego pracownika minimum 30 godzin	Doświadczenie w pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych potwierdzone referencjami, świadectwami pracy, praca w sektorze pomocowym – bezpośredni kontakt z człowiekiem
Kursy, szkolenia	Obowiązkowe szkolenie dla kandydatów zgodnie z ramowym programem nauczania kursu dla kandydatów na streetworkerów pracujących z osobami bezdomnymi, jednak nie mniej niż 30 godzin szkoleniowych, kurs pierwszej pomocy, szkolenie BHP	Kursy doskonalące warsztat pracy streetworkera, np. kurs komunikacji interpersonalnej, warsztaty asertywności, kurs profilaktyki uzależnień
Obsługa komputera (programy, poziom)	Tak, poziom podstawowy	Umiejętność wykorzystania programów komputerowych umożliwiających opracowanie dokumentacji, sprawozdawczości, prezentacji
Prawo jazdy	Nie	Tak

Streetworker powinien mieć stabilną sytuację życiową (psychologiczną, zdrowotną, bytową itd.).

Wymogiem koniecznym dla osób uzależnionych jest minimum 3 lata abstynencji i ukończony program własnej terapii.

Wymogiem koniecznym w przypadku osób, które w przeszłości doświadczały bezdomności, jest ukończony proces reintegracji społecznej rozumiany jako osiągnięcie samodzielności życiowej. Wskazane jest, by osoba taka przed podjęciem pracy na stanowisku streetworkera po osiągnięciu samodzielności przez minimum 2 lata pracowała w zawodzie niezwiązanym z pomocą społeczną.

Opracowanie: grupa ekspercka ds. streetworkingu.

7.7.2 Kwalifikacje psychospołeczne

TABELA NR 3 | Kwalifikacje psychospołeczne streetworkera bezdomności

Cechy osobowościowe i postawa osobista	
Kompetencja	Definicja
Otwartość na innych	Streetworker jest osobą otwartą na innych i empatyczną: potrafi przekazywać szczerze, prawdziwe i autentyczne komunikaty, pokazywać zainteresowanie odczuciami osób bezdomnych, a także posiada gotowość do akceptowania i zrozumienia reakcji innego człowieka.
Odporność na stres i wytrzymałość	Streetworker jest osobą odporną na stres. W trudnych sytuacjach nie wycofuje się, stawia im czoło. Ma dobry stan zdrowia. Jest sprawny fizycznie i wytrzymały psychicznie. Nie ma oporów przed kontaktem z ludźmi skrajnie zaniedbanymi (o nieprzyjemnym zapachu, odstręczającym wyglądem). Jest w stanie pracować nawet w niesprzyjających warunkach (np. przy złej pogodzie). Nie zraża się niepowodzeniami, konsekwentnie dąży do wyznaczonych celów. Kontroluje swoje emocje i potrafi konstruktywnie rozwiązywać problemy z nimi związane.
Dojrzałość emocjonalna	Streetworker jest osobą dojrzałą i odpowiedzialną. Potrafi zachować odpowiedni dystans do sytuacji. Jest empatyczny, ale potrafi również postawić granicę w sytuacji zagrożenia.
Sumienność i samodzielność w działaniu	Streetworker jest osobą samodzielną i sumienną. Można na nim polegać. Potrafi samodzielnie rozwiązywać problemy. Zna granice swoich kompetencji. W razie trudności potrafi zwrócić się o pomoc i skorzystać z doświadczeń osób o większej wiedzy i doświadczeniu.
Zaangażowanie i inicjatywa	Streetworker jest osobą zaangażowaną w swoją pracę i do niej silnie wewnętrznie zmotywowaną. Przejawia inicjatywę w poszukiwaniu miejsc przebywania osób bezdomnych i podejmuje działania mające na celu niesienie im pomocy i wsparcia.
Umiejętności interpersonalne	
Umiejętność nawiązywania kontaktu i budowania relacji	Streetworker potrafi nawiązać kontakt z osobą bezdomną. Jest w stanie dopasować sposób i styl wypowiedzi do odbiorcy. Nie wywyższa się. Buduje długotrwałe relacje oparte na dobrej współpracy. Streetworker potrafi słuchać, zadaje trafne pytania, umiejętnie odczytuje potrzeby osób bezdomnych. Potrafi uszanować decyzje i opinie odmienne od własnych, nawet gdy mogą one według wszelkiego prawdopodobieństwa przynieść szkodę tej osobie.
Umiejętność rozwiązywania problemów i podejmowania racjonalnych decyzji	Streetworker potrafi ocenić sytuację, w której się znajduje, oraz sytuację osoby bezdomnej. W oparciu o analizę sytuacji podejmuje racjonalne decyzje. Potrafi znaleźć i zaproponować różne opcje rozwiązania problemów, z którymi borykają się ludzie bezdomni.
Umiejętność motywowania	Streetworker potrafi zmotywować innych do pozytywnych zmian w swoim życiu.
Umiejętność planowania i organizacji pracy	Streetworker potrafi efektywnie planować i organizować swoją pracę. W pełni wykorzystuje czas pracy, jest wydajny i potrafi pracować bez bezpośredniego nadzoru.
Umiejętność współpracy	Streetworker potrafi nawiązać pozytywne relacje z osobami z różnych instytucji i organizacji. Potrafi współpracować w zespole.

Opracowanie: grupa ekspercka ds. streetworkingu.

7.7.3 Szkolenie streetworkerów

W przypadku kandydatów na streetworkerów w procesie rekrutacji i selekcji większe znaczenie mają predyspozycje osobowościowe niż konkretne wykształcenie, dlatego niezmiernie ważną kwestią jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne do pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych. Indywidualne cechy kandydata bardzo pomagają, ale nie wystarczają, aby osiągać sukcesy i efektywnie pracować w marginalizowanych społecznie środowiskach. Praca streetworkera, aby przynosiła efekty, musi być poparta rozległą wiedzą. Dlatego szkolenie dla kandydatów na streetworkerów pracujących z osobami bezdomnymi jest obowiązkowe, z wyjątkiem sytuacji, kiedy kandydat na streetworkera już posiada odpowiednie kwalifikacje do pracy tą metodą w środowisku osób bezdomnych, potwierdzone certyfikatami ukończenia szkół, szkoleń i referencjami poprzednich pracodawców.

Celem obowiązkowego szkolenia jest umożliwienie uzyskania kwalifikacji zawodowych do wykonywania pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych. Kurs taki powinien trwać minimum 30 godzin dydaktycznych (w tym warsztatów/ćwiczeń).

TABELA NR 4 | Zagadnienia do obowiązkowego szkolenia streetworkerów

Lp.	Moduł
1	Bezdomność i wykluczenie społeczne
2	System pomocy osobom bezdomnym
3	Metodyka pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych
4	Komunikacja w pracy streetworkera
5	Współpraca ze służbami i innymi podmiotami
6	Bezpieczne zachowania w terenie
7	Praktyczne aspekty pracy metodą streetworkingu z osobami bezdomnymi
8	Etyczne podstawy pracy streetworkera

Opracowanie: grupa ekspercka ds. streetworkingu.

W przypadku streetworkerów, których praca polega na bezpośrednim kontakcie z osobami bezdomnymi w środowisku ich przebywania, obowiązkowym elementem wdrażania do pracy jest również praktyka w terenie. Praktyka taka powinna trwać przynajmniej 30 godzin. Stanowi ona uzupełnienie wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkolenia. Najlepiej, jeżeli będzie się ona odbywała w miej-

scu przyszłej pracy streetworkera. Pierwsze dni praktyki należy poświęcić na zapoznanie się z lokalnym systemem pomocy osobom bezdomnym, kolejne na monitoring miejsc niemieszkalnych, w których mogą przebywać osoby bezdomne. Praktyka zawsze powinna odbywać się pod okiem doświadczonego streetworkera, ewentualnie pracownika socjalnego czy innego pracownika terenowego.

Kolejnym ważnym elementem edukacji streetworkerów są szkolenia doskonalące warsztat pracy. Streetworker pracujący z osobami bezdomnymi wciąż powinien poszerzać i uzupełniać swoją wiedzę i umiejętności. Ważne jest kształtowanie chęci samodoskonalenia i uczestnictwa w różnych formach doskonalenia zawodowego. Proces aktualizowania i pogłębiania wiedzy i umiejętności związanych ze specyfiką pracy streetworkera umożliwił ciągły rozwój pracownika oraz bardziej skuteczną pomoc osobom bezdomnym.

7.8

Realizatorzy usługi

7.8.1 Podmioty realizujące usługę

Streetworkerzy pracujący z osobami bezdomnymi mogą być zatrudniani przez różnorodne organizacje i instytucje działające na polu polityki społecznej.

7.8.2 Zespół osób realizujących usługę

Uwzględniając specyfikę i charakter streetworkingu skierowanego do osób bezdomnych, w szczególności zaś fakt, że jest to praca w relacji pomagania, często też w trudnych, a zdarza się, że i niebezpiecznych warunkach, zaleca się prowadzenie takiej pracy w zespole.

W skład zespołu realizującego streetworking wchodzi:

- **superwizor** – najlepiej zewnętrzny, tj. osoba niepracująca w danym zespole/organizacji, a konsultująca zespół

- **koordynator**, często lider zespołu, może nim być też jeden ze streetworkerów – do najważniejszych jego zadań należy koordynacja współpracy wewnątrz zespołu i z partnerami zewnętrznymi, planowanie pracy, nadzór oraz monitoring, prowadzenie zebrań zespołu
- **streetworkerzy** (samodzielni pracownicy) zawsze pracujący w parach – mogą pracować w parach stałych, ale ważne jest, żeby w sytuacjach nagłych byli w stanie współpracować z każdym z pozostałych członków zespołu, pracować w nowych środowiskach, rejonach miasta
- **stażyści** (praktykanci) – mogą pewne czynności prowadzić samodzielnie, jak również mogą mieć powierzane zadania, ale wykonują je zawsze pod kontrolą i w towarzystwie samodzielnego pracownika, w terenie pracują zawsze z wyszkolonym, samodzielnym pracownikiem.

Należy pamiętać, że streetworkerzy w terenie powinni pracować w parach. Wyjątkowo dopuszcza się pracę w pojedynkę, np. w sytuacji urlopu lub zwolnienia lekarskiego współpracownika. Praca taka wówczas powinna odbywać się w porze dziennej, w miejscach, które pozwalają zachować bezpieczeństwo streetworkerowi, np. w centrum miasta, w hali dworca czy innym miejscu publicznym. W takich sytuacjach można ponadto korzystać z wsparcia służb mundurowych lub doświadczonego pracownika socjalnego.

7.9

Warunki realizacji usługi

7.9.1 Czas pracy streetworkera

Za najbardziej optymalną formę zatrudnienia uznać należy umowę o pracę w wymiarze pełnego etatu (średnio 40 godzin tygodniowo). Pracodawca rozważyć powinien jeden z trzech wariantów systemu czasu pracy:

- podstawowy
- równoważny
- zadaniowy.

Zaznaczyć należy, że decyzja o wyborze systemu czasu pracy poprzedzona być powinna diagnozą środowiska osób przebywających w miejscach niemieszkalnych i wynikać z jego uwarunkowania, rodzaju i czasu jego aktywności, odpowiadać na rzeczywiste zapotrzebowanie.

Żaden z powyższych systemów czasu pracy, mimo dość powszechnej opinii, nie przewiduje pracy w wymiarze ponad przyjętą normę (średnio 40 godzin tygodniowo).

7.9.2 Pory, w jakich usługa streetworkingu może być świadczona

Czas pracy może być realizowany w kilku wariantach.

Praca w ciągu dnia, możliwa do realizacji w czasie:

- od wczesnych godzin rannych do popołudniowych
- od południa do godzin wieczornych.

Praca w takich okresach dnia, zakładająca rotację (na zmianę od godzin wczesnorannych do popołudniowych i od popołudniowych do wieczornych), jest wariantem najbardziej optymalnym – pozwala na najpełniejsze monitorowanie środowiska osób bezdomnych i obserwowanie ich dziennej aktywności.

Praca w weekendy.

Praca tylko w weekendy nie daje możliwości pełnej diagnozy środowiska osób bezdomnych, a jedynie jej wyrywkowy obraz. Ponadto może się okazać zupełnie nieskuteczna w gminach, w których np. istnieją tzw. pchle targi – osoby parające się zbieractwem przenoszą tam wtedy swoją aktywność, zaś praca w takich miejscach, jeśli nawet byłaby wskazana, jest niezwykle trudna.

Praca w godzinach nocnych.

Podobnie jak w wariantcie weekendowym – nie daje możliwości pełnej diagnozy środowiska, ponadto stwarza zbyt duże zagrożenie dla zdrowia i życia streetworkera.

7.9.3 Okres, w jakim świadczy się usługę streetworkingu

Podobnie jak przy wyborze systemu czasu pracy streetworkerów, tak i przy określaniu okresu, w którym będzie ona świadczona, decyzja musi być poprzedzona diagnozą środowiska osób przebywających

w miejscach niemieszkalnych i wynikać z rzeczywistych, lokalnych uwarunkowań problematyki bezdomności. Możliwe są trzy alternatywne warianty okresu świadczenia usługi:

Całorocznie

Wariant całoroczny jest najbardziej pożądanym z dostępnych – gwarantuje funkcjonowanie streetworkingu jako stałego elementu kompleksowego systemu wsparcia osób bezdomnych. Może jednak nie być w pełni uzasadniony w gminach małych, o znikomej skali bezdomności, lub w gminach, w których jedynie sezonowo pojawiają się osoby bezdomne.

Sezonowo

Wariant możliwy do zastosowania jako pewnego rodzaju stały element systemu, ale wdrażany jedynie w pewnych okresach roku, związanych np. z wzmożeniem ruchu turystycznego, okresem zimowym itd. Należy jednak pamiętać, że funkcjonowanie streetworkingu ma wtedy jedynie wymiar doraźny i nie daje możliwości osiągnięcia tych rezultatów, jakie tkwią w potencjale streetworkingu realizowanego całorocznie (budowania relacji i stymulowania procesu zmiany).

Akcyjnie

Akcyjna forma streetworkingu możliwa jest do zastosowania w sytuacjach pojawiającego się zagrożenia, kryzysu (np. nagłej fali mrozów). Należy jednak pamiętać, że ma ona jedynie wymiar doraźny, interwencyjny, ratowniczy i nie daje możliwości osiągnięcia tych rezultatów, jakie tkwią w potencjale streetworkingu realizowanego całorocznie (budowania relacji i stymulowania procesu zmiany).

7.9.4 Czas świadczenia usługi

To, jak długo usługa powinna być świadczona, rozpatrywać należy w dwóch aspektach. W odniesieniu do osoby.

Usługa świadczona jest osobie do czasu:

- zmiany jej miejsca pobytu i braku możliwości ustalenia aktualnego miejsca pobytu
- zmiany sytuacji życiowej powodującej utratę zasadności dalszego świadczenia usługi (np. powrotu do rodziny, przekazania kontaktu i kontynuacji pracy przez placówkę/podmiot oferujący kompleksową pomoc)
- zgonu tej osoby.

W odniesieniu do środowiska (miejsca niemieszkalnego):

- tak długo, jak przebywają w nim osoby bezdomne (regularne monitorowanie sytuacji osób przebywających w miejscu niemieszkalnym)
- w przypadku opustoszenia zdiagnozowanego miejsca gromadzenia się osób bezdomnych – regularnie, ale z mniejszą częstotliwością (monitorowanie miejsca niemieszkalnego, sprawdzanie, czy nie powróciły tam osoby bezdomne)
- w uzasadnionych przypadkach związanych z dużą dla osób bezdomnych atrakcyjnością miejsca bądź stwierdzeniem częstego w nich się pojawiania (np. na bocznicach kolejowych, w altankach działkowych) monitoring miejsca może być prowadzony z niezmienną częstotliwością (taką samą, jak w przypadku jego zajmowania przez osoby bezdomne)
- monitorowania miejsca do chwili, gdy przestaje istnieć (zburzenie pustostanu, spalenie działki itd.). Do tej kategorii nie zaliczają się sytuacje związane z utrudnieniem dostępu do miejsca niemieszkalnego (np. zamurowanie czy zabicie okien).

7.9.5 Uniwersalny model streetworkingu w środowisku osób bezdomnych

Przegląd wielu możliwych wariantów realizacji usługi streetworkingu nie daje jednak swobody w jej realizacji – praca streetworkerów zawsze powinna być odpowiedzią na wnioski z lokalnej diagnozy bezdomności. Lokalne uwarunkowania bezdomności nie zawsze jednak pozwalają na wybór sztywnego modelu pracy streetworkerów. Można się wręcz pokusić o stwierdzenie, że dynamika zjawiska przemawia za jego uelastycznieniem. Elastyczny model powinien dawać możliwość monitorowania środowiska osób bezdomnych w różnych porach, w różnym czasie. Na podstawie przedstawionych wyżej wariantów zbudować można uniwersalny model pracy metodą streetworkingu, pozwalający z jednej strony realizować założone cele, z drugiej przyczynić się do kompleksowej diagnozy nie tylko lokalnej bezdomności, ale i poszczególnych osób bezdomnych. Model taki realizowany będzie:

- całorocznie (sugerowane zatrudnienie na umowę o pracę)
- 7 dni w tygodniu (sugerowany równoważny czas pracy)
- w godzinach dziennych (praca w systemie zmianowym, równoważny czas pracy)
- w sytuacjach kryzysowych także w nocy (warunkiem koniecznym jest współpraca ze służbami mundurowymi – nocne patrole tylko wspólnie z tymi służbami).

7.10

Współpraca przy realizacji usługi

Organizacja realizująca usługę streetworkingu powinna współpracować z wieloma podmiotami. Potencjalnych partnerów wyróżnić możemy w dwóch grupach:

7.10.1 Partnerzy kluczowi

- służby mundurowe (policja, Straż Miejska, Straż Graniczna, Straż Ochrony Kolei itd.)
- jednostki pomocy społecznej (ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie)
- organizacje pozarządowe (stowarzyszenia, fundacje, kościelne jednostki prawne)
- służba zdrowia (przychodnie, szpitale, szpitalne oddziały ratunkowe, pogotowie ratunkowe, oddziały detoksykacyjne, poradnie i ośrodki terapii uzależnień, hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze).

7.10.2 Inni potencjalni partnerzy

- instytucje rynku pracy i instytucje szkoleniowe (urzędy pracy, agencje pracy, centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, organizatorzy zatrudnienia socjalnego oraz szkoleniowego i kursów, spółdzielnie pracy socjalnej)
- przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości (kuratorzy)
- media (radio, telewizja, prasa)
- dodatkowo: administracje osiedli mieszkaniowych, administracje ogródków działkowych, osoby prywatne, centra zarządzania kry-

zysowego, przedsiębiorstwa dystrybucji energii ciepłej, izby wytrzeźwień i inne podmioty realizujące ich zadania, skupy surowców wtórnych, firmy prywatne, członkowie lokalnej społeczności.

7.11

Dokumentacja usługi

Celem tworzenia dokumentacji pracy streetworkera jest:

- utrzymanie ciągłości i systematyki pracy
- monitorowanie pracy streetworkera
- monitorowanie sytuacji klienta
- umożliwienie przygotowania odpowiednich sprawozdań.

Dokumentacja pracy streetworkera powinna zawierać następujące elementy:

- karty pracy
- plan pracy
- rejonizację pracy
- mapy miejsc niemieszkalnych
- karty kontaktu
- rejestr klientów
- notatki służbowe.

7.12

Koszty i finansowanie

7.12.1 Koszty bezpośrednie, tj. koszty realizacji poszczególnych zadań określonych odpowiednio do zakresu merytorycznego usługi

Koszty zarządzania, w tym: wynagrodzenie koordynatora/kierownika lub innej osoby mającej za zadanie koordynowanie lub zarządzanie realizacją usługi lub innego personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie i jego rozliczenie, o ile jego zatrudnienie jest niezbędne dla realizacji usługi; zakup lub amortyzacja sprzętu lub wartości niematerialnych i prawnych oraz zakup mebli niezbędnych do zarządzania; działania informacyjno-promocyjne związane z realizacją usługi (np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych); koszty zabezpieczenia prawidłowej realizacji usługi (o ile nie są celem usługi i tym samym nie stanowią zadania merytorycznego); koszty inne – o ile są bezpośrednio związane z koordynacją i zarządzaniem usługą.

Koszty zadań merytorycznych, w tym: koszty związane z zatrudnieniem personelu, koszty związane z utrzymaniem i wyposażeniem stanowisk pracy realizatorów i osób, które są zaangażowane we wdrażanie standardu usługi, oraz koszty archiwizacji dokumentów, koszt wyszkolenia i podnoszenia kwalifikacji realizatora usługi, koszty rekrutacji, koszty wyposażenia streetworkera i jego stanowiska pracy (w tym koszty przejazdów służbowych, telefonu itp.), koszty materiałów biurowych wykorzystywanych przez streetworkerów, koszty monitoringu, ewaluacji i superwizji¹.

¹ Koszty osobowe związane ze świadczeniem streetworkingu obejmują wszystkie osoby zaangażowane do realizacji zadań, które osobiście wykonują zadania w ramach realizacji usługi, tj. w szczególności osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę, mianowania, powołania, wyboru i spółdzielczej umowy o pracę) lub stosunku

7.12.2 Koszty pośrednie, tj. koszty administracyjne związane z funkcjonowaniem jednostki nadzorującej realizację usługi

- koszty personelu obsługowego (obsługi kadrowej, finansowej, administracyjnej, sekretariatu, kancelarii, obsługi prawnej) na potrzeby funkcjonowania jednostki
- koszty obsługi księgowej (wynagrodzenia osób księgujących wydatki, w tym koszty zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biuro rachunkowemu)
- koszty utrzymania powierzchni biurowych (czynsz, najem, opłaty administracyjne) związanych z obsługą administracyjną, opłaty za energię elektryczną, ciepłą i gazową, za wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków w zakresie związanym z obsługą administracyjną
- koszty usług pocztowych, telefonicznych, telegraficznych, teleksowych, internetowych, kurierskich związanych z obsługą administracyjną: koszty usług powielania dokumentów związanych z obsługą administracyjną
- koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną
- koszty ubezpieczeń cywilnych i majątkowych
- koszty sprzątnięcia pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną projektu, w tym środki do utrzymania ich czystości oraz dezynsekcję, dezynfekcję, deratyzację tych pomieszczeń.

7.12.3 Potencjalne źródła finansowania

- środki funduszy europejskich, a także inne europejskie środki finansowe (np. uzyskane za pomocą tzw. mechanizmu norweskiego, szwajcarskiego)
- środki budżetu państwa, będące w dyspozycji ministrów odpowiedzialnych za poszczególne działy (takie jak praca, zabezpieczenie społeczne, sprawy rodziny)

cywilnoprawnego (np. umowy zlecenia, umowy o dzieło), osoby samozatrudnione (tj. osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą), osoby współpracujące w rozumieniu ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 10.11.1998 Nr 137 poz. 887 z późn. zm.) oraz osoby świadczące usługi w formie wolontariatu. Należy pamiętać, iż definicja ta odnosi się do całego personelu, nie tylko do personelu ujętego w zadaniu Zarządzanie, ale również w zadaniach merytorycznych.

- środki samorządowe
- środki własne organizacji
- środki pozarządowe
- środki prywatne (np. od sponsorów).

7.13

Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

TABELA NR 5 | Zagadnienia monitorowania i ewaluacji streetworkingu bezdomności

	Monitoring	Ewaluacja
Kto realizuje?	<ul style="list-style-type: none"> - pracodawca/koordynator działania, zadania, projektu (wewnętrzny) - podmiot zlecający usługę (zewnętrzny) 	<ul style="list-style-type: none"> - zespół pracowników lub pracownik podmiotu realizującego streetworking (wewnętrzna) - podmiot zlecający usługę (zewnętrzna) - wyspecjalizowana instytucja zewnętrzna/eksperti zewnętrzni (zewnętrzna)
W jakim celu?	<ul style="list-style-type: none"> - nadzór nad właściwym wykonywaniem usługi oraz poprawa jej jakości - zweryfikowanie, czy realizacja projektu postępuje zgodnie z planem (harmonogramem) 	<ul style="list-style-type: none"> - usprawnienie realizacji i zarządzania - określenie rzeczywistych efektów (rezultatów i oddziaływania) - skuteczniejsze planowanie działań
Co badamy?	<ul style="list-style-type: none"> - funkcjonowanie zespołu - tworzenie, obieg i archiwizację dokumentów - przepływ informacji - realizację założonych działań - postęp w osiągnięciu zaplanowanych rezultatów - dokumentację finansową i rozliczenia 	<ul style="list-style-type: none"> - pracę streetworkerów - rezultaty pracy - zarządzanie w czasie realizacji zadania - współpracę z partnerami/koalicjantami

Oczekiwane rezultaty	<ul style="list-style-type: none"> - bieżące sprawdzanie jakości wykonywanego zadania - szybkie reagowanie na występujące zagrożenia lub nieprawidłowości - podjęcie decyzji na temat kontynuacji zadania w jego bieżącym kształcie lub ewentualnych działań administracyjnych niwelujących odchylenia od planu 	<ul style="list-style-type: none"> - przedstawienie rekomendacji dotyczących usprawnienia zarządzania, wzmocnienia skuteczności projektu, wprowadzenia ewentualnych zmian w projekcie (obecnym lub przyszłym), jego zaniechania lub kontynuacji
Kiedy/w jakim czasie?	<ul style="list-style-type: none"> - stale – przez cały okres realizacji zadania 	<ul style="list-style-type: none"> - na bieżąco, w trakcie realizacji projektu oraz na zakończenie realizacji projektu - ewaluacja może też być prowadzona przed rozpoczęciem interwencji lub kilka – kilkanaście miesięcy po zakończeniu realizacji przedsięwzięcia
Możliwe rodzaje	<ul style="list-style-type: none"> - wewnętrzny - zewnętrzny 	<ul style="list-style-type: none"> - zewnętrzna - wewnętrzna - <i>ex-ante</i> (przed realizacją programu/projektu) - <i>mid-term/on-going</i>/ewaluacja bieżąca (podczas realizacji programu/projektu) - <i>ex-post</i> (po zakończeniu realizacji programu/projektu)
Jak realizujemy dany proces?	<p>Zbieranie danych, weryfikacja, systematyczne zbieranie ustalonego na początku realizacji projektu zestawu danych (dotyczących postępów projektu/zadania), zestawianie istniejących danych z postępów z harmonogramem projektu/zadania.</p> <ul style="list-style-type: none"> - opracowanie niezbędnych narzędzi monitoringowych, np. planu pracy, harmonogramu - analiza dokumentacji - obserwacja, np. wspólne patrole, stały kontakt telefoniczny - spotkania, np. zespołu realizującego zadanie, spotkania z przedstawicielami partnerów - wywiady 	<p>Zebranie danych, analiza i wnioski oraz rekomendacje.</p> <p>Pozyskiwanie dodatkowych danych na temat sposobów realizacji poszczególnych działań, rezultatów projektu/zadania oraz jego kontekstu (otoczenia).</p> <p>Krytyczna analiza istniejących i zebranych danych – oszacowanie efektów projektu/zadania.</p> <p>Ocena efektywności zarządzania, realizacji działań i ich skutków.</p> <p>Rekomendacje zmian.</p> <ul style="list-style-type: none"> - analiza dokumentów - wywiady - kwestionariusze - obserwacja - analiza dostępnych danych - dane z systemu monitoringu - grupy fokusowe - opinie ekspertów
Koszty	<ul style="list-style-type: none"> - wykonywany w ramach realizacji zadania lub nadzoru 	<ul style="list-style-type: none"> - wykonywana w ramach realizacji zadania - koszty związane z zatrudnieniem ewaluatora

7.13.1 Wskaźniki w procesie monitorowania:

- liczba zidentyfikowanych miejsc niemieszkalnych i innych miejsc pobytu osób bezdomnych
- liczba osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych
- liczba osób bezdomnych, które otrzymały wsparcie w ramach realizowanego standardu (ogółem/liczba kobiet i liczba mężczyzn)
- liczba zatrudnionych w ramach standardu streetworkerów
- liczba wspólnych patroli z innymi służbami
- liczba wspólnych patroli ze służbami mundurowymi
- liczba wspólnych patroli ze służbami medycznymi
- liczba wspólnych patroli ze innymi służbami
- liczba interwencji podjętych wspólnie ze służbami
- liczba interwencji podjętych ze służbami mundurowymi
- liczba interwencji podjętych ze służbami medycznymi
- liczba interwencji podjętych z innymi służbami
- liczba podjętych interwencji przez streetworkerów
- liczba zgłoszeń interwencyjnych pochodzących od mieszkańców
- liczba zgłoszeń interwencyjnych pochodzących od innych instytucji i organizacji
- liczba wypełnionych kart kontaktów
- liczba kontaktów z osobami bezdomnymi
- liczba osób bezdomnych objętych wsparciem streetworkerów
- liczba aktualizacji mapy miejsc niemieszkalnych
- liczba przekazanych kontaktów innym pracownikom służb społecznych
- liczba osób bezdomnych, które znalazły miejsce w placówkach.

Liczba działań z zakresu innych standardów, w obrębie których streetworkerzy podejmują działania.

W obrębie standardu pracy socjalnej:

- liczba środowisk przypadająca na jednego streetworkera
- liczba udzielonych porad i konsultacji
- liczba działań w zakresie pomocy w odtworzeniu dokumentów (w tym dowodu osobistego)
- liczba osób, które odtworzyły dokumenty, w tym dowód osobisty

- liczba działań w zakresie pomocy w uzyskaniu prawnego statusu osoby niepełnosprawnej w PZON
- liczba osób, które uzyskały status osoby niepełnosprawnej w PZON
- liczba działań w zakresie pomocy w umieszczeniu w szpitalu
- liczba osób umieszczonych w szpitalu
- liczba osób, które podjęły terapię
- liczba osób zarejestrowanych w Urzędzie Pracy
- liczba osób, które się usamodzielniały
- liczba osób, które wróciły do rodziny
- liczba osób, które podjęły zatrudnienie, w tym zatrudnienie wspierane
- liczba osób utrzymujących zatrudnienie, w tym wspierane
- liczba działań podjętych w zakresie uzyskania przez osoby bezdomne ubezpieczenia zdrowotnego
- liczba osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne.

W obrębie zdrowia:

- liczba odbiorców działań z zakresu redukcji szkód
- liczba osób korzystających z konsultacji indywidualnych z zakresu redukcji szkód
- liczba odbiorców działań z zakresu redukcji szkód, którzy podjęli terapię uzależnień
- liczba odbiorców działań z zakresu profilaktyki uzależnień
- liczba osób objętych postępowaniem z zakresu przedmedycznej pomocy doraźnej.

W obrębie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej (standard programowy – działania zapobiegające bezdomności wśród osób zadłużonych z tytułu użytkowania lokali mieszkalnych):

- liczba osób objętych działaniami z zakresu zatrzymania wzrostu liczebności osób bezdomnych
- liczba osób, które uniknęły wejścia w bezdomność (tj. konieczności skorzystania z miejsca w zbiorowej placówce instytucjonalnej).

7.14

Superwizja

Superwizja jest coraz powszechniej stosowanym narzędziem służącym zwiększaniu efektywności pracy i rozwojowi zawodowemu pracowników w zawodach polegających na pracy z ludźmi. Stosowana jest powszechnie wśród terapeutów, psychologów, a coraz częściej również wśród pracowników socjalnych. Ze względu na to, że streetworkerzy w swojej pracy spotykają się z podobnymi problemami jak wymienione grupy zawodowe, konieczne jest objęcie superwizją również streetworkerów. W ich przypadku mówiąc o superwizji, trzeba mieć na myśli przede wszystkim profesjonalną usługę realizowaną przez zewnętrznego superwizora. Takie jej organizowanie pozwala na uzyskanie, dzięki ponownej analizie dokonanej z udziałem innych osób, lepszego wglądu w przyczyny trudności pojawiających się w naszej pracy. Efektem tej analizy będzie uzyskanie nowej, szerszej perspektywy widzenia danego problemu, dającej możliwość dokonania trafniejszej diagnozy i przyjęcia lepszych strategii w wykonywanej pracy.

Materiał merytoryczny opracowali:

Anna Adamczyk, Lech Bór, Maciej Dębski, Michał Gawęł, Adam Koszutowski, Aleksandra Łukasiewicz, Anna Michalska, Piotr Olech, Rafał Stenka, Benita Zychowicz

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli:

Sylwia Gurbisz, Jacek Marciniak, Arkadiusz Michalski

Bibliografia:

Dębska-Cenian A., Olech P., red., 2008. *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*. Gdańsk.

Dz.U. z 10.11.1998 Nr 137 poz. 887 z późn. zm., Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm., Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

ANEKS

Teoretyczne i praktyczne
aspekty modelu GSWB

WPROWADZENIE

Partnerzy projektu systemowego „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z bezdomnymi w tym: opracowanie modelu „Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności”, pragną przedłożyć Państwu finalny produkt z realizacji drugiej fazy projektu – fazy modelu. Produktem tym jest Model „Gminny standard wychodzenia z bezdomności” (GSWB). Niniejszy dokument traktować należy jako wstępną, pierwszą propozycję pakietu dostępnych rozwiązań, pozwalającego na konstruowanie gminnych modeli rozwiązywania problematyki bezdomności. Tak zindywidualizowane konstrukcje w niedalekiej przyszłości poddane zostaną pilotażom w kilkunastu gminach w Polsce. Katalog ten nie jest jeszcze produktem zamkniętym, finalnym, zarówno w swojej formie, jak i zawartości. Istotą pilotażowych wdrożeń jest dokonanie praktycznej weryfikacji zaproponowanych rozwiązań. Testy przeprowadzone w wybranych gminach będą miały kluczowe znaczenie dla całokształtu działań projektowych – w sposób bezpośredni będą miały wpływ na ostateczny kształt modelu GSWB, którego finalne opracowanie przewidziane jest na 2013 rok. Aby model ten był możliwy do wdrożenia jako element systemowego rozwiązywania problematyki bezdomności, jego uzupełnieniem będzie zarówno pakiet rekomendacji wskazujących kierunki zmian regulacji legislacyjnych, jakie muszą nastąpić, by GSWB mógł zacząć funkcjonować, jak i propozycje kształtu tych zmian.

By ułatwić Państwu swobodne poruszanie się i łatwe zrozumienie prezentowanego materiału, postaramy się na wstępie wyjaśnić kilka zagadnień kluczowych dla wszelkich działań w projekcie systemowym.

JAK TWORZONO MODEL „GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI” ZAWIERAJĄCY STANDARDY W 6 OBSZARACH?

Wypracowanie modelu GSWB i standardów w 6 obszarach jest efektem zadań zrealizowanych w fazie diagnozy i modelu, obejmujących:

- działania grup eksperckich w sześciu tematach (streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo, edukacja i aktywizacja zawodowa, zdrowie, partnerstwa lokalne), przygotowujących katalog rozwiązań w tych obszarach (około 100 zaangażowanych ekspertów)
- działalność zespołu badawczego w wyżej wymienionych obszarach, połączoną z realizacją prac badawczych i przygotowaniem ekspertyz/raportów w tym zakresie
- prowadzenie współpracy międzynarodowej w wyżej wymienionych obszarach tematycznych (realizacja wizyt studyjnych - 1 wizyta studyjna dla każdej grupy eksperckiej; łącznie 6 wizyt studyjnych dla dziesięciu osób każda)
- prowadzenie debat tematycznych w obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo, edukacja i aktywizacja zawodowa, zdrowie, partnerstwa lokalne, mających na celu konsultacje wypracowanych rozwiązań.

Na model GSWB składają się standardy usług skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w następujących obszarach:

- streetworkingu
- pracy socjalnej
- mieszkalnictwa i pomocy doraźnej
- partnerstw lokalnych
- zdrowia
- zatrudnienia i edukacji.

CZYM SĄ PREWENCJA, INTERWENCJA I INTEGRACJA?

Prewencja, interwencja i integracja to filary zintegrowanej polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, niezbędne do skutecznego zredukowania jego skali. Cały model GSWB oraz standardy w poszczególnych obszarach tematycznych uwzględniają zadania w zakresie prewencji, interwencji i integracji.

PREWENCJA – to forma oddziaływania polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, której celem jest zapobieganie bezdomności w wymiarze jednostkowym, grupowym i społecznym. Usługi ukierunkowane na zapobieganie bezdomności wykorzystują różnorodne instrumenty i narzędzia. Wyróżniamy 3 rodzaje prewencji.

PREWENCJA CELOWA odnosi się do bezpośredniego zabezpieczania osób, rodzin lub grup zagrożonych bezdomnością w sytuacji bezpośredniego ryzyka utraty mieszkania/dachu nad głową. Celem jest zmniejszenie ryzyka bezdomności. Polega na wykorzystaniu wybranych instrumentów, np. pomocy społecznej czy mieszkalnictwa i podjęciu wczesnej interwencji, zapobiegającej utracie domu i umożliwiającej pozostawanie osób w dotychczasowym środowisku. Przykładowym działaniem w zakresie prewencji celowej jest zapobieganie eksmisji poprzez redukcję zadłużeń czy możliwość ich odpracowania poprzez tworzenie ekonomicznej możliwości spłacania długów i opłacalności podjęcia zatrudnienia.

PREWENCJA SYSTEMOWA jest skierowana szczególnie do ludzi dotkniętych problemami społecznymi, które są czynnikami zwiększającymi zagrożenie bezdomnością np. uzależnieniami, ubóstwem, niepełnosprawnością, chorobami psychicznymi, bezrobociem, przemocą, ale dotyczy wszystkich obywateli. Celem jest zmniejszenie ryzyka zagrożenia bezdomnością. Polega na wykorzystywaniu instrumentów np. rynku pracy, służby zdrowia, mieszkalnictwa czy edukacji w przypadku ludzi, którzy mogą być potencjalnie zagrożeni bezdomnością, ale dotyczą ich innego rodzaju problemy (np. bezrobocie), jak również takich, których nie dotyczą żadne poważne problemy społeczne. Określenie „systemowa” wskazuje, że powinna oddziaływać na wszystkich obywateli, zabezpieczając ich przed kryzysem związanym z bezdomnością. Przykładowym działaniem w zakresie prewencji systemowej jest wspieranie rozwoju mieszkalnictwa społecznego poprzez tworzenie rynku mieszkań łatwo dostępnych dla ludzi o niskich dochodach.

PROFILAKTYKA odnosi się do całego społeczeństwa; celem jej jest zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie bezdomności i zagrożenia nią, a także redukcja zagrożenia doświadczaniem problemów społecznych. Profilaktyka jest ukierunkowana na komunikację społeczną i edukację, których zadaniem jest kształtowanie prawidłowych postaw związanych z sytuacją braku domu i budzenie świadomości znaczenia czynników prowadzących do bezdomności, tj. uzależnienia, przemocy domowej, chorób psychicznych, niepełnosprawności czy bezrobocia, tak aby chronić przed zagrożeniami, które potencjalnie mogą przyczynić się do niej. Działania takie skierowane są do wszystkich obywateli.

INTERWENCJA – to forma oddziaływania polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności polegająca na doraźnym i tymczasowym zapewnieniu wsparcia, którego zadaniami są ochrona zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zabezpieczenie ich podstawowych potrzeb życiowych. Celem interwencji jest zminimalizowanie negatywnych skutków bezdomności.

INTEGRACJA – to forma oddziaływania polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, której celami są integracja społeczna osób lub grup doświadczających bezdomności oraz uzyskanie przez nich samodzielności życiowej w kilku sferach, m.in. zawodowej, mieszkaniowej, społecznej, stosownie do potrzeb i możliwości ludzi bezdomnych. Integracja jest celem dla wszystkich osób bezdomnych, oznacza wielowymiarowy proces włączania lub przywracania tej grupy w granice społeczeństwa i możliwość korzystania przez nią z pełni praw i usług dostępnych dla większości. Polega na zintegrowanym wykorzystywaniu instrumentów z różnych sfer polityki społecznej tj. mieszkalnictwa, zatrudnienia, edukacji, zdrowia czy pomocy społecznej, w celu wydobycia tej grupy z bezdomności.

JAK OPISANE SĄ STANDARDY?

Standardy we wszystkich obszarach uwzględniały wytyczne przygotowane na wstępie procesu standaryzacyjnego. Choć ich pełne zastosowanie nie we wszystkich obszarach znalazło uzasadnienie (chodzi np. o partnerstwa lokalne), to jednak przyjęta na wstępie optyka postrzegania usług społecznych pozwoliła na dostrzeżenie wszystkich elementów je kształtujących. Tym samym warto przytoczyć przyjęte na wstępie schemat określania standardów usług:

1. nazwa/opis/definicja usługi
2. odbiorca usługi – grupa docelowa (określenie profilu klienta jako osobę lub grupę osób, które staną objęte wsparciem w ramach realizowanej usługi)
3. cel usługi – określenie zamierzonego (planowanego) końcowego efektu działań wchodzących w zakres danej usługi
4. zakres usługi – wyznaczenie przebiegu działań, toku postępowania (podstawowych zadań, etapów, czynności, metod, form i narzędzi, które umożliwiają skuteczną realizację danej usługi) (opis trybu postępowania)
5. rezultat usługi – określenie oczekiwanych (spodziewanych) wyników w realizacji usługi (w relacji osoba wykonująca usługę – klient), które mogą przybierać formę konkretnego produktu (np. planu pomocy, scenariusza zajęć grupowych), procesu (np. przeprowadzonych zajęć terapeutycznych) lub efektu w postaci podjęcia decyzji (np. indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, kontraktu socjalnego)
6. miejsce umocowania usługi (ustawy, rozporządzenia, strategie, programy itp.)
7. kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi
8. podmioty realizujące usługę (samorządowe, pozarządowe, służba zdrowia, wymiar sprawiedliwości, podmioty gospodarki mieszkaniowej itp.)
9. warunki realizacji usługi – określenie miejsca i czasu świadczenia danej usługi (orientacyjny czas, w jakim usługa może być zrealizowana, bez wyznaczania sztywnych ram czasowych z uwagi na indywidualnych charakter każdej usługi)
10. współpraca przy realizacji usługi – określenie, z kim powinno się (jako wymóg obligatoryjny) i można współpracować, aby zaspokoić potrzeby i oczekiwania klienta oraz rozwiązać problem
11. dokumentacja usługi – określenie listy i zakresu dokumentacji, jaka powinna zostać obowiązkowo wypełniona/sporzządzona przez osobę realizującą usługę w trakcie lub po zrealizowaniu usługi
12. koszty i finansowanie – określenie kategorii kosztów (stałe, personelu itp.) oraz sposobów i źródeł finansowania
13. monitoring i ewaluacja wykonania usługi – określenie ram samokontroli, samooceny i ewaluacji usługi prowadzonej przez wykonawcę oraz oceny tejże usługi prowadzonej na poziomie gminy (w jakości usługi: dostępności, skuteczności, dopuszczalności, wydajności, zarządzania).

CO ZAWIERAJĄ POSZCZEGÓLNE STANDARDY?

PARTNERSTWO LOKALNE

Standard partnerstwa lokalnego jest materiałem kluczowym z perspektywy wdrażania standardów usług skierowanych do osób bezdomnych – bez niego trudno sobie wyobrazić istnienie kompleksowego systemu wsparcia ludzi bez domu. Standardy w niniejszym obszarze definiują zasady tworzenia, powstawania i funkcjonowania partnerstw lokalnych w zakresie przeciwdziałania i rozwiązywania problemu bezdomności.

Standardy opisują proces inicjowania partnerstwa: kiedy ono partnerstwo powstaje w oparciu o zasadę „otwartych drzwi”. Prezentują zakres podmiotowy, w ramach którego partnerstwo jest otwarte na wszystkie organizacje i instytucje, w szczególności związane z problematyką wykluczenia społecznego i integracji. Opisują proces kształtowania i funkcjonowania partnerstwa lokalnego. W standardzie opisano analizę problemów, zasobów i otoczenia. Założono, że każde partnerstwo działa w oparciu o rzetelne diagnozy problemów środowiska zagrożonego wykluczeniem społecznym. Opisano także zakres przedmiotowy – płaszczyzny funkcjonowania partnerstwa: zastrzeżono, iż partnerstwo podejmuje działania w sposób kompleksowy, w oparciu o doświadczenia i wiedzę wielu sektorów społecznych i ekonomicznych. Standaryzacją objęto także cele, ponieważ każde partnerstwo działa w oparciu o sprecyzowany zespół celów. Uwzględniono także standardy zarządzania partnerstwem, bo każde partnerstwo powinno funkcjonować w oparciu o przejrzyste reguły zarządzania. Materiał opisuje edukację i promocję partnerstwa. Partnerstwo stale doskonali swoją kulturę organizacyjną, wzmacnia kompetencje i kształtuje swój wizerunek organizacji interesu publicznego. Zdefiniowano także kwestię finansowania partnerstwa, które prowadzi przejrzystą politykę zarządzania finansami. Standardy określają także formy niezbędnej dokumentacji, gdyż każde partnerstwo prowadzi systematyczną dokumentację swojej działalności. W ostatnim rozdziale podano standardy monitoringu i ewaluacji, ponieważ każde partnerstwo opiera się na zasadzie stałego monitorowania własnego funkcjonowania i stałego ewaluowania wyników swoich działań.

Uwzględniając trudny proces tworzenia partnerstwa oraz skomplikowaną problematykę społeczną, jaką partnerstwo się zajmuje, wskazane jest przyjęcie i stosowanie przez partnerstwo określonych standardów działania. Przyjęcie standardów usprawni funkcjonowanie partnerstwa, zmniejszy ryzyko popełnienia błędu, uporządkuje jego funkcjonowanie i zwiększy skuteczność działania. Opracowanie wyróżnia dwa rodzaje partnerstwa – formalne i nieformalne. Stosowanie standardów dotyczy obu tych form partnerskiej współpracy. Zazwyczaj w pierwszym okresie tworzenia jest ono nieformalne, nie posiada osobowości prawnej. Inicjatorem jest najczęściej lider (miejscowy lub zewnętrzny), którym może być osoba fizyczna, organizacja pozarządowa, instytucja. Inicjator dokonuje rozpoznania potencjalnych partnerów, buduje dobrą atmosferę współpracy, organizuje pierwsze spotkanie potencjalnych partnerów. Podstawą działania partnerstwa nieformalnego może być porozumienie partnerów, które stanowi wyrażenie woli współpracy na rzecz społeczności lokalnej. Porozumienie przybiera często formę pisaną, ale niepowodującą skutków prawnych. Partnerstwo nieformalne, chociaż nie posiada osobowości

prawnej, funkcjonuje i podejmuje działania, dlatego wymaga określonego sposobu zarządzania, który zależy od decyzji jego członków.

PRACA SOCJALNA

Standard w obszarze pracy socjalnej w swoim założeniu ma się przyczynić do poprawy skuteczności krajowego systemu wsparcia osób bezdomnych, przekładającej się zarówno na realizowanie wypracowanego planu kompleksowych i skoordynowanych działań w procesie socjalizacji osób bezdomnych, jak i na wzrost ich samodzielności życiowej. Nie bez znaczenia wydaje się zatem położenie nacisku na wspieranie działań w tworzeniu zintegrowanego, holistycznego systemu lokalnego wsparcia, w którym działania w obszarze pracy socjalnej nie stają się wyrwanymi z procesu reintegracyjnego działaniami mogącymi mieć wymiar jedynie interwencyjny, skupiający się i zamykający na zaspokojeniu tylko potrzeb doraźnych, a wdrażanych zbyt późno, by bezdomności zapobiec. Takie rozumienie istoty pracy socjalnej powoduje, że materiał obejmuje nie tylko dominujący w kraju poziom interwencji, ale w równym stopniu formułuje wskazówki do działań tak z zakresu zapobiegania bezdomności, jak i wychodzenia z niej.

Standard pracy socjalnej zbiera i porządkuje działania realizowane w zakresie pracy socjalnej wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Określa normy ich realizacji, opisujące pożądane zachowania wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, a zarazem sposób pracy – tryb postępowania metodycznego gwarantujący pożądaną jakość przeprowadzanych działań. Standard wyznacza katalog optymalnych usług w zakresie niezbędnym dla skutecznej realizacji celów pracy socjalnej ze wskazaną grupą odbiorców.

Koncepcja metodyczności pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością przyjęta w standardzie ma charakter pragmatyczny. Postępowanie przedstawione jest w formie przewodnika metodycznego charakteryzującego sposób postępowania, począwszy od pierwszego spotkania z klientem, aż do zakończenia działania, gdy klient staje się w procesie udzielania pomocy równoprawnym partnerem. Proponowany standard stanowi bardziej katalog wskazówek jakościowego postępowania niż tylko narzędzie pracy – wyznaczając tym samym logiczny ciąg działań uzupełniających się i zmierzających do określonego celu. To sekwencja działań zakładająca czynności przygotowawcze, rozpoznanie, planowanie i realizowanie zamierzonych projektów oraz ewaluację podsumowującą zmiany, które dokonały się pod wpływem realizowanych działań.

MIESZKALNICTWO I POMOC DORAŻNA

Standardy w zakresie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej opisują i definiują usługi w zakresie zakwaterowania ludzi bezdomnych oraz świadczenia doraźnej pomocy dotyczącej zabezpieczenia podstawowych potrzeb.

Opracowanie zawiera wytyczne i standardy dotyczące prowadzenia placówek udzielających zakwaterowania i schronienia ludziom bezdomnym. Standardy zawierają rekomendacje co do minimum, jakie powinny być spełnione w odniesieniu do odbiorców, celów i zakresu usług, umiejscowienia, warunków realizacji, kompetencji zatrudnianej kadry, podmiotów prowadzących i współpracujących, dokumentacji, kosztów i finansowania, a także oceniania. Wystandardyzowane zostały następujące usługi związane z zakwaterowaniem:

- ogrzewalnia dla osób bezdomnych
- noclegownia dla osób bezdomnych

- schronisko dla osób bezdomnych
- mieszkanie wspierane zespolone
- mieszkania wspierane dla osób bezdomnych.

Ponadto opracowanie zawiera standardy dla następujących usług pomocy doraźnej:

- punkt konsultacyjno-informacyjny
- punkt wydawania żywności
- punkt wydawania odzieży
- świetlica dla osób bezdomnych
- jadłodajnia
- łaźnia.

Materiał zawiera szereg rekomendacji dla praktyków i twórców polityki społecznej, wskazówki dotyczące prewencji, interwencji i integracji w zakresie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej.

ZDROWIE

Standardy w tym obszarze obejmują zagadnienia świadczenia usług m.in. w zakresie:

- potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- terapii oraz profilaktyki uzależnień osób bezdomnych od substancji psychoaktywnych
- przedmedycznej pomocy doraźnej
- pielęgniarstwa długoterminowego domowego
- opieki zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarstwa, rehabilitacyjnej i terapeutycznej
- opieki paliatywnej i hospicyjnej w placówkach świadczących usługi dla osób bezdomnych.

Podobnie jak w przypadku mieszkalnictwa, standardy w obszarze zdrowia opisują cele, grupy odbiorców, rezultaty, współpracę, zakres i warunki świadczenia pracy socjalnej, niezbędne kompetencje, koszty i finansowanie, a także sposób monitorowania i ewaluowania usług zdrowotnych w zakresie bezdomności. Wiele z powyższych standardów jest nierozdzielnie związanych ze standardami mieszkalnictwa – można powiedzieć, że standardy mieszkalnictwa są wariantem minimum standardów, zaś usługi z zakresu zdrowia dookreślają je do poziomu optymalnego, odnoszącego się do precyzyjnie wskazanych docelowych grup odbiorców.

ZATRUDNIENIE I EDUKACJA

Opracowanie dotyczące zatrudnienia i edukacji w sferze bezdomności pokazuje, w jaki sposób powinny współdziałać systemy instytucji i organizacji oraz przepisów prawnych, aby efektywnie wspierać bezrobotną osobę bezdomną w reintegracji społecznej i zawodowej poprzez naukę i pracę.

Standaryzacja w zakresie zatrudnienia i edukacji ma na celu wskazanie różnorodności form i sposobów wprowadzania bezrobotnej osoby bezdomnej na rynek pracy. Opracowanie zbiera i porządkuje przepisy, usługi i narzędzia aktywizacji zawodowej rozproszone w różnych instytucjach i organizacjach, które, właściwie zastosowane, zwiększają szanse na ponowne zatrudnienie. Znajomość tego obszaru pozwala pracownikowi socjalnemu, doradcy, pośrednikowi, specjalistce ds. rozwoju zawodowego, trenerowi pracy, brokerowi edukacyjnemu, instruktorowi zawodu, terapeutce, mentorowi, coachowi pracującemu z bezrobotną osobą bezdomną na wykorzystanie wielowariantowych rozwiązań.

Liczne usługi uporządkowane zostały w czterech obszarach:

- aktywizacja społeczna
- aktywizacja zawodowa
- edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa
- zatrudnienie wspierane.

Standardy w obszarze zatrudnienia i edukacji opisują cele, grupy odbiorców, rezultaty, współpracę, zakres i warunki świadczenia pracy socjalnej, niezbędne kompetencje, koszty i finansowanie, a także sposób monitorowania i ewaluowania usług zatrudnienia i edukacji w zakresie bezdomności.

STREETWORKING

Streetworking w bezpośrednim tłumaczeniu oznacza pracę na ulicy, pracę uliczną. Określenie to stosuje się do specyficznej metody pracy polegającej na docieraniu do naturalnego środowiska klienta/ odbiorcy przez odpowiednio wyszkolone osoby, tzw. streetworkerów, i bezpośrednim kontakcie z klientem w jego środowisku.

Streetworking skierowany do osób bezdomnych to metoda pracy z osobą bezdomną pozostającą poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywającą w miejscach niemieszkalnych prowadzonej przez odpowiednio przygotowanych i przeszkolonych pracowników, odbywającej się w jej środowisku, na akceptowalnych obustronnie zasadach, w jej tempie i w oparciu o wspólnie wypracowany plan.

Standard definiuje streetworking w odniesieniu do zjawiska bezdomności i określa dokładną grupę odbiorców i ich specyfikę w zakresie streetworkingu prowadzonego w środowisku osób bezdomnych, opisuje zarówno cele systemowe, jak i jednostkowe. Definiuje i szczegółowo opisuje zakres tej usługi w podziale na etapy pracy z osobą bezdomną. Prezentuje całą metodologię pracy. Przedstawia oczekiwane rezultaty, reguluje kwestię umocowania niniejszej usługi, a także wskazuje kwalifikacje specjalistyczne i psychospołeczne streetworkerów. Standard opisuje procedury szkoleń streetworkerów oraz podmioty, które mogą świadczyć usługi w zakresie streetworkingu. Precyzuje warunki realizacji usługi w zakresie czasie pracy, pór i okresu, w jakim świadczony może być streetworking. Szeroko potraktowana została niezbędna dokumentacja w zakresie streetworkingu. W standardzie znajdziemy zakres oczekiwanej współpracy z innymi podmiotami, a także wyszczególnione kategorie kosztów i zakres finansowania usługi. Standard w końcu zawiera wskazówki dotyczące monitorowania i ewaluowania streetworkingu.

Odrębnym materiałem przygotowanym w ramach grupy eksperckiej ds. streetworkingu będzie podręcznik streetworkingu, zawierający wiele praktycznych opracowań związanych z wdrażaniem i realizowaniem tej metody pracy z ludźmi bezdomnymi.

CO DALEJ ZE STANDARDAMI USŁUG – FAZY PILOTAŻU, REKOMENDACJI

JAK STANDARDY BĘDĄ WDRAŻANE W FAZIE PILOTAŻU¹

Minimum 16 partnerstw w całej Polsce (ze wszystkich województw) przez 18 miesięcy fazy pilotażu pilotażowo testować będzie standardy usług w zakresie bezdomności i model GSWB. Wszystkie partnerstwa lokalne wspierane będą przez realizatorów projektu. Wszystkich 16 partnerstw lokalnych otrzyma dofinansowanie realizacji własnych projektów, których celem będzie pilotażowe wdrażanie standardów usług w zakresie bezdomności i przetestowanie modelu GSWB. Łącznie na realizację zadań związanych z pilotażem w partnerstwach lokalnych przeznaczono niemal 15 milionów złotych.

Realizatorzy projektu zakładają, że celem realizacji pilotażu poprzez przetestowanie i zweryfikowanie opracowanych standardów oraz modelu jest wypracowanie ostatecznego ich kształtu oraz przygotowanie odpowiednich rozwiązań systemowych, programowych i legislacyjnych umożliwiających ich wdrożenie w całej Polsce.

Partnerstwa będą do tego pilotażu wybierane w wyniku konkursu (część 2) spośród 32 partnerstw wybranych w fazie edukacyjno-informacyjnej. Wybór gmin do pilotażu nastąpi na początku fazy pilotażu. Przystąpienie przez partnerstwa do konkursu wiązać się będzie z koniecznością nawiązania przez te gminy partnerstwa lokalnego (publiczno-społecznego). W doborze partnerstw do pilotażu zostanie położony nacisk na terytorialną różnorodność, jak i na zachowanie proporcji pomiędzy aglomeracjami, gminami miejskimi, wielkomijskimi, małomijskimi oraz wiejskimi.

Partnerstwa przystępujące do konkursu oprócz przedłożenia projektu do wdrożenia będą odpowiedzialne za załączenie wypracowanej we współpracy z zespołem badawczym diagnozy lokalnej zawierającej m.in. opis zasobów i możliwości oraz diagnozy sytuacji związanej z bezdomnością na terenie gminy, w której będą wdrażane planowane rozwiązania, a także zaproponowania elementów gminnych standardów wychodzenia z bezdomności najbardziej potrzebnych do wdrożenia na danym terenie. W celu podjęcia decyzji o wyborze zostaną przeprowadzone wizyty w wybranych partnerstwach.

W wyniku konkursu do ostatecznego wdrażania pilotażowych rozwiązań wybranych zostanie 16 partnerstw (nie więcej niż po 1 na województwo). Stworzona zostanie również lista rezerwowa. Gminy zostaną wybrane na podstawie złożonych przez siebie projektów. Udokumentowaniem tych wyborów będzie podpisanie umów z CRZL na wdrażanie projektów oraz przyznanie dofinansowania na pilotażowe wdrażanie standardów.

¹ Zamieszczony w tym miejscu plan wdrażania standardów stanowi stopklatkę w procesie dopasowywania pomysłów na ich testowanie do rzeczywistości, w której standardy zostały wdrażane. Zapisy tego podpunktu w wielu miejscach są nie adekwatne do tego, co w rzeczywistości się działo, niemniej pokazują różnicę między pierwotnymi pomysłami, a rozwiązaniami wymuszonymi przez rzeczywistość (przyjp. Ł. Browarczyk).

Wdrożenie i testowanie modelu GSWB będzie następowało fazy pilotażu. W trakcie wdrażania partnerstwa lokalne zostaną objęte opieką i pomocą merytoryczną sześciu partnerów – każdy z partnerów obejmie swoim wsparciem partnerstwa lokalne według następującego klucza regionalnego:

- BARKA – województwa: zachodniopomorskie, lubuskie, wielkopolskie (3 partnerstwa)
- TPBA ZG – województwa: dolnośląskie, opolskie, śląskie (3 partnerstwa)
- CARITAS – województwa: świętokrzyskie, małopolskie, podkarpackie (3 partnerstwa)
- MONAR – województwa: łódzkie, podlaskie, lubelskie (3 partnerstwa)
- stowarzyszenia OTWARTE DRZWI – województwo mazowieckie (1 partnerstwo)
- PFWB – województwa: pomorskie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie (3 partnerstwa).

Każdy z partnerów będzie także odpowiedzialny za realizację 2 wizyt studyjnych krajowych na każde partnerstwo lokalne oraz 1 wizyty zagranicznej. Organizowane będą także seminaria regionalne i ogólnopolskie dla partnerstw lokalnych realizujących pilotaż.

Równoległe z wdrażaniem rozwiązań w gminach zespół badawczy prowadzić będzie monitorowanie skuteczności i efektywności wdrażanych rozwiązań, a także, według przygotowanego przez siebie planu, audyt naukowy wdrażanych GSWB. Ponadto każdy z partnerów przygotowuje publikacje z doświadczeń wdrażania GSWB w partnerstwach lokalnych.

REWIZJA MODELU GSWB – FAZA REKOMENDACJI

W fazie rekomendacji, przewidywanej na 2013 rok, ponownie pracować będą grupy eksperckie w 6 obszarach tematycznych. Analogicznie do wcześniejszych faz projektu (diagnozy i modelu), działania tych grup ukierunkowane będą na weryfikację wypracowanych wcześniej i przetestowanych standardów usług modelu GSWB. Równoległe z grupami eksperckimi ponownie pracować będzie zespół badawczy. Praca grup eksperckich i zespołu badawczego ukierunkowana będzie m.in. na:

- weryfikację wypracowanego modelu GSWB (zebranie wniosków po pilotażu) i opracowanie jego ostatecznego kształtu
- przygotowanie rekomendacji systemowych i prawnych do zmian legislacyjnych w ramach polityki społecznej w obszarze bezdomności
- przygotowanie pakietu propozycji projektów rozwiązań prawno-ekonomicznych dla modyfikacji ustaw i rozporządzeń w obszarze pomocy i integracji społecznej oraz budownictwa socjalnego
- przygotowanie pakietu propozycji w zakresie rozwiązań systemowych i prawnych oraz w zakresie krajowego planu rozwiązywania problemu bezdomności.

Faza rekomendacji jest więc etapem, na którym wypracowane zostaną ostateczne wersje modelu GSWB i zawierających się w nim standardów usług dla osób bezdomnych w 6 obszarach. W przeciwieństwie do niniejszej wstępnej propozycji modelu GSWB fundamentem, na którym model będzie budowany, nie będą wiedza i doświadczenie ekspertów, ale doświadczenia z praktycznego wdrażania standardów w fazie pilotażu w wybranych różnorodnych (zarówno co do wielkości, jak i charakteru lokalnej bezdomności) kilkunastu gminach w Polsce. Prace nad modelem oparte zostaną w głównej mierze na opracowaniach dotyczących doświadczeń z wdrożeń, wynikach audytu naukowego przeprowadzonego przez zespół badawczy oraz wynikach monitoringu i ewaluacji wdrożeń i ich skuteczności.

Jednocześnie, przez wszystkie fazy projektu, pracować będzie zespół złożony z animatorów-moderatorów poszczególnych członków partnerstwa pozarządowego. Z jednej strony będzie on wsparciem merytorycznym dla opiekunów wdrożeń, partnerstw lokalnych i grup eksperckich, z drugiej jego za-

daniem będzie stałe monitorowanie wdrożeń i przygotowanie na tej podstawie materiału wyjściowego do opracowania zarówno finalnej wersji modelu GSWB, jak i wspomnianych wyżej rekomendacji systemowych i prawnych.

Podsumowując powyższe treści, zauważyć należy, że mimo obszerności oddawanego w Państwa ręce opracowania, trudno jest mówić o zakończeniu pracy nad modelem gminnego standardu wychodzenia z bezdomności. Jego ostateczny kształt poprzedzony będzie jeszcze długim okresem wyłożonej pracy nie tylko wszystkich partnerów realizujących projekt 1.18 i ich przedstawicieli, ale ogromnej liczby osób, które zaangażowane będą w pilotażowe wdrażania. W ogromnej mierze przyszłe rozwiązania dotyczące problematyki bezdomności zależą więc od praktyków, mających na co dzień bezpośredni kontakt z osobami doświadczającymi bezdomności. Obecnie zakończyliśmy więc jedynie pewien etap pracy, w ramach którego poddajemy krytycznej analizie jedynie pewną koncepcję, propozycję kształtu przyszłego systemowego rozwiązywania problematyki bezdomności.

SŁOWNIK NAJWAŻNIEJSZYCH POJĘĆ

Poniżej przedstawiamy zestaw podstawowych pojęć, jakie pojawiają się niniejszym opracowaniu. W wykazie tym celowo pominięto definicje usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych, które prezentowane są w poszczególnych standardach w adekwatnych obszarach tematycznych, a także pojęcia prewencji, interwencji i integracji oraz standardu (w tym standardu usługi pomocy społecznej), których obszerne wyjaśnienie zamieszczone zostało w przedmowie.

AKTYWIZACJA SPOŁECZNA – zespół specjalistycznych działań głównie psychologicznych i psychospołecznych korygujących, kształtujących i rozwijających umiejętności osobiste i społeczne osób, które mają trudności z pełną integracją społeczną i zawodową; opis celów strategicznych (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2007), priorytet VI i VII *Szczegółowego Opisu Priorytetów POKL* (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2010).

AKTYWIZACJA SPOŁECZNO-ZAWODOWA – zespół działań zmierzających do wywołania motywacji do znalezienia pracy, jej zdobycia, podjęcia i utrzymania, a także rozwoju kariery zawodowej. Pierwszy człon definicji – „wywołanie motywacji” – to właśnie aktywizacja społeczna. Osiągana jest ona poprzez specjalistyczne oddziaływania głównie psychologiczne i psychospołeczne korygujące, kształtujące i rozwijające umiejętności osobiste i społeczne osób, które mają trudności z pełną integracją społeczną i zawodową. Łączne definiowanie obu pojęć nie jest przypadkowe. Wynika ono z doświadczeń praktycznych, wskazujących iż warunkiem aktywizacji zawodowej jest właśnie aktywizacja społeczna. Ta zależność została szczególnie wyraźnie podkreślona w dokumentach programowych wdrażających realizację EFS w Polsce w obszarach zmierzających do aktywizacji społeczno-zawodowej osób bezrobotnych oraz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym; opis celów strategicznych (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2007), priorytet VI i VII *Szczegółowego Opisu Priorytetów POKL* (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2010).

AKTYWIZACJA ZAWODOWA – działania zachęcające osoby bezrobotne i poszukujące pracy do wejścia na rynek pracy i urealnianie to wejście. W znacznej mierze wykorzystują usługi rynku pracy, z których może skorzystać osoba bezrobotna i poszukująca pracy po zarejestrowaniu się w urzędzie pracy. Należą do nich: pośrednictwo pracy, poradnictwo zawodowe i informacja zawodowa, pomoc w aktywnym poszukiwaniu pracy, szkolenia zawodowe, staże, przygotowanie zawodowe, roboty publiczne, prace interwencyjne i społecznie użyteczne. Usługi te mogą być realizowane bezpośrednio przez urząd pracy lub zlecane organizacjom pozarządowym, które dostosowują je precyzyjnie do potrzeb swoich beneficjentów (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm. Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.).

ARTETERAPIA – odnosi się do wykorzystywania technik plastycznych i ich wytworów do terapii oraz diagnozowania. Przez tak rozumianą arteterapię określa się spontaniczną twórczość chorych podaną opiece terapeutów lub kreatywne działanie plastyczne realizowane przez osoby uprzednio nietwórcze w zakresie sztuk plastycznych. Do realizacji celów terapeutycznych arteterapia wykorzystuje wiele

technik plastycznych: rysunek, malarstwo, rzeźbę, tkaninę artystyczną, kolaż i inne. Uprawiana jest według metody indywidualnej i grupowej.

BIBLIOTERAPIA – wg Ireny Boreckiej jest działaniem terapeutycznym opierającym się o zastosowanie materiałów czytelniczych, rozumianych jako środek wspierający proces terapeutyczny, jest rodzajem psychicznego wsparcia, pomocy w rozwiązywaniu osobistych problemów danej osoby przez ukierunkowane czytanie.

CENTRUM AKTYWNOŚCI LOKALNEJ (CAL) – jednostka działająca w ramach danej instytucji lub grupy instytucji, ukierunkowana na wzmocnienie aktywności społecznej. CAL jest metodą aktywizowania społeczności lokalnej, ze szczególnym uwzględnieniem osób/środowisk zmarginalizowanych, w celu samoorganizowania się do rozwiązywania konkretnych problemów danej społeczności.

CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ (CIS) – jednostka organizacyjna utworzona przez samorząd terytorialny lub organizację pozarządową, realizująca reintegrację zawodową i społeczną osób zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez edukację w zakresie nabywania lub podwyższania kwalifikacji zawodowych oraz innych umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w życiu społecznym. CIS nie jest samodzielnym podmiotem prawnym, lecz formą prawną adresowaną do instytucji oraz organizacji pozarządowych pracujących z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

CZYNNOŚCI AKTYWIZUJĄCE – wszystkie aktywności wykonywane przez daną osobę (płatnie lub nie) w celu podniesienia jej zdolności do zatrudnienia, lub zintegrowania ze społeczeństwem. (Słownik terminów wykorzystywanych przez Grupę Roboczą ds. Zatrudnienia przy FEANTSA).

DIALOG SPOŁECZNY – forma reprezentacji i łączenia odmiennych często interesów różnych grup/środowisk społecznych, poprzez wspólne konsultacje i negocjacje w celu budowy ładu społeczno-gospodarczego, akceptowanego przez jak najszerszy krąg społeczeństwa.

DORADZTWO ZAWODOWE – proces, w którym doradca zawodowy jest osobą, która pomaga klientowi w zakresie doboru kierunku kształcenia, wyboru zawodu czy rozwoju zawodowego. Głównym celem doradcy jest aktywizowanie beneficjenta, stymulowanie do samodzielnego podejmowania decyzji zawodowych na podstawie jego własnych zainteresowań, umiejętności czy zdolności. Rozmowa z doradcą ma pomóc w doborze ścieżki zawodowej (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm., Dz.U. z 28.09.2010. Nr 177 poz. 1193).

DYSTANS/ODLEGŁOŚĆ OD RYNKU PRACY – wskaźnik stopnia trudności w uzyskaniu i utrzymaniu pracy, wskazujący, że pomimo zmniejszającej się stopy bezrobocia istnieją na rynku grupy osób, które mają duże problemy z uzyskaniem zatrudnienia. Należą do nich m.in. długotrwale bezrobotni, wykluczeni społecznie, niepełnosprawni. W populacji osób bezdomnych wyróżnia się trzy kategorie osób pod względem szans na uzyskanie zatrudnienia: dobrze rokujących, średnio rokujących i słabo rokujących. Podział uwzględnia wiek, wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, okres pozostawania w bezdomności, kondycję psychofizyczną, stopień uzależnienia, karalność, sytuację prawną i rodzinną, predyspozycje psychiczne, stan zdrowia, motywację do podjęcia pracy. Tego typu kategoryzacja jest podstawą do różnicowania form pomocy dla bezdomnych. Szczególnie wobec drugiej i trzeciej grupy podejmowane działania powinny być skierowane na przygotowanie ich do stopniowego powrotu na rynek pracy (Olech P., 2006. s. 25). Skutecznym sposobem pracy z osobami w tych grupach jest indywidualizacja pomocy, np. jobcoaching.

DZIENNE CENTRUM AKTYWIZACJI – zespół placówek służący wzmocnieniu aktywności osób bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością. Umożliwia dostęp do kompleksowej informacji na temat

systemu i możliwych form pomocy oraz kontakt z pracownikiem socjalnym, pomoc w zagospodarowaniu czasu wolnego, pomoc doraźną itp. Opisy placówek pomocy doraźnej wchodzących w skład Dziennego Centrum Aktywizacji przedstawiono w dalszej części opracowania. Nie stawia się wymogów, jakie placówki powinny wchodzić w jego skład. Te kwestie zostawia się do wyboru organizatorowi usługi na podstawie zapotrzebowania gminy na dane usługi.

DZIENNIK RAPORTÓW – dokument opisujący bieżące wydarzenia w placówce, wypełniany każdego dnia, ułatwia ciągłość pracy oraz umożliwia odtworzenie wydarzeń po upływie określonego czasu. Powinien w szczególności zawierać:

- dane osoby (osób) pełniącej dyżur (godziny)
- opis istotnych wydarzeń.

EDUKACJA FORMALNA – system oparty na stałych pod względem czasu i treści nauki formach (klasy, stopnie, szkoły, programy i podręczniki), prowadzący od nauczania początkowego do uniwersytetu i włączający – obok kursów wykształcenia ogólnego – wiele programów specjalnych oraz instytucji stacjonarnej kształcenia technicznego i zawodowego (Okoń W., red., 1981).

EDUKACJA INSTYTUCJI I SPOŁECZNOŚCI – działania instytucji i organizacji pozarządowych prowadzone w formie celowych akcji edukacyjnych, informacyjnych i promocyjnych lub umożliwiających bezpośredni udział członków społeczności jako wolontariuszy w realizowanych przez organizację projektach, które mają na celu edukację i uwrażliwianie lokalnych społeczności i instytucji na istniejące i nowe problemy społeczne (definicja: J. Józefczyk).

EDUKACJA NIEFORMALNA/NIEOFICJALNA – nabywanie umiejętności w procesie życia: pracy zawodowej, życia w rodzinie, podczas wypoczynku i kontaktu z drugim człowiekiem. Edukacja nieformalna może mieć charakter świadomego i celowego pozyskiwania wiedzy, ale może też przebiegać „mimoходом” – w zderzeniu ze wszystkimi nowymi sytuacjami życiowymi. Może mieć formę indywidualnego samokształcenia lub szkolenia grupowego. Na styku z wymogami rynku pracy pojawia się problem „uznawania” umiejętności zdobytych w praktyce życiowej i zawodowej jako umiejętności równorzędnych do tych uzyskanych w procesie formalnej edukacji; definicja grupy Edukacji i Zatrudnienia (Karpińska A., red., 2002).

EKONOMIA SPOŁECZNA – system działań polegający na podejmowaniu przedsięwzięć ekonomicznych, których rezultaty skoncentrowane są nie na zysku, a na korzyściach społecznych uczestników przedsięwzięcia. „Przedsiębiorstwa są tworzone przez i dla tych, którzy mają wspólne potrzeby i są odpowiedzialne za tych, którym mają służyć”. W tym ujęciu podmiotami ekonomii społecznej są specyficzne podmioty gospodarcze, takie jak: spółdzielnie pracy, socjalne, inwalidów i niewidomych, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, stowarzyszenia i fundacje, spółki non-profit, które cechują dobrowolne uczestnictwo i zaangażowanie członków, demokratyczna kontrola, autonomia i niezależność (Komisja Europejska, 2002, s. 28). Podmiotami powiązаныmi z ekonomią społeczną są centra integracji społecznej oraz kluby integracji społecznej. Pomagają przygotować osoby wykluczone do założenia spółdzielni lub przedsiębiorstwa społecznego w innej formie.

ERGOTERAPIA – metoda rehabilitacji i leczenia pracą osób fizycznie lub psychicznie niepełnosprawnych; głównymi celami terapii są ponowne nawiązanie kontaktu pacjenta z rzeczywistością zawodową oraz resocjalizacja dzięki ustanowieniu nowych stosunków międzyludzkich.

FUNKCJE USŁUG INTEGRACYJNYCH – usługi ukierunkowane na (re)integrację społeczną oraz uzyskanie samodzielności życiowej w kilku sferach, m.in. zawodowej, mieszkaniowej, społecznej, dostosowane do potrzeb i możliwości ludzi bezdomnych (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

FUNKCJE USŁUG INTERWENCYJNYCH – usługi o charakterze doraźnym i tymczasowym, ukierunkowane na zapewnienie ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zabezpieczenie najważniejszych, podstawowych potrzeb życiowych (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

FUNKCJE USŁUG OPIEKUŃCZYCH – usługi w zakresie zapewnienia opieki nad osobami bezdomnymi w trudnej sytuacji zdrowotnej, wymagającymi szczególnej uwagi i troski (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

FUNKCJE USŁUG PREWENCYJNYCH – usługi ukierunkowane na zapobieganie bezdomności osób pośrednio lub bezpośrednio zagrożonych bezdomnością, wykorzystujące różne instrumenty i narzędzia (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

HOSPICJUM – zakład opieki zdrowotnej sprawujący wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby (głównie choroby nowotworowej) oraz opiekę nad rodzinami chorych (Murkowski M., Koronkiewicz A., red., 1997).

INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA – plan działań prowadzących do zatrudnienia wypracowany przez osobę bezrobotną wspólnie z doradcą zawodowym i zaakceptowany przez beneficjenta. Plan obejmuje sposób korzystania z pomocy urzędu pracy w poszukiwaniu zatrudnienia, dodatkowe działania wychodzące poza standard urzędu oraz termin podjęcia pracy zawodowej. Służy jako narzędzie monitorowania zarówno aktywności osoby bezrobotnej w poszukiwaniu pracy, jak i efektywności pomocy udzielanej przez urząd. Ze względu na wysoką skuteczność indywidualnego wsparcia IPD jest powszechnie stosowany w programach aktywizacji społeczno-zawodowej prowadzonych w ramach POKL przez organizacje pozarządowe i ośrodki pomocy społecznej (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.) opis celów strategicznych POKL (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2007), priorytet VI i VII *Szczegółowego Opisu Priorytetów POKL* (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2010).

INDYWIDUALNY PROGRAM ZATRUDNIENIA SOCJALNEGO – dokument określający konkretne działania CIS wobec uczestnika programu i zaakceptowany przez uczestnika. Program powinien określać w szczególności: 1) zakres i formy reintegracji zawodowej i społecznej; 2) rodzaje sprawności psychofizycznych niezbędnych do podjęcia pracy oraz metody ich ćwiczenia; 3) osoby odpowiedzialne za realizację programu (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

INNA PRACA ZAROBKOWA – wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych.

KARTA MIESZKAŃCA (KLIENTÓW) – wystandaryzowana forma zapisu danych osobowych klientów przyjętych do placówki. Umożliwia pracownikom kontynuację pracy z tą samą osobą, a także monitoring pracy w placówce. Karta ta powinna mieć nadany unikalny numer spójny z numeracją w pozostałej dokumentacji.

Dokument powinien zawierać:

- szczegółowe dane osobowe potwierdzające tożsamość (imię i nazwisko, PESEL i/lub datę urodzenia, miejsce urodzenia, imiona rodziców)
- dane opisujące sytuację klienta (okres pozostawania w bezdomności, wykształcenie, sytuację zawodową, sytuację rodzinną, sytuację zdrowotną)
- inne informacje.

KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ – jednostka organizacyjna, powoływana przez samorząd lub organizację pozarządową, której celem jest udzielenie pomocy osobom indywidualnym oraz ich rodzinom

w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, w powrocie do pełnienia ról społecznych oraz w podniesieniu kwalifikacji zawodowych (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

KOMISJA DIALOGU SPOŁECZNEGO – organ inicjatywno-doradczy, współpracujący z jednostkami samorządu terytorialnego, składający się z przedstawicieli organizacji pozarządowych i przedstawicieli administracji publicznej. Komisje dialogu społecznego działają w określonych obszarach zadań publicznych, należących do samorządu lokalnego.

KOMPETENCJE – ustalone zbiory wiedzy i umiejętności, typowe zachowania, standardowe procedury, sposoby rozumowania, które można zastosować bez ponownego uczenia się. Mają charakter lokalny, tzn. zależą od środowiska organizacyjnego – obowiązującego w nim systemu wartości i reguł działania. Dotyczą wiedzy i umiejętności interpersonalnych w kontaktach ze współpracownikami, gotowości podporządkowania się regulaminowi, zdolności przystosowawczych, punktualności, dumy z pracy, samodyscypliny oraz wydajności w pracy. Kompetencje dotyczą kontekstu pracy zawodowej, powstają bowiem na bazie doświadczenia człowieka w trakcie wykonywania pracy zawodowej (Kossowska M., 2001. s. 51).

KONTRAKT TERAPEUTYCZNY – uzgodnienie przez psychoterapeutę i klienta warunków odpowiednich do stosowania psychoterapii. Obejmuje ustalenie, czy pacjent wziął na siebie odpowiedzialność za decyzję o podjęciu psychoterapii czy też przyszedł ze względu na kogoś innego i nie zamierza się w nią angażować; ustalenie, co jest celem terapii, czy pacjent uważa cel terapii za możliwy do osiągnięcia; jakie są konkurencyjne motywy (jakie nowe problemy mogą się pojawić, gdy cel zostanie osiągnięty) oraz czy osoba terapeuty jest odpowiednia dla pacjenta. Szeroko rozumiany kontrakt terapeutyczny może obejmować także inne ustalenia, np. zobowiązanie pacjenta do powstrzymania się od przyjmowania substancji psychoaktywnych w trakcie terapii, zakaz stosowania przemocy i podejmowania współżycia seksualnego w grupie terapeutycznej, zachowanie tylko dla siebie informacji ujawnianych przez innych członków grupy, a także takie ustalenia jak terminy spotkań i odpłatność za nie czy przestrzeganie regulaminu placówki.

KONTRAKTOWANIE USŁUG – zlecenie wykonania określonych zadań organizacjom pozarządowym przez podmiot administracji publicznej; jedno z najbardziej powszechnych narzędzi, umożliwiających włączanie organizacji pozarządowych w realizację zadań publicznych władz terytorialnych.

KSIĄŻKA MELDUNKOWA – wewnętrzny dokument placówki zawierający dane osób zameldowanych na czas określony w placówce.

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE – kompleksowe procesy oświatowe (realizowane w formach szkolnych i pozaszkolnych), umożliwiające osobom dorosłym uzupełnienie swojego wykształcenia, doskonalenie zdolności, poszerzenie swojej wiedzy czy też uzyskanie lub podniesienie kwalifikacji zawodowych (www.unesco.org, 23.05.2010).

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE – forma opieki medycznej, stosowana w przypadku uzależnienia od opiatów. Polega na zastosowaniu w terapii podobnej lub identycznej substancji, która w swoim działaniu przypomina działanie narkotyku, od którego dana osoba jest uzależniona. Taką substancję określa się mianem agonistyku. Narkotyk zastępuje się agonistykiem w celu osiągnięcia bardziej kontrolowanej formy uzależnienia, jednocześnie redukuje się w ten sposób objawy zespołu abstynencyjnego oraz skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Przykładem opiatowego agonistyku, który ma zastosowanie w polskim leczeniu, jest metadon (Buning E., Verster A., 2004, s. 19).

LIDER – osoba/organizacja przewodząca w danym środowisku lub stojąca na czele danej grupy/organizacji. Cechą charakterystyczną lidera jest posiadany przez niego autorytet.

MAPA MIEJSC NIEMIESZKALNYCH – spis miejsc znajdujących się w przestrzeni publicznej, w których przebywają osoby bezdomne, a które odwiedzają streetworkerzy podczas swojej pracy. Mapa miejsc niemieszkalnych posiadać może takie informacje jak: adres miejsca, opis miejsca, lokalizacja, znaki szczegółowe, rejonowy komisariat policji, placówka straży miejskiej lub OPS (patrz też: miejsce niemieszkalne).

MARGINALIZACJA SPOŁECZNA – ograniczone uczestnictwo grup i jednostek w określonym porządku społecznym, w tym brak dostępu do jego podstawowych instytucji, takich jak rynek pracy, rynek konsumpcji, system instytucji wymiaru sprawiedliwości, system edukacyjny, system gwarancji socjalnych (Frieske K.W., red.,1999).

MIEJSCE NIEMIESZKALNE – miejsce w przestrzeni publicznej, w którym przebywają osoby bezdomne. Miejsca te mogą być traktowane jako przestrzeń mieszkalna czy przestrzeń zaspokajania potrzeb finansowych. Miejsce niemieszkalne w swym pierwotnym założeniu nie ma za zadanie stanowić miejsca przebywania/zamieszkania, zarobkowania czy zaspokajania podstawowych potrzeb. Miejscami niemieszkalnymi w kontekście bezdomności są: dworce, parki, pustostany, altanki śmietnikowe, zsypy śmietnikowe, altanki działkowe itp. (patrz też: mapa miejsc niemieszkalnych).

MODEL – kompleksowy zestaw możliwych i/lub koniecznych do wdrożenia standardów, których uaktywnienie we wzajemnych powiązaniach/relacjach w danym czasie, miejscu i skierowaniu do odbiorców powinno się przyczynić do rozwiązania zdefiniowanego problemu.

Kompleksowy zestaw możliwych do wdrożenia wystandaryzowanych usług – pakiet dostępnych rozwiązań, pozwalający na konstruowanie na podstawie tej bazy modelu „szytego na miarę”. To model funkcjonalny (dostosowany do wielu wariantów problematyki), a w rozumieniu naszego projektu to model „Gminny standard wychodzenia z bezdomności”.

Kompleksowy zestaw koniecznych do wdrożenia wystandaryzowanych usług – układ wybranych celowo i wzajemnie powiązanych wystandaryzowanych usług, skonstruowany w celu rozwiązania zdiagnozowanego i zdefiniowanego problemu. To „uszyty na miarę” model logiczny (dostosowany do szczególnych uwarunkowań problematyki), a w rozumieniu naszego projektu to indywidualna konstrukcja stworzona na potrzeby danej gminy i poddana pilotażowi w tej gminie.

NIELEGALNE ZATRUDNIENIE LUB NIELEGALNA INNA PRACA ZAROBKOWA, TAKŻE „SZARA STREFA” LUB „PRACA NA CZARNO” – płatna praca, wykonywana bez podpisania oficjalnej umowy i bez odprowadzania obowiązujących w danym kraju podatków (Słownik terminów wykorzystywanych przez Grupę Roboczą ds. Zatrudnienia przy FEANTSA).

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długookresowego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy (Dz.U. z 9.10.1997 Nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

OPIEKA PALIATYWNA – leczenie i opieka nad nieuleczalnie chorymi, którzy znajdują się w okresie terminalnym śmiertelnej choroby. Celem działań z zakresu medycyny paliatywnej nie jest zatrzymanie procesu chorobowego oraz wyleczenie, ale poprawienie jakości życia osób w tej fazie choroby.

ORGANIZACJA POZARZĄDOWA – dobrowolna pod względem członkostwa i nienastawiona na zyski grupa obywateli, zorganizowana na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym, w której zakres zainteresowań wchodzi kwestie służące dobru powszechnemu. Pełnią różnorodne funkcje

społeczne i składając się z ludzi posiadających wspólny cel, może naświetlać rządowi potrzeby obywateli, monitorować implementację różnorodnych programów i polityk, a także zachęcać obywateli do udziału w życiu swej społeczności. Organizacje dostarczają analiz i ekspertyz, służą jako mechanizmy wczesnego ostrzegania, a także pomagają w implementacji międzynarodowych porozumień (dokument opracowany przez Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, 2007 r.). W polskim systemie prawnym organizacja pozarządowa musi spełniać przepisy zawarte w ustawie z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.).

OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA – osoba, której stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności wykonywanie pracy zawodowej, a która uzyskała odpowiednie zaświadczenie stwierdzające niepełnosprawność.

OUTREACH („SIĘGAJĄC POZA”, „SIĘGAJĄC NA ZEWNĄTRZ”) – w kontekście pracy społecznej jest to metoda pracy realizowana z osobami przebywającymi w swoich środowiskach. Jej istotą jest wyjście pracownika poza ramy instytucji do miejsc przebywania odbiorców w celu udzielenia im adekwatnej pomocy. Jedną z form pracy outreach jest streetworking (patrz też: streetworking)

PARTNER – członek partnerstwa. Partnerem może być osoba fizyczna oraz osoba prawna (instytucja, organizacja).

PARTNERSTWO – dobrowolny związek i współpraca osób/grup osób, instytucji i organizacji, które wspólnie realizują i ponoszą odpowiedzialność za realizację określonego celu i działania. Podstawowymi zasadami działania w partnerstwie są: dobrowolność uczestnictwa, równorzędność partnerów, zaufanie, wzajemność.

PARTNERSTWO FORMALNE – platforma współpracy różnych partnerów, którzy wspólnie, w sposób systematyczny i trwały, planują i realizują określone działania na rzecz środowiska lokalnego. Partnerstwo formalne działa na podstawie umowy partnerskiej, podpisanej przez uczestniczące strony; może posiadać osobowość prawną.

PARTNERSTWO LOKALNE – dobrowolna współpraca różnych podmiotów lokalnych, które, przy wykorzystaniu głównie zasobów lokalnych, planują i realizują działania na rzecz aktywizacji i rozwoju społeczności lokalnej.

PARTNERSTWO MIĘDZYSEKTOROWE – dobrowolne strategiczne przymierze organizacji, reprezentujących różne sektory życia społecznego (publiczny, gospodarczy, pozarządowy), zawarte w celu współpracy przy realizacji projektu lub programu zgodnego z celem zrównoważonego rozwoju, do którego wszyscy partnerzy wnoszą swoje kompetencje i zasoby, w którym wspólnie ponoszą ryzyko oraz dzielą się korzyściami wynikającymi z osiągnięcia celów wspólnych partnerstwa i celów poszczególnych partnerów.

PARTNERSTWO NIEFORMALNE – platforma współpracy różnych partnerów, którzy wspólnie, w sposób systematyczny i trwały, planują i realizują określone działania na rzecz środowiska lokalnego. Partnerstwo nieformalne działa na podstawie porozumienia wzajemnego lub oświadczenia o woli współdziałania; nie posiada osobowości prawnej.

PARTNERSTWO PONADREGIONALNE – formalnie zorganizowana, działająca na obszarze kilku województw struktura różnych podmiotów. Posiada wspólną agendę i wielowymiarowy program działania, ukierunkowany głównie na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i budowie spójności społecznej.

PARTNERSTWO PUBLICZNO-SPOŁECZNE – rodzaj partnerstwa, polegający na włączaniu w tradycyjne działania pomocowe instytucji publicznych partnerów społecznych z sektora organizacji pozarządowych, sektora biznesu i osób fizycznych.

PARTNERSTWO PROJEKTOWE – rodzaj partnerstwa, które wspólnie realizuje określone przedsięwzięcie. Cel partnerstwa jest ściśle określony w projekcie, a zasady powołania takiego partnerstwa są często określone wymogami konkursowymi stawianymi przez podmiot, który finansuje realizację działania.

PARTNERSTWO REGIONALNE – formalnie zorganizowana, działająca na obszarze województwa struktura różnych podmiotów. Posiada wspólną agendę i wielowymiarowy program działania, ukierunkowany głównie na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i budowę spójności społecznej.

PLACÓWKA INTEGRACYJNA – placówka spełniająca funkcje integracyjne osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Szczególny nacisk ukierunkowany jest na (re)integrację społeczną oraz uzyskanie samodzielności życiowej w kilku sferach, m.in. zawodowej, mieszkaniowej, społecznej, dostosowane do potrzeb i możliwości ludzi bezdomnych (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

PLACÓWKA INTERWENCYJNA/PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ – placówka o charakterze tymczasowym, ukierunkowana na zapewnienie ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych, zabezpieczenie minimum potrzeb życiowych osób bezdomnych, tj. wyżywienia, noclegu, odzieży, a także zabezpieczenie przed wychłodzeniem oraz informowanie o możliwych formach wsparcia instytucjonalnego (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010). Za placówki takie uważane są: ogrzewalnie i noclegownie, punkty konsultacyjne, punkty wydawania żywności, punkty wydawania odzieży, jadłodajnie, łaźnie, świetlice.

PLACÓWKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH – placówka służąca pomocą osobom bezdomnym bądź zagrożonym bezdomnością; w zależności od pełnionej funkcji usług może mieć różny charakter. Możliwe funkcje usług to: interwencyjne, integracyjne, opiekuńcze, prewencyjne (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ – patrz: placówka interwencyjna.

PLACÓWKA PREWENCYJNA – praca w niej ukierunkowana jest na zapobieganie bezdomności osób pośrednio lub bezpośrednio zagrożonych bezdomnością (Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010).

PLACÓWKA SAMODZIELNEGO ZAMIESZKANIA – placówka pomocy osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością. Pobyt może mieć charakter zarówno krótko-, jak i długookresowy. Placówka może spełniać funkcje prewencyjną i integracyjną. Głównym zadaniem tych placówek jest pomoc w powrocie do społeczeństwa oraz samodzielnym zamieszkaniu osób bezdomnych. Za placówki takie uważane są: mieszkania wspierane (chronione, readaptacyjne, treningowe).

PLACÓWKA STACJONARNA – placówka gwarantująca całodobowy pobyt osób bezdomnych. Spełnia funkcje interwencyjne, opiekuńcze i (re)integracyjne. Za placówki takie uważane są: schroniska, w tym schroniska profilowane, domy dla osób bezdomnych.

PODMIOTY EKONOMII SPOŁECZNEJ – podmioty gospodarcze i społeczne, których istotą działalności jest priorytet celów społecznych nad kapitałem, działania na rzecz osób z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym generowanie miejsc pracy, rozwijanie solidarności i współodpowiedzialności w życiu społecznym, aktywizacja rozwoju lokalnego, działania na rzecz spójności społecznej.

Podmioty występują często jako jeden z partnerów w partnerstwie lokalnym (m.in. fundacja, stowarzyszenie, związek stowarzyszeń, spółdzielnia pracy, spółdzielnia inwalidów, spółdzielnia socjalna).

POMOC SPOŁECZNA – instytucja polityki społecznej państwa, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593, art. 2).

POMOC SOCJALNA – rodzaj świadczenia udzielanego w formie pieniężnej lub rzeczowej dostosowanego do aktualnej sytuacji osoby bezdomnej.

PORADNICTWO ZAWODOWE I INFORMACJA ZAWODOWA – usługa oferowana przez urzędy pracy oraz programy aktywizacji zawodowej realizowane w ramach POKL rozumiana jako „proces, w którym doradca zawodowy i klient pracują wspólnie, aby ten ostatni mógł osiągnąć lepsze zrozumienie samego siebie i wiedzę o świecie pracy i mógł bardziej realistycznie wybrać, zmienić lub dostosować się do wymagań, jakie stawia praca” (Lamb R., 1998. s. 13). W praktyce poradnictwo zawodowe polega na pomaganiu bezrobotnym i poszukującym pracy w wyborze odpowiedniego zawodu i miejsca zatrudnienia poprzez dostarczanie informacji o zawodach, rynku pracy oraz możliwościach edukacyjnych, badanie ich predyspozycji zawodowych za pomocą zestandaryzowanych narzędzi, kierowaniu na specjalistyczne badania psychologiczne i lekarskie, organizowaniu i prowadzeniu grupowych porad zawodowych. Poradnictwo skierowane jest także do pracodawców i polega na pomocy w doborze kandydatów do pracy spośród bezrobotnych i poszukujących pracy oraz we wspieraniu rozwoju zawodowego pracodawcy i jego pracowników poprzez udzielanie porad zawodowych (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

POROZUMIENIE PARTNERSKIE – rodzaj umowy partnerskiej bez zobowiązań prawnych, określającej prawa i obowiązki partnerów.

POSTREHABILITACJA – działania kierowane do osób po ukończonym procesie leczenia, a także osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego. Celem tych działań jest powrót osób uzależnionych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, podjęcie pracy, pełnienie ról społecznych.

Realizowane są głównie poprzez zajęcia zapewniające wsparcie psychologiczne, terapię podtrzymującą (np. w ramach grup zapobiegania nawrotom), naukę usamodzielniania się (naukę zawodu, uzupełnianie braków w wykształceniu itp.). Działania te realizowane są w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych, a także w placówkach ambulatoryjnych.

POŚREDNICTWO PRACY – usługa prowadzona przez urzędy pracy i niepubliczne agencje zatrudnienia polegająca na przedstawieniu osobie bezrobotnej i poszukującej pracy oferty pracy dostosowanej do jej kwalifikacji i potrzeb oraz pozyskiwaniu ofert pracy od pracodawców i kierowaniu do nich kandydatów do pracy spełniających wymogi zawarte w ofercie (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

PRACA WOLONTARYSTYCZNA – zorganizowane działania wykonywane dobrowolnie na rzecz organizacji społecznej, samorządu lub podmiotu gospodarczego bez otrzymywania za nie wynagrodzenia. Dla jednostki pełni funkcję edukacyjną i integracyjną, podmiotom korzystającym z tej pracy pozwalają na uzupełnianie braków kadrowych i przygotowanie przyszłych pracowników. Z punktu widzenia interesu społecznego praca wolontarystyczna kształtuje postawy zaangażowania społecznego i integruje środowiska, które nie miałyby szansy poznać swoich problemów w inny sposób (definicja grupy ds. Zatrudnienia i Edukacji).

PRACA SOCJALNA – działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowied-

nich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593. art. 6 pkt 12).

PRACOWNIK SOCJALNY – osoba posiadająca prawo do wykonywania zawodu, legitymująca się odpowiednim wykształceniem w tym zakresie, zajmująca się profesjonalnym pomaganiem. Ustawa o pomocy społecznej bardzo precyzyjnie określa, jakie warunki muszą być spełnione, aby być pracownikiem socjalnym w Polsce. Pracownikiem socjalnym może być osoba, która posiada dyplom uzyskania tytułu zawodowego w zawodzie pracownik socjalny lub dyplom wyższej szkoły zawodowej o specjalności praca socjalna lub ukończone studia wyższe o specjalności praca socjalna na jednym z kierunków: pedagogika, politologia, psychologia, socjologia lub nauki o rodzinie (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593. art. 116).

PRZEDSIĘBIORSTWO SPOŁECZNE – firma działająca w oparciu o zasady ekonomii społecznej, funkcjonująca na styku biznesu i pomocy społecznej. Jest to podmiot zatrudniający osoby wykluczone społecznie, którego dochód pochodzi z wypracowanych zysków połączonych z dotacjami i wsparciem pochodzącym od państwa bądź innej instytucji socjalnej (Słownik terminów Grupy Roboczej ds. Zatrudnienia przy FEANTSA).

PRZYJĘCIE INTERWENCYJNE – przyjęcie do placówki w nagłych sytuacjach, szczególnie w godzinach nocnych i dniach wolnych od pracy. Przyjęcie bez skierowania i dokumentów wymaganych w standardowym trybie. Okres pobytu interwencyjnego trwa do momentu nawiązania kontaktu z pracownikiem socjalnym właściwego miejscowo ośrodka pomocy społecznej.

REDUKCJA SZKÓD (HARM REDUCTION) – według M. Watsona określana jest jako „filozoficznie i pragmatycznie opracowaną strategię ukierunkowaną na to, aby skutki używania środków odurzających były tak bezpieczne, jak tylko jest to sytuacyjnie możliwe. Obejmuje ona dostarczanie informacji, źródeł, edukacji, umiejętności oraz modyfikowanie postaw, skutkiem których zminimalizowane zostaną negatywne konsekwencje używania środków odurzających tak dla samych użytkowników, jak i dla społeczeństwa oraz kultury”. Powyższą definicję można doprecyzować, akcentując, iż redukcja szkód jest działaniem w obszarze zdrowia publicznego, ukierunkowanym przede wszystkim na redukcję szkodliwych skutków używania środków psychoaktywnych, a nie na redukcję używania tych środków (Gaś Z. B., 2002. s. 32).

REGULAMIN PLACÓWKI (STATUT PLACÓWKI) – zawiera zasady organizacji placówki, nazwę podmiotu prowadzącego, charakter placówki, grupę docelową, procedurę przyjęcia (wymagane dokumenty), okres pobytu. Powinny z niego jasno wynikać prawa i obowiązki mieszkańców (klientów) placówki i personelu, w szczególności zakres oferowanej usługi, opis nagród i kar, tryb odwoławczy od podejmowanych decyzji. Dokument ten służy osobom bezdomnym w zapoznaniu się z funkcjonowaniem placówki i poznaniu jej specyfiki.

REINTEGRACJA SPOŁECZNA – reintegracja w szerszym znaczeniu to wszelkie działania podejmowane w celu usunięcia przeszkód i polegające na zorganizowaniu warunków sprzyjających powrotowi do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym osobom, których partycypacja w tym życiu została przerwana lub zaburzona przez wydarzenia o charakterze kryzysowym – utratę wolności, domu, pracy (definicja grupy ds. Zatrudnienia i Edukacji). W węższym sensie oznacza działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w zajęciach w centrum integracji społecznej, klubie integracji społecznej lub zatrudnionej u pracodawcy umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu. Duże znaczenie przypisuje się w tym procesie działaniom o charakterze samopomocowym (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

REINTEGRACJA ZAWODOWA – działania mające na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w zajęciach w centrum integracji społecznej i klubie integracji społecznej zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.). W szerszym znaczeniu oznacza podejmowanie wszelkich inicjatyw ułatwiających osobom bezrobotnym powrót na rynek pracy, w tym również ożywienie tego rynku i usprawnienie współpracy pomiędzy ośrodkami pomocy społecznej i służbami zatrudnienia (definicja grupy ds. Zatrudnienia i Edukacji).

REJESTR MIESZKAŃCÓW (KLIENTÓW) – spis wszystkich osób korzystających z placówki. Rejestr ten powinien mieć nadany unikalny numer spójny z numeracją w pozostałej dokumentacji.

Dokument powinien zawierać:

- imię nazwisko osoby korzystającej z usługi
- PESEL i/lub datę urodzenia.

RYNEK PRACY CHRONIONEJ – zakłady pracy osiągające wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz uzyskujące status zakładu pracy chronionej lub zakładu aktywności zawodowej (Dz.U. z 9.10.1997 Nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

RYNEK PRACY OTWARTY – rynek, na którym panują zasady konkurencji zarówno w wyborze miejsca pracy przez pracownika, jak i doborze pracownika przez pracodawcę. Rynek ten dopuszcza różne formy umów pomiędzy pracodawcą a pracobiorcą. Przeważają umowy o pracę zawarte zgodnie z kodeksem pracy, ale coraz więcej osób świadczy usługi na rzecz pracodawcy na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

SKALA BARTHELA – pozwala ocenić sprawność chorego – jakie czynności pacjent może wykonać sam lub z pomocą albo jakich nie może wykonać sam ani z pomocą, ani wcale. Wg skali Barthele maksymalnie pacjent może otrzymać 100 pkt, a minimalnie 0 pkt.

SŁUŻBY SPOŁECZNE – zorganizowane, względnie trwałe oraz wyspecjalizowane zespoły ludzi działające w ścisłym związku lub w ramach pewnych instytucji i organizacji, których zadaniem jest wspomaganie jednostki, rodziny oraz innych grup i zbiorowości w sytuacjach, gdy nie mogą one z powodów subiektywnych lub obiektywnych zaspokoić swoich potrzeb na wystarczającym poziomie lub w zadowalającej formie. Podobną funkcję można również realizować w sposób nieformalny – np. pomocy sąsiedzkiej, inicjatywy obywatelskiej – działając nie tylko na polu pomocy społecznej, ale też m.in. w obszarze edukacji, sportu, zdrowia. W pomocy społecznej służby społeczne to instytucje polityki społecznej, organizacje działające na polu pomocy społecznej tworzące sieć służb społecznych w Polsce. Służby społeczne skupiają kadry w zawodach socjalnych, do których należą m.in. pracownicy socjalni, opiekunowie w domu pomocy, asystenci osób niepełnosprawnych, opiekunki środowiskowe. Zadaniem służb społecznych jest świadczenie usług socjalnych na rzecz osób potrzebujących.

SPOŁECZNA GOSPODARKA RYNKOWA – działania polityki gospodarczej, które nie zagrażają celom o charakterze ogólnospołecznym; zabezpieczenia socjalne czynione po to, aby zmniejszyć ryzyko utraty środków do życia przez obywateli; polityka społeczna, która w trakcie realizacji celów społecznych dba o wydajność w gospodarce (Dz.U. z 16.07.1997 Nr 78 poz. 483, art. 20).

SPOŁECZNOŚĆ LOKALNA – zbiorowość ludzi zamieszkująca wyodrębnione, niewielkie terytorium (gmina, osiedle, wieś itp.), w której występują silne więzi wynikające ze wspólnych interesów i potrzeb.

STRATEGIA – ogólny program określający cele, zadania i rezultaty, ukierunkowany na możliwie pełne wykorzystanie zasobów wewnętrznych dla realizacji założonych celów. Strategia jest dokumentem kompleksowym, długofalowym, zakładającym konieczność trwałych zmian w obszarze, którego dotyczy.

SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA – związek, który aktywnie wpływa na procesy umysłowe, np. poznawcze lub nastrój (Szukalski B., 2005).

SUPERWIZJA – według klasycznej, szerokiej definicji superwizja jest metodą administrowania (relacją pracownik–podwładny), edukowania, wpierania oraz konsultowania (relacją współpracownik–współpracownik) pracowników. W rozumieniu pracowników instytucji pomocy społecznej „superwizja jest metodą szkolenia i wzbogacania kompetencji w zawodach i funkcjach polegających na pracy z ludźmi, w których metodyczne działanie w interakcjach pomiędzy jednostkami jest ważnym aspektem wykonywania zadań zawodowych. Główne zadanie superwizji polega na uczeniu analizy problemów. Superwizja przenika różne podejścia metodyczne i dziedziny zawodowe” (Szmagański J., red., 2004. s. 13).

SZKOLENIE – pozaszkolne zajęcia mające na celu uzyskanie, uzupełnianie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy, w tym umiejętności poszukiwania zatrudnienia. Ze szkoleń organizowanych przez powiatowe urzędy pracy mogą skorzystać zarówno osoby bezrobotne, jak i wybrane kategorie osób poszukujących pracy (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

TERAPIA UZALEŻNIEŃ – zbiór założeń strategicznych, które odnoszą się do rozpoczynania procesu zdrowienia, uznawania własnego uzależnienia, radzenia sobie z nawrotami, rozwijania umiejętności oraz rozwiązywania problemów osobistych (Strelau J., red., 2002. s. 576).

TERAPIA ZAJĘCIOWA – leczenie pracą, ergoterapia – wykorzystuje różne formy pracy i rekreacji jako jedne ze środków leczniczych mających na celu przyspieszenie powrotu utraconych funkcji i sprawności, a w przypadkach zmian nieodwracalnych wyrobienie funkcji zastępczych. Terapia zajęciowa jest jedną z form leczenia usprawniającego (Milanowska K., 2003).

TRENING UMIEJĘTNOŚCI ZDOBYWANIA PRACY – szkolenie prowadzone w formie praktycznego ćwiczenia umiejętności autoprezentacji, poszukiwania ofert pracy, pisania dokumentów aplikacyjnych, symulowania rozmowy z pracodawcą. Ćwiczenia te przełamują opór przed nieznanymi sytuacjami i pozwalają lepiej zrozumieć, od czego zależy sukces w znalezieniu zatrudnienia (definicja własna grupy ds. Zatrudnienia i Edukacji).

TRENING UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWYCH/SPOŁECZNYCH – szkolenie prowadzone w formie praktycznego ćwiczenia umiejętności niezbędnych do prowadzenia samodzielnego życia w społeczeństwie. Do podstawowych umiejętności zalicza się dbałość o higienę osobistą, punktualność, sumienność, komunikatywność itp. (Słownik terminów wykorzystywanych przez Grupę Roboczą ds. Zatrudnienia przy FEANTSA).

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE – ubezpieczenie od ryzyka ponoszenia wydatków w związku z koniecznością korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWE/SPOŁECZNE – wiedza, doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia samodzielnego życia (Słownik terminów wykorzystywanych przez Grupę Roboczą ds. Zatrudnienia przy FEANTSA).

UMOWA PARTNERSKA – umowa zawarta pomiędzy członkami partnerstwa, w której każdy z nich ma równy status, określająca m.in. cel, działania, rezultaty, a także wzajemne prawa i obowiązki. Umowa partnerska jest zazwyczaj związana ze zobowiązaniami prawnymi.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA – forma współpracy pomiędzy podmiotami z różnych sektorów gospodarki (publicznego, prywatnego, pozarządowego); współpraca międzysektorowa może stanowić potencjalny czynnik powstania partnerstwa.

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE – pojęcie pojawiające się w ustawodawstwie polskim w związku z zatrudnianiem socjalnym: przepisy ustawy stosuje się w szczególności do bezdomnych, uzależnionych od alkoholu i narkotyków, chorych psychicznie, długotrwale bezrobotnych, zwalnianych z zakładów karnych, uchodźców, niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.). W Polsce funkcjonuje wiele definicji tworzonych *ad hoc* na potrzeby konkretnych dokumentów związanych z wykorzystywaniem unijnych środków przeznaczanych na reintegrację społeczną, budowanie spójności i zrównoważony rozwój. Taką rozszerzoną definicję zawiera NSIS: wykluczenie społeczne to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływania i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich, a w szczególności dla osób ubogich (dokument powołujący Zespół Zadaniowy ds. Reintegracji Społecznej, Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski).

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej, udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, zapewniający im produkty lecznicze i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych (Dz.U. z 14.10.1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm.).

ZAKŁAD PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZY – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, zapewniający im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin (Dz.U. z 14.10.1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm.).

ZATRUDNIENIE – wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą. W pierwszym przypadku może to być np. umowa o pracę, drugi przypadek dotyczy m.in. urzędników służby cywilnej, celników, żołnierzy zawodowych itp., trzeci odnosi się do szczególnej formy umowy o pracę stosowanej np. w przypadku osób wykonujących pracę w domu (Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm.).

ZATRUDNIENIE WSPIERANE – forma wsparcia osób, które mają szczególne trudności w wejściu lub powrocie na otwarty rynek pracy. Z tej formy wsparcia mogą skorzystać osoby, które uczęszczały wcześniej przez co najmniej 6 miesięcy na zajęcia CIS lub KIS. Oznacza to udzielanie wsparcia o charakterze doradczym i finansowym osobie w utrzymaniu aktywności zawodowej umożliwiającej podjęcie zatrudnienia, prac społecznie użytecznych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej lub podjęcie działalności gospodarczej; Grupa Zatrudnienia i Edukacji przyjęła nieco szerszą interpretację zatrudnienia wspieranego, uznając, że każda refundacja wynagrodzenia jest zatrudnieniem wspieranym (Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.).

STANDARD PARTNERSTWA LOKALNEGO

KONTEKST TWORZENIA STANDARDU PARTNERSTWA LOKALNEGO

W literaturze przedmiotu nie ma jednej obowiązującej definicji partnerstwa lokalnego. Wynika to m.in. z braku jednoznacznego uregulowania prawnego. Zazwyczaj przyjmuje się, że partnerstwo lokalne jest platformą współpracy pomiędzy partnerami lokalnymi, reprezentującymi różne obszary życia społeczno-gospodarczego. Partnerzy w sposób trwały i systematyczny projektują i realizują działania, których celami są: identyfikowanie i rozwiązywanie lokalnych problemów, budowanie tożsamości społeczności lokalnej, budowanie spójnego społecznie środowiska lokalnego, w którym każdy obywatel ma odpowiednie warunki rozwoju osobistego i społecznego. Partnerstwo powinno cechować długotrwałość działania, różnorodność podmiotów w nim uczestniczących, dobrowolność uczestnictwa.

W większości krajów należących do Unii Europejskiej partnerstwo lokalne staje się coraz poważniejszym podmiotem we współkształtowaniu rozwoju społeczności lokalnej, a działania partnerskie wpisują się w promowane przez UE programy spójnego i zrównoważonego rozwoju. Problemy społeczne i ekonomiczne Europy coraz częściej wykraczają poza możliwości rozwiązania ich przez jeden sektor, stąd UE wspiera i promuje konieczność skoordynowania działań różnych sektorów: publicznego, społecznego, prywatnego. Partnerstwo lokalne jest odpowiedzią na tak sformułowaną politykę społeczno-gospodarczą Unii.

W wielu krajach Unii Europejskiej partnerstwa mają sformalizowany charakter działania – posiadają określone formy organizacyjne i prawne. Za kraj, który w sposób modelowy rozwinął partnerstwa, uznawana jest Irlandia – partnerstwa obejmują niemal całe państwo. Irlandia jest też jedynym krajem europejskim, którego rząd wyodrębnił fundusz przeznaczony wyłącznie na finansowanie i tworzenie partnerstw lokalnych.

Partnerstwo lokalne w Polsce ma stosunkowo niedługą tradycję, sięgającą lat 90. ub. wieku. Jego początki związane są z programem unijnym *Phare* (finansowanym jeszcze z funduszy przedakcesyjnych) oraz realizowanym w latach 2004–2008 programem *Inicjatywa Wspólnotowa Equal*, który miał na celu m.in. testowanie nowych sposobów rozwiązywania problemów społecznych.

W Polsce istnieje ciągle wiele barier utrudniających powstawanie partnerstw lokalnych. Wśród najważniejszych należy wymienić przeszkody formalno-prawne (brak adekwatnych, precyzyjnych uregulowań prawnych) oraz bariery kulturowe i społeczne, m.in. niską jakość kultury organizacyjnej i kultury współpracy, niski stopień zaufania wzajemnego, destrukcyjną postawę konfrontacyjną. Słabością polskich partnerstw jest także dominacja tzw. partnerstw projektowych tworzonych w związku z realizacją konkretnego projektu finansowanego ze środków unijnych i wymagającego działań partnerskich. Partnerstwa te funkcjonują najczęściej dopóki dostępne jest wsparcie unijne. Dominacja tego typu partnerstw świadczy o braku zrozumienia istoty działania partnerskiego, które powinno być działaniem zakładającym stałą poprawę życia społeczności lokalnej, zatem działaniem długofalowym i systematycznym, a nie akcyjnym, krótkotrwałym, kończącym się zazwyczaj wraz z zakończeniem realizacji projektu.

Działalność partnerstwa dotyczy każdej dziedziny życia społecznego związanej z polepszeniem sytuacji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym z bezdomnością. Wynika stąd duża różnorodność działań partnerstw, które podejmują inicjatywy społeczne, gospodarcze, kulturalne, edukacyjne, sportowe itp.

Każdy z partnerów wnosi do partnerstwa swoje kompetencje i zasoby, ponosi także – rozłożone równomiernie – koszty działania oraz ewentualne ryzyko związane z podjętym działaniem.

Do partnerstwa może przystąpić każdy podmiot lokalny, m.in. instytucje administracji rządowej i samorządowej, organizacje pozarządowe, przedstawiciele biznesu, placówki oświaty, zdrowia, instytucje kościelne i związki wyznaniowe. Wskazane jest jednak, aby partnerstwo, dokonując wyboru członków, określiło ich rzeczywistą przydatność dla realizacji założonych celów. W partnerstwie powinny uczestniczyć także grupy zagrożone wykluczeniem społecznym – wówczas są one nie tylko odbiorcami wsparcia, ale współtworzą partnerstwo.

Czynnikami pożądanymi są wielosektorowość i wieloresortowość oraz długotrwałość partnerstwa. Wielosektorowość i wieloresortowość, oznaczająca pochodzenie partnerów z różnych sektorów i resortów życia społeczno-gospodarczego, stanowią mocny atut partnerstwa, zwiększający skuteczność jego działania oraz wpływający na integrację społeczności lokalnej. Długotrwałość umożliwia wypracowanie programu działania dotyczącego nie tylko rozwiązywania problemów bieżących, ale przede wszystkim określenia kierunków pracy (celów strategicznych) uwzględniających dłuższą perspektywę czasową. Tylko przy tak zaplanowanym działaniu partnerstwo może mieć rzeczywisty wpływ na dokonywanie zmian w swoim otoczeniu, a dla władz i instytucji lokalnych staje się wiarygodne.

Każde partnerstwo powinno znaleźć własną drogę powstania i rozwoju, albowiem każde jest indywidualne – ma swoje cele, partnerów i otoczenie, w którym funkcjonuje. Sposób tworzenia partnerstwa i jego rozwój są wypadkowymi dążeń wszystkich partnerów, specyfiki środowiska lokalnego oraz problemów, dla rozwiązania których partnerstwo powstało. Przyjęte – na początku działalności – założenia często muszą być weryfikowane na skutek zmieniających się warunków otoczenia i pojawiania się problemów odmiennych od uwzględnionych pierwotnie. Partnerstwo zatem nie jest raz na zawsze ustaloną formą działania, jest raczej dynamicznym procesem, w którym umiejętność adekwatnego i szybkiego reagowania na zmiany sytuacji stanowi o jego realnej sile.

Partnerstwo może być nieformalne lub formalne. W partnerstwie nieformalnym podstawą działania jest zazwyczaj umowa ustna partnerów. W ramach partnerstwa formalnego wyróżnić można dwie formy:

- partnerstwo działające w oparciu o spisane umowę partnerską
- partnerstwo zarejestrowane w sądzie, działające na podstawie statutu, posiadające osobowość prawną.

Istniejące obecnie uregulowania prawne umożliwiają rejestrację partnerstwa formalnego w sądzie tylko pod nazwą: związek stowarzyszeń, stowarzyszenie, fundacja, spółka non-profit (brak obecnie możliwości zarejestrowania podmiotu jako partnerstwo lokalne).

Uwzględniając trudny proces tworzenia partnerstwa oraz skomplikowaną problematykę społeczną, jaką partnerstwo się zajmuje, wskazane jest przyjęcie i stosowanie przez partnerstwo określonych standardów działania. Przyjęcie standardów usprawni funkcjonowanie partnerstwa, zmniejszy ryzyko popełnienia błędów, uporządkuje jego pracę i zwiększy skuteczność działania.

Stosowanie standardów dotyczy zarówno partnerstwa nieformalnego jak i formalnego, aczkolwiek ze względu na odmienną sytuację prawną każdego z nich nie wszystkie przedstawione poniżej standardy działania są wymagane dla każdego rodzaju partnerstwa (np. zarządzanie, niezbędna dokumentacja), natomiast w każdym standardzie występują czynniki warte zastosowania także przez partnerstwo nie-

formalne. Najważniejsze różnice w stosowaniu standardów zostały przedstawione w tabeli nr 2 umieszczonej w podrozdziale dotyczącym zarządzania partnerstwem.

Zazwyczaj w pierwszym okresie tworzenia partnerstwo jest nieformalne. Inicjatorami partnerstwa mogą być: osoba fizyczna, organizacja pozarządowa, instytucja. Inicjator dokonuje wstępnego rozpoznania potencjalnych partnerów, buduje dobrą atmosferę do współpracy, organizuje pierwsze spotkanie. Podstawą działania partnerstwa nieformalnego jest/może być umowa ustna partnerów, która stanowi wyrażenie woli współpracy na rzecz społeczności lokalnej.

Partnerstwo nieformalne funkcjonuje i podejmuje działania, dlatego wymaga określonego sposobu zarządzania, który zależy od decyzji jego członków. Koszty działalności partnerstwa nieformalnego pokrywa albo inicjator, albo mogą być one podzielone pomiędzy kilku lub wszystkich partnerów. Pomimo braku sformalizowanego działania ważne jest, aby partnerstwo od początku, na drodze konsensusu, określiło cel powstania.

Przekształcenie partnerstwa nieformalnego w formalne wynika z woli jego członków i rodzaju potrzeb, dla których partnerstwo zostało powołane. Związane jest także z przyczynami zewnętrznymi – w polskiej rzeczywistości społecznej partnerstwo nieformalne jest często postrzegane jako niepełnoprawny podmiot dla partnerów lokalnych, co może utrudnić podejmowanie i realizowanie działań. Ponadto umowa ustna, na podstawie której działa zazwyczaj partnerstwo nieformalne, może okazać się w praktyce niewystarczającym „zabezpieczeniem” dla właściwego, wynikającego z takiej umowy, wypełniania obowiązków przez poszczególnych partnerów. Z powyższych względów najbardziej wskazaną formą partnerstwa jest partnerstwo formalne, pozwala bowiem: uzyskać status pełnoprawnego podmiotu w życiu społeczno-gospodarczym, zobowiązania poszczególnych członków partnerstwa i ich odpowiedzialność za podjęte działania są jasno określone, a ich ewentualne zaniedbanie powoduje określone skutki prawne. Pomimo tych zastrzeżeń należy podkreślić, że każde działanie partnerskie, zarówno nieformalne, jak i formalne, stwarza możliwość aktywizowania społeczności lokalnej i rozwiązywania jej problemów.

Każde partnerstwo powinno działać w oparciu o wyznaczone cele. Partnerstwo formalne działa w oparciu o tzw. cele strategiczne, uwzględniające jego pracę przez co najmniej kilka lat. Opracowanie celów strategicznych jest wskazane także dla partnerstwa nieformalnego, chociaż nie jest niezbędne w jego działaniu.

Dokładne określenie celów i przyjęcie ich przez przynajmniej większość członków partnerstwa umożliwia dobrze zaplanowane i skuteczne działanie partnerskie, a w przypadku partnerstwa formalnego stwarza także możliwość wyboru najbardziej adekwatnego dla realizacji tychże celów funduszu, z którego może być finansowana działalność partnerstwa.

Partnerstwo formalne, zarejestrowane w sądzie, posiadające osobowość prawną, ma demokratycznie wybrane władze, do których należą obligatoryjnie: walne zgromadzenie i rada lub zarząd. Powołanie innych gremiów pozostaje w gestii partnerstwa i jest uwarunkowane jego indywidualnymi potrzebami. Sposób zarządzania partnerstwem, finansowanie jego działalności, podstawowe kierunki działania są określone w statucie, który jest obowiązkowym dokumentem partnerstwa formalnego. Partnerstwo może także przyjąć do stosowania inne dodatkowe uregulowania.

Sformalizowanie sposobu funkcjonowania partnerstwa, realizowanie określonych działań, aplikowanie o środki finansowe wprowadzają konieczność prowadzenia dokumentacji, uwzględniającej obowiązujące w Polsce uregulowania prawne oraz inne wymagane procedury (np. dotyczące pozyskiwania i rozliczania funduszy unijnych). Dokumentacja dotyczy zarówno podejmowanych działań, jak i wydatkowania funduszy partnerstwa.

Warunkiem *sine qua non* działania i rozwoju partnerstwa jest nieustanna edukacja własna (wewnętrzna) oraz edukacja środowiska lokalnego (zewnętrzna). Edukacja wewnętrzna to stałe zwiększanie kwa-

lifikacji i umiejętności poszczególnych partnerów, natomiast edukacja zewnętrzna jest nieodzowna dla rozpowszechniania – ciągle mało znanej w Polsce – problematyki związanej z działaniem partnerstw oraz kształtowania postaw obywatelskich, warunkujących aktywne współuczestniczenie podmiotów lokalnych w życiu danej społeczności lokalnej.

Dla zachowania przejrzystości działań partnerstwa, rzetelności i sprawności jego funkcjonowania oraz dla prawidłowego gospodarowania funduszami wskazane lub wręcz konieczne jest prowadzenie monitoringu i ewaluacji. Monitoring jest bieżącą kontrolą partnerstwa, natomiast ewaluacja stanowi okresowo dokonywaną ocenę skuteczności jego działania. Ewaluację partnerstwo może przeprowadzić we własnym zakresie (jest to ewaluacja wewnętrzna) lub zlecić jej dokonanie uprawnionemu podmiotowi z zewnątrz (jest to ewaluacja zewnętrzna).

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, rozwój gospodarczy przynosi wiele dobrodziejstw dla większości obywateli, ale jednocześnie w jego wyniku powstają – jako niezamierzone konsekwencje – różnorodne problemy społeczne. Jednym z najpoważniejszych jest marginalizacja i wykluczenie części osób i grup społecznych, które z różnych przyczyn nie potrafią sprostać coraz większym wymaganiom czy odnaleźć się w zmieniających się warunkach ekonomicznych, co powoduje ograniczone możliwości korzystania z dóbr materialnych, usług publicznych, dóbr kultury i edukacji, a w skrajnych przypadkach prowadzi do ubóstwa i bezdomności. Rząd i jednostki samorządu terytorialnego podejmują liczne działania zapobiegające tym konsekwencjom, jednak ich skuteczność nie jest wystarczająca. Partnerstwo lokalne, ze swoją dobrą znajomością problemów lokalnych i kompleksowością działań, wydaje się być skuteczniejszą alternatywą dla przeciwdziałania degradacji osób/grup zamieszkujących daną społeczność lokalną.

W interesującej nas problematyce bezdomności działania partnerskie koncentrują się na trzech podstawowych płaszczyznach: prewencji, interwencji, integracji. Na każdej z tych płaszczyzn partnerstwo jest ważnym i skutecznym podmiotem przeciwdziałającym wykluczeniu ze względu na kompleksowość podejmowanych działań, która wynika z samej istoty partnerstwa, tj. różnorodności jego członków, pochodzących z różnych sektorów i resortów.

Partnerstwo lokalne, które w swoim podstawowym założeniu zakłada współpracę różnorodnych osób, grup i środowisk, powinno być swoistą „szkołą” myślenia i działania na rzecz dobra wspólnego, minimalizującą interesy partykularne. Niezależnie od problematyki, jaką się zajmuje, czy otoczenia, w którym działa, atutem partnerstwa jest dobra znajomość problemów społeczności lokalnej, współdziałanie różnych podmiotów lokalnych, zdolność do aktywizowania oddolnych inicjatyw obywatelskich, tworzenie przyjaznego otoczenia, w którym każdy może znaleźć swoje miejsce, efektywne eliminowanie mechanizmów działających wykluczająco na słabsze ekonomicznie i społecznie grupy lokalne i wreszcie to, co w każdym działaniu jest najważniejsze – dobrowolne wzięcie na siebie zobowiązań i odpowiedzialności w celu rozwiązania istniejących problemów społecznych.

Partnerstwo lokalne jest jedną z form podejmowania oddolnych inicjatyw społecznych przez samych obywateli. Tworzone w środowisku lokalnym przez osoby, instytucje, organizacje z tego środowiska pochodzące, ma potencjalnie największe możliwości reagowania na lokalne potrzeby i podejmowania prób rozwiązywania tychże problemów w miejscu, gdzie one powstają. Partnerstwo może funkcjonować jako nieformalne lub formalne – zależy to od decyzji podjętej przez partnerów. Niezależnie jednak od przyjętej formy, każde partnerstwo może być zacznym aktywizowania społeczności lokalnej na rzecz poprawy jakości jej życia.

Autorzy opracowania mają nadzieję, że przedstawione w opracowaniu standardy partnerstwa lokalnego, dotyczące każdego etapu jego działania, okażą się pomocne w procesie tworzenia, budowania i rozwijania partnerstwa.

STANDARD PRACY SOCJALNEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

1 WPROWADZENIE

Niniejsze opracowanie przedstawia kontekst powstania standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, charakteryzuje uniwersalne wskazówki wpisane w istotę pracy socjalnej, jak również treści kluczowe dla partnerstw lokalnych i ich współpracy nakierowanej na osoby bezdomne. Ponadto koncentruje się na specyfice pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych oraz na ukazaniu samego procesu tworzenia standardu.

2 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU PRACY SOCJALNEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

Bezdomność należy do przejawów skrajnego wykluczenia społecznego, a jego specyfika powoduje, iż dotychczas podejmowane próby rozwiązania tego problemu okazały się być niewystarczające. Obszarem pomocy, na który zwracamy uwagę, jest świadczenie pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w wymiarach profilaktyki, interwencji i integracji. Praca socjalna jako narzędzie aktywnej polityki społecznej odgrywa istotną rolę w obszarze przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu i rozwiązywania ważnych kwestii społecznych. Wdrażanie aktywnej polityki społecznej wymaga dużego profesjonalizmu, zmiany dotychczasowego sposobu myślenia o pomocy społecznej i pracy socjalnej, a także otwartości na współpracę i elastyczności organizacyjnej.

Proces integracji europejskiej otworzył nowe kierunki działań w obszarze pracy socjalnej, które nastawione są na nowe formy pomocy i wsparcia dla osób funkcjonujących poza głównym nurtem życia społecznego, w tym także osób bezdomnych. Stąd też powstała potrzeba wypracowania kompleksowego podejścia do problematyki bezdomności, uwzględniającego realizację działań w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Celem stworzenia tego standardu jest przede wszystkim poprawa jakości usług świadczonych osobom bezdomnym, obejmujących wspieranie ich w dążeniu do życiowej samodzielności i (re)integracji społecznej, ale także wpływanie na rozwój spójnego systemu lokalnej polityki społecznej, który kompleksowo, szybciej i efektywniej, reagowałby na zmiany społeczno-gospodarcze i ich skutki.

Standard pracy socjalnej zbiera i porządkuje działania realizowane w zakresie pracy socjalnej wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Określa katalog działań, które powinny być zrealizowane w jego zakresie, a także ukazuje podstawowy tryb postępowania metodycznego w ramach pracy socjalnej z osobą bezdomną, dając przy tym możliwość zachowania lub budowania różnorodnego systemu wsparcia ludzi bezdomnych na poziomie gmin.

Opracowana koncepcja standardu pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością ma być – z jednej strony – zachętą dla samorządów lokalnych, instytucji i organizacji pracujących w sferze pomocy społecznej do tworzenia uporządkowanego systemu działań, na miarę potrzeb i możliwości gwarantujących pożądaną jakość udzielanej pomocy. Z drugiej strony jest to próba zwiększenia skuteczności w osiąganiu określonego celu związanego z działalnością społeczną, jaką jest wspieranie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w usamodzielnianiu się.

Przewidziana na fazę pilotażu implementacja lokalna prezentowanej koncepcji nie tylko zwiększy wykorzystanie stosowanych dotychczas w niewielkim zakresie wielowymiarowych rozwiązań, lecz również przyczyni się do budowania coraz to bardziej uporządkowanego systemu wsparcia wobec osób bezdomnych.

Pilotaż realizowany w ramach zadania nr 4 projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”², a także zestawienie ze sobą różnych działań w obszarze pracy socjalnej oraz zebranie wniosków i opinii, pozwoli na stworzenie rekomendacji, które przyczynią się do określenia ogólnopolskiej normy pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

3 ZAŁOŻENIA STANDARDU PRACY SOCJALNEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

3.1 Uwarunkowania dla przeprowadzenia standaryzacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

Standardy są tak samo potrzebne administracji publicznej, jak i organizacjom pozarządowym. Dają możliwość dystrybucji środków publicznych zgodnie z ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawą o pomocy społecznej (oraz innymi aktami prawnymi, w ramach których można dystrybuować środki dla NGO lub innych podmiotów), a także są szansą na podniesienie jakości usług oraz zapewniają pełną przejrzystość warunków świadczenia usług. Uwzględniony w obu przypadkach proces standaryzacyjny wpłynie na osiąganie w podejmowanych działaniach założonych (lub przynajmniej zbliżonych do założonych) efektów.

Proces standaryzacyjny rozumiany w ten sposób może nie tylko dać dobre wzory postępowania (standardy), ale również wpłynąć na integrację środowiska, bowiem standaryzacja przeprowadzona rozsądnie i w oparciu o sprawdzone procedury może nie tylko udoskonalić podejmowane działania, ale również uprościć podejmowane decyzje.

Zdaniem Jerzego Boczonია (2004) takie podejście do problematyki standaryzacji, uwzględniające specyfikę danego środowiska i realne możliwości ekonomiczne, pomoże trzeciemu sektorowi bez większych problemów przejąć od samorządów wiele nowych zadań wraz z adekwatnym do potrzeb finansowaniem, a umiejętność poradzenia sobie z uporządkowaniem i unormowaniem świadczonych przez daną jednostkę usług będzie przemawiać za jej profesjonalizmem.

W szerszej skali standaryzacja usług wiąże się również ze zwróceniem uwagi na efektywność wydawania środków publicznych. Proces ten nie przebiega jednakowo we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej. Różni się pod względem wagi przykładanej do kwestii jakości przez sektor publiczny i organizacje pozarządowe oraz zakresu podejmowanych inicjatyw.

² Cel pilotażu to: wdrożenie i przetestowanie opracowanych standardów działań realizowanych na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, w tym standardu pracy socjalnej.

W zależności od kultury społecznej i politycznej oraz tradycji w różnych państwach członkowskich kwestia jakości usług socjalnych przybiera formę standardów – formalnych wymagań wobec usługodawcy – bądź stanowi nieformalny element związany z etosem służby publicznej. Zwrócenie uwagi na wielowymiarowe potrzeby klienta-odbiorcy stanowi impuls do poprawy jakości usług (Gałęziak J., 2006. s. 7).

Ponadto rosnąca świadomość konsumentów-odbiorców usług (nie tylko socjalnych), dostęp do informacji oraz konkurencja na europejskim i globalnym rynku powodują wzrost zainteresowania kwestią jakości usług, jak też narzędziami jej pomiaru.

W pomocy społecznej w Polsce pojawiły się wyzwania, które często wymagają nowych rozwiązań bądź przekonstruowania istniejących. Zmieniające się uwarunkowania ekonomiczne, społeczne i kulturowe powodują powstanie nowych i zmianę w sposobie zaspokajania starych potrzeb. Takim wyzwaniem jest również praca socjalna. W obliczu potrzeb społecznych, ograniczonych możliwości ich zaspokajania oraz wciąż istniejącego problemu bezdomności nabiera ona nowego znaczenia, stanowiąc podstawowy instrument działania.

Także sami pracownicy socjalni³ sygnalizują potrzeby wprowadzenia zmian w ich pracy i funkcjonowaniu pomocy społecznej, powiązane z dążeniami do standaryzacji usług socjalnych, co budzi przypuszczenie o oczekiwaniu tej grupy zawodowej co do takiego sposobu działania. Te oczekiwania to m.in.:

- jasne, określone z góry, szczegółowe reguły i zasady pracy z klientem pomocy społecznej (plan kwalifikacyjny)
- metodyka pracy z poszczególnymi grupami klientów, w tym osobami: bezdomnymi, bezrobotnymi, uzależnionymi, starszymi, doświadczającymi przemocy, z zaburzeniami psychicznymi itp.
- konieczność współpracy i ujęcia jej w formalne ramy z przedstawicielami innych służb, instytucji (szczególnie: służby zdrowia, szkół, policji)
- potrzeba zmniejszenia liczby środowisk przypadających na jednego pracownika socjalnego, aby umożliwić indywidualne podejście do klienta i poświęcenie odpowiedniej ilości czasu na wsparcie
- specjalizacja zadań i działań (w tym ustalenie zakresu działań i odpowiedzialności pracownika socjalnego), oddzielenie prowadzenia pracy socjalnej od udzielania pomocy finansowej.

Dlatego też podjęcie próby opracowania standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wydaje się być zasadne.

Pierwszym etapem tej pracy była faza diagnozy. Zespół ekspertów zebrał dane i przeanalizował dotychczasowe zróżnicowane doświadczenia w obszarze pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością, uwzględniając jej zakres i formy stosowane na poziomie profilaktyki, interwencji i integracji zarówno w placówkach sektora publicznego, jak i pozarządowego. Powstały w wyniku tej pracy raport⁴ jest materiałem analitycznym uwzględniającym stopień realizacji pracy socjalnej

³ Opinie te gromadzone były m.in. przez ekspertów grupy opracowujących standard oraz konsultowane w trakcie debat tematycznych i konferencji regionalnych.

⁴ Niniejszy raport jest częścią obszernego raportu z fazy diagnozy, opisującego rynek usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie oraz zatrudnienie i edukacja (Stenka R. red., 2011).

świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością na terenie kraju, wskazującym uwarunkowania dla standaryzacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Z raportu wynika, iż aktualnie nie ma ogólnopolskiej polityki społecznej ukierunkowanej na (re)integrację osób bezdomnych, uwzględniającej wielowymiarowość tego problemu i możliwość stosowania rozwiązań systemowych. Zauważalny jest fakt, iż przepisy regulujące funkcjonowanie polityki społecznej są niespójne i nie gwarantują skutecznego rozwiązywania problemów społecznych, zaś brak ogólnopolskiej strategii rozwiązywania problemu bezdomności sprawia, że nie ma m.in. określonych zasad dotyczących finansowania oddziaływań w obszarze profilaktyki, interwencji i integracji. A co za tym idzie – podmioty polityki społecznej nie współpracują ze sobą, a pomoc ma charakter jednowymiarowy i nie prowadzi do zmniejszenia liczby osób bezdomnych. Realizowanie pracy socjalnej dla osób bezdomnych jest sprawą marginalną, bowiem adresowane do tej grupy działania koncentrują się na zapewnieniu finansowych lub materialnych świadczeń osłonowych. Wykorzystanie środków na działania doraźne wyczerpuje możliwość finansowania pozostałych usług. Świadczenie materialne i rzeczowe, zamiast być narzędziem wspierającym pracę socjalną, stanowi podstawowy filar pomocy udzielanej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością. Prowadzi to do sytuacji, w której brakuje pracy socjalnej na poziomie profilaktyki i integracji, a stała pomoc socjalna – utożsamiana z pracą socjalną – utrwała postawę roszczeniową osób bezdomnych, utrudniającą podejmowanie działań w sferze pracy socjalnej. Ukształtowanie zaś tej postawy przyczynia się w znaczącym stopniu do braku efektywności niesionej pomocy.

Praca socjalna wobec osób bezdomnych nie stanowi uporządkowanego ciągu zaplanowanych działań. Nie jest profilowana ze względu na typ klienta, co utrudnia oddziaływanie zmierzające do usamodzielnienia się osoby objętej wsparciem i niejednokrotnie wpływa na jej długookresowe bytowanie w placówkach istniejącego systemu wsparcia.

Słaba współpraca (lub jej całkowity brak) pomiędzy partnerami społecznymi, kontraktowanie miejsc oraz nieodpłatna praca podopiecznych na rzecz placówek powodują zatrzymanie oddziaływań adresowanych do osób bezdomnych na poziomie interwencji.

Różnorodny sposób świadczenia pracy socjalnej oraz szeroki, lecz nieuporządkowany wachlarz form pomocy, wskazują jednoznacznie na brak standardu pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością.

Zawarty w *Raporcie z fazy diagnozy* (Stenka R. red., 2011) przegląd nurtów, filozofii, metod i narzędzi w tym zakresie, istniejących ram systemowych i podstaw prawnych stał się punktem wyjścia do przyjęcia szeregu założeń wpływających na kształt prezentowanego standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Określone poniżej założenia nie są zbiorem scalonych doświadczeń i nie uwzględniają wszystkich możliwych uwarunkowań w obszarze pracy socjalnej. Przede wszystkim wynikają z rekomendacji opracowanych pod koniec procesu diagnostycznego oraz znajdują swoje zastosowanie wobec dokładnie określonej grupy docelowej – osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Podczas prowadzonych prac standaryzacyjnych uwzględniono następujące założenia:

- praca socjalna świadczona na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w ramach standardu powinna być działalnością profesjonalną tzn. zaplanowaną, zorientowaną na cele i prowadzoną z uwzględnieniem specyfiki pracy z osobami bezdomnymi, a także zespołowych działań obejmujących wszystkie niezbędne i możliwe dla danej sytuacji formy, metody i narzędzia pracy
- standardem pracy socjalnej należałoby zatem uczynić tryb postępowania, który wyznaczałby przebieg działań (czynności), formy, metody i narzędzia umożliwiające jego skuteczną realizację

- standard pracy socjalnej powinien ukazywać szeroki zakres jej możliwości: od profilaktyki przez interwencję aż do działań integracyjnych, zachowując interdyscyplinarność i kompleksowość działań skierowanych zarówno do jednostek, jak i grup. Kluczowe jest skupienie się na ich celowości oraz otwartości na nowe tendencje w zakresie pracy socjalnej
- zróżnicowanie pracy socjalnej odnosi się do oddziaływania na jednostkę oraz grupy społeczne i środowiska lokalne. W standardzie należy zasygnalizować tę różnorodność oddziaływania trzech obszarów zmiany społecznej będącej efektem pracy socjalnej
- formy pracy socjalnej powinny być zależne i dostosowane do sytuacji osoby bezdomnej i wykorzystywać w jak największym stopniu jej zasoby oraz zaangażowanie w proces wychodzenia z bezdomności, tak by nie była ona biernym biorcą pomocy. Oznacza to opracowanie standardu pracy socjalnej, która świadczona jest w sposób profilowany ze względu na typ klienta, a nie na typ placówki, w której klient się aktualnie znajduje
- podstawą współpracy aktywizującej do samodzielności osobę bezdomną winien być indywidualny program wychodzenia z bezdomności jako szczególna forma kontraktu socjalnego. Obligatoryjne powinny być realizowane wielostronne kontrakty pomiędzy osobą objętą wsparciem a pracownikiem socjalnym oraz innymi osobami zaangażowanymi w realizację działań. Celem tych uzgodnień powinno być kompleksowe oddziaływanie na wszystkich poziomach pracy socjalnej w kierunku stopniowego wychodzenia z bezdomności. Wsparcie udzielane w ramach IPWzB powinno zakładać stały monitoring realizowanych działań
- dotychczasowy sposób prowadzenia działań w zakresie pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wskazuje na słabą współpracę (lub jej całkowity brak) pomiędzy partnerami społecznymi, dlatego standard powinien umożliwiać i zalecać obowiązkową współpracę, kształtującą spójny i komplementarny program działań adresowanych do osób bezdomnych
- utworzenie standardu świadczenia pracy socjalnej powinno być związane z wypracowaniem narzędzi, które pozwolą mierzyć rezultaty i prowadzić autoewaluację skuteczności podejmowanych działań w tym zakresie
- kluczowymi kryteriami oceny opracowanego standardu pracy socjalnej powinny stać się: skuteczność; uniwersalność rozumiana jako możliwość stosowania w różnych warunkach i różnych gminach; kompleksowość rozumiana jako integralne oddziaływanie na jednostkę, grupę, środowisko; innowacyjność rozumiana jako zdolność do adaptacji nowych form, metod i narzędzi w zakresie pracy socjalnej; dostępność.

3.2 Uniwersalne wskazówki wpisane w istotę pracy socjalnej: definicja, cele, zasady i modele w pracy socjalnej

W procesie tworzenia standardów pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością uwzględniono następujące uniwersalne wskazówki wpisane w istotę pracy socjalnej.

3.3 Definicja pracy socjalnej

W obowiązującej obecnie w Polsce ustawie o pomocy społecznej pojęcie pracy socjalnej jest definiowane jako:

działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie po-

przez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz warunków sprzyjających temu celowi (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593, art. 6 pkt 12).

i:

Praca socjalna świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Praca socjalna prowadzona jest z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia i wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej; ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji dla zaspokojenia potrzeb członków społeczności (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593, art. 45).

Międzynarodowa Federacja Pracowników Socjalnych (*International Federation of Social Workers*) przyjęła rozumienie pracy socjalnej jako profesji. Praca socjalna jest:

profesją wspierającą zmianę społeczną, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmocnianie (empowerment) i wyzwalamie ludzi dla wzbogacenia ich dobrostanu. Wykorzystując teorie ludzkich zachowań i systemów społecznych, praca socjalna interweniuje w miejscach, gdzie ludzie wchodzą w interakcje ze swoim środowiskiem. Fundamentami dla pracy socjalnej są zasady praw człowieka i sprawiedliwości społecznej (...). Praca socjalna występuje przeciw barierom, nierówności i niesprawiedliwości, które istnieją w społeczeństwie. Odpowiada zarówno na nagłe sytuacje kryzysowe, jak i na codzienne osobiste i społeczne problemy. Praca socjalna wykorzystuje różnorodność doświadczeń, technik i praktyk zgodnych z holistycznym zorientowaniem na osoby oraz ich środowiska. Interwencje w pracy socjalnej obejmują od skoncentrowanych głównie na osobie procesów psychospołecznych, do zaangażowania w politykę społeczną, planowania i rozwoju. Mieści się w tym poradnictwo, kliniczna praca socjalna, praca grupowa, społeczno-pedagogiczna, pomoc rodzinie i jej terapia, jak również starania zmierzające do tego, aby pomóc ludziom w uzyskaniu usług i dostępu do zasobów społeczności lokalnej. Interwencje obejmują także administrowanie placówkami służb socjalnych, organizowanie społeczności lokalnej i angażowanie w społeczne i polityczne działania mające wpływ na politykę społeczną i rozwój gospodarczy. Holistyczne zorientowanie pracy jest uniwersalne, ale priorytety w jej praktyce różnią się w zależności od kraju, czasu, są uzależnione od warunków kulturowych, historycznych i społeczno-ekonomicznych (Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych, 2000).

Mówiąc o pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w kontekście standardu, będziemy ujmować ją jako proces zaplanowanych i zespołowych działań, obejmujących wszystkie niezbędne i możliwe dla danej sytuacji rodzaje świadczeń z zakresu ratownictwa, opieki, pomocy, kompensacji wobec osoby, rodziny bezdomnej czy zagrożonej bezdomnością⁵.

⁵ Definicja wypracowana przez M. Marszałkowską we współpracy z grupą ekspertów ds. pracy socjalnej w ramach prowadzonych prac nad raportem diagnostycznym *Praca socjalna z osobami bezdomnymi*.

3.4 Cel pracy socjalnej

Celami pracy socjalnej są poprawa funkcjonowania osób i rodzin w środowisku społecznym oraz przywrócenie im zdolności pełnienia odpowiednich ról społecznych. Prowadzona jest zarówno z klientem indywidualnym, jak i społecznością lokalną. Służy rozwijaniu lub wzmacnianiu aktywności i samodzielności życiowej osób i rodzin oraz zapewnieniu współpracy i koordynacji działań różnych instytucji i organizacji. Stanowi przejaw „pomocy dla samopomocy”.

3.5 Zasady profesjonalnej pracy socjalnej

Zasady wynikające z ustawy o pomocy społecznej, etyki zawodu i współczesnych tendencji w pracy socjalnej, które obowiązują pracownika służb społecznych, są następujące:

- zasada wzmacniania i upełnomocniania – wykorzystywanie indywidualnych i grupowych mechanizmów klientów, służące rozwiązywaniu ich problemów oraz stymulowaniu zaradności; wzmocnienie jest procesem uwalniania potencjału i sił klienta oraz całych systemów społecznych, odkrywania i tworzenia zasobów i możliwości sprzyjających przystosowawczemu funkcjonowaniu społecznemu w rozwiązywaniu problemów i zaspokajaniu potrzeb odbiorcy świadczeń,
- zasada powiązania – ustanowienie powiązania pomiędzy odbiorcami usług i zasobami oraz możliwościami tkwiącymi w społeczności i instytucjach społecznych (zorientowanie się w dostępności usług i świadczeń, informowanie o zasobach, rozwijanie współpracy z instytucjonalnymi systemami zasobów),
- zasada akceptacji i wrażliwości na różnicę poprzez akceptację różnic i zrozumienie osoby klienta, jego osobistych decyzji i wyborów,
- zasada indywidualizacji – traktowanie klienta jako osoby – podmiotu o indywidualnych cechach, doświadczeniach, w kontekście, w którym żyje, poprzez zrozumienie wyjątkowości danej osoby i dostosowanie do tego sposobu pracy,
- zasada uczestnictwa – nawiązanie takiego kontaktu z klientem, aby zechciał świadomie współpracować w procesie pomocowym,
- zasada zaufania i poszanowania prywatności – wykorzystanie informacji od i o kliencie wyłącznie na użytek rozwiązania trudnej sytuacji życiowej (...) (Krasiejko I., 2010, s. 32).

Istotną jest również zasada wskazująca samoświadomość i rozwój pracowników służb społecznych oraz stosowanie zasad, metod zgodnie z misją zawodu, oddzielanie osobistych preferencji i uprzedzeń od pracy zawodowej, autoewaluacja pracy oraz ciągle dokształcanie się i doskonalenie.

3.6 Superwizja i kierowanie superwizyjne w pracy socjalnej

Jedną z metod, która pozwala w aktualnej rzeczywistości społecznej i zawodowej pracowników socjalnych wspomagać, kształcić i kontrolować jakość wykonywanej pracy, jest superwizja⁶.

⁶ Metodologia superwizji ma charakter uniwersalny, stąd opracowanie odnosi się w dużej mierze do następujących źródeł, na podstawie których opracowano ten materiał: *Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej* (Krzyszowski J., 1997); wykład i prezentacja *Superwizja i kierowanie superwizyjne* (Szatur-Jaworska B., b. d.) dla podyplomowego studium nauk o pracy i polityki społecznej – organizacja pomocy społecznej.

Do jej najważniejszych zadań należą:

- poszerzanie wiedzy pracowników i doskonalenie ich umiejętności zawodowych
- poprawa bieżących efektów pracy (poradnictwo superwizyjne)
- systematyczny nadzór nad działalnością pracowników i efektami ich pracy
- budowanie więzi w zespołach pracowniczych dzięki lepszemu wzajemnemu poznaniu i rozwiązywaniu konfliktów
- poprawa przepływu informacji, większa skuteczność wewnętrznej komunikacji w zespole pracowników
- wsparcie psychologiczne pracowników zapobiegające wypaleniu zawodowemu.

Powyższe rozważania wskazują na dwa podejścia związane z charakterystyką opisywanej metody w ramach pracy socjalnej. Z jednej strony może być ona uznana za metodę profesjonalnego rozwoju pracowników, z drugiej zaś za metodę zarządzania. W przypadku tego opracowania istotne jest wskazanie znaczenia powyższego podziału.

Przedmiotem superwizji jako metody profesjonalnego rozwoju pracowników świadczących pracę socjalną jest praca zawodowa superwizanta, a w tym szczególnie:

- postawa, jaką przyjmuje pracownik wobec klientów, na których ukierunkowane jest jego działanie
- stosunek do przełożonych, kolegów i innych współpracowników
- cele zawodowe pracownika (analizowane w kontekście jego sytuacji życiowej)
- wzajemne relacje między superwizorem a pracownikiem.

Zadaniem superwizora jest w takim przypadku zachęcenie superwizanta do ponownej analizy sytuacji klienta i podejmowanych wobec niego działań. Pozwala to zazwyczaj na ponowne zdiagnozowanie przypadku i zastosowanie innych niż dotychczas form wsparcia.

Superwizja to szczególnie wieloaspektowy ogląd pracy, prowadzący do rozwiązania problemów emocjonalnych i merytorycznych związanych z wykonywaniem pracy. To dwustronny proces pomagający poszerzać świadomość, rozwijać umiejętności, osiągać lepsze wyniki, działać poprzez rzetelną ocenę, omówienie problemów, ukierunkowaną praktykę.

Przedmiotem superwizji jako metody zarządzania jest natomiast weryfikacja:

- przestrzegania przez pracowników obowiązujących norm i procedur postępowania w danej instytucji
- trafności diagnozy potrzeb podopiecznych i zasobów, jakimi dysponuje pomagający
- adekwatności celów działania w relacji do owych potrzeb i możliwości
- trafności stosowanych metod i środków działania
- reakcji osób będących adresatami działań socjalnych, pedagogicznych czy psychologicznych.

Superwizja pomaga podtrzymywać dążenie do realizacji celów organizacji, pomaga w przestrzeganiu ustaleń funkcjonowania, podziału kompetencji, ułatwia realizowanie standardów i norm zawodowych oraz pozwala na łagodzenie konfliktów i polepsza relacje między osobami pracującymi. Jest szansą na podniesienie jakości relacji, jaką tworzy wspierający z klientem, gdyż zależy ona nie tylko od kompetencji zawodowych, ale w nie mniejszym stopniu od tego, kim jest osoba udzielająca wsparcia, jakie ma doświadczenie, przekonania i system wartości oraz na ile posiada w nie wgląd (Szatur-Jaworska B., b. d.).

Istotą superwizji jest zatem stały, obowiązkowy proces konsultacyjny, zachodzący pomiędzy osobą prowadzącą superwizję a pracownikami prowadzącymi bezpośrednią pracę z klientami. Proces ten ma służyć rozwijaniu wiedzy i umiejętności potrzebnych przy rozwiązywaniu problemów, którymi zajmują się dana placówka. Stanowi jednocześnie integralną część funkcjonowania placówki dzięki wyznaczeniu formalnego obowiązku takich konsultacji i określenia czasu na ich prowadzenie w planach pracy placówki i pracowników.

Superwizja pracy socjalnej stwarza zatem wspierający administracyjny i rozwojowy kontekst, w ramach którego mogą być utrzymywane otwartość na potrzeby klientów i odpowiedzialne podejmowanie decyzji.

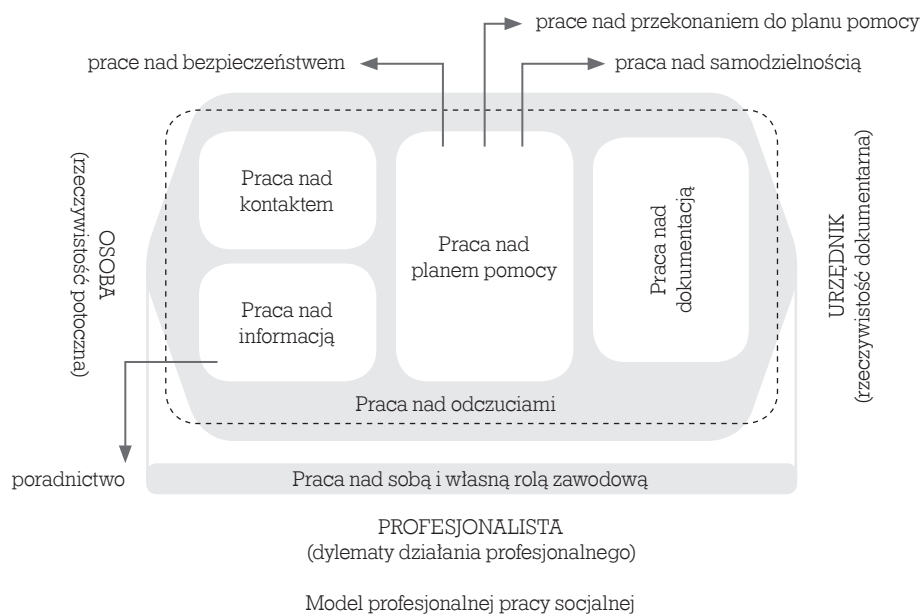
Istotny jest zatem kształcący charakter superwizji (tzw. superwizji edukacyjnej), której celem jest nauka/doskonalenie/zmiana w zakresie zdolności, wiedzy i postaw, potrzebnych do profesjonalnego prowadzenia pracy socjalnej z różnymi grupami klientów, a w szczególności z osobami bezdomnymi.

Standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością precyzuje stały i obowiązkowy proces konsultacyjny, którego istotą jest superwizja – metoda wspomagania, kształcenia i kontrolowania stosowana dla poprawy jakości pracy. Wprowadza więc superwizję jako stały element świadczenia pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, dający realizatorom szansę nie tylko na systematyczną analizę formalną, ale również czas na refleksję nad własnymi emocjami, które pojawiają się przy okazji kontaktów z osobami bezdomnymi, często w sytuacji gdy nie można oczekiwać szybkich i wymiernych sukcesów.

3.7 Rola pracownika socjalnego

Rolą społeczną pracownika socjalnego i wynikającymi z niej wyzwaniem oraz dylematami dotyczącymi relacji formalnych i nieformalnych zajął się M. Granosik (2006. s. 495). Wzajemne powiązania tych zagadnień ilustruje zamieszczony poniżej schemat modelu profesjonalnej pracy socjalnej.

SCHEMAT 1. Model profesjonalnej pracy socjalnej według M. Granosika (2006)



Pracownik socjalny powinien zmierzać zarówno do skutecznego rozwiązywania problemów społecznych klientów, jak też dążyć do ich aktywizacji i życiowego usamodzielnienia (to podkreśla się również w ustawie o pomocy społecznej). Profesjonalista powinien znaleźć sposób na godzenie roli osoby – partnera interakcji społecznej – ze swoją formalną rolą zawodową i wynikającymi z niej zadaniami (Kamiński T., b.d.).

W tym dynamicznym układzie pracuje on zatem też nad sobą, nad własnymi kompetencjami merytorycznymi i osobowościowymi. W pracy socjalnej mamy do czynienia z asymetrią relacji, gdyż sytuacje pomocy są nasycone pewną nieformalną, niewidzialną władzą, w których pomagający często podejmuje decyzje za innych lub przy ich współdziałaniu. To rodzi pytania nie tylko o adekwatność działania, ale też budzi etyczny niepokój, czy w tej decyzji nie ma za dużo władzy.

W relacji pomocy wyróżnia się dwa rodzaje relacji społecznych, zależnych od roli i pozycji odbiorcy pomocy:

- **klient** – osoba, która w sposób swobodny nawiązuje relację z przedstawicielami profesji społecznych, łatwo może podtrzymać lub zakończyć tę relację bez negatywnych konsekwencji dla niej; ma wolny wybór, sama wybiera sobie pracownika socjalnego, opiekuna, psychologa itp.
- **użytkownik** – osoba, która nie ma wyboru, czy i jak skierować się do danej instytucji lub pracownika, jest do tego zmuszona, dlatego w relacji pomocy może mieć poczucie przymusu, dominacji, ubezwłasnowolnienia.

W ramach opisu standardu przyjmujemy określenie „klient” dla każdego z odbiorców pomocy, niezależnie od faktycznie podejmowanej przez osobę bezdomną i zagrożoną bezdomnością postawy i roli społecznej w konfrontacji z pracownikiem systemu wsparcia. W opinii członków grupy eksperckiej słowo „klient” nie ma znaczenia pejoratywnego (w odróżnieniu od innych określeń świadczeniobiorców pomocy społecznej) i jest określeniem wskazującym na podmiotowość osoby.

3.8 Modele w pracy socjalnej

Praca socjalna jest dynamicznym procesem zmian i przekształceń, który poszukuje metod i narzędzi ułatwiających jednostkom i grupom egzystowanie, rozwiązywanie ich trudności życiowych, poszukiwanie zasobów i sił w nich tkwiących, pozwalających na radzenie sobie w życiu.

Sam model w pracy socjalnej można zdefiniować za C. Maynet jako podejście w pracy socjalnej „stanowiące całość idei (konceptji) odnoszących się do teorii, odczuć, postaw i działań, będących rodzajem przewodnika po metodycznym działaniu społecznym” (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 35).

Dokonując na podstawie literatury przedmiotu analizy podejść teoretyczno-metodologicznych, można wyodrębnić następujące modele pracy socjalnej: model psychospołeczny, model funkcjonalny, model kompetencyjno-ekologiczny, model zorientowany na pomoc w rozwoju, model radykalnej pracy socjalnej, model dystrybucyjny, model modyfikacji zachowań, model zorientowany na interwencję w sytuacji kryzysowej, model zorientowany na rozwiązywanie problemów, model skoncentrowany na zadaniu, model skoncentrowany na rozwiązaniach.

Natomiast ze względu na podejście metodyczne wyróżniamy model medyczny, model metodycznego działania oraz model skoncentrowany na wzmacnianiu, potencjale klienta i budowaniu rozwiązań (Krasiejko I., 2010. s. 35-47).

Współczesne modele pracy socjalnej „odwołują się do koncepcji *empowerment*, oddziaływania aktywizującego jednostki i społeczności do rozwiązywania własnych problemów” (Szmagałski J., 2006. s. 14).

Zdaniem J. Szmagałskiego (2006. s. 14) obejmuje to koncepcje mieszczące się między dwiema skrajnymi orientacjami: uczenia ludzi osiągnięcia poprawy ich sytuacji społeczno-ekonomicznej przez walkę o zmianę systemu społecznej redystrybucji dóbr oraz uczenie ludzi poprawy sytuacji przez indywidualną zaradność.

Powyższe rozważania ukazują różnorodność stanowisk, a co za tym idzie, istnienie wielu teorii i modeli pracy socjalnej. Przytoczenie ich wszystkich wykracza poza zakres tego opracowania. Niemniej warto zauważyć, że dominującą myślą teoretyczną warunkującą strukturę niniejszego standardu jest model metodycznego działania w pracy socjalnej.

Praktyka realizacji pracy socjalnej zakłada różnorodność metodyczną, dając jednocześnie wolność wyboru. Opracowany standard pracy socjalnej sankcjonuje tę praktykę, pozwalając z jednej strony dostosować zaproponowane w ramach standardu działania do lokalnych potrzeb i preferencji, a z drugiej doskonaląc warsztat realizatorów działań i wskazywać im nowe metody.

Tak więc zasadne jest, aby realizator (osoba świadcząca pracę socjalną) miał świadomość przyjętego podejścia teoretycznego, jego założeń, z których wynika uzasadnienie podjętego przez niego działania, procedury postępowania (Krasiejko I., 2010, s. 35).

3.9 Proces postępowania metodycznego w pracy socjalnej

W dalszej części tego opracowania będziemy mówić o pracy socjalnej, posługując się pojęciami „metoda” i „proces”. Metoda jest to „sposób, w jaki coś robimy (...), przestrzegając pewnych zasad oraz pewnej kolejności” (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 85). Proces zaś oznacza przebieg następujących po sobie i powiązanych przyczynowo określonych zmian, stanowiących stadia, fazy etapy rozwoju czegoś (Drabik L., Sobol E., red. 2007).

W praktyce zawodowej pracownik socjalny staje wobec dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości. Jego działanie ma na celu wywołanie lub wzmocnienie wcześniej określonych zmian: wzajemnych zależności między osobami, sytuacji materialnej rodzin i grup, korzystania z zasobów zbiorowych, placówek kierujących swoje działania do specyficznej kategorii podopiecznych/użytkowników, prawodawstwa socjalnego etc. Na tych płaszczyznach pracownicy socjalni prowadzą działania ściśle powiązane z konkretnymi celami, jakie chcą osiągnąć (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 97).

Działania pracowników socjalnych uwarunkowane są zatem wieloma zmiennymi: profilem klienta, rozmiarami problemu, czasem, kompetencjami instytucji, która ich zatrudnia, ich statusem zawodowym, przygotowaniem lub kompetencją zawodową oraz specyficznymi celami, do których osiągnięcia dążą.

Pomimo tak wielu zmiennych warunkujących ich działanie, jest ono podporządkowane określonemu postępowaniu metodycznemu, w którym możemy wskazać różne etapy (fazy). W praktyce są one nierozdzielne, często zachodzą na siebie lub występują równocześnie. Oddzielenie ich od siebie służy jedynie uporządkowaniu postępowania metodycznego i systematyzacji podejmowanego działania. Pozwala to na podejmowanie pracy jako logicznego i spójnego ciągu działań uzupełniających się i zmierzających do jednego celu.

Wśród faz metodycznego działania wyodrębnia się na ogół: analizę sytuacji, diagnozę, postępowanie naprawcze. Niektórzy autorzy dodają jeszcze ocenę, która następuje po zakończeniu postępowania naprawczego. W praktyce te trzy fazy odpowiadają etapowi początkowemu, środkowemu i końcowemu pracy z podopiecznym (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 98).

Przedstawione powyżej fazy metodycznego postępowania mogą się różnić w zależności od przyjętego modelu. W każdej jednak z faz analizuje się przebieg zdarzeń, opracowuje profesjonalną opinię oraz konstruuje plan pomocy w ramach postępowania krótko-, średnio- i długoterminowego.

W porządku logicznym można przedstawić fazy postępowania w następujący sposób:

- zapoznanie się z problemem społecznym lub ze zgłaszanym życzeniem
- analiza sytuacji
- ocena wstępna i ocena operacyjna
- opracowanie przez pracownika socjalnego jednego bądź kilku projektów działania, porównanie tego projektu z propozycjami podopiecznego i swojej instytucji oraz zawarcie umowy
- realizacja wspólnego projektu oraz podjęcie wybranych działań
- ocena rezultatów
- zakończenie działania (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 98).

W niniejszym opracowaniu poprzestaniemy na krótkim przedstawieniu każdej z wymienionych faz.

Punktem wyjścia w działaniu pracownika socjalnego jest spotkanie z klientem, a zapoznanie się z konkretnym problemem lub zgłaszanym życzeniem warunkuje dalszy ciąg jego postępowania. Na etapie analizy sytuacji pracownik socjalny po zebraniu informacji na temat klienta, kontekstu ogólnego oraz instytucji społecznych dokonuje rozpatrzenia zebranych danych.

Analizy sytuacji dokonuje na dwóch pozostających we wzajemnej zależności poziomach: z jednej strony na poziomie całościowej analizy rejonu działania (geograficznego, terytorialnego, instytucji zatrudniającej pracownika socjalnego, innych instytucji) oraz z drugiej strony na poziomie wskazanego problemu i zgłoszonego życzenia (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 99).

Na podstawie zebranych elementów w trakcie analizy sytuacji i interpretacji pracownik socjalny w kolejnej fazie formułuje hipotezy robocze. Ocena stanowi bowiem syntezę wyjaśniającą. Pracownik socjalny dokonuje zestawienia różnych dostrzeżonych przez siebie elementów na płaszczyźnie ogólnej i szczegółowej, przywiązując szczególną wagę do analizy i oceny wzajemnie występujących relacji między różnymi czynnikami (materialnymi, emocjonalnymi, społecznymi, fizycznymi, intelektualnymi). W ten sposób określa słabe i mocne strony (wewnętrzne i zewnętrzne), które mogą zostać wykorzystane w działaniu. Ocena prowadzi do opracowania projektu działania.

Trudno jest oddzielić tę fazę od oceny, która prowadzi do określenia konkretnych celów zmiany. Faza ta jest rezultatem poprzedniej i stanowi jej nieodłączną część.

Opracowanie projektu działania zakłada dokonanie trzech operacji:

- określenia specyficznych celów działania bądź też celów częściowych, skupiających się na jakimś aspekcie czy wydzielonym problemie (w zależności

- od zgłoszonego życzenia i zasobów, jakimi dysponujemy) bądź celów następujących po sobie w czasie (krótko-, średnio- lub długoterminowych);
- określenia poziomu działania, to znaczy zdefiniowania kategorii podopiecznych. Pracownicy socjalni mogą skupić działania na jednostce, rodzinie, grupie, środowisku, instytucji społecznej, otoczeniu. Sprecyzowanie poziomu działania zakłada wyróżnienie kategorii podopiecznych, co jest niezmiernie ważne i decyduje o wyborze środków, jakie później zastosujemy (...)
- wyboru typów działania lub strategii (...) (Robertis de C., Pascal H., 1999. s. 100).

Faza opracowania projektu działania odnosi się do projektu stworzonego przez pracownika socjalnego. Istnieje również projekt klienta, który nie musi być z nim zgodny. Projekt stworzony przez instytucję zatrudniającą pracownika socjalnego może być inny od projektu samego pracownika lub klienta. Konfrontacja tych projektów, ich dopasowanie, poszukiwanie podstawy porozumienia stanowi najistotniejszy element tej fazy. Prowadzi on bowiem do wyłonienia wspólnego planu pomocy oraz opracowania umowy między pracownikiem socjalnym, podopiecznym a instytucją.

W zależności od zmian, do których się dąży, oraz od wybranego sposobu postępowania pracownik socjalny może posłużyć się różnymi formami działania metodycznego. Formy te dzielą się na pośrednie i bezpośrednie, w zależności od tego, czy klient występuje w nich w charakterze osoby współdziałającej w tej samej mierze, co pracownik socjalny, czy też nie bierze w nich bezpośredniego udziału.

Ocena rezultatów to etap oszacowania przebytej drogi, rozpoznania zmian, jakie zaszły pomiędzy początkiem a zakończeniem działania. Równie istotne są dokonywanie ocen cząstkowych w trakcie prowadzonych działań oraz ich ewentualna modyfikacja. Oceny końcowej dokonuje się po zakończeniu działania.

Działanie pracownika – niezależnie od tego, czy odnosi się do sytuacji indywidualnej, rodzinnej czy grupowej – siłą rzeczy ograniczone jest w czasie. Każde działanie ma swój początek i koniec. Zakończenie może być przewidziane i służyć jako punkt odniesienia w czasie, gdy umowa między pracownikiem socjalnym, podopiecznym i instytucją przewiduje z góry ustalony porządek działania.

Analizując dostępną literaturę, można wskazać istniejącą prawidłowość dotyczącą postępowania metodycznego w pracy socjalnej. Niezależnie od przyjętego modelu, niezmiennie w stosunku do pojawiających się nowych modeli, postępowanie metodyczne jest zawsze takie samo. Istnieje bowiem jeden rodzaj metodycznego działania w pracy socjalnej, które, z niewielkimi różnicami, stosowane jest w różnych obszarach tematycznych pracy socjalnej w zależności od problemów, instytucji i stosowanego ustawodawstwa prawnego.

Działania zawarte w standardzie pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością stanowią odzwierciedlenie faz postępowania metodycznego w pracy socjalnej scharakteryzowanych powyżej.

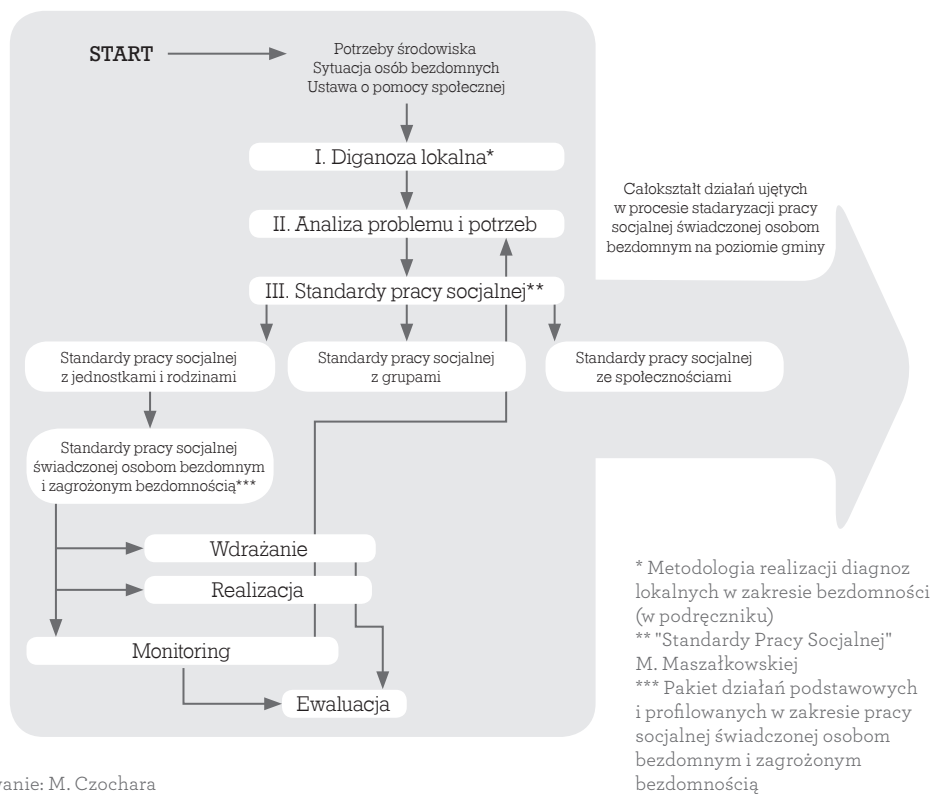
Standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest trybem postępowania wyznaczającym pewne zasady oraz pewną kolejność podejmowanych działań, warunkującym holistyczne spojrzenie na sytuację klienta z punktu widzenia jego potrzeb, a nie jest celem samym w sobie i jedynie proceduralnym działaniem. Jest sposobem postępowania realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem, począwszy od pierwszego spotkania z klientem, aż do zakończenia działania z tym klientem, który staje się w procesie udzielania pomocy równoprawnym partnerem. Podobnie jak metoda w pracy socjalnej, tryb postępowania służy do osiągnięcia wcześniej określonych na danym poziomie oddziaływania celów, lecz ich nie definiuje.

4 MECHANIZM TWORZENIA STANDARDU PRACY SOCJALNEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

Niniejszy podrozdział stanowi próbę uporządkowania myślenia o standaryzacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością i poświęcony jest przede wszystkim mechanizmowi tworzenia standardu. Jest prezentacją koncepcji standaryzacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych, zakładającej możliwość wyboru i oceny najlepszych w tej dziedzinie sposobów działania, które mogą posłużyć jako punkt odniesienia lub wzór/szablon.

Podstawowe ramy standardów określające różnice w pracy socjalnej w kontekście ustawy o pomocy społecznej ustalone zostały już w raporcie Magdaleny Marszałkowskiej (2005) *Standardy Pracy Socjalnej. Raport końcowy. Analiza zasobów*. W opracowaniu tym zróżnicowanie pracy socjalnej odnosi się do oddziaływania na jednostkę oraz grupy społeczne i środowiska lokalne. Proponowany w niniejszym opracowaniu standard stanowi rozwinięcie, a tym samym integralną część *Standardów Pracy Socjalnej...* M. Marszałkowskiej (rys. 1).

rys. 1 Algorytm lokalizacji pracy socjalnej z osobą bezdomną i zagrożoną bezdomnością⁷



Opracowanie: M. Czochara

⁷ Algorytm jest graficznym przedstawieniem lokalizacji wypracowanego katalogu usług w Standardach Pracy Socjalnej... M. Marszałkowskiej oraz całokształtu działań ujętego w procesie standaryzacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością na poziomie gminy. Wskazane działania mogą być realizowane przez OPS, NGO lub w ramach współpracy między nimi. Opracowanie M. Czochara.

Standard jest uszczegółowieniem tegoż postępowania oraz próbą uporządkowania podejmowanych działań ze względu na specyfikę jednego z profilów klienta – osoby bezdomnej i/lub zagrożonej bezdomnością – głównie w pracy socjalnej z jednostką. Natomiast standardy pracy socjalnej z grupą i ze społecznościami uznajemy za opracowane w wystarczającym zakresie i rekomendujemy ich zastosowanie z uwzględnieniem specyfiki pracy z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością.

Przy tworzeniu struktury standardu pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością uwzględniono zalecenia FEANTSA (Europejskiej Federacji Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych) względem komplementarności oddziaływań w zakresie eliminacji problemu bezdomności.

Stąd też rozwiązania w zakresie standardu pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością obejmują:

- prewencję (profilaktykę) – zawierającą również wczesną interwencję
- interwencję wraz z pomocą doraźną
- wsparcie długofalowe, ukierunkowane na integrację społeczną i zawodową.

Jako niezbędną dla skutecznego rozwiązywania problemu bezdomności FEANTSA wskazuje również zasadę wielowymiarowości.

Bezdomność uznawana jest za zjawisko wymagające rozwiązań opartych na wielowymiarowości metod uwzględniających:

- zintegrowanie obszarów mieszkalnictwa, zdrowia, zatrudnienia, edukacji i treningu i innych perspektyw w ramach strategii wobec bezdomności, bowiem droga do i z bezdomności może być bardzo zróżnicowana
- międzyagendową pracę i generalną współpracę z innymi sektorami jako zasadniczy komponent w każdej efektywnej strategii zwalczania bezdomności, bowiem bezdomność nie może zostać zwalczona w szerokim wymiarze jedynie przez działania sektora pomocy ludziom bezdomnym (Olech P., 2010, s. 20).

Odwołując się do powyższych założeń, standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością należy kształtować przede wszystkim w ramach współpracy opartej o znane i przyjęte oraz przestrzegane zasady i możliwości udzielania pomocy osobom bezdomnym zarówno przez jednostki pomocy społecznej, jak i podmioty realizujące zadania na trzech poziomach oddziaływania: profilaktyki, interwencji i integracji.

Proponowane ujęcie zmierza do powiązania każdego – z prowadzonych w ramach pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością – działania oraz każdego poziomu oddziaływania, tak aby wykazać spójność i ciągłość tego procesu.

Ponadto opracowany standard uwzględni świadczenie pracy socjalnej w sposób profilowany ze względu na typ klienta, a nie na typ placówki, w której osoba bezdomna się aktualnie znajduje. Podejście takie wynika z założenia, iż formy pracy socjalnej powinny być zależne i dostosowane do sytuacji osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością oraz wykorzystywać (w jak największym stopniu) jej zasoby i zaangażowanie w proces wychodzenia z bezdomności, tak by nie była ona jedynie biernym odbiorcą pomocy.

Celem standaryzacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych nie była więc hierarchizacja placówek, a w jej ramach pracy socjalnej, tylko dostosowanie form pomocy do profilu klienta i do poziomu oddziaływania. Ze względu bowiem na dużą rozpiętość kategorii osób, których dotyka problem bezdomności, wyodrębnienie poszczególnych profilów klienta stało się koniecznością. Określenie ich pod względem cech sytuacji (zagrożeni bezdomnością, bezdomni) oraz cech osób (osoba starsza, osoba chora psychicznie, osoba zdolna do zatrudnienia itd.) jest czynnością, która racjonalizuje podejmowane działania, uzgadniając je z potrzebami klienta. Te z kolei warunkują cel, zakres i rezultat podejmowanych działań.

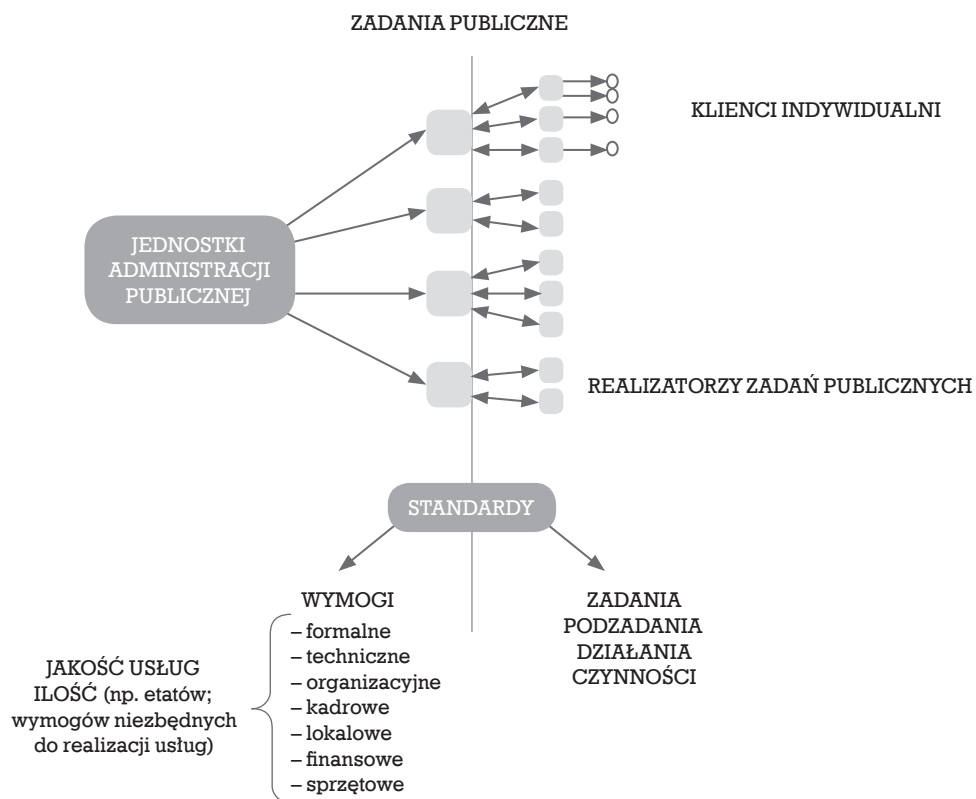
Opracowując standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, przyjęto optymalny katalog i zakres działań, których zastosowanie przyczyni się skutecznie do pozytywnej zmiany kondycji życiowej osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością. W katalogu tym ujęto działania rekomendowane i wskazano sposób ich realizacji. Proponowany przez nas standard należy zatem rozumieć jako normy realizacji działań w zakresie pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, opisujące pożądane zachowania wobec osób bezdomnych, a zarazem sposób pracy (tryb postępowania) gwarantujący pożądaną jakość realizowanych działań.

Przedstawiony standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością stanowi bardziej katalog wskazówek jakościowego postępowania niż tylko narzędzie pracy. Sądzimy, że określony katalog działań w ramach standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością będzie wzmacniać spójny system wsparcia osób bezdomnych na poziomie gmin, zachowując przy tym różnorodność usług oferowanych przez instytucje wszystkich sektorów pomocy społecznej. Opracowany standard wpłynie także na podniesienie jakości realizowanych usług, przy jednoczesnym uwzględnianiu możliwości wprowadzania zmian i innowacyjnych działań, już sprawdzonych pod względem uzyskanych efektów. Dodatkowo przyczyni się do konsolidacji działań jednostek wcześniej ze sobą niewspółpracujących, z zachowaniem istotnych metod, m.in. metody wielowymiarowości i wszechstronności rozwiązań stosowanych w zakresie skutecznej walki z problemem bezdomności (rys. 2), oraz nada działaniom wspólny profil i bardziej usystematyzowany kierunek⁸.

Mechanizm tworzenia standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością oparty został na *Poradniku standaryzacji usług społecznych* Jerzego Boczonja (Boczoń J., 2004), w którym standaryzacja określona została jako proces tworzenia i stosowania reguł zmierzających do porządkowania określonej działalności polegający na: racjonalnym wyborze, uporządkowaniu, upowszechnianiu i ujednoczeniu symboli i pojęć, obejmujący planowanie prac standaryzacyjnych, opracowywanie i ustalanie norm, wprowadzanie ich w życie, badanie skutków ich wprowadzania oraz kontrolę ich stosowania (Boczoń J., 2004. s. 10).

⁸ Warto zapoznać się z opracowanymi już przez Instytut Spraw Publicznych *Standardami współpracy administracji publicznej z sektorem pozarządowym* (Rymsza M., Frączak P., Skrzypiec R., Wejcman Z., 2007).

rys. 2 Schemat powierzenia i wspierania realizacji zadań publicznych⁹



Dokument Centrum Służby Rodzinie w Łodzi z 2005 r. Standardy Realizacji Usług Publicznych, opracowanie M. Czochara.

Za autorem przyjęto, iż standard pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością powinien zawierać odpowiedzi na pytanie: „Co? (w jakiej ilości? na jakim poziomie?) można zaproponować (dostarczyć) w ramach pracy socjalnej na rzecz określonych jednostek i grup, adekwatnie do ich rozpoznanych potrzeb i zgodnie z wymogami racjonalnego (efektywnego) ich zaspokajania, uspołniając i systematyzując tym samym praktyczną wiedzę i metody w zakresie dotychczas realizowanej pracy socjalnej wobec określonej grupy (osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością).

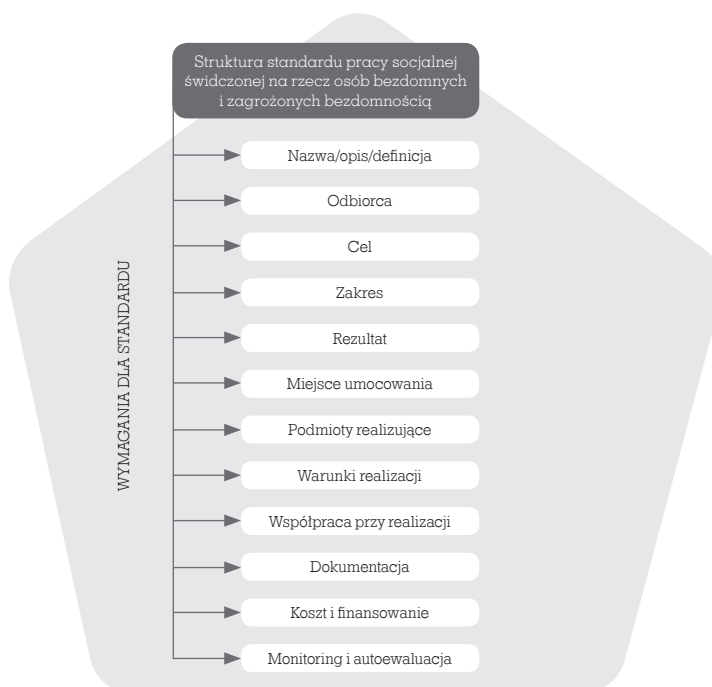
Aby proces ten był prawidłowy i efektywny, zastosowano określone zasady, jakie powinny towarzyszyć standaryzacji:

⁹ Wskazany przy opracowywaniu obiektywnych standardów, które mogą być stosowane przez administrację publiczną przy powierzaniu i wspieraniu zadań publicznych realizowanych przez organizacje pozarządowe.

- **adekwatności** – to znaczy względnej zgodności między potrzebami określonych grup klientów a oferowanym zakresem i jakością usług
- **elastyczności** – to znaczy stosowania metod, technik i sposobów zaspokajania potrzeb w zależności od zaistniałej sytuacji, w granicach gwarantujących zachowanie pierwotnego znaczenia i celu realizowanego zadania
- **ramowości** – to znaczy możliwości poruszania się w procesie zaspokajania potrzeb w odpowiednim przedziale norm i normatywów, o ustalonej rozpiętości, które dzięki możliwości wyboru kryteriów pozwalają działać skutecznie na rzecz konkretnego klienta lub na rzecz grupy klientów
- **spójności** – to znaczy korelacji rozwiązań przyjętych i stosowanych na różnych poziomach zarządzania sferą społeczną (Boczoń J., 2004, s. 10).

Dla opisu proponowanego standardu pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym przyjęto ostatecznie jednorodną strukturę i układ informacji, które obejmują zbiór wymagań, a jednocześnie wyznaczają standard pracy socjalnej (rys. 3).

rys. 3 Struktura standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością i zawarty w jego opisie układ informacji



Poprzez standard należy zatem rozumieć kryteria wymagań obowiązujące podmiot realizujący standard, których przestrzeganie zapewnia jakość i porównywalność usług świadczonych dla klientów w formie indywidualnych i grupowych działań. Określony tok postępowania pełni również funkcję swoistego „przewodnika” metodycznego dla realizatorów pracy socjalnej w ramach standardu, którzy wymagania określone w standardzie włączają do codziennej pracy, a wyniki systematycznie przeprowadzanej oceny jakości usług wykorzystują do wprowadzenia działań korygujących zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami klientów. Standard wyznacza zatem pewien sposób myślenia i działania w kategoriach jakości, która powoduje, że stosuje się i ustawicznie poszukuje najlepszych rozwiązań (Symela K., Zwolińska A., Żurek M., Żywiec-Dąbrowska E., red., 2005).

Opisując ów mechanizm, naszym celem jest pokazanie uniwersalnego wzoru/szablonu właściwego standaryzowania usługi w tym zakresie, procedury jego wdrażania oraz wskazówek i zasad prowadzenia działań ewaluacyjnych, a nie jedynie wskazanie już wystandaryzowanej usługi z zamkniętym katalogiem działań, gotowym do zastosowania.

Mamy nadzieję, że wypracowane rozwiązania okażą się podstawą do tworzenia własnych standardów usług wraz z szerszymi pakietami działań profilowanych (czynności) w tym zakresie (stanowiących rozwinięcie zaproponowanego katalogu działań), jak również wpiszą się w proces tworzenia gminnego modelu wychodzenia z bezdomności – proces budowania systemu usług w wybranej sferze, na miarę potrzeb i możliwości danej gminy.

Biorąc pod uwagę wymagania dotyczące opisu standardu określone przez J. Boczonias oraz wagę pozostałych elementów takich jak procedury stosowane przy realizacji zadania/usługi czy zasady monitoringu i ewaluacji realizowanej usługi, grupa ds. pracy socjalnej wypracowała zarys procesu wdrażania standardu w formie procedury oraz ogólne wytyczne i zasady działań ewaluacyjnych towarzyszące jego wdrażaniu. Dopuszczalna objętość tego opracowania nie pozwala na ich zamieszczenie, ale są one dostępne dla partnerstw lokalnych w fazie przewidzianego pilotażu realizowanego we wspomnianym projekcie 1.18.

Warto jednak zaznaczyć, iż realizacja usług społecznych, w tym działań w zakresie standardu pracy socjalnej świadczonych osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością, w praktyce wymaga stosowania podstawowych zasad postępowania w działalności usługowej. Przyjęto, iż zasady te odnoszą się do każdego działania w ramach standardu i stanowią jednocześnie swoisty kodeks postępowania dla wykonawców usług (Symela K., Zwolińska A., Żurek M., Żywiec-Dąbrowska E., red., 2005).

Dobór i zakres udzielanych świadczeń realizowanych w ramach standardu powinien odzwierciedlać zasady istotne z punktu widzenia realizacji usług społecznych, m.in. zasady komplementarności, indywidualności, podmiotowości, pomocniczości.

5 PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DO REALIZACJI PRACY SOCJALNEJ ZGODNEJ ZE STANDARDEM¹⁰

Wsparcie osób bezdomnych jest niezmiernie trudnym zadaniem. Jak pomagać osobom doświadczającym bezdomności – to pytanie, na które próbują od wielu lat odpowiedzieć zarówno praktycy, jak i teoretycy. Złożony charakter zjawiska bezdomności wynika z całej gamy problemów psychologicznych, prawnych, medycznych, kulturowych i ekonomicznych osób bezdomnych, a sytuacja osób bezdomnych wynika ze skomplikowanej natury samego zjawiska bezdomności, które wiąże się niejednokrotnie z wielowymiarowym kontekstem, obejmującym wiele obszarów życia dotkniętych nią osób – od materialnych podstaw egzystencji (brak dochodów, brak zatrudnienia) poprzez relacje ze środowiskiem lokalnym (izolacja społeczna, stygmatyzacja) po sferę związaną z osobistymi potrzebami tych osób (brak poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie, utrata sensu życia) i sferę podmiotowych praw obywatelskich (brak możliwości decydowania, ochrony praw, szacunku). W każdym z tych obszarów osoby bezdomne doświadczają deprivacji potrzeb, a po upływie miesięcy czy lat wiele z nich przystosowuje się do warunków, w jakich żyje, za cenę utraty kontroli nad własnym życiem i przyzwolenia na społeczne wykluczenie.

Wśród wielu czynników, które w istotny sposób wpływają na sytuację osób bezdomnych, jednym z najważniejszych jest czas trwania i przebieg procesu wchodzenia w stan bezdomności. L. Stankiewicz (2002) wyróżnia 5 faz przechodzenia w stan bezdomności: od momentu załamania planu życiowego i rozpadu więzi z rodziną (I) poprzez ubóstwo (II) po stopniowe stawanie się osobą bezdomną w różnych wymiarach (III), przystosowanie się do bezdomności (IV) i wejście w stan utrwalonej bezdomności (V).

Przystosowanie się do bycia osobą bezdomną oznacza często ostateczną rezygnację z prób zmiany swojej sytuacji, a także pojawienie się syndromu wyuczzonej bezradności. Osoba bezdomna często w sytuacji pojawienia się szansy na wyjście z sytuacji, w jakiej się znajduje, nie potrafi z niej skorzystać (Wódcz K., 2008.).

Wydaje się więc, że skuteczne świadczenie pomocy ukierunkowanej na samodzielność (lub choćby poprawę ogólnej kondycji) osoby znajdującej się w tak trudnych warunkach życiowych jest wyzwaniem. W tej perspektywie realizacja pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zgodnie ze standardem może wydawać się trudno osiągalnym wzorem postępowania praktycznego. Należy więc podkreślić, że kwestię pomocy osobom bezdomnym trudno jest zamknąć w standardzie postępowania i ogarnąć nawet najlepiej zredagowanym podręcznikiem – żywy przekaz budzący wyobraźnię i emocje odbiorców pozostanie najsukcesowniejszą w tym zakresie formą. Niemniej trzeba próbować, a standard pracy socjalnej może z pewnością stanowić katalog wskazówek jakościowego postępowania oraz pełnić funkcję swoistego przewodnika metodycznego.

Wychodząc naprzeciw przewidywanym trudnościom, można najlepiej scharakteryzować specyfikę najtrudniejszej grupy odbiorców pomocy – osób bezdomnych – odpowiadając na kilka podstawowych pytań.

5.1 Kim jest osoba bezdomna?

- jest człowiekiem takim samym jak inni ludzie, tylko czasem może trochę bardziej zaniedbanym fizycznie

¹⁰ Opracowanie M. Czochara.

- jest człowiekiem takim samym jak inni ludzie, tylko czasem może trochę bardziej zmęczonym życiem
- jest człowiekiem takim samym jak inni ludzie, który tylko czasem nie widzi sensu swojego życia.

5.2 Jakie potrzeby ma osoba bezdomna?

- potrzebuje akceptacji
- potrzebuje uznania
- potrzebuje możliwości do określenia siebie (budowania tożsamości)
- potrzebuje zrozumienia
- potrzebuje wsparcia w walce ze swoimi słabościami (szczególnie z nałogami).

5.3 Czym jest proces pomocowy dla osoby bezdomnej?

Proces pomocowy realizowany w ramach pracy socjalnej zgodnej ze standardem jest:

- długoterminowym i trudnym postępowaniem, na które składają się wzloty i upadki
- wspólnym działaniem opartym na wymianie myśli i wzajemnym zaufaniu
- wspólnym poszukiwaniem optymalnych rozwiązań dla poprawy kondycji życiowej osoby objętej wsparciem – lepsza jakość życia jest tu celem nadrzędnym
- budowaniem sieci wsparcia społecznego (formalnego, nieformalnego, naturalnego, instytucjonalnego) dostosowanego do indywidualnych potrzeb klientów.

Pomoc to relacja, którą trzeba stworzyć. Podstawą każdej relacji jest poczucie zaufania, swobody i bezpieczeństwa. Skuteczne działanie wymaga wzajemnego zaufania. Jego powodzenie zależy od jakości spotkań, a odpowiedzialność za ich kształt i rezultat w dużej mierze spoczywa na realizatorze.

5.4 Zadania realizatora pracy socjalnej

Realizator pracy socjalnej wykonywanej zgodnie ze standardem powinien:

- wzbudzić chęć do działania i aktywności u osoby bezdomnej
- odkryć i uwolnić potencjał drzemący w człowieku, aby mógł on dokonywać samodzielnych wyborów i pokonywać swoje ograniczenia
- wzmocniać podmiotowość klienta poprzez stwarzanie możliwości decydowania o formach, zakresie i czasie trwania podejmowanych wobec niego działań
- pomóc człowiekowi odzyskać utraconą godność i szacunek do samego siebie
- rozpatrywać sytuację każdego człowieka przez pryzmat jego zdolności do angażowania się, podejmowania decyzji i dokonywania wyborów – a nie tylko w kontekście jego trudności i niedostatków
- stosować aktywne słuchanie, które pozwala ujawnić oczekiwania i potrzeby klienta
- patrzeć holistycznie na potrzeby i problemy klientów uwzględniając wzajemne powiązania między klientem a rodziną, środowiskiem lokalnym
- akcentować silne strony klienta i mobilizować szeroko rozumiane zasoby: osobiste (tkwiące w samym kliencie), interpersonalne, rodzinne, sąsiedzkie, organizacyjne
- przyjmować na siebie odpowiedzialność za właściwe ukierunkowywanie dalszego życia drugiego człowieka
- współpracować z innymi osobami pomagającymi danej osobie.

5.5 Czego należy się spodziewać?

- że zachowanie osoby bezdomnej może być różne
- że osoba bezdomna wielu rzeczy po prostu nie wie
- że osoba bezdomna nie zaakceptuje tego, czego nie rozumie i z czym się wewnętrznie nie zgadza.

Zatem należy spodziewać się wszystkiego: zarówno nieprzewidzianych trudności, jak i zaskakujących pozytywnych okoliczności.

5.6 Czego nie wolno robić?

- składać osobie bezdomnej obietnic bez pokrycia
- pozbawiać osoby bezdomnej godności ludzkiej
- przerzucać na osobę bezdomną odpowiedzialności za swój brak wiedzy lub umiejętności
- wzbudzać poczucia winy u osoby bezdomnej
- z góry oceniać i „przyklejać etykiety” poznawanym osobom bezdomnym
- ustalać warunków współpracy nierealnych w danym momencie do spełnienia przez osobę bezdomną
- decydować za drugiego człowieka i narzucać własnych pomysłów, o których sądzimy, że są korzystne.

5.7 W szczególności należy:

- identyfikować ludzi według tego, czego im brakuje, i rozróżnić ich prawdziwe problemy
- pamiętać o tym, że każdy człowiek często może mieć znacznie większy potencjał, niż się nam wydaje
- pamiętać, że nawet gruntowne szkolenia nie dają kompletnej wiedzy o drugim człowieku: każda osoba jest inna
- zachować właściwy dystans i właściwą relację wobec drugiego człowieka
- panować nad własną potrzebą natychmiastowego uzyskania namacalnych wyników
- zaznaczać osiągnięte sukcesy, zmieniać umowę i dostosować ją do zmieniającej się sytuacji
- troszczyć się także o własną kondycję psychiczną (superwizja) – cierpienia osób, które wspieramy, mogą się odbijać na nas.

5.8 Czego należy unikać?

- podejścia rutynowego (pomagania za wszelką cenę)
- trzymania się naszego własnego pomysłu na pomaganie drugiemu człowiekowi, stworzonych na podstawie naszych własnych wyobrażeń o jego potrzebach (stworzenie sobie takiego projektu utrudnia wysłuchanie drugiego człowieka)
- ograniczania się wyłącznie do raz przyjętego wobec danej osoby planu pomocy (projektu działań)
- mylenia oczekiwań danej osoby z naszymi własnymi oczekiwaniami i priorytetami oraz z tym, co my sami uznajemy za właściwe dla niej
- angażowania się w nieprzemyślane przedsięwzięcia pod presją czasu
- obwiniania się z powodu braku „cudownych rozwiązań” mimo wysiłków z każdej ze stron
- stwarzania pozorów bycia ekspertem, który ma odpowiedź na wszystkie pytania.

5.9 Kim nie jest realizator?¹¹

- Panem Bogiem – nie jest w stanie pomóc każdemu i wykonać każdej pracy, szczególnie za kogoś
- policjantem – jego zadaniem jest wsparcie i pomoc w realizacji celów drugiego człowieka, a nie pilnowanie go
- przyjacielem – praca socjalna jest realizacją konkretnych zadań i wymaga profesjonalnego podejścia (a nie „bratania się”), które gwarantuje dystans i rzetelną realizację celów.

W ramach podsumowania działań podejmowanych zgodnie ze standardem pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością opracowane zostały również poniższe praktyczne wskazówki-założenia warunkujące pracę realizatora, a mianowicie:

- praca socjalna realizowana w ramach standardu powinna być procesem zaplanowanych i zespołowych działań obejmujących wszystkie niezbędne i możliwe dla danej sytuacji formy świadczeń z zakresu ratownictwa, opieki, pomocy, kompensacji wobec osoby, rodziny czy grupy społecznej
- działania w ramach świadczenia pracy socjalnej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością powinny być spójne z profilem klienta oraz z poziomem oddziaływania, zależne od klienta, nakierowane na (re)integrację społeczną i zawodową (co wynika ze specyfiki pracy socjalnej, która dostosowana jest do specyficznych, rozeznaczonych potrzeb osoby, rodziny, środowiska lokalnego)
- w świadczeniu pracy socjalnej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością powinny być wykorzystywane metody pracy socjalnej oraz techniki i narzędzia, a w szczególności indywidualny program wychodzenia z bezdomności
- w pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym należy uwzględnić tryb postępowania metodycznego, na który składają się z następujące elementy: analiza stanu wyjściowego, ocena, projektowanie działań, podjęcie działań, monitoring i ocena tych działań, zakończenie
- realizatora standardu podejmującego pracę socjalną z osobą bezdomną i zagrożoną bezdomnością powinny obowiązywać określone warunki pracy, czas pracy, liczba klientów, do objęcia pomocą których jest zobligowany, metody i narzędzia pracy, do których powinien mieć dostęp
- realizator pracy socjalnej powinien być zobowiązany do przestrzegania określonych w ramach standardu zasad pracy:
 - zachowania indywidualności i podmiotowości – poszukiwania rozwiązań dostosowanych do potrzeb i możliwości danej osoby, podejmowania działań ukierunkowanych na jej indywidualny rozwój (pracy metodą indywidualnego przypadku, która jest wyrazem indywidualizacji pracy oraz dopasowania zarówno jej, jak i podejmowanych działań, do klienta)
 - zachowania kompleksowości działań (podejścia holistycznego) – prowadzone działania z założenia mają oddziaływać i brać pod uwagę sześć wzajemnie przenikających się sfer funkcjonowania człowieka: psychologiczną, zdrowotną, socjalno-bytową, mieszkaniową, społeczną, zawodową
 - zachowania elastyczności (podejścia etapowego) – metody małych kroków, ciągłego rozwijania i modyfikowania relacji oraz elastycznego reagowania na kryzysy i potrzeby klienta
 - udzielania wsparcia (towarzyszenia w kierunku aktywności) – emocjonalnego (pomoc o charakterze motywującym, wartościującym), społecznego (działania wychowawcze, aktywizacja okre-

¹¹ Inspirację zaczerpnięto z *Przewodnika streetworkera* (Bałchan A., Lasoty M., 2010).

śląjąca okoliczności sprzyjające powrotowi do społeczeństwa, przełamanie samotności i izolacji społecznej, szereg działań towarzyszących, służących (re)integracji społecznej, w tym odbudowa więzi rodzinnych, pozwalających na lepsze funkcjonowanie w środowisku zewnętrznym, nauka spędzania wolnego czasu), zawodowego (po pierwsze – udzielanie pomocy w zakresie doradztwa zawodowego, po drugie – dostarczanie niezbędnych informacji o rynku pracy, niszowych zawodach, możliwościach podniesienia lub zdobycia kwalifikacji zawodowych, kursy, szkolenia, staże, praktyki)

- zastosowanie (wykorzystanie) w pracy trzech podstawowych metod pracy socjalnej (pracy indywidualnej, grupowej, środowiskowej) oraz poszukiwanie i wykorzystywanie nowych metod skupionych wokół wyżej wymienionych zakresów oddziaływań m.in. metoda towarzyszenia, mentoringu, coachingu
- uczynienie diagnozy sytuacji klienta oraz diagnozy środowiska, w którym pracuje, podstawą realizowanej usługi w ramach standardu
- powoływanie zespołów interdyscyplinarnych celem wspierania własnej działalności przez specjalistów właściwych dla sytuacji osoby bezdomnej, a w szczególności przez psychologa i terapeutę z uwagi na problem uzależnienia wśród osób bezdomnych
- tworzenie sieci oparcia na rzecz klienta w celu zwiększenia skuteczności i efektywności pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych
- inicjowanie współpracy partnerów społecznych na rzecz (re)integracji społecznej osób bezdomnych celem tworzenia spójnego i komplementarnego programu usług
- wykorzystywanie indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności jako podstawowego narzędzia pracy – celem kompleksowego oddziaływania na wszystkich poziomach pracy socjalnej w kierunku stopniowego wychodzenia z bezdomności
- tworzenie kontraktu socjalnego (najlepiej wielostronnego) jako podstawy porozumienia o współpracy z osobą bezdomną i zagrożoną bezdomnością wszędzie tam, gdzie ma zastosowanie
- prowadzenie stałego monitoringu postępu podopiecznego w ramach udzielanego wsparcia
- poddawanie się superwizji
- prowadzenie stałej autoewaluacji własnej pracy.

STANDARD MIESZKALNICTWA I POMOCY DORAŻNEJ

I WPROWADZENIE¹²

Bezdomność to zjawisko, o którym się mówi, które jest obecne w naszej rzeczywistości społecznej i którego na sposób ludzki się boimy. Postępujący rozwój cywilizacyjny przełomu wieków wskazuje na istniejący rozmach i potęgę twórczą ludzkiego umysłu. Jednocześnie obok ludzi młodych i sprawnych widzimy osoby, które nie nadążają za przysłowiowym „wyścigiem szczurów”. Nie tylko dlatego, że z różnych przyczyn nie potrafią, ale także dlatego, że po prostu nie chcą. Nieliczni bogaci mieszkają w otoczeniu całych rzesz biednych; mniej liczy się człowiek, bardziej to, co posiada. Dzisiejsi milionerzy stają się jutrzejszymi żebrakami. Społeczeństwa tracą jednoznaczność normatywną: prawda przeplata się z fałszem; pytania o podstawy obowiązujących systemów wartości uzyskują niejednoznaczne odpowiedzi lub pozostają bez echa. Tymczasem zmieniająca się rzeczywistość domaga się nieustannych predyspozycji dostosowawczych i wszyscy ci, którzy nie mieszczą się w określonych ramach współżycia społecznego, zostają zepchnięci na „pobocze” i żyją własnym życiem; dla innych kończy się to wejściem w sferę wykluczenia społecznego. W tej różnorodności kontestowania świata odnajdujemy bezdomność, która – po bliższym poznaniu jej istoty – jawi się jako bardzo bliska człowiekowi. Bezdomność jest już dzisiaj zjawiskiem masowym, a jednocześnie na tyle nieznanym, że nadal trudno określić jego rozmiary oraz zróżnicowanie wewnętrzne.

Punktem wyjścia do podejmowanych analiz jest przeświadczenie, że bezdomność to nie tylko rezultat uwarunkowań socjalnych, np. bezrobocia czy pogłębiającej się biedy. To jednocześnie skutek zmniejszonej zdolności do samodzielnego życia i poddania się wymogom społeczeństwa, które jednostkę ocenia głównie pod względem wydajności i skuteczności ekonomicznej. W gąszczu starych problemów ludzkich pojawiają się całkiem nowe lub już zdefiniowane, ale w nowych odsłonach. Włóczęgostwo, żebractwo czy życie tułaczkie są znane od wieków. Także sama bezdomność nie jest zjawiskiem nowym, chociaż wciąż na nowo odkrywamy. Bezdomni to ludzie żyjący w kryzysie, którzy nie potrafią przystosować się do zasad obowiązujących w społeczności, której są członkami. Na zjawisko bezdomności można patrzeć jako na rzeczywisty brak domu, który pomaga tworzyć wspólnotę i jest równocześnie punktem odniesienia w sytuacjach kryzysów. Pogłębione analizy przeżywania bezdomności przez ludzi nią dotkniętych pozwalają wskazać jeszcze jeden istotny wymiar bezdomności: prócz fizycznego braku schronienia równie dotkliwie stają się samotność, opuszczenie przez bliskich, niezrozumienie wśród dotychczasowych znajomych i przyjaciół. W sytuacji nałożenia się tych doświadczeń bezdomność staje się sytuacją, w której człowiek, odarty ze swej godności, przeżywa swoją małość, swoją nieporadność (Duda M., 2011).

Wsparcie osób bezdomnych w głównej mierze sprowadza się do działań pomocowych i aktywizujących do wyjścia z bezdomności tych, którzy jeszcze mogą podjąć walkę o swoją przyszłość. Powsta-

¹² Napisała M. Duda.

jące w ostatnich latach instytucje i organizacje działające na rzecz osób bezdomnych podchodzą do problemu bezdomności z dużą pokorą, mając świadomość, że osobami bezdomnymi są bardzo często ludzie mocno przez życie doświadczeni. Stąd podstawowa trudność – postawić właściwą diagnozę oraz opracować indywidualny program wsparcia. Jednak wcześniej potrzeba pomocy jak najbardziej podstawowej – od zabezpieczenia dachu nad głową przez pomoc materialną po wsparcie medyczne i zróżnicowane wsparcie doradców. Potrzeba często długofalowych oddziaływań terapeutycznych, prowadzących do odzyskania wiary w siebie, w swoje możliwości oraz wiary w ludzi – odbudowania umiejętności budowania relacji osobowych.

Istniejące placówki wsparcia osób bezdomnych i potrzebujących kompleksowych oddziaływań pomocowych oferują zróżnicowany zestaw usług: począwszy od najbardziej zasadniczych, zabezpieczających realizację podstawowych potrzeb życiowych, po usługi wymagające podjęcia trudu z obu stron: zarówno placówki pomocowej, jak i samego bezdomnego. Nie zawsze jednak są to usługi na poziomie, który może zachęcać do podjęcia próby walki i zmianę dotychczasowych nawyków nabytych w bezdomności. Co więcej, ustawowy obowiązek opracowania gminnych programów wspierania osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością nie zawsze jest należycie realizowany. Poznanie istoty bezdomności, wsłuchanie się w głos samych bezdomnych, a jednocześnie rozeznanie istniejących ograniczeń, których doświadczają osoby pomagające, stanowią istotny przyczynek w przygotowywanej narodowej strategii zapobiegającej rozprzestrzenianiu się tego destrukcyjnego zjawiska, które odbiera człowiekowi jego godność.

Prezentowane opracowanie zostało pogrupowane w siedmiu rozdziałach, które szczegółowo przedstawiają opis wymogów w poszczególnych obszarach wsparcia osób bezdomnych oraz podmiotów realizujących poszczególne zadania. Na szczególną uwagę zasługują niektóre z nich:

- opracowanie trzech poziomów placówek świadczących pomoc bezdomnym, których wewnętrzne zróżnicowanie podyktowane jest stopniem degradacji spowodowanej życiem w bezdomności oraz siłą determinacji bezdomnego do poprawy swego losu. Dokonano również kategoryzacji istniejących sposobów pracy z osobami bezdomnymi i uporządkowania poprzez budowę modeli pracy, wraz z ich opisem
- rozdział szósty zawiera opracowanie swoistej systematyzacji istniejących form wsparcia oraz określa szczegółowo wymogi dotyczące konkretnej usługi.

Prezentowane standardy mają w przeważającym zakresie charakter minimalny. Rozszerzenie do wariantu optymalnego może się dokonać między innymi poprzez włączenie usług z innych obszarów niż mieszkalnictwo i pomoc doraźna, np. usług zdrowotnych w domach dla bezdomnych. Oczywiście również dopuszczalne, a nawet wskazane, będą wszystkie działania zmierzające do podniesienia poziomu standardu określonej placówki. W odniesieniu do prowadzonych w placówkach działań z zakresu pracy socjalnej zaznaczono jedynie, że jest ona świadczona w sposób profilowany ze względu na typ klienta, a nie placówki, w jakiej aktualnie może on przebywać.

Należy dodać, że możliwa i wskazana jest kompilacja kilku rodzajów placówek obok siebie. Zwłaszcza jeśli chodzi o grupę placówek zamieszkania całodobowego i pewne punkty poradnictwa czy innej pomocy doraźnej, to ich koegzystencja często zwiększa efektywność działań oraz pozwala oddziaływać zarówno np. na grupę stałych mieszkańców schroniska, jak i na osoby zagrożone bezdomnością zamieszkujące w najbliższej okolicy.

W opracowanych modelach standardów w zakresie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej grupa odniosła się do najważniejszych i kluczowych wniosków oraz najważniejszych rekomendacji z fazy diagnozy. Grupa rekomenduje certyfikowanie i wpis do rejestru placówek dla osób bezdomnych – jako obligato-

ryjne zasady przy ubieganiu się o dotacje ze środków publicznych. Zawarto również wskazanie tworzenia map pomocy, rozumianych jako zadanie gminy, która poprzez odpowiednie badania określiłaby strukturę oraz liczbową skalę zjawiska bezdomności, a także lokalne uwarunkowania w zakresie rynku pracy, rozwoju ekonomiczno-gospodarczego gminy itp. Mapa taka może przyczynić się do skorelowania skali zjawiska z usługami, jakie będą kierowane do osób bezdomnych. Dzięki temu byłoby możliwe zaplanowanie sieci pomocy skutecznie i sprawnie pomagającej osobom bezdomnym. Rekomendacja dotycząca funkcjonowania dużych placówek dla osób bezdomnych znalazła natomiast odzwierciedlenie w warunkach realizacji poszczególnych usług z zakresu mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, w których zawarto maksymalną liczbę osób, dla jakiej przewidziane jest funkcjonowanie placówki, oraz inne warunki techniczne, jakim powinny one odpowiadać. Jednak najważniejszym zaleceniem wynikającym z fazy diagnozy jest rekomendowanie zwiększenia dostępności mieszkań socjalnych, komunalnych, społecznych i innych pozostających w zasobach gminy dla osób mniej zamożnych i bezdomnych. Ważna również w tych działaniach jest prewencja, czyli zapobieganie bezdomności, szczególnie wśród osób zadłużonych w spółdzielniach mieszkaniowych.

W opisie placówki dla osób bezdomnych podzielono na placówki pomocy doraźnej, placówki stacjonarne, placówki samodzielnego funkcjonowania oraz punkty pomocy doraźnej, wykazując w ten sposób konieczność funkcjonowania każdej z nich jako spójnego elementu pomocy osobom bezdomnym. Wszystkie usługi opracowane są według tego samego wzoru: definicja usługi, odbiorca usługi, cel główny i cele szczegółowe, zakres i rezultat usługi; kompetencje realizatora. Ponadto wskazane zostały podmioty odpowiedzialne za realizację usług, warunki realizacji, instytucje wspierające realizację usług; minimum prowadzonej dokumentacji, zakresy kosztów; zasady prowadzonego monitoringu i ewaluacji działań oraz rekomendacje dla praktyków.

Opracowany dokument kończą *Rekomendacje ogólne*, które nie tylko stanowią wyraźnie zarysowane wytyczne w odniesieniu do proponowanych rozwiązań, ale mogą stanowić cenne źródło informacji dla opracowań ogólniejszych rozwiązań prawnych w zakresie profilaktyki bezdomności oraz wspierania już istniejących obszarów życia bezdomnych.

Za szczególnie ważne w opracowanym materiale, zdaniem grupy eksperckiej, należy uznać wskazanie konieczności rzetelnych opracowań gminnych programów przeciwdziałania zjawisku bezdomności, jak również określenia zasad współpracy wszystkich istniejących i powstających podmiotów wspierania osób bezdomnych w przewidywaniu ich dotychczasowego położenia

2 ZASADY WDRAŻANIA STANDARDÓW PLACÓWEK DO GSWB

Gmina jest zobowiązana przeprowadzać w sposób cykliczny diagnozę dotyczącą liczby, sytuacji i potrzeb osób bezdomnych na swoim terenie. Wykonanie odpowiednich badań oraz opracowanie diagnozy może zostać zlecone na podstawie konkursu organizacjom bądź instytucjom posiadającym odpowiednią wiedzę i doświadczenie w tym zakresie.

Na podstawie wykonanej diagnozy opracowane zostaną wytyczne tworzenia placówek dla osób bezdomnych. Powinny obejmować liczbę bezdomnych na terenie danej gminy oraz diagnozę profilu zjawiska bezdomności w gminie. Od liczby oraz profilu osób bezdomnych w gminie (w tym osób bezdomnych ulicznych) uzależniony będzie obowiązek utworzenia w gminie konkretnej placówki bądź placówek dla osób bezdomnych. Liczba ta musi mieć odzwierciedlenie w liczbie zakontraktowanych miejsc w placówkach o określonym standardzie.

Zadanie powinno zostać zrealizowane poprzez powołanie partnerstwa lokalnego pomiędzy gminą a organizacjami pozarządowymi i innymi odpowiednimi interesariuszami. Różnorodność partnerów umożliwi wzajemne wsparcie oraz transfer potrzebnej wiedzy w zakresie problemów społecznych i sposobów ich rozwiązywania.

Sprawną realizacją działania wymaga wprowadzenia czytelnego systemu monitorowania i ewaluacji. Za realizację działania odpowiedzialna jest gmina.

Propozycja systemu wdrażania GSWB:

- rada gminy: podjęcie uchwały o wdrażaniu gminnego standardu wychodzenia z bezdomności
- organ wykonawczy (prezydent, burmistrz, wójt): opracowanie szczegółowego planu działania, wskazanie osoby koordynatora (osoby odpowiedzialnej za wdrożenie GSWB), zaproszenie do udziału w partnerstwie interesariuszy: dyrektorów Ośrodka Pomocy Społecznej, Wydziału Budynków i Lokali, Wydziału ds. Przedsiębiorczości, komendantów służb mundurowych, dyrektora Stacji Ratownictwa Medycznego, organizacji pozarządowych, instytucji kościelnych itp., opracowanie i podpisanie odpowiedniego porozumienia bądź umowy o współpracy w zakresie wdrażania GSWB, powołanie rady interesariuszy (zespołu składającego się z przedstawicieli każdego z interesariuszy, podejmującego decyzje w zakresie opracowania diagnozy i wdrażania GSWB – nazwa przykładowa). Pracom rady interesariuszy przewodniczy ustanowiony przez organ wykonawczy (prezydenta, burmistrza, wójta) koordynator
- dyrektor Wydziału (Referatu, Biura) Budynków i Lokali: dostarczenie koordynatorowi danych w zakresie gospodarki mieszkaniowej w gminie
- dyrektor Wydziału (Referatu, Biura) ds. Przedsiębiorczości: dostarczenie koordynatorowi danych w zakresie sytuacji ekonomicznej w gminie
- koordynator we współpracy z pozostałymi interesariuszami: przeprowadzenie badań w zakresie liczby i sytuacji osób bezdomnych (w tym „ulicznych”) na terenie gminy (przeprowadzenie diagnozy w czasie zimy)
- dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej: opracowanie diagnozy problemu bezdomności w gminie
- organ wykonawczy (prezydent, burmistrz, wójt): przedstawienie radzie miasta/gminy opracowanej diagnozy
- rada gminy: przyjęcie diagnozy, zgłoszenie odpowiednich uwag w zakresie wdrażania elementów GSWB
- rada interesariuszy: opracowanie propozycji wdrażania elementów GSWB na podstawie diagnozy przyjętej przez radę miasta/gminy
- rada interesariuszy: podział i wdrażanie odpowiednich elementów GSWB
- organ wykonawczy (prezydent, burmistrz, wójt): kontrola i odpowiedzialność za wdrażanie działań przez odpowiednie komórki urzędu miasta/gminy.

Uwaga: w przypadku zawiązania formalnego partnerstwa radę interesariuszy zastępuje rada partnerstwa.

3 REKOMENDACJE DLA PRAKTYKÓW

Wskazane jest tworzenie partnerstw formalnych umożliwiających podział zadań pomiędzy poszczególnych partnerów (szczegóły w materiale opracowanym przez grupę partnerstw lokalnych).

4 FINANSOWANIE

Udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym zgodnie z art. 17 ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. stanowi zadanie własne o charakterze obowiązkowym gminy, przy czym właściwość miejscową ustala się na podstawie stałego zameldowania lub w przypadku jego braku ostatniego zameldowania na pobyt stały. Na gminach więc spoczywa obowiązek finansowania usług w tym zakresie.

Wskazane jest, aby każda gmina na podstawie przeprowadzonej diagnozy określiła niezbędną liczbę miejsc dla zapewnienia schronienia osobom bezdomnym korzystającym z jej usług. Zakontraktowanie miejsc powinno odbywać się w wyniku konkursu ogłaszanego przez gminę na określoną usługę odpowiadającą obowiązującym standardom. Dla podniesienia jakości usług świadczonych przez placówki konieczne jest finansowanie przez gminy tzw. kosztów stałych (bezpośrednich i pośrednich) ponoszonych przez placówkę bez względu na liczbę mieszkańców aktualnie w niej przebywających. W *Raporcie z fazy diagnozy* wskazano, że byłoby to rozwiązanie korzystne zarówno dla gminy, jak i organizacji pozarządowej, a finalnie także dla samej osoby bezdomnej. Trudno jest dziś określić precyzyjnie wysokość kosztów stałych funkcjonowania placówki, ale z pewnością nie powinny być one niższe niż 60% ogólnego budżetu. Wskazuje się konieczność określenia tych kosztów na etapie pilotażu standardów i przygotowania odpowiednich algorytmów do ich wyliczania.

Osoby bezdomne posiadające własny dochód powinny ponosić koszty pobytu w placówce. Konieczne jest jednak określenie jednolitego w całym kraju systemu ich ponoszenia. Z diagnozy przeprowadzonej w pierwszej fazie projektu wynika, że dziś funkcjonuje pełna dowolność stosowana w tej kwestii zarówno przez gminy, jak i same placówki. Najlepszym rozwiązaniem wydaje się naliczanie odpłatności za pobyt przez gminę kierującą osobę do placówki na podstawie obowiązujących przepisów w tym kryterium dochodowego w pomocy społecznej. To pomiędzy klientem a gminą określane powinny być zasady odpłatności, natomiast placówka zawsze powinna otrzymywać 100% kosztów utrzymania. Rozwiązanie takie jest przejrzyste i eliminuje ewentualne nadużycia czy to ze strony placówek, które określają odpłatność na dowolnym poziomie, czy to ze strony klientów, którzy z różnych względów unikają przekazywania placówkom wyznaczonych kwot.

5 AKTY PRAWNE DOTYCZĄCE PLACÓWEK. MIEJSCE UMOCOWANIA USŁUG W SYSTEMIE PRAWNYM

5.1 Umocowanie standardu w istniejących aktach prawnych

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2009 r. w sprawie finansowego wsparcia na tworzenie noclegowni i domów dla bezdomnych (Dz.U. z 2.11.2009 Nr 183 poz. 1432 z późn. zm.)

- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 listopada 2010 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo budowlane (Dz.U. z 23.12.2010 Nr 243 poz. 1623 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 15.06.2002 Nr 75 poz. 690)
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 29.05.2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz.U. z 27.10.2009 Nr. 178 poz. 1380 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. z 22.06.2010 nr 109 poz. 719)
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 27.09.2006 Nr 171 poz. 1225 z późn. zm.)

5.2 Rekomendacje do przygotowania nowych aktów prawnych i przepisów prawa lokalnego

- ustawa w sprawie placówek dla osób bezdomnych, zawierająca odpowiednie rozwiązania zaproponowane w niniejszych standardach
- krajowy, wojewódzkie i gminne programy rozwiązywania problemu bezdomności
- wprowadzenie odpowiednich przepisów umożliwiających pozyskiwanie darowizn w formie rzeczowej i finansowej od firm i osób prowadzących działalność gospodarczą przez jednostki samorządu terytorialnego prowadzące placówki pomocowe dla osób bezdomnych
- wprowadzenie przepisów motywujących osoby prawne do inwestowania w budownictwo socjalne.

6 OGÓLNE WSKAZANIA

6.1 Wskazania dotyczące utworzenia rejestru placówek dla osób bezdomnych

Rekomenduje się rozważenie zasadności stworzenia centralnego systemu certyfikacji placówek dla osób bezdomnych oraz ich rejestru. Certyfikat zdobyty przez placówkę oznaczałby, że świadczy usługi zgodnie z ogólnie przyjętymi standardami. Przy zastosowaniu odpowiedniego okresu przejściowego można rozważyć wprowadzenie zasady obligatoryjności posiadania certyfikatu.

6.1.1 Wskazania dla ofiar przemocy domowej

Rekomenduje się wyłączenie ofiar przemocy domowej (potwierdzone np. na podstawie niebieskiej karty) z systemu wsparcia dla osób bezdomnych.

6.1.2 Wskazania dotyczące podnoszenia kwalifikacji przez pracowników placówek dla osób bezdomnych

Rekomenduje się organizowanie przez jednostkę prowadzącą placówkę szkoleń dla swoich pracowników. Szkolenie powinno być organizowane co najmniej raz na dwa lata i powinno podnosić umiejętności związane z pracą z osobami bezdomnymi. Zakres szkolenia powinien być zależny od profilu placówki i osób tam przebywających.

6.1.3 Wskazania dla osób bezdomnych z dziećmi

Rekomenduje się umieszczanie osób z dziećmi w placówkach samodzielnego funkcjonowania.

6.1.4 Wskazania dotyczące tworzenia diagnoz lokalnych

Rekomenduje się tworzenie systematycznych diagnoz lokalnych dotyczących profilu bezdomności w gminie cyklicznie, nie rzadziej niż raz na dwa lata. Diagnoza ma na celu określenie problemu/profilu bezdomności na terenie gminy oraz odpowiednich działań (powołania określonych placówek itd.).

6.1.5 Lokale socjalne – Wskazania dotyczące realizacji jako uzupełnienie standardów mieszkalnictwa dla osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością

- w związku z faktem, iż gmina ma prawo samodzielnie ustalać kryteria wyboru osób, którym przysługuje pierwszeństwo zawarcia umowy najmu lokalu na czas nieoznaczony i lokalu socjalnego, należy rozważyć zobligowanie np. w drodze zmiany przepisów: ustawy z 17 grudnia 2009 r. o zmianie ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 13.01.2010 Nr 3 poz. 13) władz gminy do konsultacji z wyznaczoną przez organizacje pozarządowe osobą reprezentującą interesy osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością (pełnomocnikiem ds. osób bezdomnych), w zakresie ustalania kryteriów wyboru osób, którym przysługuje pierwszeństwo zawarcia umowy najmu lokalu socjalnego
- ewentualne zobowiązanie właścicieli lokali mieszkalnych (gminy, spółdzielni mieszkaniowych etc.) do przekazywania informacji ośrodkom pomocy społecznej o lokatorach zadłużonych z tytułu najmu lokalu. Uzyskanie bezpośrednio od właściciela lokalu informacji o zadłużonym lokatorze umożliwi pracownikowi pomocy społecznej wgląd w sytuację tej osoby i podjęcie odpowiednich działań naprawczych w ramach prewencji bezdomności
- rekomenduje się, aby osoby zamieszkujące w lokalach socjalnych obejmowane były dostosowanym do ich potrzeb wsparciem socjalnym, realizowanym w środowisku (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym grupy pracy socjalnej).

6.1.6 Mieszkania komunalne – Wskazania dotyczące realizacji jako uzupełnienie standardów mieszkalnictwa dla osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością

- maksymalizacja, w oparciu o obowiązujące przepisy, wysiłków gminy zmierzających do powiększania zasobów lokali komunalnych, w tym poprzez pozyskanie podmiotów współfinansujących przedsięwzięcia budowlane takich jak organizacje pożytku publicznego i sektor prywatny (firmy deweloperskie)
- w związku z faktem, iż gmina ma prawo samodzielnie ustalać kryteria wyboru osób, którym przysługuje pierwszeństwo zawarcia umowy najmu lokalu komunalnego, należy rozważyć zobligowanie np. w drodze zmiany przepisów: ustawy z 17 grudnia 2009 r. o zmianie ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 13.01.2010 Nr 3 poz. 13) władz gminy do konsultacji z wyznaczoną przez organizacje pozarządowe osobą reprezentującą interesy osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, w zakresie ustalania kryteriów wyboru osób, którym przysługuje pierwszeństwo zawarcia umowy najmu mieszkania komunalnego.

6.1.7 Wskazania dotyczące przygotowania odpowiedniej liczby lokali przez gminę

Rekomenduje się płynne przechodzenie gotowych do usamodzielnienia osób bezdomnych ze schronisk bądź mieszkań wspieranych do lokali socjalnych i komunalnych. Taka współpraca wydatnie zwiększy

i utrwalili efektywność działań prowadzonych na rzecz osób bezdomnych. W efekcie doprowadzi do zmniejszenia liczby osób bezdomnych na terenie gminy.

6.1.8 Wskazania dotyczące umowy najmu w modelu „najpierw mieszkanie”

Rekomenduje się, aby umowa najmu mieszkania w modelu „najpierw mieszkanie” była podpisywana pomiędzy najemcą a właścicielem mieszkania (tu proponuje się, aby była to gmina bądź osoba prawna). Umowa najmu może być podpisywana na czas określony, np. na rok, z możliwością kontynuacji.

6.1.9 Wskazania dotyczące usytuowania lokali w modelu „najpierw mieszkanie”

Rekomenduje się, aby lokale wynajmowane w ramach wdrażania i realizacji metody „najpierw mieszkanie” nie były usytuowane w pobliżu innych takich mieszkań bądź placówek pomocowych dla osób bezdomnych czy enklaw biedy.

6.1.10. Wskazania dotyczące koordynacji modelu „najpierw mieszkanie”

Rekomenduje się, aby merytoryczną koordynacją projektu „najpierw mieszkanie” zajmowała się wyspecjalizowana jednostka: organizacja pozarządowa bądź ośrodek pomocy społecznej.

6.1.11 Wskazania dotyczące ujednoczania dokumentów

Rekomenduje się ujednoczanie nazwy i treści dokumentów dotyczących działań podejmowanych przez osobę bezdomną lub zagrożoną bezdomnością, wspólnie z zespołem interdyscyplinarnym placówki w dążeniu do wyjścia z bezdomności. Na etapie fazy diagnozy ustalono, iż placówki różnie nazywają tego rodzaju dokument: indywidualny plan terapii, indywidualny plan wychodzenia z bezdomności, indywidualny program wychodzenia z bezdomności. Proponuje się przyjęcie jednej, wspólnej nazwy.

6.1.12 Wskazania dotyczące współpracy placówek dla osób bezdomnych

Rekomenduje się współpracę pomiędzy placówkami dla osób bezdomnych oraz monitorowanie migracji tych osób.

6.1.13 Wskazania dotyczące zmian w ustawie o ochronie danych osobowych

Rekomenduje się zmianę regulacji prawnych umożliwiających gromadzenie i przechowywanie danych dotyczących sytuacji zdrowotnej mieszkańców placówek.

6.1.14 Wskazania w zakresie interwencji zimowej

Rekomenduje się inicjowanie i koordynację przez gminy współpracy instytucji i organizacji pomocy społecznej, służb porządkowych, służby zdrowia i innych na rzecz osób ubogich i bezdomnych w okresie występowania niekorzystnych warunków atmosferycznych mogących zagrażać życiu lub zdrowiu ludzkiemu.

W zakres współpracy wchodzi:

- powoływanie zespołów roboczych, złożonych ze stałych przedstawicieli wszystkich interesariuszy na poziomie środowiska lokalnego przez władze gminy bądź wyodrębnionych przez nie, w drodze ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, koordynatorów działań interwencji zimowej
- prowadzenie katalogu usług na rzecz osób bezdomnych, w ramach którego może być prowadzona interwencja zimowa
- koordynowanie i monitorowanie systemu interwencji zimowej.

Rezultatem koordynacji działań wymienionych wyżej jest utworzenie sprawnego systemu interwencji zimowej na rzecz osób ubogich i bezdomnych, obniżenie liczby osób, które utracą życie lub zdrowie na

skutek trudnych warunków atmosferycznych, dzięki uzyskaniu przez te osoby niezbędnej i szybkiej pomocy.

6.1.15 Wskazania w zakresie przeciwdziałania bezdomności osób zadłużonych z tytułu użytkowania lokali mieszkalnych

Rekomenduje się prowadzenie przez gminy działań zapobiegających bezdomności wśród osób zadłużonych z tytułu użytkowania lokali mieszkalnych, skierowanych do osób i rodzin zagrożonych eksmisjami ze względu na zadłużenia powstałe z powodu znacznego opóźnienia w opłatach czynszowych w lokalach spółdzielczych i komunalnych, w tym również osób niepełnosprawnych.

Rekomenduje się prowadzenie dogłębnej analizy zadłużeń mieszkańców spółdzielni mieszkaniowych oraz mieszkań komunalnych na terenie gminy oraz sytuacji życiowej klientów pomocy społecznej pod kątem zagrożenia bezdomnością.

W zależności od wielkości zadłużenia można wyróżnić cztery poziomy zagrożenia utratą lokalu mieszkalnego:

- osoby o niskim stopniu narażenia na utratę lokalu mieszkalnego – osoby zamieszkujące lokale zadłużone na kwotę poniżej wartości rocznego czynszu
- osoby o średnim stopniu narażenia na utratę lokalu mieszkalnego – osoby zamieszkujące lokale zadłużone powyżej wartości rocznego czynszu
- osoby o wysokim stopniu narażenia na utratę lokalu mieszkalnego – osoby zamieszkujące lokale z wszczętą procedurą eksmisyjną
- osoby o najwyższym stopniu narażenia na utratę lokalu mieszkalnego – osoby zamieszkujące lokale z już prawomocną decyzją o eksmisji.

Rekomenduje się opracowanie różnego rodzaju działań dla każdej z wyróżnionych grup oraz szkoleń podnoszących wiedzę i umiejętności pracowników socjalnych w zakresie pracy z osobami zagrożonymi bezdomnością.

Konieczne jest też opracowanie narzędzia określającego stopień zagrożenia bezdomnością, biorącego pod uwagę takie elementy jak sytuacja lokalowa, stopień zagrożenia utratą lokalu mieszkalnego, sytuacja zawodowa, ekonomiczna, zdrowotna i prawna, uzależnienia, problemy wewnątrzrodzinne, obciążenia psychologiczne bądź psychiczne.

Niezbędne jest również stworzenie odpowiednich procedur w ośrodku pomocy społecznej, dostosowanych do potrzeb osób zagrożonych bezdomnością w różnej skali.

6.1.16 Wskazania w zakresie odpłatności za usługi dla osób bezdomnych

- usługi dla osób bezdomnych są odpłatne, jeżeli świadczone są w placówkach pobytu całodobowego lub w mieszkaniach wspieranych. W pozostałych placówkach pobyt jest nieodpłatny i finansowany z budżetu gminy właściwej dla miejsca położenia placówki, samorządu województwa lub dotacji celowej budżetu państwa
- zwolnione z odpłatności są osoby bezdomne realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności, jeżeli ich dochód nie przekracza wysokości określonej w art. 8 ustawy o pomocy społecznej
- zadaniem samorządu województwa jest wspieranie placówek dla osób bezdomnych w zakresie inwestycyjnym i remontowym. Środki, którymi dysponuje wojewoda na ten cel, powinny być przekazane do samorządu województwa
- minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego:

- ustala program wsparcia osób bezdomnych
- określa wysokość środków na realizację programu
- w drodze rozporządzenia ustala sposób funkcjonowania i jakość usług świadczonych przez placówki dla osób bezdomnych
- określa sposób monitorowania zjawiska bezdomności
- decyzję administracyjną o skierowaniu do placówki całodobowej i decyzję ustalającą odpłatność wydaje właściwy organ samorządu gminy prowadzący lub zlecający prowadzenie placówki
- decyzja o wysokości odpłatności ponoszonej przez osobę bezdomną wydawana jest przez gminę kierującą osobę do placówki na podstawie obowiązujących przepisów, w tym kryterium dochodowego, w pomocy społecznej
- organ wydający decyzję informuje o niej gminę właściwą dla miejsca zameldowania osoby bezdomnej.

6.1.17 Wskazania dotyczące wykształcenia opiekunów zatrudnionych w placówkach dla osób bezdomnych

Rekomenduje się posiadanie wykształcenia wyższego u opiekunów ogrzewalni ze względu na fakt, iż jest to placówka najniższego szczebla, przeznaczona dla osób w najtrudniejszej sytuacji życiowej. W pozostałych placówkach dopuszcza się wykształcenie minimum średnie ze względu na zatrudnioną dodatkową kadrę specjalistyczną.

6.1.18 Wskazania dotyczące tworzenia budownictwa alternatywnego

Rekomenduje się tworzenie pensjonatów na terenie gmin, które nie są w stanie zaspokoić potrzeb mieszkaniowych na własnym terenie. Gminy mogłyby, korzystając z własnych uprawnień, stosować preferencje wobec podmiotów zainteresowanych tą alternatywną formą budownictwa.

Pensjonat byłby placówką umożliwiającą pobyt całodobowy, długoterminowy w środowisku lokalnym, gwarantując go osobom i rodzinom zdolnym do samodzielnego funkcjonowania, posiadającym stały dochód, z niezaspokojonymi potrzebami mieszkaniowymi, na podstawie umowy najmu na czas określony z możliwością przedłużenia (Przyemeński A., 2008. s. 31). Sugeruje się wykorzystanie umowy najmu okazjonalnego: Ustawa o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz.U. z 10.07.2001 Nr 71 poz. 733. z późn. zm.).

Poprzez pensjonaty rozumie się samodzielne kompleksy mieszkaniowe spełniające wszelkie wymogi odpowiednich przepisów, Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 listopada 2010 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo budowlane (Dz.U. z 23.12.2010 Nr 243 poz. 1623 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 15.06.2002 Nr 75 poz. 690), ustawy z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, (DZ. U z 27.10.2009 Nr. 178 poz. 1380 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. z 22.06.2010 nr 109 poz. 719).

Odbiorcami usługi mogą być:

- osoby i rodziny zagrożone bezdomnością lub bezdomne, które nie wymagają pomocy w reintegracji zawodowo-społecznej, posiadają stały dochód
- osoby i rodziny z wyrokiem eksmisji, posiadające stałe źródło dochodu
- osoby i rodziny mieszkające w warunkach substandardowych – mieszkaniach przeludnionych, o niedostatecznych warunkach technicznych

- osoby i rodziny oczekujące na lokal socjalny, niewymagające kompleksowego wsparcia
- osoby i rodziny korzystające z lokali niezabezpieczonych (mieszkający bez odpowiedniej umowy najmu, u przyjaciół, rodziny, nielegalnie zajmujący teren).

Proponuje się włączenie sektora prywatnego w rozwiązywanie problemów mieszkaniowych na terenie gminy – tworzenie mieszkalnictwa społecznego poprzez np. stosowanie odpowiednich preferencji.

6.1.19 Wskazania w zakresie odpłatności za usługi dla osób bezdomnych

- usługi dla osób bezdomnych w placówkach zapewniających schronienie (noclegownia, schronisko, dom dla bezdomnych, mieszkanie wspierane) powinny być odpłatne na zasadach określonych w umowie pomiędzy gminą a placówką świadczącą daną usługę
- zwolnione z odpłatności są osoby bezdomne, których dochód nie przekracza wysokości określonej w art. 8 ustawy o pomocy społecznej. Jeżeli osoby realizują indywidualny program wychodzenia z bezdomności, mogą być zwolnione z odpłatności także w przypadku gdy przekraczają kryterium dochodowe
- skierowanie osoby do placówki powinno odbywać się na mocy decyzji administracyjnej określającej również zasady odpłatności, wydawanej przez właściwy organ samorządu gminy
- decyzja o skierowaniu do placówki wydawana jest przez gminę właściwą ze względu na miejsce pobytu osoby bezdomnej w porozumieniu z gminą właściwą ze względu na miejsce zameldowania. Porozumienie to powinno określać sposób refundacji kosztów pobytu osoby pomiędzy gminami
- zadaniem samorządu województwa jest wspieranie placówek dla osób bezdomnych w zakresie inwestycyjnym i remontowym. Środki, którymi dysponuje wojewoda na ten cel, powinny być przekazane do samorządu województwa
- minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ustala w drodze rozporządzenia sposób funkcjonowania i jakość usług świadczonych przez placówki dla osób bezdomnych oraz prowadzi ich rejestr.

STANDARD ZDROWIA

I WPROWADZENIE

Pracując nad standardami w obszarze zdrowia osób bezdomnych, kierowano się podstawowym celem pomocy, niezależnie od formy jej realizacji, jakim jest optymalny poziom zdrowia świadczeniobiorcy. Optymalizacja wymaga zindywidualizowania usług świadczonych na rzecz podmiotu opieki – jednostki lub grupy podopiecznych (mieszkańców schronisk, ich rodzin) i czasem wiąże się z koniecznością zmiany dotychczasowych warunków udzielania pomocy osobom bezdomnym. Dlatego stosowanie standardów może wymagać od instytucji i organizacji pracujących na rzecz osób bezdomnych wprowadzenia pewnych modyfikacji dotyczących zakresu i formy świadczonych usług.

Standardy obejmują usługi z zakresu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opieki hospicyjnej, profilaktyki i terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, przedmedycznej pomocy doraźnej, pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz opieki zdrowotnej świadczonej w domach dla osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarstwa, rehabilitacyjnej i terapeutycznej.

Część dotycząca potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opieki hospicyjnej zawiera opis stanu faktycznego (obejmującego regulacje prawne) odnoszącego się do wymienionych obszarów. W odniesieniu do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w sytuacji gdy niezbędna jest usługa medyczna czy hospitalizacja, zaproponowano rozwiązania mające na celu z jednej strony szybkie i skuteczne udzielenie pomocy, zaś z drugiej wskazujące możliwości odzyskania ponoszonych kosztów. Opis usługi hospicyjnej dotyczy domowego hospicjum w placówkach dla osób bezdomnych. Wskazano przepisy, które umożliwiają objęcie podopiecznych usługą leczenia bólu oraz mającą na celu poprawę zdrowia somatycznego.

Standardy z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych opracowano, uwzględniając sprawdzone metody pracy, odnosząc je do specyficznej sytuacji osób bezdomnych. Wymagało to wprowadzenia kompleksowego podejścia, które oprócz uzależnień uwzględni także inne problemy charakterystyczne dla tej grupy odbiorców. Stosowanie zaproponowanych rozwiązań wymaga odejścia od koncentrowania się wyłącznie (bądź głównie) na leczeniu i zastosowaniu bardziej całościowego podejścia – zgodnego z biopsychospołecznym modelem zdrowia i choroby. Takie interdyscyplinarne ujęcie dla licznej grupy placówek wymagać będzie zmiany zakresu świadczonych usług i podjęcia ścisłej współpracy ze specjalistami mogącymi świadczyć pomoc w przezwyciężaniu deficytów odnoszących się do różnych wymiarów funkcjonowania osób bezdomnych (dotyczących sfery somatycznej, intra- i interpersonalnej, edukacyjnej, socjalno-bytowej i in.).

Standardy dotyczące przedmedycznej pomocy doraźnej i pielęgniarstwa opieki długoterminowej zawierają szczegółowy opis warunków świadczenia usług z tego zakresu oraz wymaganych kwalifikacji kadry (także tzw. nieprofesjonalistów). Zaprezentowano ponadto procedury postępowania dotyczące

najczęściej spotykanych dolegliwości i schorzeń występujących u osób przyjmowanych do placówek dla bezdomnych. W przypadku osób obłożnie chorych opisano działania mające na celu zapewnienie świadczeń w środowisku domowym, przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji, a także radzenia sobie z niepełnosprawnością.

W fazie diagnozy wskazano deficyty dotyczące wsparcia i opieki nad osobami bezdomnymi, w tym niepełnosprawnymi. Z uwagi na brak placówek specjalistycznych zapewniających opiekę tej grupie eksperci grupy ds. zdrowia postulują wprowadzanie usług z zakresu opieki zdrowotnej skierowanych do osób wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej w istniejących lub nowo powstających placówkach dla bezdomnych poprzez wdrażanie nowych (rekomendowanych) standardów, uwzględniających złożone problemy zdrowotne.

Opis wskazanych w standardzie usług wymagał uwzględnienia tematu transportu sanitarnego w kontekście przewożenia osób bezdomnych własnym transportem do specjalistów czy na terapie.

2 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU W OBSZARZE POTWIERDZENIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

W sytuacji kiedy osoba bezdomna zostaje przywieziona do szpitala czy udaje się do poradni w przychodni rodzinnej i nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego, pracownik przychodni czy szpitala (pracownik recepcji, pracownik socjalny) powinien natychmiast poinformować pacjenta o możliwości ubezpieczenia, podać wnioski do podpisania i skierować go do najbliższego ośrodka pomocy społecznej w celu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, następnie udzielić pomocy medycznej lub w przypadku mniejszych obrażeń opatrzyć ranę.

Jak wynika z ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), do której w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych odsyła ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.), oraz jak wynika z *Raportu fazy diagnozy*, bezdomna osoba nieubezpieczona może ubiegać się o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenie może zostać przyznane jest od dnia, w którym złożono wniosek o jego przyznanie. Jednak zarówno placówki oferujące pomoc osobom bezdomnym, jak i placówki ochrony zdrowia niedostatecznie wypracowały praktyki współpracy z ośrodkami pomocy społecznej w kwestii natychmiastowego przeprowadzenia wywiadu środowiskowego, co pozwoliłyby natychmiast (w dniu przybycia pacjenta do szpitala czy przychodni rodzinnej) na złożenie wniosku i rozpoczęcie pracy socjalnej oraz przyznanie ww. potwierdzenia (Stenka R. red., 2011. s. 217).

3 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU W OBSZARZE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W PLACÓWKACH ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI DLA OSÓB BEZDOMNYCH

W ostatnich latach widoczny jest znaczący przyrost liczby niepełnosprawnych bezdomnych osób starszych niezdolnych do samodzielności życiowej (Stenka R. red., 2011. s. 212). Prowadzi to do wzrostu zapotrzebowania na usługi świadczone przez wyspecjalizowane placówki, zapewniające odpowiednią

do potrzeb opiekę. Przy hospicjum zawsze mówimy o terminalnej opiece trwającej około 6 miesięcy. Hospicjum to przede wszystkim miejsce opieki nad osobami z chorobami nowotworowymi. Opieka hospicyjna jest to czas towarzyszenia osobie umierającej. Hospicja dzielimy na stacjonarne, domowe oraz ambulatoryjne. Hospicjum domowe jest to usługa realizowana przez zewnętrzny zespół hospicyjny na terenie placówki, w której przebywa osoba z niej korzystająca, i sama usługa jest należycie wystandaryzowana. Zatem standard w obszarze opieki hospicyjnej stanowi wytyczne do tego, komu ta usługa przysługuje oraz jakie warunki należy spełnić, by można było ją realizować na terenie placówki świadczącej usługi osobom bezdomnym.

4 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU W OBSZARZE TERAPII ORAZ PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jak wykazano w *Raporcie z fazy diagnozy* (Stenka R. red., 2011), w przypadku leczenia uzależnień osób bezdomnych niezbędna jest kompleksowa opieka, zarówno psychologiczna, medyczna, jak i prawna. W związku z tym konieczne jest tworzenie terapeutycznych interdyscyplinarnych zespołów we wszystkich placówkach zajmujących się pomocą uzależnionym osobom bezdomnym.

Współpraca lub zatrudnianie przez placówki wyspecjalizowane do pomocy osobom bezdomnym etatowego psychiatry, internisty, terapeuty lub psychologa, stworzyłyby możliwość kompleksowych oddziaływań mających na celu poprawę stanu zdrowia psychicznego i somatycznego osób bezdomnych, w tym także podniesienie skuteczności oddziaływań terapeutycznych (uzależnienie, współuzależnienie). W sytuacji gdy placówka nie ma możliwości zatrudnienia specjalistów, konieczne jest nawiązanie stałej współpracy z placówkami posiadającymi kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Koncentrowanie się jedynie na leczeniu uzależnień (jak to ma miejsce w wielu placówkach) jest niewystarczające, konieczna jest praca nad deficytami wynikającymi z bezdomności. Praca ta powinna być prowadzona równolegle. Dlatego niezbędne jest dostosowanie czasu trwania programów, tak aby umożliwiały one wprowadzanie zmian w obu aspektach. Podstawowe programy krótkoterminowej terapii uzależnienia od alkoholu, którymi często obejmowane są osoby bezdomne, to niewystarczające narzędzia do pracy nad wychodzeniem z bezdomności. Konieczne są programy średnio- lub długoterminowe z możliwością kontynuacji w warunkach ambulatoryjnych, które umożliwiają kompleksową pracę.

Ponadto wskazane jest tworzenie niejednorodnych grup terapeutycznych (składających się nie tylko z osób bezdomnych), aby możliwa była wzajemna wymiana doświadczeń, nauka wzorców zachowań poprzez modelowanie, jak również unikanie wzajemnego negatywnego wpływu, jak to się często dzieje w przypadku grupy jednorodnej.

Badania ewaluacyjne wskazują, że kompleksowe i dobrze zaplanowane leczenie może być bardzo skuteczne. Konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy różnego rodzaju placówkami, np. poradniami kierującymi na leczenie stacjonarne, ośrodkami terapii uzależnień, ośrodkami zdrowia, pomocą społeczną, członkami wspólnoty AA/NA, osobami zajmującymi się redukcją szkód, programami postrehabilitacyjnymi itp. Pozwoli to na odpowiednie kierowanie pacjenta od początku do końca procesu, np. od zmotywowania go przez streetworkerów, aby zgłosił się do noclegowni, gdzie z kolei zostanie skierowany do poradni, która po dokonaniu diagnozy wskaże najlepiej wyprofilowany dla tej właśnie osoby ośrodek, w którym terapeutyczny interdyscyplinarny zespół umożliwi mu równoległą pracę nad wychodzeniem z uzależnienia i bezdomności (Woronowicz B. T., 2009. s. 239-243).

Opracowane standardy z zakresu terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych nawiązują do opisanych w diagnozie mocnych i słabych stron realizowanych w Polsce programów terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych adresowanych do osób bezdomnych. Lista wystandaryzowanych usług odwołuje się do doświadczeń zdobytych w trakcie realizacji tych programów, które wskazują rozwiązania optymalizujące skuteczność procesów terapeutycznych i działań profilaktycznych. Podstawowym celem niniejszej standaryzacji jest ułatwienie organizacjom i placówkom podnoszenia jakości oferowanych usług.

Mając na uwadze, że funkcjonujące w placówkach ochrony zdrowia oddziały detoksykacyjne przyjmują wyłącznie pacjentów mających 0‰ stężenia alkoholu we krwi, wówczas, gdy jest to konieczne, osoby bezdomne będące jeszcze pod wpływem alkoholu należy kierować do specjalnych oddziałów przerywania ciągów alkoholowych (tworzonych w ramach kontraktu z NFZ). Stworzy to możliwość bezpiecznego – pod kontrolą medyczną i terapeutyczną – uzyskania stanu trzeźwości i przekierowania pacjenta do właściwej placówki ochrony zdrowia.

5 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU W OBSZARZE PRZEDMEDYCZNEJ POMOCY DORAŻNEJ

Doraźna pomoc przedmedyczna udzielana jest w sytuacjach niezagrażających życiu, jednakże skutkujących pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznego. Wprowadzenie standardu ma stanowić wsparcie oraz wytyczne postępowania dla podmiotów organizujących i udzielających pomocy osobom bezdomnym, które z racji swojego stylu życia są często narażone na dolegliwości, które wprawdzie nie wymagają natychmiastowego leczenia specjalistycznego, jednakże obniżają jakość życia bezdomnych oraz ich poziom zdrowia.

Pomoc nieprofesjonalna – najbardziej odzwierciedlająca ideę opieki międzyludzkiej – realizowana jest przez osoby niemające w pełni przygotowania zawodowego, posiadające za to wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne w świadczeniu usług będących wynikiem przestrzegania norm społecznych i zwyczajów. Wszelkie działania doraźne w zakresie opieki nieprofesjonalnej sprawowane przez osoby zatrudniane do pracy przy osobach bezdomnych nie mogą mieć charakteru incydentalnego i spontanicznego zachowania intuicyjnego.

Istotą sprawowania przedmedycznej pomocy doraźnej jest, zgodnie z pierwszą regułą etyki medycznej, *primum non nocere*, „po pierwsze nie szkodzić”. Wiąże się to z opanowaniem przez osoby współpracujące z osobami bezdomnymi wiedzy i umiejętności praktycznych ściśle związanych z najczęstszymi dolegliwościami, na jakie narażone są te osoby.

Warunkiem przyjęcia do pracy osób będących w bezpośrednim kontakcie z bezdomnymi w charakterze opiekunów, osób towarzyszących, powinno być odbycie szkolenia z pierwszej pomocy poszerzonej o wiedzę o pielęgnowaniu i zwalczaniu dolegliwości ściśle związanych ze sposobem i filozofią życia podopiecznych. Osoby traktujące zdrowie jako priorytet i posiadające odpowiednią wiedzę mogą kształtować umiejętności samoopieki wśród osób tak bardzo narażonych na dysfunkcje organizmu.

Jest to zgodne ze znowelizowanym art. 209 ust. 1 kodeksu pracy, mówiącym, że w każdej firmie, przedsiębiorstwie, instytucji publicznej należy wyznaczyć pracownika – osobę odpowiedzialną za udzielenie pierwszej pomocy. Spełnienie tych obowiązków wiąże się z koniecznością przeszkolenia wyznaczonych osób, przygotowaniem instrukcji udzielania pomocy. Odpowiedzialny pracodawca zajmujący się organizacją procesów pomocowych dla osób bezdomnych zgodnie z hierarchizacją potrzeb i określeniem

priorytetów zdrowotnych powinien rekomendować rozszerzenie kursu o wiedzę z pomocy w przypadku dolegliwości najczęściej spotykanych u bezdomnych.

Wypracowany standard ma stanowić jedynie przykładowy wzorzec postępowania oraz wsparcie dla podmiotów realizujących doraźną pomoc przedmedyczną w podnoszeniu jakości usług oraz polepszeniu stanu zdrowia odbiorców, jak również bazę do opracowania własnych procedur. Pamiętać należy, że pomoc przedmedyczna stanowi pierwsze ogniwo łańcucha ratunkowego i może zapewnić pomyślne rokowanie w dalszym leczeniu.

6 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU W OBSZARZE PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ

Badania demograficzne realizowane w ostatnich latach wskazują na wydłużanie się średniej długości życia i starzenie się populacji. Wiąże się to z narastaniem problemów związanych ze starością i niepełnosprawnością, prowadzących do wzrostu zapotrzebowania na usługi z zakresu domowej pielęgniarstwa długoterminowego. Dotyczy to również osób bezdomnych. Ocena zakresu usług świadczonych osobom bezdomnym w Polsce wskazała jednak, że rosnącemu zapotrzebowaniu nie odpowiada adekwatny wzrost w zakresie odpowiedniej jakości usług pielęgniarstwa.

Kontekst powstania standardu w obszarze długoterminowej opieki pielęgniarstwa wiąże się z często nierealizowaną należycie funkcją opieki długoterminowej wynikającą z ograniczonej dostępności świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeniobiorców. Ma on na celu opracowanie zasad świadczenia usługi pielęgniarstwa długoterminowego osobom, które zostały uprzednio zakwalifikowane do otrzymania takiej formy pomocy.

Pielęgniarka długoterminowa, realizując usługi w środowisku domowym (w ośrodkach, które nie zatrudniają personelu medycznego) zgodnie z wytycznymi NFZ, udziela zindywidualizowanego wsparcia przedmedycznego. Wykorzystując kompetencje, czynnie uczestniczy w procesie rehabilitacji i edukacji pacjenta, buduje sieć wsparcia (zgodnie ze współczesnymi założeniami opieki holistycznej), która przygotowuje chorego do samoopieki, jego opiekunów do sprawowania opieki nieprofesjonalnej.

7 KONTEKST POWSTANIA STANDARDU W OBSZARZE OPIEKI ZDROWOTNEJ SKIEROWANEJ DO OSÓB BEZDOMNYCH WYMAGAJĄCYCH OPIEKI LEKARSKIEJ, PIELĘGNIARSKIEJ, REHABILITACYJNEJ I TERAPEUTYCZNEJ

Standaryzacja usług dla osób bezdomnych, które są jednocześnie niepełnosprawne, jest odpowiedzią na zwiększającą się potrzebę opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielności życiowej.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”.

Natomiast art. 69 Konstytucji RP stanowi: „Osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”.

Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.) w art. 51 wskazuje, że „osobom, które ze względu na wiek, chorobę i niepełnosprawność wymagają częściowej

opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznawane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia”.

Organy państwa są zobowiązane do organizowania pomocy przy jednoczesnym finansowaniu tych zadań z budżetu państwa lub zlecaniu ich innym podmiotom, np. organizacjom pozarządowym.

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób bezdomnych niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania (Stenka R. red., 2011. s. 212). W *Raporcie z fazy diagnozy* grupy ds. zdrowia (Stenka R. red., 2011. s. 227, 234) wykazano niewystarczającą liczbę zakładów opieki zdrowotnej, tj. zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz domów opieki społecznej, co przekłada się na długi okres oczekiwania na miejsce w tego typu placówkach. Osoby bezdomne starsze, chore i niepełnosprawne mają ograniczony dostęp do tych placówek, a część z nich mimo swojej niepełnosprawności nie kwalifikuje się do nich. Jedną z zasadniczych przyczyn jest proces kwalifikowania pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZOL, ZPO) według skali Barthel określającej stan zdrowia i sprawności. Pacjent przyjmowany do tego typu placówek musi „mieścić się” w punktacji od 0 do 40. W tym przypadku koszt opieki w placówkach pokrywany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W wyniku takiego sposobu kwalifikowania osoby bezdomne, które osiągają powyżej 40 pkt w skali Barthel, nie mogą zostać przyjęte mimo swojej choroby i niepełnosprawności, a miejscem ich pobytu staje się placówka dla osób bezdomnych, w której często nie świadczy się usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacyjnych, psychologicznych czy terapeutycznych. Funkcjonujące placówki dla osób bezdomnych, zróżnicowane pod względem infrastruktury, wyposażenia, oraz zasobów kadrowych, nie są w stanie zapewnić opieki wielu osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym.

Jednym ze sposobów częściowego rozwiązania opisanych wyżej problemów jest wprowadzenie elementów opieki zdrowotnej w placówkach dla bezdomnych, w których osoby bezdomne miałyby zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarzką, rehabilitacyjną, wsparcie, psychologa i terapeuty. Do tego typu placówek powinny być przyjmowane osoby bezdomne, które ze względu na uzyskaną liczbę punktów (powyżej 40 w skali Barthel) nie kwalifikują się do ZOL i ZPO, pacjenci wypisywani ze szpitali i nadal wymagający opieki medycznej, osoby starsze, które ze względu na swój wiek nie są w stanie same zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych (pomoc w takich czynnościach jak: mycie, ubieranie, karmienie itp.). Do wspomnianych placówek będą trafiać także osoby bezdomne oczekujące na miejsce w DPS, ZOL oraz osoby, które z różnych przyczyn nie zostaną zakwalifikowane do takiej formy pomocy bądź np. odmawiają umieszczenia w DPS.

8 PRZEWÓZ OSÓB

Kwestia przewozu osób bezdomnych do placówek ochrony zdrowia oraz odpowiedzialności za ponoszone koszty z tym związane jest obszarem niezwykle istotnym i jednocześnie stanowi poważny problem. Jak pokazuje praktyka, często zdarza się, że placówki posiadające własne środki transportu przewożą nimi osoby ze schorzeniami zagrażającymi zdrowiu lub życiu. Robią to przy pomocy niewykwalifikowanej kadry oraz niedostosowanego transportu, co może skutkować utratą zdrowia bądź życia przewożonych osób oraz poważnymi konsekwencjami prawnymi z tym związanymi.

Niniejsze opracowanie ma na celu odpowiedzieć na kwestię niezwykle istotną: jak zabezpieczać transport osób bezdomnych w sposób adekwatny do ich stanu zdrowia oraz stopnia niepełnosprawności, tak aby bezpiecznie docierały do miejsca zapewnienia niezbędnych świadczeń opieki medycznej. Dotyczy

to zarówno osób przebywających w placówkach świadczących usługi na rzecz osób bezdomnych, jak i tych, które przebywają na ulicy (czy w innych miejscach niemieszkalnych).

Zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Zgodnie z art. 41 ust. 2 powołanej ustawy świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje w celu odbycia leczenia bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego – do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

Zgodnie z § 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 31.08.2009 Nr 140 pozycja 1147) (wydanego na podstawie art. 31d powołanej wyżej ustawy) przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- chorób krwi i narządów krwiotwórczych
- chorób nowotworowych
- chorób oczu
- chorób przemiany materii
- chorób psychicznych i zaburzeń zachowania
- chorób skóry i tkanki podskórnej
- chorób układu krążenia
- chorób układu moczowo-płciowego
- chorób układu nerwowego
- chorób układu oddechowego
- chorób układu ruchu
- chorób układu trawiennego
- chorób układu wydzielania wewnętrznego
- chorób zakaźnych i pasożytniczych
- urazów i zatruc
- wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych
- wydania polecenia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, z którego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

9 UMOCOWANIE USŁUGI

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności art. 41 (Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, w szczególności § 4. (Dz.U. z 31.08.2009 Nr 140 pozycja 1147).

Załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 88/2008/DSM z 16 października 2008 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zarządzenie nr 88/2008/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 16 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej takich jak pomoc doraźna i transport sanitarny.

W przypadku placówek, które posiadają własne środki transportu, należy zaznaczyć, iż nie jest wskazane, by osoby ze schorzeniami zagrażającymi zdrowiu lub życiu były przewożone przez niewykwalifikowanych pracowników lub niedostosowanym transportem, lecz powinna zaistnieć konieczność wynajęcia firmy zewnętrznej do takiego przewozu.

Również przewóz osoby na detoksykację/terapię powinien spełniać warunki przewozu sanitarnego. Jeśli osoba bezdomna nie spełnia wymagań chorobowych określonych w rozporządzeniu prezesa NFZ, transport powinien odbywać się pod opieką, przy wykorzystaniu np. usług firmy zewnętrznej.

10 REKOMENDOWANA LITERATURA

Barczyński M., Bogusz J., 1993. *Medyczny słownik encyklopedyczny*. Kraków.

Kózka M., red., 2001. *Stany zagrożenia życia – wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego*. Kraków.

Tyszka N., red., 2010. *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Vademecum 2010*. Warszawa.

Woronowicz B.T., 2009. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa.

STANDARD ZATRUDNIENIA I EDUKACJI

1 REKOMENDACJE

Usługa „aktywizacja społeczna” jako pierwszy krok w procesie wychodzenia z bezdomności i jej zapobiegania

2 REKOMENDACJA LEGISLACYJNA

W standardzie usług wobec bezdomnych jednym z zasadniczych komponentów jest usługa aktywizacji społecznej z określeniem definicji, zakresu merytorycznego, realizatora i przewidywanych efektów. Rekomendujemy uwzględnienie tego komponentu w ustawie o pomocy społecznej i rozporządzeniu wykonawczym wprowadzającym standard usług wobec bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

3 REKOMENDACJE POMOCNICZE

- wytyczne ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego w sprawie indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności ze wskazaniem usługi aktywizacji społecznej jako pierwszego elementu pracy socjalnej z osobą bezdomną
- wytyczne ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego w sprawie usługi aktywizacji społecznej jako elementu pracy socjalnej, podejmowanej przez pracowników instytucji pomocy społecznej z osobą bezdomną
- w rozporządzeniu ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego w sprawie standardu usług wobec bezdomnych powinny być zawarte:
 - wskazanie, że każda placówka pomocy osobom bezdomnym – a szczególnie noclegownie, domy, wspólnoty – powinna zatrudniać poza pracownikiem socjalnym psychologa, który prowadzi z osobami bezdomnymi grupową i indywidualną pracę socjoterapeutyczną. Forma zatrudnienia jest dowolna – umowa o pracę, umowa zlecenie itp.
 - uzasadnienie: psycholog swoją wiedzą i doświadczeniem służy osobom bezdomnym w opracowywaniu diagnozy kondycji osobistej i społecznej, programu wychodzenia z bezdomności, doborze terapii i leczenia etc. Osoby bezdomne, które nie są zdiagnozowane, a cierpią na choroby psychiczne, uzyskają wsparcie i profesjonalną pomoc i psychologiczną. Psycholog określi ewentualne zaburzenia emocjonalne, uszkodzenia neurologiczne, niepełnosprawność intelektualną czy uzależnienia i skieruje te osoby do odpowiednich specjalistów. Brak tego rodzaju pomocy uniemożliwi dalszą aktywizację zawodową, a w konsekwencji zatrudnienie i wyjście z bezdomności
 - wskazanie, że placówki opiekuńczo-wychowawcze, rodziny zastępcze i adopcyjne powinny zostać

zobowiązane – wraz z pracownikami systemu pomocy społecznej i instytucji rynku pracy – do prowadzenia programu pełnego usamodzielnienia swoich wychowanków, tak aby skutecznie zapobiegać bezdomności swoich wychowanków

- wskazanie, że instytucje i podmioty prowadzące placówki dla osób bezdomnych/domy/wspólnoty powinny stosować metodę pracy na rzecz placówki osób bezdomnych zarówno w obrębie placówek, jak i na zewnątrz – dla lokalnego środowiska społecznego
- wskazanie współpracy (porozumienia) instytucji pomocy społecznej z zarządami nieruchomości, wspólnotami mieszkaniowymi, radami osiedli i zakładami karnymi w zakresie wymiany informacji o zagrożeniach bezdomnością.

Usługa „aktywizacja zawodowa” – drugi krok w wychodzeniu z bezdomności i jej zapobieganiu.

4 REKOMENDACJA LEGISLACYJNA

W ustawie o promocji zatrudnienia i instrumentach rynku pracy konieczne jest wyodrębnienie w katalogu osób mogących korzystać z instrumentów rynku pracy kategorii osób bezdomnych objętych indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności. Lista osób bezrobotnych i poszukujących pracy uprawnionych do korzystania z instrumentów rynku pracy nie obejmuje wyżej wymienionych osób.

Zgodnie z przepisem art. 23 ust. 2 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.) konieczne jest opracowanie rozporządzenia ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego w zakresie „standardu usług wobec osób bezdomnych”, którego przepisy zobowiązywałyby instytucje rynku pracy i ośrodki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe prowadzące placówki na rzecz osób bezdomnych do ścisłej współpracy.

Prace społecznie użyteczne – obligatoryjne jest wprowadzenie do ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy obowiązku stosowania ich wobec osób bezdomnych, korzystających z pomocy placówek (schronisk i domów dla osób bezdomnych).

Do katalogu zawodów lub specjalności pracy socjalnej powinien zostać wprowadzony zawód „trener pracy osoby bezdomnej”. Trenerzy mogą być zatrudniani w ośrodkach pomocy społecznej, placówkach dla osób bezdomnych, urzędach pracy i agencjach zatrudnienia.

Finansowanie działalności klubów pracy i klubów integracji społecznej powinno być wpisane w zadania samorządu gminy (ustawa o samorządzie gminnym). Kluby są odpowiednią formą i miejscem aktywizacji zawodowej bezrobotnych osób bezdomnych, które deklarują chęć podjęcia pracy, ale z powodu długiej przerwy w pracy i okresu bezdomności bądź zagrożenia bezdomnością mają deficyty w zakresie komunikacji społecznej i wiary w swoje możliwości i umiejętności szukania pracy.

5 REKOMENDACJE POMOCNICZE (WYTYCZNE MINISTRA WŁAŚCIWEGO DS. ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO)

- w placówkach takich jak schroniska i domy dla osób bezdomnych rekomenduje się powoływanie interdyscyplinarnego zespołu złożonego z pracownika socjalnego, asystenta osoby bezdomnej, psychologa, doradcy zawodowego, trenera pracy osoby bezdomnej, terapeuty ds. uzależnień, kuratora, prawnika

- zespół interdyscyplinarny opracowuje wspólnie z osobami bezdomnymi plan wsparcia w realizacji indywidualnego planu działania i indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności. Inicjatywa utworzenia zespołu interdyscyplinarnego leży po stronie pracownika socjalnego wspierającego konkretną osobę bezdomną
- zintegrowanie opracowywania dokumentów, które pracownicy socjalni i doradcy zawodowi są zobowiązani przygotować z aktywnym udziałem osoby bezdomnej: indywidualny plan działania (IPD), indywidualny program wychodzenia z bezdomności (IPWzB), indywidualny plan kształcenia i kontrakt socjalny. Nadrzędny powinien być indywidualny program wychodzenia z bezdomności, który pełni funkcję kontraktu socjalnego. Pozostałe plany są integralną częścią IPWzB. Wymaga to ścisłej współpracy między ośrodkiem pomocy społecznej, Powiatowym Urzędem Pracy i organizacją prowadzącą placówkę dla osób bezdomnych bądź realizującą projekt. Współpraca powinna polegać na częstych kontaktach i precyzyjnym przepływie informacji oraz szczegółowym podziale ról pomiędzy tymi instytucjami, tak aby ich działania pozostawały komplementarne i nie dublowały się
- upowszechnianie możliwości zlecenia zadania aktywizacji zawodowej agencjom zatrudnienia prowadzonym przez organizacje pozarządowe. To rozwiązanie skróci drogę do poradnictwa zawodowego i przyspieszy proces aktywizacji zawodowej osób bezdomnych. Zwiększy też zainteresowanie organizacji pozarządowych prowadzeniem tego rodzaju usług i wpłynie na ich profesjonalizację.

Usługa „edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa” osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

6 REKOMENDACJA LEGISLACYJNA

Standard usług wobec bezdomnych – poza wcześniej wspomnianymi usługami – należy uzupełnić o usługę edukacyjną wobec osób zagrożonych bezdomnością i bezdomnych. Świadczą ją instytucje kształcenia dorosłych, ośrodki szkoleniowe, pracodawcy i organizacje pozarządowe prowadzące placówki dla osób bezdomnych.

7 REKOMENDACJE POMOCNICZE

- wprowadzić do placówek dla osób bezdomnych pracownie komputerowe z dostępem do internetu, biblioteki i czytelnie prasy codziennej, najnowszych wydawnictw, telewizję z dostępem do stacji zagranicznych
- koordynować na poziomie gminy działania w zakresie edukacji, promować kształcenie ustawiczne, tworzyć placówki specjalizujące się w prowadzeniu różnego rodzaju akcji i przedsięwzięć edukacyjnych, kampanii społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych mediów i internetu
- prowadzić w sposób stały i powszechnie dostępny informatorium o możliwościach kształcenia się, kursach zawodowych i szkoleniach oraz ranking ich efektywności i jakości
- upowszechnić usługę brokera edukacyjnego. Otwarty rynek usług szkoleniowych wymaga specjalnych umiejętności rozróżniania ich wartości i adekwatności do potrzeb danej osoby. Pomocy ze strony brokera edukacyjnego potrzebują osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, w tym osoby bezdomne. Nieznajomość rynku powoduje dość często niewłaściwy dobór kursu czy szkolenia, a tym samym ich nieprzydatność i marnotrawienie środków.

Usługa „zatrudnienie wspierane osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością”.

8 REKOMENDACJE LEGISLACYJNE

W proponowanym rozporządzeniu o standardzie usług wobec osób bezdomnych wskazane jest zobligowanie instytucji i podmiotów prowadzących placówki pomocy (schroniska i domy dla osób bezdomnych) do prowadzenia ścisłej współpracy z ośrodkami pomocy społecznej i powiatowymi urzędami pracy przy organizowaniu różnych form zatrudnienia wspieranego.

9 REKOMENDACJE POMOCNICZE

- rekomenduje się tworzenie w gminach, zwłaszcza wielkomiejskich, specjalnych programów aktywizacji zawodowej i zatrudnienia wspieranego dla osób bezdomnych w ramach Funduszu Pracy. Z jednej strony organizacje pozarządowe pracujące z osobami bezdomnymi nie wykorzystują ustawowej możliwości inicjowania i tworzenia programów specjalnych aktywizujących osoby bezdomne na poziomie gminy, z drugiej zaś gminy i powiatowe urzędy pracy nie tworzą warunków do podejmowania tego rodzaju inicjatyw
- kierownicy i zespoły pracownicze przyjmujące osoby bezdomne w ramach zatrudnienia wspieranego powinny być przeszkolone i przygotowane do pracy z tymi osobami. Takie przygotowanie zespołu pracowniczego wymaga od trenera pracy szczególnych umiejętności, a przede wszystkim taktu, poszanowania godności i praw osoby bezdomnej
- zbilansowanie wszystkich kosztów i korzyści zatrudnienia wspieranego (a jest to wskazane z różnych powodów, m.in. z obowiązku racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi oraz z kształtowania świadomości beneficjentów co do zakresu, wartości i kosztów pomocy, z jakiej korzystają) wymaga zastosowania odpowiednich wskaźników i metod analityki ekonomicznej. Powinniśmy dysponować wiedzą na temat efektywności poszczególnych form zatrudnienia wspieranego.

Proceduralne bariery ograniczają osobom bezdomnym dostępność do zatrudnienia wspieranego – głównie przez konieczność dysponowania statusem bezrobotnego lub realizacji indywidualnych programów (kontraktów socjalnych).

STANDARD STREETWORKINGU W ŚRODOWISKU OSÓB BEZDOMNYCH

I KONTEKST POWSTANIA STANDARDU STREETWORKINGU W ŚRODOWISKU OSÓB BEZDOMNYCH

Początki streetworkingu sięgają lat 20. XX wieku. W czasach kryzysu ekonomicznego w USA na ulicach zaczęły się pojawiać gangi. Sama praca na ulicy miała charakter dziś rozumiany jako prewencyjny. W latach 50. streetworkerzy swym oddziaływaniem objęli także osoby uzależnione od narkotyków. Taka forma pracy ulicznej zaczęła się w latach 60. przyjmować w Europie. W Polsce impulsem do dynamicznego rozwoju metod pracy prowadzonej w środowisku grup z obszaru społecznego wykluczenia stała się działalność MONAR-owskich terapeutów ulicznych oraz późniejszy program uliczny oparty na idei redukcji szkód i profilaktyki HIV i HCV. W działalności programów ulicznych możemy dostrzec jasno wyrażane zasady pracy streetworkerów: nieocenianie wyborów klienta i ich absolutne poszanowanie, nawet gdy konsekwencje tych wyborów przynieść mogą niewątpliwą dla niego szkodę. W 1995 r. do środowisk z obszarów społecznego wykluczenia wyszła TADA¹³, kierując swoją ofertę z zakresu profilaktyki HIV/AIDS do kobiet prostytuujących się na ulicach Szczecina. W tym samym roku, zimą, pracę zaczęli streetworkerzy Fundacji Pomocy Wzajemnej Barka, działając na ulicach Poznania i kierując ofertę do grupy precyzyjnie określonej – osób bezdomnych. Streetworking ten osadzony był (i nadal jest) w tzw. nurcie samopomocowym¹⁴.

Kolejny przełom w polskiej historii pracy z osobami bezdomnymi dokonał się dekadę później – w 2005 roku. W ramach szerokiego programu *Agenda Bezdomności – Standard Aktywnego Powrotu na Rynek Pracy*, opierającego się na kompleksowej diagnozie lokalnej bezdomności, trójmiejski system wsparcia osób bezdomnych został uzupełniony o dwuosobowe zespoły streetworkerów, którzy znaleźli zatrudnienie u lidera tego projektu – w gdańskim kole Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta. W działaniu *Agendy* dopatrywać się możemy zaczątku tzw. nurtu zawodowego streetworkingu. Zwieńczeniem programu było opracowanie i wydanie drukiem podręcznika *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standard społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*, którego integralną częścią był standard pracy metodą streetworkingu (Dębska-Cenian A., Olech P. (red.), 2008).

¹³ TADA to pierwotnie nazwa programu profilaktycznego, od 1997 r. jeden z członów nazwy Stowarzyszenia.

¹⁴ W tekście pojawiają się określenia trzech zidentyfikowanych tzw. nurtów realizacji streetworkingu; są to:

- nurt samopomocowy, oparty na pracy osób, które doświadczyły wykluczenia (w odniesieniu do streetworkingu – doświadczyły sytuacji bez dachu nad głową). Nurt ten zwany bywa też neofickim
- nurt zawodowy, oparty na pracy osób o wysokich kwalifikacjach formalnych związanych przede wszystkim z wykształceniem w zakresie nauk społecznych lub w zawodzie pracownika socjalnego
- nurt mieszany, oparty na pracy minimum dwuosobowych zespołów streetworkerów, w których jeden odpowiada nurtowi samopomocowemu, drugi zawodowemu.

Od tego momentu wyraźnie zauważalne jest zainteresowanie i rozwój pracy metodami outreach¹⁵ (streetworking, partyworking, pedagogika ulicy itp.). Trend ten nie omija także wachlarza usług skierowanych do osób bezdomnych. W obliczu takiego rozwoju metod outreach „nie ma już możliwości ucieczki od niezwykle twórczej i ciekawej – choć trzeba przyznać, że dość żmudnej i trudnej – pracy nad standardami (...). I bardzo dobrze, bo skorzystają na tym wszyscy: odbiorcy usług, podatnicy, a w dłuższej perspektywie – również i realizatorzy” (Boczoń J., 2004).

W okresie od stycznia do czerwca 2010 r. w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” w zadaniu nr 4 w zakresie standaryzacji pracy z bezdomnymi w tym stworzenie „Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności” przeprowadzona została pierwsza w polskiej historii pomocy społecznej diagnoza dotycząca szeroko ujętego streetworkingu skierowanego do osób bezdomnych. W ramach procesu diagnostycznego ogólnopolskiemu badaniu pod kątem streetworkingu poddanych zostało ponad 600 organizacji z ponad 500 polskich gmin. Wnioski z tej diagnozy, zawarte w obszernym *Raporcie z fazy diagnozy* (Stenka R. red., 2011), stały się dla Grupy Ekspertckiej ds. Streetworkingu¹⁶ punktem wyjścia do dalszej pracy nad tworzeniem standardu usługi społecznej skierowanej dla osób bezdomnych, jaką jest niewątpliwie streetworking w ich środowisku. Warto więc przytoczyć okoliczności, jakie zdeterminowały ostateczny kształt poniższego opracowania:

- streetworking w środowisku osób bezdomnych funkcjonuje w 20 miejscach w Polsce. 4,5% podmiotów z obszaru bezdomności korzystało z pracy streetworkerów, ale ponad 11% deklaruje chęć wprowadzenia/kontynuacji tej metody pracy w najbliższych dwóch latach
- w praktyce możemy wyróżnić 3 odmienne nurty streetworkingu: zawodowy, samopomocowy, mieszanym (scharakteryzowane ramowo powyżej)
- istniejące dokumenty, określające charakter, metodologię i metodykę pracy streetworkerskiej noszą znamiona standardów, jednak nie istnieje jeden spójny ogólnopolski dokument mogący być standardem streetworkingu w środowisku osób bezdomnych. Wspominane dokumenty, choć przywoływane przez wielu praktyków i teoretyków, w praktyce mają zazwyczaj zasięg lokalny
- nie istnieją szczególne regulacje prawne warunkujące pracę tą metodą, jak to ma miejsce np. przy świadczeniu pracy socjalnej. Oparciem są przepisy prawa pracy, kodeksu cywilnego, odwołania do ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)
- baza szkoleniowa dla streetworkerów, choć dość uboga, jest na chwilę obecną wystarczająca (*Jesien na szkoła streetworkingu*, TPBA Gdańsk, oraz *Profesjonalny streetworking*, Stowarzyszenie im. Marii Niepokalanej na rzecz Pomocy Dziewczętom i Kobietom, MAGDALENA Sp. z o.o., oraz Agencja Nowatorskich Działań dla Lokalnych Obywatelskich Projektów ANDLOP).

Wychodząc od tych wniosków, określono założenia, które stały się fundamentem „Standardu streetworkingu w środowisku osób bezdomnych”:

- streetworking w środowisku osób bezdomnych to nie streetworking w ogóle – projekt w zadaniu 4 nie daje upoważnienia do tworzenia ogólnego standardu streetworkingu

¹⁵ Z ang. „sięgając poza – do, na zewnątrz”. W kontekście pracy socjalnej jest to metoda pracy realizowana z osobami przebywającymi w swoich środowiskach. Jej istotą jest wyjście pracownika poza ramy instytucji do miejsc przebywania odbiorców, w celu udzielenia im adekwatnej pomocy. Jedną z form pracy outreach jest streetworking.

¹⁶ Jedną z sześciu grup eksperckich pracujących w sześciu obszarach tematycznych w zadaniu 4: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja.

- standaryzacja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych na chwilę obecną wskazana jest tylko na poziomie programów
- konieczne staje się stworzenie jednolitego ogólnopolskiego standardu pracy metodą streetworkingu z osobami bezdomnymi, w tym:
- wyodrębnienie streetworkingu w środowisku osób bezdomnych jako specjalistycznej metody w pracy
- opracowanie wymagań dotyczących kwalifikacji i obowiązkowych szkoleń dla streetworkerów pracujących z osobami bezdomnymi
- określenie czasu/okresu świadczenia usługi (całorocznie/w określonych porach roku/akcyjnie?)
- określenie zasad finansowania streetworkingu w środowisku osób bezdomnych.

Zachęcając do zapoznania się z niniejszym materiałem, podkreślić należy, że po raz pierwszy w polskiej historii „to organizacje pozarządowe podjęły wyzwanie budowania standardów usług, które realizują – walcząc o swą pozycję nie przez roszczenia, ale poprzez podnoszenie profesjonalizmu działania” (Boczoń J., 2004). Standard streetworkingu w środowisku osób bezdomnych, oparty na przedstawionych założeniach, w kolejnej fazie projektu poddany zostanie pilotażowemu wdrażaniu w wybranych gminach. Doświadczenia z tych wdrożeń staną się podstawą do stworzenia rekomendacji prawnych, które w przyszłości mają się stać narzędziem do wdrożenia streetworkingu jako integralnego elementu systemu wsparcia osób bezdomnych w Polsce.

2 PODSUMOWANIE

Streetworking w środowisku osób bezdomnych jest stosunkowo nową metodą pracy z osobami wykluczonymi. Charakter tej usługi – nietradycyjność, pewnego rodzaju odkrywcość – pozwalają nam określić go metodą nowatorską. Dzięki niemu odkrywamy to, co dotychczas było nam nieznanie – funkcjonowanie osób bezdomnych (ale nie tylko) w miejscach, w jakich dotychczas pomoc społeczna nie była obecna. To wejście w nieznanie obszary miasta, nieznanie obszary człowieczeństwa, ma niebagatelny wpływ na odkrywanie rzeczywistego obrazu społecznej problematyki i badanie ludzkich potrzeb. Streetworking nie jest jednak narzędziem badawczym, mającym jedynie odkrywać nieznanie – na owym badaniu rola streetworkera się zaczyna. Dotarcie do tych obszarów rozpoczyna długi i żmudny proces pracy, który z punktu widzenia szeroko rozumianej polityki społecznej doprowadzić ma ostatecznie do ponownego włączenia tych osób do w pełni społecznego funkcjonowania i spójności całego naszego społeczeństwa. By jednak móc prowadzić kompleksową politykę społeczną, konieczne jest objęcie jej oddziaływaniem maksymalnie szerokiego grona obywateli. Nieliczne, ale kompleksowe badania (Dębski M., 2010) pozwalają nam sformułować opinię, że dotychczasowe działania pomocowe skierowane do osób bezdomnych obejmują nieco ponad połowę całej tej populacji. Czy w takiej sytuacji można więc mówić, że świadczona dotychczas pomoc jest kompleksowa? Niemal połowa osób bezdomnych na co dzień nie jest objęta szerokim wsparciem, jakie jest możliwe w sytuacji korzystania z systemu wsparcia opartego m.in. na placówkach zbiorowego zakwaterowania. Tym samym streetworking w środowisku osób bezdomnych, będąc usługą nową, obejmuje populację osób dotychczas przez ten system zaniebawaną. Wydaje się więc być narzędziem niezbędnym do kreowania kompleksowego wsparcia dla całej populacji osób bezdomnych, tak na lokalnych obszarach jego funkcjonowania, jak i na poziomie ogólnokrajowym.

BIBLIOGRAFIA:

- Bałchan A., Lasoty M., 2010. *Przewodnik streetworkera*. Katowice-Opole.
- Barczyński M., Bogusz J., 1993. *Medyczny słownik encyklopedyczny*. Kraków.
- Boczoń J., 2004. *Poradnik Standaryzacji Usług Społecznych*. Warszawa.
- Buning E., Verster A., 2004. *Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów*. Warszawa.
- Dębski M., 2010. *Co nowego w badaniach socjodemograficznych? Wybrane aspekty na podstawie badań z 2009 roku*. Ł. Browarczyk, M. Dębski, red. „Forum. O bezdomności bez lęku”. Gdańsk.
- Drabik L., Sobol E., red. 2007. *Słownik języka polskiego*. t. 2. Warszawa.
- Duda M., 2011. *Bezdomny moim bratem. O polskiej bezdomności przełomu wieków w świetle katolickiej nauki społecznej*. Kraków.
- Dz.U. z 1.05.2004 Nr 99 poz. 1001 z późn. zm. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
- Dz.U. z 2.11.2009 Nr 183 poz. 1432 z późn. zm. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2009 r. w sprawie finansowego wsparcia na tworzenie noclegowni i domów dla bezdomnych.
- Dz.U. z 9.10.1997 Nr 123 poz. 776 z późn. zm. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- Dz.U. z 10.07.2001 Nr 71 poz. 733. z późn. zm. Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego.
- Dz.U. z 13.01.2010 Nr 3 poz. 13. Ustawa z dnia 17 grudnia 2009 r. o zmianie ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego oraz o zmianie niektórych innych ustaw.
- Dz.U. z 14.07.2003 Nr 122 poz. 1143 z późn. zm. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.
- Dz.U. z 14.10.1991 Nr 91 poz. 408 z późn. zm. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
- Dz.U. z 15.04.2004 Nr 64 poz. 593 z późn. zm. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- Dz.U. z 15.06.2002 Nr 75 poz. 690. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie.
- Dz.U. z 16.07.1997 Nr 78 poz. 483, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 roku.
- Dz.U. z 22.06.2010 nr 109 poz. 719. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów.

Dz.U. z 23.12.2010 Nr 243 poz. 1623 z późn. zm. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 listopada 2010 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo budowlane.

Dz.U. z 27.09.2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dz.U. z 27.09.2006 Nr 171 poz. 1225 z późn. zm. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Dz.U. z 27.10.2009 Nr. 178 poz. 1380 z późn. zm. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

Dz.U. z 28.09.2010. Nr 177 poz. 1193. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 września 2010 r. w sprawie standardów i warunków prowadzenia usług rynku pracy.

Dz.U. z 29.05. 2003 Nr 96 poz. 873 z późn. zm. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Dz.U. z 31.08.2009 Nr 140 pozycja 1147. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Frieske K.W., red.,1999. *Marginalność społeczna W: Encyklopedia Socjologii*. t. 2. zespół pod kier. W. Kwaśniewicza. Warszawa.

Gałęziak J., 2006. *Standardy jakości usług organizacji socjalnych. Perspektywa Europejska W: Wiedza i rozwój: rola WRZOS w kształtowaniu polityki społecznej*. red. Krawczyk A. Płowiec K. Sobierajskiego T. Warszawa.

Gaś Z. B., 2002. *Redukcja szkód a profilaktyka uzależnień*. „Remedium” nr 7-8.

Granosik M., 2006. *Profesjonalizacja zawodów społecznych. Przykład pracy socjalnej*. W: *Pedagogika społeczna: podręcznik akademicki*. t. 1. red. E. Marynowicz-Hetka. et. al. Warszawa.

Kamiński T., b.d. *Wprowadzenie do pracy socjalnej*. www.seminare.pl/16/kaminski.htm, 11.05.2010.

Karpińska A., red., 2002. *Edukacja w dialogu i reformie*. Białystok.

Komisja Europejska, 2002. *Ekonomia społeczna 2002. Dokument przygotowawczy. Pierwsza Europejska Konferencja na temat Ekonomii Społecznej w Europie Środkowo-Wschodniej*. Praga.

Kossowska M., 2001. *Ocena i rozwój umiejętności pracowniczych*. Kraków.

Kózka M., red., 2001. *Stany zagrożenia życia – wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego*. Kraków.

Krasiejko I., 2010. *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*. Katowice.

Krzyszkowski J., 1997. *Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej*. Łódź.

Lamb R., 1998. *Poradnictwo zawodowe w zarysie*. „Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego” nr 9.

Marszałkowska M., 2005. *Standardy pracy socjalnej*. Warszawa. www.mpips.gov.pl/userfiles/File/mps/standardyps.pdf, 12.12.2010.

Milanowska K., 2003. *Kinezyterapia*. Warszawa.

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2007. *Program Operacyjny KAPITAŁ LUDZKI. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*. Warszawa.

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, 2010. *Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013*. Warszawa.

Murkowski M., Koronkiewicz A., red., 1997. *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia*. Warszawa.

Okoń W., red., 1981. *Słownik pedagogiczny*. Warszawa.

Olech P., 2006. *Aktywizacja zawodowa osób bezdomnych*. W: *Bezrobocie jako problem bezdomnych polskich*. red. A. Duracz-Walczak. Warszawa.

Olech P., 2010. *Zapobieganie bezdomności – prewencja celowa, systemowa oraz profilaktyka. Raport roczny*. Browarczyk Ł. Dębski M. „Forum. O bezdomności bez lęku”. Gdańsk.

Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, 2010. *Model hierarchizacji i standardy usług placówek dla osób bezdomnych*. www.pfwb.org.pl/idx.php?s=model+hierarchizacji+i+standardy+us%C5%82ug+plac%C3%B3wek+dla+os%C3%B3b+bezdomnych, 2011.01.05.

Przymeński A., 2008. *Aktualny stan problemu bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny*. W: *Oblicza bezdomności*. M. Dębski. K. Stachura. red. Gdańsk.

Robertis de C., Pascal H., 1999. *Postępowanie metodyczne w pracy socjalnej z grupami i za społecznościami*. tłum. K. Karbowska. Katowice.

Rymsza M., Frączak P., Skrzypiec R., Wejcman Z., 2007. *Standardy współpracy administracji publicznej z sektorem pozarządowym*. Warszawa.

Stankiewicz L., 2002. *Zrozumieć bezdomność*. Olsztyn.

Stenka R. red., 2011. *Raport z fazy diagnozy. Kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja*. Gdańsk.

Strelau J., red., 2002. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. t. 1. Gdańsk.

Symela K., Zwolińska A., Żurek M., Żywiec-Dąbrowska E., red., 2005. *Standard usługi: poradnictwo zawodowe dla młodzieży*. Warszawa.

Szatur-Jaworska B., b. d. *Superwizja i kierowanie superwizyjne*. www.ips.uw.edu.pl/pliki/podyplomowe/podyplomoweSNoPiPS/dlastudentow/superwizja_w2-BSJaworska.pdf, 20.11.2011.

Szmagalski J., 2006. *Współczesne procesy rozwojowe pracy socjalnej jako zawodu i dziedziny kształcenia akademickiego*. „Praca Socjalna” nr 3.

Szmagalski J. red., 2004. *Superwizja pracy socjalnej. Zastosowania i dylematy*. Warszawa.

Szukalski B., 2005. *Kompendium wiedzy o środkach uzależniających*. Warszawa.

Tyszka N., red., 2010. *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Vademecum 2010*. Warszawa.

Woronowicz B. T., 2009. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa.

Wódcz K., 2008. *Jak pomagać bezdomnym? Uwagi na marginesie metody towarzyszenia*. W: *Wyprowadzić na prostą. Innowacyjne metody aktywizacji społecznej i zawodowej na przykładzie wdrażania modelu lokalnej sieci wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością*. red. A. Wiktorska-Świąćka Wrocław. 2008.

www.unesco.org, 23.05.2010.

Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych, 2000. *Definicja pracy socjalnej przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych*. Montreal, Kanada, lipiec 2000 r. tłum. J. Szmagałski. www.ipsir.uw.edu.pl/UserFiles/File/Rekrutacja/Miedzynarodowa_definicja_pracy_socjalnej.pdf, 20.12.2010.