

MODEL GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMONŚCI

STANDARDY USŁUG SPOŁECZNYCH
SKIEROWANYCH DO OSÓB BEZDOMNYCH
W SZEŚCIU OBSZARACH:

STREETWORKING,
PRACA SOCJALNA,
MIESZKALNICTWO I POMOC DORAŻNA,
PARTNERSTWA LOKALNE,
ZDROWIE,
ZATRUDNIENIE I EDUKACJA.



Pomorskie Forum na rzecz
Wychodzenia z Bezdomności
Natura nie każdego wyposaża w dom



Projekt systemowy – 1.18 „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”

Finansowany ze środków Unii Europejskiej

Opracowanie przygotowane przez:

Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności

Towarzystwo Pomocy im. Św. Brata Alberta

Stowarzyszenie Monar

Związek Organizacji Sieci Współpracy Barka

Caritas Diecezji Kieleckiej

Stowarzyszenie Otwarte Drzwi



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



WYKAZ TREŚCI

ZAGADNIENIA OGÓLNE

Wprowadzenie

Czym jest Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności?

Czym są standardy usług i jaka jest ich rola?

Bezdomność – jak ją rozumieć?

STANDARDY USŁUG SKIEROWANYCH DO OSÓB BEZDOMNYCH

STREETWORKING

1. Nazwa. Opis. Definicja usługi
 - 1.1. Nazwa usługi
 - 1.2. Krótki opis usługi
 - 1.3. Definicja usługi
2. Odbiorca usługi
3. Cel usługi
 - 3.1. Cele systemowe (pośrednie oddziaływanie na osoby bezdomne, realizowane głównie poprzez instrumenty polityki społecznej, mające szersze społecznie oddziaływanie)
 - 3.1.1. Cel główny:
 - 3.1.2. Cele szczegółowe:
 - 3.2. Cele jednostkowe (indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych, głównie realizowane przez streetworkera w toku jego codziennych obowiązków)
 - 3.2.1. Cel główny:
 - 3.2.2. Cele szczegółowe:
4. Rezultat usługi
 - 4.1. Rezultaty systemowe (efekty wprowadzenia metody streetworkingu do struktur lokalnej pomocy społecznej):
 - 4.2. Rezultaty jednostkowe (efekty prowadzenia pracy metodą streetworkingu, które bezpośrednio wpływają na osoby bezdomne pozostające poza systemem pomocy społecznej):
5. Zakres usługi
 - 5.1. Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych. Cele, zadania, dokumenty.
 - 5.1.1. Badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych.
 - 5.1.2. Obecność w środowisku i jego monitorowanie
 - 5.1.3. Nawiązanie kontaktu.
 - 5.1.4. Budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie planu działań.
 - 5.1.5. Realizacja planu i zakończenie relacji
 - 5.1.6. Interwencje.
 - 5.2. Mapy miejsc niemieszkalnych
6. Prawne uwarunkowania realizacji usługi
7. Kompetencje
 - 7.1. Kwalifikacje formalne
 - 7.2. Kwalifikacje psychospołeczne
 - 7.3. Szkolenie streetworkerów
8. Realizatorzy usługi
 - 8.1. Podmioty realizujące usługę
 - 8.2. Zespół osób realizujących usługę
9. Warunki realizacji usługi
 - 9.1. Czas pracy streetworkera
 - 9.2. Pory, w jakich usługa streetworkingu może być świadczona
 - 9.3. Okres w jakim świadczy się usługę streetworkingu
 - 9.4. Czas świadczenia usługi
 - 9.5. Uniwersalny model streetworkingu w środowisku osób bezdomnych
10. Współpraca przy realizacji usługi
 - 10.1. Partnerzy kluczowi:
 - 10.2. Inni potencjalni partnerzy:
11. Dokumentacja usługi
12. Koszty i finansowanie
 - 12.1. Koszty bezpośrednie tj. koszty realizacji poszczególnych zadań określonych odpowiednio do zakresu merytorycznego usługi:

- 12.2. Koszty pośrednie tj. koszty administracyjne związane z funkcjonowaniem jednostki nadzorującej realizację usługi:
- 12.3. Potencjalne źródła finansowania
- 13. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi
 - 13.1. Wskaźniki w procesie monitorowania
- 14. Superwizja.

PRACA SOCJALNA

- 1. Nazwa/opis/definicja pracy socjalnej zgodnej ze standardem
- 2. Odbiorca pracy socjalnej zgodnej ze standardem
- 3. Cel pracy socjalnej zgodnej ze standardem
- 4. Zakres czynnościowy realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 4.1. Pierwszy kontakt
 - 4.2. Przeprowadzanie diagnozy sytuacji klienta
 - 4.3. Informowanie osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością o uprawnieniach i możliwościach uzyskania wsparcia
 - 4.4. Określenie i zapewnienie pakietu socjalnego
 - 4.5. Udzielanie poradnictwa socjalnego
 - 4.6. Konstruowanie i wdrażanie planu pomocy (projektu działań)
 - 4.6.1. Etap I - Konstruowanie planu pomocy (projektu działania)
 - 4.6.2. Etap II - Wdrażanie planu pomocy (realizacja projektu działania)
 - 5. Realizacja minimum standardu
 - 6. Rezultat pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 7. Miejsce umocowania pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 8. Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 8.1. Kwalifikacje realizatora:
 - 8.2. Warunki realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 8.2.1. Miejsce realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 8.2.2. Czas realizacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
 - 8.2.3. Warunki pracy niezbędne dla realizacji pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych
 - 9. Współpraca przy realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 10. Dokumentacja w pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 11. Koszty i finansowanie pracy socjalnej zgodnej ze standardem
 - 12. Ewaluacja, monitoring i autoewaluacja pracy socjalnej zgodnej ze standardem

MIESZKALNICTWO I POMOC DORAŻNA

MODELE WDRAŻANIA WSPARCIA W OBSZARZE MIESZKALNICTWA, ZAKWATEROWANIA I POMOCY DORAŻNEJ

- 1. Model palety
- 2. Model drabinkowy
- 3. Model Najpierw Mieszkanie
- 4. Model wspólnotowy

STANDARDY W OBSZARZE MIESZKALNICTWA

- 1. Placówki pomocy dorażnej
 - 1.1. Standard ogrzewalni dla osób bezdomnych
 - 1.1.1. Definicja usługi:
 - 1.1.2. Odbiorca usługi:
 - 1.1.3. Cel główny usługi:
 - 1.1.4. Zakres usługi:
 - 1.1.5. Rezultat usługi:
 - 1.1.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
 - 1.1.7. Podmioty realizujące usługę:
 - 1.1.8. Warunki realizacji usługi:
 - 1.1.9. Współpraca przy realizacji usługi:
 - 1.1.10. Dokumentacja usługi:
 - 1.1.11. Koszty i finansowanie.
 - 1.1.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.
 - 1.2. Standard noclegowni dla osób bezdomnych.
 - 1.2.1. Definicja usługi:
 - 1.2.2. Odbiorca usługi:
 - 1.2.3. Cel główny usługi:
 - 1.2.4. Zakres usługi:
 - 1.2.5. Rezultat usługi:
 - 1.2.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
 - 1.2.7. Podmioty realizujące usługę:
 - 1.2.8. Warunki realizacji usługi:
 - 1.2.9. Współpraca przy realizacji usługi.
 - 1.2.10. Dokumentacja usługi.

- 1.2.11. Koszty i finansowanie.
- 1.2.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.
- 2. Placówki stacjonarne
- 2.1. Standard schroniska dla osób bezdomnych
- 2.1.1. Definicja usługi:
- 2.2. Odbiorca usługi:
- 2.3. Cel główny usługi:
- 2.4. Zakres usługi:
- 2.5. Rezultat usługi – określenie oczekiwanych (spodziewanych) wyników w realizacji usługi:
- 2.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
- 2.7. Podmioty realizujące usługę:
- 2.8. Warunki realizacji usługi:
- 2.9. Współpraca przy realizacji usługi:
- 2.10. Dokumentacja usługi.
- 2.11. Koszty i finansowanie.
- 2.12. Monitoring i ewaluacja:
- 3. Placówki samodzielnego zamieszkania
- 3.1. Standard mieszkań wspieranych (chronionych, readaptacyjnych, treningowych).
- 3.1.1. Definicja usługi:
- 3.1.2. Odbiorca usługi:
- 3.1.3. Cel główny usługi:
- 3.1.4. Zakres usługi:
- 3.1.5. Rezultat usługi:
- 3.1.6. Kadra i kompetencje osób.
- 3.1.7. Podmioty realizujące usługę:
- 3.1.8. Warunki realizacji usługi:
- 3.1.8.1. W domu dla bezdomnych (w mieszkaniach wspieranych zespolonych):
- 3.1.8.2. W mieszkaniach wspieranych rozproszonych:
- 3.1.9. Współpraca przy realizacji usługi.
- 3.1.10. Dokumentacja usługi.
- 3.1.11. Finansowanie i koszty.
- 3.1.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi:
- 4. Punkty pomocy doraźnej
- 4.1. Standard świetlicy
- 4.1.1. Definicja usługi:
- 4.1.2. Odbiorca usługi:
- 4.1.3. Cel główny usługi:
- 4.1.4. Zakres usługi:
- 4.1.5. Rezultat usługi:
- 4.1.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
- 4.1.7. Podmioty realizujące usługę:
- 4.1.8. Warunki realizacji usługi:
- 4.1.9. Współpraca przy realizacji usługi:
- 4.1.10. Dokumentacja usługi:
- 4.1.11. Koszty i finansowanie:
- 4.1.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi:
- 4.2. Standard punktu konsultacyjno – informacyjnego
- 4.2.1. Definicja usługi:
- 4.2.2. Odbiorca usługi:
- 4.2.3. Cel główny usługi:
- 4.2.4. Zakres usługi:
- 4.2.5. Rezultat usługi:
- 4.2.6. Kompetencje:
- 4.2.7. Podmioty realizujące usługę:
- 4.2.8. Warunki realizacji usługi:
- 4.2.9. Współpraca przy realizacji usługi:
- 4.2.10. Dokumentacja usługi:
- 4.2.11. Koszty i finansowanie
- 4.2.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.
- 4.3. Standard punktu wdawania żywności
- 4.3.1. Definicja usługi:
- 4.3.2. Odbiorca usługi:
- 4.3.3. Cel główny usługi:
- 4.3.4. Zakres usługi:
- 4.3.5. Rezultaty usługi:
- 4.3.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
- 4.3.7. Podmioty realizujące usługę:

- 4.3.8. Warunki realizacji usługi:
- 4.3.9. Współpraca przy realizacji usługi:
- 4.3.10. Dokumentacja usługi:
- 4.3.11. Koszty i finansowanie:
- 4.3.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.
- 4.4. Standard punktu wdawania odzieży
 - 4.4.1. Definicja usługi:
 - 4.4.2. Odbiorca usługi:
 - 4.4.3. Cel usługi:
 - 4.4.4. Zakres usług:
 - 4.4.5. Rezultat usługi:
 - 4.4.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
 - 4.4.7. Podmioty realizujące usługę:
 - 4.4.8. Warunki realizacji usługi:
 - 4.4.9. Współpraca przy realizacji usługi:
 - 4.4.10. Dokumentacja usługi:
 - 4.4.11. Koszty i finansowanie:
 - 4.4.12. Monitoring wykonania usługi:
- 4.5. Standard jadłodajni
 - 4.5.1. Definicja usługi:
 - 4.5.2. Odbiorcy usługi:
 - 4.5.3. Cel główny usługi:
 - 4.5.4. Zakres usługi:
 - 4.5.5. Rezultaty usługi:
 - 4.5.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
 - 4.5.7. Podmioty realizujące usługę:
 - 4.5.8. Warunki realizacji usługi:
 - 4.5.9. Współpraca przy realizacji usługi:
 - 4.5.10. Dokumentacja usługi:
 - 4.5.11. Koszty i finansowanie:
 - 4.5.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi:
- 4.6. Standard łązni
 - 4.6.1. Definicja usługi:
 - 4.6.2. Odbiorca usługi:
 - 4.6.3. Cel główny usługi:
 - 4.6.4. Zakres usługi:
 - 4.6.5. Rezultaty usługi:
 - 4.6.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:
 - 4.6.7. Podmioty realizujące usługę:
 - 4.6.8. Warunki realizacji usługi:
 - 4.6.9. Współpraca przy realizacji usługi:
 - 4.6.10. Dokumentacja usługi:
 - 4.6.11. Koszty i finansowanie:
 - 4.6.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.

PARTNERSTWA LOKALNE

- 1. Nazwa/opis/
 - 1.1. Nazwa
 - 1.2. Opis:
- 2. Zasady tworzenia i funkcjonowania partnerstwa
- 3. Inicjowanie
 - 3.1. Inicjator
 - 3.2. Ogólne rozpoznanie podmiotów partnerstwa lokalnego
 - 3.3. Wykorzystanie przez inicjatora wszelkich dostępnych sposobów komunikacji
 - 3.4. Tworzenie dobrego klimatu wokół budowania partnerstwa oraz pozytywnej motywacji do przystąpienia do partnerstwa.
 - 3.5. Organizacja pierwszego spotkania
 - 3.6. Przebieg pierwszego spotkania
 - 3.7. Czynniki sprzyjające tworzeniu partnerstwa:
 - 3.8. Czynniki hamujące tworzenie partnerstwa:
- 4. Zakres podmiotowy
- 5. Analiza problemów, zasobów i otoczenia
 - 5.1. Narzędzia do analizy zasobów i deficytów:
- 6. Zakres przedmiotowy – płaszczyzny funkcjonowania partnerstwa
 - 6.1. Prewencja
 - 6.2. Interwencja
 - 6.3. Integracja

7. Cele partnerstwa
8. Zarządzanie partnerstwem
 - 8.1. Struktura partnerstwa
 - 8.1.1. Partnerstwo formalne – struktura organizacyjna zgodnie ze statutem
 - 8.1.1.1. Walne Zgromadzenie
 - 8.1.1.2. Rada/Zarząd
 - 8.1.1.3. Prezes/Przewodniczący
 - 8.1.1.4. Biuro
9. Edukacja i promocja partnerstwa
 - 9.1. Edukacja wewnętrzna
 - 9.2. Edukacja zewnętrzna
 - 9.3. Promocja partnerstwa
10. Finansowanie i koszty partnerstwa
 - 10.1. Fundusze wewnętrzne:
 - 10.2. Koszty bezpośrednie partnerstwa
 - 10.3. Koszty pośrednie
11. Niezbędna dokumentacja partnerstwa
 - 11.1. Zakres inicjowania
 - 11.2. Zakres kształtowania i funkcjonowania
 - 11.3. Zakres edukacji i promocji
 - 11.4. Zakres finansowania
 - 11.5. Zakres monitoringu i ewaluacji
12. Monitoring partnerstwa
 - 12.1. Wskaźniki w procesie monitorowania
 - 12.1.1. Rezultaty i wskaźniki:
 - 12.2. Sprawozdawczość
13. Ewaluacja partnerstwa

ZDROWIE

1. Standard w obszarze potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - 1.1. Nazwa/opis/definicja usługi
 - 1.2. Odbiorca usługi
 - 1.3. Cele usługi
 - 1.4. Zakres usługi
 - 1.5. Rezultat usługi
 - 1.6. Miejsce umocowania usługi
 - 1.7. Podmioty realizujące usługę
 - 1.8. Warunki realizacji usługi
 - 1.9. Współpraca przy realizacji usługi
 - Dokumentacja usługi
2. Standard w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej w placówkach świadczących usługi dla osób bezdomnych
 - 2.1. Nazwa/opis/definicja usługi
 - 2.2. Odbiorca usługi – grupa docelowa
 - 2.3. Cel usługi
 - 2.4. Zakres usługi
 - 2.5. Rezultat usługi
 - 2.6. Miejsce umocowania usługi
 - 2.7. Kompetencje
 - 2.8. Podmioty realizujące usługę
 - 2.9. Warunki realizacji usługi
 - 2.10. Współpraca przy realizacji usługi
 - 2.11. Dokumentacja usługi
 - 2.12. Koszty i finansowanie
3. Standard w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych
 - 3.1. Nazwa/opis/definicja usługi
 - 3.2. Adresaci działania
 - 3.3. Cele działania
 - 3.4. Zakres działania
 - 3.5. Rezultaty działania
 - 3.6. Kompetencje specjalistów prowadzących działania
 - 3.7. Podmioty realizujące działania
 - 3.8. Warunki realizacji działania
 - 3.9. Współpraca przy realizacji działania
 - 3.10. Dokumentacja działania
 - 3.11. Monitoring i ewaluacja wykonania działania
 - 3.12. Miejsce umocowania działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji

- psychoaktywnych osób bezdomnych
- 3.13. Koszty i finansowanie działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych
- 4. Standard w obszarze przedmedycznej pomocy doraźnej
 - 4.1. Nazwa/opis/definicja usługi
 - 4.2. Odbiorca usługi
 - 4.3. Cel usługi
 - 4.4. Zakres usługi
 - 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
 - 4.4.2. Świąd skóry z powodu pierwotnych lub wtórnych zmian skórnych oraz możliwe powikłania związane ze świądem
 - 4.4.3. Zmiany grzybicze stóp.
 - 4.4.4. Świerzb jako choroba zakaźna leczona zgodnie z zaleceniami lekarskimi
 - 4.4.5. Wszawica głowy z objawami: świąd skóry; osoby drapią się, wykazują nadmierne zdenerwowanie, niepokój, widoczne są czerwone ślady ukąszeń na skórze głowy (szczególnie za uszami i na skroniach)
 - 4.4.6. Wszawica łonowa atakująca okolice narządów płciowych zewnętrznych, pach, brzucha, brwi i rzęs, objawiająca się wzmożonym drapaniem w wymienionych miejscach w wyniku ukąszeń wszy, pojawiające się błękitne plamy w następstwie ukłuć (reakcja rozpadu krwinek pod wpływem wydzieliny pasożytów)
 - 4.4.7. Wszawica odzieżowa – powoduje liczne ślady zadrapań, bąble pokrzywkowe, grudki na tułowiu, zwłaszcza w miejscach przylegania fałdów ubrań i szwów bielizny
 - 4.4.8. Czyrak – jedna z postaci zakażenia skóry gronkowcami wnijkającymi z zewnątrz, pokryty zaczerwienioną i obrzękniętą skórą
 - 4.4.9. Gorączka
 - 4.4.10. Nadmierne pocenie się spowodowane utratą przez skórę ciepła z organizmu mające charakter patologiczny
 - 4.4.11. Wyziębienie organizmu
 - 4.4.12. Odmrożenia miejscowe czyli miejscowe uszkodzenie tkanek na skutek działania zimna
 - 4.5. Miejsce umocowania usługi
 - 4.6. Kompetencje
 - 4.7. Podmioty realizujące usługę
 - 4.8. Warunki realizacji usługi
 - 4.9. Współpraca przy realizacji usługi
 - 4.10. Dokumentacja usługi
 - 4.11. Koszty i finansowanie
 - 4.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi
- 5. Standard w obszarze pielęgniarstwa długoterminowej domowej
 - 5.1. Nazwa/opis/definicja usługi
 - 5.2. Odbiorca usługi
 - 5.3. Cel usługi
 - 5.4. Zakres usługi
 - 5.5. Rezultaty usługi
 - 5.6. Miejsce umocowania usługi
 - 5.7. Kompetencje
 - 5.8. Podmioty realizujące usługę
 - 5.9. Warunki realizacji usługi
 - 5.10. Współpraca przy realizacji usługi
 - 5.11. Dokumentacja usługi
 - 5.12. Koszty i finansowanie
 - 5.13. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi
- 6. Standard w obszarze opieki zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarstwa, rehabilitacyjnej i terapeutycznej
 - 6.1. Nazwa usługi
 - 6.2. Odbiorca usługi
 - 6.3. Cel usługi
 - 6.4. Zakres usługi
 - 6.4.1. Usługa opiekuńczo-pielęgnacyjna skierowana do osób bezdomnych.
 - 6.4.2. Rehabilitacja
 - 6.4.2.1. Rehabilitacja ruchowa realizowana na terenie placówki świadczącej usługi osobom bezdomnym
 - 6.4.2.2. Usługa rehabilitacyjna poza placówką
 - 6.4.3. Dostęp do leczenia
 - 6.4.4. Terapia zajęciowa
 - 6.4.5. Wsparcie psychologa
 - 6.4.6. Wsparcie psychiatry
 - 6.4.7. Edukacja i profilaktyka zdrowotna
 - 6.4.8. Praca socjalna
 - 6.4.9. Szkolenie kadry z zakresu opieki nad osobami niepełnosprawnymi

- 6.5. Rezultat usługi
- 6.6. Miejsce umocowania usługi
- 6.7. Kompetencje
- 6.8. Podmioty realizujące usługę
- 6.9. Warunki realizacji usługi
- 6.10. Współpraca przy realizacji usługi
- 6.11. Dokumentacja usługi
- 6.12. Koszty i finansowanie usługi
- 6.13. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi
- Monitoring pilotażu

ZATRUDNIENIE I EDUKACJA

Wprowadzenie

1. OBSZAR USŁUG: „AKTYWIZACJA SPOŁECZNA”
 - 1.1. Nazwa/opis/definicja obszaru usług
 - 1.2. Odbiorcy usług
 - 1.3. Cel usług
 - 1.4. Zakres usług
 - 1.4.1. Autodiagnoza kondycji życiowej i społecznej
 - 1.4.2. Grupy wsparcia
 - 1.4.3. Praca socjoterapeutyczna
 - 1.4.4. Praca na rzecz placówki /domu/ wspólnoty czyli „quasi wolontariat”
 - 1.4.5. Trening ekonomiczny
 - 1.4.6. Warsztaty i zajęcia „aktywizacji społecznej”
 - 1.4.7. Stymulacja inicjatywności społecznej
 - 1.5. Rezultat usług
 - 1.6. Miejsce umocowania usług
 - 1.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usług
 - 1.8. Podmioty realizujące usługi
 - 1.9. Warunki realizacji usług
 - 1.10. Współpraca przy realizacji usług:
 - 1.11. Dokumentacja usług:
 - 1.12. Koszty i finansowanie
 - 1.13. Monitoring i ewaluacja usług
 - 1.14. Wskaźniki w procesie monitorowania
2. OBSZAR USŁUG: „AKTYWIZACJA ZAWODOWA”
 - 2.1. Nazwa/opis/definicja usług
 - 2.2. Odbiorcy usług
 - 2.3. Cel usług
 - 2.4. Zakres usług
 - 2.4.1. Poradnictwo zawodowe
 - 2.4.2. Indywidualny Plan Działania (IPD)
 - 2.4.3. Pośrednictwo pracy
 - 2.4.4. Klub Pracy
 - 2.4.5. Trener Pracy
 - 2.4.6. Prace społecznie użyteczne
 - 2.5. Rezultat usług:
 - 2.6. Miejsce umocowanie usług
 - 2.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi
 - 2.8. Podmioty realizujące usługi
 - 2.9. Warunki realizacji usług
 - 2.10. Współpraca przy realizacji usług
 - 2.11. Dokumentacja usług
 - 2.12. Koszty i finansowanie
 - 2.13. Monitoring i ewaluacja wykonanej usługi
 - 2.14. Wskaźniki w procesie monitorowania
3. OBSZAR USŁUG „EDUKACJA ZAWODOWA I OGÓLNO-ROZWOJOWA”
 - 3.1. Nazwa/opis/definicja usług
 - 3.2. Odbiorcy usług - grupa docelowa
 - 3.3. Cel usług
 - 3.4. Zakres usług
 - 3.4.1. Nauka
 - 3.4.2. Warsztaty edukacyjne
 - 3.4.3. Staż w miejscu pracy
 - 3.4.4. Przygotowanie zawodowe dorosłych
 - 3.4.5. Kursy zawodowe
 - 3.4.6. Zatrudnienie socjalne

- 3.5. Rezultat usług
- 3.6. Miejsce umocowania obszaru
- 3.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usług
- 3.8. Podmioty realizujące usługi
- 3.9. Warunki realizacji usług
- 3.10. Współpraca przy realizacji usług
- 3.11. Dokumentacja usług
- 3.12. Koszty i finansowanie usług
- 3.13. Monitoring i ewaluacja usług
- 3.14. Wskaźniki w procesie monitorowania
- 4. OBSZAR USŁUG „ZATRUDNIENIE WSPIERANE”
- 4.1. Nazwa/opis/definicja usług
- 4.2. Odbiorca usług
- 4.3. Cel usług
- 4.4. Zakres usług
- 4.5. Rezultat usług
- 4.6. Miejsce umocowanie usług
- 4.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usług:
- 4.8. Podmioty realizujące usługi
- 4.9. Warunki realizacji usług
- 4.10. Współpraca przy realizacji usług:
- 4.11. Dokumentacja usług
- 4.12. Koszty i finansowanie
- 4.13. Monitoring i ewaluacja

Wprowadzenie

Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy

Partnerzy projektu systemowego 1.18 „*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 na podstawie tej bazy gminnych modeli rozwiązywania problematyki bezdomności. Tak zindywidualizowane konstrukcje w niedalekiej przyszłości poddane zostaną pilotażom w kilkunastu gminach w Polsce. Katalog ten na chwilę obecną nie jest 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 znaczenie kluczowe dla całokształtu działań projektowych – w sposób bezpośredni wpłyną na ostateczny kształt Modelu GSWB, którego finalne opracowanie przewidziane jest na rok 2013. By model ten możliwy był do wdrożenia jako element systemowego rozwiązywania problematyki bezdomności, jego uzupełnieniem będzie pakiet rekomendacji zarówno wskazujących kierunki zmian regulacji legislacyjnych, jakie muszą nastąpić, by GSWB mógł zafunkcjonować.

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, reprezentującym sektory (samo)rządowy 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 wdrażać będą na terenie swoich gmin wybrane z poniższego katalogu usługi. 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?

Model - Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB) – to model rozwiązywania problemu bezdomności realizujący funkcje i obejmujący poziomy oddziaływania Prewencji, Interwencji i Integracji; zawierający pewien katalog/pakiet standardów różnorodnych usług w obszarach tj. streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, partnerstwo lokalne, zatrudnienia i edukacji. Model 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 rozwiązania problemu.

Czym są standardy usług i jaka jest ich rola?

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.¹

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.²

Standardy jakości usług skierowanych do ludzi bezdomnych stosunkowo od niedawna stanowią przedmiot zainteresowania władz publicznych w Polsce. Dotychczas w Polsce usługi dla ludzi bezdomnych kształtowane były przez różnorodne, niezależne organizacje pozarządowe, które z biegiem lat stały się głównym aktorem 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 niniejsze wspieranie ludzi bezdomnych traktują 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. Sytuacja niniejsza doprowadziła w Polsce z jednej strony do wielkiego rozwoju różnorodnych usług dla ludzi bezdomnych, z drugiej strony do braku możliwości weryfikowania jakości usług oferowanych przez organizacje.

Zwykło się przyjmować, że standardy odnoszą się głównie do rzeczywistości przedmiotów (produktów) lub w innych wypadkach do norm ludzkiego zachowania. Standaryzacja zaś to przede wszystkim termin zarezerwowany dla języka technicznego, opisującego pewne powtarzalne cechy wytworów i produktów.

¹ *Koncepcja fazy diagnozy oraz ogólnopolskiego badania „Standardy usług w pomocy społecznej”, dostępne na: http://www.oscentrum.pl/strg/pdf/koncepcja_2.pdf, [2011.05.20]*

² Tamże

Jednocześnie standard stanowi wspólnie i ogólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najprostsze lub najbardziej pożądane cechy jakiegoś wytwarzanego dobra (np. komputera, radia). 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 i indywidualnych adresatów. „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.”³ Standardy kulturowe można rozumieć, jako zbiór obowiązujących norm społecznych (np. politycznych) ustanawiających kryteria pewnych pożądanych zachowań. Wykroczenie poza lub niespełnianie standardów może wiązać się 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 wysoce wystandaryzowane, każda oferta niniejszych 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 zabezpieczają w różnej formie pomoc ludziom bezdomnym (m.in. noclegownie, schroniska). Drugi termin odnosi się do samych odbiorców niniejszej pomocy, czyli osób doświadczających bezdomności. Ludzie ci są mieszkańcami placówek dla osób bezdomnych i w języku sektora pomocowego zwykle nazywać się ich „klientami”, „uczestnikami”, czy „podopiecznymi”. Jeśli zatem część polityki społecznej zawiera sferę 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 ona była profesjonalnie, racjonalnie i z jak największą dbałością o jej jakość i skuteczność. Ponadto uwzględniając, że znaczna część zadań w obszarze polityki społecznej jest realizowana - drogą zlecenia - przez organizacje pozarządowe, a kontrakt pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą stał się obowiązującym narzędziem, to standardy wydają się odgrywać kluczową rolę, w zagwarantowaniu wysokiej jakości usług.

Zwykle 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 tutaj 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. 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 wypadku pełni funkcję

³ <http://pl.wikipedia.org/wiki/Standard>

podrzedną, podporządkowaną pewnym paradygmatom. Standardy takie są bardziej elastyczne, co wcale nie musi oznaczać, że są mało precyzyjne. W takim wypadku standardy 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, oczywistym jest fakt innego poziomu kosztów w ogrzewalni czy noclegowni a innych w domu dla bezdomnych. Dzięki precyzyjnemu zapisowi wymagań, bez większego trudu można określić ramy finansowe dla funkcjonowania danej usługi. Tutaj także standardy powinny być na tyle elastyczne, aby uwzględniać lokalną specyfikę. Standardy generalnie powinny być na tyle elastyczne, aby 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:

Pomorskiego Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności
Towarzystwa Pomocy im. Św. Brata Alberta
Caritas Diecezji Kieleckiej
Sieci Współpracy BARKA
Stowarzyszenia MONAR
Stowarzyszenia Otwarte Drzwi

Z poważaniem

Piotr Olech

Kierownik zadania 4

Kierownik PFWB i Partnerstwa Pozarządowego

Bezdomność – jak ją rozumieć?

1. Definiowanie bezdomności w Europie.

Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego.

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 sytuacji bez dachu nad głową. Problemy definicyjne, utrudniające częstokroć 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” właściwe rozumienie problematyki, a tym samym mających usystematyzować wszelkie działania, jakie w tym zakresie są podejmowane. Za najpełniej oddającą całe szerokie spektrum problemu uznaje się aktualnie Europejską Typologię Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego (ETHOS), stworzoną przez FEANTSA⁴. Mimo niekwestionowanej uniwersalności typologii ETHOS, koniecznym jest zwrócenie uwagi na jedną z najistotniejszych jej cech: typologia 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 transponacji 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 oblicz bezdomności, z których nie wszystkie muszą być obecne w warunkach lokalnych.

Poniżej przedstawiamy Europejską Typologię Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego, jako punkt wyjścia do 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 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.

⁴ FEANTSA (Europejska Federacja Krajowych Organizacji Pracujących z Ludźmi Bezdomnymi) to działająca od ponad 20 lat organizacja, której celem jest możliwe 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. Swój istotny wkład ma właśnie na polu definiowania bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego.

Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS 2008 ⁵					
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	Noclegownie	Ludzie bez stałego miejsca zamieszkania, korzystający z placówek oferujących nocleg, placówki bezpośredniego i łatwego dostępu (niskoprogowe)
Bez miejsca zamieszkania BEZ- MIESZKANIOWOŚĆ	3	Osoby w placówkach dla bezdomnych	3.1	Schronisko dla bezdomnych	Gdzie z założenia czas zamieszkiwania powinien być krótki
			3.2	Zakwaterowanie tymczasowe	
			3.3	Przejściowe zakwaterowanie wspierane	
	4	Osoby w schroniskach dla kobiet	4.1	Zakwaterowanie w schronisku dla kobiet	Ludzie zakwaterowani 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		

⁵ FEANSTA, *op. cit.*

Niezbezpieczone 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 zajmowania 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 zamieszkania
			11.2	Niekonwencjonalne budynki	Prowizoryczne schronienie, szałas, szopa lub inna konstrukcja
			11.3	Tymczasowe konstrukcje	Nie w pełni stałe/trwałe struktury budy, chaty lub domeki letniskowe
	12	Osoby mieszkające w lokalach substandardowych	12.1	Zajmowanie mieszkania nieodpowiedniego do zamieszkania/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
<p>Uwaga: Pobyt krótkoterminowy jest normalnie zdefiniowany jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok</p> <p>Definicja ta jest kompatybilna z definicjami do Spisów Powszechnych rekomendowanych przez UNECE/EUROSTAT (raport 2006)</p>					

2. Definiowanie bezdomności w Polsce.

W Polsce formalnie funkcjonującą definicję bezdomności określa w ustawia 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*.⁶

Organizacje pozarządowe, pracujące w ramach Partnerstwa Pozarządowego w projekcie systemowym 1.18 „*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*” w celu badania (mierzenia) skali i charakteru zjawiska bezdomności, a w konsekwencji rozwoju polityki społecznej wobec bezdomności proponują przyjęcie uzupełniającej definicji oraz typologii bezdomności. Poniższe 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.”⁷

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”⁸.

Niniejsza 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. Wśród najważniejszych sfer należy zatem wymienić:

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 (długotrwała) bezdomność wywarła na osobie. Obejmuje również problemy osoby bezdomnej wymagające wsparcia psychologicznego i terapeutycznego (uzależnienia – także od pomocy,

⁶Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, Dz.U. 08.115.728 j.t.

⁷ Przeformułowana nieznacznie definicja zaproponowana przez A. Przymeńskiego, *Bezdomność - społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zjawiska na przykładzie Poznania*, „Praca Socjalna” 1997 nr 3.

⁸ Przeformułowana nieznacznie definicja zaproponowana przez Annę Duracz-Walczak, *O ujednoczenie pojęć dotyczących bezdomności w Polsce* [w:] Anna Duracz-Walczak, *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*; Warszawa, Gdańsk, 2001/2002.

współzależnienia, 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, własną, subiektywnie i obiektywnie postrzeganą atrakcyjność na rynku pracy, a także umiejętność odnalezienia się na otwartym rynku pracy. Dotyczy również barier w podjęciu aktywności zawodowej, wynikających z życia rodzinnego (zwłaszcza rodzicielskiego) oraz umiejętności łączenia roli (często samotnego) rodzica i pracownika.

Sfera zdrowotna - to 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 związana z „bytem” niż mieszkaniem (czyli pobytom 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.⁹

⁹ Aleksandra Dębska-Cenian – *Sfery oddziaływania jako odpowiedź na wyzwania społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych* [w:] Aleksandra Dębska-Cenian, Piotr Olech, *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*; Gdańsk 2008.

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 FEANTSY to od danego kraju zależy dokładne zdefiniowanie typologii związanych z bezdomnością a także odrębnie 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, oraz 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 określania skali zjawiska czy jej charakteru, większość z nich wymaga do tych celów operacjonalizacji na konkretne kategorie.

Polska Typologia Bezdomności					
na podstawie Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS 2008 ¹⁰					
Kategoria koncepcyjna	Kategoria operacyjna		Sytuacja życiowa	Definicja generalna	Kategorie polskie ¹¹
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/inte rwencyjnym	2.1 Noclegownie	Ludzie bez zwykłego 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

¹⁰ FEANSTA, *Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS*, tłum. P. Olech i J. Wygnańska, www.feantsa.org/files/freshstart/Toolkits/Ethos/Leaflet/PL.pdf, 20.09.2009.

¹¹ Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje.

Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKANIOWOŚĆ	3	Osoby w placówkach dla bezdomnych	3.1	Schronisko dla bezdomnych	Gdzie z założenia czas zamieszkiwania powinien być krótki	Schronisko krótkiego pobytu, zakwaterowanie tymczasowe (bez określonego czasu pobytu), zakwaterowanie tymczasowe (z określonym czasem pobytu), zakwaterowanie tymczasowe (dłuższy pobyt), mieszkanie wspierane, treningowe, kontraktowe, chronione
			3.2	Zakwaterowanie tymczasowe		
			3.3	Przejściowe 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		
	6	Osoby opuszczające instytucje	6.1	Instytucje penitencjarne/karne	Brak dostępu do mieszkania przed zwolnieniem z zakładu	Zakłady karne, areszty (6 miesięcy do planowanego zwolnienia),
			6.2	Instytucje medyczne	Pozostawanie dłużej niż potrzeba ze względu na brak mieszkania	szpitale, szpitale psychiatryczne, placówki leczenia odwykowego, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady opiekuńczo-pielęgniacyjne
	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 BARKE
Niezabezpieczone mieszkanie	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo z rodziną/przyjaciółmi	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 (nie będące 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 normalnie zdefiniowany jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok						
Definicja ta jest kompatybilna z definicjami do Spisów Powszechnych rekomendowanych przez UNECE/EUROSTAT (raport 2006)						

2.2. Problematyka wykluczenia mieszkaniowego. Polska Typologia Wykluczenia Mieszkaniowego

Wykluczenie mieszkaniowe, innymi słowy deprivacja 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 systemowym 1.18 „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” jednocześnie identyfikują zjawisko wykluczenia mieszkaniowego jako sytuacji bezpośredniego zagrożenia bezdomnością, jakkolwiek trudno te sytuacje utożsamiać z bezdomnością. Poniżej prezentujemy kategorie zaczerpnięte także z ETHOS, prezentujące zjawisko wykluczenia mieszkaniowego (zagrożenie

bezdolnością) w Polsce. Do tej typologii nie mają zastosowania definicja ustawowa i opisowa odnoszące się do bezdomności.

Polska Typologia Wykluczenia Mieszkaniowego						
na podstawie Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS 2008 ¹²						
Kategoria koncepcyjna	Kategoria operacyjna	Sytuacja życiowa		Definicja generalna	Kategorie polskie ¹³	
Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKA NIOWOŚĆ	6	Osoby opuszczające instytucje	6.3	Instytucje/domy dla dzieci	Bez zidentyfikowanego mieszkania (np. przed zbliżającymi się 18 urodzinami)	Placówki opiekuńczo-wychowawcze
	Niebezpieczne mieszkanie	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo z rodziną/przyjaciółmi	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu
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
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 (nie będące 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
<p>Uwaga: Pobyt krótkoterminowy jest normalnie zdefiniowany jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok</p> <p>Definicja ta jest kompatybilna z definicjami do Spisów Powszechnych rekomendowanych przez UNECE/EUROSTAT (raport 2006)</p>					

¹² FEANSTA, *op. cit.*

¹³ Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje.

STANDARD STREETWORKINGU W ŚRODOWISKU OSÓB BEZDOMNYCH

1. Nazwa. Opis. Definicja usługi

1.1. Nazwa usługi

Streetworking w środowisku osób bezdomnych

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.

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 odbywającą się w jej środowisku, na akceptowalnych obustronnie zasadach, w jej tempie i w oparciu o wspólnie wypracowany plan.¹

2. Odbiorca usługi

Streetworking w środowisku osób bezdomnych obejmuje swoim zainteresowaniem osoby pozostające poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywające w miejscach nie spełniających 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).

3. Cel usługi

3.1. Cele systemowe (pośrednie oddziaływanie na osoby bezdomne, realizowane głównie poprzez instrumenty polityki społecznej, mające szersze społecznie oddziaływanie)

3.1.1. Cel główny:

- Zmniejszenie skali bezdomności ulicznej (ilości osób przebywających na ulicy i innych miejscach niemieszkalnych)

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;

¹ Na podstawie: Dębska-Cenian, A. Olech, P. 2008. *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standard społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*. Gdańsk. s. 73

- wymianę informacji pomiędzy partnerami działającymi w obszarze pomocy i polityki społecznej;
 - pracę w środowisku;
 - zapobieganie zamarznięciom w porze zimowej osób przebywających poza placówkami;
 - działania profilaktyczne, edukacja i promocja 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;
 - edukacja – informowanie społeczności lokalnej o formach, możliwościach i rodzajach dostępnej pomocy dla osób bezdomnych w lokalnym systemie wsparcia;
 - przełamywanie stereotypów dotyczących bezdomności.

3.2. Cele jednostkowe (indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych, głównie realizowane przez streetworkera w toku jego codziennych obowiązków)

3.2.1. Cel główny:

- Przeciwdziałanie utracie zdrowia i życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych.

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 pomiędzy osobą bezdomną a instytucjami pomocy społecznej;
 - aktywizacja 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.

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. Uogólniając, efektami w pracy streetworkera pracującego z osobami bezdomnymi mogą być:

4.1. Rezultaty systemowe (efekty wprowadzenia metody streetworkingu do struktur lokalnej pomocy społecznej):

- zmniejszanie ilości osób pozostających poza systemem pomocy społecznej - objęcie przez system 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 ilość 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 nie korzystających 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.

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.

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 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.

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 marginalizowana na rzecz sprawnie prowadzonych 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 streetworkera prawa osoby do samostanowienia.

Aby praca streetworkera przyniosła właściwe rezultaty streetworker i instytucja/organizacja go zatrudniająca powinni działać w następujących obszarach:

5.1.1. Badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych.

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 kulturalnych 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.

Celem pracy w tym etapie jest:

- 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:

- rozeznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów,
 - a. jeżeli w instytucji pracuje więcej niż jedna para streetworkerów, ważne jest, aby każda para poznała całość terenu, wynika to głównie z faktu 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
 - a. należy zwrócić uwagę, że na nowo powstałych osiedlach, osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością będą raczej zbierały surowce wtórne (złom, makulaturę) aniżeli przebywały na klatkach schodowych, piwnicach, czy zsykach (ponieważ te są zwykle objęte monitoringiem, dostęp do nich ograniczany jest domofonem),

- b. 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, mapy 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.

5.1.2. Obecność w środowisku i jego monitorowanie

Poprzez obecność w terenie należy rozumieć, 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,
- przyzwyczajenie osób bezdomnych do obecności streetworkera
- nazwanie i umiejscowienie miejsc niemieszkalnych na mapie miejsc niemieszkalnych,

Działania podejmowane przez streetworkera w czasie obecności/badania środowiska:

- 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,

Na etapie obecności/badania środowiska ważne są następujące aspekty:

- uważania na własne bezpieczeństwo podczas wchodzenia w nowe miejsca zajmowane przez osoby bezdomne,
- dokładne spisanie adresu miejsca niemieszkalnego, pod kątem późniejszego ponownego trafienia do niego,

5.1.3. Nawiązanie kontaktu.

Nawiązanie kontaktu jest dla streetworkera trudne, ale bardzo ważne. Należy dokładnie wytłumaczyć osobie bezdomnej kim się jest i dlaczego znaleźliśmy się 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.

Celem pracy w czasie nawiązania kontaktu jest:

- wyjaśnienie zasad funkcjonowania programu streetworkingowego,
- przekazanie informacji o adekwatnych możliwościach pomocy osobie bezdomnej,
- początkowe budowanie relacji,
- ocenienie stanu zdrowia osoby bezdomnej,
- ocenienie stanu miejsca przebywania osoby bezdomnej,
- interwencja na zjawiska kryzysowe,

Działania podejmowane przez streetworkera poprzez nawiązania kontaktu:

- przedstawienie się i próba nawiązania rozmowy z osobą bezdomną
- monitoring miejsc niemieszkalnych
- towarzyszenie osobie bezdomnej w drodze do placówki noclegowej, OPS, szpitala lub innej formy 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

W czasie nawiązywania kontaktu z osobą bezdomną, czyli podejmowania rozmowy ważne są następujące aspekty:

- jasne, czytelne określenie roli i zadań streetworkera,
- poszanowanie godności, czasu i woli osoby bezdomnej,
- istotne jest, aby podczas rozmowy z osobą bezdomną streetworker przyjął pozycję, która pozwoli mu na zrównanie poziomu swoich oczu z oczyma rozmówcy - jeżeli osoba bezdomna leży, warto, aby przykucnąć, zachowując kontakt wzrokowy i zmniejszając tym samym dystans. W trakcie

kontakty zachować należy dystans pozwalający streetworkerowi pozostać poza zasięgiem rąk swojego rozmówcy.

- istotnym jest również fakt, że mimo, iż streetworkerzy powinni pracować w parach, to inicjatywę kontaktu i jego przebieg inicjuje i kontroluje jedna osoba z pary,
- w trakcie pierwszego kontaktu warto być otwartym na nowe osoby, jednak należy również pamiętać o zachowaniu własnego bezpieczeństwa podczas wchodzenia w nowe środowisko. Dla zapewnienia bezpieczeństwa wykorzystujemy w pierwszej kolejności wymieniony wyżej sposób prowadzenia kontaktu: jedna osoba stara się nawiązać i poprowadzić rozmowę, druga, pozostając w niewielkim oddaleniu, stara się obserwować zarówno otoczenie, jak i reakcje klienta. Zawsze należy pamiętać, że jeśli osoba jest pod wpływem środków psychoaktywnych, może być agresywna, mieć trudności z racjonalnym myśleniem i odbiorem docierających do niej 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 jakimkolwiek przedstawicielami systemu pomocy.

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 skrupowania i w zaufaniu otworzy się na osobę pomagacza, po czym wspólnie przystąpią do tworzenia planu zmian w swoim życiu. Należy zauważyć, że jednorazowe spotkanie z osobą bezdomną, nie załatwia żadnych spraw, oprócz pomocy interwencyjnej, nagłej lub informacyjnej. Budowanie relacji jest procesem, w którym muszą aktywnie uczestniczyć obie jego strony, mianowicie – osoba bezdomna i streetworker.

Celem pracy w czasie budowania i utrwalania relacji jest:

- podtrzymanie kontaktu z osobą bezdomną przebywającą w miejscach niemieszkalnych,
- ustanowienie więzi, rozumianej jako pomost pomiędzy streetworkerem, reprezentującym instytucje pomocy społecznej, a osobą bezdomną, przebywającą w miejscach niemieszkalnych,
- motywacja do zmiany stylu/poprawy jakości życia osoby bezdomnej,
- motywowanie do wyjścia z sytuacji bezdomności
- towarzyszenie osobie bezdomnej do miejsc noclegowych lub innych instytucji adekwatnych 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:

- cykliczny odwiedzin 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 z 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 utrzymania relacji szczególnie ważne są techniki pracy, które 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 Kontaktów oraz informowanie
- interwencja kryzysowa
- towarzyszenie, wspieranie oraz aktywne słuchanie
- konfrontacja
- modelowanie społecznie akceptowanych postaw i zachowań
- planowanie (ustalenie kontraktu)

Do szczególnie ważnych kwestii podczas rozmowy z osobami bezdomnymi należy zaliczyć fakt dbania przede wszystkim o swoje bezpieczeństwo i zdrowie, więc jeżeli jakkolwiek sytuacja zagraża streetworkerowi, to nie powinien kontynuować prowadzenia kontaktu a w razie potrzeby powinien on wezwać służby mundurowe lub odpowiednie do sytuacji organy.

Warto również zastanowić się nad językiem i słownictwem używanym przez streetworkera. Powinien on być dostosowany do osób bezdomnych, jednak nie nasiąknięty wulgaryzmami i słowami potocznymi, gdyż streetworker wychodząc z roli pomagacza może w sposób nieuświadomiony stać się „przyjacielem” osób bezdomnych, a taką sytuację bardzo łatwo wykorzystać na niekorzyść samego pomagacza.

Kolejną ważną kwestią, którą streetworker powinien rozważyć przed wyjściem w teren jest sposób ubrania. Rekomendowane są wygodne, dostosowane do pory roku ubrania (o charakterze sportowym/turystycznych, w stonowanych kolorach). Streetworker nie powinien zabierać w teren rzeczy wartościowych, biżuterii, małych odtwarzaczy multimedialnych, gdyż poruszając się w środowisku osób o niejednokrotnie przeszłości kryminalnej, może stać się łatwym łupem złodziei.

5.1.5. Realizacja planu i zakończenie relacji

Poprzez zakończenie relacji z osobą bezdomną należy rozumieć fakt, że sprawa osoby została przekazana do innej, bardziej zaawansowanej instytucji jej pomagającej. Zakończenie relacji i wiążące się z nim dla klienta lęk, obawa, stres itp. są naturalnym elementem pracy z osobą bezdomną. Nie mniej 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:

- rozmowa wsparcia,
- rozmowa informacyjna,

- towarzyszenie/asystowanie osobie bezdomnej do miejsc noclegowych lub innych instytucji adekwatnych 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 osoby bezdomne,
- poprawa jakości życia osób bezdomnych,

Rekomendowane dokumenty:

- karta kontaktu,
- skierowania,
- mapa miejsc niemieszkalnych,

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:

- udzielenie pierwszej pomocy,
- wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej,

Rezultatami interwencji mogą być:

- uratowanie życia lub zdrowia osoby bezdomnej

Rekomendowane dokumenty:

- notatka służbowa

Obszary pracy streetworkera	Działania	Metody i techniki	Narzędzia i dokumenty
<p>Badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych, czyli zapoznanie się i uzyskaniu informacji o środowisku osób bezdomnych</p>	<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 istnieją) 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 zespołu, spotkania z koalicjantami wywiady, rozmowy, 	<ul style="list-style-type: none"> narzędzia techniczne (narzędzia i materiały biurowe, telefon, Internet), mapa miasta, mapa miejsc niemieszkalnych,
<p>Obecność, monitoring, czyli samodzielne wejście w środowisko przebywania osób bezdomnych, z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności wcześniej zdobytych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> regularny, systematyczny i cykliczny monitoring miejsc niemieszkalnych, lokalizowanie i nanoszenie na mapę nowych, dotychczas nie zdiagnozowanych 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.
<p>Nawiązanie kontaktu, czyli pierwszy kontakt z osobą bezdomną i próba nawiązania relacji.</p>	<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 formy 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> cykliczne odwiedzanie osoby bezdomnej w miejscu jej przebywania, 	<ul style="list-style-type: none"> praca w terenie, 	<ul style="list-style-type: none"> odpowiednia do pory roku

<p>utrzymywanie relacji, w tym tworzenie planu zmian, czyli poznawania potrzeb i deficytów osób bezdomnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> - rozmowa motywacyjna, - rozmowa informacyjna, - rozmowa wspierająca, - towarzyszenie osobie bezdomnej, - redukcja szkód, 	<ul style="list-style-type: none"> 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 do placówek lub innych instytucji adekwatnych w sytuacji danej osoby bezdomnej, • przekazanie informacji o pracy z osobą bezdomną innym pracownikom kontynuującym z nim 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>	<p>➤ Interwencja w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia spotkanej osoby.</p>	<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,

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;
- zaplanowaniu pomocy adekwatnej do sytuacji osób bezdomnych, w tym wprowadzenie działań streetworkingowych;
- ograniczenie w okresie zimowym skali zamarznąć 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 określenie)
- opis miejsca (szczególnie istotne dla miejsc, wobec których trudno o określenie adresu) - znaki szczególne, które są charakterystyczne dla danego miejsca, które powinny pomóc trafić do danego miejsca.
- kategoria miejsca (działka, altanka działkowa, pustostan, dworzec, kolejowe, altanka śmietnikowa, piwnica, zsypanie na śmieci, bunkier, schron, park, itp.)

Dodatkowymi informacjami, jakie warto zamieścić przy charakterystyce miejsca niemieszkalnego są:

- **Straż Miejska/Gminna** (w dużych miastach Straż Miejska jest podzielona na Referaty (działy, komisariaty) - określenie właściwego dla danego miejsca Referatu);
- **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 zaznaczyć wszelkie ważne informacje, które mogą wpłynąć na pracę lub bezpieczeństwo streetworkera. Warto zaznaczyć, ile osób przebywa w danym miejscu (czy pojedyncze osoby, czy skupisko osób bezdomnych), czy w okolicy danego miejsca nie ma psów, nie ma dodatkowych zagrożeń, czy streetworker powinien być szczególnie ostrożny, ewentualnie inne ważne informacje itp.

Podstawową formą mapy miejsc niemieszkalnych jest tabela, zawierająca w/w informacje, jednak najbardziej optymalną formą jest naniesienie poszczególnych miejsc na mapę geograficzno-przestrzenną, bądź to 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.

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 dn. 12 marca 2004 o pomocy społecznej), 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 (osoby uzależnione, dzieci i młodzież, osoby prostytuujące się). Działania te będą możliwe w chwili, gdy różne środowiska pracujące metodą streetworkingu wspólnie określą standardy pracy dla przyszłego zawodu – streetworkera. Nie można bowiem na podstawie standardu skierowanego dla 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.

7. Kompetencje

7.1. Kwalifikacje formalne

	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 takie jak 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
<p>Streetworker powinien mieć stabilną sytuację życiową (psychologiczna, zdrowotną, bytową itp.). Wymogiem koniecznym dla osób uzależnionych jest minimum 3 lata abstynencji i ukończony program własnej terapii.</p> <p>Wymogiem koniecznym w przypadku osób, które w przeszłości doświadczały bezdomności, jest ukończony proces reintegracji społecznej rozumiany jako osiągnięcie samodzielności życiowej. Wskazany jest, by osoba taka, przed podjęciem pracy na stanowisku streetworkera, po osiągnięciu samodzielności przez minimum 2 lata pracowała w zawodzie nie związanym z pomocą społeczną.</p>		

7.2. Kwalifikacje psychospołeczne

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 akceptowania/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 (nieprzyjemny zapach, odstręczający

	wygląd). Jest w stanie pracować nawet w niesprzyjających warunkach (między innymi przy złej pogodzie). Nie zraża się niepowodzeniami, konsekwentnie dąży do wyznaczonych celów. Kontroluje swoje emocje i potrafi konstruktywnie rozwiązywać problemy z nim i 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.
Sumiennosc 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 jest osobą, która 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.

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 wystarczą, aby osiągać sukcesy i efektywnie pracować w marginalizowanych społecznie środowiskach. Praca streetworkera, aby przynosiła efekty, musi być poparta rozległą wiedzą. Dlatego szkolenie przed podjęciem pracy dla kandydatów na streetworkerów pracujących z osobami bezdomnymi jest **obowiązkowe**, z wyjątkiem sytuacji kiedy kandydat na streetworkera 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) i obejmować następujące zagadnienia:

Plan nauczania określający nazwę zajęć edukacyjnych

L.P	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	Zachowania bezpieczne w terenie
7	Praktyczne aspekty pracy metodą streetworkingu z osobami bezdomnymi
8	Podstawy etyczne pracy streetworkera

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 zajęć w terenie. Stanowi ona uzupełnienie wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkolenia. Najlepiej jeżeli będzie się ona odbywała w miejscu 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 umożliwia ciągły rozwój pracownika oraz bardziej skuteczną pomoc osobom bezdomnym.

8. Realizatorzy usługi

8.1. Podmioty realizujące usługę

Streetworkerzy pracujący z osobami bezdomnymi mogą być zatrudniani przez różnorodne organizacje/instytucje działające na polu polityki społecznej.

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 nie pracująca 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, oraz 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. W wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się pracę w pojedynkę np. urlop lub zwolnienie lekarskie współpracownika. Praca taka wówczas powinna odbywać się w porze dziennej, w miejscach, które pozwalają zachować bezpieczeństwo streetworkerowi np. centrum miasta, hale dworca i inne miejsca publiczne. W takich sytuacjach można także korzystać z wsparcia służb mundurowych lub doświadczonego pracownika socjalnego

9. Warunki realizacji usługi

9.1. Czas pracy streetworkera

Za najbardziej optymalną formę zatrudnienia uznać należy umowę o pracę w wymiarze 1/1 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).

9.2. Pory, w jakich usługa streetworkingu może być świadczona

Czas pracy może być realizowany w następujących wariantach:

- Praca w ciągu dnia, możliwa do realizacji w czasie:
 - od godzin wczesno rannych do popołudniowych;
 - od południa do godzin wieczornych.

Praca w takich okresach dnia, zakładająca jej rotację (praca od godzin wczesno rannych, lub popołudniowych i trwająca do godzin wieczornych – na zmianę) jest wariantem najbardziej optymalnym – pozwala na najpełniejsze monitorowanie środowiska osób bezdomnych i obserwowanie ich dziennej aktywności.

- Weekendy:

Praca tylko w weekendy nie daje możliwości pełnej diagnozy środowiska osób bezdomnych, a jedynie jej wrywkowy obraz. Ponadto może się okazać zupełnie nieskuteczna w gminach, w których np. istnieją tzw. pchle targi – osoby parające się zbieractwem tego dnia przenoszą tam swoją aktywność, zaś praca w takich miejscach, jeśli nawet była by 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 Streetworker.

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 uzasadnionym w gminach małych, ze znikoma skalą 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 wzmoczeniem ruchu turystycznego, okresem zimowym itp. Należy jednak pamiętać, że ma ona 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. nagła fala 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).

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. powrót do rodziny, przekazanie kontaktu i kontynuacja 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. bocznice kolejowe, altanki działkowe) monitoring miejsca może być prowadzony z niezmienną częstotliwością (taką samą, jak w przypadku jego zajmowania przez osoby bezdomne);
- monitorowania miejsca w chwili, gdy to przestaje istnieć (zburzenie pustostanu, spalenie działki, itp.). Do tej kategorii nie zaliczają się sytuacje związane z utrudnieniem dostępu do miejsca niemieszkalnego (np. zamurowanie, czy zabicie okien).

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);
- będzie obecny w środowisku w godzinach dziennych (praca w systemie zmianowym, równoważny czas pracy);
- umożliwi w sytuacjach kryzysowych pracę także w nocy (warunkiem koniecznym jest współpraca ze służbami mundurowymi – nocne patrole TYLKO wspólnie z tymi służbami).

10. Współpraca przy realizacji usługi

Organizacja realizująca usługę streetworkingu powinna współpracować z wieloma podmiotami.

Potencjalnych partnerów wyróżnić możemy w dwóch grupach:

10.1. Partnerzy kluczowi:

- Służby mundurowe (Policja, Straż Miejska, Straż Graniczna, Straż Ochrony Kolei itp);
- 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).

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 Kryzysowego, przedsiębiorstwa dystrybucji energii cieplnej, izby wytrzeźwień i inne podmioty realizujące jej zadania, skupy surowców wtórnych, firmy prywatne, członkowie lokalnej społeczności.

11. Dokumentacja usługi

Celem tworzenia dokumentacji pracy streetworkera jest:

- utrzymanie ciągłości i systematyki pracy;
- monitorowanie pracy streetworkera;
- monitorowanie sytuacji klienta;
- umożliwienie przygotowania odpowiednich sprawozdań.

Tworzenie dokumentacji streetworkera powinno składać się z następujących elementów:

- karty pracy;
- plan pracy;
- rejonizacja pracy;
- mapa miejsc niemieszkalnych;
- karta kontaktu;
- rejestr klientów;
- notatki służbowe;

12. Koszty i finansowanie

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); inne – o ile są bezpośrednio związane z koordynacją i zarządzaniem usługą.

- Koszty zadań merytorycznych, w tym: koszty związane z zatrudnieniem personelu,² koszty związane z utrzymaniem i wyposażeniem stanowisk pracy realizatorów i osób, które są zaangażowane we wdrażanie standardu usługi oraz koszty archiwizacji dokumentów; koszt wykształcenia 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 superwizji;

12.2. 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;
- Koszty obsługi księgowej (koszty wynagrodzenia osób księgujących wydatki, w tym koszty zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biura rachunkowego);
- 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 sprzątnięcia pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną projektu, w tym środki do utrzymania ich czystości oraz dezynsekcję, dezynfekcję, deratyzację tych pomieszczeń.

12.3. Potencjalne źródła finansowania

- fundusze europejskie;
- środki rządowe;
- środki samorządowe;
- środki własne organizacji;
- środki pozarządowe;
- środki prywatne (np. od sponsorów).

13. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

	MONITORING	EWALUACJA
--	-------------------	------------------

² Koszty osobowe związane ze świadczeniem streetworkingu. Obejmują one wszystkie osoby zaangażowane do realizacji zadań, 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 2007 r. 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.

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) • Wspecjalizowana instytucja zewnętrzna /eksperti zewnętrzni (zewnętrzna)
W jakim celu?	<ul style="list-style-type: none"> • Nadzór nad właściwym wykonywaniem usługi oraz poprawę 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 archiwizacje dokumentów • Przepływ informacji • Realizację założonych działań • Postęp w osiąganiu zaplanowanych rezultatów • Dokumentację finansowa 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"> • Bieżącego sprawdzania 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 	<p>Przedstawienie rekomendacji dotyczących usprawnienia zarządzania, wzmocnienia skuteczności projektu, wprowadzenia ewentualnych zmian w projekcie (obecnym lub przyszłym), jego zaniechania lub kontynuacji</p>
Kiedy/w jakim czasie?	Stale – przez cały okres realizacji zadania	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"> • Wewnętrzna; • Zewnętrzna; 	<ul style="list-style-type: none"> • Zewnętrzna • Wewnętrzna • ex-ante (przed realizacją programu/projektu) • mid-term/on-going/ewaluacja bieżąca (podczas realizacji programu/projektu) • ex-post (po zakończeniu realizacji programu/projektu)

<p>Jak realizujemy dany proces?</p>	<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. plan pracy, harmonogram... • Analiza dokumentacji • Obserwacja np. wspólne patrole, stały kontakt telefoniczny.. • Spotkania np. spotkania 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
<p>Koszty</p>	<p>Wykonywany w ramach realizacji zadania, lub nadzoru.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wykonywana w ramach realizacji zadania • Koszty związane z zatrudnieniem ewaluatora

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, w tym:
 - Mundurowymi
 - Medycznymi
 - Innymi
- Liczba interwencji podjętych wspólnie ze służbami, w tym:
 - Mundurowymi
 - Medycznymi
 - Innymi
- 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, która znalazła miejsce w placówkach
- Liczba działań z zakresu innych standardów, w obrębie których streetworkerzy podejmują działania, w tym:

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).

14. Superwizja.

Superwizja jest coraz powszechniej stosowanym narzędziem służącym zwiększania efektywności pracy i rozwoju zawodowego 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 przypadku streetworkerów 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.

Material merytoryczny opracowali:
Anna Adamczyk, Lech Bór, Maciej Dębski, Michał Gawel, Adam Koszutowski, Aleksandra Łukasiewicz, Anna Michalska, Piotr Olech, Rafał Stenka, Benita Zychowicz.

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli:
Sylwia Gurbisz, Jacek Marciniak, Arkadiusz Michalski.

STANDARD PRACY SOCJALNEJ

1. Nazwa/opis/definicja pracy socjalnej zgodnej ze standardem¹

Nazwa:

„Praca socjalna świadczona na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością”

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.

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. duże zadłużenia, niestabilna sytuacja zdrowotna, uzależnienia, brak pracy i kwalifikacji zawodowych) oraz subiektywnych (niska samoocena, brak 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 także 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 uprzedzić 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

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

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 usamodzielnienia 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 poniższej tabeli (Tab.1).

Tab.1 Wykaz przykładowych czynności i metod na poziomie profilaktyki względem danego profilu klienta

POZIOM ODDZIAŁYWANIA: PROFILAKTYKA			
PROFIL KLIENTA		FORMY PRACY SOCJALNEJ NA POZIOMIE PROFILAKTYKI	
		POMOC działania mające na celu wspieranie prawidłowego rozwoju osób zarówno zagrożonych socjalnie, jak i wszystkich członków danej społeczności. KOMPENSACJA wyrównywanie braków utrudniających prawidłowy rozwój i funkcjonowanie osoby	
		PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI (składające się na paletę rekomendowanych działań)	PRZYKŁADOWE METODY ²
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 	Metoda Towarzystwa Asystowanie Rzecznictwo Coaching Mentoring Trener Pracy
	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 • Pobudzanie aktywności społecznej i zawodowej • Skierowanie na trening budżetowy • Inspirowanie/organizowanie społeczności lokalnej • Pomoc w uzyskaniu świadczeń pieniężnych i rzeczowych 	Metoda Towarzystwa Rzecznictwo Coaching Mentoring Asystowanie Trener Pracy

Źródło: opracowanie własne

W pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych istotna jest interwencja, którą również powinno się przeprowadzać w zależności od fazy bezdomności³. Interwencję wobec osób

² Rekomendowane przez zespół ekspertów ds. pracy socjalnej metody opisane zostały na etapie wdrażania planu pomocy

³ Fazy bezdomności zostały szczegółowo opisane przez M. Jażdżikowskiego i stanowią obecnie uznaną typologię.

bezdomych, 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. Poniższa tabela (Tab.2) wskazuje przykładowe czynności i metody realizowane doraźnie w odniesieniu do określonego profilu klienta.

Tab.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

Źródło: opracowanie własne

* 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. Rekomendacja do Ogólnopolskiego Modelu Pomocy Osobom bezdomnym w okresie zimowym. Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta. Wrocław 2008 – dobra praktyka, Linia 115:opis działania systemu Francja s.36

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

- winna stanowić szereg działań dążących do tego, aby osoba bezdomna dokonała zmiany w swoim życiu, usamodzielniała się i zaczęła funkcjonować poza placówką zgodnie z obowiązującymi społecznymi normami. Często bowiem zdarza się tak, że osoby bezdomne nie zmotywowane do

podjęcia aktywności na tym etapie, pozostają w placówkach na długi czas, kształtuje się w nich postawa roszczeniowa i rozwija syndrom bezdomności⁴. 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 poniższej tabeli (Tab.3).

Tab.3 Wykaz przykładowych czynności i metod na poziomie integracji względem danego profilu klienta

POZIOM ODDZIAŁYWANIA: INTEGRACJA			
PROFIL KLIENTA		FORMY PRACY SOCJALNEJ NA POZIOMIE INTEGRACJI	
		OPIEKA działalność zindywidualizowana, obejmująca te wszystkie sytuacje życiowe, w których ludzie nie są w stanie sami sobie poradzić w obliczu nieszczęścia, choroby, zdarzeń losowych. KOMPENSACJA wyrównywanie braków utrudniających prawidłowy rozwój i funkcjonowanie osoby	
		PRZYKŁADOWE CZYNNOCI (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 	Metoda Towarzystwa, Rzecznictwo, Coaching, Mentoring, Asystowanie Trener Pracy
	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 	Metoda Towarzystwa, Rzecznictwo, Coaching, Mentoring, Asystowanie, Trener Pracy
	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 	Metoda Towarzystwa, Rzecznictwo, Coaching, Mentoring, Asystowanie, Trener Pracy
	Osoby z problemem	<ul style="list-style-type: none"> • Wskazanie możliwości skorzystania z pomocy specjalisty lub 	

⁴ O syndromie bezdomności pisze m.in. M. Jażdżikowski charakteryzując 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. Por. M. Jażdżikowski „Syndrom bezdomności”, artykuł zamieszczony w nr 6 „Świata Problemów” (czerwiec 2000), pisma wydawanego przez Fundację ETOH.

uzależnienia	<ul style="list-style-type: none"> 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 Towarzystwa, 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 • Pokierowanie do działań samopomocowych • 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 Towarzystwa, 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

Źródło: opracowanie własne

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 we 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 samopomocowych⁵. 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 skutkujące 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 standardów 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.⁶

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 mieszkania poza placówką czy wspólnotą. Pokierowanie do udziału w treningu kompetencji rodzicielskich bezdomnego rodzica wychowującego dziecko/dzieci ma na celu zarówno wspieranie jego jak i rozwiązywanie trudności wychowawczych oraz zapobieganie im poprzez kształtowanie właściwych postaw rodzicielskich.

Wskazanie możliwości skorzystania z grupy wsparcia/grupy edukacyjnej. Realizator winien 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 do osiągnięcia takiego stopnia samodzielności, jaki jest możliwy w odniesieniu do konkretnego 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 standardów 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 usunięta, bądź zmuszona do jego opuszczenia.

⁵ Proponujemy szczegółowe zapoznanie się z doświadczeniami Sieci Barka opisanymi m.in. na stronie internetowej www.barka.org.pl

⁶ Praca socjalna metodą środowiskową jest przedmiotem opracowania zespołów eksperckich w ramach Zadania 3 niniejszego Projektu.

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 Ustawą⁷, nie jest więc przedmiotem niniejszego opracowania.

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 bezdomnością.**⁸

2. Odbiorca pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁹

Realizowana w ramach standardu praca socjalna skierowana jest do:

- Osób zagrożonych bezdomnością (z powodu eksmisji, uzależnienia, choroby somatycznej lub psychicznej, utraty zatrudnienia bądź długotrwałego bezrobocia oraz opuszczenia placówki stacjonarnej takiej jak: zakład karny, placówki opiekuńczo wychowawczej);
- Osób bezdomnych zarówno tych przebywających w placówkach, jak i w miejscach niemieszkalnych.

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

3. Cel pracy socjalnej zgodnej ze standardem¹⁰

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;

⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity z 2009 roku Dz. U. nr 175, poz. 1362 z późn. zm.), która określa: zadania w zakresie pomocy społecznej, rodzaje świadczeń z pomocy społecznej oraz zasady i tryb ich udzielania, organizację pomocy społecznej oraz zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej.

⁸ Definicja wypracowana we współpracy z M. Marszałkowską przez grupę ekspertów ds. pracy socjalnej w ramach prowadzonych prac nad raportem z fazy diagnozy w ramach Projektu 1.18 (zadanie 4)

⁹ Określa osobę lub grupę osób, które zostaną objęte wsparciem w ramach realizowanej usługi (grupę docelową w tym profil klienta korzystającego z danej usługi)

¹⁰ Określa zamierzony (planowany), końcowy efekt działań wchodzących w zakres danej usługi

- przeciwdziałanie barierom, nierównościom i niesprawiedliwościom istniejącym w społeczeństwie.¹¹

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

Cele szczegółowe:

Cel pracy socjalnej w ramach standardu uwarunkowany jest ogólną kondycją życiową, a przede wszystkim zdrowotną, danej osoby. Pożądaną byłaby realizacja pracy socjalnej zawsze ukierunkowanej na usamodzielnienie osób objętych wsparciem i ich pełną integrację społeczną. Jednak praktyka wskazuje na konsekwencje ograniczeń, deficytów i dysfunkcji (zarówno fizycznych jak i psychicznych, szczególnie u osób długotrwale bezdomnych, osób bezdomnych niepełnosprawnych, chorujących psychicznie i uzależnionych), które uniemożliwiają im samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi. Dlatego cele szczegółowe należy pogrupować, wskazując na 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.

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.

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 nimi¹².

4. Zakres czynnościowy realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem¹³

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 przeprowadzenia tych zmian, wdrożenie uregulowań prawnych oraz zadań i kompetencji ustawowych instytucji.

¹¹ Na podstawie Global standards for the education and training of the social work profession.2004 [Online] Dostępne na www.ifsw.org
Por. Global Qualifying Standards for Social Work Education and Training. 2004 [Online] Dostępne na www.i-assw.soton.ac.uk

¹² Program pracy socjalnej w placówkach dla osób bezdomnych.1996 [Online] Dostępne na http://www.bezdomnosc.edu.pl/images/PLIKI/Wiadomosci/program_pracy_socjalnej_w_placowkach_dla_bezdomnych_1996.pdf

¹³ Wyznacza przebieg działań, tok postępowania (podstawowe zadania, etapy, czynności, metody, narzędzia), który umożliwia skuteczną realizację usługi

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

- pomóc określić przyczyny bezdomności i określić sposoby jego 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.

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 winno 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 poniższa tabela (Tab.4).

Tab.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	INFORMOWANIE	PAKIET SOCJALNY	PORADNICTWO SOCJALNE	PIERWSZY KONTAKT		
					KONSTRUOWANIE PLANU POMOCY (PROJEKTU DZIAŁAŃ)		CZYNNOŚCI REKOMENDOWANE
					WDRAŻANIE PLANU POMOCY (PROJEKTU DZIAŁAŃ)		
					EWALUACJA REALIZACJI PLANU POMOCY (projektu działań)		
					MODYFIKACJA/KOREKTA PLANU POMOCY (projektu działań)		

Źródło: opracowanie M. Czochara¹⁴

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.

¹⁴ Na podstawie tabeli przygotowanej przez R. Stenkę i A. Koszutowskiego

Wszystkie scharakteryzowane poniżej działania powinny być uporządkowane, stanowić 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.

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 pisemne lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

Pierwszy kontakt to etap, który możemy określić mianem „pierwszego spotkania”, podczas którego następuje przyjęcie klienta, gdzie rozmowa jest bardzo ważnym działaniem w pracy socjalnej realizowanej zgodnie ze standardem. 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 osób bezdomnych i inicjować zaangażowanie klienta w późniejsze działania. Uzasadnione jest na tym etapie uświadomienie osobie bezdomnej istniejącej sytuacji i wynikającej z niej potrzeby pomocy.

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 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,¹⁵

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

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:

¹⁵ Na podstawie „Standardu pracy socjalnej” Magdaleny Marszałkowskiej 2005[Online] Dostępne na: www.mps.gov.pl/pliki_do_pobrania/standardyps.pdf

W pierwszym etapie realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem podejmuje działania związane z przeprowadzeniem wstępnej diagnozy sytuacji klienta oraz według załączonego formularza (SPS – F 01/Diagnoza wstępna sytuacji klienta) przeprowadza rozpoznanie.

Istotne jest aby wstępna 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.¹⁶

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 środowiskowego¹⁷, który stanowi technikę gromadzenia danych i określania sytuacji według określonych, spójnych dla systemu pomocy zasad.

Zarówno formularz diagnozy wstępnej, jak i kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego powinien być uzupełniany 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. Nie jest to zabieg ani łatwy, ani zawsze możliwy. Opis rzeczywistości osoby znajdującej się w trudnej sytuacji winien opierać się na faktach i brać pod uwagę wszelkie okoliczności sytuacji w jakiej znajduje się podopieczny. Dokonana ocena sytuacji klienta odpowiada na pytania: 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. Kolejnym elementem 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 poszczególnych członków rodziny;

¹⁶ Szczegółowy opis powyżej wymienionych sfer funkcjonowania osoby bezdomnej znajduje się w rozdziale „Bezdomność – jak ją poznać?” lub w Por. Dębska- Cenian A., Olech P. 2008. Od ulicy do samodzielności życiowej. Standard społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach. Gdańsk

¹⁷ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki społecznej z 25 stycznia 2011 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. nr 27, poz. 138)

- zasoby/możliwości osoby/rodziny, środowiska, instytucji możliwe do wykorzystania w poprawie niekorzystnej sytuacji;
- ograniczenia osoby/rodziny, środowiska, instytucji utrudniające poprawę niekorzystnej sytuacji;
- zmian, które zamierzamy osiągnąć z osobą/rodziną, czyli określenie celów pracy do której będziemy 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.¹⁸

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 (dzielnicy, 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 (potrzeb, poznanie historii bezdomności, określenie przyczyn i mechanizmów pojawienia się problemów, analiza zasobów i potrzeb);
- Systematyczne weryfikowanie diagnozy uwzględniające pozyskiwane w trakcie dalszej pracy dane.

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;
- lub 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/ 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:

¹⁸ Na podstawie „Standardu pracy socjalnej” Magdaleny Marszałkowskiej

- uzyskanie przez osobę bezdomną/ zagrożoną bezdomnością pełnej oraz adekwatnej informacji do zgłaszanego problemu, zdobycie wiedzy,
- stworzenie możliwości do 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.

Przekazanie informacji może odbywać się za pomocą różnych kanałów informacyjnych. Poza informacją udzieloną w sposób bezpośredni, podczas rozmowy, informacje mogą zostać przekazywane m.in. w formie broszury, ulotki, plakatu, bilbordy, 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 nośnikami mogą być media, plakaty, broszury, itp.

Informacja może być udzielana o każdej porze (decydują tu np. godziny otwarcia punktu). Długość czasu poświęconego klientowi zależy m.in. od stopnia jego zainteresowania i orientacji w ofercie pomocowej. Im więcej lub 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. Tylko tak przebiegająca współpraca jest gwarantem wysokiej jakości usługi. 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,
- lub 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 patentów.

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, niezbędnej dostosowanej 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, odswawianie), zapewnienia posiłku, ubrania, podstawowej opieki medycznej, zabezpieczenia 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 zaspokojenie;
- Zapewnienie pakietu usług: umożliwienie zaspokojenia podstawowych potrzeb poprzez dostarczenie niezbędnych dóbr (pożywienie, odzież, leki itp.) lub pokierowanie do miejsca świadczenia usług (łazienka, punkt opieki medycznej itp.).

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;
- Udzielanie 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 miejscem jest 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 bardziej szczegółowych informacji dana osoba potrzebuje, tym proces jest dłuższy.

4.6. Konstruowanie i wdrażanie planu pomocy (projektu działań)

Plan pomocy jest spójną wizją 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 zakresie 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, które 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 analizuje określoną w trakcie przeprowadzania diagnozy sytuacji klienta hierarchię problemów, które powinny być kolejno lub równoległe 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 jak 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 innymi osobami, 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 to:

- stosunek do klienta jest partnerski;
- klient zostaje usytuowany w centrum zainteresowania i prowadzonych działań, a to oznacza na przykład 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 ich realizacji, przyjętych form posumowania poszczególnych zadań. Nieodzownym elementem tej umowy jest akceptacja przyjętych zasad współpracy i konsekwentne ich przestrzeganie.

Konstruowanie i wdrażanie projektu działania obejmuje scharakteryzowane poniżej etapy.

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 się.¹⁹ W zakresie realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem przyjmuje się, iż:

- IPWzB należy zastosować wobec osoby bezdomnej wyrażająca 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 społecznej²⁰ program ten jest zbiorem działań zmierzających do pełnego usamodzielnienia się osoby bezdomnej „*ma zapewnić wsparcie w rozwiązywaniu problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomoc w uzyskaniu zatrudnienia*”²¹, a więc skierowany jest do osób aktywnie uczestniczących w wychodzeniu z bezdomności.

Program (IPWzB) jest zatem planem na etapie integracji, który zakłada 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 wobec tego profilu klienta.

- Kontraktem socjalnym należy objąć pozostałe osoby bezdomne²² oraz osoby/ rodziny zagrożone bezdomnością.

Kontrakt socjalny²³ 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 określonego przez właściwy dokument zależy zakres pracy socjalnej. Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem podejmuje decyzje co do zastosowania w/w narzędzi uwzględniając profil klienta i poziom oddziaływania zgodnie z przyjętymi założeniami. Ponieważ nie istnieje określony przez ustawodawcę wzór w załączeniu zamieszczono formularz IPWzB (SPS – F 02/IPWzB). Niniejsze narzędzie ma charakter obligatoryjny na etapie testowania Standardu pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.²⁴

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 narzędziem 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

¹⁹ Po pilotażu w fazie rekomendacji zawarta będzie propozycja zmiany tego stanu – obecnie uciążliwego i niekorzystnego dla osób bezdomnych.

²⁰ Ustawą o pomocy społecznej z dn. 12.03.2004 r. (tekst jednolity z 2009 roku Dz. U. nr 175, poz. 1362 z późn. zm.)

²¹ Por. Ustawa o pomocy społecznej Art. 49

²² Profile osób bezdomnych określono w punkcie 1. Opis pracy socjalnej zgodnej ze standardem

²³ Kontrakt socjalny jest narzędziem szczegółowo scharakteryzowanym w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. (tekst jednolity z 2009 roku Dz. U. nr175, poz. 1362 z późn. zm.) art.6 pkt. 6/ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 08.11.2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. z 2010 r. nr 218, poz. 1439)

²⁴ Dopuszczalne jest użycie w trakcie pilotażu formularza IPWzB stosowanego w dotychczasowej praktyce gminy (o ile taki formularz istnieje)

akceptowane społecznie, wzmocnienie wiary we własne możliwości, wzrost aktywności społecznej osób realizujących działania zgodnie z IPWzB²⁵.

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 uzależniona jest liczba i rodzaj podejmowanych czynności w jego zakresie. Wśród tych działań mogą znaleźć się przykładowe czynności zawarte w tabelach (Tab.1/2/3) 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 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 rozwiązywania 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 konkretnej sytuacji z daną 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 w 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 można zatem przyjąć inną formę dokumentacji niż IPWzB czy kontrakt socjalny (np. karta interwencji określająca 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.²⁶

Zadania zawarte w indywidualnym programie (projekcie działań) to nie tylko prace do wykonania – zadania 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 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:

²⁵ Na podstawie opisu dobrej praktyki, przygotowanego przez pracownika socjalnego Pana Marcina Młot

²⁶ Sposób realizacji monitoringu szczegółowo opisano w punkcie 12. „Monitoring i autoewaluacja pracy socjalnej zgodnej ze standardem”

- *Rozważenie potencjalnych korzyści z wykonania zadania przez samego klienta, 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 określone 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 na grupach AA itp.);*
- *mogą być wspólne (ustalmy, że zrobimy następujące rzeczy) ”²⁷.*

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.²⁸

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/instytucjami 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 właściwym jest stworzenie zespołu interdyscyplinarnego w celu kompleksowego oddziaływania na wszystkich poziomach pracy socjalnej w kierunku stopniowego wychodzenia z bezdomności. W sytuacjach tego wymagających powołuje zespoły interdyscyplinarne oraz koordynuje ich pracę.

²⁷ Standard Pracy Socjalnej Magdaleny Marszałkowskiej

²⁸ 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 10. „Dokumentacja w pracy socjalnej zgodnej ze standardem” w Rozdziale III „Opis pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością zgodnie ze standardem.”

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

Do najczęściej wymienianych metod pracy socjalnej zaliczamy: metoda pracy z indywidualnym przypadkiem (case work), metoda 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 uwzględnić 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.²⁹

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 pożądanego 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 piątej (Tab.5 Zakres działalności grup)

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 lokalnej³⁰. Realizator pracując tą metodą winien 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

²⁹ Na podstawie T. Kamiński 2000, Praca socjalna jako działalność zawodowa. Dostępne na: <http://www.seminare.pl/16/kaminski.htm>

³⁰ Praca ze społecznością lokalną wiąże się z pracą metodą środowiskową, która jest przedmiotem opracowania zespołów eksperckich w ramach Zadania 3 niniejszego Projektu.

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.

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.

Tab.5 Zakres działalności grup

Źródło: opracowanie M. Czochara

RODZAJ 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, 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, nieprzystosowaniem lub dotkniętych tymi zjawiskami, rodziny problemowe .Sytuacja klienta: Problemy prawne Formy działania: warsztaty terapii zajęciowej, zajęcia integracyjne
Grupy psycho - terapeutyczne	Usprawnienie społecznego i psychicznego funkcjonowania jednostek w oparciu o techniki psychoterapeutyczne	Sytuacja klienta: problemy psychologiczne, problemy społeczne Formy działania: warsztaty nabywania i zwiększenia 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 taka grupę musi mieć pogłębioną wiedzę z psychologii oraz praktykę z zakresu psychoterapii.
Grupy rekreacyjne Grupy umiejętności rekreacyjnych	Zapobieganie przestępczości i patologii poprzez dostarczenie alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu, usprawnienie umiejętności indywidualnych, Pomoc w poznaniu 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 lub /i społecznych) oraz wypracowania strategii ich rozwiązania.	Formy działania: Trening asertywności, wrażliwości emocjonalnej, psychodrama, techniki komunikacyjne, trening wrażliwości, autoekspresja, psychodrama Informacja dodatkowa: Terapia grupowa, stawiając sobie cele podobne do terapii indywidualnej, dostarcza członkom

		<p>grupy korzystnych wzmocnień 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	Zdobywanie 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, powinny być nie podstawową metodą pracy socjalnej, ale raczej kontynuacją funkcjonowania innych grup, np. socjalizacyjnych lub terapeutycznych; grupy samopomocy, które są tworzone głównie przez ludzi i dla ludzi dzielących ten sam problem</p> <p>psychologiczny, społeczny czy zdrowotny w celu wzajemnego wsparcia. W grupach tych najczęściej wykorzystuje się doświadczenia uczestników, uczenie się społeczne i zasadę wzajemnej pomocy w rozwiązywaniu problemu.</p> <p>Formy działania: na zasadzie wzajemnej pomocy, 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 socjalnych, koordynowanie działań między placówkami (np. komisje ds. opieki), usprawnienie usług danej placówki (np. zespół kierownictwa placówki wraz z ekspertami spoza placówki itp.).</p> <p>Mogą być etapem pracy socjalnej, opiekuńczo –wychowawczej czy społeczno – kulturalnej, np. terapii rodziny, 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 spotkaniowe	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 pracy w tym przypadku są techniki komunikacyjne, autoekspresja, trening wrażliwości</p>

Tab. 6 Zestawienie metod indywidualnej pracy socjalnej

Źródło: opracowanie własne M. Czochara

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 - nieznajomość efektywnych sposobów uczenia się metod skutecznego wyznaczania 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, utrwalona postawa roszczeniowa, brak samodzielności życiowej) - problemy społeczne (brak pracy, stygmat bezdomności, ograniczenia wiekowe, fizyczne, psychiczne, zdrowotne, niski poziom socjalizacji, dysfunkcja rodziny) - problemy prawne (brak meldunku, zadłużenia, obowiązek spłaty długu, karalność) 	<ul style="list-style-type: none"> - długotrwałe bezrobocie - brak wiedzy, umiejętności i kwalifikacji niezbędnych do podjęcia zatrudnienia - brak nawyku pracy - niezdolność 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 rozwiązania trudnej sytuacji - utrudniony dostęp do pomocy prawnej w szczególności w zakresie spraw rodzinno – opiekuńczych, cywilnych i karnych, socjalno-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 do osiągnięcia zamierzonego celu - spotkania indywidualne, grupowe - praca w terenie i 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 oddziaływanie	Profilaktyka/Integracja	Interwencja/ Profilaktyka/ Integracja	Profilaktyka /Integracja	Interwencja/Profilaktyka	Interwencja/ Profilaktyka

Sfera funkcjonowani	Rozwój osobisty -/sfera psychologiczna	Reintegracja/ sfera psychologiczna, zdrowotna, socjalno-bytowa, mieszkaniowa, zawodowa, społeczna	Rozwój zawodowy i społeczny (aktywizacja zawodowa i związana z zawodową społeczna)/sfera zawodowa, społeczna, psychologiczna	Rozwój społeczny/ sfera socjalno – bytowa, społeczna, 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 zmian - 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 zindywidualizowanej formy kompleksowego wsparcia - 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 - Wzbogacanie wiedzy z zakresu - Monitorowanie postępów klienta - Budowanie poczucia bezpieczeństwa, zaufania i akceptacji - Planowania i zarządzania 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 pośredniczenia 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 z edukacją i informacją do środowisk wykluczonych; - przeciwdziałanie wykluczeniu informacyjnemu; - zaspokajanie bieżących potrzeb
Podejście w pracy socjalnej	<ul style="list-style-type: none"> - Zorientowane na przekształcenie i pomoc/towarzyszenie w rozwoju i na rozwój społeczności - Funkcjonalne 	<ul style="list-style-type: none"> - Zorientowane na przekształcenie i pomoc/towarzyszenie w rozwoju i na rozwój społeczności - Funkcjonalne Psychospołeczne , - Diagnostyczne, Skoncentrowane na rozwiązaniu problemu - 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 (Tab.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 względem 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.

Mentoring³¹/ Coaching³²

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 oczekiwana jest samodzielność i samodyscyplina. Warunkiem koniecznym podjęcia pracy w ramach tych metod jest 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 integracji³³.

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.

Asystowanie³⁴

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.

Wyróżniający dla metody asystowania jest szeroki zakres oddziaływania, obejmujący swym zasięgiem wszystkie sfery funkcjonowania klienta. Metoda asystowania jest ukierunkowana na bycie asystenta z/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 integracji³⁵. Asystowanie jest metodą, w której poza pracą indywidualną z osobą bezdomną, zagrożoną bezdomnością niezmiernie ważna jest praca ze środowiskiem klienta oraz ze środowiskiem lokalnym. Metoda asystowania w swoim charakterze wykracza niejednokrotnie poza ramy formalnej, instytucjonalnej pomocy. Stawia

³¹ Sołtys A., Tarkowska M., „Mentoring w praktyce. Ścieżka kształcenia mentorów i peer mentorów dla grup de faworyzowanych” SWSPiZ, Łódź 2008; Karwala S., Mentoring – strategia rozwoju organizacji uczącej się. www.mentoring.com.pl [dostęp dn. 03.12.2010]; Karwala S., Mentoring jako strategia wspierająca wszechstronny rozwój osobisty. www.mentoring.com.pl [dostęp dn. 03.12.2010]

³² Star J., Coaching, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2005 Hargrove R., Mistrzowski coaching, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006

³³ Patrz: tabela zawierająca rekomendowane działania profilowane;

³⁴ Dębska-Cenian A., Olech P., Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach, Pomorskie Forum na Rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2008, Dębska-Cenian A., Standard asystowania. Dębska A., Asystowanie – nowatorska forma pracy z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością., Agenda bezdomności, Biuletyn Partnerstwa nr 5, Gdańsk, 200

³⁵ Patrz: tabela zawierająca rekomendowane działania profilowane;

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.

Metoda Towarzyszenia - akompaniowanie³⁶

To metoda pracy z osobą bezdomną lub/i 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.

Poziomem oddziaływania, na którym możliwa i wskazana jest praca metodą towarzyszenia, jest poziom profilaktyki i integracji³⁷. 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.

Rzecznictwo³⁸

Rzecznictwo jest działaniem podejmowanym w interesie osoby/osób 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 formalno - prawnych 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.

Streetworking³⁹

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

Trener Pracy

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

Etap III - Monitoring i ocena podjętych działań

³⁶ Wiktorska-Święcka A., (red.) Wyprowadzić na prostą. Innowacyjne metody aktywizacji społecznej i zawodowej na przykładzie wdrażania modelu lokalnej sieci wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. 2008; Jacków M. Przewodnik akompaniatora.2006. IW EQUAL „ Wyprowadzić na prostą.” Wrocław.; Jacków M. Przewodnik multimedialny Metody Towarzyszenia.2008. IW EQUAL „Wyprowadzić na prostą”. Wrocław

³⁷ Patrz: tabela zawierająca rekomendowane działania profilowane,

³⁸ Adameczyk A., J. Woźniczka; Rzecznik osoby bezdomnej. Wydawnictwo Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta Koło Gdańskie, Gdańsk 2010

³⁹ Patrz: Standard gr. eksperckiej ds. streetworkingu

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, winien rozważyć przyczyny takiego stanu: zadanie mogło okazać się nieodpowiednie do celu; mogły się pojawić nieprzewidziane przeszkody; nie stanowiły dla klienta priorytetu.

5. 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 etc.), 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, pożądaných 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 zmniejszenie poziomu realizowanego standardu. Takie działanie oznacza, iż zrealizowano minimum tego co można – minimum standardu.⁴⁰

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. Słusznym 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 (rozumie się) 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 pracy socjalnej optymalny poziom realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem zakłada pracę socjalną z jednostką na trzech poziomach oddziaływania zachowując ten sam tryb postępowania metodycznego. Zgodnie ze standardem o doborze działań (tryb postępowania) i kolejności ich realizowania, jak również o doborze czynności rekomendowanych w opisie pracy socjalnej świadczonej osobom zagrożonym bezdomnością i doświadczającym bezdomności na trzech

⁴⁰ 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 na charakter standardu, który nie jest ujęty w systemie 0-1 (występuje / nie występuje) ale jest stopniowalny i zawiera w sobie kilka poziomów.

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. 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.

6. Rezultat pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁴¹

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 kraju i społecznej 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 każdego 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 osiągnięcia wyników działania;
- efekty: wynik zrealizowanych działań widoczny w długiej perspektywie czasowej.

Pierwszy kontakt

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- zawiązany kontakt (liczba osób, z którymi nawiązano kontakt oraz ewentualnie ich charakterystyka / karta pracy lub inna dokumentacja działania)⁴²
- wstępna, orientacyjna informacja o kondycji życiowej danej osoby (jw. / jw.)

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 (jw. / jw.)
- pisemnie opracowany rodzinny wywiad środowiskowy (liczba spotkań, profil rozmówców /uzupełniony kwestionariusz wywiadu środowiskowego lub dokumentacja realizacji usługi)
- nawiązanie kontaktu ze środowiskiem (lista osób oraz ich dane kontaktowe/ uzupełniony kwestionariusz wywiadu środowiskowego lub dokumentacja realizacji usługi)
- dodatkowe dokumenty, które zwiększą zakres udzielanego wsparcia (wykaz dokumentów wymaganych dla optymalizacji udzielanego wsparcia/ kserokopie dokumentów)
- wstępny plan działania zawierający wyznaczone kierunki dalszych działań w odniesieniu do danej osoby oraz jej środowiska (zakres działań określony w dokumentacji / dokumentacja realizacji usługi).

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

⁴¹ Określa oczekiwane (spodziewane) wyniki relacji realizator-klient, które mogą przybierać formę konkretnego produktu, procesu lub efektu

⁴² W nawiasie podano przykładowy wskaźnik a po ukośniku przykładowy sposób jego mierzenia

- przekazującego jej/ dokumentacja usługi oraz – w miarę możliwości – badanie ankietowe klientów korzystających z pomocy lub poszukujących jej)
- upowszechnienie wiedzy w zakresie dostępności różnych form pomocy (jw. / jw.)

Określenie i zapewnienie pakietu socjalnego

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- wsparcie materialne w zakresie oczekiwanym przez daną osobę i zgodnym z zasadami udzielania pomocy (wykaz przedmiotów lub innej formy pomocy przekazanej danej osobie / listy potwierdzające odbiór lub skorzystanie z określonego rodzaju pomocy/ dokumentacja realizacji usługi)

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 działania 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 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)

Udzielenie poradnictwa socjalnego

Bezpośredni wynik podjętego działania:

- wyposażenie danej osoby w wiedzę, która może mieć wpływ na poprawę jego sytuacji socjalno-bytowej (informacja zwrotna od klienta potwierdzająca, że zrozumiał on treść przekazywanych informacji zgodnie z intencją przekazującego jej / 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 i efektami realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem powinny być:

Rezultaty:

- 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 / rodzinny wywiad środowiskowy lub inne tego rodzaju działanie oraz ewentualnie opinia pracodawcy).

Efekty:

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

- 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

7. Miejsce umocowania pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁴³

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:

- Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2003 r. 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.),
- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 24 kwietnia 1999 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2003 r. Nr 24 poz. 198 z późn. zm.),
- Ustawy 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 2003 r. Nr 122, poz. 1143 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz. U. z 1974 r. Nr 14, poz. 85 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.),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2011 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2011 r. Nr 27, poz. 138),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 08.11.2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. z 2010 r. 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.

8. Realizator pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁴⁴

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

⁴³ Przywołanie aktów prawnych, które umożliwiają lub nakazują realizację danej usługi

⁴⁴ Określenie wykonawcy usługi – bezpośredniego realizatora działań wchodzących w zakres usługi oraz jego kwalifikacji

Działania w ramach pracy socjalnej prowadzi pracownik socjalny niezależnie od miejsca zatrudnienia w: OPS, organizacjach pozarządowych, placówkach dla osób bezdomnych, kościelnych jednostkach pomocowych, wspólnotach, publicznych i niepublicznych placówkach służby zdrowia, zakładach karnych oraz innych instytucjach i jednostkach nie wymienionych 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 nie posiadającą 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 socjalnej zgodnej ze standardem przez pracownika socjalnego oraz przez osobę nie będącą pracownikiem socjalnym polega na uprawnieniach do podejmowania decyzji administracyjnych i wynikającego z nich prawa do przyznawania świadczeń finansowych. Różnica ta oznacza więc, że na przykład 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 nie będącą 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 nie posiadającą uprawnień pracownika socjalnego wskazanym jest, by praca ta była realizowana w ścisłej współpracy z pracownikiem socjalnym i pod jego opieką.

8.1. Kwalifikacje realizatora:

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 (Ustawa o pomocy społecznej z 2009 roku Dz. U. nr 175, poz. 1362 z późn. zm.).

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.

Zestawienie kwalifikacji zawodowych (Tab.7)

Tab. 7 Zestawienie kwalifikacji zawodowych realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁴⁵

WYMAGANIA KWALIFIKACYJNE	RODZAJ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH		
	OGÓLNE	ZAWODOWE	SPECJALISTYCZNE

⁴⁵ Opracowane na podstawie dokumentu 2000. Z. Sepkowska et. al „Opis i standard kwalifikacji dla zawodu: pracownik socjalny” Europejska Fundacja Kształcenia Zawodowego, Ministerstwo Edukacji Narodowej, M P i P S, Krajowy Urząd Pracy, Biuro Koordynacji Kształcenia Kadr..

WIADOMOŚCI

- Zasady pozytywnego myślenia,
- Zasady asertywnego zachowania,
- Zasady prawidłowego obiegu dokumentów,
- Zasady archiwizowania dokumentów,

- Źródła informacji w pracy socjalnej,
- Techniki zbierania informacji,
- Rodzaje dokumentów stosowanych w pracy socjalnej,
- Zasady sporządzania 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 i in.
- 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,

- Rodzaje dokumentów stosowanych w specjalistycznych instytucjach pomocowych,
- Zasady sporządzania pism procesowych,
- 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,
- Wybrane problemy i kwestie społeczne m.in.: bezrobocie, niepełnosprawność, przemoc, uzależnienia, ubóstwo, przestępczość, bezdomność,

CECHY PSYCHOFIZYCZNE	<p>Zaangażowanie, Aktywność, Uczciwość (prawość), Odwaga cywilna, Życzliwość, Zrównoważenie, Spostrzegawczość, Elastyczność w podejmowaniu decyzji, Komunikatywność, Otwartość, Zdolność logicznego myślenia, Zdolność 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, Dyskrecja, Szacunek dla klienta, Tolerancja, Gotowość do doskonalenia i aktualizowania wiedzy z zakresu pracy socjalnej, Umiejętności analityczne, Umiejętności diagnostyczne, Uporządkowany system wartości</p> <p>Wysoka odporność emocjonalna</p>
-------------------------	---

Tab. 7 Zestawienie kwalifikacji zawodowych realizatora pracy socjalnej zgodnej ze standardem

WYMAGANIA KWALIFIKACYJNE	RODZAJ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH		
	OGÓLNE	ZAWODOWE	SPECJALISTYCZNE

UMIĘTNOŚCI

<ul style="list-style-type: none">- Aktualizowanie wiedzy fachowej z zakresu pracy z człowiekiem,- Dobieranie technicznych środków pracy biurowej,- Obsługiwanie 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 socjalnych,- Rozpoznawanie sił i możliwości klienta i jego rodziny,- Przygotowanie etapów planu działań socjalnych,- Wyszukiwanie obowiązujących kryteriów ustawowych różnych świadczeń m. in. zasiłków obligacyjnych, fakultatywnych i specjalnych programów,- Dokonywanie oceny dochodowych przesłanek udzielania pomocy socjalnej,- Dokonywanie wyboru i stosowanie odpowiednich technik oddziaływania na klienta m. in.: wyjaśnianie, informowanie, analizowanie przypadków,- Włączanie najbliższego otoczenia (rodziny, sąsiadów) do oddziaływania na klienta,- Udzielanie informacji, porad i wskazówek,- Wypełnianie kwestionariusza wywiadu środowiskowego,- Formułowanie pism (wniosków) o udzielenie pomocy, prowadzenie kart klientów, prowadzenie dziennika pracy socjalnej, rozpoznawanie problemów i potrzeb członków grupy,- Rozpoznawanie sił i możliwości grupy w rozwiązywaniu problemów socjalnych,- 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 przesłanek do uzyskania pomocy socjalnej,- Budowanie tożsamości grupy,- Tworzenie klimatu bezpieczeństwa i zaufania w grupie dokonywanie	<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,
--	--	--

8.2. Warunki realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁴⁶

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

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

8.2.2. 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 danym 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.

8.2.3. 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 nie przekraczającym czterech miesięcy⁴⁷;
- Realizator ma wyodrębniony w tygodniowym czasie pracy co najmniej 3 godzinny plan samodoskonalenia. 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 tak zwane 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.⁴⁸

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.

⁴⁶ Określenie jakie muszą być spełnione warunki realizacji usługi (miejsce, czas świadczenia usługi, materialne, infrastrukturalne, duchowe)

⁴⁷ Kodeks pracy. Stan prawny na dzień 1.02.2012 (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94;ost. zm. w Dz. U. z 2011 r. nr 232 ,poz.1378, art.129

⁴⁸ Por. B. Szatur -Jaworska, Superwizja i kierowanie superwizyjne, Podyplomowe Studium Nauk o Pracy i Polityki Społecznej Organizacja Pomocy Społecznej, wykład 2, http://www.ips.uw.edu.pl/pliki/podyplomowe/podyplomoweSNoPIPS/dlstudentow/superwizja_w2-BSJaworska.pdf [dostęp: 10.03.2011.]

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, zapewniony 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 (superwizja) 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)⁴⁹;
- bezpieczeństwa pracy (wsparcie specjalistów i odpowiednich służb mundurowych dla pracownika)⁵⁰.

9. Współpraca przy realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁵¹

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 wówczas 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 tworzona z osobą bezdomną, a nie dla niej. Tym samym tworząc proces, dzięki któremu klient stanie się ogniwem sieci. (Kawula, 2002)

Praca socjalna w ramach standardu powinna być realizowana przy współpracy podmiotów systemu wsparcia m.in. Ośrodki Pomocy Społecznej z innymi podmiotami zarówno samorządowymi, jak pozarządowymi niezbędnymi do osiągnięcia rezultatów zaplanowanych z klientem.

Współpraca z pracownikami innych podmiotów zaangażowanych w proces organizacji pomocy w ramach usługi powinna być koordynowana 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, pracownika schroniska, lidera wspólnoty, kuratora, itd.

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

⁴⁹ Patrz: standard zdrowia

⁵⁰ Na podstawie Standardu Pracy Socjalnej Magdaleny Marszałkowskiej

⁵¹ Określenie z kim powinno się (jako wymóg obligatoryjny) i można współpracować, aby zaspokoić potrzeby i oczekiwania klienta oraz rozwiązać problem poprzez realizację danej usługi

Urząd Miasta/Gminy:

- edukacji (np. przyjmowanie dzieci do przedszkola, indywidualne nauczanie, zmiana szkoły),
- zdrowia (np. korzystanie z profilaktycznych programów zdrowotnych np. szczepienia, prześwietlenia RTG, badanie w kierunku chorób serca i inne; Gminna (Miejska) Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – kierowanie na przymusowe leczenie, uczestnictwo w zespołach interdyscyplinarnych),
- spraw obywatelskich (np. akty zgonu, urodzenia, ślubu i inne /Urząd Stanu Cywilnego/; uzyskiwanie danych z ewidencji ludności, pomoc w wyrobieniu dowodu osobistego),
- mieszkalnictwa (np. wszelkie sprawy 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 (np. „Program wspierający powrót osób bezdomnych do społeczności”).

Urząd Marszałkowski:

- pozyskiwania środków unijnych na realizację działań w zakresie usługi.

Urząd Pracy:

- aktywizacji zawodowej klienta.

Ośrodki Pomocy Społecznej:

- 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:

- 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:

- spraw dot. zdrowia i opieki zdrowotnej osób bezdomnych, działań terapeutycznych, w tym terapii uzależnień.

Placówki oświatowe, Poradnie Psychologiczno – Pedagogiczne:

- spraw szkolno – wychowawczych związanych z edukacją dzieci i młodzieży przebywającej w placówkach z rodzicami bezdomnymi.

ZUS i KRUS:

- pomocy w uzyskaniu rent i emerytur dla osób uprawnionych.

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

- pomocy w uzyskaniu przez osobę bezdomną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i uprawnień dla osób niepełnosprawnych.

Policja, Straż Miejska, Straż Graniczna:

- zapewnienia bezpieczeństwa osobom bezdomnym w placówkach i miejscach niemieszkalnych, szczególnie w okresie zimowym.

Institucje wymiaru sprawiedliwości:

- uczestnictwa kuratorów w zespołach interdyscyplinarnych i przy realizacji IPWB, zapewnienie schronienia osobom opuszczającym zakłady karne.

Organizacje pozarządowe:

- 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.

Kościoły i związki wyznaniowe:

- 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:

- pozyskiwania darowizn, w tym środków finansowych;
- indywidualne wsparcie poprzez szczególną wrażliwość na sytuację osób bezdomnych ubiegających się o redukcję i / lub udogodnienie spłaty zadłużenia.

Instytucje kulturalne, organizacje sportowe i rekreacyjne:

- aktywizacji społecznej (np. uczestnictwa osób bezdomnych w imprezach i wydarzeniach o charakterze kulturalnym, sportowym i rekreacyjnym).

10. Dokumentacja w pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁵²

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 / kontrakt socjalny.

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

Na etapie realizacji diagnozy sytuacji klienta wskazanym do wykorzystania narzędziem jest formularz wstępnej diagnozy sytuacji klienta oraz kwestionariusz rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Dokumentacja w formie pisemnej lub elektronicznej przyjętej w danej organizacji (instytucji) wspólnie winna być przejrzysta, rzetelna 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.

11. Koszty i finansowanie pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁵³

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 sfinansować przy realizacji pracy socjalnej zgodnej ze standardem mogą obejmować następujące kategorie⁵⁴:

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

⁵² Określenie jakie dokumenty powinny zostać obowiązkowo wypełnione przez realizatora usługi w trakcie lub po zrealizowaniu usługi

⁵³ Określenie kategorii kosztów świadczenia danej usługi oraz sposobów i źródeł jej finansowania

⁵⁴ Na podstawie Zasady finansowania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Dostępne 30.01.2012 na http://www.efs.gov.pl/Wiadomosci/Documents/zasady_finansowania_styczen.pdf

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 – o ile są bezpośrednio związane z koordynacją i zarządzaniem usługą.

- *Koszty zadań merytorycznych*, w tym: *koszty związane z zatrudnieniem personelu*,⁵⁵ 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 wyszkolenia i podnoszenia kwalifikacji realizatora usługi;

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;
- *Koszty obsługi księgowej* (koszty wynagrodzenia osób księgujących wydatki, w tym koszty zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biura rachunkowego);
- *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 sprzątania pomieszczeń* związanych z obsługą administracyjną projektu, w tym środki do utrzymania ich czystości oraz dezynsekcję, dezynfekcję, deratyzację tych pomieszczeń.

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

Nie jest to zamknięty katalog kosztów, ponieważ zaangażowanie osób oraz środków zależne jest od konkretnej sytuacji i potrzeb osoby bezdomnej/zagrożonej bezdomnością.

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.

12. Ewaluacja, monitoring i autoewaluacja pracy socjalnej zgodnej ze standardem⁵⁶

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

⁵⁵ 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 2007 r. 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.

⁵⁶ Określenie monitoringu wdrażania usługi i jej realizacji, ram samokontroli – samooceny (autoewaluacji) realizatora usługi

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 faktycznie znajdują zastosowanie, a jeśli tak, to jakie” (Babbie, 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 określenia tej kwestii 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).

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?
- Jakże 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)⁵⁷. 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 więc być przygotowana poniżej tabela (Tab.8).

Tab. 8 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)			

⁵⁷ <http://www.socsci.flinders.edu.au/fippm/consult/gasuse.html>

Więcej niż oczekiwano (+1)			
Wynik spodziewany (0)			
Mniej niż oczekiwano (-1)			
Znacznie mniej niż oczekiwano (-2)			

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

Monitoring pilotażowego wdrażania standardu⁵⁸

W odniesieniu do działań podjętych w odpowiedzi na konkurs dotyczący Pilotażowego wdrożenia standardów usług w zakresie bezdomności i przetestowania Modelu Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności – dodatkowo należy przeprowadzić monitoring pilotażu poprzez zgromadzenie poniższych:

- 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 (jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe) 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 (psycholog, psychiatra, lekarz 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. Klub Pracy i inne szkolenia miękkie, edukacja formalna, edukacja nieformalna, KIS, warsztaty, kółka zainteresowań);
- Liczba osób, które uzyskały ubezpieczenie zdrowotne.

Autoewaluacja

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

⁵⁸ Określono i dodano na podstawie zaleceń Pomorskiego Forum na Rzecz Wychodzenia z Bezdomności

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 poniższej tabeli (Tab.9)

Tab. 9 Realizatorzy autoewaluacji - podstawowe możliwości i ograniczenia

PROWADZĄCY AUTOEWALUACJĘ	MOŻLIWOŚCI	OGRANICZENIA
Pracownik realizujący działanie	- dobra znajomość szczegółów działania - rozwój pracownika (samokontrola i weryfikacja własnych działań)	- brak dystansu do przedmiotu badania - dodatkowe obciążenie pracownika (nakład czasu)
Zespół pracowników zaangażowanych w realizację zadania	- różne perspektywy oceny - wykorzystanie różnych form badania (kwestionariusze, dyskusje fokusowe, obserwacje, wywiady)	- szумы komunikacyjne lub obciążenia relacji interpersonalnych
Kadra kierownicza jednostki w ramach której realizowane jest działanie	- systemowa perspektywa oceny jednostkowych działań - dostęp do zasobów (finansowych, ludzkich) potrzebnych dla przeprowadzenia bardziej zaawansowanych badań	- ograniczona perspektywa oceny szczegółów działań

Źródło: opracowanie własne 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 zależne 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. Optymalnym jest uwzględnienie uwarunkowań lokalnych towarzyszących realizacji określonego działania poprzez odniesienie się do diagnozy lokalnej sytuacji (zawartej na przykład 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.⁵⁹ Rodzaj dobranych kryteriów oceny ewaluacyjnej zależy od parametrów pożądanego działania, którego ocena dotyczy. Do najczęściej spotykanych kryteriów należą:

- **skuteczność** (w jakim zakresie rezultaty i wpływ programu przyczyniły się osiągnięcia jego celów?)

⁵⁹ Wiącek, A. (2011) „Kluczowe założenia ewaluacji w działaniach na rzecz osób bezdomnych”, www.bezdomnosc.edu.pl

- **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 / jak długo rezultaty działania będą widoczne po jego zakończeniu?)⁶⁰

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.

Dobrowszy cel i kryteria oceny działania realizowanego w ramach pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych należy określić zakres badania, narzędzia, a także określić 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 postępowanie 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.⁶¹

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. Przykładowe zestawienie elementów badania autoewaluacyjnego ujęto w poniższej tabeli (Tab.10)

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.

WYKAZ FORMULARZY DO STANDARDU PRACY SOCJALNEJ ŚWIADCZONEJ NA RZECZ OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

1. Formularz wstępnej diagnozy sytuacji klienta (SPS – F 01/Diagnoza wstępna sytuacji klienta)
2. Formularz Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności (SPS – F 02/IPWzB)

⁶⁰ R. Szarfenberg „Podstawy teoretyczne ewaluacji”, <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/EwalPS01.pdf> [dostęp: 30.01.2011]

⁶¹ Por. J. Górniak, K. Keler „Wskaźniki w ewaluacji *ex-post* programów publicznych” w: A. Haber „Ewaluacja *ex-post*. Teoria i praktyka badawcza”, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa, 2007, s. 147

Zestawienie przykładowych elementów badania autoewaluacyjnego odnoszącego się do badania realizacji pracy socjalnej świadczonej osobom bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością zgodnej ze standardem

Cele szczegółowe	Kluczowe kwestie poddawane ocenie (pytania badawcze)	Wskaźniki	Mierniki
Stworzenie sieci wsparcia	<ul style="list-style-type: none"> - jakie podmioty współpracują na rzecz danej osoby / grupy osób? - 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 działanie; - dokumentacja realizacji działań; - ankiety (lub inna forma) badania opinii klientów
zapewnienie podstawowych warunków życia zaspokojenie 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 zwierający aktualne możliwości w zakresie zapewnienia podstawowych warunków życia ze wskazaniem długości czasu ich zapewniania 	<ul style="list-style-type: none"> - regulamin / statut jednostki realizującej działanie; - dokumentacja działalności podmiotu; - dokumentacja realizowanych usług
zmniejszenie negatywnego wpływu tych czynników, które nie mogą być zmienione	<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; 	j.w.
osiągnięcie bardziej satysfakcjonującego poziomu i jakości życia, czyli cel promocyjny	<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 	j.w.
wzmocnienie zdolności grup i społeczności lokalnych do samodzielnego rozwoju	<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 	j.w. - badanie kondycji lokalnej społeczności prowadzone w formie obserwacji uczestniczącej lub grupy fokusowej z liderami lokalnej społeczności

Źródło: opracowanie własne A. Wiącek

SPS – F01/ Diagnoza sytuacji klienta	
DIAGNOZA WSTĘPNA SYTUACJI KLIENTA⁶²	
Przeznaczenie narzędzia: 4 – Zakres czynnościowy realizatora pracy socjalnej/4.1 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	

I. 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		

⁶² Opracowanie merytoryczne Magdalena Czochara - na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 1 „Wywiad – rozpoznanie sytuacji” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie 1.18 "Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej", Zadaniu 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.

Dzieci		
Związki formalne/niefORMALNE		
Inni członkowie rodziny/znajomi		

II. 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.)

- a. 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.
-
-

- b. Dochody, źródła utrzymania (forma/rodzaj/wysokość)

	Jaka?/Jakie?/Forma	Wysokość
Własność majątkowa		
Wynagrodzenie ze stosunku pracy		
Emerytura/renta		
Świadczenia z pomocy społecznej		
Inne		

- c. Sytuacja prawna (karalność, zadłużenia alimentacyjne, wyroki skazujące, stan cywilny, prawa rodzicielskie itp.)
-
-

III. SFERA MIESZKANIOWA

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

a. Aktualne miejsce pobytu (od kiedy?)

b. Ostatnie miejsce pobytu (od kiedy do kiedy?)

c. Ostatnie miejsce stałego zameldowania (od kiedy do kiedy?)

d. Przyczyny wymeldowania

e. Prawo do lokalu

f. Złożenie wniosku o lokal socjalny (fakt złożenia lub możliwość złożenia wniosku)

IV. 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)

a. Stan zdrowia (rodzaj schorzenia, przebieg leczenia, rodzaj przyjmowanych leków)

b. Orzeczenie stopnia niepełnosprawności (nr orzeczenia, przez kogo, kiedy i na jaki okres wydane?)

c. Przeciwwskazania do podjęcia aktywności zawodowej

d. Poziom dbałości o ogólną higienę osobistą oraz troskę o prawidłową kondycję fizyczną w zależności od wieku, warunków życia i wskazań lekarskich

V. 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)

a. Uzależnienia (rodzaj środków psychoaktywnych, przebieg leczenia odwykowego, udział w terapiach, rodzaj przyjmowanych leków)

b. Opis analizy sfery psychologicznej

VI. 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)

a. Wykształcenie, Staż pracy

b. Funkcjonowanie osoby w kontekście zawodowym, w tym nawyk pracy

c. Poziom umiejętności i kwalifikacji

d. Zainteresowania

e. Ostatnie miejsce zatrudnienia (od kiedy, gdzie i na jakim stanowisku?)

f. Czynna/y zawodowo (adres zakładu pracy, wykonywany zawód)

g. Bierna/bierny zawodowo (zarejestrowany w Urzędzie pracy – jeśli tak, to jako bezrobotny, poszukujący pracy (od kiedy i gdzie?)

h. Bariery w podjęciu aktywności zawodowej wynikające z życia rodzinnego (np. samotne rodzicielstwo lub innych ograniczeń m.in. niepełnosprawność, karalność)

VII. 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.)

VIII. 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)

IX. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/ RODZINY BEZDOMNEJ

9.1 IDENTYFIKACJA TRUDNOŚCI⁶³

⁶³ 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)

9.2 IDENTYFIKACJA MOŻLIWOŚCI ZARADZENIA LUB PRZECIWDZIAŁANIA TRUDNOŚCIOM⁶⁴

(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)

9.3 RODZAJ PODEJMOWANYCH DOTYCHCZAS DZIAŁAŃ⁶⁵

(Należy opisać jakie działania podejmował klient w celu rozwiązania tych problemów w przeszłości oraz dlaczego w jego opinii podejmowane działania nie rozwiązały problemu.)

9.4 IDENTYFIKACJA WSPARCIA⁶⁶

(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.)

X. WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO WYNIKAJĄCE Z INFORMACJI ZEBRANYCH PODCZAS DIAGNOZOWANIA SYTUACJI KLIENTA⁶⁷

(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)

⁶⁴ 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?

⁶⁵ Pytania pomocnicze: Co robiła/robił Pani/Pan w przeszłości, aby rozwiązać problem?/ Dlaczego Pani/Pana zdaniem nie udało się rozwiązać problemu?

⁶⁶ Pytanie pomocnicze: Jakiej pomocy (w jakiej formie) i od kogo Pani/Pan oczekuje w związku ze zgłaszanymi trudnościami?

⁶⁷ 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.

Data i podpis pracownika socjalnego	
Data i podpis klienta	

INSTRUKCJA⁶⁸ (SPS –F01/Diagnoza sytuacji klienta)

1. Cel narzędzia:

Wstępne rozpoznanie sytuacji klienta związanej z:

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

2. 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)

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.

3. Sposób wykorzystania zgodnie ze standardem

3.1 Okoliczności w jakich stosuje się narzędzie

- *Punkt 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/ Podpunkt 4.1. Pierwszy kontakt z klientem*

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 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/ Podpunkt 4.2. Przeprowadzenie diagnozy sytuacji klienta*

Formularz stosuje się gdy:

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

- *Punkt 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/ Podpunkt 4.6.1 Konstruowanie planu pomocy (projektu działań)*

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

- *Punkt 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/ Podpunkt 4.6.2. Wdrożenie planu pomocy (projektu działań)*

To etap realizacji działań, zaplanowanych zadań zgodnie z przygotowanym planem pomocy (IPWzB/ Kontrakt socjalny). W toku systematycznej ewaluacji

⁶⁸ Opracowanie merytoryczne Magdalena Czochara - na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 1 „Wywiad – rozpoznanie sytuacji” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie 1.18 "Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej", Zadaniu 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.

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.

3.2 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.

4. 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.

SPS – F02/IPWzB	
INDYWIDUALNY PROGRAM WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI (IPWzB)	
ANALIZA SYTUACJI KLIENTA⁶⁹	
Przeznaczenie narzędzia: 4.6.1 Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działań)	
Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie	
Wypełnia: Pracownik socjalny	
Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem	
CZEŚĆ I	
Data i miejsce sporządzenia analizy sytuacji klienta	

Imię i nazwisko osoby/rodziny bezdomnej, z którą podejmowana będzie praca socjalna	
Nazwisko rodowe	

I. Analizę 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?)		
Inne (jakie?)		

II. 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)

⁶⁹ Opracowanie merytoryczne Magdalena Czochara - na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 2 „Diagnoza – ocena sytuacji” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie 1.18 "Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej", Zadaniu 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.

.....

.....

III. 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)

.....

IV. 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 zasoby⁷⁰

.....

.....

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		
Psychologiczna		
Zawodowa		

⁷⁰ Uprawnienia wynikają z przepisów prawa, zarówno publicznego (np. systemów zabezpieczenia społecznego), jak i cywilnego (np. kodeks rodzinny i opiekuńczy/ Zasoby mogą dotyczyć różnych obszarów funkcjonowania osoby bezdomnej (zasoby własne), jak i środowiska zew. Można wyróżnić zasoby materialne i niematerialne. Punkt ten bezpośrednio nawiązuje do Analizy SWOT.

Społeczna		
Inna, nie uwzględniona powyżej		

V. 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?)

.....

.....

VI. 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	
INDYWIDUALNY PROGRAM WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI (IPWzB)	
PROJEKT DZIAŁAŃ ⁷¹	
Przeznaczenie narzędzia: 4.6.1 Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działań)	
Poziom oddziaływania: Integracja	
Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie	
Wypełnia: Pracownik socjalny z Klientem	
Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem	
CZEŚĆ II	
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 WSPÓLPRACY

1.1 Cel ogólny

(Należy określić do czego wspólnie zmierzamy?, jaki problem/problemy chcemy rozwiązać? oraz określić w jakim czasie uznajemy, że jest to możliwe?)

CEL.....

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

1.2 Cele szczegółowe⁷²

(Należy wskazać co musimy zrobić, by powyższy cel był możliwy do osiągnięcia i jak poznamy, że osiągnęliśmy wyznaczony cel.)

⁷¹ Opracowanie merytoryczne Magdalena Czochara - na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 3 „Umowa współpracy” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie 1.18 "Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej", Zadaniu 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.

⁷² 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 działań⁷³

Cel	Sytuacja/ sfera	Zadania do wykonania	Termin realizacji	Osoba odpowiedzialna za wykonanie zadania	Sposób wykonania/ uwagi i data wykonania
A					
B					
C					
D					
F					

⁷³ Należy odnieść się do wykazu przykładowych czynności i metod określonych w Standardzie pracy socjalnej w punkcie 1. Opis pracy socjalnej zgodnej ze standardem.

2.2. Terminy spotkań pracownika socjalnego z osobą bezdomną związane z etapami realizacji działań w ramach IPWzB⁷⁴

Lp.	Data	Ustalenia	Podpis klienta	Uwagi

Data i podpis pracownika socjalnego	
Zatwierdzam/ nie zatwierdzam* IPWzB - data i podpis Kierownika instytucji	
*niepotrzebne skreślić	

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

	Nazwa podmiotu/ Imię i nazwisko osoby	Zakres udzielanej pomocy	Dane kontaktowe

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

.....

⁷⁴ 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.

SPS – F02/IPWzB	
INDYWIDUALNY PROGRAM WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI (IPWzB)	
UMOWA WSPÓLPRACY ⁷⁵	
Przeznaczenie narzędzia: 4.6.1 Etap I – Konstruowanie planu pomocy (projektu działań)	
Zastosowanie narzędzia: obligatoryjnie	
Wypełnia: Pracownik socjalny	
Korzysta: Pracownik socjalny we współpracy z klientem	
CZEŚĆ III	
Data i miejsce sporządzenia umowy współpracy	
Ustalenie miejsca realizacji IPWzB	
Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego	Okres obowiązywania ubezpieczenia

1. STRONY WSPÓLPRACY⁷⁶

1.1 Dane osoby/rodziny bezdomnej⁷⁷

Imię i nazwisko (nazwisko rodowe)	
Data i miejsce urodzenia	
Seria numer dowodu osobistego (lub innego dokumentu tożsamości)	
PESEL	
Aktualne miejsce pobytu (adres miejsca zamieszkania)	

⁷⁵ Opracowanie merytoryczne Magdalena Czochara - na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 3 „Umowa współpracy” opracowanego przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie 1.18 "Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej", Zadaniu 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.

⁷⁶ 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.

1.2 Dane pracownika socjalnego

Imię i nazwisko pracownika socjalnego	
Adres siedziby	
Telefon	

2. WARUNKI UMOWY WSPÓLPRACY

- 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	
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. Nr.64, poz. 593 z późniejszymi zmianami
- 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 Zaprzeszanie realizacji IPWzB następuje gdy:
 - a. Stwierdzono, że nastąpiło naruszenie przez klienta postanowień IPWzB uniemożliwiających jego dalszą realizację,
 - b. Klient opuścił miejsce, w którym IPWzB jest realizowany,
 - c. Strony złożyły oświadczenie o odstąpieniu do realizacji IPWzB z podaniem przyczyny odstąpienia od realizacji IPWzB

- d. 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 / pieczęć pracownika socjalnego	

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 / pieczęć pracownika socjalnego	

ZAŁĄCZNIK NR 1 ZMIANA UMOWY WSPÓŁPRACY

1. Zmiana dotyczy umowy współpracy zawartej w dniu:
.....
2. Zmiana obejmuje:⁷⁸

Zmianę tego co musimy osiągnąć – jaką? ⁷⁹	
Zmianę tego co powinna zrobić Pani/Pan ⁸⁰	
Zmianę tego co powinien zrobić pracownik socjalny ⁸¹	

3. Uzasadnienie wprowadzonych zmian
.....
.....
4. Ocena realizacji umowy współpracy nastąpi:

Data	
Godzina	
Miejsce spotkania	

INSTRUKCJA⁸² (SPS – F02/IPWzB)

- I. Cel IPWzB:** Zapewnienie wsparcia osobie bezdomnej w procesie wychodzenia z bezdomności
- II. 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”)

III. Odpowiedzialność za opracowanie IPWzB

IPWzB zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej⁸³ 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.

⁷⁸ Właściwie zaznaczyć i opisać

⁷⁹ Wpisać imię i nazwisko strony umowy oraz nr zamierzonego osiągnięcia i jego nowe brzmienie

⁸⁰ 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

⁸¹ Jak wyżej

⁸² Opracowanie merytoryczne Magdalena Czochara - na podstawie Narzędzia pracy socjalnej nr 1 /2/3 opracowanych przez Zespół ds. narzędzi pracy socjalnej w Projekcie 1.18 "Tworzenie i rozwijanie standardów usług objęcia integracji społecznej", Zadaniu 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.

⁸³ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.), Art. 49.

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

IV. Ogólna charakterystyka narzędzia (IPWzB)

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności „*ma zapewnić wsparcie w rozwiązywaniu problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych oraz pomoc w uzyskaniu zatrudnienia*”⁸⁴

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.

Charakterystyka narzędzia odnosi się do każdej części osobno, celem ułatwienia korzystania z narzędzia:

Część I Formularza IPWzB - Analiza sytuacji klienta

1. Cel szczegółowy:

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

2. Ogólna charakterystyka części I 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 klienta⁸⁵ oraz rodzinnego wywiadu środowiskowego⁸⁶. 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.

⁸⁴ Por. Ustawa o pomocy społecznej ... art.49

⁸⁵ F/SPS- Z04/ Diagnoza wstępna sytuacji klienta,

⁸⁶ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki społecznej z 25 stycznia 2011 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. nr 27, poz. 138)

3. Sposób wykorzystania:

3.1 Okoliczności w jakich stosuje się pierwszą część formularza IPWzB

- *Punkt 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/Podpunkt 4.6.1. Konstruowanie planu pomocy (projektu działań) – 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 sformulowaniem 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 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/Podpunkt 4.6.2. Wdrażanie planu pomocy (projektu działań) - 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.

3.2 Na co zwrócić uwagę:

a. 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?

b. 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)

Część II Formularza IPWzB - Projekt działań

1. Cel szczegółowy:

Opracowanie projektu działań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej klienta

2. Ogólna charakterystyka części II formularza IPWzB - Projekt działań

Część II formularza IPWzB poświęcona jest projektowaniu działań. W wyniku poznania potrzeb i oczekiwań klienta, opisanie i przeanalizowanie 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.

3. Sposób wykorzystania:

3.1 Okoliczności w jakich stosuje się drugą część formularza IPWzB

- *Punkt 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/Podpunkt 4.6.1. Konstruowanie planu pomocy (projektu działań) – IPWzB*

Część II formularza IPWzB wypełnia stosuje się po zakończeniu opracowywania pierwszej części formularza IPWzB

- *Punkt 4. Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/Podpunkt 4.6.2. Wdrażanie planu pomocy (projektu działań) - 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, a na tej podstawie dokonuje aktualizacji projektu działań.

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 1. 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 w/w 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 kontaktów 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.

Część III Formularza IPWzB - Umowa współpracy

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.

2. Ogólna charakterystyka części III formularza IPWzB - Umowa 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.

3. Sposób wykorzystania:

3.3 Okoliczności w jakich stosuje się drugą 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 jej 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

3.4 Na co zwrócić uwagę:

Gotowość do zawarcia umowy po stronie klienta, wyraża się tym że:

- 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.

Gotowość do zawarcia umowy po stronie pracownika socjalnego, wraza 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

V. Sposób wykorzystania IPWzB zgodnie ze standardem

5.1 Okoliczności, w jakich stosuje się narzędzie:

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 4.Zakres pracy socjalnej zgodnej ze standardem/ Podpunkt 4.6. Konstruowanie i wdrażanie planu pomocy (projektu działań) w zakresie pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością* - określono następujące zastosowanie w/w 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 bezdomne⁸⁷ nie określone w niniejszym dokumencie, a wymienione w Standardzie oraz osoby/ rodziny zagrożone bezdomnością

Kontrakt socjalny⁸⁸ 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 co do zastosowania w/w narzędzi uwzględniając profil klienta i poziom

⁸⁷ Profile osób bezdomnych określono w Standardzie pracy socjalnej w punkcie 1. Opis pracy socjalnej zgodnej ze standardem

⁸⁸ Kontrakt socjalny jest narzędziem szczegółowo scharakteryzowanym w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. (tekst jednolity z 2009 roku Dz. U. nr175, poz. 1362 z późn. zm.) art.6 pkt. 6/ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 08.11.2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. z 2010 r. nr 218, poz. 1439)

oddziaływania. 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 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 uspołnieniu 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 - Animator Moderator z ramienia Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta w Zadaniu 4 Projektu PO KL 1.18, 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, prof. Ludmiła Dziewięcka – Bokun, dr Jolanta Kędzior, Elżbieta Oleniacz – Czajka, Jerzy Mika, Marcin Młot

Opracowanie zakresu ewaluacji, autoewaluacji i monitoringu: Aneta Wiącek

Opracowanie formularzy: Magdalena Czochara

STANDARD MIESZKALNICTWA I POMOCY DORAŻNEJ

MODELE WDRAŻANIA WSPARCIA W OBSZARZE MIESZKALNICTWA, ZAKWATEROWANIA I POMOCY DORAŻNEJ

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 opierając się na różnych modelach w zakresie mieszkalnictwa, zakwaterowania i pomocy doraźnej. Na podstawie dostępnej literatury, zarówno polskiej, jak i zagranicznej oraz doświadczeń ekspertów, wyodrębniono cztery podstawowe modele funkcjonowania sieci pomocy.

Pierwszym z nich jest model palety, zakładający indywidualizację wsparcia w kontekście potrzeb i deficytów osoby bezdomnej, w systemie tym dysponujemy różnymi paletami usług (placówki) 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 ich mieszanie. Każda gmina powinna zaplanować różną strukturę sieci pomocy uzależnioną od lokalnych potrzeb. W tym celu, na podstawie diagnozy, szerzej opisanej w zasadach wdrażania standardów placówek do GSWB, zaleca się tworzenie Map Pomocy. Gmina po sporządzeniu diagnozy struktury i sytuacji osób bezdomnych zobowiązana jest do przygotowania kartograficznego opracowania map pomocy. Zaplanowania sieci pomocy skutecznie i sprawnie wspierającej osoby bezdomne oraz zapewnienia odpowiedniej ilości miejsc pomocy doraźnej i mieszkaniowej. Powinno odbyć się to na podstawie odpowiednich badań określających strukturę oraz liczbą skalę zjawiska bezdomności, a także lokalne uwarunkowania w zakresie rynku pracy, rozwoju ekonomiczno – gospodarczego gminy itp., co pozwoli na porównanie skali zjawiska z usługami, jakie powinny być do osób bezdomnych kierowane. Dzięki temu możliwe jest zaplanowanie sieci pomocy skutecznie i sprawnie wspierającej osoby bezdomne.

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 przebywają oraz ludzie im pomagający tj. w Ośrodkach Pomocy Społecznej, placówkach służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, służb mundurowym, streetworkerom, pracownikom placówek dla osób bezdomnych. Dzięki czemu już po wstępnej rozmowie z zainteresowaną osobą możliwe jest udzielenie rzetelnej informacji o pomocy instytucjonalnej skierowanej do osób i rodzin bezdomnych a także zagrożonych bezdomnością i zaproponowanie im odpowiedniej pomocy. Dzięki tak sporządzonemu zakresowi pomocy na terenie danej gminy zainteresowani usługami dla osób bezdomnych zdobędą dostęp do aktualnej wiedzy na temat narzędzi, jakimi dysponuje system pomocy na terenie danej gminy. Pozwoli to na szybkie reagowanie i zapewnienia ciągłej pomocy osobom bezdomnym i motywowanie do zmiany ich sytuacji życiowej.

Monitoring i ewaluacja Map Pomocy powinna być przeprowadzana w trybie ciągłym i ma obowiązek uwzględniać:

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

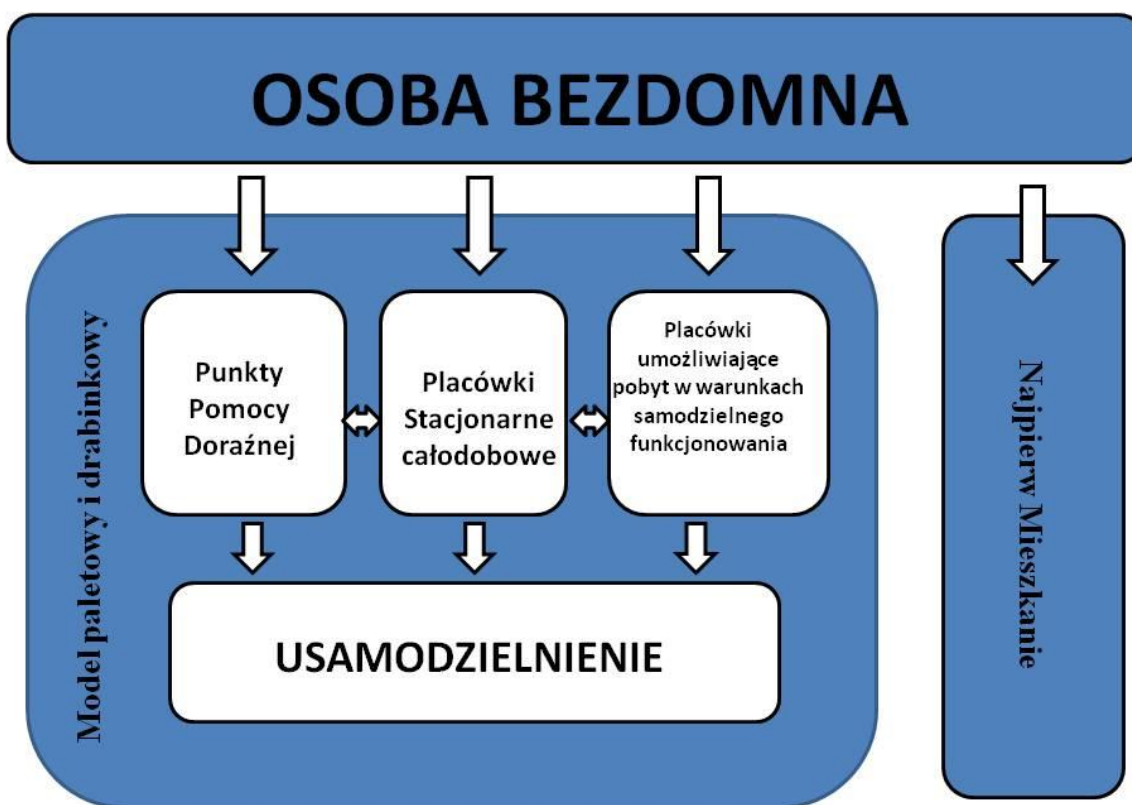
Koszty związane z przygotowaniem Mapy Pomocy powinny być pokrywane z budżetu gminy.

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 organy państwowe od kontroli tego typu instytucji tak, aby nie stwarzały one zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi.

Zakłada się trzy grupy placówek świadczących pomoc:

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

Rys nr 1. Modele wdrażania wsparcia dla osób bezdomnych.



Źródło: opracowanie własne

1. Model palety – zakłada, że osoby doświadczające bezdomności oraz zagrożone bezdomnością w zależności od swoich potrzeb mogą 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. noclegownie czy terapie odwykowe. Tego rodzaju pomoc może być proponowana na miejscu lub możliwe jest kierowanie do instytucji prowadzących terapie 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.

2. 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 pewnej drogi przez osobę bezdomną, 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.

3. 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 odmienną optykę niż model drabinkowy. 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 na potrzeby Najpierw Mieszkanie,

utworzyła zespół składający się z koordynatora 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 spośród zasobów gminy lub podmiotów prywatnych, mieszkań dla osób bezdomnych oraz wyłonienie podmiotu wprowadzającego metodę Najpierw Mieszkanie. Organizacja odpowiedzialna za realizację projektu opracowuje system rekrutacji uczestników oraz odpowiada za ich diagnozę i nabór. Umowa najmu mieszkania podpisana jest z gminą lub prywatnym właścicielem. Umowa najmu może być podpisana 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.

4. 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. 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, itp. 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 odpowiedzialności za siebie oraz grupę, w której funkcjonują poprzez przyjmowanie zadań i rozliczanie się z jakości, 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.

STANDARDY W OBSZARZE MIESZKALNICTWA

1. Placówki pomocy doraźnej

1.1 Standard ogrzewalni dla osób bezdomnych

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 zapobiegające wychłodzeniu organizmu. Pobyt w placówce nie powinien nakładać na osoby wielu ograniczeń, w tym posiadania skierowania.

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.

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/Gminna, Służba Zdrowia i inne).

1.1.4. Zakres usługi:

- zapewnienie doraźnie możliwości ogrzania się osobom tego pozbawionym,
- 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. choroby zakaźne, zagrożenie życia, niepełnosprawność uniemożliwiająca 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),
 - działania 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.

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.

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 1 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.

1.1.7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy,
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze,
- przewoźnicy (PKP, Metro, itp.),
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

1.1.8. Warunki realizacji usługi:

- otwarta w godzinach nocnych (w sytuacjach szczególnych możliwe rozszerzenie czasu funkcjonowania),
- usytuowana w miejscu dobrze skomunikowanym,
- placówka dla maksymalnie 50 osób, min. 2m²/osobę, maksymalnie 25 osób w jednym pomieszczeniu, każde pomieszczenie posiada okno; wyposażone w krzesła o łatwo zmywalnej powierzchni,

- placówka zapewnia gorący napój (np. herbata, w miarę możliwości zupa ekspresowa),
- toalety – w tym minimum 1 urządzenie natryskowe umożliwiające przeprowadzenie zabiegu odswawiania, 1 miska ustępowa dla 30 osób, 1 umywalka dla 30 osób; w przypadku placówek koedukacyjnych osobna toaleta dla kobiet i mężczyzn, zapewniająca stały dostęp do bieżącej wody, w tym ciepłej, w wyznaczonych godzinach (zgodnie z obowiązującymi przepisami.),
- biuro opiekuna (dyżurka) z telefonem i zapleczem socjalnym, miejscem na przechowywanie dokumentacji, wyposażone w apteczkę,
- magazyn odzieżowy zapewniający niezbędną odzież dla osób wymagających takiej pomocy, prowadzony w razie posiadania takiej możliwości przez placówkę,
- temperatura minimalna dla pomieszczeń mieszkalnych i biurowych w wysokości 18°C, placówka spełnia wszelkie wymogi odpowiednich przepisów (zgodnie z przepisami budowlanymi w tym zakresie)

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.

1.1.10. Dokumentacja usługi:

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki (statut placówki),
- rejestr klientów,
- rejestr usług,
- dziennik raportów.

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 takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu (eksploatacja): czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące,
- wynagrodzenia 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

Pośrednie takie jak na przykład :

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoz., sanepid, prawo budowlane, inne przeglądy okresowe),
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe,

1.1.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.

Monitoring prowadzony w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym
- ilość udzielonych świadczeń (noc spędzona w ogrzewalni, kąpiel, odwyszawianie, itp.),
- ilość podmiotów współpracujących z ogrzewalnią,
- ilość udostępnionych miejsc w ogrzewalni (zmiany w tym zakresie – powiększenie, pomniejszenie),
- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji Policji, Służby mundurowe (traktowane, jako przypadki ratowania zdrowia lub życia),
- liczba osób trafiająca 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.

1.2. Standard noclegowni dla osób bezdomnych.

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.

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.

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 pielęgniarstwa i lekarskiej, psychologicznej itp.,
- zwiększenie liczby osób dbających o higienę i kondycję fizyczną,
- zwiększenie liczby osób mających dostęp do pracy socjalnej.

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 (ubezpieczenie zdrowotne, itp.) dzięki prowadzonej w placówce pracy socjalnej (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej),

- współpraca z instytucjami pracującymi na rzecz osób bezdomnych.

Procedura przyjęcia:

- przyjęcie do noclegowni powinno być poprzedzone wypełnieniem następujących warunków:
 - przyjęcie do noclegowni nie powinno wiązać się z obowiązkiem posiadania skierowania poza podpisaniem oświadczenia o zapoznaniu się z treścią regulaminu i zobowiązaniu się do jego przestrzegania,
 - przyjęcie powinno poprzedzić wywiad i oględziny osoby przez opiekuna pod kątem ewentualnych zagrożeń związanych z pobytem w placówce o standardzie noclegowni np. choroby zakaźne, zagrożenie życia, niepełnosprawność uniemożliwiająca 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),
 - działania na rzecz poprawy jego aktualnego stanu (m.in.: konsultacja lekarska – pogotowie ratunkowe, odswadzanie, kąpiel, wymiana odzieży, podanie ciepłego napoju lub posiłku itp.),
 - przygotowanie krótkiej diagnozy wstępnej potrzeb klienta,
 - podjęcie dalszych działań zgodnie z ustaleniami diagnozy.

1.2.5. Rezultat usługi:

- zapewnienie schronienia osobom tego pozbawionym – zgodnie z zapisami zawartymi w Ustawie o pomocy społecznej,
- 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.

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 (zakład 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.

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, organizacje pozarządowe, służby miejskie, policja, służba zdrowia itp.),

- pracownicy zobowiązani są do systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji,
- pracownik socjalny (szczegóły dotyczące wykształcenia w materiale grupy pracy socjalnej),
- pielęgniarka/ratownik medyczny – 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.

1.2.7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy,
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze,
- przewoźnicy (PKP, Metro, itp.),
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

1.2.8. Warunki realizacji usługi:

- otwarta w godzinach wieczorowo – nocnych (w sytuacjach szczególnych możliwe rozszerzenie czasu funkcjonowania),
- jedna sala dla max. 15 osób – 3m²/osobę (łóżka pojedyncze); 2m²/osobę (łóżka piętrowe); noclegownia maksymalnie dla 80 osób (dla 60 osób w nowopowstających placówkach),
- pomieszczenia mieszkalne gwarantować mają poczucie intymności oraz poszanowanie godności człowieka, zapewniające swobodny dostęp do swojego łóżka (materac, koc lub pościel); szafa, szafka nocna, każde pomieszczenie mieszkalne posiada okno,
- toalety: 1 urządzenie natryskowe dla 20 osób; 1 miska ustępowa dla 10 kobiet, 1 miska ustępowa i 1 pisuar dla 20 mężczyzn, 1 umywalka dla 15 osób (zgodnie z obowiązującymi przepisami) zapewniające stały dostęp do bieżącej wody, w tym ciepłej, w wyznaczonych godzinach, gwarantujące możliwość przeprowadzenia zabiegów odswawiania,
- biuro opiekuna – wychowawcy (dyżurka) z telefonem i zapleczem socjalnym, wyposażone w apteczkę,
- zabezpieczone miejsce z szafą do przechowywania dokumentacji osób przebywających w placówce,
- placówka powinna prowadzić magazyn odzieżowy zapewniający niezbędną odzież dla osób tego wymagających,
- osobne magazyny rzeczy brudnych i czystych,
- depozyt na rzeczy osobiste mieszkańców placówki – szczegółowe zasady określa regulamin placówki,
- magazyn środków chemicznych lub inne miejsce wydzielone na ten cel,
- temperatura minimalna dla pomieszczeń mieszkalnych i biurowych w wysokości 18°C (zgodnie z obowiązującymi przepisami),
- placówka powinna zapewniać 1 gorący posiłek (przygotowywany w placówce lub dowożony z zewnątrz),
- kuchnia (w przypadku przygotowywania posiłków na miejscu) lub pomieszczenie do wydawania posiłków (w przypadku korzystania z kuchni zewnętrznej) – zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- oddzielna sala do spotkań indywidualnych (spotkania z pracownikiem socjalnym, itp.),
- placówka spełnia wszelkie wymogi odpowiednich, obowiązujących przepisów budowlanych w tym zakresie.

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.

1.2.10. Dokumentacja usługi.

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce

- regulamin placówki,
- rejestr mieszkańców,
- karta mieszkańca,
- rejestr usług,
- dziennik raportów.

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/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 takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu (eksploatacja): czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące,
- wynagrodzenia 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,

Pośrednie takie jak na przykład:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoz., sanepid, prawo budowlane),
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe.

1.2.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.

Monitoring prowadzony w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym,
- liczba osób przechodzących z noclegowni do schroniska, mieszkań treningowych, wynajętego pokoju,
- ilość udzielonych świadczeń (nocleg, kąpiel, odwyszawianie, itp.),
- ilość podmiotów współpracujących z noclegownią,
- ilość podmiotów współpracujących na podstawie formalnego porozumienia,
- ilość udostępnionych miejsc w noclegowni (zmiany w tym zakresie – powiększenie, pomniejszenie),

- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji służb mundurowych (traktowane, jako przypadki ratowania zdrowia lub życia),
- ilość opracowanych Indywidualnych Programów Wychodzenia z Bezdomności (w przypadku prowadzenia ich przez placówki),
- ilość realizowanych IPWB,
- ilość 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 – protokołów autoewaluacji.

2. PLACÓWKI STACJONARNE

2.1. Standard schroniska dla osób bezdomnych

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 IPWB dążącego do usamodzielnienia osób lub/i schroniska opiekuńczego dla osób, które z różnych względów tymczasowo wymagają pomocy wieloaspektowej (samodzielne osoby chore i starsze). W schronisku mogą być realizowane dwa profile jednocześnie. Działa na podstawie ogólnie dostępnego regulaminu.

2.2. Odbiorca usługi:

- Osoby bezdomne podejmujące współpracę z pracownikami systemu pomocy społecznej w zakresie wychodzenia z sytuacji bezdomności, przyjmowanych 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.

2.3. 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.

2..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.

2..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 o własnym uzależnieniu oraz sposobach radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- zwiększenie aktywności życiowej oraz rozwój zainteresowań osób objętych pomocą.

2..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, odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie placówki, wykształcenie wyższe,
- opiekun (członek Zespołu Interdyscyplinarnego); liczba opiekunów zatrudnionych w placówce powinna zapewnić prawidłowe funkcjonowanie placówki wraz z okresami urlopowym (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) etat lub oddelegowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej),
- doradca zawodowy – (członek Zespołu Interdyscyplinarnego – jeśli jest konieczność) prowadzenie zajęć indywidualnych i grupowych 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 materiale grupy zdrowia),
- pielęgniarka – (może być członkiem Zespołu Interdyscyplinarnego) część etatu zależna 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 lub NZOZ, 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.

2..7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy,
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze,
- przewoźnicy (PKP, Metro, itp.),
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

2..8. Warunki realizacji usługi:

Usługa jest realizowana całodobowo i całorocznie.

- sypialnie dla maksymalnie 5 osób; minimum 4m² na osobę; schronisko maksymalnie dla 50 osób w jednym budynku (dla nowopowstających 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 zapewniające swobodny dostęp do swojego 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 możliwością 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,
- temperatura minimalna dla pomieszczeń mieszkalnych i biurowych w wysokości 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 zastosowanie przepisów obowiązujących dotyczących żywności i żywienia,
- sala spotkań grupowych,
- placówka spełnia wymogi odpowiednich przepisów budowlanych

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.

2..10. Dokumentacja usługi.

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce

- regulamin placówki,
- kontrakt z klientem,
- rejestr mieszkańców,
- karta mieszkańca,

- książka meldunkowa (wewnętrzna),
- dziennik raportów.

2..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 takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne (np. opłaty za przeglądy budowlane, 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.

Pośrednie takie jak na przykład:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoz., sanepid, prawo budowlane, inne przeglądy okresowe),
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe,

2..12. Monitoring i ewaluacja:

Monitoring prowadzony w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym,
- liczba opracowanych Indywidualnych Programów Wychodzenia z Bezdomności (IPWB),
- liczba osób opuszczających placówkę (np. do: mieszkania wspieranego, samodzielnie wynajętego pokoju/mieszkania, mieszkania socjalnego, mieszkania komunalnego, DPS, ZOL, inne),
- 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 IPWB,
- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji służb mundurowych (traktowane, 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.

3. PLACÓWKI SAMODZIELNEGO ZAMIESZKANIA

3.1. Standard mieszkań wspieranych (chronionych, readaptacyjnych, treningowych).

3.1.1. Definicja usługi:

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. Placówka dla osób niewymagających usług w zakresie całodobowej opieki.

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. Mieszkania dla osób niewymagających usług w zakresie całodobowej opieki.

3.1.2. Odbiorca usługi:

- w obszarze prewencji przeznaczone są dla osób i rodzin, niewymagających usług w zakresie całodobowej opieki i zagrożonych bezdomnością (ofiary przemocy, wychowankowie opuszczający placówki opiekuńczo – wychowawcze i rodziny zastępcze, osoby opuszczające zakłady karne, szpitale i inne formy opieki zastępczej) oraz zmotywowanych do zmian, oczekujących na przydział lokalu lub dążących do usamodzielnienia; osoby zdiagnozowane i po terapii (jeżeli była potrzeba), realizujące Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności,
- w obszarze integracji przeznaczone są dla osób i rodzin, niewymagających usług w zakresie całodobowej opieki i zagrożonych bezdomnością (osoby doświadczające przemocy, wychowankowie opuszczający placówki opiekuńczo – wychowawcze i rodziny zastępcze, oraz inne formy opieki zastępczej) oraz osoby bezdomne zmotywowane do zmian w życiu, oczekujące na przydział lokalu lub dążące do usamodzielnienia; osoby zdiagnozowane, po terapii (jeżeli była taka potrzeba), realizujące kontrakt i Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności,
- w obszarze interwencji wsparcie dla osób zagrożonych bezdomnością, zadaniem w tym wypadku nie jest przygotowanie do samodzielności, ale zabezpieczenie przed bezdomnością na czas kryzysu.

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.

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 tymczasowego schronienia (maksymalnie 3 lata) na podstawie regulaminu, umowy najmu, Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności,
- praca socjalna realizowana przez pracownika socjalnego spoza placówki; częstotliwość spotkań ustalona w IPWB,
- realizowanie monitoringu postępów w procesie wychodzenia z bezdomności prowadzonego przez pracowników socjalnych,
- wsparcie w następujących obszarach: trening budżetowy, 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 IPWB,
- inne formy wsparcia: dodatki mieszkaniowe, redukowanie zadłużenia (np. możliwość odpracowania), wsparcie rzeczowe np. opał.

3.1.5. Rezultat usługi:

- podwyższenie poziomu umiejętności osób objętych wsparciem w zakresie gospodarowania zasobami finansowymi, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, gospodarowania wolnego czasu 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,
- trwale wyjście z sytuacji bezdomności.

3.1.6. Kadra i kompetencje osób.

Osoby administrujące placówkę 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 IPWB; 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 wg potrzeb),
- kurator,
- inne.

3.1.7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy,
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze,
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

3.1.8. Warunki realizacji usługi:

3.1.8.1. W domu dla bezdomnych (w mieszkaniach wspieranych zespolonych):

Czas świadczenia usługi – maksymalnie 3 lata.

- placówka o małej liczbie mieszkań w budynku,
- samodzielne mieszkanie lub pokój dla jednej, dwóch osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5m²/osobę, a w przypadku osób niepełnosprawnych 10m² (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, przypadająca jedna pralka na maksymalnie 10 mieszkańców oraz możliwością suszenia odzieży (w przypadku braku pralni dopuszcza się pralkę w każdym mieszkaniu),
- temperatura minimalna w wysokości 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.

3.1.8.2. Wmieszkaniach wspieranych rozproszonych:

Czas świadczenia usługi – maksymalnie 3 lata,

- samodzielne mieszkanie lub pokój dla jednej, dwóch osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5m²/osobę, a w przypadku osób niepełnosprawnych 10m² (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.

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.

3.1.10. Dokumentacja usługi.

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce

- regulamin placówki,
- umowa najmu,
- książka meldunkowa,

- IPWB.

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/institucji (środki własne, prywatni darczyńcy, dodatkowe źródła finansowania, np. MPiPS, FIO, EFS),
- prace remontowe i adaptacyjne na finansowane 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 takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne (np. opłaty za przeglądy budowlane, instalacji, ubezpieczenie itp.),
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych (sale mieszkalne, kuchnie, sanitariaty itp.).
- koszty personelu merytorycznego.

Pośrednie takie jak na przykład:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoż., sanepid, prawo budowlane, inne przeglądy okresowe),
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe.

3.1.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi:

Monitoring w trybie ciągłym.

Wskaźniki ilościowe:

- liczba osób, które skorzystały z usługi w okresie sprawozdawczym
- ilość udzielanych świadczeń (noclegów, posiłków, kąpeli, porad, konsultacji, informacji itp.)
- liczba osób regularnie korzystających z usługi,
- liczba osób przyjętych w wyniku interwencji służ mundurowych (traktowane, jako przypadki ratowania zdrowia lub życia),
- ilość osób podpisujących umowę najmu w mieszkaniu wspieranym,
- ilość opracowanych IPWB,
- ilość realizowanych IPWB,
- ilość osób opuszczających placówkę w kierunku usamodzielnienia,
- ilość 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. PUNKTY POMOCY DORAŻNEJ

4.1. Standard świetlicy

4.1.1. Definicja usługi:

Świetlica – placówka pomocy doraźnej, umożliwiająca prowadzenie dziennej aktywności osobom bezdomnym i ubogim.

4.1.2. Odbiorca usługi:

Osoby korzystające z placówek pomocy doraźnej, szczególnie ogrzewalni i noclegowni.

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 ilość osób bezdomnych przebywających na ulicach w ciągu dnia.

4.1.4. Zakres usługi:

- przyjęcie odbywa się na podstawie wpisu do Rejestru osób korzystających z usługi,
- brak obostrzeń odnośnie osób uprawnionych do korzystania z placówki,
- miejsce dziennego pobytu, szczególnie w okresie jesienno-zimowym,
- umożliwia dostęp do prasy, telewizji, ofert pracy oraz informacji o formach udzielanych pomocy osobom bezdomnym,
- praca socjalna odbywa się poprzez oddelegowanego pracownika z Ośrodka Pomocy Społecznej (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej).

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.

4.1.6. 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.

4.1.7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy,
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze,
- przewoźnicy (PKP, Metro, itp.),
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

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 ze 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 zlokalizowana w łatwo dostępnym miejscu.

Otwarta całorocznie w ściśle określonych terminach (określony dzień i godziny otwarcia, informacje umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

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.

4.1.10. Dokumentacja usługi:

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce

- regulamin placówki,
- rejestr klientów,
- dzienne statystyki ilości osób przebywających w świetlicy.

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 takie jak na przykład :

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne,
- koszty personelu,
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych,

Pośrednie takie jak na przykład :

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoż., sanepid, prawo budowlane)
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe.

4.1.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi:

Monitoring prowadzony w trybie ciągłym.

Wskaźniki:

- ilość udostępnionych miejsc w świetlicy (zmiany w tym zakresie – powiększenie, pomniejszenie),
- ilość 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.

4.2. Standard punktu konsultacyjno – informacyjnego

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).

4.2.2. Odbiorca usługi:

Osoby zagrożone bezdomnością, bezdomne, wychodzące z bezdomności, usamodzielnione.

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 ofert kompleksowego wsparcia dla osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym i bezdomnością,
- rozszerzenie palety oferowanych usług w zakresie wsparcia dla osób bezdomnych,
- zwiększenie ilości 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.

4.2.4. 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.

4.2.5. 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 osobisty, telefon, e-mail, strona internetowa, itp.),
- podwyższenie poziomu współpracy międzyinstytucjonalnej w zakresie wspierania i informowania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

4.2.6. Kompetencje:

Zatrudnienie obligatoryjne:

- kierownik/koordynator prowadzący placówkę, odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie od strony technicznej i merytorycznej; wykształcenie wyższe; wymiar godzin

w zależności od potrzeb; preferowane, aby kierownik był jednocześnie jednym z konsultantów; etat,

- prawnik lub radca prawny; wymiar godzin w zależności od potrzeb, umowa cywilno – prawna,
- psycholog, pedagog – wykształcenie kierunkowe z dodatkowymi szkoleniami, wymiar godzin według potrzeb, umowa cywilno – prawna,
- pracownik socjalny; wymiar godzin wg potrzeb, umowa cywilno – prawna,

Zatrudnienie fakultatywne, w zależności od potrzeb:

- lekarz psychiatra; wymiar godzin w zależności od potrzeb, umowa cywilno – prawna,
- terapeuta lub trener umiejętności społecznych – wykształcenie wyższe kierunkowe; wymiar godzin według potrzeb, umowa cywilno – prawna,
- inne (np. pielęgniarka, doradca zawodowy), umowa cywilno – prawna.

4.2.7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy bądź organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- osoby fizyczne i prawne,
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

4.2.8. Warunki realizacji usługi:

- placówka bez barier architektonicznych,
- placówki małe, w skład których wchodzi dwa, trzy 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 ilość 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.

4.2.9. Współpraca przy realizacji usługi:

- Podmioty Lecznicze,
- Służby mundurowe,
- Urzędy Miasta/Gminy,
- Urzędy Wojewódzkie,
- Ośrodki Pomocy Społecznej,
- Wymiar sprawiedliwości,
- Przewoźnicy (PKP, Metro, itp.),
- Wolontariat,
- inni, według zapotrzebowania.

4.2.10. Dokumentacja usługi:

Minimum prowadzonej dokumentacji:

- regulamin placówki,
- dziennik raportów,
- rejestr osób korzystających i udzielonego wsparcia.

4.2.11. Koszty i finansowanie

Gmina może zlecić prowadzenie i finansowanie usługi.

- Gmina w zakresie funkcjonowania placówki przeznacza zryczałtowaną kwotę na prowadzenie placówki oraz koszty eksploatacyjne budynku,
- Gminny Fundusz Przeciwalkoholowy,
- wkład własny organizacji/institucji (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 na finansowane na poziomie ponadgminnym (Minister Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda, Marszałek Województwa).

Koszty

Bezpośrednie takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne,
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych,
- koszty personelu.

Pośrednie takie jak na przykład :

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoż., sanepid, prawo budowlane),
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe.

4.2.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.

Monitoring prowadzony 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, w kryzysie in.),
- ilość 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.

4.3. Standard punktu wdawania żywności

4.3.1. Definicja usługi:

Punkt wydawania żywności - placówka pomocy doraźnej wydająca produkty żywnościowe umożliwiające osobom ubogim i bezdomnym przygotowanie posiłków.

4.3.2. Odbiorca usługi:

Osoby i rodziny ubogie, zagrożone bezdomnością oraz osoby bezdomne, żyjące w przestrzeni publicznej.

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, producentów, hurtowni, sklepów do instytucji wspierających osoby i rodziny ubogie, osoby bezdomne,
- zwiększenie aktywności środowiska lokalnego w zakresie działań informacyjnych, edukacyjnych, integracyjnych na rzecz osób, rodzin ubogich i bezdomnych.

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 prowadzi:
 - dystrybucję żywności spełniającą wymogi sanepid (według obowiązujących przepisów dotyczących żywności i żywienia),
 - wydawanie żywności osobom i rodzinom ubogim w tym osobom bezdomnym na postawienia skierowania lub oświadczenia,
 - wydanie żywności organizacjom i instytucjom na podstawie umowy lub porozumienia współpracy,
 - dystrybucję żywności ewidencjonuje w określonej dokumentacji przychodu i rozchodu,
 - integrację środowiska lokalnego na rzecz wspierania osób ubogich z naciskiem na angażowanie wolontariuszy do pracy przy zbiórkach i dystrybucji żywności,
 - akcje np. „Jedzenie zamiast bomb”, „Podziel się posiłkiem”, itp.

4.3.5. Rezultaty usługi:

- zaspokojenie potrzeb żywieniowych osób i rodzin ubogich, w tym bezdomnych,
- zwiększenie ilości środowisk domowych osób ubogich, w tym bezdomnych, do których 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.

4.3.6. 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.

4.3.7. Podmioty realizujące usługę:

- gmina,
- organizacja wyłoniona w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze,
- przewoźnicy (PKP, Metro, itp.),
- inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.

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 pomieszczeniami dostosowanymi 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,
- może być utworzony na czas wydawania żywności zebranej w czasie organizowanych okolicznościowych zbiórek żywności w celu wydania jej osobom lub instytucjom,
- wyposażone w regały, półki, sprzęt dostosowany do rodzaju otrzymywanych i wydawanych produktów żywnościowych,
- placówka dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, bez barier architektonicznych,
- pomieszczenia punktu spełniają przepisów budowlanych.

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.

4.3.10. Dokumentacja usługi:

- regulamin placówki,
- rejestr osób korzystających z usług,
- rejestr darów i zakupionych artykułów spożywczych.

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 placówki zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób (zamiast finansowania zależnego od ilości osób) oraz eksploatacji budynku a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego,
- Europejski Program Pomocy Żywnościowej (PEAD),
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy),
- dofinansowania z budżetu państwa programów dożywiania ubogich i bezdomnych,
- Banki Żywności,
- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (Minister Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda, Marszałek)

Koszty

Bezpośrednie takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp. naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne,
- koszty personelu,
- zakup wyposażenia pomieszczeń,
- zakup lub transport artykułów żywnościowych.

Pośrednie takie jak na przykład:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoż., sanepid, prawo budowlane),
- prace remontowe i adaptacyjne,
- koszty administracyjno – biurowe.

4.3.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.

Monitoring prowadzony 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. Standard punktu wdawania odzieży

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.

4.4.2. Odbiorca usługi:

Osoby ubogie, w tym osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością.

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. Zakres usług:

Opis procedury świadczenia pomocy:

- sprawdzenie kwalifikowalności klienta na podstawie oświadczenia bądź skierowania,
- wydanie odzieży,
- jeśli konieczne: zapewnienie możliwości przebrania się.

4.4.5. Rezultat usługi:

Uzyskanie przez osoby ubogie, w tym bezdomne i zagrożone bezdomnością, odzieży odpowiedniej do panujących warunków atmosferycznych.

4.4.6. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi:

Nie określa się liczby zatrudnionych osób – personel (w tym wolontariusze) powinien zapewnić sprawne funkcjonowanie placówki.

4.4.7. Podmioty realizujące usługę:

- gminy,
- organizacje wyłonione w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- podmioty gospodarcze.

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.

4.4.9. 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.

4.4.10. Dokumentacja usługi:

Minimum prowadzonej dokumentacji

- regulamin placówki,
- rejestr darów,
- rejestr osób korzystających.

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 placówki zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób (zamiast finansowania zależnego od ilości 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 finansowane na poziomie ponadgminnym (Minister Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda, BGK)

Koszty

Bezpośrednie takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne,
- koszty personelu,
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych,
- zakup lub pozyskanie odzieży.

Pośrednie takie jak na przykład :

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami,
- prace remontowe i adaptacyjne.

4.4.12. Monitoring wykonania usługi:

Monitoring prowadzony 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 jadalajni

4.5.1. Definicja usługi:

Jadalnia (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 ilości 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:

- jadalnie przechowują produkty żywnościowe w pomieszczeniach spełniających obowiązujące przepisy (budowlane i przepisy żywienia) oraz zaopatrzone 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 obszaru pomocy społecznej. Są uczestnikami partnerstwa lokalnego w zakresie wspierania osób ubogich, rozwiązywania ich problemów i zaspakajania 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
- dystrybuują posiłki, na podstawie otrzymanego skierowania wydanego przez organizację, jak i osobom bez skierowania 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 przygotowywania posiłków,
- rozszerzenie oferty pomocy osobom ubogim i bezdomnym w zakresie zaspakajania 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 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,
- inne zgodne z potrzebami prowadzącego (kierowca, magazynier).

4.5.7. Podmioty realizujące usługę:

- gmina,

- organizacja wyłoniona w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie,
- 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 umiejscowione są w widocznym miejscu na zewnątrz placówki,
- placówka pozbawiona barier architektonicznych, dostępna jest 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 placówki zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób (zamiast finansowania zależnego od ilości osób) oraz eksploatacji budynku a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego,
- PEAD,
- wkład własny organizacji/instytucji (środki własne, prywatni darczyńcy),
- Banki Żywności,
- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (Minister Pracy i Polityki Społecznej, Wojewoda, Marszałek),

Koszty

Bezpośrednie takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne,
- koszty personelu,
- zakup produktów żywnościowych,
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych,
- zakup środków czystości i koszty transportu.

Pośrednie takie jak na przykład:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoż., sanepid, prawo budowlane),
- prace remontowe i adaptacyjne,

4.5.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi:

Monitoring prowadzony w systemie ciągłym.

Wskaźniki:

- liczba wydanych gorących posiłków,
- liczba osób korzystających z pomocy bezpłatnej lub częściowo płatnej,
- ilość podmiotów współpracujących,
- ilość 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

4.6.1. Definicja usługi:

Łaźnia - placówka pomocy doraźnej umożliwiająca skorzystanie z zabiegów higienicznych (kąpeli), 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 (kąpeli), 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 p/wszawicze, 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 dalszego wykorzystywania,
- 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 wykorzystywania środków higienicznych zdalnych do dalszego używania, zalegających w magazynach, producentów, hurtowni, sklepów 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,
 - przewoźnicy (MPK, PKP, itp.),
 - inne podmioty zainteresowane realizacją usługi.
- 4.6.8. Warunki realizacji usługi:
- placówka gromadzi środki czystości i przeciwszawicze 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 umieszczone są w widocznym miejscu na zewnątrz placówki,
 - w placówce obowiązuje regulamin określający zasady funkcjonowania,
 - placówka może pełnić funkcję punktu informacyjnego,
 - pomieszczenia łaźni spełniają przepisy sanepid/ppoz., bhp, i budowlane,
 - 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 placówki zryczałtowaną kwotą dla określonej liczby osób zamiast finansowania zależnego od ilości osób) oraz eksploatacji budynku a także finansowania personelu merytorycznego i administracyjnego,
- wkład własny organizacji/institucji (środki własne, prywatni darczyńcy),
- prace remontowe i adaptacyjne finansowane na poziomie ponadgminnym (Minister Pracy i Polityki Społecznej Wojewoda).

Koszty

Bezpośrednie takie jak na przykład:

- utrzymanie obiektu: czynsz, podatek, opłaty za zużycie wody, energii elektrycznej, gazu, centralnego ogrzewania itp., naprawy bieżące, koszty eksploatacyjne,
- koszty personelu,
- zakup środków czystości, odwszawiających,
- zakup wyposażenia pomieszczeń użytkowych.

Pośrednie takie jak na przykład:

- wyposażenie obiektu zgodnie z odpowiednimi przepisami (ppoż., sanepid, prawo budowlane),
- prace remontowe i adaptacyjne.

4.6.12. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi.

Monitoring prowadzony 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, itp.),
- 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.

STANDARD PARTNERSTW LOKALNYCH

1. Nazwa/opis/

1.1. Nazwa

Standard partnerstwa lokalnego na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

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 cechuje 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. 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.

3. Inicjowanie

Partnerstwa powstają w oparciu o zasadę „otwartych drzwi”.

3.1. 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 (diagnoza),
- cele, umożliwiające rozwiązanie zdiagnozowanych problemów,

- plan działania (określenie w jaki sposób można rozwiązać problemy).

3.2. Inicjator

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

3.3. 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/instytucje, które mają autorytet, mogą „przyciągnąć” innych uczestników, poza tym wzmacniają wiarygodność podejmowanych inicjatyw.

3.4. 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 pokonania 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.

3.5. 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 wiarygodnym, 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 oni 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.

3.6. 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 massmediów, Mass media mają 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 massmedia mogą udzielić powstającemu partnerstwu patronatu medialnego.

3.7. 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 będzie 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.

3.8. 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.

3.9. Czynniki hamujące tworzenie partnerstwa:

- niewystarczające/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,
- mała motywacja do rozwiązywania problemów,
- niewystarczające zasoby materialne, organizacyjne i ludzkie poszczególnych partnerów,
- próba dominacji partnera, dysponującego większymi zasobami czy możliwościami,
- konflikty pomiędzy partnerami.

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 – tu 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 – tu w szczególności: szpitale, przychodnie, pogotowie ratunkowe, itp.
- Instytucje aktywizacji zawodowej – tu 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 – tu w szczególności: Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywności Zawodowej, Zakłady Pracy Chronionej, Ośrodki Interwencji Kryzysowej, grupy Anonimowych Alkoholików (AA), grupy Anonimowych Narkomanów (AN).
- Instytucje edukacyjne – tu w szczególności: szkoły i inne placówki edukacyjne.
- Instytucje związane z mieszkalnictwem – tu w szczególności: spółdzielnie mieszkaniowe, wspólnoty mieszkańców, wydziały gospodarki komunalnej, działające przy Urzędach Miast.
- Instytucje biznesowe – tu w szczególności: stowarzyszenia przedsiębiorców, związki pracodawców, izby handlowe i sami przedsiębiorcy.
- Służby mundurowe.

Czynniki istotne przy ustalaniu zakresu podmiotowego partnerstwa

- 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 1 Potencjalni członkowie partnerstwa lokalnego z uwzględnieniem ich ról 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
Massmedia	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 zatrudniania i agencje pośrednictwa pracy, kluby pracy.	R	R	R
Inne: partie polityczne, biura poselskie, ZUS, Urząd Skarbowy, Sanepid, związki zawodowe	R	R	R

oprac. własne

Legenda:

K – podmiot kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania partnerstwa w danej płaszczyźnie

R – podmiot rekomendowany do uczestnictwa w partnerstwie i realizacji zadań w danej płaszczyźnie

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 ze specyfiką 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 korzystania z usług publicznych (np. z 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/ułomne prawo związane z partnerstwem publiczno-społecznym, warunki narzucane przez Komisję Europejską).

W przypadku problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością powinny być w szczególności zdiagnozowane:

- 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

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, wychodzącą od ogólnych zasobów i deficytów społeczności lokalnej, aż do czynników społeczno – ekonomicznych, wpływających na funkcjonowanie badanej sytuacji.¹ 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 wg 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 obszaru²

- burza mózgów

jest metodą możliwą do realizacji w mniejszych liczebnie 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.

¹ Więcej o metodzie; „Przez współpracę do sukcesu – Partnerstwo lokalne na rynku pracy Warszawa 2007 rok. Pod redakcją zespołu w składzie: Antoni Sobolewski (redaktor naczelny), Romana Krzewicka, Grażyna Och, Jadwiga Olszowska-Urban, Jarema Piekutowski, Grzegorz Podławiak,

² Więcej o metodzie: www.cal.org.pl

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

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 podmioty 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.

6.1. 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 massmediów – włączanie mediów w inicjatywy sprzyjające zwalczaniu stereotypów społecznych, kształtowanie i promowanie postaw obywatelskich, rzetelne ukazywanie problemów społecznych, itp.,

6.2. 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. zespoły interdyscyplinarne, streetworking),
- 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.).

6.3. 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; pozyskiwanie, remontowanie lokali przy wykorzystaniu różnych możliwości, np. zasoby gminy, mieszkania wynajmowane 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.

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 przyjętej 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 napotykanego 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 zdań, 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/institucji 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 czasie 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 podejmowane przez nie działania. Jej podstawowe cechy to: zwięzłość (lakoniczność) i elastyczność (możliwość zmian).

W misji należy ująć odpowiedzi na poniższe pytania (formułowane w I osobie liczby mnogiej):

- jaki typ grupy tworzymy i gdzie działamy,
- kim jesteśmy,
- komu służymy (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 (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/instytucji (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 (skrót od pierwszych liter):

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 na docelowy jej stan, mający związek z jakością życia mieszkańców, w tym - 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/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:

- 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 ilości osób bezdomnych poprzez budowanie skutecznego systemu wsparcia osób bezdomnych,
- 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.

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 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/animator • Wydatki ponoszone w związku z podjętymi działaniami, pokrywane są 	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawa działania -umowa partnerska/porozumienie • Lider/partner wiodący • Finansowanie działań –zgodnie z umową i obowiązującymi wymogami (w 	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawa działania – statut • Władze partnerstwa – Rada/Zarząd (pomiędzy Walnymi Zgromadzeniami) • Finansowanie działań – zgodne z przyjętym planem działań i obowiązującymi

przez partnerów i ewentualnych sponsorów <ul style="list-style-type: none"> • Sprawdzanie wydatków (wg potrzeb) • Działania prowadzone w oparciu o plan pracy • Decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów 	zależności od źródła finansowania) <ul style="list-style-type: none"> • Wymagane regularne sprawdzanie wydatków • Działania prowadzone w oparciu o plan pracy • Decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów 	wymogami (w zależności od źródła finansowania) <ul style="list-style-type: none"> • Konieczne regularne sprawdzanie wydatków • Działania oparte o przyjętą strategię (co najmniej kilkuletnią) • Wymagane planowanie działań • Decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów
--	--	---

oprac. własne

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 związane umową partnerską - struktura organizacyjna zgodnie z umową partnerską. Miejsce spotkań – siedziba wskazana w umowie partnerskiej.
- Uwaga: wskazane jest organizowanie spotkań u wszystkich partnerów, co umożliwia lepsze wzajemne poznanie się.*

8.1.1. 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. zespoły specjalizujące się w określonych problemach lokalnych, społecznych, analizach, badaniach, projektach.

8.1.1.1. 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.

8.1.1.2. Rada/Zarząd

- wybierana 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. administracja publiczna, organizacje pozarządowe, sektor prywatny).

8.1.1.3. Prezes/Przewodniczący

- wybierany wewnątrz 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.

8.1.1.4. 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.

9. Edukacja i promocja partnerstwa

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

Partnerstwo jest wielopodmiotowym ciałem, które dla sprawnego funkcjonowania wymaga zasobów kapitału ludzkiego (kompetencje) i społecznego (wysokiej jakości relacje społeczne 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 zakresie:

- 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 doształcania, uwzględniający m.in. seminaria, warsztaty, szkolenia (także sposób ich realizacji i finansowania) oraz wieloletni dokument, ustanawiający główne kierunki doształcania.

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

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.

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/środowisk nieprzychylnych takim działaniom jest trudnym, ale zarazem jednym z najważniejszych zadań edukacji, którą partnerstwo powinno podjąć.

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 jest m.in.:

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

Poza wymienionymi wyżej sposobami promocji partnerstwa, najważniejszym sposobem jego promowania jest kultura organizacyjna i przejrzystość oraz efektywność działania.

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.

10.1. Fundusze wewnętrzne:

- składki partnerów (ich wysokość ustalają wszyscy partnerzy),
- dochody wypracowane w ramach partnerstwa, poprzez prowadzone działania,

- wkład rzeczowy,
- praca wolontariuszy,

10.2. Fundusze 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.

Informacja o funduszach dostępna na stronach m.in. www.funduszeuropejskie.gov.pl :

Finansowane partnerstwa występuje w zależności od decyzji podjętej przez partnerstwo. Zaangażowanie poszczególnych partnerów określone jest w umowie z wyznaczeniem zaangażowania finansowego, rzeczowego osobowego oraz odpowiedzialności merytorycznej, administracyjnej czy finansowej. 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.

10.3. Koszty bezpośrednie partnerstwa, po uzyskaniu dofinansowania w ramach różnych projektów, grantów obejmują, m.in. koszty:

- organizacji partnerstwa (organizacja spotkań, zaproszenia, poczęstunek, 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. baza danych o wolnych miejscach, itp.
- szkolenia, wymiany doświadczeń, wyjazdów studyjnych, staży, konferencji, debaty, projekcje pokazy, wystawy, itp.
- działań promocyjnych, - wydanie broszur czasopism prowadzenie strony internetowej, sponsorowane wywiady, itp.
- koszty ewaluacji, monitoringu, audytu
- materiały biurowe w celu realizacji działań, projektów
- koszty innych działań zależnie od celu, misji, ustalonego planu działania, charakteru społeczności lokalnej, wyników badań społeczności lokalnej, itp.

10.4. Koszty pośrednie 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 (obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, sekretariat, obsługa prawna) na potrzeby funkcjonowania partnerstwa
- obsługi księgowej (koszty wynagrodzenia osób księgujących wydatki, w tym koszty zlecenia prowadzenia obsługi księgowej biura rachunkowego);
- utrzymania powierzchni biurowych, jeśli partnerstwo jest w posiadaniu biura (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, sprzątnię pomieszczeń;

- usług pocztowych, telefonicznych, telegraficznych, telexowych, internetowych, kurierskich związanych z obsługą administracyjną: koszty usług powielania dokumentów związanych z obsługą administracyjną;
- materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną;

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 według wewnętrznie przyjętych symboli.

Obowiązek przechowywania różnych dokumentów wynika z odrębnych ustaw (np. ustawa o rachunkowości, ustawa o ochronie danych osobowych) i nakazuje przechowywanie tej 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.

11.1. Zakres inicjowania

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

11.2. 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, delegujące swoich członków 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.

11.3. Zakres edukacji i promocji

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

11.4. Zakres finansowania

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

- Ustawa o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.),
- Ustawa o rachunkowości (Dz. U. z 2009 Nr 152, poz. 1223 z późn. zm.),
- Ustawa o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2010 Nr 113, poz. 759 z późn. zm.),
- Ustawa o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2004 r., Nr 54, poz. 535 z późn. zm.),
- Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2003, Nr 96, poz. 873 z późn. zm.),
- Ustawa prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. z 2001, Nr 79, poz. 855).

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.

11.5. Zakres monitoringu i ewaluacji

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

12. Monitoring partnerstwa³

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, umożliwiające 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.

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.,

³ Na podstawie Europejski Doradca Samorządowy – Portal Internetowy

- 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).

Przykładowe rezultaty i wskaźniki:

12.1.1. Rezultaty i wskaźniki:

- Nawiązanie lub pogłębienie/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 usamodzielnili
 - Liczba osób zagrożonych bezdomnością, które nie utraciły miejsca zamieszkania
- Zwiększenie partycypacji osób bezdomnych w kształtowanie systemu wsparcia
 - Liczba podmiotów reprezentujących osoby bezdomne, wchodzących w skład partnerstwa
 - Liczba konsultacji z udziałem środowiska osób bezdomnych
 - Liczba realizowanych wspólnie z osobami bezdomnymi przedsięwzięć
- Wypromowanie działań partnerskich na rzecz osób wykluczonych, bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
 - Liczba wydarzeń promocyjnych
 - Liczba materiałów promocyjnych

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 musi odpowiadać warunkom, jakie wymaga instytucja przyznająca środki.

13. Ewaluacja partnerstwa ⁴

Partnerstwa opierają się zasadzie stałego ewaluowania wyników swoich działań.

Partnerstwa wykorzystują narzędzia ewaluacji, które pozwalają na sprawdzenie lub sprawdzanie czy w wyniku podejmowanych działań uzyskano spodziewane rezultaty oraz czy rezultaty przełożyły się na realizację celów. Ewaluacja jest zatem niezbędnym narzędziem w zakresie

⁴ j.w.

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, wykorzystaniu użytych 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, która przedstawi najważniejsze wnioski wynikające 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/institucji. 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 (służą pozyskaniu informacji dotyczących różnych aspektów działalności partnerstwa), opracowanie i wypełnienie kwestionariuszy (zadawanie standardowych, jasno sformułowanych pytań, sformułowanych w postaci kwestionariusza), dokonywanie obserwacji (planowe, selektywne rejestrowanie różnych aspektów funkcjonowania partnerstwa).

Materiał merytoryczny opracowali:

Barbara Bitner, Wiesława Janiszewska, Dominik Kwiatkowski, Marcin Kowalewski, Grażyna Leśniak, Maria Pokój, Sebastian Wiśniewski, Alicja Zajac.

Ponadto w ramach konsultacji materiał współtworzyli:

Rafał Jaworski (ekspert zewnętrzny), Maria Pawlak (ekspert zewnętrzny), Andrzej Zybala (ekspert zewnętrzny).

STANDARDY ZATRUDNIENIA I EDUKACJI

Wprowadzenie

Opracowanie przedstawia różnorodność form i sposobów wprowadzenia osoby bezdomnej z powrotem na rynek pracy. Jest skondensowaniem rozproszonej wiedzy, pozwalającej specjalistom od pracy z osobami bezdomnymi na skonstruowanie indywidualnego planu umożliwiającego wyjście z bezdomności.

Liczne usługi 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. Zaprezentowane usługi traktować należy, jako paletę różnych możliwości, które według indywidualnych potrzeb, barier i deficytów odpowiednio dobierane mogą doprowadzić osobę bezdomną do samodzielności i szansy korzystania z praw przysługujących każdemu człowiekowi i obywatelowi.

Standardy usług w zakresie zatrudnienia i edukacji składają się z następujących obszarów:

- Obszar usług: „Aktywizacja społeczna – pierwszy krok w procesie wychodzenia z bezdomności”.
- Obszar usług: „Aktywizacja zawodowa – drugi krok w procesie wychodzenia z bezdomności”.
- Obszar usług: „Edukacja Zawodowa i Ogólnorozwojowa”.
- Obszar usług: „Zatrudnienie wspierane”

1. OBSZAR USŁUG: „AKTYWIZACJA SPOŁECZNA”

1.1. Nazwa/opis/definicja usług:

Aktywizacja społeczna – wszystkie formy oddziaływania na postawę osoby bezdomnej zmierzające do zwiększenia jej aktywności w celu podniesienia zdolności do wykonywania ról społecznych i zintegrowania ze społeczeństwem¹, przy wsparciu inicjowanym lub stymulowanym przez pracownika socjalnego i innych specjalistów pracujących z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością. Działania w ramach usług aktywizacji społecznej powinny być wyprzedzające w stosunku do zawieranego kontraktu socjalnego lub jego specyficznej odmiany - „Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności”.

1.2. Odbiorcy usług:

Adresatami usług w zakresie aktywizacji społecznej 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. 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 zakresie „aktywizacji społecznej” jest obowiązkowa, występuje zarówno w dokumentacji regulaminowej placówki jak i w programach zajęć.

Deklaracja osób bezdomnych o skorzystaniu z pakietu działań usług „Aktywizacja społeczna” 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:

- (a) okresowej chęci współdziałania ze streetworkerem, pracownikiem socjalnym lub innym pracownikiem instytucji pomocy i integracji społecznej, weryfikowanej po 6 miesiącach,
- (b) decyzji ostatecznej, potwierdzonej pisemnie.

¹ Słownik terminów wykorzystywanych przez Grupę Roboczą ds. Zatrudnienia przy FEANTSA

1.3. Cel usług:

Celem usług w obszarze 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 (programy socjalne, kontrakt socjalny, indywidualny program zatrudnienia socjalnego itd.) oraz instrumentów instytucjonalnych (uczestnictwa w zajęciach różnych instytucji podmiotów), umożliwiających danej osobie powrót do pełnienia podstawowych ról społecznych, rodzinnych i obywatelskich. 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 obowiązujących w społeczeństwie, kultury współżycia, wzajemnego szacunku,
- 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.

1.4. Zakres usług:

Zakres merytoryczny usług „aktywizacja społeczna” 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.

1.4.1. **Autodiagnoza kondycji życiowej i społecznej** to 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).

1.4.2. **Grupy wsparcia** tworzone są 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.

1.4.3. **Praca socjoterapeutyczna** zmierza do stosowania 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.

1.4.4. **Praca na rzecz placówki /domu/ wspólnoty czyli „quasi wolontariat”** to forma aktywizacji społecznej nie ujęta 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” nie przekraczającym 6 godzin/dzień.

1.4.5. **Trening ekonomiczny** – konieczny element usług „aktywizacja społeczna” polegający na treningach warsztatowych indywidualnych i grupowych. To nauka racjonalnego zarządzania własnymi środkami pieniężnymi w przyszłości, jak i nauka racjonalności gospodarowania środkami w placówce. To nauka „własnego budżetu”.

1.4.6. **Warsztaty i zajęcia „aktywizacji społecznej”** – to 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 - mogą obejmować bardzo zróżnicowany obszar tematyczny (m.in. od wędkarstwa, modelarstwa, zbierania grzybów, poprzez informatykę, jazdę na rowerze, gry, fotografię, film, teatr, po uprawianie sportu różnego rodzaju).

1.4.7. **Stymulacja inicjatywności społecznej** – jej zastosowanie ma na celu praktyczne wzbudzenie „zahamowanego indywidualnego społecznego potencjału” osób bezdomnych, który jako niezwykle obiecujący, bo zawierający element „dawania czegoś od siebie innym” wymaga stworzenia odpowiednich warunków np.: możliwość rozwoju zainteresowań hobbystycznych. Wskazane jest włączanie osób bezdomnych do tworzenia indywidualnych i zespołowych „mini” projektów. Wachlarz możliwości jest bardzo bogaty: może to być założenie akwarium, wzajemne korepetycje i warsztaty, pomoc w streetworkingu, organizacja wieczorów filmowych, muzycznych, napraw lub modernizacja urządzeń czy sprzętu, opieka nad chorymi, pomoc sąsiadom, rozgrywki sportowe itp. Wskazana jest w tym zakresie współpraca z placówkami kulturalnymi, klubami, ośrodkami społecznymi i organizacjami pozarządowymi.

1.5. Rezultat usług:

Rezultaty usług „Aktywizacja społeczna” wyrażają się w:

- przyswojeniu, odtworzeniu zasad przestrzegania podstawowych norm społecznych,
- świadomości odpowiedzialności za swoje życie, obowiązków i praw,
- opracowaniu autodiagnozy i Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności,
- poprawą relacji interpersonalnych i kultury osobistej,
- zbudowaniem partnerskich zasad regulujących pracę pracownika socjalnego, psychologa, doradcy zawodowego i innych specjalistów z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością.

Usługi aktywizacji społecznej stanowią doskonały, pierwszy krok do rozwoju umiejętności zawodowych osób bezdomnych, mogą z czasem prowadzić do przekształcenia się w bardziej złożone formy aktywizacji zawodowej, jak np. warsztat, ekipa robocza czy przedsiębiorstwo społeczne. Mogą stanowić również doskonałe źródło informacji o osobach bezdomnych oraz dawać ważne wskazówki, co do przyszłych preferencji zawodowych osoby, umożliwiającymi zaplanowanie ścieżki jej rozwoju zawodowego.

1.6. Miejsce umocowania usług:

Miejsce wykonywania usług „Aktywizacja społeczna” zależy od konkretnej sytuacji osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością korzystającej ze wsparcia i pomocy w określonym środowisku lokalnym.

1.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usług:

Pracownik socjalny jest koordynatorem działań skierowanych w stronę osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością oraz działań jej samej w procesie korzystania i aktywnego udziału w pakiecie działań „Aktywizacja społeczna”. Pracownik socjalny włącza w te działania innych specjalistów: 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.

1.8. Podmioty realizujące usługi:

Obszar „aktywizacja społeczna” wykonują:

- 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 działające w środowisku lokalnym czy też osoby fizyczne – ludzie tzw. dobrej woli.

1.9. Warunki realizacji usług:

Obszar jest ściśle połączony i realizowany z pracą socjalną i aktywizacją zawodową, zwłaszcza w pierwszych trzech miesiącach zamieszkania w placówce. Organizator obszaru jest zobowiązany zapewnić pracownikowi socjalnemu i psychologowi, doradcy zawodowemu konsultacje superwizora. Dla obu stron, to znaczy specjalistów i osób bezdomnych pomoc i wsparcie ze strony ludzi dobrej woli i zadeklarowanych wolontariuszy, którzy bezinteresownie ich wspierają, jest bezcenna. Pozyskanie i zaangażowanie wolontariuszy w liczbie odpowiedniej do liczby mieszkańców placówki dla osób bezdomnych zwiększy efektywność obszaru „Aktywizacja społeczna” i całego procesu wychodzenia z bezdomności.

1.10. Współpraca przy realizacji usług:

Realizatorzy obszaru prowadzą jak najszerszą współpracę z władzami samorządowymi, instytucjami i ośrodkami aktywności społecznej danego środowiska lokalnego, a przede wszystkim instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy, podmiotami zatrudnienia socjalnego, ekonomii społecznej, instytucjami kulturalnymi, edukacyjnymi, klubami hobbyistycznymi, sportowymi itp. Szeroka współpraca zmienia stereotypowe postrzeganie osób bezdomnych i wzbogaca IPWzB.

1.11. Dokumentacja usług:

Dokumentacja „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.

1.12. Koszty i finansowanie

Na koszty usług „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 i streetworkera,
 - koszt zamieszkania, wyżywienia i zaspokojenia podstawowych potrzeb egzystencjalnych mieszkańca (środki higieniczne, kosmetyczne, lekarstwa, odzież, obuwie etc.),

1.13. Monitoring i ewaluacja usług

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 „Aktywizacją społeczną”. Po drugie, zebrane w trakcie badania informacje pozwalają lepiej zaprogramować proces interwencji do potrzeb i możliwości danej osoby. Realizacja ewaluacji on-going jest szczególnie wskazana w przypadku długotrwałych (półrocznych lub więcej) interwencji. Umożliwia ona bieżącą ocenę efektów podjętych działań oraz wprowadzanie koniecznych modyfikacji. Wraz z zakończeniem etapu „aktywizacja społeczna” 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, zawiązanych na nowo kontaktów rodzinnych itp. Ewaluację końcową przeprowadza się z punktu widzenia celów prowadzonych działań. Jeśli na przykład celem usługi jest przełamanie izolacji społecznej osoby bezdomnej, wówczas ewaluacji podlega fakt, że 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.

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

2. OBSZAR USŁUG: „AKTYWIZACJA ZAWODOWA”

2.1. Nazwa/opis/definicja usług:

„Aktywizacja zawodowa” – polega na przygotowaniu osoby zagrożonej bezdomnością i bezdomnej 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.²

2.2. Odbiorcy usług:

Odbiorcami są osoby zagrożone bezdomnością i bezdomne, które spełniają niżej podane kryteria:

- realizacja usługi „Aktywizacji społecznej”, potwierdzonego przez pracownika socjalnego – wywiązujących się ze swoich ról społecznych, przestrzegają norm, dla których uzyskanie zatrudnienia jest kluczem rozwiązującym ich problemy,
- zakończenie etapu leczenia - terapii uzależnień (dotyczy osób uzależnionych)³,
- mają 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 socjalnego⁴,
- podjęcia przy wsparciu ze strony doradcy zawodowego pracy na przygotowaniu Indywidualnego Planu Działania⁵ i części dot. rozwoju zawodowego w IPWzB⁶.

2.3. Cel usług:

Celem jest wyposażenie osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością w wiedzę i umiejętności niezbędne do odnalezienia i poruszania się na rynku pracy, korzystania ze wsparcia instytucji rynku pracy oraz instytucji reintegracji społecznej i zawodowej (centra i kluby integracji społecznej, spółdzielnie socjalne) w zakresie podjęcia zatrudnienia subsydiowanego oraz budowania własnych planów rozwoju zawodowego i zatrudnienia.

Obszar obejmuje również znajomość:

- 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,
- autoprezentacji wobec przyszłych pracodawców oraz umiejętności interpersonalne, w tym utrzymywanie pozytywnych relacji z pracodawcami i współpracownikami,
- potrzeb rynku pracy,
- umiejętność samooceny i diagnozy własnej kondycji zawodowej oraz planowania dalszego rozwoju zawodowego.

2.4. Zakres usług:

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

² Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415 z póź. zm.)

³ Opisana w standardzie Zdrowia

⁴ Standard pracy socjalnej cz. III

⁵ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415 z póź. zm.)

⁶ Standard pracy socjalnej cz. IV

- przygotowanie z pomocą doradcy zawodowego „Indywidualnego Planu Działania” i części dot. rozwoju zawodowego „Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności”, „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,
- indywidualnej współpracy z trenerem pracy,
- skierowania do jednego z programów rynku pracy organizowanych na terenie gminy np. do prac społecznie użytecznych lub robót publicznych.

Uzyskanie statusu osoby bezrobotnej, bądź poszukującej pracy w znacznym stopniu warunkuje skorzystanie z usługi „Aktywizacja zawodowa” świadczonej przez Urzędy Pracy i jego agendy bądź realizowanej przez specjalistyczne podmioty na zlecenie Urzędu. 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. Uzyskanie statusu osoby bezrobotnej nie jest konieczne w przypadku osób biernych zawodowo mogących korzystać ze wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej, finansowanej w ramach projektów aktywizacyjnych dla tej grupy ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

2.4.1. **Poradnictwo zawodowe** który polega 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,

2.4.2. **Indywidualny Plan Działania (IPD)** – to 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. Należy zawsze uzyskać akceptację danej osoby dla planowanych działań, upewnić się, czy dobrze rozumie, co ma wykonać na poszczególnych etapach i w jaki sposób dany krok wiąże się bezpośrednio i pośrednio z podjęciem przez nią pracy. Ważne jest, by doradca i trener pracy towarzyszyli osobie w starannej realizacji poszczególnych działań zapisanych w IPD.

2.4.3. **Pośrednictwo pracy** - to 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.

2.4.4. **Klub Pracy** - to 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 Społecznej⁷ oraz warsztaty aktywizacji zawodowej oparte na metodologii Klubu Pracy.

2.4.5. **Trener Pracy** - to 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.

2.4.6. **Prace społecznie użyteczne** - to element uznaniowy (indywidualny), możliwy do zastosowania przy współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej (gminą). Celem tej formy pomocy jest przede wszystkim aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych zagrożonych bezdomnością i bezdomnych osób bezrobotnych, korzystających ze wsparcia pomocy społecznej (np. pobierających zasiłki okresowe), które dzięki temu mogą uzyskać dodatkowe środki finansowe. W przypadku odmowy przyjęcia propozycji prac społecznie użytecznych stworzone zostały prawne możliwości sankcji polegających na wykreśleniu z rejestru osób bezrobotnych oraz ograniczeniu bądź cofnięciu uprawnień do świadczeń z pomocy społecznej.

2.5. Rezultat usług:

Na rezultaty składają się:

- uzyskanie prawa do świadczeń i usług szkoleniowych oraz zatrudnienia socjalnego i wspieranego,
- zdobycie wiedzy o własnych potencjalach 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.

2.6. Miejsce umocowanie usług:

Miejsce wykonywania usług działań „Aktywizacja zawodowa” zależy od konkretnej sytuacji osoby zagrożonej bezdomnością i osoby bezdomnej korzystającej ze wsparcia.

2.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usługi

Kwalifikacje specjalistów prowadzących i uczestniczących w procesie aktywizacji zawodowej osób bezdomnych:

- doradca zawodowy – wykształcenie wyższe kierunkowe, przeszkolenie w zakresie metod i technik pracy z osobą bezdomną,
- pośrednik pracy – wykształcenie wyższe kierunkowe lub średnie i egzamin, doświadczenie, znajomość lokalnego rynku pracy,
- 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,

⁷ Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z dn. 13 czerwca 2003 r. (Dz. U. z 2003 r., Nr 122, poz. 1143 z późn. zm.)

- koordynator i realizatorzy projektów finansowanych ze środków EFS i innych funduszy – kwalifikacje zawodowe.

Ponadto w/w 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.

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.

2.9. Warunki realizacji usług:

Działania w obszarze powinny być stosowane co najmniej przez okres 3-6 miesięcy, przy czym w przypadku realizacji IPDS wymóg ustawowy wskazuje na okres 6-12 miesięcy. W przypadku pozostałych elementów usługi czas jej wykonywania jest zindywidualizowany.

2.10. Współpraca przy realizacji usług:

Realizacja działań w obszarze wymaga ścisłej współpracy Urzędu Pracy z Ośrodkiem Pomocy Społecznej, placówką dla osób bezdomnych, agencjami zatrudnienia, centrami aktywizacji zawodowej, klubami pracy, klubami integracji społecznej, centrami integracji społecznej i ośrodkami szkoleniowymi. Koordynatorem działań w zakresie aktywizacji zawodowej osoby bezdomnej czy zagrożonej bezdomnością jest doradca zawodowy. Współpraca winna być objęta porozumieniem zawierającym przez Urząd Pracy z OPS czy placówkę dla osób bezdomnych określającym warunki współpracy, w tym: zapewnione formy aktywizacji zawodowej i szkolenia, harmonogram roczny wspólnych działań i ich ewaluacje.

2.11. Dokumentacja usług:

Dokumentacja obejmuje:

- kontrakt socjalny,
- Indywidualny Plan Działania i Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności, a także Indywidualny Program Zatrudnienia Socjalnego,
- indywidualną kartę 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.

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, a 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 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.

Kontakty indywidualne doradców z bezrobotną osobą bezdomną wymagają odpowiednich warunków w postaci pomieszczenia umożliwiającego swobodną i poufną rozmowę. Psycholog, doradca, trener pracy powinien być wyposażony w narzędzia: karty rejestracji, kwestionariusze, testy, komputer, telefon. Do zajęć grupowych niezbędne jest pomieszczenie dla grupy od 8 do 16 osób wyposażone w sprzęt multimedialny, kserokopiarkę, tablicę flipchart, podręczniki dla uczestników, prasę, telefon. Jeżeli uczestnikami zajęć aktywizacyjnych są matki nieletnich dzieci, należy na czas zajęć zapewnić dzieciom opiekę. Lokale, w których prowadzone są zajęcia, muszą być dostępne dla osób niepełnosprawnych.

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 usług „Aktywizacja społeczna” są tożsame z zasadami ewaluacji usług „Aktywizacja zawodowa”.

2.14. Wskaźniki w procesie monitorowania

- Ilość 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 Kluby 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 ilość 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. spółdzielnie socjalne, przedsiębiorstwa ekonomii społecznej, ZAZ)
- 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

3. OBSZAR USŁUG „EDUKACJA ZAWODOWA I OGÓLNO-ROZWOJOWA”

3.1. Nazwa/opis/definicja usług:

Na obszar składa się:

- edukacja formalna czyli zdobywanie wiedzy, wykształcenia opartego na powszechnym systemie edukacji oraz kształcenie uzupełniające w formie kursów dokształcania⁸,
- edukacja nieformalna czyli kształcenie samodzielne w celu uzyskania wiedzy lub doskonalenia umiejętności⁹, przy wsparciu merytorycznym specjalistów i wykorzystaniu nowych technologii, szczególnie internetu,
- edukacja zawodowa czyli kształcenie przedzawodowe, właściwe kształcenie zawodowe i wszelkie formy dokształcania i doskonalenia zawodowego¹⁰.

3.2. Odbiorcy usług - grupa docelowa

Odbiorcami działań są wszystkie osoby zagrożone bezdomnością i bezdomne, realizujące jedną z form kontraktu socjalnego – IPWzB, IPZS itp.¹¹.

3.3. Cel usług:

Celem jest stworzenie osobie bezdomnej warunków do zdobycia nowych kompetencji poznawczych i zawodowych, umożliwiających uzyskanie stabilnego zatrudnienia, rozwój zawodowy, zbudowania na nowo własnego środowiska społecznego, poprawę jakości życia, rozwój osobisty.

3.4. Zakres usług:

Obszar usług jest traktowany na równi z zakresem obszaru „Aktywizacji społecznej” i „Aktywizacji zawodowej”. Obszary te mogą być równocześnie realizowane, jeśli osoba jest w stanie podjąć skumulowanym obowiązkiem.

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:

3.4.1. **Naukę** w systemie wieczorowym bądź zaocznym w szkołach różnych szczebli: gimnazjum, szkoła średnia, studia policealne, studia wyższe,

3.4.2. **Warsztaty edukacyjne** – to element usługi „edukacyjnej” prowadzony indywidualnie lub grupowo. Na ten element składają się warsztaty, pogadanki i konsultacje o różnorodnych tematach.

3.4.3. **Staż w miejscu pracy**¹² - 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.

3.4.4. **Przygotowanie zawodowe dorosłych**¹³ - to element korzystny z uwagi na połączenie edukacji i pracy. Ten element daje korzyść w postaci końcowego egzaminu – potwierdzenie zawodowych umiejętności.

⁸ Słownik pedagogiczny PWN

⁹ Główny Urząd Statystyczny – badanie Pt. Edukacja Dorosłych.

¹⁰ Nowacki T., Leksykon pedagogiki pracy, 2004

¹¹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie warunków i trybu dokonywania refundacji szkolenia osób niepełnosprawnych z dnia 22 stycznia 2008 roku (Dz. U. 2008 nr 18 poz. 116)

¹² Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160);

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu przyznawania zasiłku dla bezrobotnych, stypendium i dodatku aktywizacyjnego (Dz. U. z 2009 r. Nr 136, poz. 1118)

3.4.5. **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.

Staże i przygotowanie zawodowe są zaawansowaną formą treningu i edukacji zawodowej. Stąd ich uczestnicy powinni być odpowiednio przygotowani do wypełniania zadań pracowniczych, jak i posiadać umiejętności społeczne, umożliwiające podjęcie pracy u zewnętrznego pracodawcy. Staże, niestety, są narzędziem dość rzadko stosowanym przez instytucje i organizacje integracji społecznej. Wydaje się, że większość organizacji z jednej strony boi się podjąć ryzyko i wzięcia odpowiedzialności za osobę bezdomną kierowaną do zewnętrznego pracodawcy, z drugiej strony nie posiada doświadczenia w znajdowaniu i utrzymywaniu kontaktów z pracodawcami. Tymczasem staże umożliwiają rzeczywistą pracę na otwartym, choć wciąż przyjaznym rynku pracy, zapewniając pewien margines tolerancji i zrozumienia dla problemów osób bezdomnych. Staże posiadają też potencjał odpowiadania na indywidualne potrzeby osób bezdomnych. Należy pamiętać, że staż nie jest celem samym w sobie, jest tylko elementem procesu reintegracji i nawet, jeśli stanowi on przepustkę do zatrudnienia, wymaga objęcia dalszym wsparciem uczestników po zakończeniu jego realizacji.

3.4.6. **Zatrudnienie socjalne** – realizowane w ramach Centrów Integracji Społecznej¹⁴. Uczestnictwo w programie zatrudnienia socjalnego dla wielu ludzi bezdomnych jest doskonałą możliwością kompleksowego podnoszenia umiejętności i kwalifikacji zawodowych a także kompetencji społecznych. Zajęcia CIS, wyjście z placówki, poza środowisko osób bezdomnych, jest ważnym czynnikiem podnoszącym efektywność działań reintegracyjnych. Zatrudnienie socjalne w przypadku osób bezdomnych, pod warunkiem uruchomienia indywidualnego wsparcia i współpracy różnych podmiotów, może okazać się fenomenalnym rozwiązaniem umożliwiającym w przyszłości tej grupie znalezienie i utrzymanie zatrudnienia. Forma ta skierowana jest najczęściej do osób, które są jeszcze nieprzygotowane do pracy w „normalnym”, wolnorynkowym środowisku. Stąd oferta ta, tworząca przyjazne środowisko pracy i stopniująca wymagania, rokuje zapewnienie odpowiednich kompetencji, umożliwiających wejście na ten rynek. Działalność CIS stanowić może doskonałą alternatywę dla oferty urzędów pracy czy projektów realizowanych przez organizacje i instytucje pomocy społecznej lub rynku pracy. 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).

3.5. Rezultat usług:

Ogólnym rezultatem usług „edukacja zawodowa i ogólny rozwój” 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.

3.6. Miejsce umocowania obszaru:

Miejsce wykonywania usług zależy od konkretnej sytuacji osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością korzystającej ze wsparcia i pomocy i przebywającej w danym środowisku.

3.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usług:

Koordynacja 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

¹³ Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych z dnia 7 kwietnia 2009r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 61, poz. 502, z późn. zm.)

¹⁴ Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z dn. 13 czerwca 2003 r. (Dz. U. z 2003 r., Nr 122, poz. 1143 z późn. zm.)

pracownik socjalny, doradca zawodowy, którzy posiadają wykształcenie wyższe kierunkowe i doświadczenie zawodowe w pracy z osobami bezdomnymi. Ponadto posiadają wiedzę nt. funkcjonowania instytucji kształcenia ustawicznego, instrumentów rynku pracy, firm szkoleniowych i projektów finansowanych ze środków EFS.

3.8. Podmioty realizujące usługi:

- placówki dla osób bezdomnych,
- 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.

3.9. Warunki realizacji usług:

Obszar będzie realizowany 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 dysponują 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,

3.10. Współpraca przy realizacji usług:

Realizacja obszaru wymaga szczególnie dobrej współpracy na poziomie gminy wszystkich zainteresowanych podmiotów:

- instytucje kształcenia ustawicznego,
- urzędy pracy,
- firmy szkoleniowe,
- programy e-learningowe,
- placówki dla osób bezdomnych,
- ośrodki pomocy społecznej,
- organizacje pozarządowe.

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,
- powierzenie zadania koordynacji działań w zakresie obszaru na poziomie gminy,
- prowadzenia gminnego informatorium o możliwościach kształcenia się i zdobywania nowych kwalifikacji i umiejętności.

3.11. Dokumentacja usług:

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.

3.12. Koszty i finansowanie usług:

W ramach organizacji i realizacji obszaru należy uwzględnić między innymi takie koszty jak:

- koszty bezpośrednie
 - wynagrodzenia dla instruktora, trenera pracy, opiekuna,
 - materiałów niezbędnych do prowadzenia szkolenia zawodowego,
 - stypendiów, ubezpieczenia, badań zdrowotnych i szkoleń uczestników,
- koszty pośrednie:
 - urządzenia pomieszczeń i wyposażenie 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, a także środki finansowe EFS, a także środków własnych organizacji prowadzącej placówkę dla osób bezdomnych.

3.13. Monitoring i ewaluacja usług:

Wskaźniki monitoringu i ewaluacji:

- ocena jakości szkoleń / kursów,
- częstotliwość kursów / szkoleń,
- subiektywna satysfakcja beneficjentów,
- poziom nabytych umiejętności,
- wzrost formalny poziomu wykształcenia,
- realizacja indywidualnych planów kształcenia,
- realizacja Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności,
- wykorzystanie nabytych umiejętności w praktyce.

3.14. Wskaźniki w procesie monitorowania

- Liczba osób bezdomnych która ukończyła edukację formalną
- Liczba osób bezdomnych, która rozpoczęła szkolenia zawodowe
- Liczba osób bezdomnych, która ukończyła szkolenia zawodowe
- Liczba osób bezdomnych biorących udział w stażach w miejscu pracy
- Liczba osób bezdomnych biorących udział przygotowaniu zawodowym dorosłych

4. OBSZAR USŁUG „ZATRUDNIENIE WSPIERANE”

4.1. Nazwa/opis/definicja usług:

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.

4.2. Odbiorca usług:

Odbiorcami usług mogą być osoby zagrożone bezdomnością i bezdomne, posiadające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.

4.3. Cel usług:

Celem zasadniczym usług jest skierowanie bezrobotnej osoby bezdomnej bądź zagrożonej bezdomnością 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.

4.4. Zakres usług:

- 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, organizowane 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. organizacja pozarządowa prowadząca działalność gospodarczą czy Zakład Aktywności Zawodowej.

Głównym dysponentem środków finansowych i instrumentów zatrudnienia wspieranego jest Starosta Powiatu¹⁵ i PFRON¹⁶, z upoważnienia których działają Powiatowe Urzędy Pracy i samorządy

¹⁵ Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.)

województw. Środki EFS w istotnym stopniu umożliwiają finansowanie różnych form zatrudnienia wspieranego i łączenia ich z różnymi innymi usługami.

4.5. Rezultat usług:

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 swojej 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 m-cy. 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 reguluje Kodeks pracy oraz wola pracownika i pracodawcy.

4.6. Miejsce umocowanie usług:

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.

4.7. Kompetencje – kwalifikacje realizatora usług:

Realizator usługi „Zatrudnienia wspieranego” spełnia wymogi przewidziane dla pracodawców w odrębnych przepisach prawa. Do realizacji tej usługi zatrudnia instruktorów zawodu, a także trenerów pracy i doradców zawodu.

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.

4.9. Warunki realizacji usług:

Warunki realizacji usługi „zatrudnienia wspieranego” wynikają z przepisów prawa, a także współpracy z powiatowymi urzędami pracy (skierowania do pracy).

Ludzie bezdomni mogą korzystać ze wszystkich wymienionych form zatrudnienia wspieranego pod warunkiem, że spełniają określone kryteria. W praktyce większość osób bezdomnych, czy to ze względu na własną niepełnosprawność czy bezrobocie, bez większych problemów może korzystać z istniejącego wsparcia. Zatrudnienie wspierane, realizowane w formie stosunku pracy, to w gruncie rzeczy jedna z najbardziej zaawansowanych form reintegracji zawodowej, stwarzająca największe, realne szanse na utrzymanie przez osoby bezdomne zatrudnienia. Narzędzie to nie powinno być jednak stosowane w przypadku osób bezdomnych spełniających kryteria, ale do tego nieprzygotowanych. W innym wypadku nie tylko może to wywołać opór pracodawców przed przyjmowaniem do swoich zakładów dalszych osób bezdomnych, jak i zablokować przed dalszą aktywizacją zawodową same osoby bezdomne, przed którymi postawiono zbyt wygórowane wymagania.

¹⁶ Ustawa, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.)

Istotę ekonomii społecznej stanowi tworzenie przyjaznych miejsc pracy, które uwzględniają zmultiplikowane potrzeby osób bezdomnych. Tym samym oferta przedsiębiorstw społecznych może wypełnić niszę i lukę w obszarze skutecznej i efektywnej reintegracji zawodowej osób, które mają „długi dystans do rynku pracy”. Przedsiębiorstwa społeczne mogą mieć kapitalny wpływ na generowanie poczucia partycypacji, odpowiedzialności za własną pracę oraz współtworzenia wspólnoty. To właśnie tutaj ludzie bezdomni sukcesywnie mogą zwiększać swoje kwalifikacje zawodowe i powoli odbudowywać aktywność społeczną i zawodową. Przedsiębiorstwa społeczne mogą być doskonałym miejscem wspierającym i podtrzymującym motywację do zmian, zaspokajającym potrzeby przynależności i samorealizacji, gwarantującym poczucie bezpieczeństwa, w którego przestrzeni w kalkulowany jest margines pomyłek. Doświadczenie funkcjonowania przedsiębiorstw społecznych zrzeszających lub kierujących swoje usługi do osób bezdomnych pokazują, że ekonomia społeczna może być skutecznym i kluczowym narzędziem odzyskiwania samodzielności życiowej, nie tylko w sferze zawodowej.

4.10. Współpraca przy realizacji usług:

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, ZAZ, spółdzielnie socjalne i inne przedsiębiorstwa ekonomii społecznej, Powiatowymi Urzędami Pracy, pracodawcami, urzędami wojewodów, wojewódzkimi urzędami pracy, PFRON, organizacjami i związkami branżowymi.

4.11. Dokumentacja usług:

Katalog podstawowej dokumentacji obejmuje:

- 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,
- skierowania 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 i ZAZ,
- sprawozdania zawierające ocenę efektywności zatrudnienia wspieranego.

Dokumentację prowadzą odpowiednio instytucje odpowiedzialne za poszczególne zadania. Natomiast wszystkie działania skierowane do osoby bezdomnej i podejmowane przez tę osobę powinny być odnotowywane w dokumentacji pracownika socjalnego prowadzącego kontrakt socjalny z osobą bezdomną.

4.12. Koszty i finansowanie

Na koszty usługi zatrudnienia wspieranego składają się:

- koszty bezpośrednie:
 - wynagrodzenie pracownika socjalnego, doradcy zawodowego lub trenera pracy oraz osoby sprawującego funkcję opiekuna i organizatora pracy współpracującego z bezrobotną osobą bezdomną i niepełnosprawną,
 - koszt utworzenia, wyposażenia, 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 i reintegracji w CIS,
 - koszt szkoleń i systemu wsparcia w miejscu pracy,

- koszt innych instrumentów socjalnych i 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.

Na standard optymalny zastosowania zatrudnienia wspieranego wobec osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością składa się:

- świadoma decyzja osoby bezdomnej o podjęciu zatrudnienia w formie wspieranej i w określonej instytucji,
- perspektywa zatrudnienia stałego w instytucji realizującej zatrudnienie wspierane lub w innej zainteresowanej i deklarującej zatrudnienie danej osoby,
- połączenie zatrudnienia wspieranego z innymi usługami socjalnymi, zdrowotnymi, psychologicznymi, kształceniem ustawicznym, aktywnością społeczną, kulturalną, sportową, turystyczną etc.
- prowadzenie ewaluacji postępów w nabywaniu kwalifikacji i umiejętności zawodowych,
- prowadzenie rzetelnej dokumentacji zatrudnienia wspieranego.

4.13. Monitoring i ewaluacja usług polega na:

- analizie i ocenie 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,
- analizie i ocenie realizacji umów dotyczących organizacji zatrudnienia wspieranego zawartych między UP a organizatorami zatrudnienia wspieranego,
- realizacja Indywidualnych Planów Działania i Indywidualnych Programów Wychodzenia z Bezdomności w powiązaniu z zatrudnieniem wspieranym,
- ocena funkcjonowania i efektywności CIS, ZAZ i innych programów i podmiotów ekonomii społecznej w zakresie zatrudnienia osób bezdomnych i osób zagrożonych bezdomnością na otwartym rynku pracy.

STANDARD ZDROWIA

1. Standard w obszarze potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

1.1. Nazwa/opis/definicja usługi

Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jak wynika z Konstytucji RP, 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 między innymi wynika ograniczony (czasowo) charakter dziewięćdziesięciodniowego potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jak wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. 2009 Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.), art. 17 ust. 1 pkt. 20, 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 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) składki 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 związku z art. 66 ust. 1 pkt. 29 i 30 tejże ustawy.

Zgodnie z art. 49 ust. 8 z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. 2009 Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.), 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: ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 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 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. 2009 Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.), obowiązkowym zadaniem własnym gminy jest także przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom nie mającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (obecnie: ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.). Zasiłek ten przewidziany jest w art. 39 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej.

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 (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) oraz przepisy wykonawcze do tejże ustawy a także rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dn. 26 listopada 2004 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz. U. z 2004 r., 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.

1.2. Odbiorca usługi

Osoba bezdomna, nieubezpieczona bez prawa do ubezpieczenia z Powiatowego Urzędu Pracy.

1.3. Cele usługi

Głównym celem usługi jest uzyskanie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez osobę bezdomną i traktowanie na równi z każdym mieszkańcem RP, podczas wizyt u lekarza czy porad 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 w/w zasiłku celowego;
- poprawa stanu zdrowia – poprzez umożliwienie skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z przywołanymi wyżej aktami prawnymi.

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 w/w usługą.

Bezwzględnie rekomenduje się by w placówkach służby zdrowia zatrudniani byli pracownicy socjalni (w zależności od wielkości szpitala – wojewódzki, powiatowy, miejski - minimum 1 etat pracownika socjalnego, jednak przy dużych szpitalach przyjmujących dużą liczbę osób bezdomnych zwiększenie ilości etatów).

Formalna procedura powinna zostać wdrażana niezwłocznie. Rekomenduje się również, by pracownik szpitala w momencie przyjęcia pacjenta poinformował o możliwości uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na okres 90 dni i poinformował pacjenta 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.

Istnieje wątpliwość i brak należytego uregulowania prawnego sytuacji, w której 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 w takich sytuacjach często 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.

Rekomenduje się by w takich przypadkach 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 w/w informacji, wskazane jest aby pracownik socjalny rozpoczął procedurę związaną z ustaleniem tożsamości tej osoby (np. poprzez kontakt z policją).

W przypadku osoby zgłaszającej się do przychodni lekarskiej z uszkodzeniem ciała, np. złamana noga, krwawiąca rana, usunięcie szwów z rany, itp. rekomenduje się by osoba taka została objęta pomocą lekarską. W celu uzyskania z NFZ środków za udzielone w przychodni świadczenie wskazane jest, aby pracownik przychodni poinformował osobę bezdomną możliwości uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osoba nie ubezpieczona powinna udać się do Ośrodka Pomocy Społecznej, gdzie pracownik socjalny przeprowadzi z nią wywiad środowiskowy, w którym osoba ta prosi 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 pokryć usługę świadczoną w przychodni. Osoba zgłaszająca się do przychodni powinna uzyskać wszelkie informacje dotyczące możliwości uzyskania takiego prawa.

1.5. Rezultat usługi

Możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego.

1.6. Miejsce umocowania usługi

- Art.7 pkt. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. 2009 Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.), zgodnie z którym pomocy społecznej udziela się m.in. ze względu na bezdomność.
- Art. 17, 39 i 49 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. 2009 Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.) (zob. wyżej).
- Art. 2, ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) (zob. wyżej).
- Art. 84-86 oraz art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) (zob. wyżej).
- Art. 33 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., Nr 69, poz. 415 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dn. 26 listopada 2004 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz. U. z 2004 r., Nr 262, poz. 2607 z późn. zm.).

1.7. Podmioty realizujące usługę

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prezydent, burmistrz, wójt działania swoje opierają o środki budżetu państwa i środki własne gminy, ponadto realizatorami usługi są szpitale, przychodnie oraz ośrodki pomocy społecznej.

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, w przypadku osoby, która porusza się samodzielnie:

- osobiście składa taki wniosek w najbliższej placówce OPS. Jeżeli jest to 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.

1.9. Współpraca przy realizacji usługi

Rekomenduje się by OPS współpracował ze szpitalem oraz organizacjami pozarządowymi w

wyżej opisany sposób.

1.10. Dokumentacja usługi

Wniosek osoby bezdomnej, na podstawie którego przeprowadzony jest wywiad środowiskowy i wydana decyzja administracyjna.

2. Standard w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej w placówkach świadczących usługi dla osób bezdomnych

2.1. Nazwa/opis/definicja usługi

Opieka hospicyjna w placówkach dla osób bezdomnych.

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 oraz ich rodziny i 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. Opiekę hospicyjną dzielimy na stacjonarną, domową oraz ambulatoryjną. 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.

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 z pracy i pielęgnacji osoby umierającej.

2.3. Cel usługi

Zapewnienie wszechstronnej, całościowej opieki osobom bezdomnym chorym na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby.

Cele szczegółowe usługi:

Opieka hospicyjna i paliatywna ma na celu 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.

2.4. Zakres usługi

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia, o których mowa w § 5 pkt. 1-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (to jest: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane 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) oraz bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów 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.

2.5. Rezultat usługi

Głównym rezultatem jest poprawa jakości życia (stanu zdrowia psychosomatycznego) poprzez:

- ograniczenie bólu;
- leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych i pielęgnacja;
- złagodzenie 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/lub zespołowi opiekującemu się chorym bezdomnym w czasie trwania choroby i osierocenia.

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 (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz wydanego na podstawie art. 31d tej ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139 poz. 1138 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt. 11 tejże ustawy, opieka paliatywna i hospicyjna jest przysługującym świadczeniobiorcy świadczeniem gwarantowanym.

Rozporządzenie określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, (a także poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach nie wymienionych 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 (tekst jedn. Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654), hospicja są podmiotami leczniczymi, w odpowiednim zakresie do ich działalności stosuje się także przepisy tej ustawy.

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.

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.

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 wystawione 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/lub 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 do wezwania lekarza lub pielęgniarki do placówki.

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 (gmina) – 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.

2.11. Dokumentacja usługi

- Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ze wskazaniem medycznym a w szczególności faktu występowania u osoby jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia.
- Zeszyt do zapisywania wydawanych leków w wyznaczonych godzinach i dawkach zleconych przez lekarza.

2.12. Koszty i finansowanie

Koszty bezpośrednie:

Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia:

- leczenie;
- usługi pielęgnacyjne.

Koszty ponoszone przez placówkę dla osób bezdomnych:

- koszty personelu opiekuńczego (nie medycznego).
- środki czystości i higieny, w tym środki do dezynfekcji;

- wywóz odpadów medycznych;

Koszty pośrednie:

- Koszty osobowe administracji i obsługi:
 - płace personelu administracyjnego
- Wyżywienie (koszty dietetycznej żywności)
- Koszty materiałów i wyposażenia:
 - zakup artykułów biurowych;
 - bielizna pościelowa, ręczniki;
 - zakup wyposażenia, w tym środki trwałe;
- Pozostałe:
 - naprawa i konserwacja sprzętu specjalistycznego (w/g potrzeb);
 - dezynfekcja, deratyzacja, dezynsekcja (zgodnie z wymogami sanepidu)

3. Standard w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych

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 zdrowia, pomocą społeczną, członkami wspólnoty AA/NA, osobami zajmującymi się redukcją szkód, programami postrehabilitacyjnymi, itp. Zgodnie z przyjętą definicją 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)¹. 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 bezdomnych² 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 wyspecjalizowane³ tj.:
 - Redukcja szkód
 - Profilaktyka uzależnień

3.2. Adresaci działania

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	

¹ Woronowicz, B., T., 2009. Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA. Warszawa, s. 239-243.

² Np. specjalistyczne podmioty lecznicze.

³ Np. placówki prowadzące programy substytucyjne.

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 w sposób szkodliwy.
Profilaktyka uzależnień	Osoby bezdomne przebywające w placówkach zbiorowego zakwaterowania zajmujących się pomocą osobom bezdomnym (takich jak np. schroniska, noclegownie).

3.3. Cele działania

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 informacji na temat bio-psycho-społecznych skutków używania (legalnych i nielegalnych) substancji psychoaktywnych, zapobieganie lub ograniczenie podejmowania zachowań ryzykownych prowadzących do rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą iniekcji oraz poprzez kontakty seksualne poprzez rozdawnictwo fachowej literatury, ulotek, prezerwatyw.
Profilaktyka uzależnień	Zdobycie przez osobę bezdomną wiedzy na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych i bio-psycho-społecznych skutków używania oraz możliwości szukania pomocy w tym zakresie.

3.4. Zakres działania

Działanie	Zakres działania
Stacjonarny długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> diagnoza uzależnienia (na podstawie kryteriów diagnostycznych)

<p>program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych</p>	<p>ICD-10);</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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).
<p>Stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych</p>	<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.
<p>Dzienny program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych</p>	<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.
<p>Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych</p>	<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.
<p>Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • grupa wsparcia psychospołecznego; • indywidualna pomoc psychologiczna i terapeutyczna; • zajęcia psychoedukacyjne zapobiegania nawrotom choroby; • warsztaty umiejętności społecznych (między innymi asertywność, komunikacja); <p>grupy samopomocowe AN lub AA.</p>
<p>Redukcja szkód</p>	<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;

	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

3.5. Rezultaty działania

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 i/ lub dziennych programów, realizowanych przez specjalistyczną placówkę – podjęcie dalszej terapii podtrzymującej, np. ambulatoryjna terapia grupowa lub indywidualna, 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	
Profilaktyka uzależnień	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.
--	---

3.6. Kompetencje specjalistów prowadzących działania

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 – lekarz psychiatra oraz lekarz pierwszego kontaktu; • liczba członków zespołu wymagana do pracy z określona liczbą pacjentów wyszczególniona jest w rozporządzeniach Narodowego Funduszu Zdrowia dla określonej placówki. Wymagania formalne zostały określone aktach prawnych wskazanych w punkcie 11 Miejsce umocownia działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych.
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 określona liczbą pacjentów wyszczególniona jest w wymaganiach Narodowego Funduszu Zdrowia dla określonej placówki. Wymagania formalne zostały określone w części aktów prawnych wskazanych poniżej.
Redukcja szkód	<p>Działania realizowane poza placówkami dla osób bezdomnych realizowane są przez wykwalifikowanych streetworkerów przeszkolonych w zakresie pierwszej pomocy, pomocy doraźnej oraz minimalizowaniu ryzyka zakażeń chorobami zakaźnymi oraz pracowników socjalnych.⁴</p> <p>Działania realizowane na terenie placówek prowadzących programy redukcji szkód realizowane są przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychologów/specjalistów/instruktorów terapii uzależnień; • personel medyczny (lekarza, pielęgniarkę).
Profilaktyka uzależnień	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.

3.7. Podmioty realizujące działania

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	

⁴ Na temat pracy i kompetencji streetworkerów patrz: standard streetworkingu.

uzależnień od substancji psychoaktywnych	
Ambulatoryjna terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych	Podmioty samorządowe oraz pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe), podmioty lecznicze, wspólnoty AA/NA.
Redukcja szkód	Podmioty samorządowe jak i pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe), podmioty lecznicze, OPS, placówki świadczące pomoc osobom bezdomnym.
Profilaktyka uzależnień	Podmioty samorządowe oraz pozarządowe (NGO, związki wyznaniowe), podmioty lecznicze, OPS.

3.8. Warunki realizacji działania

Działanie	Warunki realizacji działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	Działania powinny być świadczone w specjalistycznych placówkach zajmujących się terapią osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – co umożliwia tworzenie grup niejednorodnych, złożonych nie tylko z osób bezdomnych. Działania realizowane są w systemie całodobowym, dziennym, ambulatoryjnym. Czas trwania zakresu świadczonych usług zależy jest od specyfiki danej placówki. 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 Miejsce umocowania działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych.
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 dwu-trzyosobowe zespoły posiadające kwalifikacje konieczne do realizowania usługi.⁵ • 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 Dzielne 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.

3.9. Współpraca przy realizacji działania

⁵ Patrz: standard streetworkingu.

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 diagnostycznymi, 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 OPS-ami, 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.
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. ⁶
Profilaktyka uzależnień	Jeżeli wśród pracowników placówki nie ma osób o odpowiednich kwalifikacjach, konieczna jest współpraca z placówkami posiadającymi odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, realizującymi programy profilaktyczne.

3.10. Dokumentacja działania

Działanie	Dokumentacja działania
Stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> diagnoza uzależnienia – zgodna z kryteriami diagnostycznymi uwzględnionymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10; 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; kontrakt terapeutyczny uwzględniający zasady obowiązujące w danej placówce terapeutycznej; karta obserwacji zgodna z wymogami NFZ; karta dokumentująca przebieg procesu terapeutycznego zgodna z wymaganiami NFZ; karta wypisowa zgodna z wymaganiami NFZ.
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"> kontrakt terapeutyczny uwzględniający zasady obowiązujące w danej placówce; karta dokumentująca przebieg procesu terapeutycznego zgodna z wymaganiami NFZ.
Redukcja szkód	<ul style="list-style-type: none"> program zajęć informacyjno-edukacyjnych; raport końcowy uwzględniający liczbę oraz przebieg zajęć oraz odbyte sesje indywidualne mające na celu motywację, jak również

⁶ Jw.

	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	<ul style="list-style-type: none"> • program zajęć informacyjno-edukacyjnych; • lista uczestników; • raport końcowy uwzględniający przebieg zajęć oraz odbyte sesje indywidualne mające na celu motywację.

3.11. Monitoring i ewaluacja wykonania działania

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 to forma wewnętrznej kontroli, jakości realizowanych usług; zebrania minimum 1 razy 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 pretest (przed podjęciem interwencji) – posttest (po jej zakończeniu);⁷ • kontrola ilościowa uwzględniająca takie dane, jak liczba osób uczestniczących w programie, liczba interwencji z zakresu redukcji szkód, ilość 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 pretest (przed podjęciem interwencji) – posttest (po jej zakończeniu);⁸ • kontrola ilościowa uwzględniająca takie dane jak liczba osób uczestniczących w programie, liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych uczestniczących w programie, liczba

⁷ 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, Fundacja ETOH, s. 49, 60-61.

⁸ 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, Fundacja ETOH, s. 49, 60-61.

	osób, które po wzięciu udziału w programie podjęły terapię w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
--	---

3.12. Miejsce umocowania działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych

- Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz. U. z 2007 roku Nr 70 poz. 473 z późn. zm.), w szczególności art. 2 ust. 1 pkt. 5) i art. 21 i nast.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 roku 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 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 roku Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) – w szczególności art. 12 pkt. 2) i 3) i art. 15 ust. 1 pkt. 4).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2009 roku Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.), w szczególności art. 7 pkt. 13).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2011 roku Nr 112 poz. 654).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku 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 2000 roku Nr 3 poz. 44 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 roku w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu (Dz. U. z 1983 roku Nr 25 poz. 115).
- Rozporządzenie Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1983 roku w sprawie zasad i trybu wykonywania nadzoru nad osobami, w stosunku do których orzeczony został obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu (Dz. U. z 1983 roku Nr 25 poz. 110).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 maja 1983 roku 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 1983 roku Nr 25 poz. 111).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. U. z 2006 roku Nr 143 poz. 1033) – oczekiwane jest wydanie nowego programu, na kolejne lata.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz. U. z 2006 roku Nr 132 poz. 931).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 roku 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 2006 roku Nr 64 poz. 455).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. z 2007 roku Nr 205 poz. 1493 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 roku w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych (Dz. U. z 2000 roku Nr 70 poz. 830).
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zatwierdzony przez Radę Ministrów na podstawie ustawy, o której mowa w pkt. 1 powyżej.
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 (projekt).
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.

3.13. Koszty i finansowanie działań standardu w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych

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 roku 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 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, za świadczenia leczenia osoby uzależnionej, jej rehabilitacji oraz reintegracji udzielanych osobie uzależnionej niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju nie pobiera się od tej osoby opłat.

Powyższe zapisy znajdują potwierdzenie w art. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku 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 na podstawie rekomendacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych⁹ i obejmują zatrudnienie w placówce:

- lekarza psychiatry;
- 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 środki trwałe;

4. Standard w obszarze przedmedycznej pomocy doraźnej

4.1. Nazwa/opis/definicja usługi

Doraźna pomoc przedmedyczna.

Doraźna pomoc przedmedyczna udzielana jest w sytuacjach nie zagrażających życiu, jednakże skutkujących pogorszeniem stanu zdrowia osoby bezdomnej. Realizowana jest przez osoby nie mające wykształcenia medycznego, posiadające za to wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne w 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

⁹ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2010. *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2011 roku*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa, s. 72-74. Dostępne na: http://www.mzsa.pl/prra/doc/rekomendacje_2011.pdf [Dostęp: 1.2.2011].

najczęstszymi dolegliwościami, na jakie narażone są te osoby.

4.2. Odbiorca usługi

Odbiorcami usługi są osoby przebywające w placówkach (schroniskach, noclegowniach) oraz osoby bezdomne, które przebywając poza placówkami potrzebują doraźnej pomocy przedmedycznej.

4.3. Cel usługi

Celem usługi jest udzielanie niezbędnej przedmedycznej pomocy przez osoby nie będące lekarzami, które są jednocześnie wykwalifikowane w zakresie świadczeń pielęgnarskich – 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,
- poprawę stanu zdrowia odbiorcy usługi,
- uzyskanie i utrzymanie stabilnego poziomu zdrowia do czasu, kiedy odbiorca usługi otrzyma specjalistyczną pomoc medyczną.

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.¹⁰

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.

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 w/w;
- 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 (środki zabezpieczające wilgotność skóry) – preparaty dostępne bez recepty;

¹⁰ Czyli taki stan organizmu, gdy czujemy się źle, a owe złe samopoczucie możemy powiązać z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu.

- w zależności od potrzeby – usuwanie zarostu na 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.

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. lidokaina, lub leki histaminowe aplikowane zewnętrznie w uzgodnieniu z lekarzem;
- dbanie o czystość i krótko obcięte paznokcie;
- uczenie pacjenta sposobów postępowania i przeciwdziałania szerzeniu się chorób będących przyczyną świądu, np. świerzbu, grzybicy, wszawicy, oraz leczenie przyczynowe zmian powodujących świąd.

4.4.3. Zmiany grzybicze stóp.

Cel: 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 o działaniu miejscowym środkami przeciwgrzybiczymi, dostępnymi bez recepty;
- uczenie podopiecznego ochrony przed przeniesieniem zakażenia na inne osoby przez unikanie kontaktów z osobą zdrową lub używania tych samych przedmiotów jak: grzebień, ręczniki, wspólna pościel, buty, skarpetki.

4.4.4. Świerzbu jako choroba zakaźna leczona zgodnie z zaleceniami lekarskimi

Cel: zapewnienie bezpieczeństwa osobie chorej, zapewnienie bezpieczeństwa pensjonariuszom placówki. Ponieważ świerzbu 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.

- odizolowanie osoby zakażonej na czas leczenia;
- zwiększenie reżimu sanitarnego poprzez częste mycie higieniczne rąk (technika mycia rąk Ayliffe) 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, stoły, należy umyć i zdezynfekować (używając do tego odpowiednich środków zalecanych przez Sanepid);
- chory zobowiązany jest do bezwzględnego stosowania środków leczniczych zleconych przez lekarza;
- częste zmiany bielizny, odzieży osobistej – po upraniu i wygotowaniu należy wyprasować po wewnętrznej stronie (zwłaszcza w szwach);
- zakażonej bielizny, której nie można wyprasować po wypraniu, nie należy używać przez siedem dni od prania;
- uświadomienie osobie zakażonej, że może zakażać inne osoby;
- pilnowanie, żeby osoba zakażona stosowała przepisane leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

4.4.5. Wszawica głowy z objawami: świąd skóry; osoby drapią się, wykazują nadmierne zdenerwowanie, niepokój, widoczne są czerwone ślady ukąszeń na skórze głowy (szczególnie za uszami i na skroniach)

Cel: likwidacja zakażenia i nie dopuszczenie do nasilenia się zmian chorobowych poprzez stosowanie środków farmakologicznych przeciw wszawicy głowy.

Postępowanie.

- respektowanie praw pacjenta w zakresie wyrażenia zgody na zabieg;
- zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa (ochrona oczu, śluzówek) 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;
- szeskanie włosów gęstym grzebieniem w celu usunięcia gnid;
- kontrolowanie stanu skóry głowy i włosów w ciągu następnych dwóch tygodni.

4.4.6. Wszawica łonowa atakująca okolice narządów płciowych zewnętrznych, pach, brzucha, brwi i rzęs, objawiająca się wzmożonym drapaniem w wymienionych miejscach w wyniku ukąszeń wszy, pojawiające się błękitne plamy w następstwie ukłuc (reakcja rozpadu krwinek pod wpływem wydzieliny pasożytów)

Cel: 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.

4.4.7. Wszawica odzieżowa – powoduje liczne ślady zadrapań, bąble pokrzywkowe, grudki na tułowi, zwłaszcza w miejscach przylegania fałdów ubrań i szwów bielizny

Cel: likwidacja wszawicy odzieżowej oraz powstałych nadżerek, blizn, zmian ropnych i wypryskowych na skórze.

Postępowanie.

- umycie dokładne 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:

- 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);
- postępowanie z odzieżą codziennego użytku, będącą własnością mieszkańców placówki – ewentualnie umożliwienie mieszkańcom placówki wykonanie następujących czynności: odzież wełnianą dokładnie wyprasować gorącym żelazkiem – przez wilgotną ścierkę – zwłaszcza szwy, 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 (stosowana 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.

U osób bezdomnych (jak wykazały obserwacje w krakowskiej Przychodni Lekarskiej dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich prowadzonej przez Stowarzyszenie „Lekarze Nadziei”) nieprawidłowa pielęgnacja skóry, szczególnie u osób przewlekle chorych (np. z cukrzycą lub z osłabioną odpornością), spożywanie napojów niewiadomego pochodzenia może być powodem zmian chorobowych na skórze, które ulegają wtórnym zakażeniom.

4.4.8. Czyrak – jedna z postaci zakażenia skóry gronkowcami wnikałymi z zewnątrz, pokryty 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% ichtiolu lub spirytusu salicylowego, nagrzewanie termoforem, kompresem żelowym;
- stosowanie opatrunków na zmianę maści i aerozoli lub środków odkażających zgodnie z zaleceniem lekarza, kompresów rozgrzewających z ichtiolu 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.
Bardzo często do placówek zgłaszają się osoby z zaburzeniami funkcji termoregulacji. Na wystąpienie gorączki wskazywać będzie przede wszystkim pomiar temperatury wykonany przy pomocy termometru lekarskiego (lub pirometru 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.

4.4.9. Gorączka

Cel opieki: temperatura ciała w granicach 36,5°C - 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 stosowanie 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, pachwinową, pachową, wątroby przy czasie trwania zabiegu 30-60 minut, z godzinnymi przerwami;
- kąpeli ochładzających całkowitych lub częściowych 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 – zawijanie 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 stosować się do jego zaleceń.

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 oddzielanie ich gazikami;
- podawanie chłodnych płynów do picia.

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 teren 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, biernych ponieważ obniża się temperatura ciała;
- nie wolno podawać alkoholu, który powoduje zaburzenia samoobrony organizmu zapobiegającej wychłodzeniu.
- Szybkie ogólne ogrzanie całego organizmu
 - zastosowanie okładu Hiblera umożliwiającego podwyższenie centralnej temperatury ciała. Na białynę 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.

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 powierzchniowych odmrożeniach:
 - rozluźnienie obcisłej odzieży, rozsznurowanie obuwia umożliwiając ukrwienie odmrożonych okolic;
 - ogrzewanie dotkniętych części ciała umieszczając je jak najbliżej centrum ciała, wsuwając np. ręce pod pachy;
 - wykorzystując ciepło animalne (własne) człowieka należy założyć dodatkowe części odzieży, owinać kocami, łyżeczkami podawać mocno osłodzone, gorące napoje;
 - w obawie o groźące zakażenie, uszkodzone okolice skóry opatruje się jałowym materiałem (jałowy pakiet lub chusta oparzeniowa);
 - odmrożone kończyny ułożyć bez zewnętrznego ucisku (unikając ewentualnego uszkodzenia nerwów);
 - dalsze postępowanie w kontakcie z lekarzem.
- Przy głębokich odmrożeniach:
 - zawiadomić medyczne służby ratunkowe;
 - 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 zwężanie się naczyń krwionośnych, które w odmrożonych okolicach są bardzo zwężone;
 - dalsze postępowanie pozostawić specjalistycznemu personelowi pogotowia ratunkowego.

Standaryzacji doraźnej pomocy przedmedycznej powinien dotyczyć również cykl obowiązkowych szkoleń pierwszej pomocy. W ramach tych szkoleń powinno się prowadzić ćwiczenia na fantomach (ocena stanu poszkodowanego, badania tętna i oddechu, ciśnienia, resuscytacja oddechowo-kръżeniową), przekazać informacje dotyczące form pomocy udzielanych w przypadku zatrucia, wychłodzenia, opatrywania ran, krwotoków, działania po porażeniu prądem oraz najczęściej występujących u podopiecznych schorzeń (schorzenia skórne, pasożyty).

Sprawowanie pełnej, kompetentnej opieki nad zdrowiem podopiecznego to z jednej strony aktywizacja do samoopieki, edukacja dotycząca potrzeby czystości, potrzeby utrzymania stałej temperatury ciała, potrzeby poczucia pewnego bezpieczeństwa, potrzeby odpowiedzialności za siebie, natomiast z drugiej strony rzecz najważniejsza - poprawa kondycji zdrowotnej.

Realizacja w/w usług wymusza od osób sprawujących opiekę nad podopiecznymi stałe doskonalenie wiedzy i umiejętności. Sprzężenie zwrotne jakie występuje przy realizowaniu wymienionych usług powinno stanowić pewien etap progresji w działaniach związanych z potrzebami tej populacji ludzi.

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.

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 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 roku Nr 191 poz. 1410 z późn. zm.);
- Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 roku Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.);
- Ustawie z dnia 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2009 roku Nr 151 poz. 1217 z późn. zm.);
- Rozporządzeniach Polskiej Rady Resuscytacji dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy.

4.6. Kompetencje

Wszystkie osoby udzielające pomocy przedmedycznej powinny być przeszkolone. Dodatkowo, jeżeli jest taka możliwość, to udzielać pomocy mogą absolwenci pielęgniarstwa, szkół medycznych.

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.

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 w/w 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 zagrożeń;
- dostosowaniem istniejących placówek do możliwości codziennych kąpiei podopiecznych (dostęp do wody);
- dostępem do transportu przeznaczanego tylko dla osób stanowiących zagrożenie dla osób postronnych (ze względów higienicznych i epidemiologicznych), a tym samym uniknięcie przewożenia publicznymi środkami transportu.

4.9. Współpraca przy realizacji usługi

Wskazana jest współpraca organów świadczących pomoc w dziedzinie opieki zdrowotnej (pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki długoterminowe, lekarze) i pomocy społecznej. Konieczne jest inicjowanie współpracy pomiędzy placówkami dla bezdomnych a uczelniami medycznymi. Z obserwacji wynika, że niewielu lekarzy chce angażować się w pracę z bezdomnymi na co niewątpliwie ma wpływ brak odpowiedniego wynagrodzenia za taką pracę (sytuacja ekonomiczna). W wielu placówkach brakuje personelu medycznego, często opiekę sprawują lekarze i pielęgniarki emeryci, którzy służą pacjentom wolontaryjnie. W związku z tym powinno się nalegać by gminy stworzyły programy wykorzystujące potencjał studentów ostatnich lat o profilu medycznym. Młodzi ludzie, mający wiedzę stricte medyczną mogą poprzez praktyki w placówkach dla bezdomnych nabywać dodatkowych umiejętności. Taka współpraca przyniosłaby pozytywne efekty zarówno dla studentów (praktyka zawodowa) jak i placówek.

Przykładowe postępowanie.

- zaangażowanie we współpracę studentów studiów licencjackich i magisterskich uzupełniających o kierunku: Pielęgniarstwo, Ratownictwo Medyczne, Zdrowie Publiczne: (uniwersytety, uniwersytety medyczne, akademie medyczne, wyższe szkoły umiejętności zawodowych);

- porozumienie z władzami uczelni – dziekanem, dyrektorami Instytutów 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 takich przedmiotów z zakresu promocji zdrowia, podstawowej opieki zdrowotnej (w ramach 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 popołudniowych i popołudniowych, w dyżurach od poniedziałku do piątku. Inna możliwość to określone dni tygodnia w cyklu dwuzmianowym;
- plan w/w 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 p/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 stricte medyczne, ludzie potrzebujący przedmedycznej pomocy doraźnej pewien komfort i bezpieczeństwo, zaś gminy nie ponosiłyby kosztów związanych z usługami przedmedycznymi.

Należy zapoznać konsultantów krajowych a przede wszystkim wojewódzkich Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego przy Ministerstwie Zdrowia z problemem i ustalić możliwości udziału młodych ludzi w realizacji usługi. Łączy się to z promocją i edukacją zdrowotną.

4.10. Dokumentacja usługi

Każde działanie związane z wykonywaniem czynności przedmedycznych i medycznych jest dokumentowane i rejestrowane. Każdy 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.

4.11. Koszty i finansowanie

Kategorie kosztów ponoszonych przez placówki:

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 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 środki trwałe.

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 odswawiania we wszelkich placówkach dla bezdomnych, udzielonych porad. Gromadzenie i analiza danych co pół roku (np. poprzez ankiety) pozwoliłaby na delegowanie w sposób bardziej adekwatny środków na skuteczne działania prewencyjne, promocję zdrowia i pomoc ludziom potrzebującym. Taka dokumentacja pozwoliłaby (przynajmniej w pewnej skali) na określenie skali problemu i na bieżąco ukierunkowywać zakres działań. Dawałoby to podstawy do podejmowania decyzji personalnych, finansowych na przyszłość.

5. Standard w obszarze pielęgniarstwa długoterminowej domowej

5.1. Nazwa/opis/definicja usługi

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Opiekę długoterminową określa się opieką ciągłą, profesjonalną pielęgnacją i rehabilitacją nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi 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.

5.2. Odbiorca usługi

Opieką w domu mogą zostać objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu, bądź przewlekłej choroby. Chorzy klasyfikowani są wg 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.

5.3. Cel usługi

Opieka ma zadanie podtrzymanie zdrowia oraz zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorym nie kwalifikującym 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa, 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 – diety).

5.4. Zakres usługi

Tryb kierowania chorego do pielęgniarstwa długoterminowej jest uwarunkowany posiadaniem skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wg załącznika do zarządzenia DSOZ. Natomiast świadczeniobiorca lub jego rodzina albo faktyczny opiekun gwarantuje środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zalecane 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;
- pielęgnacje 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 samo opieki w życiu 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 przeciw poparzeniowej i poodleżynowej;
- istotnym elementem profesjonalnej pielęgnacji jest również udzielanie wsparcia emocjonalnego

Wszelkie działania pielęgniarskie 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. 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.

5.6. Miejsce umocowania usługi

- Ustawa z dnia 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2009 roku Nr 151 poz. 1217 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 roku Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2009 roku Nr 140 poz. 1147 z późn. zm.).
- Zarządzenie NR 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

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, asystenta lub opiekuna osoby niepełnosprawnej i chorej. Jeżeli jest taka możliwość, mogą również mieć ukończone studium opiekuna medycznego lub opiekuna w domu pomocy społecznej.

5.8. Podmioty realizujące usługę

Organizacje pozarządowe, osoby prywatne.

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”.

5.10. 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 konieczności zmiany leczenia farmakologicznego, założenie cewnika czy podawanie leków drogą pozajelitową.

Drugim, istotnym konsultantem w sprawowaniu opieki jest rehabilitant, który poprzez wskazania, 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 przeprowadzenia zabiegów i ćwiczeń.

Istotnym podmiotem współpracy są pracownicy placówek, którzy w tym wypadku spełniają rolę asystentów i opiekunów i wypełniają zadania, które realizować winna rodzina osoby niepełnosprawnej. Pracownicy wykonując zalecenia pielęgniarskie, korzystając z przeprowadzanej w systemie ciągłym edukacji są w stanie wykonywać samodzielnie skuteczną obserwację i kontrolę, pomagać w czynnościach instrumentalnych, monitorować stan chorego pod kątem niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego, objawów zaostrzeń lub powikłań choroby.

5.11. Dokumentacja usługi

Placówka powinna odnotowywać wizyty pielęgniarskie, wizyty rehabilitanta oraz prowadzić dokumentację zaleceń pielęgniarskich, które ma realizować. Oprócz dokumentacji prowadzonej *stricto* 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.

5.12. Koszty i finansowanie

Koszty działań pielęgniarskich w sprawowanej opiece 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.

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 środki trwałe;

Wyżej wymienione 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 opiekun lub asystent osoby niepełnosprawnej (po wcześniejszym przeszkoleniu).

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);
- przeprowadzenie badania przy pomocy 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 dotyczące sprawowanej opieki;
- przygotowywanie 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 przeprowadzona przez NFZ;
- kontrole wewnętrzne prowadzonej dokumentacji, wypełniania zaleceń pielęgniarskich, zachowania opiekunów medycznych i pracowników placówki wobec osób chorych.

6. Standard w obszarze opieki zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej

6.1. Nazwa usługi

Wsparcie w opiece zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarskiej 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.

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.

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.

6.4. Zakres usługi

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.

Pielęgniarka, współpracując z lekarzami, rehabilitantem, opiekunami, psychologiem, psychiatrą, terapeutą, pracownikiem socjalnym, po rozpoznaniu potrzeb ustala plan pielęgnacji i następnie realizuje go w oparciu o indywidualne potrzeby pacjenta.

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 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2009 roku Nr 51 poz. 1217 z późn. zm.).

W placówkach dla bezdomnych istnieje możliwość angażowania osób skazanych do wykonywania nieodpłatnej pracy na rzecz placówki, także do pomocy osobom niepełnosprawnym. Praktykuje się to w zakładach opiekuńczo-leczniczych (poprzez porozumienie z zakładami karnymi).

Wyposażenie placówek dla bezdomnych świadczących usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne:

- gabinet pielęgniarsko-zabiegowy;
- apteczka;
- izolatka;
- łóżka szpitalne;

- sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe 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,).

6.4.2. Rehabilitacja

6.4.2.1. Rehabilitacja ruchowa realizowana na terenie placówki świadczącej usługi osobom bezdomnym

Celem rehabilitacji ruchowej w placówce dla osób bezdomnych, w której przebywają osoby starsze, chore, niepełnosprawne jest jak najdłuższe utrzymanie sprawności fizycznej mieszkańców, jak również mobilizacja do jak najdłuższej samodzielności w życiu codziennym. Ze względu na stan fizyczny i psychiczny stosuje się odpowiednie metody usprawniania. Rehabilitacja ma za zadanie również aktywizację mieszkańców do współpracy w prowadzonych ćwiczeniach indywidualnych, kształtowanie prawidłowych postaw mieszkańców wobec utrzymania aktywności fizycznej i społecznej. Dzięki rehabilitacji osoby starsze poprawiają swoją sprawność fizyczną lub, w przypadku stanów cięższych, utrzymują sprawność fizyczną na stałym poziomie.

Wpływ rehabilitacji na osoby w wieku podeszłym:

- utrzymanie, poprawa sprawności fizycznej;
- zachowanie zakresu ruchu w stawach w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie;
- utrzymanie siły mięśniowej;
- działanie przeciwbólowe;
- utrzymanie prawidłowej trofiki skóry;
- relaksacja.

W sytuacji gdy osoby bezdomne po przebytych chorobach, takich jak np. udary mózgu, zawały serca, amputacje kończyn, choroby zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa i kończyn mają zapewnione odpowiednio dobrane ćwiczenia i masaże, prowadzi to do osiągnięcia większej sprawności fizycznej, a w efekcie lepszego funkcjonowania w życiu codziennym oraz w znacznym stopniu pomaga ulżyć w bólu.

Pomieszczenie do rehabilitacji niemedycznej może być wyposażone w podstawowy sprzęt rehabilitacyjny:

- kabina UGUL do ćwiczeń i zawiesz (Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego);
- PUR (Przyłózkowe Urządzenie Rehabilitacyjne);
- stół do masażu;
- materace;
- rotory kończyn górnych i dolnych;
- tablice do ćwiczeń manualnych;
- ergometry;
- taśmy rehabilitacyjne;
- stół do ćwiczeń manualnych;
- bieżnia;
- tor do nauki chodzenia.

Ilość sprzętu rehabilitacyjnego jest dowolna. 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 (www.pfron.org.pl).

W placówce dla osób bezdomnych podopieczni powinni uzyskać pomoc w zakresie zdobycia sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego. W celu uzyskania specjalistycznego sprzętu (itp. wózek, pionizator) 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.

Zakres rehabilitacji prowadzonej w placówce:

- ćwiczenia bierne;

- ćwiczenia czynno-bierne;
- ćwiczenia czynne;
- ćwiczenia czynne w odciążeniu;
- ćwiczenia czynne z oporem;
- ćwiczenia z piłkami terapeutycznymi;
- ćwiczenia z taśmami terapeutycznymi;
- ćwiczenia wolne na materacach;
- rowery rehabilitacyjne;
- gimnastyka ogólnorozwojowa.

6.4.2.2. 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.

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 zatrudniać 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.

6.4.4. Terapia zajęciowa

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 pensjonariuszy. 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/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. Uczniowie kierunków: terapeuta zajęciowy, opiekun osoby niepełnosprawnej, mogą odbywać staże zawodowe w placówkach dla bezdomnych, w których przebywają osoby starsze, chore, niepełnosprawne.

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 kadrami opiekuńczą w celu jak najsprawniejszej realizacji planu pomocowego.

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.

6.4.7. Edukacja i profilaktyka zdrowotna

Oddziaływania te mogą być realizowane przez opiekunów i pielęgniarki, terapeutę lub psychologa poprzez takie formy jak:

- nauka spędzania czasu wolnego;
- profilaktykę uzależnień- szkolenia, warsztaty dotyczące ochrony zdrowia (pogadanki, filmy);
- warsztaty z psychologiem (np. praca nad kontrolą emocji, treningi twórczego myślenia i rozwiązywania problemów, itp.).

6.4.8. Praca socjalna

Zakres pracy socjalnej z osobą bezdomną w tym: starszą, niepełnosprawną szczegółowo opisany został w Standardzie pracy socjalnej.

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;
- superwizji dla pracowników.

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 siebie 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.

6.6. Miejsce umocowania usługi

Usługi na rzecz osób bezdomnych, starszych, chorych i niepełnosprawnych będą realizowane

w placówkach dla bezdomnych.

W ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2009 roku Nr 175 poz. 1362 z późn.zm.) art. w 51, zapisano:

„Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia”.

Ośrodkiem wsparcia, w myśl cytowanej ustawy (art. 51 pkt. 4) „może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy.”

Usługa jest również częściowo umocowana w:

- Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 roku Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.);
- Ustawie z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz. U. z 2007 roku Nr 70 poz. 473 z późn. zm.), ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 roku Nr 179 poz. 1485 z późn. zm.), oraz wydanych do tych ustaw rozporządzeniach wykonawczych.

6.7. Kompetencje

Liczba 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.

6.8. Podmioty realizujące usługę

Usługi mogą być świadczone przez jednostki administracji samorządowej (np. gmina, powiat) oraz organizacje pozarządowe, kościoły, osoby prywatne.

Wszystkie podmioty realizują działania na podstawie art. 25 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2009 roku Nr 175 poz. 1362 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 2003 roku Nr 96, poz. 873 z późn. zm.).

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 lub ZPO, DPS.

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.

6.11. Dokumentacja usługi

Dokumentacja prowadzona przez personel placówki:

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).¹¹

Placówka powinna wdrażać następujące procedury:

- przedmedyczna pomoc doraźna;
- wywóz odpadów medycznych (konieczna umowa na wywóz odpadów z firmą zewnętrzną)¹²;
- procedura podczas zgonu;
- procedury postępowania epidemiologicznego;
- procedura postępowania z odpadami medycznymi;
- zasady dezynfekcji powierzchni skażonych materiałem biologicznym;
- instrukcja 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 rozprzestrzeniania 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.

¹¹ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) oraz wydane do tej ustawy przepisy wykonawcze.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 roku w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z dnia 8 września 2007r.).

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;
- refundacja 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);
- sponsorzy prywatni, darowizny, 1% podatku dla OPP;
- inne, np. środki unijne EFS.

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 (w/g potrzeb);
 - dezynfekcja, deratyzacja, dezynsekcja (zgodnie z wymogami sanepidu).

6.13. Monitoring i ewaluacja wykonania usługi

Na usługi świadczone w placówce składają się: opieka lekarska, pielęgniarska, rehabilitacyjna, oraz zakwaterowanie, wyżywienie, zaopatrzenie w środki czystości i odzież.

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 stanu zdrowia podopiecznego 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, BHP, 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).

Monitoring pilotażu

W odniesieniu do działań podjętych w odpowiedzi na konkurs dotyczący Pilotażowego wdrożenia standardów usług w zakresie bezdomności i przetestowania Modelu Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności – dodatkowo należy przeprowadzić monitoring pilotażu poprzez zgromadzenie danych:

1. Zwiększenie dostępności osób bezdomnych do świadczeń z zakresu ochrony zdrowia
 - liczba osób bezdomnych, które uzyskały potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - liczba osób bezdomnych, które uzyskały ubezpieczenie zdrowotne.
2. Zwiększenie/udroźnienie 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.
3. Zróżnicowanie/poszerzenie oferty usług terapeutycznych z zakresu terapii oraz profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych osób bezdomnych
 - 3.1. 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 świadczącą usługi osobom bezdomnym.
 - 3.2. 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.
 - 3.3. 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.
 - 3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. 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).

3.7. 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).

3.8. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Zwiększenie dostępności osób bezdomnych wymagających opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej i terapeutycznej do specjalistycznych usług w zakresie ich potrzeb zdrowotnych

- liczba osób korzystających z usługi opiekuńczo-pielęgniarskiej;
- liczba pielęgniarek zatrudnionych do realizacji usługi opiekuńczo-pielęgniarskiej;
- 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 psychiatry;
- 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).

7. 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.