

MODEL GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

STANDARDY USŁUG SPOŁECZNYCH SKIEROWANYCH DO LUDZI BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ

W SZEŚCIU OBSZARACH:
PARTNERSTWO LOKALNE,
PRACA SOCJALNA,
MIESZKALNICTWO I POMOC DORAŻNA,
ZDROWIE,
ZATRUDNIENIE I EDUKACJA,
STREETWORKING.



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



STOWARZYSZENIE
monar



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

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



SPIS TREŚCI

MODEL

GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI (str. 9)

Wstęp do Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	10
Bezdomność i zagrożenie bezdomnością w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	18
Etyka pomagania w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	38
Główne założenia Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	44
Partnerstwo lokalne w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	55
Diagnoza lokalna w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	63
Strategia wdrażania Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	71
Ewaluacja i monitoring Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności	80

STANDARDY USŁUG SPOŁECZNYCH SKIEROWANYCH DO LUDZI BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ W SZEŚCIU OBSZARACH: PARTNERSTWO LOKALNE, PRACA SOCJALNA, MIESZKALNICTWO I POMOC DORAŻNA, ZDROWIE, ZATRUDNIENIE, EDUKACJA, STREETWORKING (str. 84)

WSTĘP (str. 85)

Cel standaryzacji	85
Czym są standardy usług w Modelu GSWB i jaka jest ich rola?	85
Jak opisane są standardy?	88

STANDARD PARTNERSTWA LOKALNEGO (str. 96)

Wprowadzenie	97
Misja	97

Cele	98
1. Opis partnerstwa lokalnego	98
2. Idea partnerstwa lokalnego	99
2.1. Zasady działania partnerstwa lokalnego	100
3. Inicjowanie partnerstwa lokalnego	101
3.1. Inicjator	101
3.2. Ogólne rozpoznanie podmiotów partnerstwa lokalnego	102
3.3. Wykorzystanie przez inicjatora wszelkich dostępnych sposobów komunikacji	102
3.4. Tworzenie dobrego klimatu wokół budowania partnerstwa	102
3.5. Organizacja pierwszego spotkania	103
3.6. Przebieg pierwszego spotkania	103
3.7. Czynniki sprzyjające tworzeniu partnerstwa:	103
3.8. Czynniki hamujące tworzenie partnerstwa:	104
4. Organizacja pracy partnerstwa lokalnego	104
4.1. Wizja, misja, cele	104
4.2. Analiza problemów, zasobów, otoczenia	107
4.3. Obszar działania partnerstwa	110
4.4. Zakres działania	111
5. Funkcjonowanie i zarządzanie partnerstwem lokalnym	116
5.1. Forma działania partnerstwa	118
5.2. Rozwiązywanie konfliktów	120
5.3. Dokumentacja partnerstwa	120
5.4. Zasoby rzeczowe	121
5.5. Zasoby finansowe	122
6. Edukacja i promocja partnerstwa	123
6.1. Edukacja	123
6.2. Promocja	125

STANDARD PRACY SOCJALNEJ (str. 129)

Tytuł	
Misja	130
Definicja	130
Cele	130

Opis pracy socjalnej	131
1. Zakres podmiotowy	132
1.1. Charakterystyka odbiorców	132
1.2. Specyfika sytuacji życiowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością	133
2. Zakres przedmiotowy	137
2.1. Budowanie relacji z osobą bezdomną	138
2.2. Diagnoza i działania interwencyjne wobec osób bezdomnych	140
2.3. Plan pracy i rodzaje działań kierowanych do osób bezdomnych	146
2.4. Plan pracy i działania kierowane do osób zagrożonych bezdomnością (zapobieganie bezdomności)	160
3. Organizacja pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością	162
3.1. Zasady ogólne dla organizatora pracy socjalnej	162
3.2. Współpraca specjalistów	165
3.3. Warunki pracy	168
3.4. Kwalifikacje pracowników socjalnych	168
3.5. Dokumentacja pracy socjalnej	169
Aneks do standardu pracy socjalnej – wzory narzędzi pracy socjalnej	170
STANDARDY MIESZKALNICTWA I POMOCY DORAŻNEJ (str. 178)	
Wprowadzenie	179
Model Palety	179
Model drabinkowy	182
Model mieszkaniowy	183
Metoda najpierw mieszkanie	185
Metoda wspólnotowa	188
Misja	189
Cele	189
1. Ogrzewalnia	191
2. Noclegownia	196
3. Schronisko	202
4. Schronisko profilowane	208
5. Mieszkania wspierane zespolone	214

6.	Mieszkania wspierane rozproszone	218
7.	Centrum Dziennego Wsparcia	223
	Koszty	227
	Dokumentacja w placówkach	227

STANDARDY ZDROWIA (str. 229)

	Misja	230
	Wprowadzenie	230
	Cele	232
1.	Edukacja zdrowotna	232
2.	Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych	238
3.	Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych	244
4.	Opieka paliatywna (hospicyjna)	256
5.	Terapia oraz profilaktyka uzależnień	262
6.	Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	270
7.	Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych	275

STANDARDY ZA TRUDNIENIE I EDUKACJA (str. 280)

	Wprowadzenie – misja standardów	281
	Cele	281
1.	Usługa „aktywizacja społeczna”	283
1.1.	Definicja usługi	283
1.2.	Cel usługi	283
1.3.	Zakres usługi	283
1.4.	Sposób realizacji usługi	284
1.5.	Zasoby	289
2.	Usługa „edukacja”	291
2.1.	Definicja usługi	291
2.2.	Cel usługi	291
2.3.	Zakres usługi	291

2.4.	Sposób realizacji usługi	292
2.5.	Zasoby	293
3.	Usługa „aktywizacja zawodowa”	294
3.1.	Definicja usługi	294
3.2.	Cel usługi	294
3.3.	Zakres usługi	295
3.4.	Sposób realizacji usługi	296
3.5.	Współpraca przy realizacji usługi	297
3.6.	Dokumentacja usługi:	298
3.7.	Zasoby	298
4.	Usługa „zatrudnienie subsydiowane”	300
4.1.	Definicja usługi	300
4.2.	Cel usługi	300
4.3.	Zakres usługi	300
4.4.	Sposób realizacji usługi:	301
4.5.	Współpraca	304
4.6.	Dokumentacja usługi	304
5.	Zasoby	304
5.3.	Osobowe	304
5.4.	Materialne	305
5.5.	Finansowe	305
5.6.	Instytucjonalne	305

STANDARD STREETWORKINGU (str. 306)

1.	Tytuł usługi	307
1.1.	Misja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych	307
1.2.	Definicja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych	307
2.	Cele usługi	307
3.	Zakres usługi	308
3.1.	Podmiotowy	308
3.2.	Przedmiotowy	309
3.3.	Przestrzenny	310
4.	Organizacja usługi	311

4.1.	Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych	311
4.2.	Dokumentacja usługi	324
4.3.	Warunki realizacji usługi	327
5.	Zasoby (określenie kwalifikacji, czasu, ilości osób bezdomnych, lokal, wyposażenie, budżet)	332
5.1.	Personalne	332
5.2.	Materialne	336
5.3.	Niematerialne	336
5.4.	Instytucjonalne	336
5.5.	Zasoby finansowe potrzebne do realizacji usług streetworkingu	337

EWALUACJA I MONITORING

MODELU

GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI (str. 339)

Wprowadzenie	340
Podstawowe pojęcia i terminy	340
Miejsce ewaluacji w procesie wdrażania Modelu GSWB	344
Cele modelu i ich operacjonalizacji	345
Realizacja ewaluacji i monitoringu	358
Ewaluacja poszczególnych standardów	364
Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji	365
Przykładowe wskaźniki ewaluacji i monitorowania dla poszczególnych standardów ...	378

Literatura cytowana (str. 402)

MODEL
GMINNY STANDARD
WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI
(MODEL GSWB)

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

Autorzy:

Łukasz Browarczyk

Anna Machalica –Pułtorak

Piotr Olech

Elżbieta Szadura –Urbańska

Andrzej Trzeciecki

Lidia Węsierska-Chyc

Wstęp do Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Szanowni Państwo, drodzy czytelnicy!

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

Powstał on w projekcie, którego liderem jest Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, a partnerami odpowiedzialnymi za merytoryczną stronę realizacji zadania są przedstawiciele 6 organizacji zajmujących się tematyką bezdomności: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Towarzystwo Pomocy im. Św. Brata Alberta, Zarząd Główny, Związek Organizacji Sieć Współpracy BARKA, Stowarzyszenie MONAR, Caritas Kielce, oraz Stowarzyszenie „Otwarte Drzwi” z Warszawy.

Pierwsza wersja modelu GSWB ujrzała światło dzienne w maju 2011 roku, została wypracowana w gronie około 100 ekspertów z całej Polski. Od tego czasu poddawana była licznym ocenom i konsultacjom środowisk tak praktyków, jak i teoretyków z zakresu pomocy i integracji społecznej, reprezentujących sektory rządowy, samorządowy i pozarządowy. W końcu Model GSWB został przetestowany w ramach fazy pilotażu przez 19 partnerstw lokalnych złożonych zarówno z podmiotów publicznych i organizacji pozarządowych. Zaproponowane w modelu GSWB rozwiązania nie są zamkniętym katalogiem usług. Model GSWB powinien stanowić podstawę do konstruowania gminnych modeli rozwiązywania problematyki bezdomności. Istotą pilotażowych wdrożeń było dokonanie praktycznej weryfikacji zaproponowanych rozwiązań. Testy przeprowadzone w wybranych gminach miały znaczenie kluczowe dla całokształtu działań projektowych – w sposób bezpośredni wpłynęły na ostateczny kształt modelu GSWB. Zakończenie fazy pilotażu pozwoliło sformułować ostateczne korekty w treści proponowanych rozwiązań modelu GSWB, a także zaprezentować pakiet rekomendacji wskazujących kierunki zmian regulacji legislacyjnych, jakie muszą nastąpić, by model GSWB mógł być wykorzystywany przez jednostki samorządu terytorialnego, głównie gminy, we współpracy z podmiotami III sektora i innymi instytucjami, będącymi partnerami realizacyjnymi.

Mimo długiej pracy nad opracowaniem modelu GSWB jego aktualna zweryfikowana w

oparcie o doświadczenia pilotażu i wielu konsultacji wersja, jest pewnym punktem wyjściowym do zmian prawnych i systemowych. Jesteśmy przekonani, że raz rozpoczęta praca nad modelem rozwiązywania problemu bezdomności oraz standardami usług powinna być dalej rozwijana i kontynuowana.

Niniejszy dokument postrzegać należy jako swoisty podręcznik dla wszystkich zainteresowanych, którzy wdrażać będą na terenie swoich gmin usługi wybrane z poniższego katalogu. Im więc głównie przekazujemy tę publikację, licząc, że taka forma wsparcia ich w codziennej pracy okaże się pomocna.

Czym jest Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności?

Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB) jest to model rozwiązywania problemu bezdomności na poziomie lokalnym. Jest elementem szerszej polityki społecznej, i obejmuje działania na 3 poziomach: prewencji, interwencji i integracji. Zawiera katalog (pakiet) wystandaryzowanych usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w takich obszarach jak: partnerstwo lokalne, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, zatrudnienie i edukacja, *streetworking*. Model ten służy dopasowaniu wsparcia do potrzeb, możliwości i barier osób potrzebujących, sprzyja i służy upodmiotowieniu, włączeniu i partycypacji w proces rozwiązywania problemu.

Dlaczego Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności?

Potrzeba realizacji systemowego projektu w zadaniu 4 wynika ze skali i charakterystyki problemu bezdomności oraz deficytów w czterech obszarach – w płaszczyźnie współpracy, polityki społecznej, regulacji systemowych oraz w obszarze diagnostycznym. Wszystkie one wpływają na potrzebę stworzenia i wdrożenia w Polsce standardów usług w sferze bezdomności, które podniosą skuteczność systemu rozwiązywania i łagodzenia skutków problemu bezdomności.

Bezdomność jest jedną z najskrajniejszych i najbrutalniejszych form wykluczenia społecznego. Trudna jest do ustalenia dokładna liczba osób bezdomnych w Polsce ze względu na brak ogólnopolskich badań a także problemy definicyjne. Niemniej szacuje się, że liczba osób bezdomnych kształtuje się na poziomie 30 – 70 tysięcy osób¹. W zakresie charakterystyki osób bezdomnych, pomimo tego, że brakuje badań o charakterze

¹ Więcej w: P.Olech, *Charakterystyka sytuacji Polski w kontekście badania problematyki bezdomności*, MPHASIS Wzajemny postęp w likwidowaniu bezdomności poprzez ulepszanie systemów monitorowania zjawiska, 2008; [http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/papers/NPPPolandFinal\(Polish\).pdf](http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/papers/NPPPolandFinal(Polish).pdf)

ogólnopolskim, można posługiwać się danymi fragmentarycznymi wyników badań regionalnych i lokalnych²:

- Osoby bezdomne to głównie mężczyźni (około 80%)
- Dominuje przedział wiekowy między 40 a 60 lat, odnotowuje się wyraźną tendencję starzenia się zbiorowości (w niektórych rejonach główny przedział wiekowy (51-60 lat)
- Około 80% osób bezdomnych żyje samotnie (w tym osoby rozwiedzione, owdowiałe, w separacji)
- Średni okres pozostawania w bezdomności dla mężczyzn wynosi około 7 lat dla kobiet około 5 lat, z tendencją rosnącą
- Aglomeracje i duże miasta to główne miejsca przebywania osób bezdomnych
- Większość osób bezdomnych posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe lub niższe
- Osoby bezdomne zwykle pozostają bierne zawodowe i/lub bezrobotne, osoby pracujące nie posiadają najczęściej umowy o pracę
- Około 60% zbiorowości ludzi bezdomnych przebywa w różnego rodzaju placówkach instytucjonalnych. Reszta osób znajduje się w miejscach niemieszkalnych (dworce, kanały, zsypy, itp.), zamieszkuje tymczasowo, bez meldunku i nie z własnej woli u znajomych lub rodziny, duża część osób przebywa na działkach i w altankach
- Głównym źródłem dochodu osób bezdomnych są świadczenia socjalne w tym z pomocy społecznej
- Przyczyny problemu bezdomności posiadają 4 główne źródła – indywidualne (m.in. uzależnienia, niepełnosprawność, zaburzenia psychiczne), społeczne (m.in. konflikty rodzinne, przemoc domowa, problemy w relacjach), instytucjonalne (opuszczanie instytucji), strukturalne (ubóstwo, bezrobocie, problemy mieszkaniowe).

Wśród głównych problemów system wsparcia dla osób bezdomnych można wymienić³:

Obszar polityki społecznej

- Brak całościowej polityki społecznej wobec bezdomności – z uwzględnieniem wszystkich instytucji polityki społecznej – bezdomność jako problem pomocy

² M.J.Sochocki – Skala i charakter bezdomności w Polsce, Problem bezdomności w Polsce red. Maciej Dębski, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011

³ P.Olech - Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe – zarys głównych problemów w Polsce oraz rekomendacje dla całościowej polityki społecznej, Księga Ubogich – Rzecznik Praw Obywatelskich 2009, s. 364

społecznej. W Polsce nie istnieją, żadne przepisy regulujące funkcjonowanie całościowej polityki społecznej. Jednocześnie brakuje w Polsce wizji niniejszej polityki, obecnie różne jednostki, instytucje i organizacje prowadzą działalność w zakresie polityki społecznej – pomoc społeczna, mieszkalnictwo, zdrowie, zatrudnienie, edukacja – jakkolwiek działalność niniejsza nie jest w żadne sposób skoordynowana. Zjawisko bezdomności, podobnie do innych wielowymiarowych problemów społecznych staje się ofiarą braku zintegrowanej polityki społecznej. Jednocześnie zbyt często bezdomność uważana jest za problem pomocy społecznej. Podmioty polityki społecznej nie współpracują interdyscyplinarnie, przezucają się odpowiedzialnością, umacniają podziały sektorowe i wydziałowe. Polska nie posiada żadnego strategicznego planu ukierunkowanego na rozwiązywanie problemów związanych z bezdomnością. Istniejące zaś rozwiązania prawne i systemowe są na tyle poszatkowane, rozproszone a często sprzeczne ze sobą, że nie układają się w żaden przemyślany plan.

Obszar regulacji systemowych

- Istniejące regulacje i rozwiązania systemowe mają charakter interwencyjny i akcyjny, służą raczej „radzeniu sobie z problemem bezdomności” niż w systemowym sposób jego rozwiązywaniu. Na terenie Polski występuje deficyt regulacji i zapisów prawa gwarantujących kontinuum pomocy ludziom bezdomnym. Zapisy prawne odnoszą się głównie do zapewnienia osobom bezdomnym podstawowych, gwarantowanych usług, nie skupiając się na zapewnieniu ciągłej i stopniowalnej oferty, zależnej od potrzeb odbiorców i jednocześnie nakierowanej na wychodzenie z bezdomności. Ponadto dochodzi do skupienia się sektora publicznego i pozarządowego głównie na usługach w obszarze interwencji, pomocy doraźnej, zaopiekowania się, ratownictwa. Obserwowalna jest orientacja na radzenie sobie z bezdomnością (opiekuńczość), a nie na zwalczanie bezdomności (integracja, profilaktyka). Implikuje to zwiększającą się skuteczność systemu pomocy doraźnej przy ciągle niskiej skuteczności i efektywności w pracy na polu (re)integracji. W Polsce tworzy się system pomocy ludziom bezdomnym, jakkolwiek nie myśli się o systemie skutecznego zwalczania bezdomności. Brak mechanizmów stabilnego finansowania działań wykraczających poza doraźną pomoc, sprawia, że główna orientacja pomocy osobom bezdomnym idzie w kierunku zaopiekowania się, a nie systemowej (re)integracji. Polityka

rozwiązywania problemu bezdomności powinna być w większym zakresie oparta przede wszystkim na rozwiązaniach mieszkaniowych.

- Nieuregulowana działalność w zakresie bezdomności, w tym brak standardów jakości usług. 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. Szacuje się, że około 80-90% usług skierowanych do ludzi bezdomnych realizowanych przez organizacje pozarządowe. Organizacje te najczęściej zadania realizują w oparciu o kontrakty podpisywane z gminami, które zgodnie z polskimi przepisami odpowiedzialne są za zapewnienie każdemu własnemu mieszkańcowi schronienia, wyżywienia, odzieży. Istnieje także odsetek organizacji pozarządowych, które kierują swoje usługi do ludzi bezdomnych nie posiadając żadnych umów, działalność opierając na prywatnych sponsorach lub dotacjach z różnych funduszy. W Polsce nie jest prowadzony żaden oficjalny rejestr usług kierowanych do ludzi bezdomnych, brakuje jednocześnie nadzoru formalnego nad prowadzoną działalnością np. placówek dla osób bezdomnych. Formalnie nie istnieją żadne regulacje gwarantujące odpowiednią jakość usług oferowaną ludziom bezdomnym.

Obszar diagnostyczny

Polityka społeczna funkcjonuje również bez rzetelnej diagnozy, zarówno ilościowej, jak i jakościowej na temat problemu bezdomności w skali całego kraju. Brak w niej również mechanizmów zapewniających, chociażby w sposób pośredni, partycypację osób bezdomnych w tworzeniu zrębów polityki społecznej. Stąd też wynika konieczność wprowadzenia do systemu polityki społecznej modeli profesjonalnego diagnozowania i "mierzenia" bezdomności, niezbędnych do stworzenia spójnego systemu polityki społecznej, ukierunkowanego na rozwiązywanie i łagodzenie skutków problemu bezdomności.

- Funkcjonujące rozwiązania oraz system pomocy ludziom bezdomnym oparty jest na przypuszczeniach i poglądach (sądach) a nie na rozumieniu problematyki wynikającej z empirycznych badań oraz cyklicznego monitorowania zjawiska bezdomności. Brak

wiedzy o skali problemu oraz narzędzi do „mierzenia bezdomności”. Na terenie naszego kraju istnieje głęboki i wyraźnie odczuwalny deficyt badań naukowych w obszarze problematyki bezdomności. Badań jakościowych, jak i ilościowych dotyczących zagadnienia bezdomności w Polsce paradoksalnie realizuje się niewiele. Praktyka polskiej polityki społecznej w wymiarze regionalnym i ponad regionalnym wskazuje na to, że wiele działań zarówno w zakresie przeciwdziałania, jak i rozwiązywania problematyki bezdomności, tworzonych jest bez realizacji nieodłącznej w tych procesach diagnozy. Dotychczas, jeśli chodzi o skalę problematyki bezdomności w Polsce i w poszczególnych regionach, to nie tylko pracownicy organizacji i instytucji, ale i naukowcy zajmujący się tą problematyką posługują się przede wszystkim szacunkami. Wprawdzie znane są mniej więcej dane liczbowe związane z pomocą instytucjonalną świadczoną ludziom bezdomnym, jakkolwiek całkowicie nieznane pozostają liczby osób przebywających poza system pomocy placówek (schronisk i noclegowni), czyli osób przebywających w tzw. miejscach niemieszkalnych zarówno publicznych, jak i prywatnych.

- Brak spójnego rozumienia problemu bezdomności. Istniejąca definicja bezdomności w ustawie o pomocy społecznej ma charakter administracyjny i jako taka znajduje wykorzystanie w podejmowanych działaniach administracyjnych. Brakuje jednak zarówno wśród instytucji publicznych, jak i organizacji pozarządowych spójnego rozumienia zjawiska bezdomności co przekłada się na wymierne trudności np. przy realizacji badań empirycznych. Rozumienie zjawiska bezdomności wpływa wymiennie przy planowaniu rozwiązań w zakresie walki z bezdomnością.
- Brak partycypacji ludzi bezdomnych w tworzeniu polityki społecznej. Mówi się, że osoby bezdomne są roszczeniowe, uzależnione od udzielanej im pomocy. Jednakże pamiętać trzeba, że formy pomocy dla tych ludzi są narzucane im z góry przez ustawodawcę, instytucje pomocowe, czy też ekspertów. Tego rodzaju forma pomocy nie musi jednakże korespondować z rzeczywistymi potrzebami, oczekiwaniami osób bezdomnych. Różnica między ofertą pomocową narzuconą z góry, a rzeczywistymi potrzebami ludzi bezdomnych obniża efektywność udzielanej pomocy, tym samym utrudnia wychodzenie z bezdomności. Dotychczas nie stworzono żadnych narzędzi i instrumentów umożliwiających włączenie osób bezdomnych w podejmowanie decyzji związanych z usługami do nich kierowanymi. Ludzie bezdomni z jednej strony nie posiadają informacji o planowanych zmianach w systemie pomocy, mają ograniczoną

wiedzę o usługach do nich kierowanych, z drugiej strony nie są włączane w proces konsultowania lub współtworzenia kształtu usług społecznych do nich kierowanych. Osoby bezdomne pozbawione są tym samym elementarnego poczucia wpływu na własne życie, odpowiedzialności za własne sprawy co przekłada się na przyjmowanie biernej i pasywnej postawy życiowej, sytuacja ta generuje poczucie bezsilności i niemożności. Wydaje się, że zbyt często kluczowi interesariusze, w tym wypadku osoby bezdomne, nie są zaangażowani w tworzenie, ewaluację i wdrażanie usług skierowanych do tej grupy osób wykluczonych. Za takim włączeniem osób bezdomnych stoją dwie podstawowe idee - że ludzie wymagający pomocy: 1. mają prawo do posiadania głosu w sprawie kształtu usług, z których korzystają i opieki sprawowanej nad nimi oraz wiedzą lepiej niż inni czego naprawdę potrzebują od usługodawców; 2. powinni mieć prawo uczestniczenia w każdej dyskusji dotyczącej ich życia.

Obszar współpracy

- Brak współpracy między podmiotami bezpośrednio zajmującymi się problematyką bezdomności. Organizacje działające na polu problematyki bezdomności traktują się często, jako wzajemną konkurencję (zwłaszcza w obszarze pozyskiwanych środków finansowych, na utrzymanie swojej działalności), co bardziej wywołuje między poszczególnymi organizacjami tendencję do rywalizacji, niż ducha dialogu czy współdziałania. Do tej pory nie wytworzono również żadnego usystematyzowanego systemu ogólnopolskiej współpracy organizacji pozarządowych, zajmujących się problematyką bezdomności, a tym samym brakuje pomiędzy organizacjami konsolidacji na poziomie idei i kierunku podejmowanych działań. W kraju występują również antagonizmy i konflikty pomiędzy sektorem pozarządowym, a publicznym. Z jednej strony brakuje kultury współpracy sektora publicznego i pozarządowego, z drugiej zaś widoczne jest zróżnicowanie poziomu, bądź nawet brak współpracy, pomiędzy niektórymi organizacjami pozarządowymi a np. ośrodkami pomocy społecznej, w zależności od regionu, zasięgu działań i rodzaju organizacji. Ponadto nie tylko występuje podział na organizacje pozarządowe (w swoich szeregach i tak pozbawione spójności oraz jednomyślności) i sektor publiczny. Brakuje również regionalnych i lokalnych płaszczyzn współpracy różnych innych podmiotów wokół problemu bezdomności. Występuje dotkliwy deficyt współpracy międzywydziałowej

– w obszarze pomocy społecznej, rynku pracy, służby zdrowia, środowiska akademickiego, edukacji, mieszkalnictwa.

Jak tworzono Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności zawierający standardy w 6 obszarach?

Wypracowanie Modelu GSWB i standardów w 6 obszarach jest efektem zadań zrealizowanych w od fazy diagnozy i modelu, poprzez fazę edukacji i pilotażu do fazy rekomendacji.

Fazy realizacji prac nad Modelem GSWB podzielić można ze względu na harmonogram:

1. faza diagnozy (9.09 - 6.10), 10 mcy
2. faza modelu (7.10 - 6.11), 12 mcy
3. faza edukacji (7.11-2.12), 8 mcy
4. faza pilotażu (3.12-8.13), 18 mcy
5. faza rekomendacji (6.13-11.13), 6 mcy

Bezpośredni wpływ na kształt i zakres Modelu GSWB i standardów usług miały:

- działania grup eksperckich w sześciu tematach (streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo, edukacja i aktywizacja zawodowa, zdrowie, partnerstwa lokalne), przygotowujących katalog rozwiązań w tych obszarach (ponad 100 zaangażowanych ekspertów pracujących w fazie diagnozy, modelu i rekomendacji)
- działania Grupy Zarządzającej partnerstwa i funkcjonowanie zespołu merytorycznego działającego w całym okresie realizacji projektu
- działalność zespołu badawczego w wyżej wymienionych obszarach, połączoną z realizacją prac badawczych i przygotowaniem ekspertyz/raportów w tym zakresie, przygotowaniem metodologii i realizacją diagnoz lokalnych, realizacją audytu naukowego łączącego monitoring i ewaluację pilotażowego wdrożenia Modelu GSWB
- prowadzenie współpracy międzynarodowej w wyżej wymienionych obszarach tematycznych

- prowadzenie debat tematycznych w obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo, edukacja i aktywizacja zawodowa, zdrowie, partnerstwa lokalne, mających na celu konsultacje wypracowanych rozwiązań
- przeszkolenie w fazie edukacji 30 partnerstw lokalnych w zakresie modelu i standardów
- realizacja pilotażowego wdrożenia w 19 partnerstwach lokalnych złożonych formalnie z 54 podmiotów sektora publicznego i pozarządowego Modelu GSWB
- zlecone ekspertyzy całego Modelu GSWB i standardów usług a także liczne konsultacje całego materiału

Na model GSWB składają się standardy usług skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w następujących obszarach:

- partnerstw lokalnych
- pracy socjalnej
- mieszkalnictwa i pomocy doraźnej
- zatrudnienia i edukacji.
- zdrowia
- streetworkingu

Ponadto Model GSWB zawiera definicję i typologię bezdomności i zagrożenia bezdomnością opartą o ETHOS, opracowanie o etyce pomagania, opis partnerstwa lokalnego, opis całego modelu jego umiejscowienie i rolę, diagnozowanie bezdomności i systemu wsparcia oraz opis monitorowania i ewaluacji.

Bezdomność i zagrożenie Bezdomnością w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Stanowisko wobec Definicji oraz Typologii Bezdomności i Zagrożenia Bezdomnością⁴

Problematyka bezdomności, jak dotąd, skutecznie wymyka się wszelkim próbom jednolitego akademickiego jej ujmowania. Problem ten znajduje swoje konsekwencje w

⁴ Niniejsze stanowisko jest aktualizacją stanowiska wobec Definicji oraz Typologii Bezdomności wypracowanego przez Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Sieć BARKA, Stowarzyszenie MONAR, CARITAS Diecezji Kieleckiej, Stowarzyszenie OTWARTE DRZWI opublikowanego w Forum - O bezdomności bez lęku 2010; red. Ł. Browarczyk, M. Dębski; Gdańsk 2010, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności str. 175

praktycznej realizacji wsparcia ludzi, którzy z różnych przyczyn doświadczają braku 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” rozumienie problematyki, a tym samym mających usystematyzować wszelkie działania, jakie w tym zakresie są podejmowane. Za najpełniej oddającą całe szerokie spektrum problemu uznajemy aktualnie *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* (ETHOS), stworzoną przez FEANTSA⁵.

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

Poniżej przedstawiamy *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* jako punkt wyjścia do tworzenia narodowych definicji i typologii bezdomności. Definicje i typologie należy rozumieć jako całość wzajemnie się uzupełniającą. Za fenomen bezdomności w odniesieniu do polskich realiów administracyjnych, społecznych, prawnych i kulturowych uznano kategorie ETHOS oznaczone w tabeli poniżej kolorem białym (od 1 do 7); zjawisko wykluczenia mieszkaniowego oznaczano kolorem szarym (6.3, od 8 do 13). Kolorem ciemnoszarym (8.1 i 11) 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, czyli zagrożenia bezdomnością.

⁵ FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) to działająca od ponad 20 lat organizacja, której celem jest możliwie szeroko rozumiane zapobieganie i zwalczanie bezdomności oraz niwelowanie jej skutków. Zrzesza ponad 100 organizacji z całej Europy, z których większość to narodowe lub regionalne organizacje parasolowe, skupiające w swoich szeregach podmioty bezpośrednio wspierające osoby bezdomne. FEANTSA ma istotny wkład na polu definiowania bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego (FEANTSA, 2010).

Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS⁶

Bezdomność jest jednym z głównych problemów społecznych, które są przedmiotem Strategii Zabezpieczenia i Włączenia Społecznego Unii Europejskiej. Zapobieganie bezdomności oraz zapewnianie mieszkań ludziom wychodzącym z bezdomności wymaga zrozumienia procesów wchodzenia w bezdomność a co za tym idzie szerokiego pojmowania tego złożonego zjawiska.

Europejska Federacja Narodowych Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych FEANTSA opracowała typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego nazywaną ETHOS.

Punktem wyjścia dla Typologii ETHOS jest założenie, że istnieją trzy domeny, które konstytuują „dom”. Brak którejs z domen oznacza bezdomność. Posiadanie domu oznacza posiadanie odpowiedniego schronienia (przestrzeni) przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi (*domena fizyczna*), w którym można zachować prywatność i czerpać satysfakcję z relacji społecznych (*domena społeczna*) i do którego zajmowania posiada się tytuł prawny (*domena prawna*). Wykluczenie z jednej lub kilku domen wyznacza cztery podstawowe kategorie koncepcyjne, które należy rozumieć jako *brak domu*: brak dachu nad głową, brak mieszkania, niezabezpieczone mieszkanie oraz nieodpowiednie mieszkanie. ETHOS zatem jest klasyfikacją ludzi bezdomnych według ich warunków/sytuacji mieszkaniowej. Cztery główne kategorie koncepcyjne są podzielone na 13 typów operacyjnych, które mogą być wykorzystywane do wielu celów np. opisywania populacji ludzi bezdomnych a także projektowania, monitorowania i ewaluacji polityki i oddziaływań wobec tego zjawiska.

Tabela nr 1. Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS

Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS					
Kategoria Koncepcyjna	Kategoria Operacyjna		Sytuacja Życiowa		Definicja Generalna
Bez dachu nad głową BEZDACHOWOŚĆ	1	Osoby mieszkające w przestrzeni publicznej -	1.1	Publiczna lub zewnętrzna przestrzeń	Życie na ulicy lub w miejscach publicznych, bez schronienia, które może zostać uznane za pomieszczenie mieszkalne

⁶ FEANTSA, Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS, tłum. J. Wygnańska, www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en, 2.12.2013. Na potrzeby polskiego stanowiska wobec definicji oraz typologii bezdomności tłumaczenie zmodyfikował P. Olech.

		„śpiący pod chmurką”			
	2	Osoby w zakwaterowaniu awaryjnym/interwencyjnym	2.1	Noclegownie	Osoby bez stałego miejsca zamieszkania, korzystające 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	Osoby zakwaterowane z powodu doświadczania przemocy w rodzinie (głównie kobiety), gdzie pobyt z założenia powinien być krótkoterminowy
	5	Osoby w zakwaterowaniu dla imigrantów	5.1	Tymczasowe zakwaterowanie/ośrodki recepcyjne	Recepcyjne lub krótkotrwałe zakwaterowanie z powodu imigracji lub uchodźstwa
			5.2	Zakwaterowanie dla migrujących pracowników	
	6	Osoby opuszczające instytucje	6.1	Instytucje penitencjarne/karne	Brak dostępu do mieszkania przed zwolnieniem z instytucji
			6.2	Instytucje medyczne	Pozostawanie dłużej niż potrzeba ze względu na brak mieszkania
			6.3	Instytucje/domy dla dzieci	Bez zidentyfikowanego mieszkania (np. przed zbliżającymi się 18 urodzinami)
	7	Osoby otrzymujące stałe, długoterminowe wsparcie ze względu na bezdomność	7.1	Opieka nad starszymi ludźmi bezdomnymi	Długoterminowe zakwaterowanie z opieką i pomocą dla ludzi kiedyś bezdomnych (zazwyczaj pobyt dłuższy niż rok)
7.2			Wspierane mieszkalnictwo dla uprzednio bezdomnych ludzi		
Niezabezpieczone mieszkanie	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym)	8.1	Tymczasowo u rodziny lub przyjaciół	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w swoim stałym miejscu zamieszkania z

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

W Polsce funkcjonuje definicja bezdomności określona w ustawie o pomocy społecznej. Definicja w ustawie brzmi: „osoba bezdomna - osobę niezamieszkującą w lokalu

mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.”⁷

W celu badania (mierzenia) skali i charakteru zjawiska bezdomności, a w konsekwencji rozwoju polityki społecznej wobec bezdomności proponujemy przyjęcie uzupełniającej definicji oraz typologii bezdomności. Proponujemy niniejszą definicję opisową oraz typologię bezdomności, które należy interpretować łącznie wspólnie 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.⁸ 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”⁹.

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

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

1. 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,

⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, Dz.U. 08.115.728 j.t.

⁸ Przeformułowana nieznacznie definicja zaproponowana przez A. Przymieńskiego, *Bezdomność – społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zjawiska na przykładzie Poznania*, „Praca Socjalna” 1997 nr 3.

⁹ 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.

jakie (długotrwała) bezdomność wywarła na osobie. Obejmuje również problemy osoby bezdomnej wymagające wsparcia psychologicznego i terapeutycznego (uzależnienia – także od pomocy, współuzależnienia, doświadczanie przemocy, itp). Dotyczy także szeroko rozumianego kontekstu rodzinnego, zwłaszcza poczucia więzi z rodziną, prokreacji i pochodzenia.

2. SFERA ZAWODOWA - sfera funkcjonowania osoby bezdomnej w kontekście zawodowym, obejmująca takie zagadnienia jak nawyk pracy, umiejętność otrzymywania 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.

3. 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.

4. 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 pobytem na działkach, w altankach, w miejscach publicznych, w placówkach dla osób bezdomnych, itp). Dotyczy posiadanego przez osobę bezdomną poziomu ekonomicznej niezależności oraz zabezpieczenia finansowego, obejmującego wysokość regularnie otrzymywanego dochodu, zasiłków, zakresu i formy otrzymywanej pomocy – także z Ośrodków Pomocy Społecznej. Wiąże się z sytuacją prawną osoby (karalność, zadłużenia alimentacyjne, ciężące na osobie kary pozbawienia wolności, niewyjaśniony stan cywilny czy praw rodzicielskich, brak przysługującego prawa do lokalu).

5. 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.

6. 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.¹⁰

7. SFERA RODZINNA – obejmuje szerokie relacje rodzinne w przeszłości, teraźniejszości a także przyszłości. Dotyczy zarówno procesu socjalizacji i wychowania w rodzinie, jak i obecnego stanu cywilnego oraz relacji i powiązań rodzinnych. Może obejmować także sytuacje konfliktów rodzinnych, przemocy domowej, zerwania lub braku więzi rodzinnych, trudnych relacji rodzinnych a także trudności opiekuńczo-wychowawczych z dziećmi.

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). 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. Typologia niniejsza może być wykorzystywana jako materiał pomocniczy przy realizacji badań nad bezdomnością i realizacji polityki społecznej wobec bezdomności. W materiale niniejszym zrezygnowano z prezentacji kategorii dotyczących wykluczenia mieszkaniowego

¹⁰ 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.

(*bezdomność sensu largo*), ograniczając się do zjawiska samej bezdomności (*sensu stricte*). Do opracowania wykorzystano europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS 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 pierwszej części stanowiska.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

Tabela nr 2. Polska Typologia Bezdomności na podstawie Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS¹¹

Kategoria Konceptyjna	Kategoria Operacyjna		Sytuacja Życiowa		Definicja Generalna	Kategorie Polskie ¹²
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 bocznic kolejowe
	2	Osoby w zakwaterowaniu awaryjnym/interwencyjnym		Noclegownie	Osoby bez zwykłego miejsca zamieszkania, korzystające 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

¹¹ FEANSTA, Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS, tłum. J. Wygnańska, www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en, 2.12.2013. Na potrzeby polskiego stanowiska wobec definicji oraz typologii bezdomności tłumaczenie zmodyfikował P. Olech

¹² Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje

						Placówki bezpośredniego dostępu np. garkuchnie, punkty pomocy medycznej
Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKANIO WOŚĆ	3	Osoby w placówkach dla bezdomnych	3.1 3.2 3.3	Schronisko dla Bezdomnych Zakwaterowanie tymczasowe Przejściowe zakwaterowanie wspierane	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
	4	Osoby w schroniskach dla kobiet	4.1	Zakwaterowanie w schronisku dla kobiet	Kobiety zakwaterowane z powodu doświadczenia 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 zakwaterowaniu dla imigrantów	5.1	Tymczasowe zakwaterowanie/ośrodk	Recepcyjne lub krótkotrwałe zakwaterowanie z	Zakwaterowanie dla

		5.2	i recepcyjne Zakwaterowanie dla migrujących pracowników	powodu statusu uchodźcy lub imigranta	repatriantów, placówki dla uchodźców
6	Osoby opuszczające instytucje	6.1	Instytucje penitencjarne/karne	Brak dostępu do mieszkania przed zwolnieniem z zakładu	Zakłady Karne, Areszty Śledcze – 6 miesięcy do planowanego zwolnienia
		6.2	Instytucje medyczne	Pozostawanie dłużej niż potrzeba ze względu na brak mieszkania	Szpitala, Szpitale psychiatryczne, Placówki leczenia odwykowego, Zakłady Opiekuńczo- Lecznicze, Zakłady Opiekuńczo-Pielęgnacyjne
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/nietrwających konstrukcjach (strukturach)	11.1	Mobilne domy	Nieprzeznaczone jako zwykłe miejsca zamieszkiwania	Konstrukcje tymczasowe Domy na kółkach/przyczepy kempingowe (nie będące zakwaterowaniem wakacyjnym) Nielegalne zajmowanie

			11.2	Niekonwencjonalne budynki	Prowizoryczne schronienie,	przestrzeń (np. romowie, włoścędzy)
			11.3	Tymczasowe konstrukcje	Nie w pełni stałe/trwałe struktury chaty lub kajuty	Szopy, szałas, ziemianki lub inne konstrukcje własne Tereny ogródków działkowych, domki letniskowe; Garaże; przyczepy kempingowe; Pustostany, budynki do rozbiórki
<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>						

Material roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

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

Tabela nr 3. Polska Typologia Wykluczenia Mieszkaniowego na podstawie Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS¹³

Kategoria Konceptyjna	Kategoria Operacyjna		Sytuacja Życiowa		Definicja Generalna	Kategorie Polskie¹⁴
Bez miejsca zamieszkania BEZMIESZKANIO WOŚĆ	6	Osoby opuszczające instytucje	6.3	Instytucje/domy dla dzieci	Bez zidentyfikowanego mieszkania (np. przed zbliżającymi się 18 urodzinami)	Placówki opiekuńczo-wychowawcze
Niezabezpieczone mieszkanie	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym)	8.1	Tymczasowo z rodziną/przyjaciółmi	Życie w konwencjonalnym	Zamieszkujący czasowo u rodziny lub przyjaciół (nie z

¹³ FEANSTA, Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS, tłum. J. Wygnańska, www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en, 2.12.2013. Na potrzeby polskiego stanowiska wobec definicji oraz typologii bezdomności tłumaczenie zmodyfikował P. Olech

¹⁴ Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje

	mieszkanu			mieszkanu, ale nie w stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu	wyboru
		8.2	Bez legalnej umowy najmu	Zajmowanie mieszkania bez legalnej/ważnej umowy najmu,	Zamieszkiwanie w pomieszczeniu z niestandardową umową najmu lub podnajmu
		8.3	Nielegalne zajmowanie ziemi	nielegalne zajmowania mieszkania Zajmowanie ziemi bezprawnie	Squatting
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	

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

				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		

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

				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/niespeł niającego standardów mieszkaniaowych	Nienależące się do zamieszkania według ustawowego standardu krajowego lub przepisów budowlanych	Mieszkania substandardowe	
13	Osoby mieszkające w warunkach przeludnienia	13.1	Najwyższa krajowa norma przeludnienia	Zdefiniowane jako przekroczenie krajowych standardów przeludnienia lub pomieszczeń użytkowych lub metrażu na osobę	Mieszkania przeludnione Osoby zamieszkujące poniżej krajowej normy skrajnego przeludnienia	
Uwaga: Pobyt krótkoterminowy jest 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)

Material roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

Etyka pomagania w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Wprowadzenie

Standaryzacja usług realizowanych na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością sama w sobie nie jest gwarancją osiągnięcia zakładanych rezultatów. Usługi mogą być świadczone w sposób profesjonalny, zgodnie z przyjętymi zasadami, a jednak nie prowadzić do usamodzielnienia się osób z nich korzystających, co jest podstawowym celem podejmowanych działań. System pomocy tylko wówczas może być skuteczny, jeżeli tworzony jest w oparciu o głębokie zrozumienie istoty człowieka jako osoby wolnej, obdarzonej godnością, której potrzeby daleko wykraczają poza zapewnienie materialnych warunków do życia, a ich zaspokajanie wiąże się z rozwojem życia duchowego i uczuciowego. Wieloletnie doświadczenie organizacji pracujących z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym wskazuje, że zasadnicze znaczenie dla powodzenia całego procesu integracji odgrywa zbudowanie właściwej relacji pomiędzy osobą pomagającą a osobą korzystającą z pomocy oraz stworzenie konkretnej realnej perspektywy zmiany sytuacji życiowej osoby zagrożonej wykluczeniem. Budowa właściwej relacji powinna odbywać się w oparciu o określony system wartości, a tworzenie realnej perspektywy zmiany zakłada odpowiedzialność wspólnoty samorządowej wobec jej członków. W obu przypadkach konieczne jest przyjęcie pewnych rozstrzygnięć filozoficzno-etycznych, które pomogą odpowiedzieć na pytania o cel pomocy, rolę wspólnoty, czy wreszcie o prawa, jakie przysługują każdemu człowiekowi.

Podstawy filozoficzno-etyczne

Punktem wyjścia do refleksji nad sensem pomagania jest twierdzenie, że wszyscy ludzie są równi między sobą w byciu osobami, niezależnie od sytuacji życiowej w jakiej się znajdują. Twierdzenie to jest fundamentalne dla nurtu filozoficznego zwanego personalizmem, który na polskim gruncie został najpełniej rozwinięty przez Karola Wojtyłę. Według personalizmu człowiek jest osobą, której przysługuje wolność oraz niezbywalne prawa. Dzięki takim cechom jak godność oraz zdolność do wykraczania poza naturę i kulturę osoba zajmuje pozycję pierwotną wobec pozostałych dóbr, łącznie z dobrem społecznym [Ewa Podrez, Personalizm, w: Słownik Katolickiej Nauki Społecznej]. Wartość osoby jest nadrzędna wobec świata rzeczy oraz struktur ekonomiczno-społecznych i politycznych. Osoba jest wartością samą w sobie, „niezależnie od jej takich czy innych kwalifikacji fizycznych czy

psychicznych, od jej zewnętrznego czy wewnętrznego stanu posiadania” [Wojtyła, Osoba i czyn, s. 109]. Taką samą godność osobową mają zarówno święci, jak i zbrodniarze. Tej wartości osoby nikt nie jest w stanie naruszyć: „żaden akt moralny drugiego człowieka ani czyn samego podmiotu godności nie zmienia niczego w najgłębiej aksjologicznym uposażeniu osoby”¹⁵. Podstawowe i bezpośrednie doświadczenie osoby ludzkiej jest doświadczeniem moralnym, niosącym ze sobą przeżycie powinności afirmacji osoby ze względu na nią samą, ściślej: ze względu na jej godność. Z godnością osoby wiążą się jej prawa, zarówno ludzkie, obywatelskie jak i społeczno- ekonomiczne.

Godność osoby ludzkiej jest wartością uniwersalną, do której odwołują się nie tylko koncepcje etyczne, ale również współczesne systemy prawne. Jest ona uznawana za fundament prawa pozytywnego, a zapisy jej dotyczące znajdują się w dokumentach i aktach prawa międzynarodowego. Artykuł pierwszy Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stwierdza: „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw”. Godność człowieka została wymieniona obok wolności, równości i solidarności jako podstawa funkcjonowania społeczności europejskiej w Preambule Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Do godności odwołują się konstytucje wielu państw, w tym Polski: godność jest wartością konstytucyjną stanowiącą źródło, fundament i zasadę całego porządku konstytucyjnego.

Cel pomagania

Personalistyczne ujęcie istoty człowieka determinuje rozumienie tego, na czym polega pomaganie i jakie są jego cele.

Cele pomocy mogą być zróżnicowane w zależności od płaszczyzny, na jakiej rozpatrujemy to zagadnienie. Na poziomie systemowym celem pomocy może być rozwiązywanie problemów społecznych (np. bezrobocia, bezdomności, wykluczenia), zapobieganie protestom społecznym, równość i sprawiedliwość społeczna czy wreszcie rozwój społeczny.

Wszystkie wymienione powyżej cele mają jednak charakter zewnętrzny, a przez to instrumentalny. Zgodnie z założeniami personalizmu celem pomocy w sensie najbardziej fundamentalnym jest drugi człowiek. Pomoc nie może ograniczać wolności człowieka, a powinna wzmacniać to, co w nim najbardziej ludzkie: poczucie jego własnej godności,

¹⁵ Warto pamiętać, że takie rozumienie godności pojawiło się niedawno. Wcześniej godność była raczej wiązana z dostojnością urzędu, a nie traktowana jako przyrodzona cecha każdego człowieka, niezależna od jego kondycji społecznej. Dignitas jest rdzeniem słowa dygnitarz - człowiek uzyskiwał godność wraz z wyniesieniem na urząd, a nie nosił jej w sobie. Dopiero w połowie dwudziestego wieku personalizm chrześcijański oderwał pojęcie godności od urzędu i przeniósł je do samej istoty osoby, czyli człowieczeństwa. Ale uniwersalna - a więc wykraczająca ponad założenia jakiegoś konkretnego nurtu myśli filozoficznej lub religijnej - zgoda co do pojęcia godności kończy się na tym, że z samej natury przysługuje ona każdemu człowiekowi.

wartości oraz odpowiedzialności za siebie i drugiego człowieka. Powinna uzdalniać go do przyjęcia kierownictwa nad procesem własnego rozwoju.

Pomoc a przemoc

Niewłaściwe rozumienie istoty pomocy może prowadzić do sytuacji, w której relacja pomiędzy osobą lub instytucją udzielającą pomocy a osobą potrzebującą pomocy zamienia się w przemoc, czyli w jedną z form panowania: fizycznego, duchowego, moralnego, ideologicznego czy ekonomicznego [Janina Filek, *Rozważania wokół fenomenu pomocy*, w: *Ekonomia Społeczna* 2/2011 (3), s. 7-20; s. 15-17].

Przemoc może przybrać różnoraki charakter. Z **przemocą egzystencjalną** mamy do czynienia wówczas, gdy pomoc jest udzielana wbrew woli osoby. Działanie z pozoru wspierające, zamiast zwiększyć motywację człowieka potrzebującego lub wesprzeć jego możliwości w rozwiązywaniu istotnego problemu, osłabia go w każdym z tych wymiarów.

Przemoc w zakresie „słusznej wiedzy” zachodzi wtedy, gdy osoba udzielająca pomocy jest przekonana, że wie lepiej, jak potrzebujący powinien żyć i co robić, żeby zmienić swoje położenie. Zamiast stwarzania warunków, w których zwiększa się pole wolności i możliwość dokonywania samodzielnych wyborów, narzuca się osobie potrzebującej gotowe rozwiązania, nie zawsze adekwatne do jej sytuacji. Uniemożliwia się przy tym jej naturalne dojrzewanie zarówno do „wolności od” jak i „wolności do”. Ten rodzaj przemocy wiąże się ściśle z brakiem partycypacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą.

Przemoc instytucjonalna pojawia się tam, gdzie podejmowane działania prowadzą do uzależnienia osoby wspieranej od dalszej pomocy. Zamiast osoby samodzielnej, odpowiedzialnej za swoje życie, twórczo rozwiązującej problemy i „dającej” coś społeczeństwu, kreuje się człowieka uzależnionego od kolejnych form pomocy, czyli człowieka wyłącznie „biorącego” od społeczeństwa, co w skrajnych przypadkach może doprowadzić do wykreowania człowieka roszczeniowego.

Przemoc fundamentalna to pomoc pozbawiająca potrzebujących ich własnej godności, zamiast tę godność umacniająca. Pomoc niszcząca ludzką godność, bez względu na to, czy ma postać świadomych działań, czy też nieprzewidywanych wcześniej konsekwencji jest

przemocą fundamentalną, gdyż niszczy w człowieku to, co najbardziej podstawowe, czyli poczucie własnej wartości¹⁶.

Wreszcie pomoc może przybrać postać **przemocy ekonomicznej**, gdyż przynosi więcej korzyści tym, którzy jej udzielają niż tym, którzy jej doświadczają. Taka pomoc ma charakter instrumentalny, a u źródeł tej instrumentalności i związanej z nią przemocy leży interes własny udzielającego pomocy¹⁷.

Właściwe rozumienie pomocy

Osoba udzielająca pomocy człowiekowi znajdującemu się w skrajnej sytuacji życiowej powinna swoim oddziaływaniem:

- wzmacniać jego godność i poczucie wartości,
- rozwijać w nim zdolność do ponoszenia odpowiedzialności za siebie i innych ludzi,
- szanować jego wolę i tworzyć warunki do dokonywania wolnych wyborów,
- kreować człowieka samodzielnego i twórczo rozwiązującego swoje problemy,
- nie może odnosić więcej korzyści z udzielanej pomocy niż ten, któremu jest ona udzielana .

Proces reintegracji powinien sprzyjać wszechstronnemu rozwojowi człowieka i zmierzać w kierunku wprowadzania go w świat wartości podstawowych.

Procesy reintegracji oparte są na następujących zasadach: praca z osobą zamiast praca na rzecz osoby, pełny dostęp do informacji wszystkich uczestników procesu, przejrzystość działań oraz jednorodność języka komunikacji. Kolejnym istotnym warunkiem reintegracji jest zbudowanie konkretnej perspektywy poprawy sytuacji społeczno-zawodowej osób z grup wykluczonych oraz włączanie w pomoc osób, które pokonały swoje problemy i dzielą się swoim doświadczeniem z innymi (grupy wsparcia).

Reintegracja wymaga również interdyscyplinarnego podejścia polegającego na zintegrowaniu wielu dziedzin jak: pomoc społeczna, edukacja, kultura, sport, polityka zatrudnienia, religia,

¹⁶ Z tą formą przemocy jest często związane zjawisko resentymentu, któremu ulega spora liczba „zawodowych pomagaczy”. Mechanizm ten polega na tym, że pomagający pomagając wykluczonym, biednym czy zagubionym czują się bardziej wartościowi, bo są lepsi od tych potrzebujących pomocy, a żeby mocniej odczuć tę przewagę, czyli dla zwiększenia własnego dobrego samopoczucia, dają to niejednokrotnie odczuć swoim podopiecznym. Poniżenie i pozbawienie godności słabszych i potrzebujących pomocy podnosi bowiem w ich oczach własną wartość wzmacnia ich przekonanie o swojej wielkości czy wyjątkowości, a w skrajnej postaci prowadzi nawet do upodobnienia się do roli pana i władcy, który decyduje o byciu lub nie byciu swoich podopiecznych.

¹⁷ Interes własny może mieć wymiar zarówno materialny, jak i niematerialny (np. wizerunkowy lub prestiżowy). W ramach materialnego może mieć charakter finansowy lub w postaci dóbr, które pomagający przy okazji pomocy sam może wykorzystać. Dodatkowo, w przypadku instytucji publicznych czy organizacji obywatelskich udzielających pomocy mamy do czynienia nie tylko z deformacją pomocy, jaką jest biurokratyzacja, ale także z podtrzymywaniem zasadności trwania tych instytucji czy organizacji (co jest ich immanentnym własnym interesem) poprzez podejmowanie projektów pomocowych niezależnie od rzeczywistych potrzeb. Owa pierwotna instrumentalność dotycząca realizacji własnego interesu zostaje z czasem rozszerzona na instrumentalne traktowanie także tego, który właśnie potrzebuje pomocy i jest beneficjentem realizowanego projektu.

gospodarka, mieszkalnictwo, ekonomia społeczna itp. Zintegrowane polityki, odzwierciedlają holistyczną koncepcję rozwoju człowieka uwzględniającą rozwój funkcji intelektualnych, emocjonalnych, społecznych, zawodowych i życiowych [Sadowska, s.].

Partycypacja

Warunkiem, który powinien być bezwzględnie spełniony w każdym procesie reintegracyjnym jest partycypacja osób zagrożonych wykluczeniem w decyzjach, które ich dotyczą.

Personalistyczne ujęcie osoby ludzkiej zakłada jej podmiotowość, której przejawem jest udział w podejmowaniu decyzji mających wpływ na jej życie i sytuację. Dotyczy to również usług świadczonych przez instytucje pomocowe. Osoby doświadczające bezdomności, czy szerzej, wykluczenia społecznego, mają prawo partycypować w kształtowaniu skierowanego do nich systemu pomocy, a także w codziennych decyzjach, których konsekwencje one przede wszystkim odczują. Po stronie instytucji pomocowych, czy osób udzielających pomocy leży obowiązek włączania osób doświadczających wykluczenia w decyzje i działania ich dotyczące. W praktyce może się to wiązać ze zmianą struktury zarządzania wewnątrz instytucji/organizacji lub wprowadzeniem nowych rozwiązań.

W polskim systemie pomocy, w którym dominuje hierarchiczny sposób zarządzania, rzadko mamy do czynienia z partycypacją właściwie rozumianą. Osoby bezdomne nie mają realnego wpływu na oferowane im formy pomocy, sposób funkcjonowania placówek czy zasady przyznawania mieszkań wspieranych. To, w jakim stopniu zostaną włączone w proces podejmowania decyzji i przyjmowania rozwiązań zależy od instytucji i organizacji świadczących pomoc. Dla tych ostatnich oznacza to dzielenie się władzą, zmiany organizacyjne, a przede wszystkim przewrót w dotychczasowym postrzeganiu ludzi bezdomnych. Należy uznać, że mają oni prawo do posiadania oraz wyrażania swojej opinii na temat systemu pomocy i że ta opinia ma podstawowe znaczenie. I należy tak przeorganizować funkcjonowanie danej instytucji/organizacji, żeby ułatwić osobom korzystającym z jej pomocy udział w planowaniu i podejmowaniu decyzji.

W praktyce korzysta się z różnych form włączania osób doświadczających bezdomności. Przykładowo mogą to być:

1. Formy prepartycypacyjne (brak udziału w decyzjach): informowanie poprzez ulotki, broszury, udzielanie informacji w trakcie spotkań indywidualnych i grupowych;
2. Formy pośrednie (możliwość wyrażania opinii i pośredniego udziału w decyzjach) - konsultacje: ciała doradcze /zespoły, komitety, grupy/ osób korzystających z usług;

procedury zgłaszania skarg i zażaleń, badanie potrzeb użytkowników usług; uczestnictwo osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w konferencjach, seminariach, warsztatach dotyczących polityk publicznych i prezentowanie swojego stanowiska;

3. Formy partycypacyjne (udział w decyzjach):

- a) indywidualne – współdziałal w tworzeniu i realizacji IPWB i innych indywidualnych programów i planów; podejmowanie decyzji w zakresie doboru usług specjalistycznych; wolność w kształtowaniu przestrzeni mieszkalnej (np. w mieszkaniach wspieranych czy schroniskach); podejmowanie decyzji osobistych (np. wybór partnera, nawiązanie kontaktu z rodziną);
- b) grupowe - przedstawiciel użytkowników usług jest członkiem organu decyzyjnego placówki świadczącej usługę; spotkania społeczności placówki (mieszkańców i pracowników) – omawianie problemów, projektowanie rozwiązań; osoby bezdomne samodzielnie prowadzą placówkę (np. wspólnota), pozyskując niezbędne środki i ponosząc odpowiedzialność za przebieg procesów reintegracyjnych, partnerstwo lokalne i organizacje parasolowe wspierają je z zewnątrz;
- c) na poziomie lokalnym: osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością tworzą stowarzyszenia, a ich przedstawiciele biorą udział w spotkaniach partnerstwa lokalnego.

Rola wspólnoty samorządowej

Personalizm podkreśla społeczną naturę człowieka. Żyje on w odniesieniu do drugiego człowieka i wspólnot ludzkich¹⁸. Tutaj człowiek może dokonać wyboru dobra wspólnego jako dobra własnego i wziąć na siebie odpowiedzialność za innych członków wspólnoty. Sensem życia społecznego jest wszechstronny rozwój osoby ludzkiej, w tym (a może przede wszystkim) rozwój moralny.

Łączenie wolności z solidarnością jest szczególnie istotne w porządku ustroju gospodarczego, gdzie dla zachowania personalistycznego waloru życia gospodarczego wolność inicjatywy, przedsiębiorczości lub funkcjonowania rynku musi być sprzęgnięta z dobrem drugiego człowieka. Zasada solidarności realizowana jest zwłaszcza poprzez troskę o osoby upośledzone ekonomicznie lub poszkodowane życiowo. Wspólnota samorządowa powinna udzielać takim osobom wszechstronnej pomocy. Najważniejszym zadaniem wspólnoty samorządowej wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest stworzenie

¹⁸ Niemniej zawsze osoba jest przed wspólnotą i konstituuje wspólnotę.

konkretnej perspektywy zmiany ich sytuacji życiowej: podjęcia zatrudnienia i uzyskania docelowego mieszkania. Jeżeli nie będzie takiej perspektywy, wówczas proces reintegracyjny zatrzyma się w połowie drogi, a osoby bezdomne całymi latami będą uzależnione od systemu pomocy.

Społeczność lokalna jest tu rozumiana jako całość, w której obywatele pełnią różnorodne funkcje: niektórzy reprezentują mieszkańców w strukturach władz samorządowych, inni zrzeszają się w dobrowolne stowarzyszenia, jeszcze inni są przedsiębiorcami i pracodawcami. Jednak łączy ich działanie na rzecz dobra wspólnego. W takim ujęciu odchodzi się od myślenia sektorowego, które w pewien sposób polaryzuje środowisko lokalne, przeciwstawiając sobie „grupy interesów” i wzmacnia funkcjonowanie stereotypów oraz uprzedzeń, co w konsekwencji uniemożliwia realizację zasady partnerstwa.

Zakończenie

Powodzenie procesu pomocowego jest zależne od wielu czynników, spośród których najważniejsze to: dobrze skonstruowany system pomocy i właściwe relacje międzyludzkie respektujące godność i wolność osób, którym się pomaga. Przy czym ten drugi czynnik wydaje się być absolutnie zasadniczy. Dlatego niezwykle ważne jest, aby osoby pracujące w systemie pomocy osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością były odpowiednio do tej pracy przygotowywane. Poza nabywaniem wiedzy dotyczącej systemu pomocy powinny one przechodzić edukację formacyjną poruszającą kwestie etyczne i usprawniającą je do podejmowania pracy z człowiekiem będącym w skrajnej sytuacji życiowej.

Główne założenia Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB) jest to model rozwiązywania problemu bezdomności na poziomie lokalnym. Jest elementem szerszej polityki społecznej, i obejmuje działania na 3 poziomach: prewencji, interwencji i integracji. Zawiera katalog (pakiet) wystandaryzowanych usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w takich obszarach jak: partnerstwo lokalne, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, zatrudnienie i edukacja, streetworking, Model ten służy dopasowaniu wsparcia do potrzeb, możliwości i barier osób potrzebujących, sprzyja i służy upodmiotowieniu, włączeniu i partycypacji w proces rozwiązywania problemu.

Polityka społeczna w Modelu GSWB to zespół wzajemnie powiązanych instrumentów i długofalowych działań administracji publicznej i partnerów społeczno-gospodarczych

podejmowanych i realizowanych w zakresie zatrudnienia, zabezpieczenia społecznego, edukacji, zdrowia i mieszkalnictwa, których celem głównym jest integracja społeczna, zaspokajanie potrzeb oraz rozwiązywanie problemów społecznych.¹⁹

Na poziomie ogólnym Model GSWB stanowi kompleksową paletę, zestaw wzajemnie powiązanych, możliwych do wdrożenia wystandaryzowanych usług – pakiet dostępnych rozwiązań, pozwalający na konstruowanie na podstawie tej bazy modelu lokalnego „szytego na miarę”. To model funkcjonalny pozwalający na rozwiązywanie wielu wariantów problematyki. Na poziomie szczegółowym i lokalnym Model GSWB staje się układem i zestawem koniecznych, wybranych celowo i wzajemnie powiązanych wystandaryzowanych usług, skonstruowany w celu rozwiązania zdiagnozowanego i zdefiniowanego problemu lokalnego. To „uszyty na miarę” model logiczny (pozwalający rozwiązać szczególne uwarunkowanie problematyki), to indywidualna konstrukcja stworzona na potrzeby danej gminy. Paletowość polega właśnie na dowolnym doborze różnych instrumentów i narzędzi oferowanych przez Model i tworzenie unikalnego systemu usług dla osób bezdomnych według lokalnej specyfiki. W oparciu o szeroką diagnozę lokalną identyfikującą problemy, zasoby i możliwości, model lokalny budowany jest z wymaganych i koniecznych usług.

Aby mówić o Modelu konieczne jest wdrażanie usług we wszystkich obszarach, wzajemnie powiązanych tworzących lokalny system rozwiązywania problemu.

- partnerstw lokalnych
- pracy socjalnej
- mieszkalnictwa i pomocy doraźnej
- zdrowia
- zatrudnienia i edukacji.
- streetworkingu

Kluczowym i nadrzędnym dla Modelu GSWB, jest standard partnerstwa lokalnego, bowiem w partnerstwie realizowane są wszystkie usługi skierowane do osób bezdomnych. Partnerstwo lokalne tworzy ramy i warunki, w których wdrażane są usługi zgodnie ze standardami. W centrum organizowania usług znajduje się praca socjalna, której zadaniem jest koordynowanie całościowego wsparcia udzielanego osobom bezdomnym. Od pracownika socjalnego oraz zespołu z nim współpracującego, w oparciu o diagnozę potrzeb, deficytów i zasobów, zależy dobór i realizacja usług w obszarze zdrowia, streetworkingu, zatrudnienia i edukacji oraz mieszkalnictwa i pomocy doraźnej. Relacje między usługami prezentuje poniższy wykres.

¹⁹ Zmodyfikowana definicja z projektu ustawy o zasadach prowadzenia polityki społecznej

Rysunek nr 1. Relacje między usługami i obszarami usług w Modelu GSWB



Na każdy obszar składa wiele usług. Wdrożenie Modelu GSWB nie oznacza jednak realizacji wszystkich usług w danym obszarze np. mieszkalnictwa. To jakiego rodzaju usługi są wdrażane w danym obszarze zależy od pogłębionej diagnozy lokalnej, określającej potrzeby w tym zakresie.

Model GSWB z jednej strony opisuje rekomendowany system rozwiązywania problemu bezdomności (optimum). Natomiast standardy wyznaczają warunki niezbędne i konieczne do realizacji istniejących usług (minimum). Reguluje i porządkuje istniejącą już rzeczywistość usług dla osób bezdomnych oraz projektuje nowe usługi i wskazuje kierunki rozwoju na przyszłość.

Modele GSWB nie jest tylko sumą wystandaryzowanych usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Na Model GSWB składa się także niezbędna ścieżka przygotowania gruntu i wdrożenia systemu rozwiązywania problemu bezdomności w danej społeczności lokalnej. Ścieżka logiczna wdrożenia Modelu GSWB została podzielona na kamienie milowe:

- zawiązanie partnerstwa
- diagnoza lokalna
- przygotowanie strategii i programu
- wdrażanie strategii i programu
- monitoring i ewaluacja
- zaktualizowanie strategii i programu

Jakie są cele wdrażania Modelu GSWB?

Skuteczne rozwiązywanie problemu bezdomności jest możliwe. Wymaga to przeorientowania całej polityki społecznej, nie tylko pomocy społecznej, z perspektywy radzenia sobie z problemem i zarządzania nim, na perspektywę rozwiązania problemu, ograniczania jej skali a nawet zlikwidowania bezdomności. Koniecznym jest także podjęcie współpracy międzysektorowej i międzyresortowej.

Misja:

Wdrożenie Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności prowadzi do zbudowania w środowisku lokalnym kompleksowego systemu przeciwdziałania bezdomności oraz wspierania osób bezdomnych w procesie usamodzielniania się, cechującego się skutecznością pomocy i różnorodnością jej form, opartego o zasady poszanowania godności ludzkiej, subsydiarności i partycypacji.

Cele główne:

Zwiększenie skuteczności, efektywności i podniesienie jakości systemu rozwiązywania problemu bezdomności poprzez wdrożenie Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności zawierającego wystandaryzowane usługi skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, włączonego do lokalnej strategii i programu rozwiązywania problemu bezdomności.

Cele szczegółowe:

- Zmniejszenie skali zagrożenia bezdomnością oraz zahamowanie wzrostu liczby osób pierwszy lub kolejny raz doświadczających bezdomności.
- Zredukowanie zagrożeń zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i/lub publicznych.
- Zwiększenie poziomu integracji społecznej, skali wychodzenia z bezdomności i uzyskiwania samodzielności życiowej osób bezdomnych.
- Wzrost dostępności oraz ilości rzetelnych danych i badań problematyki bezdomności oraz systemu wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Stworzenie lub podniesienie jakości strategii/programu oraz międzysektorowego i międzywydziałowego partnerstwa lokalnego w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności.

Wyjście z bezdomności i samodzielność życiowa są w Modelu GSWB pojęciami podobnymi ale nie tożsamymi.

Wyjście z bezdomności polega przede wszystkim na ustabilizowaniu sytuacji mieszkaniowej i uzyskaniu własnej przestrzeni życiowej, którą można nazwać domem. Wyjście z bezdomności niekoniecznie związane jest z rozwiązaniem wszystkich problemów osoby, polega jednak na podjęciu działań do uzyskania samodzielności życiowej rozumianej jako zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych.

Pełna samodzielność życiowa jest trudna do osiągnięcia oznacza bowiem uzyskanie takiego stanu, w którym osoba uzyskuje formalnie prawo do mieszkania i w pełni radzi sobie z „rolą mieszkańca” (sfera mieszkaniowa), utożsamia się ze społeczeństwem i czuje się w pełni jego częścią (sfera społeczna), posiada umiejętności podjęcia aktywności i utrzymania się na rynku pracy (sfera zawodowa), posiada pełną niezależność finansową, sprawiającą, że bez pomocy ze strony państwa bądź innych organizacji potrafi się utrzymać (sfera socjalno-bytowa), ustabilizowała swój stan zdrowotny i dba o polepszenie swojej kondycji fizycznej (sfera

zdrowotna), a także rozwiązała swoje problemy natury psychologicznej i problem uzależnienia (sfera psychologiczna)²⁰.

Jeżeli osoba wyszła z bezdomności a nie osiągnęła pełnej samodzielności życiowej konieczne jest kontynuowanie wsparcia.

Czym jest prewencja, interwencja i integracja w Modelu GSWB?

Polityka społeczna oparta na rzetelnej wiedzy, musi być zintegrowana, wielosektorowa, mądrze koordynowana, posiadająca wsparcie opinii publicznej. Zorientowana na rozwiązywanie problemu bezdomności musi zawierać komponent prewencji, interwencji i integracji.

Cały model GSWB oraz obszary tematyczne usług uwzględniają działania w zakresie prewencji, szczególnie prewencji celowej, interwencji i integracji.

Prewencja – to zespół instrumentów i działań polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, której celem jest zapobieganie bezdomności w wymiarze jednostkowym, grupowym i społecznym. Usługi ukierunkowane na zapobieganie bezdomności wykorzystują różnorodne instrumenty i narzędzia. Wyróżniamy 3 rodzaje prewencji.

Prewencja celowa - odnosi się do bezpośredniego zabezpieczania osób, rodzin lub grup zagrożonych bezdomnością w sytuacji bezpośredniego ryzyka utraty mieszkania/dachu nad głową. Celem jest zmniejszenie ryzyka bezdomności. Polega na wykorzystaniu wybranych instrumentów, np. pomocy społecznej czy mieszkalnictwa i podjęciu wczesnej interwencji, zapobiegającej utracie domu i umożliwiającej pozostawanie osób w dotychczasowym środowisku. Przykładowym działaniem w zakresie prewencji celowej jest zapobieganie eksmisji poprzez programy aktywizacji społecznej i zawodowej, redukcja zadłużeń czy możliwość ich odpracowania poprzez tworzenie ekonomicznej możliwości spłacania długów i opłacalności podjęcia zatrudnienia. To głównie i przede wszystkim rozwiązania prewencji celowej znalazły się w Modelu GSWB.

²⁰ A. Dębska-Cenian, *Sfery oddziaływania jako odpowiedź na wyzwania społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych*, Od ulicy do samodzielności życiowej ..., Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2008

Prewencja systemowa - skierowana szczególnie do ludzi dotkniętych problemami społecznymi, które są czynnikami zwiększającymi zagrożenie bezdomnością np. uzależnieniami, ubóstwem, niepełnosprawnością, chorobami psychicznymi, bezrobociem, przemocą, ale dotyczy wszystkich obywateli. Celem jest zmniejszenie ryzyka zagrożenia bezdomnością. Polega na wykorzystywaniu instrumentów np. rynku pracy, służby zdrowia, mieszkalnictwa czy edukacji w przypadku ludzi, którzy mogą być potencjalnie zagrożeni bezdomnością, ale dotyczą ich innego rodzaju problemy (np. bezrobocie), jak również takich, których nie dotyczą ich żadne poważne problemy społeczne. Określenie „systemowa” wskazuje, że powinna oddziaływać na wszystkich obywateli, zabezpieczając ich przed kryzysem związanym z bezdomnością. Przykładowym działaniem w zakresie prewencji systemowej jest wspieranie rozwoju mieszkalnictwa społecznego poprzez tworzenie rynku mieszkań łatwo dostępnych dla ludzi o niskich dochodach.

Profilaktyka - odnosi się do całego społeczeństwa; celem jest zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie bezdomności i zagrożenia nią, a także redukcja zagrożenia doświadczania problemów społecznych. Profilaktyka jest ukierunkowana na komunikację społeczną i edukację, których zadaniem jest kształtowanie prawidłowych postaw związanych z sytuacją braku domu i budzenie świadomości znaczenia czynników prowadzących do bezdomności, tj. uzależnienia, przemocy domowej, chorób psychicznych, niepełnosprawności czy bezrobocia, tak aby chronić przed zagrożeniami, które potencjalnie mogą przyczynić się do niej. Działania takie skierowane są do wszystkich obywateli.

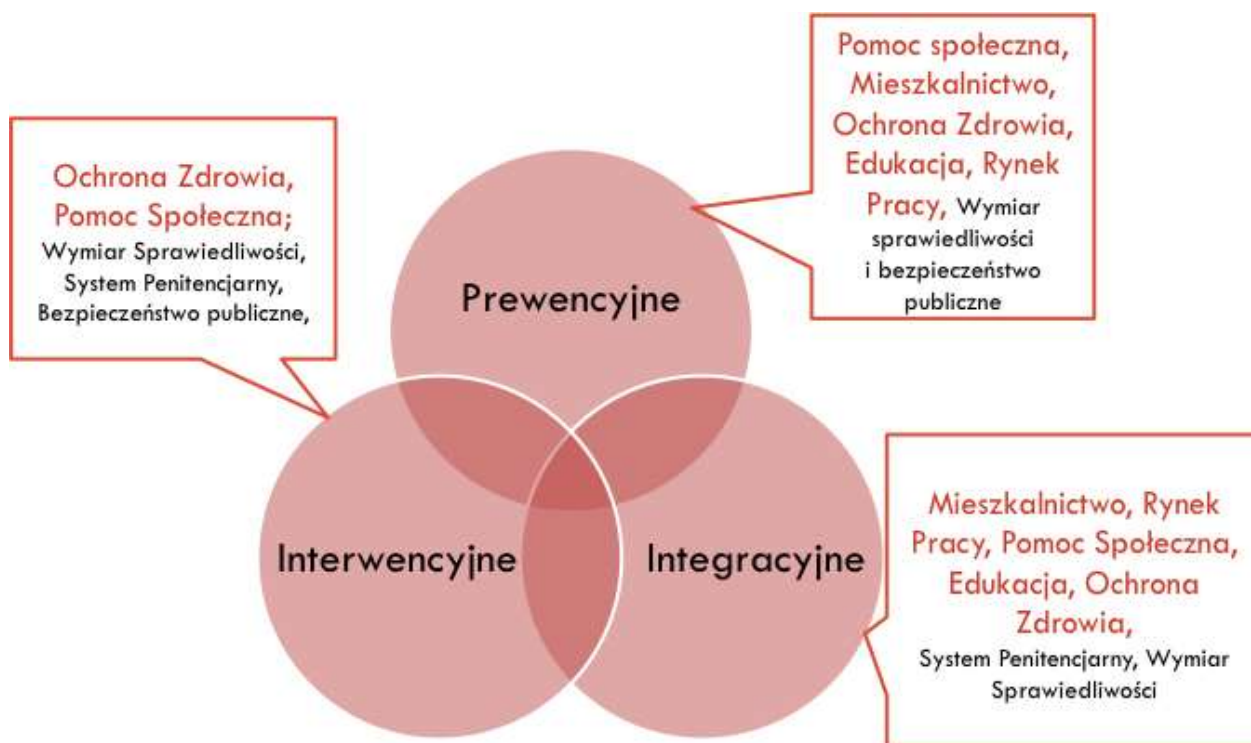
Interwencja – to zespół instrumentów i działań polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, polegająca na doraźnym i tymczasowym zapewnieniu wsparcia, którego zadaniem jest ochrona zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zabezpieczenie ich podstawowych potrzeb życiowych. Celem interwencji jest zminimalizowanie negatywnych skutków bezdomności oraz zmniejszenie skali bezdomności „ulicznej”. Przykładowym działaniem jest tutaj praca streetworkerów czyli ulicznych pracowników działających w środowisku osób bezdomnych lub funkcjonowanie interwencyjnych i niskoprogowych placówek dla osób bezdomnych.

Integracja – to zespół instrumentów i działań polityki społecznej w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, której celami są podniesienie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności, osób lub grup doświadczających bezdomności oraz uzyskanie przez nich samodzielności życiowej w kilku sferach, m.in. zawodowej, mieszkaniowej, społecznej, stosownie do potrzeb i możliwości ludzi bezdomnych. Integracja to wielowymiarowy proces

włączania lub przywracania osób bezdomnych w granice społeczeństwa i możliwość korzystania przez nie z pełni praw i usług dostępnych dla większości. Integracja nie zawsze oznacza samodzielność życiową, czasem rozwiązanie problemu bezdomności rozumianego jako uzyskanie własnego domu nie oznacza rozwiązania problemów związanych z wykluczeniem społecznym. Integracja społeczna dotyczy także osób starszych, schorowanych i niepełnosprawnych, które mają mniejsze szanse na wyjście z bezdomności czy usamodzielnienie, możliwe jest jednak rozwijanie i utrzymywanie aktywności społecznej i pełnie ról społecznych na najwyższym z możliwych dla nich poziomie, stąd instrumenty opiekuńcze są jednocześnie elementem integracji. Integracja w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności polega na wykorzystywaniu instrumentów z różnych sfer polityki społecznej tj. mieszkalnictwa, zatrudnienia, edukacji, zdrowia czy pomocy społecznej, w celu wydobywania tej grupy z bezdomności. Przykładowym działaniem w zakresie integracji jest wdrażanie mieszkań wspieranych dla osób bezdomnych.

Model GSWB skupia się głównie na instrumentach prewencyjnych, interwencyjnych i integracyjnych, które powiązane są wprost z bezdomnością lub bezpośrednim nią zagrożeniem. Stąd zorientowanie m.in. na prewencję celową, czy instrumenty integracji bezpośrednio obejmującą tę zbiorowość, a nie całą grupę osób wykluczonych. Poniżej prezentujemy wykres instrumentów Modelu GSWB w podziale na podmioty polityki społecznej oraz podmioty innych sfer, które je realizują. Bezpośrednio podmiotami polityki społecznej są instytucje i organizacje pomocy i integracji społecznej, zdrowia, edukacji, rynku pracy, mieszkalnictwa, pośrednio podmioty wymiaru sprawiedliwości, bezpieczeństwa publicznego, systemu penitencjarnego.

Rysunek nr. 2. Instrumenty prewencyjne, interwencyjne i integracyjne a instytucje i podmioty



W ramach Modelu GSWB wystandaryzowane usługi skierowane do osób bezdomnych i pogrupowano w 6 obszarów: partnerstwo lokalne, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zatrudnienie i edukacja, zdrowie oraz streetworking.

Partnerstwo lokalne nie jest usługą, raczej sposobem tworzenia i wdrażania usług skierowanych do osób bezdomnych, stąd jego kluczowa rola i nadrzędność wobec innych standardów. Standard partnerstw lokalnych podzielony został na kilka modułów: Idea i opis partnerstwa lokalnego; Inicjowanie i tworzenie partnerstwa lokalnego; Organizacja pracy, Funkcjonowanie i zarządzanie partnerstwem; Edukacja i promocja partnerstwa. Standard wskazuje na minimalne i rekomendowane warianty funkcjonowania partnerstw lokalnych, opisuje zasady działania, sposoby tworzenia wizji, misji i celów dla partnerstw lokalnych, ponadto precyzuje tryb i sposoby realizacji diagnozy, analizy potrzeb, problemów, zasobów i otoczenia. Opracowanie poświęcone partnerstwu lokalnemu wskazuje potencjalnych partnerów dla realizacji zadań związanych z rozwiązywaniem problemu bezdomności w sferze prewencji, interwencji i integracji.

Praca socjalna skierowana do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest usługą samą w sobie, w standardzie podzielona została na kilka modułów: Misja; Definicja; Charakterystyka i specyfika sytuacji życiowej osób bezdomnych; Budowanie relacji,

Diagnoza i działania interwencyjne, Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności (plan pracy i działania); Zapobieganie bezdomności; Organizacja pracy socjalnej oraz aneks wraz z wzorami narzędzi pracy socjalnej. Standard opisuje deficyty i problemy a także oddziaływania pracy socjalnej na siedem sfer funkcjonowania osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością: mieszkaniową, zawodową, społeczną, rodzinną, socjalno-bytową, psychologiczną, zdrowotną. Praca socjalna łączy i integruje w sobie wszystkie usługi i działania skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Mieszkalnictwo i pomoc doraźna stanowi obszar usług w zakresie zapewnienia schronienia i zakwaterowania oraz zaspokojenia podstawowych potrzeb, usługi zostały wystandaryzowane według niniejszego podziału: Ogrzewalnia; Noclegownia; Schronisko; Schronisko profilowane, Mieszkanie wspierane zespolone; Mieszkanie wspierane rozporoszone; Centrum Dziennego Wsparcia. Materiał opisuje sposoby łączenia i koordynowania różnych usług związanych z zapewnieniem zakwaterowania i wsparcia: Model drabinkowy, Model mieszkaniowy, Model palety. Standard wskazuje także na różne metody pracy realizowane na różnym poziomie placówek czy mieszkań wspieranych: Metoda wspólnotowa, Metoda Najpierw Mieszkanie. Standardy dla poszczególnych usług zostały podzielone na warianty minimalne i rekomendowane.

Zatrudnienie i edukacja stanowi także obszar usług skierowanych do osób bezdomnych i nią zagrożonych, standardy podzielone tutaj zostały na: Aktywizację społeczną; Edukację, Aktywizację zawodową i Zatrudnienie subsydiowane. Grupy usług w sferze zatrudnienia i edukacji zawierają cele, zakres przedmiotowy i podmiotowy usługi, zasoby, opis dokumentacji a także zakres instrumentów wykorzystywanych do realizacji usługi. Usługi w obszarze zatrudnienia i edukacji wykorzystują zarówno istniejące jak i nowotworzone instrumenty i działania pomocy i inegracji społecznej, rynku pracy oraz ekonomii społecznej.

Zdrowie jest także obszarem usług dla ludzi bezdomnych, standardy w niniejszym obszarze podzielono na poniższe usługi: Edukacja zdrowotna; Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych; Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych; Terapia oraz profilaktyka uzależnień; Opieka paliatywna (hospicyjna); Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa; Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych.

Streetworking podobnie jak praca socjalna jest usługą samą w sobie, standard opisany został według modułów niniejszej usługi: Misja; Definicja; Cele usługi, Zakres streetworkingu; Organizacja usługi w podziale na: badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych, obecność w środowisku i jego monitorowanie, nawiązywanie kontaktu, budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie i realizacja planu działań, zakończenie relacji, interwencje, reedukacja szkód; Dokumentacja, Mapa miejsc niemieszkalnych; Warunki realizacji usługi; Zasoby realizacji streetworkingu.

Do całego Modelu GSWB i wszystkich standardów oddzielnie opracowano monitoring i ewaluacja wraz ze wskaźnikami.

Przyporządkowanie poszczególnych usług do instrumentów prewencji, interwencji i integracji prezentuje poniższa tabela:

Tabela nr 4. Instrumenty prewencji, interwencji i integracji a usługi skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

	Prewencja	Interwencja	Integracja
Partnerstwo Lokalne	Partnerstwo lokalne		
Praca socjalna	Praca socjalna		
Mieszkalnictwo i Pomoc Doraźna	Mieszkania wspierane	Ogrzewalnie Noclegownie Schroniska (miejsca interwencyjne) Centrum Dziennego Wsparcia	Schroniska Mieszkania wspierane Centrum Dziennego Wsparcia
Zdrowie	Edukacja zdrowotna Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych Terapia oraz profilaktyka uzależnień	Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych	Edukacja zdrowotna Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych Terapia oraz profilaktyka uzależnień Opieka paliatywna (hospicyjna) Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

			Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgniacyjnych, rehabilitacyjnych
Zatrudnienie i edukacja	Aktywizacja społeczna Aktywizacja zawodowa Edukacja Zatrudnienie subsydiowane		Aktywizacja społeczna Aktywizacja zawodowa Edukacja Zatrudnienie subsydiowane
Streetworking		Streetworking	

Partnerstwo lokalne w Modelu Gminy Standard Wychodzenia z Bezdomności

Dlaczego Model GSWB opiera się na partnerstwie lokalnym? Jakie korzyści płyną ze współdziałania różnorodnych podmiotów na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności? Postulat realizacji działań w formule partnerstwa lokalnego jest odpowiedzią na potrzebę wielopłaszczyznowych i komplementarnych działań podejmowanych wspólnie przez zaangażowanych partnerów. Biorąc pod uwagę zakres i różnorodność problemów na jakie stara się odpowiedzieć Model GSWB (praca socjalna, mieszkalnictwo, usługi doraźne, zdrowie, edukacja, zatrudnienie), niemożliwym byłoby rozpatrywanie każdego z obszarów problemowych osobno – wymagają one bowiem całościowego podejścia i spójnego wsparcia adresatów działań. Udzielenie wymaganego kompleksowego wsparcia możliwe jest właśnie dzięki wspólnym działaniom, wymianie informacji, wzajemnej świadomości zasobów, synergii i oszczędności wynikającej ze współdziałania różnorodnych podmiotów²¹. Partnerstwo lokalne jest elementem wiążącym wszystkie części Modelu GSWB. Stanowi podstawę dla prawidłowo prowadzonych działań realizowanych wspólnie przez różne podmioty w pozostałych obszarach Modelu – pracy socjalnej, streetworkingu, zatrudnienia i edukacji, zdrowia oraz mieszkalnictwa i pomocy doraźnej. Bez stałej współpracy, wymiany informacji, budowania właściwych relacji oraz zrozumienia pomiędzy partnerami właściwa realizacja usług opisanych w Modelu byłaby praktycznie niemożliwa. Partnerstwo jest wreszcie odzwierciedleniem idei samorządności – rozwiązywania lokalnych problemów na tymże lokalnym szczeblu. Dzięki właściwemu zarządzaniu lokalnymi zasobami, współdziałaniu lokalnych podmiotów reprezentujących różne (lokalne) środowiska oraz bliskości zaangażowanych partnerów wobec problemów społeczności lokalnej, skuteczność rozwiązywania problemów społecznych jest znacznie wyższa niż w przypadku systemów

²¹ M. Bergmann, Partnerstwa lokalne – dlaczego warto współpracować?, http://www.ieries.com.pl/images/stories/artykuly/Partnerstwa_lokalne_-_dlaczego_warto_wsp%C3%B3lpracowa%C4%87_-_Magdalena_Bergmann_1.pdf

pomocowych administrowanych centralnie. Niezmiernie istotnym jest aby działania partnerstwa lokalnego dotyczyły nie tylko bezpośrednich działań pomocowych (w zakresie prewencji, interwencji i integracji), ale także rozwiązań systemowych (w szczególności z zakresu prewencji), czyli zmniejszania ryzyka bezdomności przy wykorzystaniu narzędzi dalece wykraczających poza tradycyjne rozumienie przeciwdziałania bezdomności – instrumentów rynku pracy, służby zdrowia, edukacji, a w szczególności mieszkalnictwa. Równie ważne jest wpisywanie się działań partnerstwa w lokalne dokumenty strategiczne – gminną strategię rozwiązywania problemów społecznych oraz gminny program rozwiązywania problemu bezdomności, a także dobór grup docelowych i narzędzi pomocowych w oparciu o prawidłowo przeprowadzoną diagnozę lokalną.

Dla prawidłowej realizacji zadań stojących przed partnerstwem niezbędne jest przyjęcie przez wszystkich partnerów określonych zasad współpracy. Wspólne sformułowanie zasad i prowadzenie działalności partnerstwa zgodnie z nimi pozwala na osiągnięcie większej skuteczności, a także na lepszą identyfikację partnerów z partnerstwem i ich wzajemną integrację. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w swoim podręczniku tworzenia partnerstw lokalnych na rynku pracy proponuje następujący zestaw zasad²²:

- równość partnerów wobec siebie – przystąpienie do partnerstwa powinno być dobrowolne, każdy z partnerów powinien być zaangażowany zgodnie z jego możliwościami na każdym etapie prac partnerstwa, zasada ta nie wyklucza naturalnej potrzeby istnienia lidera partnerstwa;
- budowanie partnerstwa oddolnie na poziomie lokalnym – rozwiązywanie problemów lokalnych powinno się odbywać poprzez działania osób bezpośrednio zainteresowanych i znających lokalne uwarunkowania i problemy;
- konsensus w planowaniu, solidarność we wdrażaniu – każdy z partnerów musi mieć możliwość uczestniczenia w procesie planowania i podejmowania decyzji;
- innowacyjność i kompleksowość podejmowanych działań – niezbędne jest zaangażowanie wszystkich partnerów, którzy mogą uzyskać korzyści z partnerstwa oraz podjęcie wszystkich niezbędnych działań, bez których nie ma możliwości uzyskania pożądanego efektu; partnerstwo powinno także zmierzać ku innowacji – podejmować się nowatorskich projektów, szukać niestosowanych wcześniej rozwiązań;

²² Przez współpracę do sukcesu. Partnerstwo lokalne na rynku pracy, red. A. Sobolewski, MPiPS, Warszawa 2007, <http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Departament%20Rynku%20Pracy/Podrecznik.pdf>

- zaufanie, otwartość i jawność działań – wszyscy partnerzy powinni otwarcie mówić o swoich oczekiwaniach i wzajemnie sobie ufać, zaś wszystkie decyzje i działania podejmowane w ramach partnerstwa powinny być jasne i uzasadnione;
- koncentracja na rzeczywistych problemach społeczności lokalnych – partnerstwo wymaga dobrego rozpoznania problemów (diagnozy), tak aby jego działania koncentrowały się na obszarach i osobach faktycznie wymagających wsparcia;
- łagodzenie konfliktów – członkowie partnerstwa nie mogą postrzegać siebie nawzajem jako konkurentów; w sytuacji konfliktu interesów partnerstwo powinno posiadać narzędzia do skutecznego zarządzania konfliktem;
- poszerzanie kręgu partnerskiego – otwartość formuły partnerstwa lokalnego pozwala uniknąć sztucznej elitarności oraz pomaga, dzięki włączaniu do partnerstwa coraz to nowych członków, odpowiadać na pojawiające się z czasem nowe problemy i wyzwania.

W oparciu o opisane powyżej reguły warto zastanowić się przez chwilę czym partnerstwo lokalne nie jest (w kontekście formuł współpracy często identyfikowanych w obszarze przeciwdziałania bezdomności i łagodzenia jej skutków):

- zlecaniem zadań publicznych – partnerzy powinni mieć poczucie równości w pracach partnerstwa oraz wspólnie identyfikować potrzeby i odpowiadać na nie; procedura konkursu na realizację zadań publicznych może być narzędziem partnerstwa – nie może go jednak zastępować;
- nieformalnym „dogadywaniem się” – sytuacja w której część lokalnych interesariuszy niejawnie dokonuje wiążących ustaleń jest najprostszą drogą od partnerstwa do konkurencji i konfliktu;
- działalnością motywowaną „poleceniem z góry” – każdy z partnerów powinien przystępować do partnerstwa dobrowolnie i czuć potrzebę uczestnictwa w nim;
- sposobem konsumpcji środków (np. unijnych) – tymczasowość partnerstw tworzonych „pod konkurs” powoduje nieprawidłową diagnozę problemów i zaburzenia w realizacji działań (związane z zakończeniem ich zewnętrznego finansowania); partnerstwo powinno przystępować do konkursu na dofinansowanie w celu sfinansowania zaplanowanych wcześniej działań odpowiadających na zidentyfikowane potrzeby – nie powinno się zawiązywać tylko i wyłącznie po to aby skonsumować dostępne środki.

Podsumowując niniejszy wstęp do rozważań nad partnerstwem lokalnym jako podstawą działań przeciwdziałających bezdomności i łagodzących jej skutki, warto na chwilę zatrzymać się nad kwestią samych partnerów, czyli instytucji, które mogą i powinny angażować się w działania partnerstwa lokalnego, jak również otoczenia partnerstwa, czyli instytucji, które będą oddziaływać na partnerstwo lub odczuwać oddziaływanie partnerstwa oraz warunków w jakich partnerstwo przyjdzie funkcjonować. Środowisko instytucjonalne (obejmujące pełny katalog potencjalnych członków i interesariuszy partnerstwa lokalnego) w jakim porusza się partnerstwo lokalne na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności można podzielić na²³:

- obligatoryjni członkowie partnerstwa – przedstawiciele i rzecznicy osób bezdomnych, jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej, organizacje i inne podmioty prowadzące usługi dla osób bezdomnych, publiczne służby zatrudnienia, instytucje systemu ochrony zdrowia, instytucje mieszkalnictwa (spółdzielnie, wspólnoty, zarządcy), służby mundurowe, media;
- otoczenie bliższe partnerstwa (instytucje, które mogą, ale nie muszą być członkami partnerstwa – mogą np. przyjąć pozycję „wspierającą” – jednak na pewno będą z partnerstwem wchodzić w interakcje) – jednostki samorządu terytorialnego (z wyłączeniem jednostek organizacyjnych pomocy i integracji społecznej), zarządcy przestrzeni, w których przebywają osoby bezdomne, wymiar sprawiedliwości, szkolnictwo, szkolnictwo wyższe, instytucje kształcenia ustawicznego, instytucje pieczy zastępczej, instytucje rzecznictwa obywatelskiego, agencje zatrudnienia, agencje pośrednictwa pracy, kluby pracy, sektor biznesu ze szczególnym uwzględnieniem zrzeszeń i cechów, instytucje kultury, instytucje kościelne i związki wyznaniowe, sektor bankowo-finansowy, instytucje i organizacje sportowe;
- otoczenie dalsze partnerstwa (instytucje mające wpływ na partnerstwo i jego interesy poprzez sterowanie czynnikami zewnętrznymi) – centralna administracja państwowa, partie polityczne, biura poselskie, ZUS, urzędy skarbowe, sanepid, związki zawodowe;
- czynniki zewnętrzne (określające warunki funkcjonowania partnerstwa) – polityczno-prawne, makroekonomiczne, socjokulturowe, infrastrukturalne.

²³ Szerzej podział na podmioty kluczowe (obligatoryjne) i rekomendowane do uczestnictwa w partnerstwie lokalnym prezentuje tabela „Potencjalni członkowie partnerstwa lokalnego z uwzględnieniem ich roli w trzech płaszczyznach działania” w części Modelu GSWB poświęconej partnerstwom lokalnym.

Powyższy wachlarz potencjalnych członków i interesariuszy partnerstwa lokalnego obrazuje rys. nr.3, zaś przykłady współpracy przy realizacji różnego rodzaju usług opisanych w dalszych częściach niniejszego opracowania przedstawiono w tab. nr.5

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

Rysunek nr 3. Wachlarz potencjalnych członków i interesariuszy partnerstwa lokalnego.

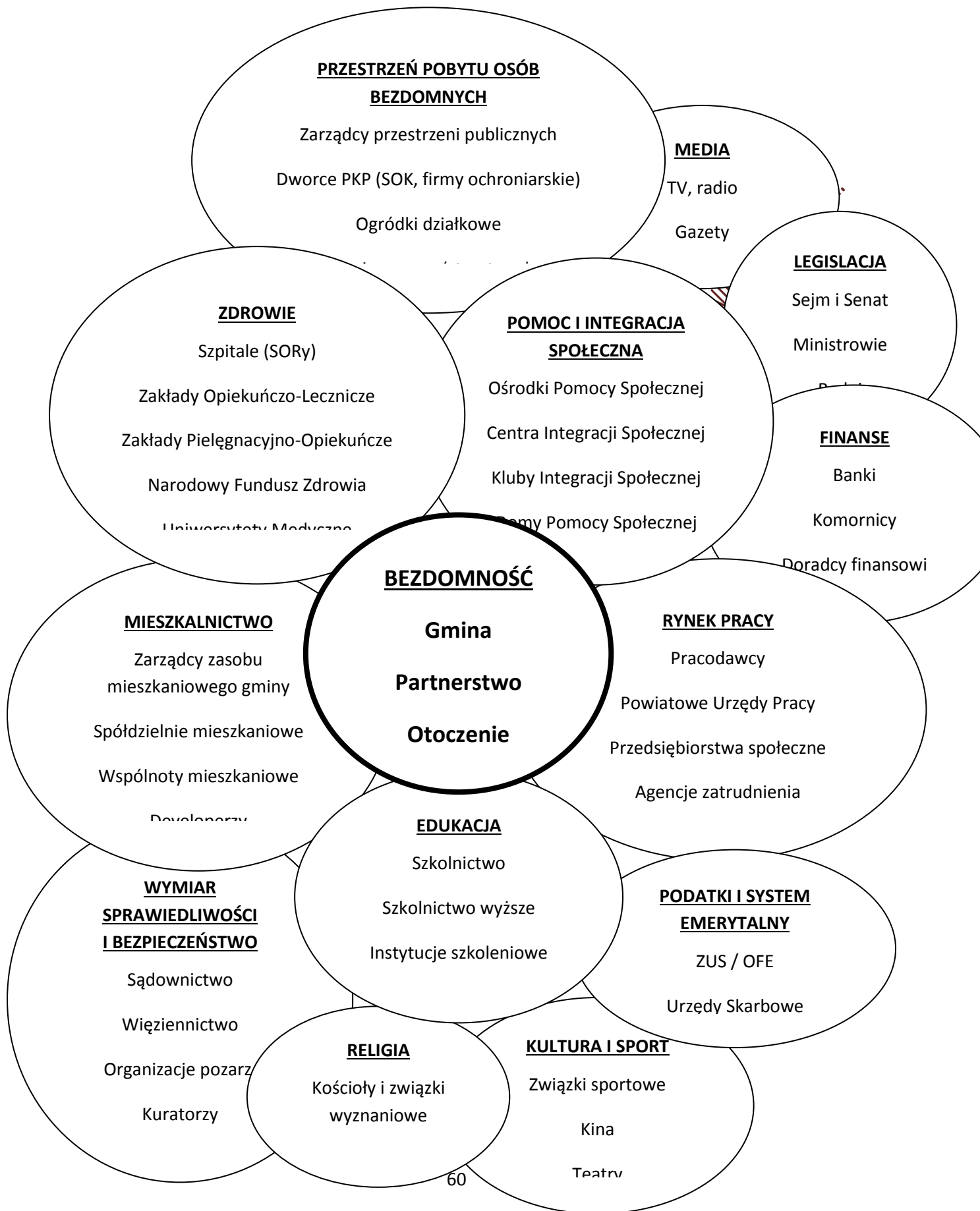


Tabela nr. 5. Przykłady współpracy członków partnerstwa lokalnego przy realizacji usług opisanych w Modelu GSWB.

Sfera	Prewencja	Interwencja	Integracja
Przestrzeń pobytu os. bezdomnych		Streetworking Tworzenie map miejsc niemieszkalnych	Świetlice, ogrzewalnie, punkty aktywizacji, sklepy społeczne, gazety uliczne
Zdrowie	Zapobieganie bezdomności osób opuszczających placówki ochrony zdrowia Prewencja w zaburzeniach psychicznych Profilaktyka uzależnień	Dyżury lekarza / pielęgniarki w placówkach dla osób bezdomnych Punkty doraźnej pomocy ambulatoryjnej Streetworking z lekarzem / pielęgniarką Dostęp do świadczeń (ubezpieczenia)	Opieka pielęgniarska (ZOP, ZOL) Terapia uzależnień
Pomoc i integracja społeczna	Praca socjalna z dłużnikami Zapobieganie bezdomności osób opuszczających pieczę zastępczą Świadczenia finansowe Wsparcie specjalistyczne pracy socjalnej Mentoring/coaching	Streetworking Interwencja kryzysowa Praca socjalna w placówkach niskoprogowych/interwencyjnych Świadczenia finansowe Wsparcie specjalistyczne pracy socjalnej	Praca socjalna w placówkach o wyższym standardzie (schroniska, wspólnoty) Realizacja Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności Programy aktywizacji społecznej Aktywizacja osób starszych w domach pomocy społecznej Świadczenia finansowe Wsparcie specjalistyczne pracy socjalnej Mentoring/coaching
Mieszkalnictwo	Przepływ informacji o dłużnikach do pomocy społecznej Praca socjalna z dłużnikami Dodatki mieszkaniowe Współpraca przy tworzeniu polityki mieszkaniowej	Prowadzenie placówek niskoprogowych/interwencyjnych	Prowadzenie placówek o wyższym standardzie (schroniska, wspólnoty) Mieszkania komunalne / socjalne Mieszkania chronione / wspierane Dodatki mieszkaniowe
Rynek pracy +	Odpracowywanie		Aktywizacja społeczna

edukacja osób bezdomnych (szkolenia + formalna)	<p>zadłużeń</p> <p>Aktywizacja społeczna i zawodowa w centrach i klubach integracji społecznej</p> <p>Instrumenty rynku pracy (staże, szkolenia)</p> <p>Tworzenie miejsc pracy</p> <p>Przedsiębiorczość społeczna</p> <p>Zatrudnienie wspierane</p>		<p>i zawodowa w centrach i klubach integracji społecznej</p> <p>Instrumenty rynku pracy (staże, szkolenia)</p> <p>Tworzenie miejsc pracy</p> <p>Przedsiębiorczość społeczna</p> <p>Zatrudnienie wspierane</p>
Wymiar sprawiedliwości i służby mundurowe	<p>Zapobieganie eksmisjom</p> <p>Zapobieganie bezdomności więźniów</p> <p>Rozkładanie zadłużeń w czasie</p> <p>Pomoc prawna</p> <p>Przemoc w rodzinie – zespoły interdyscyplinarne</p>	<p>Monitorowanie miejsc niemieszkalnych</p> <p>Asystowanie służbom pomocy w interwencjach</p> <p>Interwencja kryzysowa</p> <p>Odwożenie osób bezdomnych do schronisk</p>	<p>Rozkładanie zadłużeń w czasie</p> <p>Pomoc prawna</p>
Kultura i sport	<p>Festyny / pikniki (profilaktyka uzależnień, promocja problematyki)</p>		<p>Aktywizacja społeczna (wyjścia do placówek kulturalnych, sztuka, zawody sportowe)</p>
Finanse	<p>Doradztwo / treningi finansowe</p> <p>Rozkładanie zadłużeń w czasie</p> <p>Odpracowywanie zadłużeń</p>		<p>Doradztwo / treningi finansowe</p> <p>Rozkładanie zadłużeń w czasie</p> <p>Odpracowywanie zadłużeń</p>
System podatkowy i emerytalny	<p>Ustalanie prawa do świadczeń</p> <p>Komisje orzecznictwa niepełnosprawności</p>		<p>Ustalanie prawa do świadczeń</p> <p>Komisje orzecznictwa niepełnosprawności</p>
Legislacja	<p>Kontakty z lokalnymi politykami; wpływanie na politykę społeczną</p> <p>Wspieranie organizowanych wydarzeń</p> <p>Udział w komisjach rady gminy</p>		
Religia	<p>Opieka duszpasterska, wsparcie duchowe</p> <p>Promocja problematyki (edukacja parafian)</p> <p>Edukacja etyczna</p>		
Media	<p>Promocja problematyki</p>		

	Interwencje
Edukacja zewnętrzną i wewnętrzną partnerstwa lokalnego	Promocja problematyki Badania naukowe nad problemem bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego

Diagnoza lokalna w Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Dysponowanie instrukcjami konstruowania lokalnego systemu rozwiązywania problemu bezdomności nie jest wystarczającym warunkiem powodzenia. Co więcej operowanie tymi narzędziami w sprzyjającym klimacie, czyli korzystanie z przychylności władz samorządowych i podmiotów niezwiązanych bezpośrednio z sektorem pomocy społecznej, choć jest konieczne, aby osiągnąć powodzenie, nie jest również wystarczające. Jeśli można powiedzieć, że intuicje, wiedza spostrzeżeniowa, jednak nieusystematyzowana (dostrzeganie ludzi bezdomnych, stwierdzanie, że populacja się powiększa) są pretekstem do podejmowania działań na rzecz ludzi bezdomnych, to aby móc w sposób zadowalający skoncentrować się na rozwiązywaniu problematyki bezdomności, niezbędna jest precyzyjna identyfikacja zjawiska oraz jako pogłębienie, klasyfikacja jego kategorii. Właściwe tu określenie to lokalna diagnoza systemu pomocy osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością.

W niniejszym tekście został podjęty wysiłek naszkicowania odpowiedzi na kilka pytań związanych relacjami między zwalczaniem²⁴ (*combating*) bezdomności – czyli wdrażaniem rozwiązań zawartych w modelu GSWB, a diagnozowaniem, nie tylko samego zjawiska, ale również całego systemu służącego pracy z ludźmi bez domu. Pierwsze – w jakim celu przeprowadzać diagnozy systemu pomocy ludziom bezdomnym? Drugie – w jaki sposób diagnozować, jakie metody używać? Trzecie – kto powinien się tym zająć? Czwarte – jak często monitorować? I piąte – gdzie znaleźć pomocne wskazówki?

W odniesieniu do pierwszego pytania, już zasygnalizowano kilka możliwych powodów realizacji diagnoz w obszarze bezdomności, warto je nieco rozbudować, czyli określić jaką wartość dla wdrażania Modelu GSWB ma określenie skali zjawiska oraz dokonanie jego wewnętrznych klasyfikacji. Identyfikacja, rozumieć przez to należy precyzyjne wyodrębnienie i określenie problematyki bezdomności na tle innych lokalnych fenomenów społecznych w obszarze polityki społecznej, będzie się tu zawierać nie tylko

²⁴ Pojęcie to wymaga wyjaśnienia uprzedzającego naiwne interpretacje. U niektórych pojęcie „zwalczania bezdomności” może wywołać zdziwienie i uśmiech. Wynika to z uwikłania w perspektywę charytatywności, opiekuńczości, coraz częściej dziś nazywaną „zarządzaniem bezdomnością”. Natomiast kiedy myśleć o rozwiązywaniu problemu bezdomności najodpowiedniejszym pojęciem jest „zwalczanie zjawiska” poprzez wyprowadzanie ludzi z trudnej sytuacji życiowej.

określenie skali bezdomności, ale również zbadanie stanu wiedzy na jej temat lokalnych podmiotów, których zaangażowanie jest istotne w rozwiązywaniu tej problematyki. Jednak sama wiedza na temat skali, pozwoli realnie konstruować jedynie nieliczne elementy systemu usług dla ludzi bezdomnych – liczbę miejsc w placówkach jakie samorząd powinien (zgodnie z wymogami ustawowymi) oferować ludziom bezdomnym. Wiedza na temat skali nie pozwoli ani określić profilu tych miejsc, ani nie pozwoli przewidzieć jak rozłożyć akcenty w lokalnym systemie – czy powinien być sprofilowany wokół aktywizacji zawodowej (większość ludzi młodych, w dobrym stanie zdrowia), jak bardzo winny być rozbudowane usługi z obszaru zdrowia (jaki jest stan zdrowia lokalnej populacji), czy należy skoncentrować się na rozbudowie usług opiekuńczych (duży odsetek ludzi w podeszłym wieku, których powrót na rynek pracy należy postawić pod znakiem zapytania). By móc zdobyć wiedzę w tym obszarze należy nie tylko dokonać identyfikacji zjawiska, ale również dokonać jego wewnętrznych klasyfikacji. By stworzyć profesjonalny system wsparcia nie wystarczą same narzędzie do jego konstrukcji (poprzez to rozumieć należy tu standardy). Wykorzystując same narzędzia stosunkowo łatwo da się zbudować fasadę, pozór doskonałych rozwiązań, w rzeczywistości będą one chybione, ponieważ zafaknie łączności z rzeczywistością, z realnym światem ludzkich problemów. Tu konieczna jest wiedza na temat tego, jak ta bezdomność wygląda, nie tylko jakiej jest skali. Zatem istotne jest odkrycie proporcji między płciami. To ma wpływ na potrzebę tworzenia rozwiązań dla kobiet i mężczyzn, a również dla rodzin. Kolejną kwestią jest opisanie populacji pod względem jej wieku, ale i czasu pozostawania w bezdomności. Wiek pozwoli tworzyć usługi adekwatne do potrzeb, natomiast czas bycia osobą bezdomną niesie ze sobą istotną informację o skuteczności wcześniejszych rozwiązań. Zdrowotnie należy założyć – im średni czas pozostawania w bezdomności dłuższy tym mniej skuteczne były dotychczasowe rozwiązania. Nie mniej istotne jest też dokonanie identyfikacji stanu zdrowia, jak i gotowości do podjęcia zatrudnienia (subiektywnie – woli, obiektywnie – wykształcenia).

Diagnoza zbierająca informacje na powyżej zasygnalizowane tematy jest/powinna być środkiem pozwalającym zaadoptować Model GSWB do lokalnej specyfiki, tak aby ten odpowiadał potrzebom lokalnej społeczności ludzi bezdomnych. Tak skonstruowany system nie będzie jedynie agregacją zaproponowanych w standardach rozwiązań, ale taką ich kombinacją, która jest możliwie najbardziej optymalna z perspektywy zwalczania zjawiska bezdomności.

Jak diagnozować? Na podstawie tego co wyżej napisane można wnioskować, że tematykę diagnozy wyczerpuje realizacja badania socjodemograficznego – określającego skalę oraz profil psychospołeczny lokalnej społeczności ludzi bezdomnych. Gromadzenie informacji o samych osobach bezdomnych można również oprzeć na szeroko promowanym korzystaniu z baz danych, rejestrów usługobiorców. Usługodawcy (prowadzący placówki) zazwyczaj prowadzą rejestry klientów, podejmowane są również wysiłki tworzenia rozbudowanych baz, w oparciu o które można by odtwarzać historię bezdomności i korzystania z pomocy konkretnych osób. Byłyby to doskonałe źródła informacji, jednak w obecnej chwili projekty te wydają się odległe od realizacji, tym bardziej od wprowadzenia do powszechnego użycia. Obecnie tradycja badań socjodemograficznych jest jedynym od lat testowanym źródłem wiedzy o osobach bezdomnych, a w szczególności tych przebywających w miejscach niemieszkalnych. Jest to ważna składowa kreśląca adekwatnego obrazu problematyki, ale nie wystarczająca. Kompletna diagnoza powinna dawać nie tylko obraz bezdomności, ale również odpowiadać na pytanie – jak samorząd poprzez swe instytucje postrzega tę problematykę i jaki ma do niej stosunek. Czy lokalna władza uznaje bezdomność w ogóle za problem czy dopuszcza istnienie tego zjawiska na swoim obszarze (może są skrytymi orędownikami swoistego solipsysmu²⁵ i twierdzą, że jeśli czegoś nie ma w rejestrach to najpewniej to nie istnieje). Aby zbadać te kwestie warto obrać drogę kombinowania metod pozyskiwania informacji. Za punkt odniesienia w tym wypadku posłużyć może *Metodologia realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym*. Tam czytelnik znajdzie połączenie pięciu metod pozyskiwania informacji niezbędnych do opracowania rzetelnej diagnozy: badanie dokumentów; analiza treści; pogłębione wywiady indywidualne; wywiad grupowy; zasięgnięcie opinii osób bezdomnych.

Poniżej bardzo skrótko przybliżone zostaną te sposoby pozyskiwania informacji. Badanie dokumentów, inaczej źródeł wtórnych, polegać powinno na identyfikacji oraz dotarciu do oficjalnych (opracowanych przez władze lokalne czy wpływających na ich działanie) materiałów, można tu wymienić wszelkie strategie, plany działania, uchwały, ale też wnioski projektowe, porozumienia między samorządem a organizacjami pozarządowymi, również sprawozdania np. MPiPS 03. Słowem, celem jest dotarcie do tych materiałów, w których bezpośrednio lub pośrednio mowa o bezdomności i na tej podstawie można określić wagę tej problematyki dla gminy, jej natężenie w oczach samorządu, jak i w pewnym zakresie skalę podejmowanych działań – ze sprawozdań. Badanie dokumentów pozwala dowiedzieć

²⁵ W wulgarnym uproszczeniu – przekonania, że to, co nie jest postrzegane nie istnieje.

się, jak kształtuje się problem bezdomności w świetle oficjalnych dokumentów. Kolejna metoda – analiza treści – jest, można tak to określić, pogłębieniem i usystematyzowanym podejściem do badania dokumentów. Cel jest tu w zasadzie identyczny z celem poprzedniej metody. Analiza przeprowadzana jest w oparciu o liczne „słowa, zwroty klucze”, których szuka się w tekście i zlicza częstość ich pojawiania się, to pozwala powiedzieć na ile dana tematyka jest istotna dla autorów, sygnatariuszy danego dokumentu. Dla przykładu, częstotliwość pojawiania się słowa „bezdomność” w dokumencie strategicznym może świadczyć o wadze tej problematyki dla władz samorządowych, więcej jeszcze jest wstanie powiedzieć analiza kontekstu w jakimi szukane słowa się pojawiają. Badanie dokumentów i analiza treści to źródła wiedzy stanowiące jedną linię gromadzenia danych, nie wymagającą badań terenowych, natomiast drugą są indywidualne wywiady pogłębione oraz wywiady grupowe. Wywiady indywidualne mają pozwolić zobrazować opinie badanych na temat lokalnych rozwiązań w zakresie bezdomności. Drugą ich wartością jest możliwość dostarczenia propozycji pożądanym w gminie rozwiązań. Ważną kwestią przy przeprowadzaniu tej części diagnozy jest odpowiedni dobór rozmówców do wywiadów indywidualnych. Powinny to być tzw. kluczowi informatorzy, czyli takie osoby, które mają wiedzę na temat funkcjonowania systemu pomocy osobom bezdomnym na danym obszarze, są to np. przedstawiciele organizacji i instytucji tworzących ten system. Wywiad grupowy to droga obiektywizacji/zestawienia, zarówno rezultatów badania dokumentów, jak i wyników pogłębionych wywiadów indywidualnych. Uczestnikami są tu raczej te same osoby, z którymi rozmawiano w wywiadach indywidualnych, ale ich wcześniejsze wypowiedzi konfrontowane są ze sobą wzajemnie, a także z rezultatami analizy treści. Taki zabieg może przyczynić się do uzyskania adekwatniejszego obrazu lokalnego systemu pomocy ludziom bezdomnym. W zbieraniu opinii o lokalnym systemie oraz propozycji jego zmian nie wolno zapominać o zdaniu głównych zainteresowanych – samych osób bezdomnych. Tu poza określaniem kwestii socjodemograficznych warto pytać o historię korzystania z pomocy, o perspektywę systemu, jaką posiadają osoby bezdomne. To, jak pomoc, swoje szanse na odmianę życia postrzegają wykluczeni, jest istotne z perspektywy budowania systemu opartego na pojęciu „zwalczania bezdomności”.

Po zasygnalizowaniu jak można diagnozować warto dokonać próby powiedzenia kto powinien być odpowiedzialny za ten wysiłek. Zespół badawczy podejmujący się diagnozowania poza podstawowym doświadczeniem w obszarze wykorzystywanych w procesie metod badawczych bezwzględnie powinien składać się z osób posiadających pewne

rozeznanie w zakresie problematyki badawczej. Badacze na bezdomności znać się powinni, inaczej mimo skrupulatnego zastosowania metodologii osiągnięte rezultaty mogą być dalekie od zadowalających. Teraz warto na chwilę zatrzymać się przy zagadnieniach związanych z praktyczną realizacją diagnoz.

Najważniejsza wydaje się wola samej gminy do przeprowadzenia diagnozy. Jest to istotne z kilku powodów, najprozaiczniejszym jest zabezpieczenie finansowej jej wykonawców. Ponadto bez współpracy i zaangażowania ze strony samorządu bardzo trudno byłoby zrealizować to zadanie. Brak zaangażowania może sparaliżować nawet pozyskiwanie dokumentów do analizy treści, nie mówiąc o tworzeniu listy tzw. kluczowych informatorów, czyli rozmówców do wywiadów indywidualnych i do wywiadu grupowego. Poza wolą diagnozowanie należy pamiętać o podjęciu współpracy z badaczem rozeznanym w obszarze problematyki bezdomności. Jest to istotne ponieważ brak podstawowej wiedzy w tym zakresie (bezdomności i systemu pomocy ludziom bezdomnym) owocuje biernością badacza w tworzeniu listy kluczowych informatorów (nie będzie on w stanie zweryfikować wagi zaproponowanego do wywiadu przez gminę rozmówcy). Również brak znajomości przekładać może się na wymierne trudności w pogłębianiu ważnych zagadnień w trakcie realizacji badań terenowych. To z kolei sparaliżuje właściwe klasyfikowanie i interpretowanie materiału badawczego. Tym samym otrzymane wnioski najpewniej będą dalekie od opisywanej rzeczywistości. Pewnym rozwiązaniem jest tu podjęcie działań edukacyjnych zespołu badawczego przed rozpoczęciem realizacji samej diagnozy. Właściwym materiałem w tym zakresie jest część przywołanej wcześniej metodologii diagnoz lokalnych zatytułowana *Materiał szkoleniowy dla osób realizujących lokalne diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym*. Takie rozwiązanie pozwala przy diagnozowaniu bazować na szerokim gronie badaczy, którzy odpowiednio wcześniej zostają przeszkoleni z problematyki bezdomności.

Czy jednorazowa diagnoza wyczerpuje potrzebę monitorowania? Jeśli nie to z jaką częstotliwością ją powtarzać? Wydaje się, że niewłaściwe byłyby odniesienia do pomorskiej praktyki badania socjodemograficznego – częstotliwość badania co dwa lata jest zbyt duża. W niniejszym miejscu właściwsze wydaje się synchronizowanie diagnozowania z ewaluowaniem wdrożonego Modelu GSWB. Intuicja podpowiada, że warunkiem wdrożenia Modelu musi być diagnoza, natomiast dalej może być powtarzana jednak wydaje się, że właściwe będzie powtarzanie diagnozy w odstępach 3-5 letnich. Jeśli gmina posiada odpowiedni dokument strategiczny, diagnozować należy nie rzadziej częściej niż okres obowiązywania lokalnego dokumentu strategicznego w zakresie bezdomności.

Powyższy tekst nie stanowi, w żadnej możliwej interpretacji, punktu wyjścia do tworzenia metodologii diagnozowania. **Właściwa metodologia już istnieje: *Metodologia realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym*, została opracowana przez zespół ekspertów pod kierownictwem Macieja Dębskiego w składzie Barbara Goryńska-Bittner, Sławomir Mandes, Aleksander Pindral, Mirosław Przewoźnik, Marcin J. Sochocki.** Tu pozostaje jedynie zachęcić do jej refleksyjnego stosowania.

* * *

Możliwe są dwa podejścia do diagnozowania. W każdym z podejść należy przestrzegać następujących kroków implementacji metodologii diagnozy lokalnej:

- wybór zespołu ds. diagnozy i koordynatora,
- sporządzenie listy zadań i podział pomiędzy członków zespołu,
- zapoznanie się z Metodologią, która opiera się na zastosowaniu następujących metod badawczych:
 - analiza treści (analiza źródeł wtórnych, desk research)
 - wywiad kwestionariuszowy skierowany do osób bezdomnych
 - indywidualny wywiad pogłębiony z osobami kluczowymi
 - zogniskowany wywiad grupowy.
- wyznaczenie osób, które przeprowadzą analizę treści oraz analizę źródeł wtórnych
- pozyskanie osób, które przeprowadzą wywiady kwestionariuszowe z osobami bezdomnymi oraz indywidualne wywiady pogłębione z osobami kluczowymi
- wydruk kwestionariuszy
- ustalenie z poszczególnymi placówkami terminów prowadzenia wywiadów
- koordynacja pracy w terenie (spotkania organizacyjne, przydział ankiet, ustalenie terminów, odbiór ankiet, wydanie zaświadczeń dla studentów)
- umówienie spotkań z osobami kluczowymi
- zorganizowanie zogniskowanego wywiadu grupowego
- opracowanie raportu (wraz z rekomendacjami zmian).

Pierwsze podejście (diagnoza przeprowadzana przy angażowaniu środków finansowych) z wykorzystaniem środków finansowych. W tym podejściu to partnerstwo/gmina zlecają realizację diagnozy wyspecjalizowanemu podmiotowi, który w oparciu o przywołaną wcześniej metodologię przeprowadzają diagnozę. To podejście daje partnerstwu komfort minimalnego angażowania się w diagnozowanie. Zaangażowanie gminy oraz partnerów ogranicza się do: a) udostępniania dokumentów, sprawozdań, gromadzonych danych, które podlegać będą analizie i interpretacji; b) uczestnictwa w indywidualnych wywiadach pogłębionych, w wywiadzie grupowym; c) udzielenia wsparcia organizacyjnego w realizacji wywiadów kwestionariuszowych z osobami bezdomnymi. Przy tym podejściu gmina jest zwolniona z trudnego i odpowiedzialnego zadania opracowania raportu z diagnozy. Innym zyskiem takiego podejścia jest to, że autorami raportu będą osoby niewiązane w partnerstwo i w lokalne relacje.

W **drugim** podejściu (**diagnoza realizowana bezkosztowo**), jeśli gmina nie dysponuje środkami finansowymi na realizację diagnozy, to może ją przeprowadzić samodzielnie, „bezkosztowo”, tzn. bazując na zaangażowaniu, pracy wolontariackiej pracowników Partnerstwa. Brak środków finansowych wiąże się z wieloma zagrożeniami w trakcie realizacji diagnozy. Po pierwsze powodzenie realizacji diagnozy będzie zależne od zaangażowania jej realizatorów, którzy całą pracę wykonywać będą „po godzinach”. Po drugie istnieje ryzyko wynikające z uwiąkania autorów diagnozy w lokalne relacje – co najzwyczajniej oznacza, że może stać się tak, że nie wszystkie zależności, wady, ale i osiągnięcia lokalnego systemu zostaną zastrzeżone. Po trzecie realizacja diagnozy bez angażowania finansów wiąże się z pozyskiwaniem wolontariuszy do przeprowadzania wywiadów kwestionariuszowych, wywiadów pogłębionych, wywiadu grupowego. Po czwarte przeprowadzenie analizy treści (przedarcie się przez dokumenty produkowane przez gminę i poszczególne organizacje, wyciągnięcie z nich kwestii dotyczących bezdomności, ich interpretacja) jest zajęciem czasochłonnym i może okazać się trudne dla osób nie posiadających doświadczenia w tym zakresie. Po piąte ważne dla powodzenia diagnozy przeprowadzanej w taki sposób będzie pozyskanie specjalisty, który ma doświadczenie w przeprowadzaniu diagnoz, ewaluacji czy badań społecznych, który udzieliłby wsparcia merytorycznego oraz formalnego przy tworzeniu raportu. Pomocne przy realizacji diagnozy bezkosztowo jest zaangażowanie do pomocy studentów, ale również pracowników akademickich, zwłaszcza przy przeprowadzaniu prac terenowych (realizacji wywiadów) i przy opracowywaniu raportu (analizie i interpretacji materiału, tworzeniu rekomendacji).

Przeprowadzenie diagnozy bezkosztowo jest możliwe, wymaga jednak bardzo dużo zaangażowania i pracy ze strony pracowników partnerstwa. Najtrudniejszym elementem nie jest samo zebranie danych, ale ich interpretacja i analiza, następnie napisanie raportu, opracowanie rekomendacji zmian. Pamiętać należy, że od jakości diagnozy, solidności opracowanych wniosków, rekomendacji zależy jakość dalszych etapów wdrażanie Modelu GSWB.

Warunkiem koniecznych realizacji diagnozy jest jej przeprowadzenie w oparciu o **Metodologię realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym**.

Uzyskane dane można wzbogacić o **badanie sytuacji mieszkaniowej oraz zadłużeń czynszowych osób korzystających ze wsparcia OPS**. Celem tego rozszerzenia diagnozy jest uzyskanie informacji o skali i wymiarze zadłużeń mieszkaniowych klientów pomocy społecznej. Nawiązując współpracę ze spółdzielniami mieszkaniowymi można dociekać skali zadłużeń osób, które jeszcze nie są klientami pomocy, ale z racji narastających długów, znajdują się w grupie zagrożonych bezdomnością. Badanie można przeprowadzić w oparciu o kwestionariusz ankiety, która będzie wypełniania przez osoby korzystające ze wsparcia OPS. Próbuąc określić skalę zadłużeń można również zasięgnąć opinii władz gminy (w zakresie mieszkań komunalnych, socjalnych, pomieszczeń tymczasowych). Z badania należy sporządzić raport.

Drugim sposobem poszerzenia diagnozy lokalnej jest przeprowadzenie **warsztatów partycypacyjnych**. Jest to sposób pozyskania opinii osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością o rozwiązaniach jakie się im proponuje, jednocześnie to sposób na włączenie klientów pomocy społecznej w proces kształtowania usług. W związku z tym przeprowadzenie warsztatów jest sensowne tylko i wyłącznie wtedy, gdy mogą w nich uczestniczyć osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością. W warsztatach uczestniczyć powinni też przedstawiciele wszystkich podmiotów i instytucji ważnych z punktu widzenia rozwiązania problemu zagrożenia bezdomnością i bezdomności.

Warsztaty powinny być moderowane, nakierowane na włączenie głosu klientów pomocy w proces projektowania usług. Można realizować jeden warsztat, ale również dopuszczane jest przeprowadzenie większej ich liczby, np. zgodnie ze standardami składającymi się na Model GSWB.

Podstawą diagnozy jest **Metodologia realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym**, którą można poszerzać o badanie sytuacji mieszkaniowej oraz zadłużeń czynszowych osób korzystających ze wsparcia OPS oraz warsztatów partycypacyjnych.

Wyniki diagnozy stanowią podstawę do opracowywania Gminnego Programu Rozwiązywania Problemu Bezdomności.

Strategia wdrażania Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Celem wdrażania Modelu Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności jest rozwiązywanie problemu bezdomności w tym zapobieganie i ograniczenie skali bezdomności - zmniejszenie liczby osób, które są bez dachu nad głową. Całkowite wyeliminowanie tego zjawiska jest raczej niemożliwe. Ważne, aby jak najwięcej osób wyszło z bezdomności. Natomiast ci, którzy z racji swojego wieku, stanu zdrowia itp. nie są w stanie temu sprostać - mieli warunki do pełnego, godnego życia i aktywności społecznej. Dlaczego do tej pory nie udało się osiągnąć tego zamierzenia?

W Polsce, drugiej dekady XXI wieku brakowało spójnej, opartej na rzetelnej diagnozie zintegrowanej strategii wobec bezdomności i zagrożenia bezdomnością. Do jej opracowania obligowało nas członkostwo w Unii Europejskiej. Komisja Europejska w 2010 roku przygotowała Wspólny Raport o Zabezpieczeniu Społecznym i Włączeniu Społecznym, który nakłada na kraje unijne obowiązek opracowania i realizowania takiej strategii. Wszystkie te czynniki wewnętrzne (skala zjawiska, brak skutecznych programów) i zewnętrzne (unijne wymogi) miały wpływ na podjęcie prac nad Modelem Gminnym Standardem Wychodzenia z Bezdomności (GSWB).

Mimo, że problemem bezdomności zajmuje się wiele organizacji pozarządowych i instytucji polityki społecznej to liczba osób bezdomnych nie maleje. Zaangażowanie licznych podmiotów publicznych i społecznych, działaczy organizacji pozarządowych i samorządowców jest godne uznania. Jednak ich wysiłki, mimo, że zazwyczaj pełne dobrej woli a nawet poświęcenia, nie przynoszą pozytywnych zmian jeżeli chodzi o skalę bezdomności. Można powiedzieć, że dotychczasowe sposoby działania jedynie umacniają „status quo”. Często dotyczą raczej dbania o jakość świadczonych usług w danej noclegowni czy schronisku, a nie o realną pomoc w usamodzielnianiu się osób bezdomnych. Paradoksalnie, ograniczenie pomocy bezdomnym do troski o lepsze warunki w miejscach ich pobytu przyczynia się do wzmacniania postaw bezradności, społecznego wykluczenia.

Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności jest przewodnikiem pomagającym partnerstwu lokalnym, w tym przede wszystkim samorządom gminnym, zbudować kompleksowy system zapobiegania i wychodzenia z bezdomności przy wykorzystaniu szerokiego instrumentarium pomocy i wsparcia.

Czy jest też strategią? Raczej narzędziem strategii, scenariuszem działań, które należy stosować rozwiązując problemy wykluczenia społecznego na najniższym, dotyczącym lokalnej społeczności poziomie.

W Polsce jest około 2, 5 tys. gmin, z czego najwięcej gmin wiejskich. Na tym podstawowym, wspólnotowym szczeblu organizacji samorządowej percepcja problemów społecznych jest najlepsza. To tutaj osoby wykluczone nie są anonimową masą poddającą się wspólnemu mianownikowi (np. „bezdumni”, „uzależnieni”, „niepełnosprawni”), ale pozostają nadal konkretnymi ludźmi, znanymi z sąsiedztwa, pracy, sklepu czy kościoła. Wobec takich osób - nawet z pozycji dyrektora, burmistrza, wójta czy prezesa – łatwiej niż wobec kogoś z anonimowego tłumu - uruchomić osobiste zaangażowanie, współodczuwanie. Opis tych emocjonalnych stanów niezbyt często pojawia się w oficjalnych pismach czy strategicznych rozwiązaniach. Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności zakłada i zaleca podmiotowe, empatyczne traktowanie osób w sytuacji kryzysu bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością. Model można z powodzeniem implementować w każdej gminie w Polsce. Nie jest istotne, czy to będzie największa gmina Warszawa, czy też najmniejsza - podkarpacka Cisna. Model GSWB okazuje się przydatny zarówno w gminie, w której są setki bezdomnych jak i w tej, w której nie ma ani jednej osoby bez dachu nad głową. Mimo, że w nazwie Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności nacisk położono na „wychodzenie z bezdomności” to model jest w równej mierze przydatny do zapobiegania bezdomności.

Model, którego poszczególne usługi prezentujemy w dalszej części opracowania jest więc paletą, z której w miarę potrzeb i możliwości można korzystać, zachowując pewną hierarchiczność wprowadzania sześciu obszarów GSWB (patrz rozdział „Model GSWB”) Łączy on w sobie model drabinkowy oraz model mieszkaniowy w rozwiązywaniu problemu bezdomności, posiada całe spektrum różnych instrumentów i narzędzi, które są dobierane i wykorzystywane według lokalnych potrzeb i problemów. Główne etapy wdrażania GSWB to:

1. Zawiązanie partnerstwa,
2. Przeprowadzenie diagnozy lokalnej,
3. Opracowanie strategii i programu,
4. Wdrażanie strategii i programu,
5. Prowadzenie monitoringu i ewaluacji,
6. Aktualizowanie strategii i programu,

Ad.1. Zawiązanie partnerstwa. Warunkiem koniecznym wdrażania GSWB jest zawiązanie partnerstwa. Kto może być inicjatorem tego działania? Wystarczy zajrzeć do rozdziału Standard „Partnerstwo lokalne” i zaznajomić się z listą wskazanych tam podmiotów, aby przekonać się, że uczestnikiem partnerstwa jak i jego inicjatorem może być każdy. Dosłownie każdy. Zarówno burmistrz, dyrektor OPS, prywatny przedsiębiorca jak i przeciętny mieszkaniec gminy, któremu nie są obojętne problemy społeczne. Może nim być także osoba bezdomna, czy też grupa ludzi bezdomnych, lub tych którzy obawiają się, że grozi im utrata mieszkania lub społeczne wykluczenie. Być może niejeden czytelnik z niedowierzaniem przyjmie taką koncepcję. Jednak za tymi wskazówkami idą też propozycje zmian legislacyjnych, które obligują do poważnego traktowania takich inicjatyw. Tak więc ktokolwiek czuje potrzebę utworzenia partnerstwa na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności jest do tego uprawniony. Warto, jeżeli samemu nie ma się materialnego zaplecza, skorzystać ze wsparcia instytucjonalnego – urzędu gminy, ośrodka pomocy społecznej czy organizacji pozarządowej. Na tym etapie przygotowania pierwszego spotkania warto zorientować się z kim chcemy współpracować, kto jest przychylny naszej wizji, a kto wręcz przeciwnie. Katalog przewidzianych interesariuszy powinien, już na początku organizowania partnerstwa zostać podzielony na trzy grupy:

- a) interesariuszy sojuszników, czyli grupę dla której problematyka bezdomności jest wyznacznikiem działalności zawodowej, a także solidaryzmu społecznego,
- b) interesariuszy neutralnych, czyli grupę dla której problematyka Modelu GSWB jest tożsama z każdą inną dziedziną życia społeczno-gospodarczego i dla której nie zachodzi konieczność odrębnego jej traktowanie,
- c) interesariuszy przeciwników, czyli grupę dla której problematyka bezdomności jest w sprzeczności z modelem liberalizmu, w obszarze gospodarczym, społecznym, kulturowym, co oznacza całkowitą marginalizację osób słabszych, które same znalazły się w obszarze bezdomności.

We wdrażaniu modelu GSWB istotnym elementem będzie zminimalizowanie oddziaływania interesariuszy przeciwników oraz pozyskanie interesariuszy neutralnych. To zadanie powinni wziąć na siebie interesariusze sojusznicy prowadząc szeroko zakrojoną kampanię informacyjną – edukacyjną.

Pierwsze spotkania na pewno będą dotyczyły uszczegółowienia problemów dla których dane partnerstwo zamierza się ukonstytuować: liczby uczestników partnerstwa, częstości i miejsca spotkań itp. Konieczne jest rozważenie korzyści jakie poszczególni partnerzy odniosą z

udziału w partnerstwie. Należy zwrócić uwagę aby wśród partnerów nie zabrakło przedstawicieli rynku pracy, przedsiębiorców i przede wszystkim – zgodnie z ideą partycypacji – samych osób bezdomnych czy zagrożonych bezdomnością. Z pewnością w pierwszym okresie krystalizowania się partnerstwa te spotkania będą intensywniejsze – dwa może nawet cztery razy w miesiącu. Bez wątplenia w tym czasie okaże się, kto jest naturalnym liderem takiej grupy. W tym względzie też nie ma ograniczeń. Liderem lokalnego partnerstwa na rzecz rozwiązywania ważnych społecznie problemów może być każdy. W dziesięciu gminach w Polsce - w nieco sztucznych warunkach testowania Modelu GSWB - okazało się, że liderami nie zawsze zostawali ci, którzy mieli tę rolę formalnie pełnić. Bycie liderem to pewna umiejętność, i mimo, że podbudowana osobistymi predyspozycjami można się jej nauczyć - jednak nie da się przewidzieć, kto w lokalnym partnerstwie obejmie taką rolę.

Ad. 2. Diagnoza lokalna. Brak rzetelnej diagnozy utrudnia całościową ocenę sprawności systemu pomocy osobom zagrożonym bezdomnością i bezdomnym. Trudno więc prognozować, w jakim zakresie powinien być on uaktywniony na interwencję, a w jakim na integrację. Poza sporem pozostaje, że w każdej gminie należy uwzględnić prewencję bezdomności.

To oczywiste, że bez względu na ogólne tendencje, wskaźniki itp. każda gmina korzystająca z modelu GSWB powinna dokonać diagnozy poziomu bezdomności na „własnym podwórku”. Diagnoza ta powinna się odnosić zarówno do skali i charakteru problemu bezdomności i zagrożenia bezdomności, jak i systemu wsparcia tych osób. Wszystkie partnerstwa, które przystąpiły do etapu sprawdzania przydatności Modelu Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności w praktyce (przez nas zwanego pilotażem GSWB) sporządziły takie diagnozy. Jest to warunek konieczny, bez którego dalsze korzystanie z modelu jest po prostu nieprzydatne. Wystarczy przyjrzeć się diagnozom lokalnym dziesięciu partnerstw, które przystąpiły do pilotażu, aby zauważyć, jak różne miały one wyzwania. Nie budzi wątpliwości, że potrzeby partnerstwa lokalnego w Krakowie, gdzie zdiagnozowano ok. 2200 osób bezdomnych są inne niż partnerstwa w Dąbrowie Górniczej z 200 bezdomnymi, czy w Nowem, gdzie doliczono się ich zaledwie 31 - są zupełnie inne. Rzeczywiście, skala problemu w poszczególnych partnerstwach jest bardzo różna. Jednak nie chodzi tylko o same liczby. Diagnozy pokazały również pewne tendencje, które są wspólne dla wszystkich diagnozowanych gmin, a które mówią o specyfice współczesnej polskiej bezdomności.

Wskazały one jednoznacznie, że działania podejmowane na rzecz bezdomnych są mało skuteczne, nastawione na doraźną pomoc i nie przynoszą długofalowych efektów.

Ważną informacją uzyskaną z diagnoz są również dane o sytuacji osób bezdomnych przebywających w obszarze działania danego partnerstwa. Struktura wiekowa, uzależnienia, choroby to ważne informacje w planowaniu pomocy. We wspomnianym już partnerstwie krakowskim uruchomienie specjalnych usług z obszaru „zdrowia” wynika z informacji, że ponad 45% bezdomnych to osoby przewlekle chore. We wszystkich diagnozach przeważały pasywne formy wsparcia bezdomnych dotyczące zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Zmniejszenie bezdomności można osiągnąć jedynie przy założeniu, że osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością będą korzystały również z tzw. aktywnych form pomocy.

Przystępując do opracowania diagnozy lokalnej należy korzystać z już zgromadzonych danych, raportów OPS, organizacji pozarządowych, statystyk prowadzonych przez urzędy gmin. Jeżeli z uwagi na interesariuszy partnerstwa jak i zgromadzone wcześniej dane łatwiej będzie przeprowadzać diagnozy cząstkowe w poszczególnych obszarach (zdrowie, mieszkalnictwo itp.) zaleca się taki sposób pracy. W opracowaniu diagnoz należy oprzeć się na Metodologii realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym (www.pfwb.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Diagnozy-lokalne-METODOLOGIA-wersja-zrewidowana.pdf, 16.12.2013) Sposób przeprowadzenia diagnozy będzie zależny od tego, czy Partnerstwo dysponuje środkami, które może przeznaczyć na ten cel.

Ad. 3. Opracowanie strategii i programu. Model GSWB obejmuje sześć obszarów tematycznych, w tym pięć (poza partnerstwem lokalnym) bezpośrednio dotyczących usług wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Zaleca się aby w konkretnej gminie utworzyły się zespoły reprezentowane przez partnerów specjalizujących się w następującej tematyce: pomoc socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, zatrudnienie i edukacja, streetworking, partnerstwo lokalne. Grupy te posiłkując się lokalną diagnozą pracowałyby nad strategią i programem gminnego działania w poszczególnych obszarach. Główne cele i kierunki działań w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności z uwzględnieniem prewencji, interwencji i integracji powinny zostać opracowane i umieszczone w Gminnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych. Jeśli skala bezdomności w danej gminie jest niewielka, nacisk należy położyć na zagadnieniu zagrożenia bezdomnością i kwestiach wykluczenia mieszkaniowego. Strategiczne kierunki działań

powinny zostać zoperacjonalizowane i uszczegółowione w Gminnym Programie Rozwiązywania Problemu Bezdomności. Należy zwrócić uwagę na partycypację w zespołach osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, mieszkańców schronisk, a nawet bezdomnych przebywających w przestrzeni publicznej. Zanim grupy te rozpoczną prace w danym obszarze warto zorganizować pierwszy warsztat dla wszystkich, podczas którego na zasadzie np. „burzy mózgów” rozpocznie się wstępną pracę nad rozwiązaniami problemu wykluczenia w danej gminie. Partycypacyjne warsztaty tematyczne powinny zakończyć się opracowaniem planów cząstkowych zapobiegania i ograniczania bezdomności w danej gminie. Następnie na forum całego partnerstwa należy przystąpić do opracowania Gminnego Programu Rozwiązywania Problemu Bezdomności. Prace te powinna koordynować jedna osoba – naturalnie wyłoniony lider czy też powołany przez zespół koordynator. Z racji tego, że praca socjalna jest spoiwem wszystkich działań dobrze, aby funkcję tę w miarę możliwości pełnił pracownik socjalny. Gminny Program Rozwiązywania Problemu Bezdomności obejmujący perspektywę kilku lat (zaleca się opracowanie programu 3 - 5 letniego) powinien być zgodny z innymi dokumentami strategicznymi, krajowymi i europejskimi. Zagadnienia dotyczące przeciwdziałania bezdomności i wychodzenia z bezdomności powinny znaleźć się w strategii rozwiązywania problemów społecznych każdej gminy. Natomiast miasta na prawach powiatu i te liczące powyżej 50 tys. mieszkańców zobowiązane są do sporządzenia gminnego programu rozwiązywania problemu bezdomności. Kluczowym elementem tworzenia Strategii i Programu, a potem samych projektów i działań, które składać się będą na realizację tych dokumentów, jest kwestia odpowiedniego doboru usług, instrumentów i narzędzi wystandaryzowanych w Modelu GSWB. Wdrażanie wszystkich usług skierowanych do osób bezdomnych zdefiniowanych i wystandaryzowanych w modelu nie będzie najczęściej potrzebna. Usługi i instrumenty powinny być dobierane celowo według lokalnych potrzeb, problemów i zasobów.

Ad. 4. Wdrażanie strategii i programu. Ogólną wskazówką dla wszystkich partnerstw wdrażających program rozwiązywania problemu bezdomności jest deinstytucjonalizacja pomocy, stąd duży nacisk w Modelu GSWB na kwestii usamodzielnienia mieszkaniowego: wprowadzenia mieszkań wspieranych i rozwiązań typu „housing first”. Model GSWB jest modelem palety rozwiązań, łączącym podejście drabinkowe i mieszkaniowe niemniej jednak rekomendujemy jako optymalne podejście tworzenie rozwiązań dla osób bezdomnych opartych w większym zakresie o mieszkalność i realizację wsparcia w środowisku niż w

wyspecjalizowanych placówkach dla osób bezdomnych. Podczas pilotażu, szczególnie w małych gminach, w których liczba bezdomnych była znikoma sprawdzały się te formy usamodzielniania mieszkaniowego osób bezdomnych. Podczas wdrażania GSWB ważną rolę przypada koordynatorowi, który spaja prace poszczególnych sektorów. W zależności od diagnozy i opracowanej strategii wdrażanie może dotyczyć tylko działań prewencyjnych. Zakładamy, że tak może stać się w wielu gminach wiejskich, w których nie ma osób bezdomnych. Wówczas włączanie np. streetworkingu czy usług standardu „Mieszkalnictwo i pomoc doraźna” jest nie tylko nieuzasadnione, ale i nieekonomiczne. Jednak w tych gminach np. z racji bezrobocia może być zdiagnozowane duże zagrożenie bezdomnością. Wówczas należy uruchomić działania prewencyjne np. świadczenie społecznego doradztwa finansowego prowadzonego przez lokalną organizację pozarządową, czy ośrodek pomocy społecznej. Niezbędne jest uaktywnienie lokalnych przedsiębiorców, tak aby pozyskać nowe miejsca pracy. Z kolei duże gminy, borykające się z poważnymi problemami wynikającymi ze skali bezdomności mogą w swojej strategii umieścić nawet wszystkie usługi przewidziane w modelu GSWB. W dużych gminach gdzie skala bezdomności jest wysoka a konsekwencje problemu poważne, system zapobiegania bezdomności i wspierania osób bezdomnych powinien zawierać pewne nieodłączne, kluczowe elementy. Koniecznym jest zaplanowanie działań w zakresie prewencji, czyli takich aby zahamować wzrost liczby osób bezdomnych, usługi w tym zakresie zostały wystandaryzowane we wszystkich sześciu obszarach, jednak ze szczególnym naciskiem na pracę socjalną, mieszkania wspierane, usługi zdrowotne, zatrudnienie i edukacja. Działania w tym zakresie powinny koncentrować się na identyfikowaniu i zapobieganiu problemom m.in. zadłużenia i eksmisji z mieszkań, aspołecznym zachowaniom, które mogą prowadzić do eksmisji, opuszczania różnych instytucji bez zapewnienia opcji mieszkaniowej (np. zakłady penitencjarne, placówki ochrony zdrowia, placówki pieczy zastępczej), przemocy domowej, która może prowadzić do bezdomności. Koniecznym jest także włączenie instrumentów i działań w zakresie interwencji. Niezbędnym będzie zapewnienie streetworkingu, czyli usługi skierowanej do osób pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub przestrzeni publicznej. Koniecznym powinno być także zabezpieczenie interwencyjnego i tymczasowego zakwaterowania osobom bezdomnym, możliwe tutaj będzie także stworzenie niskoprogowych placówek tj. ogrzewalnia czy noclegownia, do których osoby bezdomne będą miały łatwy dostęp, a regulamin nie będzie wykluczał możliwości udzielenia wsparcia osobom pod wpływem środków psycho-aktywnych. Wymaganym będzie także stworzenie usług zapewniających

odzież i wyżywienie a także dostęp do usług zdrowotnych. Fundamentalnym dla tworzenia systemu rozwiązywania problemu bezdomności będzie w końcu wdrożenie usług integracji. Opierać się one muszą o usługi zdrowia, pracy socjalnej, zatrudnienia i edukacji a także zakwaterowania i mieszkalnictwa. Sprawny system wychodzenia z bezdomności zawierać musi dostęp do zróżnicowanych usług zdrowotnych w tym do terapii a także specjalistycznych usług dla osób starszych, niepełnosprawnych i schorowanych, powinien zawierać działania w zakresie aktywizacji społecznej, edukacji, aktywizacji zawodowej i zatrudnienia subsydiowanego. W końcu w systemie muszą istnieć rozwiązania tymczasowego i docelowego zamieszkiwania a także szeroka dostępność pogłębionej pracy socjalnej, która łączy wszystkie obszary i koordynuje wszystkie usługi.

Ad.5. Monitoring i ewaluacja. Monitorowanie GSWB to sposób mierzenia tego, co się dzieje w interesującym nas wycinku rzeczywistości społecznej po wprowadzeniu zaplanowanych usług standardu. Monitoring jest procesem systematycznego, regularnego zbierania informacji o realizowanych w ramach standardu działaniach. Monitoring ma na celu bieżące weryfikowanie ich zgodności z wcześniej zatwierdzonym harmonogramem. Z kolei ewaluacja pozwala nam stwierdzić, co to oznacza. Ewaluacja Modelu GSWB, zmierzająca do stwierdzenia, w jakim stopniu założone cele dotyczące rozwiązywania problemu bezdomności są rzeczywiście realizowane powinna być oparta o kryterium adekwatności, efektywności, skuteczności i trwałości.

Ewaluacja i monitoring modelu GSWB powinny być przeprowadzane przez każde partnerstwo lokalne, które wykorzystuje model w celu przeciwdziałania i rozwiązywania problemu bezdomności w swoim środowisku. Również podczas prac nad modelem GSWB partnerstwa lokalne, które przystąpiły do jego pilotażu prowadziły obydwa te pomiary aby weryfikować osiągnięcie założonych celów. Ewaluacja i monitoring powinna być dopasowana do potrzeb i możliwości partnerstwa lokalnego, tak aby nie tylko rozwiązywać lokalne problemy, ale też sukcesywnie doskonalić model Gminnego Standardu.

Prawidłowo przeprowadzone obydwa te działania gminnego standardu stymulują usprawnienia w zakresie rozwoju organizacyjnego, rozliczania i egzekwowania odpowiedzialności, spełniają funkcje motywacyjne i wpływają na społeczne poparcie dla takiego sposobu rozwiązywania problemów społecznych.

Ad. 6. Aktualizowanie strategii i programów. Dane uzyskane z monitoringu i ewaluacji pozwolą wprowadzać zmiany do przyjętych strategii. Działania podejmowane przez partnerstwa lokalne będą zmieniać rzeczywistość. Stąd też lokalna strategia i program mogą pomijać wcześniej planowane usługi (np. prowadzenie schroniska w gminie, w której wszyscy dotychczasowi bezdomnymi otrzymali mieszkania wspierane) a w większej mierze uwzględniać inne (np. aktywizację społeczną).

We wdrażaniu GSWB bardzo ważne jest też upowszechnianie wypracowanych rezultatów. Głównym celem upowszechniania Gminnego Standardu jest przekazywanie wiedzy na temat zalet stosowania tej strategii rozwiązania problemu bezdomności i zachęcanie do węższego jej stosowania. Upowszechnianie poprzedza mainstreaming, mający na celu włączenie produktów finalnych do głównego nurtu polityki społecznej. Mainstreaming Modelu GSWB czyli włączanie go do tzw. głównego nurtu obejmuje dwa uzupełniające się działania w skali mikro (mainstreaming horyzontalny) i skali makro (mainstreaming wertykalny). Na poziomie gminy interesuje nas mainstreamingiem horyzontalny, odnoszący się do działań praktycznych prowadzonych na poziomie lokalnym. To właśnie w gminach standardy będą włączane do głównego nurtu przyjętych sposobów działania w odnośnie rozwiązywania problemów społecznych. Zakładając, że będą przeprowadzane zgodnie z zasadami ewaluacji i monitoringu określonymi w modelu wpiszą się w obszar dobrych praktyk danej gminy .

Czy wprowadzanie modelu GSWB jest konieczne, czym skutkuje pominięcie go w planowaniu polityki społecznej gminy? Oczywiście konsekwencją zaniechania wdrażania Modelu GSWB jest utrzymanie się dotychczasowego wskaźnika albo nawet zwiększenie się liczby osób bezdomnych. Rezygnacja z wdrażania strategicznych rozwiązań w zakresie bezdomności może również spowodować nieracjonalne wydatkowanie środków przeznaczonych na pomoc bezdomnym, finansowanie tych usług, których stosowanie w danej sytuacji nie jest konieczne, a pomijanie tych niezbędnych. Konsekwencją zaniechania wdrażania GSWB, który postuluje konieczność działań prewencyjnych może być - w poczucie źle pojętej oszczędności – rezygnowanie z inicjatyw służących przeciwdziałaniu bezdomności.

Jakie przeszkody mogą napotkać wdrażające Model GSWB podmioty? Jedną z najbardziej oczywistych i prozaicznych przeszkód w implementacji GSWB na lokalne, gminne „podwórko” może być po prostu niechęć i obawa przed nowością. Bezpieczniej - zarówno działając indywidualnie jak i reprezentując urząd czy organizację - czujemy się w tych sytuacjach które znamy. Łatwiej jest stosować znane sposoby działania nawet jeżeli, są one

nieskuteczne. Toteż niebezpieczeństwem, że pakiet usług GSWB nie będzie wcielany jako spójny model jest właśnie obawa jego „użytkowników” przed nowością. Źródła tego oporu są wielorakie, mogą one wynikać np. z poczucia zagrożenia dla własnych kompetencji, posiadanej władzy, zajmowanej pozycji czy przywilejów. Niechęć może też być spowodowana niejasno określonymi oczekiwaniami innych i źle (np. zbyt ogólnie) określonymi celami.

Przydatne w rozumieniu źródeł niechęci do korzystania z nowości (w tym przypadku Modelu GSWB) są badania nad oporem przed zmianą. Niechęć wobec zmiany ma zazwyczaj trzy źródła: materialne (brak funduszy), aksjologiczne (dotyczące wartości, sposobu rozumienia świata) i wynikające ze sposobu sprawowania władzy (styl kierowania, zasady postępowania). Można przypuszczać, że we wdrażaniu GSWB najczęściej wskazywana będzie bariera materialna, ale jak wynika chociażby z pilotażu GSWB i wdrażania innych innowacyjnych projektów najtrudniejszą do pokonania barierą jest przyzwyczajenie do utartych schematów postępowania i sposobów sprawowania władzy.

Jednym z istotnych zagrożeń, które mogą zakłócić wdrażanie GSWB są też inne psychologiczne czynniki utrudniające pomaganiu i wprowadzania zmian do istniejącego systemu pomocy. A model jest przecież zarówno zbiorem wskazówek do wprowadzania tych zmian jak i swoistym podręcznikiem pomagania. Otóż uczestnicząc w tym procesie jako siła sprawcza, nietrudno przyjąć (pracownikowi socjalnemu, doradcy, trenerowi itp.) postawę „nad” i traktować osoby, którym się pomaga jak bezwolne obiekty, a nie w pełni niezależne, samostanowiące jednostki. Przedmiotowy sposób traktowania jest dość utrwaloną postawą w świadczeniu usług socjalnych, doradczych czy psychologicznych. Włączenie w modelu GSWB superwizji jako niezbędnego elementu pracy z klientem zagrożonym wykluczeniem i wykluczonym społecznie stanowi zabezpieczenie przed tym nadużyciem.

Większość usług modelu jest znana i z pewnością będzie chętnie stosowana nadal. Istnieje jednak ryzyko, że jeżeli te usługi nie będą rozumiane jako model, w którym jest pewna hierarchia działań, podjęcie ich wymaga wcześniejszej diagnozy a wprowadzanie monitoringu i ewaluacji - to wówczas nadal będziemy tkwić w punkcie początkowym, sprzed pilotażu Modelu GSWB.

Ewaluacja i monitoring Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności

Zadanie ewaluowania i monitorowania w opracowanej ścieżce wdrażania Modelu GSWB, w tzw. szeregu kamieni milowych jest jednym z ostatnich zadań. Ewaluowanie jest

jedynym względnie usystematyzowanym warunkiem, a jednocześnie narzędziem samokontroli gminy/partnerstwa²⁶. Aby jasno ukazać wagę oceny Modelu GSWB należy wskazać (nawet za cenę narażenia się na zarzuty powtórzeń) kluczowe elementy składowe lokalnego systemu rozwiązywania problemu bezdomności: wystandaryzowane usługi, partnerstwo lokalne, diagnozę, strategię, ocenę. Lokalny system jest kompletny i ma szansę być skuteczny jedynie kiedy wykorzystanie oferowanych przez Model GSWB usług, narzędzi i instrumentów będzie urealnione w oparciu o diagnozę, następnie rozplanowane za pośrednictwem strategii. Dopiero po wykonaniu tych kroków można mówić o podejmowaniu wyczerpujących działań w obszarze rozwiązywania problemu bezdomności. Natomiast, aby móc wnosić o ich skuteczności i rzetelności niezbędne jest systematyczne monitorowanie i dalej, ewaluowanie. Co daje szansę na podejmowanie reakcji na zmiany środowiskowe, ale też jest sposobem sprawdzania na ile zgodnie z instrukcjami wdrażane są wystandaryzowane usługi.

Monitoring i ewaluacja Modelu GSWB pomyślane są jako rozwiązania mające służyć pomocą w wielu wymiarach. Poniżej wskazane zostaną możliwe sposoby wykorzystania oceny i monitorowania Modelu. Jako podstawowy sposób oglądu podejmowanych w ramach Modelu działań uznać należy monitorowanie. Poprzez prowadzenie regularnej sprawozdawczości uzyskuje się ogląd skali podejmowanych działań oraz odpowiedzi na podstawowe pytania – czy zaplanowane działania zostały podjęte, czy ich skala odpowiada wcześniejszym założeniom. Tak zebrane dane powinny być użyteczne dla podmiotu realizującego konkretne wystandaryzowane usługi, ale również dla partnerstwa lokalnego (organizatora i koordynatora usług dla osób bezdomnych na obszarze objętym swoim oddziaływaniem – w gminie), dane te są również wartościowe dla tzw. zleceniodawcy (poprzez niego rozumieć lokalną komórkę polityki społecznej lub ośrodek pomocy społecznej), na wyższym poziomie – rezultaty ewaluacji i monitorowania mogą być wykorzystywane na poziomie wojewódzkim, do tworzenia regionalnego obrazu kondycji usług i rozwiązań na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Monitorowanie powinno bezwzględnie być systematycznie przeprowadzane w oparciu o specjalnie opracowane arkusze monitorujące. Okresy sprawozdawcze ustalone powinny być przez partnerstwo lokalne jednak nie rzadziej niż raz na pół roku, a optymalną częstotliwością

²⁶ Pojęcia zostały użyte zamiennie, choć należy zwrócić uwagę, na to, że tożsamy nie są – pojęcie partnerstwa w perspektywie obranej w niniejszym tekście oznacza podmiot organizujący koordynujący gminną politykę społeczną w obszarze rozwiązywania problematyki bezdomności. Natomiast pojęcie gminy w perspektywie naszej problematyki, oznacza „sponsora”, zleceniodawcę – podmiot zlecający i rozliczający tzw. zadania własne gminy nałożone na nią mocą odpowiednich ustaw.

wyda się przyjęcie jako jednostki sprawozdawczej 3 lub 4 miesięcy. Przy takim rozwiązaniu w ciągu roku otrzymuje się 3-4 raporty z monitorowania. Ważne jest takie wykorzystanie narzędzi monitorujących, aby zbierane w oparciu o nie dane pozwalały uzyskać spójny obraz podejmowanych w ramach partnerstwa działań wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Co jest tu istotne? Przede wszystkim należy być wyczulonym na arbitralność podziału usług na wystandaryzowane obszary – z perspektywy praktyki i pomiaru jej skuteczności istotna jest spójność podejmowanych wobec osób interwencji, a nie kompletność wdrażania wystandaryzowanych usług. Co oznacza, że monitorowanie powinno koncentrować się na całościowym ujęciu mierzonych rozwiązań i przekraczanie arbitralne podziały na standardy.

Ewaluowanie poszczególnych wystandaryzowanych usług w Modelu GSWB dostarczyć ma uogólnionej oceny wprowadzanych rozwiązań, oceny ich skuteczności, a także powinna dostarczyć ewentualnych wskazówek, co do zmian we wdrożonych usługach. Ewaluacja została pomyślana jako nieco bardziej rozbudowany zespół narzędzi. Tak, jak w monitorowaniu dominuje zbieranie danych liczbowych w oparciu o ilościowe metody, tak w ewaluacji wykorzystuje się również metod jakościowych. Zatem partnerstwo zobowiązane do okresowej oceny skuteczności podejmowanych działań ma do dyspozycji zarówno propozycję wykorzystywania analizy danych (dokumentów, raportów, sprawozdań), realizację indywidualnych wywiadów pogłębionych z tzw. osobami kluczowymi oraz wywiadów grupowych. Posługując się tymi źródłami informacji można stworzyć rzetelny i adekwatny obraz tego, co dzieje się w gminie w obszarze rozwiązywania problemu bezdomności. Taka kompozycja ewaluacji związana jest z tym, że powtarzalny proces oceniania ma stanowić kontynuację diagnoz lokalnych. Jeśli diagnoza jest warunkiem budowania systemu rozwiązań adekwatnych do potrzeb, to ciągłe ewaluowanie gminnego modelu jest warunkiem tego, że podejmowane działania będą w długiej perspektywie czasowej korespondować z bieżąco identyfikowanymi problemami.

Na ogół realizacja procesu badawczego wykorzystującego jakościowe metody zbierania danych jest kosztowana. Mając na uwadze tę trudność, wskazujemy, że proponowane rozwiązania można wykorzystać samemu – do autoewaluacji, co wiąże się ze znacznym obniżeniem kosztowności zadania, jednak jednocześnie ma wpływ na relatywne obniżenie jego efektywności (zmniejszenie stopnia obiektywizacji wyprowadzonych wniosków). Rekomendowanym w materiale rozwiązaniem jest powierzenie ewaluacji Modelu

GSWB zewnętrznemu podmiotowi specjalizującemu się w diagnozowaniu problematyki bezdomności.

Przygotowane narzędzia monitorowania i ewaluacji są uporządkowane na dwóch poziomach poszczególnych obszarów wystandaryzowanych usług oraz Modelu GSWB. Zostały opracowane jako osobna wobec samych standardów całość. Już to sygnalizuje, że ich użycie winno koncentrować się na ocenie całości – gminnego modelu rozwiązywania problematyki bezdomności poprzez poszczególne wdrażane rozwiązania, czyli usługi. Do każdego ze standardów zaproponowano przykładowe operacjonalizacje najważniejszych wskaźników. Zarekomendowano zastosowanie określonych narzędzi oraz metod promadzenia danych.

Na koniec pozostaje podkreślić – monitorowanie i ewaluacja w naszej opinii jest warunkiem skutecznego i realnego (odpowiadającego potrzebom) wdrażania Modelu GSWB w gminach. Bez niej lub gdy będzie przeprowadzana niezetelnie istnieje zagrożenie, że praktyka pracy z ludźmi bezdomnymi oderwie się od rzeczywistych problemów, od indywidualnych uwarunkowań, specyficznych dla każdej z gmin.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

**STANDARDY USŁUG
SPOŁECZNYCH SKIEROWANYCH
DO LUDZI BEZDOMNYCH
I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ
W SZEŚCIU OBSZARACH:
PARTNERSTWO LOKALNE, PRACA
SOCJALNA, MIESZKALNICTWO I
POMOC DORAŻNA,
ZDROWIE, ZATRUDNIENIE I
EDUKACJA, STREETWORKING.**

WSTĘP

Cel standaryzacji

Celem standaryzacji usług w ramach Modelu GSWB jest sformułowanie zestawu wymogów, jakie powinny spełniać usługi realizowane na rzecz osób zagrożonych bezdomnością i bezdomnych, w obszarach: partnerstwa lokalnego, pracy socjalnej, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zdrowia, edukacji i zatrudnienia oraz streetworkingu, tak aby zapewnić ich najwyższą jakość, skuteczność i efektywność.

Czym są standardy usług w Modelu GSWB i jaka jest ich rola?

W Modelu GSWB przyjęto, że

„standard to 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. W przypadku usług pomocy skierowanych do osób bezdomnych przyjęto

„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”²⁷.

Standardy jakości usług skierowanych do ludzi bezdomnych stosunkowo od niedawna stanowią przedmiot zainteresowania władz publicznych w Polsce. Dotychczas w naszym kraju usługi dla ludzi bezdomnych kształtowane były przez różnorodne, niezależne organizacje pozarządowe, które z biegiem lat stały się głównymi aktorami na polu walki z bezdomnością. Gminy, odpowiedzialne za udzielanie pomocy ludziom bezdomnym, z biegiem lat kontraktowały coraz więcej usług, zlecając swoje zadania organizacjom pozarządowym. Jednocześnie część organizacji pozarządowych realizowała i realizuje swoje

²⁷ Koncepcja fazy diagnozy oraz ogólnopolskiego badania „Standardy usług w pomocy społecznej”, dostępne na: http://www.oscentrum.pl/strg/pdf/koncepcja_2.pdf,

zadania, nie będąc związana kontraktami z gminami. Organizacje te traktują wspieranie ludzi bezdomnych jako swoją misję, a środki na niniejszą pomoc pozyskują raczej od sponsorów niż od gmin. Brakowało jednocześnie regulacji krajowych w zakresie udzielania wsparcia ludziom bezdomnym. W Polsce nie ma żadnych szczegółowych regulacji określających np., czym różnią się usługi świadczone przez noclegownie od usług świadczonych przez schroniska. Polskie regulacje zatem definiują obowiązki świadczenia pomocy ludziom bezdomnym, jakkolwiek nie definiują sposobu realizacji i jakości tych usług. Taka sytuacja doprowadziła w Polsce z jednej strony do wielkiego rozwoju różnorodnych usług dla ludzi bezdomnych, z drugiej zaś do braku możliwości weryfikowania jakości usług oferowanych przez organizacje.

Zwykło się przyjmować, że standardy odnoszą się głównie do rzeczywistości przedmiotów (produktów) lub w innych przypadkach do norm ludzkiego zachowania. Standaryzacja zaś to przede wszystkim termin zarezerwowany dla języka technicznego, opisującego pewne powtarzalne cechy wytworów i produktów. Jednocześnie standard stanowi wspólnie i ogólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najprostsze lub najbardziej pożądane, cechy jakiegoś wytwarzanego dobra (np. komputera, odbiornika radiowego). W ekonomii standardy odgrywają ważną rolę w zachowaniu popytu na pewne dobra: zejście poniżej określonego standardu może zdyskwalifikować produkt. Niekiedy kryteria standardu w tym ujęciu są trudne do zdefiniowania i określenia. Istnieje tutaj płynna granica ustalana zarówno przez grupy odbiorców, jak i indywidualnych adresatów. Jak czytamy na Wikipedii „w technice standard to zestaw parametrów, zwykle posiadający nazwę (np. PAL w telewizji), który zapewnia odpowiedni poziom jakości, bezpieczeństwa, wygody lub zgodności z innymi wytworami techniki”. Standardy kulturowe można rozumieć jako zbiór obowiązujących norm społecznych (np. politycznych) ustanawiających kryteria pewnych pożądanych zachowań. Wykroczenie poza nie lub ich niespełnianie może się wiązać z wykluczeniem i marginalizacją.

Jednocześnie standardy funkcjonują w obszarze usług. Stosunkowo rzadko mamy świadomość, że usługi oferowane przez banki czy też sieci telefonii komórkowych są wysoce wystandaryzowane, a każda oferta tych podmiotów jest zawsze szczegółowo zaplanowana i opisana językiem procedur. Polityka społeczna w jej współczesnym kształcie składa się w znacznej części ze sfery usług kierowanych do obywateli. Szczególnie instytucje Unii Europejskiej, używając specyficznego europejskiego „slangu”, zwracają uwagę na relację pomiędzy „usługodawcami” a „usługobiorcami” (zwanymi także użytkownikami usług) w

polityce społecznej. W naszych realiach termin pierwszy oznacza instytucje sektora publicznego i organizacje pozarządowe, które świadczą w różnej formie pomoc ludziom bezdomnym (m.in. za pomocą noclegowni i schronisk). Drugi termin odnosi się do samych odbiorców takiej pomocy, czyli do osób doświadczających bezdomności. Ludzie ci są niekiedy mieszkańcami placówek dla osób bezdomnych i w języku sektora pomocowego zwykło nazywać się ich „klientami”, „uczestnikami”, czy „podopiecznymi”. Jeśli zatem część polityki społecznej stanowi sfera usług, to można powiedzieć, że standardy powinny funkcjonować także w polityce ukierunkowanej na rozwiązywanie problemu bezdomności. Biorąc pod uwagę fakt, że polityka społeczna finansowana jest z „kieszeni” obywateli, organy odpowiedzialne za jej prowadzenie powinny dbać, aby realizowana była profesjonalnie, racjonalnie i z jak największą dbałością o jakość i skuteczność. Ponadto uwzględniając, że znaczna część zadań w obszarze polityki społecznej jest realizowana – drogą zlecenia – przez organizacje pozarządowe, a kontrakt między usługodawcą a usługobiorcą stał się obowiązującym narzędziem, to standardy wydają się odgrywać kluczową rolę w gwarantowaniu wysokiej jakości usług.

Zwykło się uważać, że standardy obowiązujące w polityce społecznej oraz – wężiej – w pomocy społecznej dotyczą głównie standardów bytowych w placówkach wsparcia. Standardy te odnoszą się głównie do zakresu wyposażenia, wielkości przestrzeni oraz warunków sanitarnych w budynkach. Przez taki właśnie pryzmat standardy postrzegane są przez wielu pracowników szeroko rozumianej pomocy społecznej. Bierze się stąd mnóstwo nieporozumień. Wielu specjalistów pomocy społecznej, słysząc o standardach, myśli o odgórnie narzuconych przez urzędników przepisach, definiujących – głównie od strony technicznej – wybrane usługi lub produkty. Pojawia się tutaj wyobrażenie, że każde odstępstwo od standardu będzie surowo karane. Tymczasem standardy mogą określać i definiować jakość usług w różnych obszarach, np. w pracy psychologicznej, terapeutycznej czy edukacji i aktywizacji zawodowej. Standaryzacja usług służy w pełni realizacji celów i priorytetów określonej polityki społecznej, nie jest wobec nich nadrzędna, w tym przypadku pełni funkcję podrzędną, podporządkowaną pewnym paradygmatom. Standardy takie są bardziej elastyczne, co wcale nie musi oznaczać, że są mało precyzyjne. Stają się raczej wskazówkami metodologicznymi, pewnym katalogiem propozycji, niż zbiorem technicznych procedur, które bez żadnych odstępstw muszą być wdrażane. Standardy mogą definiować zarówno minimalne wymagania dotyczące określonych usług, jak i precyzować optymalne i najbardziej pożądane wymagania. To, co zawarte jest w obszarze wyznaczonym granicami

poziomów minimalnego i optymalnego usługi, to zbiór akceptowalnych społecznie i najefektywniejszych działań w danej społeczności i danym czasie (Boczoń, 2004, s. 25). Uzasadniając sens przyjmowania w standaryzacji marginesów wyznaczających jakość i efektywność usługi, przyjąć trzeba, że:

- usługa realizowana poniżej kryteriów określanych jako poziom minimalny jest nieakceptowana społecznie i uniemożliwia realizację założonych celów (np. przeludnienie placówek uniemożliwia prowadzenia efektywnej pracy socjalnej);

- usługa realizowana powyżej kryteriów określanych jako poziom optymalny/najbardziej pożądaný to nieuzasadniony wzrost społecznych kosztów nie mający przełożenia na efektywność usługi (np. nauka technik relaksacyjnych dla długotrwale bezrobotnych byłych stoczniovców).

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

Jak opisane są standardy?

Standardy we wszystkich obszarach uwzględniały wytyczne przygotowane na wstępie procesu standaryzacyjnego. przyjęta na wstępie optyka postrzegania usług społecznych pozwoliła na dostrzeżenie wszystkich elementów je kształtujących, co z kolei przełożyło się na stworzenie wspólnego dla wszystkich usług schematu ich opisu. Schemat ów w swych założeniach ma pozwalać na realizowanie warunku elastyczności standardów. Za obligatoryjne, dające możliwość pełnego opisania usług przyjęto kryteria oznaczone tłustym

drukiem z oznaczeniami rzymskimi, zaś pozostałe z kryteriów znajdujące się pod nimi stanowią formę propozycji do własnego dostosowania – dodawania, modyfikowania, lub całkowitej z nich rezygnacji w sytuacjach to uzasadniających. Tym samym warto przytoczyć przyjęty na wstępie schemat określania standardów usług:

I. Tytuł usługi

1. Nazwa. Opis. Definicja usługi

II. Cel usługi

1. Cele usługi

Główny, szczegółowe, jednostkowe, systemowe itp.

III. Zakres usługi

1. Podmiotowy

Odbiorca usługi

2. Przedmiotowy

Krótki opis usługi

3. Przestrzenny

IV. Organizacja usługi (procedury postępowania, sposoby postępowania, rodzaj i kolejność czynności)

- *procedury postępowania;*

- *sposoby postępowania;*

- *rodzaj i kolejność czynności;*

- *dokumentacja;*

- *monitoring i ewaluacja;*

- *superwizja (?);*

V. Zasoby (określenie kwalifikacji, czasu, ilości klientów, lokal, wyposażenie, budżet)

1. Personalne

- *realizatorzy usługi*

- *podmioty realizujące usługę*

- *zespół osób realizujących usługę (w tym ich kompetencje/kwalifikacje)*

2. Materialne

- *pomieszczenia, ich wyposażenie, itp.;*

3. Finansowe

- koszty bezpośrednie tj. koszty realizacji poszczególnych zadań określonych odpowiednio do zakresu merytorycznego usługi;

- koszty pośrednie tj. koszty administracyjne związane z funkcjonowaniem jednostki nadzorującej realizację usługi;

- potencjalne źródła finansowania

4. Instytucjonalne

5. Współpraca przy realizacji usługi

- partnerzy kluczowi;

- inni potencjalni partnerzy.

Co zawierają poszczególne standardy?

Na Model GSWB składają się standardy usług skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w następujących obszarach:

- partnerstw lokalnych
- pracy socjalnej
- mieszkalnictwa i pomocy doraźnej
- zdrowia
- zatrudnienia i edukacji.
- streetworkingu

Partnerstwo lokalne

Standard określa zasady powstawania i funkcjonowania partnerstwa lokalnego na rzecz rozwiązywania problemów społecznych i jest kluczowy z perspektywy wdrażania standardów usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Partnerstwo lokalne tworzy i wdraża kompleksowy system wsparcia, w którym realizowane są usługi z pozostałych pięciu obszarów: pracy socjalnej, zdrowia, streetworkingu, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej oraz edukacji i zatrudnienia.

Uwzględniając trudny proces tworzenia partnerstwa oraz skomplikowaną problematykę społeczną, jaką partnerstwo się zajmuje, wskazane jest przyjęcie i stosowanie przez partnerstwo określonych standardów działania. Przyjęcie standardów usprawni funkcjonowanie partnerstwa, zmniejszy ryzyko popełnienia błędu, uporządkuje jego funkcjonowanie i zwiększy skuteczność działania.

Standard został przedstawiony w wariacie minimum oraz w wariacie rekomendowanym. W

tym pierwszym partnerstwo polega na współpracy lokalnych podmiotów dążących do realizacji określonego przedsięwzięcia. W drugim natomiast, ma charakter szerszy oraz bardziej trwały i podejmuje działania w różnych obszarach lokalnej polityki społecznej.

Standard prezentuje ideę oraz zasady funkcjonowania partnerstwa lokalnego. Zawiera opis kolejnych kroków inicjowania współpracy partnerskiej, a także czynniki sprzyjające i hamujące tworzenie partnerstwa. W dalszej części przedstawiona została organizacja pracy partnerstwa lokalnego rozpoczynająca się od opracowania strategii działania, określającej między innymi wizję, misję i cele przyjęte w oparciu o analizę problemów, zasobów i otoczenia. Założono, że każde partnerstwo działa w oparciu o rzetelną diagnozę problemów środowiska osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz dotychczasowego systemu wsparcia.

W standardzie opisano także zakres podmiotowy partnerstwa, z uwzględnieniem podziału partnerów na koniecznych i rekomendowanych. W zakresie przedmiotowym określono rodzaje działań podejmowanych przez partnerstwo w płaszczyźnie prewencji, interwencji i integracji.

W dalszej części opisano funkcjonowanie i zarządzanie partnerstwem lokalnym w zależności od przyjętej przez nie formy: partnerstwa nieformalnego, partnerstwa związanego umową lub partnerstwa posiadającego osobowość prawną. W ostatnim przypadku chodzi o partnerstwa działające w formie stowarzyszenia, związku stowarzyszeń bądź fundacji. Część poświęcona zarządzaniu zawiera propozycje w zakresie sposobów rozwiązywania konfliktów w partnerstwie, a także określa, jak partnerstwo powinno dokumentować swoją działalność. Opisano także zasoby rzeczowe oraz finansowe partnerstwa, z podziałem na fundusze wewnętrzne i zewnętrzne.

Ostatni rozdział poświęcono edukacji i promocji partnerstwa. Partnerstwo stale doskonali swoją kulturę organizacyjną, wzmacnia kompetencje i kształtuje swój wizerunek organizacji interesu publicznego.

Standard zawiera trzy modele graficzne: model tworzenia i funkcjonowania partnerstwa lokalnego, model partnerstwa w małej gminie oraz model partnerstwa w dużym mieście.

Praca socjalna

Standard w obszarze pracy socjalnej w swoim założeniu ma się przyczynić do poprawy skuteczności krajowego systemu wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, przekładającej się zarówno na realizowanie wypracowanego planu

kompleksowych i skoordynowanych działań w procesie socjalizacji tych osób, jak i na wzrost ich samodzielności życiowej. Nie bez znaczenia wydaje się zatem położenie nacisku na wspieranie działań w tworzeniu zintegrowanego, holistycznego systemu lokalnego wsparcia, w którym działania w obszarze pracy socjalnej nie stają się wyrwanymi z procesu reintegracyjnego działaniami mogącymi mieć wymiar jedynie interwencyjny, skupiający się i zamykający na zaspokojeniu tylko potrzeb doraźnych, a wdrażanych zbyt późno, by bezdomności zapobiec. Takie rozumienie istoty pracy socjalnej powoduje, że materiał obejmuje nie tylko dominujący w kraju poziom interwencji, ale w równym stopniu formułuje wskazówki do działań tak z zakresu zapobiegania bezdomności, jak i wychodzenia z niej.

Standard pracy socjalnej zbiera i porządkuje działania realizowane w zakresie pracy socjalnej wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Określa normy ich realizacji, opisujące pożądane zachowania wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, a zarazem sposób pracy gwarantujący pożądaną jakość przeprowadzanych działań. Standard wyznacza katalog optymalnych działań w zakresie niezbędnym dla skutecznej realizacji celów pracy socjalnej ze wskazaną grupą odbiorców.

Proponowany standard stanowi katalog wskazówek jakościowego postępowania wyznaczając tym samym logiczny ciąg działań uzupełniających się i zmierzających do określonego celu. To sekwencja działań zakładająca rozpoznanie, planowanie i realizowanie zindywidualizowanego procesu wsparcia oraz ewaluację podsumowującą zmiany, które dokonały się pod jego wpływem.

Mieszkalnictwo i pomoc doraźna

Standardy w zakresie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej opisują i definiują usługi w zakresie zakwaterowania ludzi bezdomnych oraz świadczenia doraźnej pomocy dotyczącej zabezpieczenia podstawowych potrzeb.

Opracowanie zawiera wytyczne dotyczące prowadzenia placówek udzielających zakwaterowania i schronienia ludziom bezdomnym. Usługi z obszaru mieszkalnictwa i pomocy doraźnej opracowano w standardzie wymaganym i rekomendowanym, przy czym promowana forma jest dobrowolna. Standardy zawierają rekomendacje, jakie powinny być spełnione w odniesieniu do odbiorców, celów i zakresu usług, umiejscowienia, warunków realizacji, kompetencji zatrudnianej kadry, podmiotów prowadzących i współpracujących, dokumentacji, superwizji. Wystandardyzowane zostały następujące usługi:

- ogrzewalnia

- noclegownia
- schronisko
- schronisko profilowane
- mieszkania wspierane zespolone
- mieszkania wspierane rozproszone

Ponadto opracowanie zawiera standard centrum dziennego wsparcia czyli placówkę oferującą wachlarz usług pomocy doraźnej.

Materiał obejmuje także opis trzech modeli i metod, które mogą być pomocne we wdrażaniu systemu w gminach oraz szereg rekomendacji dla praktyków i twórców polityki społecznej, wskazówki dotyczące prewencji, interwencji i integracji w zakresie mieszkalnictwa i pomocy doraźnej.

Zdrowie

Standardy w tym obszarze obejmują zagadnienia dotyczące świadczenia usług m.in. w zakresie:

- uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych,
- terapii oraz profilaktyki uzależnień
- pielęgniarstwa długoterminowego domowego,
- opieki zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych,
- opieki paliatywnej,
- ochrony zdrowia psychicznego i postępowania w przypadku kryzysów psychicznych,
- edukacji zdrowotnej.

Podobnie jak w przypadku mieszkalnictwa, standardy w obszarze zdrowia opisują cele, zakres: podmiotowy, przedmiotowy oraz przestrzenny, organizację, współpracę oraz dokumentację usług, jak również zasoby: personalne, materialne, finansowe i instytucjonalne. Standardy zdrowia opisane są w sposób nie przewidujący tworzenia specjalistycznych placówek dla osób bezdomnych w zakresie ochrony zdrowia, a jedynie wskazujący na możliwości korzystania z usług w miejscu pobytu osób bezdomnych.

Zatrudnienie i edukacja

Opracowanie dotyczące zatrudnienia i edukacji w sferze bezdomności wskazuje, w jaki sposób powinny współdziałać instytucje i organizacje w celu efektywnego wspierania osoby

bezdomej w reintegracji społecznej i zawodowej poprzez naukę i pracę.

Standaryzacja usług w zakresie zatrudnienia i edukacji prowadzi do podwyższenia poziomu jakościowego i efektywności systemu pomocy społecznej odnośnie ograniczenie skali bezdomności i jej przeciwdziałanie. Znajomość tego obszaru pozwala pracownikowi socjalnemu, doradcy zawodowemu, trenerowi pracy i innym specjalistom pracującym z osobą bezdomną na wykorzystanie wielowariantowych rozwiązań.

Liczne usługi uporządkowane zostały w czterech obszarach:

- aktywizacja społeczna
- aktywizacja zawodowa
- edukacja
- zatrudnienie subsydiowane.

W opisie standardów zatrudnienia i edukacji znajdują się wskazania, co do celu wprowadzania poszczególnych usług, ich zakresu przedmiotowego i przestrzennego, niezbędnych kompetencji pracowników świadczących te usługi i zakresu ich współpracy, kosztów i źródeł finansowania, a także spodziewanych rezultatów.

Streetworking

Streetworking w bezpośrednim tłumaczeniu oznacza pracę na ulicy, pracę uliczną. Określenie to stosuje się do specyficznej metody pracy polegającej na docieraniu do naturalnego środowiska klienta/ odbiorcy przez odpowiednio wyszkolone osoby, tzw. streetworkerów, i bezpośrednim kontakcie z klientem w jego środowisku.

Streetworking skierowany do osób bezdomnych to metoda pracy z osobą bezdomną pozostającą poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywającą w miejscach niemieszkalnych prowadzonej przez odpowiednio przygotowanych i przeszkolonych pracowników, odbywającej się w jej środowisku, na akceptowalnych obustronnie zasadach, w jej tempie i w oparciu o wspólnie wypracowany plan.

Standard definiuje streetworking w odniesieniu do zjawiska bezdomności i określa dokładną grupę odbiorców i ich specyfikę w zakresie streetworkingu prowadzonego w środowisku osób bezdomnych, opisuje zarówno cele systemowe, jak i jednostkowe. Definiuje i szczegółowo opisuje zakres tej usługi w podziale na etapy pracy z osobą bezdomną: prezentuje całą metodologię pracy, przedstawia oczekiwane rezultaty, reguluje kwestię umocowania niniejszej usługi, a także wskazuje kwalifikacje specjalistyczne i psychospołeczne streetworkerów. Standard opisuje procedury szkoleń streetworkerów, precyzuje warunki

realizacji usługi w zakresie czasu pracy, pór i okresu, w jakim świadczony może być streetworking. Szeroko potraktowana została niezbędna dokumentacja w zakresie streetworkingu. W standardzie znajdziemy wyszczególnione kategorie kosztów i zakres finansowania usługi.

Dopełnienie treści standardów znajdziemy w tzw. części praktycznej, przygotowanej w formie FAQ (*Frequently Asked Questions* – zbioru najczęściej zadawanych pytań i odpowiedzi na nie).

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

STANDARD PARTNERSTWA LOKALNEGO

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

WPROWADZENIE

Standard partnerstwa lokalnego stanowi próbę ukazania modelowego partnerstwa trójsektorowego: publiczno – społeczno - prywatnego, ukierunkowanego na przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemów społecznych danej społeczności lokalnej. Zgodnie z podstawowym założeniem modelu „Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności” („GSWB”), standard został opracowany ze szczególnym uwzględnieniem problemu bezdomności, jednak jego formuła może znaleźć zastosowanie także w innych obszarach problematyki społecznej.

Problem bezdomności i zagrożenia bezdomnością ma bardzo złożoną naturę i do jego rozwiązania nie wystarczą działania podejmowane w ramach pomocy społecznej. Konieczne jest szersze podejście, obejmujące różne dziedziny polityki społecznej, takie jak mieszkalnictwo, edukacja, zatrudnienie, zdrowie, bezpieczeństwo publiczne czy wymiar sprawiedliwości. Wymaga to zmiany sposobu zarządzania problemami społecznymi: na poziomie krajowym powinno dążyć się do podjęcia skoordynowanych prac międzyresortowych, natomiast na poziomie lokalnym do powoływania partnerstw kształtujących i wdrażających kompleksowy system przeciwdziałania bezdomności oraz wspierania osób bezdomnych w procesie usamodzielniania. Projektowane rozwiązania muszą obejmować płaszczyznę prewencji, interwencji i integracji. W modelu „GSWB”, standard partnerstwa lokalnego jest postrzegany jako „wiązący” wszystkie pozostałe standardy dotyczące: zatrudnienia i edukacji, zdrowia, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, streetworkingu oraz pracy społecznej.

Aby standardy mogły zostać prawidłowo i efektywnie zrealizowane, niezbędna jest współpraca różnych podmiotów, które w ramach partnerstwa lokalnego, tworzą spójną strukturę działania. Standard partnerstwa lokalnego przedstawiony w dalszej części opracowania jest opisem mechanizmu działania partnerstwa, możliwym do zastosowania dla każdego partnerstwa, jednak ze szczególnym uwzględnieniem problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością.

MISJA

Partnerstwo lokalne jest platformą stałej i otwartej współpracy lokalnych podmiotów reprezentujących różne sfery życia społeczno-gospodarczego, które poprzez wymianę informacji, idei i doświadczeń, integrację i w końcu podejmowanie skoordynowanych działań, w oparciu o zidentyfikowane problemy oraz wspólne możliwości i zasoby tworzą

system rozwiązywania istotnych problemów społecznych w tym zapobiegania i rozwiązywania problemu bezdomności.

CELE

Cel główny:

Rozwój i wzmocnienie lokalnego systemu rozwiązywania problemów społecznych w tym zapobiegania, interweniowania i wychodzenia z bezdomności w kierunku zmniejszenia ryzyka bezdomności oraz zmniejszenia jej skali.

Cele szczegółowe w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności:

- Poprawa i rozwój systemu prewencji bezdomności.
- Wzmocnienie i usprawnienie systemu interwencji, ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych.
- Wzmocnienie i rozwój systemu integracji społecznej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Rozwój diagnozowania i mierzenia zjawiska bezdomności i zagrożenia bezdomnością.
- Podniesienie jakości tworzenia i wdrażania, poprawa koordynacji i zarządzania polityki społecznej na poziomie lokalnym oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie bezdomności i zagrożenia nią.

1. OPIS PARTNERSTWA LOKALNEGO

Partnerstwo lokalne jest płaszczyzną stałej współpracy pomiędzy partnerami lokalnymi, reprezentującymi różne obszary życia społeczno - gospodarczego. Partnerzy w sposób trwały i systematyczny planują i realizują działania. Partnerstwo lokalne jest też „szkołą” myślenia i działania na rzecz dobra wspólnego, minimalizującą interesy partykularne. Niezależnie od problematyki jaką się zajmuje czy otoczenia, w którym działa, atutami partnerstwa są: dobra znajomość problemów społeczności lokalnej, współdziałanie różnych podmiotów lokalnych, zdolność do pobudzania oddolnych inicjatyw obywatelskich, tworzenie przyjaznego klimatu do rozwoju, efektywne eliminowanie mechanizmów działających wykluczająco na słabsze ekonomicznie i społecznie grupy mieszkańców i wreszcie to, co w każdym działaniu jest najważniejsze - dobrowolne wzięcie na siebie zobowiązań i odpowiedzialności w celu rozwiązywania istniejących problemów.

W wariancie minimum partnerstwo lokalne tworzą podmioty, zainteresowane rzetelną,

efektywną współpracą, zaangażowane w realizację określonego przedsięwzięcia. Partnerstwo działa wtedy w jednym obszarze i funkcjonuje tak długo, jak długo trwa realizacja przyjętych celów. Jeśli organizuje system pomocy w celu rozwiązania problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością musi skupiać swoje działania w obszarze mieszkalnictwa, streetworkingu, pracy socjalnej, zdrowia, zatrudnienia i edukacji, współpracując z podmiotami wskazanymi w standardach, dotyczących wymienionych obszarów.

W wariacie rekomendowanym powstaje szersze, trwałe partnerstwo lokalne podejmujące różnorodne działania w różnych obszarach, realizuje określone programy i strategie, których celem jest: identyfikowanie i rozwiązywanie lokalnych problemów społecznych, budowanie tożsamości społeczności lokalnej oraz spójnego społecznie środowiska, w którym każdy obywatel powinien mieć zapewnione odpowiednie warunki rozwoju osobistego i społecznego.

W obu wariantach, członkami partnerstwa powinny być organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką społeczną oraz same osoby wykluczone, w tym bezdomne i zagrożone bezdomnością. Wiąże się to z realizacją zasady partycypacji, zgodnie z którą osoby doświadczające wykluczenia społecznego mają prawo uczestniczyć w kształtowaniu skierowanego do nich systemu pomocy.

Można wymienić kilka szczebli partycypacji:

- informacja - bieżące informowanie społeczności lokalnej o działalności partnerstwa i problemach, jakimi partnerstwo się zajmuje;
- konsultowanie - uzyskiwanie opinii osób bezdomnych, organizacji i uwzględnianie ich w działaniach partnerstwa;
- wspólne podejmowanie decyzji - włączanie osób bezdomnych i organizacji do organów decyzyjnych, celem uzyskania realnego wpływu na podejmowane decyzje;
- wspólne działanie – odbiorcy działań uczestniczą zarówno w podejmowaniu decyzji jak i realizacji podjętych decyzji;
- wspieranie lokalnych pomysłów - dawanie szansy osobom bezdomnym, organizacjom na wdrażanie i realizację własnych rozwiązań.

2. IDEA PARTNERSTWA LOKALNEGO

W partnerstwie, podmioty lokalne, reprezentujące różne środowiska (instytucje samorządowe, pozarządowe, sektor prywatny) oraz indywidualni obywatele jednoczą się w działaniu na rzecz dobra wspólnego, a w procesie tworzenia i działania partnerstwa dochodzi do lepszego

wzajemnego poznania i zrozumienia między partnerami, wypracowania interaktywnych relacji, co przyczynia się do podniesienia skuteczności działania. Partnerzy wnoszą swoje kompetencje i zasoby, wspólnie także ponoszą ewentualne ryzyko i koszty.

Powstanie i działanie partnerstwa lokalnego jest przejściem od modelu zarządzania, opartego na władzach terytorialnych, tradycyjnie rozumianych jako centrum kierowania sprawami publicznymi, do zarządzania, w którym funkcjonuje wiele podmiotów w zakresie rozwiązywania problemów lokalnych.

Siłą partnerstwa lokalnego jest jego bliskość wobec problemów społeczności lokalnej oraz umiejętność poszukania relatywnie najlepszych sposobów przeciwdziałania i rozwiązywania tychże problemów. Problemy najskuteczniej rozwiązywane są w miejscu, gdzie powstają, czyli na poziomie lokalnym. Wiedza, dotycząca lokalnej społeczności, zaangażowanie podmiotów lokalnych i lokalna koordynacja stanowią ogromny i skuteczny potencjał.

Partnerstwo lokalne, poprzez zaangażowanie różnorodnych podmiotów, aktywizuje całą społeczność lokalną – instytucje, organizacje, osoby fizyczne. Świadomość możliwości współzarządzania i rzeczywistego wpływu na podejmowane decyzje zwiększa odpowiedzialność mieszkańców za to, co dzieje się na terenie ich gminy, uczy aktywnego korzystania z demokracji dla dobra ogółu i dobra własnego.

Partnerstwo powstaje zazwyczaj w związku z koniecznością rozwiązania określonego problemu/problemów społecznych, jednak w praktyce może prowadzić różnorodną działalność - kulturalną, edukacyjną, sportową itd. Oznacza to, że w jego ramach każdy może znaleźć swoje miejsce.

Partnerzy muszą być świadomi celowości podjętych działań, ich znaczenia dla polepszenia poziomu życia całej społeczności - tylko wówczas można oczekiwać pełnego zaangażowania i skutecznego działania partnerstwa.

Życzliwa i efektywna współpraca, budowa zaufania, nauka odpowiedzialności, umiejętność konstruktywnego dyskusowania o trudnych problemach i rozwoju społeczności lokalnej, decyzje podejmowane w oparciu o konsensus, to tylko niektóre wartości jakie niesie ze sobą partnerstwo.

Partnerstwo powstaje, rozwija się i działa w długim i trudnym procesie, który każdemu z jego uczestników daje możliwość zrozumienia procesów społecznych, istoty demokracji, a także tego, jak wiele zależy od nas samych w budowaniu lepszej rzeczywistości.

2.1. Zasady działania partnerstwa lokalnego

Tworzenie i funkcjonowanie partnerstwa lokalnego opiera się na niżej wymienionych zasadach, które wszyscy partnerzy są zobowiązani respektować:

- dobrowolność (udział w partnerstwie jest dobrowolny, każdy członek może w dowolnej chwili przystąpić i wystąpić z partnerstwa);
- dialog społeczny (konsultacja i dialog organów władzy publicznej z podmiotami samoorganizującego się społeczeństwa obywatelskiego, partnerstwo uzupełnia działania lokalnych instytucji, ale ich nie zastępuje);
- demokracja (partnerzy dysponują równym głosem, decyzje podejmowane są w sposób demokratyczny);
- jawność działań (bieżące informowanie o działalności partnerstwa, jawny system komunikacji);
- pomocniczość (partnerstwo podejmuje działania, które przekraczają potencjał indywidualnych obywateli);
- efektywność (połączenie zasobów i możliwości partnerów zapewnia większą skuteczność działania niż działanie pojedynczych obywateli);
- wzajemne zaufanie, poszanowanie i tolerancja (umożliwia/ułatwia współpracę, daje poczucie, że realizowane działania są korzystne dla wszystkich);
- oddolność (uwzględnianie w działaniach inicjatyw obywatelskich);
- otwartość (partnerstwo jest otwarte na nowych członków);
- apolityczność (partnerstwo nie jest związane z żadną partią polityczną i nie podlega próbom politycznego wykorzystania).

3. INICJOWANIE PARTNERSTWA LOKALNEGO

Powstanie partnerstwa lokalnego wynika z potrzeby rozwiązania określonego problemu/problemów społecznych, dotyczących danej społeczności lokalnej, a także potrzeby budowy lepszej rzeczywistości społeczno - ekonomicznej.

3.1. Inicjator

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

3.2. Ogólne rozpoznanie podmiotów partnerstwa lokalnego

Inicjator sporządza listę potencjalnych partnerów, których udział jest niezbędny lub pożądanym dla 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 specyfiki społeczności lokalnej. Osoby, organizacje czy instytucje, które mają autorytet, mogą zachęcić do przystąpienia do partnerstwa innych uczestników, poza tym wzmocniają wiarygodność podejmowanych inicjatyw.

3.3. Wykorzystanie przez inicjatora wszelkich dostępnych sposobów komunikacji

Sposoby dotarcia do potencjalnych partnerów są różnorodne:

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

Wszystkie wymienione sposoby są wstępem do bezpośredniej rozmowy. Kontakt bezpośredni daje możliwość dokładnego przedstawienia podejmowanej inicjatywy, wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości i pokonanie niezdecydowania rozmówcy. W rozmowie należy także określić zakładane cele partnerstwa, oczekiwania wobec partnera i sposoby skorzystania z posiadanych przez niego zasobów.

3.4. Tworzenie dobrego klimatu wokół budowania partnerstwa

Zachęcając potencjalnych członków do zaangażowania się w proces budowy partnerstwa lokalnego, inicjator partnerstwa powinien przedstawić korzyści wynikające ze wspólnego działania na rzecz społeczności lokalnej, korzyści dla dobra poszczególnych partnerów oraz ewentualne nakłady partnera, przy założeniu, że korzyści powinny zawsze przewyższać nakłady.

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

3.5. Organizacja pierwszego spotkania

Pierwsze spotkanie partnerów powinno być bardzo starannie przygotowane. Należy stworzyć w miejscu spotkania dobry klimat do rozmów. Wszystkie materiały przygotowane na spotkanie, powinny zostać odpowiednio wcześniej wydrukowane i rozdane podczas spotkania wszystkim zaproszonym. Najważniejsze z nich należy przesłać uczestnikom na co najmniej 2 tygodnie przed spotkaniem, dając możliwość zapoznania się z ich treścią. Treść materiałów musi być zrozumiała dla wszystkich. Wskazane jest, aby poszczególne punkty programu spotkania inicjator przygotował razem z zaproszonymi uczestnikami. Stwarza to, już na początku tworzenia partnerstwa, poczucie wspólnej pracy i współodpowiedzialności.

Można zaprosić na spotkanie lokalne media. Media dają możliwość rozpowszechnienia informacji o partnerstwie, jego celach oraz zakładanych rezultatach działań. Taka informacja może przynieść dodatkowy efekt w postaci zachęcenia innych podmiotów do zaangażowania się w partnerstwo. Ponadto media mogą udzielić partnerstwu patronatu medialnego. Kontakt z mediami, ich rodzaj i częstotliwość będą zależne od charakteru partnerstwa i jego zakresu działań. Decyzję w tym zakresie partnerstwo podejmuje samo.

3.6. Przebieg pierwszego spotkania

Podczas pierwszego spotkania należy przedstawić - w sposób zrozumiały dla wszystkich - problemy, które partnerstwo zamierza rozwiązać. Jeżeli uczestnicy spotkania uznają przedstawione problemy za ważne i wyrażą wolę zaangażowania się, mogą podczas spotkania wstępnie nakreślić cele wspólnego działania.

Na spotkaniu można przedyskutować, kogo jeszcze należałoby zaprosić do współdziałania. Istotne jest wyznaczenie osób do kontaktu między partnerami, określenie sposobu komunikacji, wymiana informacji teleadresowych oraz ustalenie daty i miejsca kolejnego spotkania.

3.7. Czynniki sprzyjające tworzeniu partnerstwa:

- odpowiednie kompetencje i umiejętności inicjatora;
- wspólne uznanie wagi problemów, które partnerstwo zamierza rozwiązać;
- wspólne cele partnerów;
- właściwy dobór partnerów;

- silna motywacja do rozwiązywania problemów;
- wystarczające zasoby ludzkie, materialne i organizacyjne poszczególnych partnerów;
- właściwy wybór osób, które partnerstwo będą reprezentować.

3.8. Czynniki hamujące tworzenie partnerstwa:

- niewystarczające lub nieodpowiednie kompetencje inicjatora;
- niewłaściwy dobór partnerów;
- trudność z pozyskaniem partnerów szczególnie ważnych dla działania i rozwoju partnerstwa;
- ukryte i niespójne cele i „interesy” poszczególnych partnerów;
- niska motywacja do rozwiązywania problemów;
- niewystarczające zasoby ludzkie, materialne i organizacyjne poszczególnych partnerów;
- próba dominacji partnera, dysponującego większymi zasobami czy możliwościami;
- konflikty między partnerami (różnice oczekiwań, odmienny sposób funkcjonowania);
- brak zrozumienia idei partnerstwa lokalnego;
- niewłaściwy dobór osób, które będą reprezentować partnerstwo.

4. ORGANIZACJA PRACY PARTNERSTWA LOKALNEGO

4.1. Wizja, misja, cele

Partnerstwo wypracowuje idee i sposoby wspólnego działania, które są akceptowalne przez wszystkich partnerów i spełniają ich oczekiwania wobec współpracy. Umożliwia to prawidłowe funkcjonowanie partnerstwa pomimo napotykaných trudności, czy tzw. wypalenia się partnerów. W tym aspekcie konieczne jest określenie wizji, misji i celów partnerstwa.

Wizja, misja, cele są elementami strategii oraz planów rocznych pracy partnerstwa. Strategia jest ogólnym programem działania, określonym w dłuższej, zazwyczaj kilkuletniej perspektywie czasowej, pomaga w zorganizowaniu bieżącej i przyszłej pracy partnerstwa. Plan roczny jest uszczegółowieniem ogólnych zapisów strategii, dokładnym określeniem działań podejmowanych do zrealizowania w danym roku.

Wizja to przyszły, pożądaný obraz rzeczywistości danej społeczności lokalnej, który powinien być zrealizowany w efekcie działań partnerstwa. W wypracowaniu wizji stosuje się

często – w formie pomocniczej - wykresy, rysunki, grafy. Opracowanie wizji jest bardzo ważnym elementem zorganizowania pracy partnerstwa - wizja nadaje kierunek działalności partnerstwa, ze szczególnym uwzględnieniem dłuższej perspektywy czasowej. Wizją docelową jest społeczność wewnętrznie spójna, w której wszyscy, także osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, mają warunki wszechstronnego rozwoju osobistego i społecznego.

Przykładowa wizja:

Sytuacja społeczna gminy X w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością w roku to rzeczywistość, w której:

- problemy bezdomności i zagrożenia bezdomnością rozpoznawane są w profesjonalny i systematyczny sposób;
- istnieje kompleksowy system przeciwdziałania bezdomności oraz wspierania osób bezdomnych w procesie usamodzielniania się, cechujący się skutecznością pomocy i różnorodnością jej form;
- funkcjonuje stabilna sieć współpracujących ze sobą instytucji, organizacji i grup lokalnych na rzecz zapobiegania i rozwiązywania pojawiających się problemów;
- społeczność lokalna jest wewnętrznie spójna, a wszyscy mieszkańcy, także osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, mają warunki wszechstronnego rozwoju osobistego i społecznego.

Misja określa problem lub potrzebę, z powodu których partnerzy postanowili współpracować. Powinna także określać komu partnerstwo służy oraz na jakich wartościach i zasadach będzie opierać swoje działanie.

Misję zazwyczaj tworzy się po pewnym okresie współpracy partnerów, ponieważ jest ona wynikiem wcześniejszych dyskusji i wzajemnego poznawania siebie. Powinna być dziełem wszystkich członków partnerstwa, gdyż tylko wtedy partnerzy będą mogli się z nią utożsamić. Podstawowe cechy misji to zwięzłość i elastyczność. W związku z dynamiczną, zmieniającą się rzeczywistością społeczną, niektóre elementy misji mogą się zmieniać w okresie funkcjonowania partnerstwa, podobnie jak mogą zmieniać się niektóre działania partnerstwa.

Misja spełnia dwie funkcje - wewnętrzną i zewnętrzną.

Funkcja wewnętrzna to przede wszystkim jednoczenie partnerów wokół realizacji podjętych zadań, określenie zasad, na których partnerstwo opiera swoje działanie, tworzenie dobrej atmosfery w zespole.

Funkcja zewnętrzna misji to skuteczne „przyciąganie” nowych instytucji, organizacji i osób

do współpracy, przy jednoczesnym pokazaniu im w sposób zrozumiały celu działania.

W misji należy ująć odpowiedzi na poniższe pytania:

- jaki rodzaj ugrupowania tworzymy, w jakiej przestrzeni społecznej działamy;
- kim jesteśmy (np. partnerami, reprezentującymi różne podmioty życia społeczno - gospodarczego);
- kim są odbiorcy naszego działania;
- dlaczego działamy, jaki jest problem/problemy, które chcemy rozwiązać (cel powstania);
- w jaki sposób realizujemy nasze zamierzenia (przyjęte formy działania);
- jaki jest etos ugrupowania, jakimi zasadami i wartościami się kieruje (czy istnieją szczególne wartości, które stanowią „niepisane” prawo działania);
- co nas odróżnia od innych partnerstw, instytucji, organizacji (jakie mamy unikalne rozwiązania).

Przykładowa misja:

Partnerstwo lokalne w gminie X jest platformą współpracy lokalnych podmiotów reprezentujących różne sfery życia społeczno - gospodarczego, które współdziałając i wykorzystując potencjał społeczny oraz istniejące i możliwe do uzyskania zasoby organizacyjne, materialne i finansowe dążą do zbudowania kompleksowego systemu zapobiegania bezdomności i wychodzenia z bezdomności, w oparciu o zasady poszanowania godności ludzkiej, subsydiarności i partycypacji.

Wyznaczenie celów to jedno z najważniejszych zadań partnerstwa, określające kierunek jego działania. Podstawą wyznaczenia celów jest analiza zasobów i deficytów środowiska lokalnego, ze szczególnym uwzględnieniem problemu/problemów, które partnerstwo zamierza rozwiązać. W modelu „GSWB” jest to przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu bezdomności.

Konieczne jest określenie celu głównego i celów szczegółowych. Celem głównym jest eliminacja określonego problemu. Osiągnięciu celu głównego służą cele szczegółowe, które porządkują planowanie i działanie w kontekście realizacji celu głównego i stanowią precyzyjny, określony w czasie harmonogram poszczególnych działań. Przy określaniu celów szczegółowych należy wziąć pod uwagę kolejność ich realizacji, zaczynając od tych, które powinny zostać zrealizowane jako pierwsze, aż do tych, które nie są priorytetowe.

Przyjęte przez partnerstwo cele (główny i szczegółowe) powinny być wpisane w strategię i plany roczne partnerstwa.

Cele należy opracować bardzo starannie, ponieważ od tego będzie zależeć: skuteczność działania, dobra organizacja pracy oraz znajomość zobowiązań każdego partnera. Na opracowanie celów należy poświęcić odpowiednio dużo czasu, aż do chwili gdy będą zrozumiałe dla wszystkich oraz zaakceptowana zostanie ich zasadność i adekwatność do lokalnych potrzeb.

Dobrze sformułowane cele odpowiadają na pytanie: co, gdzie, kiedy i dla kogo zostanie korzystnie zmienione, dzięki realizacji określonych działań.

Przykładowe cele szczegółowe partnerstwa lokalnego:

- zmniejszenie skali zagrożenia bezdomnością oraz zmniejszenie wzrostu liczby osób pierwszy lub kolejny raz doświadczających bezdomności;
- zredukowanie zagrożenia zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i/lub publicznych;
- zmniejszenie liczby osób zagrożonych utratą mieszkania;
- zwiększenie poziomu integracji społecznej, włączenie społeczności lokalnej w działania na rzecz realizacji zadań polityki społecznej w gminie;
- zwiększenie liczby osób wychodzących z bezdomności poprzez uzyskanie przez nich samodzielności życiowej;
- podnoszenie świadomości członków lokalnej społeczności, dotyczącej mechanizmów zagrożenia utraty mieszkania;
- koordynacja działań, zwiększenie efektywności na rzecz realizacji polityki społecznej w gminie;
- oddolne tworzenie nowych rozwiązań na rzecz polityki społecznej w gminie.

4.2. Analiza problemów, zasobów, otoczenia

Partnerstwo działa w oparciu o rzetelną analizę problemów społecznych środowiska lokalnego, systematycznie aktualizowaną w oparciu o nowe dane. Częstotliwość aktualizacji zależy od zmieniającej się sytuacji społeczno - gospodarczej na terenie na jakim partnerstwo działa.

Prawidłowo przeprowadzona analiza umożliwia i ułatwia pracę partnerstwa, pomagając w opracowaniu diagnozy i określeniu celów działania. Bez zdiagnozowania środowiska lokalnego, jego problemów a także zasobów, działania podjęte przez partnerstwo mogą być chybione, nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb.

Analiza powinna uwzględniać wszystkie istotne czynniki, które mają wpływ na społeczność

lokalną w zakresie problematyki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem bezdomności i zagrożenia bezdomnością. Powinno być jej także poddane funkcjonowanie najważniejszych instytucji lokalnych w kontekście ich działania i roli, jaką mogą odegrać w reintegracji społeczno - zawodowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Zaleca się przedstawienie rekomendacji dla lokalnych podmiotów społecznych w zakresie wzmocnienia działań przeciwdziałających bezdomności przez ograniczenie/eliminację tych czynników, które działają wykluczająco. Szczególnie wnikliwej analizie powinny być poddane instytucje rynku pracy, instytucje pomocy społecznej, szkoły i inne placówki oświatowo - edukacyjne oraz mechanizmy powodujące wykluczenie grup i osób.

W pierwszej kolejności należy rzetelnie przeanalizować nie tylko sam problem bezdomności, ale także system pracy z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością i na tej podstawie opracować diagnozę.

Diagnoza problemu bezdomności to określenie:

- skali bezdomności z podaniem wieku i płci (czy są to osoby samotne czy rodziny);
- stanu zdrowia osób bezdomnych (w tym skali uzależnień);
- wykształcenia osób bezdomnych;
- czasu pozostawania osobą bezdomną;
- przyczyn popadania w bezdomność;
- liczby osób zagrożonych eksmisją (określenie przyczyn tej sytuacji);
- zbadanie osobistej motywacji osób bezdomnych do wyjścia z bezdomności.

Diagnoza systemu pracy z osobami bezdomnymi to zestawienie:

- wszystkich miejsc prowadzonych przez instytucje i organizacje pozarządowe, w których udziela się pomocy osobom bezdomnym, określenie ich potencjału i zakresu współpracy między tymi podmiotami, jakość tej współpracy;
- rodzajów i form udzielanej pomocy;
- opisów metod pracy z osobami bezdomnymi;
- braków w systemie wsparcia;
- określenie wpływu współpracy na kształtowanie polityki lokalnej w zakresie bezdomności.

Diagnozę przeprowadzamy poprzez:

- badanie dokumentów;
- analizę ich treści;

- pogłębione wywiady indywidualne przeprowadzone z osobami, które mają wiedzę dotyczącą osób bezdomnych i ich kondycji oraz systemu pomocy funkcjonującego w gminie;
- wywiad grupowy przeprowadzony z tymi samymi osobami;
- wywiady indywidualne z osobami bezdomnymi.

Diagnoza może być przeprowadzona przez samo partnerstwo, albo w przypadku posiadania odpowiednich środków, zlecona podmiotowi wyspecjalizowanemu w badaniach społecznych. Ważnym aspektem diagnozy powinno być ukazanie charakteru lokalnych mechanizmów wykluczenia społecznego oraz jakie czynniki społeczne i ekonomiczne działają wykluczająco na określone grupy społeczne lub utrudniają dostęp do usług publicznych (np. edukacji, wsparcia socjalnego, informacji publicznej).

Mechanizmy wykluczające powinny być stale monitorowane, szczególnie w następujących obszarach:

- rynek pracy;
- instytucje polityki społecznej (odmowa/opieszałe udzielenie pomocy, niepełne poinformowanie o możliwościach rozwiązania problemu, skorzystania z porady prawnej itp.);
- instytucje publiczne (brak pomocy w uregulowaniu zadłużenia, wyrejestrowanie z PUP, niekierowanie na leczenie odwykowe, gdy zachodzi potrzeba podjęcia leczenia itp.);
- szeroko pojęta gospodarka mieszkaniowa na terenie gminy;
- edukacja, ze szczególnym uwzględnieniem szkół i placówek oświatowych;
- kultura i sport.

Diagnoza, poza czynnikami specyficznymi dla danej społeczności lokalnej, musi także uwzględnić czynniki obiektywne, niekorzystnie wpływające na przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu bezdomności, np. ułomne regulacje prawne.

Diagnoza sporządzona jednorazowo na początku działania partnerstwa lokalnego jest niewystarczająca, należy ją powtarzać co kilka lat. Nie ma jednak potrzeby sporządzania diagnozy częściej niż co 5 lat, lub po upływie okresu obowiązywania strategii lokalnej w zakresie bezdomności.

Uwaga: Wskazówki, pomocne przy opracowaniu diagnozy znajdują się w dokumencie: „Metodologia realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym”, opracowanym przez zespół ekspertów w ramach modelu „GSWB.”

4.2.1 Narzędzia analizy zasobów i deficytów

Wśród wielu metod służących analizie zasobów i deficytów, najbardziej zalecanymi metodami są: SWOT, CAL i burza mózgów. Metody te zalecane są do zastosowania przez partnerstwo w wariacie minimum, to znaczy w przypadku gdy analizę przeprowadza samo partnerstwo. W wariacie rekomendowanym, analiza powinna być przeprowadzona przez badaczy, którzy sami wybiorą właściwe narzędzia badawcze.

SWOT - (nazwa od pierwszych liter słów angielskich: S - mocne strony, W - słabe strony, O - możliwości/szanse na uzyskanie korzystnej zmiany, T - zagrożenia/niebezpieczeństwo powstania niekorzystnej zmiany).

Metoda ta służy badaniu otoczenia partnerstwa oraz analizie 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. Polega na wypełnieniu tabeli zawierającej szanse, zagrożenia, mocne i słabe strony społeczności lokalnej.

CAL – to opracowanie mapy zasobów i deficytów według Centrum Aktywności Lokalnej.

CAL jest metodą analizującą podmioty działające na danym terenie, umożliwiającą poznanie problemów, potrzeb i oczekiwań mieszkańców danego obszaru oraz zasobów ludzkich i instytucjonalnych tegoż obszaru Dostępne na: <http://www.pliki.cal.org.pl> [Dostęp 06.11.2013].

Burza mózgów - jest metodą zalecaną w mniejszych liczbowo partnerstwach. Jej celem jest określenie jak największej ilości rozwiązań danego problemu lub znalezienie jak największej liczby odpowiedzi na postawiony problem, który to problem najlepiej określić w formie pytania.

Niezależnie od wyboru metody do analizy zasobów i deficytów, należy pamiętać, że analiza jest tylko punktem wyjścia do dalszych działań partnerstwa, jednak powierzchownie przygotowana będzie przyczyną nieprawidłowego sformułowania celów partnerstwa, co może skutkować podjęciem działań nieadekwatnych do potrzeb społeczności lokalnej.

4.3. Obszar działania partnerstwa

Podstawowym obszarem działania partnerstwa lokalnego jest gmina. W razie potrzeby, obszar działania można rozszerzyć do poziomu kilku gmin czy powiatu, tworząc np. związek partnerstw. Wówczas członkiem partnerstwa mogą być instytucje o zasięgu powiatowym, np.

powiatowe centrum pomocy rodzinie, powiatowy urząd pracy. Partnerstwo samo określa zasięg terytorialny swojego działania, adekwatnie do potrzeb, możliwości i zaangażowania lokalnych podmiotów. Szerszy zasięg działania umożliwia sieciowanie usług, kompleksowe, systemowe diagnozowanie i rozwiązywanie problemów społecznych, opracowywanie dokumentów strategicznych na szerszym poziomie, lobbowanie w kierunku pożądaných zmian prawnych.

4.4. Zakres działania

4.4.1. Zakres podmiotowy

Partnerstwo jest otwarte na wszystkie lokalne instytucje, organizacje i osoby fizyczne w szczególności na te, które związane są z wykluczeniem społecznym. Odbiorcą działań partnerstwa jest cała społeczność lokalna, w szczególności osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i wykluczone społecznie.

W każdym momencie, w działania partnerskie może włączyć się kolejny podmiot/osoba. W tym kontekście społeczność lokalna jest nie tylko odbiorcą działań partnerstwa, ale współtwórcą jego działań.

Podstawowym celem opracowania listy potencjalnych partnerów 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 ustalaniu listy potencjalnych partnerów należy uwzględnić stopień ich motywacji do zaangażowania się w partnerstwo. Należy także uwzględnić wszystkie podmioty, działające na danym obszarze, aby nie pominąć kogoś istotnego dla działań partnerstwa, szczególnie w kontekście rozwiązywania problemu bezdomności.

Wśród najważniejszych podmiotów/potencjalnych partnerów należy wymienić:

- władze samorządowe;
- instytucje publiczne działające w obszarze pomocy społecznej, pomocy rodzinie, w szczególności: ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, regionalne ośrodki polityki społecznej, wydziały polityki społecznej, domy pomocy społecznej, środowiskowe domy pomocy społecznej działające w urzędach miast i gmin, starostwach powiatowych oraz urzędach wojewódzkich;
- organizacje pozarządowe – w szczególności organizacje działające w obszarze pomocy społecznej, aktywizacji zawodowej, edukacji, zdrowia; w tym organizacje

zrzeszające osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością;

- instytucje związane z mieszkalnictwem - w szczególności spółdzielnie mieszkaniowe, wydziały gospodarki komunalnej działające przy urzędach miast, wspólnoty mieszkańców;
- instytucje i placówki systemu ochrony zdrowia - w szczególności szpitale, przychodnie, pogotowie ratunkowe, itp.;
- instytucje zatrudnienia i aktywizacji zawodowej - w szczególności powiatowe urzędy pracy, wojewódzkie urzędy pracy, agencje zatrudnienia, agencje pośrednictwa pracy, centra integracji społecznej, ochotnicze hufce pracy;
- instytucje i placówki wspierające osoby niepełnosprawne, uzależnione, ofiary przemocy - w szczególności warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej, ośrodki interwencji kryzysowej, grupy anonimowych alkoholików (AA), grupy anonimowych narkomanów (AN);
- instytucje edukacyjne - w szczególności szkoły, zakłady doskonalenia zawodowego, placówki edukacyjne;
- przedsiębiorcy - w szczególności stowarzyszenia przedsiębiorców, związki pracodawców, izby handlowe;
- służby mundurowe (służby porządkowe, służby bezpieczeństwa publicznego, instytucje wymiaru sprawiedliwości, służba więzienna);
- osoby fizyczne (niezrzeszone w organizacjach, niepracujące w powyższych instytucjach), w tym osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością;
- lokalni liderzy.

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

- Określenie potencjalnych partnerów:
 - analiza ich potencjału oraz możliwości oddziaływania na społeczność lokalną;
 - analiza ich przydatności/uzupełnienia potrzeb partnerstwa.
- Określenie motywacji poszczególnych partnerów:

Przy określaniu motywacji potencjalnych partnerów niezbędne jest ustalenie, co może ich skłonić do włączenia się w realizację partnerstwa oraz przeanalizowanie, jakimi motywacjami kieruje się dana instytucja/organizacja, jakie są jej cele w kontekście spójności z celami partnerstwa. Konieczne jest indywidualne podejście do każdego z

potencjalnych partnerów. Należy także uwzględnić nie tylko to, co potencjalny partner może wnieść do działań, ale także co partnerstwo może mu zaoferować.

Tabela nr 1. Potencjalni członkowie partnerstwa lokalnego w zakresie bezdomności i zagrożenia bezdomnością z uwzględnieniem ich roli w trzech płaszczyznach działania (rodzaje podmiotów i ich rola mogą się zmieniać, w zależności od specyfiki terenu, na którym funkcjonuje partnerstwo)

Nazwa	Prewencja	Interwencja	Integracja
Ośrodek Pomocy Społecznej	K	K	K
Organizacje pozarządowe	K	K	K
Podmioty prowadzące placówki i działania na rzecz osób bezdomnych	K	K	K
Powiatowe urzędy pracy	K	K	K
Media (TV, radio, prasa)	K	K	K
Instytucje ochrony zdrowia - szpitale, przychodnie, pogotowie ratunkowe, szpitale (SOR), ZOL, ZOP	K	K	K
Policja, Straż Miejska, Straż Pożarna, Straż Graniczna, SOK	R	K	R
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie	K	R	R
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	R	R	R
Sądy, prokuratura, kuratorzy sądowi (społeczni i zawodowi), komornicy sądowi, skarbowi, zakłady karne	R	R	R
Przedszkola, instytucje edukacyjne szczebla podstawowego, średniego, wyższego	R	R	R
Sektor biznesu, w tym organizacje przedsiębiorców i cechy rzemiosł, pracodawcy, banki, doradcy finansowi	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)	K	K	K
Jednostki samorządu terytorialnego (gminnego, powiatowego, samorząd województwa) i ich jednostki organizacyjne	R	R	R
Instytucje kształcenia ustawicznego, instytucje szkoleniowe	R	R	R
Urzędy wojewódzkie, urzędy marszałkowskie, wojewódzkie urzędy pracy	R	R	R
Instytucje i organizacje sportowe	R	R	R
Agencje zatrudnienia, agencje pośrednictwa pracy, kluby pracy,	R	R	R

CIS, KIS, przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie socjalne, ochotnicze hufce pracy	K	R	K
Inne: PKP, partie polityczne, biura poselskie, radni, sołtysi, ZUS, urzędy skarbowe, sanepid, związki zawodowe	R	R	R

Opracowanie: grupa ekspercka ds. partnerstwa lokalnego

Legenda:

K - podmiot kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania partnerstwa w danej płaszczyźnie

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

4.4.2. Zakres przedmiotowy

Partnerstwo lokalne podejmuje działania w sposób kompleksowy, w oparciu o doświadczenie i wiedzę sektora publicznego, społecznego i prywatnego. Dąży do realizacji działań, zwiększających społeczną i ekonomiczną spójność społeczności lokalnej oraz eliminowanie mechanizmów powodujących wykluczenie społeczne. W wariantach minimum odbiorcą działań partnerstwa jest grupa osób, borykająca się z określonym problemem społecznym, w przypadku modelu „GSWB” jest to problem bezdomności i zagrożenia bezdomnością. W wariantach rekomendowanym, odbiorcą działań partnerstwa jest cała społeczność lokalna, a partnerstwo działa w obszarze szeroko pojętej polityki społecznej.

Rozwiązywanie problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością wymaga podjęcia jednoczesnych działań w zakresie: prewencji, interwencji, integracji. Partnerstwo lokalne, w ramach którego współpracują różne, wzajemnie uzupełniające się podmioty, jest najskuteczniejszym sposobem działania w wymienionych trzech zakresach.

Systematyczna współpraca różnych podmiotów powinna doprowadzić do utworzenia lokalnego systemu przeciwdziałającego powstawaniu problemów społecznych, w tym bezdomności. System powinien być tworzony we współpracy międzysektorowej i międzyresortowej.

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

Przykładowe działania partnerstwa w płaszczyźnie prewencji:

- tworzenie systemu przeciwdziałania bezdomności (np. współpraca ze spółdzielniami mieszkaniowymi dotycząca osób zagrożonych eksmisją, współpraca z zakładami karnymi w zakresie monitorowania sytuacji osób opuszczających zakład, współpraca z

instytucjami pomocy społecznej w zakresie monitorowania sytuacji osób uzależnionych, osób opuszczających placówki opiekuńczo – wychowawcze, szpitale, współpraca z zespołami interdyscyplinarnymi w zakresie monitorowania sytuacji osób zagrożonych przemocą w rodzinie);

- tworzenie koalicji w ramach współpracy międzysektorowej, co umożliwia m.in. zwiększenie skuteczności działań i wspólne kształtowanie lokalnej polityki społecznej;
- promowanie w społeczności lokalnej przeciwdziałania bezdomności, jako najlepszego sposobu walki z bezdomnością;
- edukacja społeczności lokalnej – wzrost świadomości i wiedzy dotyczącej problemów społecznych, promowanie samopomocy, dialogu, nauka współodpowiedzialności, itp.;
- edukacja młodzieży – wzrost samoświadomości, poczucia rzeczywistego wpływu na kształtowanie środowiska lokalnego, tworzenie wolontariatu, itp.;
- edukacja mediów – włączanie mediów w inicjatywy wspomagające zwalczanie stereotypów społecznych, rzetelne ukazywanie problemów społecznych, kształtowanie i promowanie postaw obywatelskich, itp.

Interwencja dotyczy wszystkich osób bezdomnych, w szczególności tych, które przebywają w miejscach publicznych, nieprzeznaczonych do zamieszkania, takich jak dworce, parki, ulice. Działania interwencyjne opierają się głównie na szybkiej pomocy w celu zmniejszenia zagrożenia życia i zdrowia. Ponadto interwencja kryzysowa związana jest z zapewnieniem natychmiastowego schronienia, posiłku, niezbędnej odzieży oraz zapewnienia opieki zdrowotnej osobom takim pomocy wymagającym.

Przykładowe działania partnerstwa w płaszczyźnie interwencji:

- monitorowanie problemu bezdomności (np. poprzez zespoły interdyscyplinarne, streetworkerów);
- pomoc i wspieranie w interwencjach (np. współpraca ze służbą zdrowia, służbami mundurowymi);
- tworzenie i modernizacja placówek wsparcia, np. noclegowni, ogrzewalni, jadłodajni.

Integracja dotyczy działań w zakresie szeroko pojętej integracji i reintegracji społecznej, które powinny być dostosowane nie tylko do potrzeb, ale również barier osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Z tego powodu działania integracyjne powinny być zróżnicowane i wielopoziomowe.

Przykładowe działania partnerstwa w płaszczyźnie integracji:

1. tworzenie i rozwijanie warunków lokalowych (wsparcie długofalowe – tworzenie mieszkań wspieranych rozproszonych, pozyskiwanie/remontowanie lokali przy wykorzystaniu różnych możliwości, np. zasobów gminy, mieszkań wynajmowanych na wolnym rynku; specjalizacja i adekwatność form wsparcia); włączanie osób bezdomnych do społeczeństwa m.in. poprzez ich samodzielne funkcjonowanie w relacjach sąsiedzkich, międzyludzkich;
2. tworzenie i rozwijanie procesów reintegracyjnych – zatrudnianie na otwartym rynku pracy, zatrudnienie wspierane, staże, przygotowanie zawodowe w ramach ekonomii społecznej (zakładanie spółdzielni socjalnych i przedsiębiorstw społecznych);
3. edukacja społeczna, zawodowa i ogólnorozwojowa osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;
4. uczestniczenie i samopomoc osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w grupach wsparcia (najważniejszym czynnikiem aktywizacji jest rzeczywiste zaangażowanie się tych osób w rozwiązywanie własnych problemów);
5. aktywizowanie do uczestniczenia w lokalnych inicjatywach, imprezach;
6. aktywizowanie do korzystania z dostępnej oferty placówek kulturalnych, sportowych, itp.;
7. zmiana stereotypu postrzegania osoby bezdomnej przez społeczność lokalną.

5. FUNKCJONOWANIE I ZARZĄDZANIE PARTNERSTWEM LOKALNYM

Partnerstwo funkcjonuje w oparciu o przejrzyste reguły zarządzania.

Zarządzanie to zespół stale podejmowanych działań koordynacyjnych, które pozwalają na sprawne funkcjonowanie partnerstwa pod względem decyzyjnym i administracyjnym. Zarządzanie obejmuje również określenie funkcji i obowiązków władz/lidera (dotyczy partnerstwa formalnego z osobowością prawną). W zależności od celów, potrzeb i zasobów, partnerzy wybierają odpowiednią formę działania.

Poniższa tabela przedstawia możliwe formy działania partnerstwa lokalnego.

Uwaga: Partnerstwo nieformalne zostało poniżej przedstawione głównie ze względu na to, że jest to forma powszechnie występująca w Polsce. Partnerstwo nieformalne może z czasem rozwinąć się i ewoluować w kierunku partnerstwa formalnego.

Tabela nr 2. Zarządzanie partnerstwem lokalnym w zależności od przyjętej przez partnerstwo formy działania

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

Opracowanie: grupa ekspercka ds. partnerstwa lokalnego

Poza wyborem formy prawnej, należy także określić podział zadań i odpowiedzialność poszczególnych partnerów. Wraz z rozwojem partnerstwa wzrastać będzie ilość zadań i funkcji, które należy wspólnie rozdzielić pomiędzy partnerów, zgodnie z ich możliwościami i kompetencjami, z zachowaniem jawności i transparentności.

Zadania można podzielić na:

- animacyjne - kluczowe dla funkcjonowania partnerstwa: aktywizowanie społeczności lokalnej, dialog obywatelski, konsultacje społeczne, tworzenie sieci, kreowanie nowych pomysłów;
- organizacyjne - obsługa administracyjna i księgową działań partnerstwa, prawidłowa komunikacja między partnerami, organizacja spotkań, konstruktywne rozwiązywanie ewentualnych konfliktów;
- reprezentacyjne - reprezentowanie partnerstwa na zewnątrz.

Nie ma jednego modelu podziału zadań i odpowiedzialności w partnerstwie. W zależności od kompetencji i zaangażowania partnerów, charakteru i wielkości partnerstwa, każde partnerstwo musi samo dokonać takiego podziału. Ważne, aby podział miał otwarty charakter,

był transparentny i równo przydzielał odpowiedzialność za działania. Odpowiedzialność za partnerstwo tworzy poczucie przynależności, wykluczona jest sytuacja, w której niektórzy partnerzy nie mają przydzielonych zadań.

5.1. Forma działania partnerstwa

5.1.1. Partnerstwo nieformalne

Nieformalny charakter partnerstwa występuje zazwyczaj w początkowym okresie jego działania, nie ma jednak żadnych przeszkód formalnych, aby takie partnerstwo przekształciło się z czasem w partnerstwo formalne. Decyzja zależy wyłącznie od samych partnerów.

W partnerstwie nieformalnym partnerzy realizują działania w ramach współpracy, w określony sposób, w określonym czasie, korzystając z zasobów osobowych własnych instytucji, organizacji zaangażowanych w partnerstwo. W partnerstwie nieformalnym struktura organizacyjna nie jest wymagana. Partnerstwo nie posiada władz, ale wybiera lidera, który jest odpowiedzialny m.in. za organizację spotkań, prowadzenie dokumentacji, komunikację między partnerami oraz między partnerstwem a społecznością lokalną i reprezentuje partnerstwo na zewnątrz.

5.1.2. Partnerstwo formalne

5.1.2.1. Związane umową partnerską

Struktura organizacyjna musi być zgodna z umową partnerską. Określa się w niej lidera, reprezentującego partnerstwo i organ podejmujący decyzje między spotkaniami partnerstwa, którym może być wybrany zarząd, składający się z przedstawicieli poszczególnych partnerów. Funkcje te pełnione są społecznie.

5.1.2.2. Posiadające osobowość prawną

Funkcjonuje w formie stowarzyszenia, związku stowarzyszeń, fundacji. Są to jedyne obecnie, możliwe formy prawne dla partnerstwa z osobowością prawną. Posiada siedzibę oraz strukturę zgodną ze statutem.

W przypadku powołania stowarzyszenia czy związku stowarzyszeń struktura będzie obejmować następujące organy:

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

Walne Zgromadzenie

Walne Zgromadzenie stanowią przedstawiciele poszczególnych partnerów, wybrani przez nich na delegatów do Walnego Zgromadzenia, na podstawie uchwały. Zwoływane jest minimum raz w roku.

Kompetencje Walnego Zgromadzenia:

- czuwa nad strategią partnerstwa;
- podejmuje decyzje w drodze konsensusu lub głosowania;
- wybiera spośród siebie przewodniczącego Walnego Zgromadzenia;
- dokonuje wyboru członków zarządu i poszczególnych organów.

Kompetencje Rady/Zarządu:

- jest wybierana/wybirany przez członków walnego zgromadzenia spośród członków partnerstwa, składa się z kilku osób;
- podejmuje główne decyzje dotyczące partnerstwa;
- spotyka się co najmniej cztery razy w roku;
- odpowiada za bieżącą pracę partnerstwa;
- planuje i wyznacza kierunki działań;
- zatwierdza decyzje finansowe;
- kontroluje zgodność podejmowanych działań z wyznaczonymi celami;
- reprezentuje partnerstwo na zewnątrz.

Prezes/Przewodniczący:

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

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

Partnerstwo, w swoim zakresie, ustala jakie osoby zostaną zatrudnione do wykonywania określonych funkcji. Jest to związane z wielkością partnerstwa, możliwościami finansowymi i zakresem obowiązków.

5.2. Rozwiązywanie konfliktów

W partnerstwie spotykają się ludzie o różnych kompetencjach, doświadczeniach, stylu pracy i zaangażowaniu. Dzielące ich różnice czasem doprowadzają do konfliktów, które mogą dotyczyć interesów, przekonań, wartości, celów czy wzajemnych relacji.

Wśród stylów rozwiązywania konfliktów należy wskazać na umiejętne wypracowanie kompromisu. Siłą partnerstw jest współpraca, umiejętne pokonywanie różnic, wpajanie etycznych zachowań, a nie rywalizacja, prowadząca do porażek.

Wśród sposobów rozwiązywania konfliktów należy wskazać mediacje, negocjacje czy arbitraż. Jeśli partnerstwo nie posiada kompetencji w tym zakresie, może skorzystać z pomocy specjalistów w tej dziedzinie.

Sytuacje konfliktowe muszą być rozwiązywane, w przeciwnym razie będą pojawiać się skutki destrukcyjne jak negatywne emocje, nienawiść, wycofanie z relacji, podział, rozbieżność, odejście partnerów, a w efekcie likwidację partnerstwa. Wskazane jest aby partnerstwo opracowało dokument opisujący zasadę rozwiązywania konfliktów.

5.3. Dokumentacja partnerstwa

Partnerstwo formalne jest zobowiązane prowadzić systematycznie dokumentację, związaną ze swoją działalnością. Dokumentacja jest nie tylko niezbędnym wymogiem, ale stanowi również wiarygodne źródło wiedzy o działalności partnerstwa i pozwala przyszłym jego członkom na zapoznanie się z historią partnerstwa od momentu jego powstania.

W każdej fazie działania partnerstwa powstają różne dokumenty - umowy, deklaracje itp. Cała dokumentacja podlega przechowywaniu i archiwizowaniu, ponadto musi być odpowiednio oznakowana wewnątrz przyjętymi symbolami. Obowiązek odpowiedniego przechowywania i zabezpieczenia dokumentów wynika nie tylko z ustalenia partnerów, ale także z ustaw, np. ustawy o rachunkowości, ustawy o ochronie danych osobowych, itp.

Poniżej przedstawione są proponowane dokumenty, jakie powinno posiadać partnerstwo z uwzględnieniem zakresów jego działań:

- zakres inicjowania: baza teleadresowa podmiotów tworzących partnerstwo, lista potencjalnych członków, wzory zaproszeń, wzór programu i protokół z pierwszego spotkania;

- zakres organizowania i funkcjonowania: umowa partnerska, deklaracja przystąpienia do partnerstwa (lub porozumienie), dokumenty związane z rejestracją w KRS, statut, strategia działania, protokół z walnego zgromadzenia, protokoły ze spotkań, akta pracowników, sprawozdania, artykuły, zdjęcia, publikacje; zaleca się prowadzenie kroniki partnerstwa;
- zakres edukacji i promocji: program szkoleń, konferencji, warsztatów, programy i sprawozdania z wizyt studyjnych, debat, materiały edukacyjne, protokoły ze spotkań, itp.;
- zakres finansowy: dokumentacja określona przez uregulowania prawne, m.in.: ustawę o finansach publicznych, ustawę o rachunkowości, ustawę o zamówieniach publicznych, ustawę o działalności pożytku publicznego i o ustanowieniu Funduszu na rzecz Kultury, ustawę Prawo o stowarzyszeniach, ustawę o podatku od towarów i usług.

W przypadku korzystania z funduszy unijnych, sposób prowadzenia wymaganej dokumentacji jest określony przez poszczególne konkursy dotacyjne.

Oprócz wyżej wymienionej dokumentacji należy przechowywać: inne umowy, np. umowy najmu, bankowe, oferty, kosztorysy, harmonogramy, wyciągi bankowe, sprawozdania finansowe, rozliczenia z urzędem skarbowym.

Obowiązek przechowywania różnych dokumentów wynika z odrębnych ustaw – ustawy o rachunkowości (Dz. U. z 1994 r. Nr 121, pozycja 591 ze zmianami), ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 ze zmianami) i zobowiązuje do przechowywania dokumentacji przez określoną liczbę lat. Fundusze, wykraczające poza wymienione ustawy, a z których partnerstwo będzie korzystało, mogą określać dodatkowo wymogi w tym zakresie, zarówno jakościowe jak i czasowe.

5.4. Zasoby rzeczowe

5.4.1. Partnerstwo nieformalne nie posiada własnej siedziby, korzysta z zasobów rzeczowych partnerów, reprezentujących instytucje czy organizacje partnerskie.

5.4.2. Partnerstwo formalne związane umową posiada najczęściej siedzibę u partnera, będącego jednocześnie liderem partnerstwa. Partnerzy udostępniają własne zasoby rzeczowe, z których partnerstwo korzysta m.in. w zakresie realizacji działań, finansowania, prowadzenia dokumentacji.

5.4.3. Partnerstwo formalne z osobowością prawną posiada odrębną siedzibę i własne biuro, finansowane przez partnerstwo, może również korzystać z zasobów lokalowych któregoś z partnerów.

Zadania biura:

- podejmuje działanie organizacyjne na rzecz wszystkich członków (przygotowuje materiały, organizuje spotkania, opracowuje pisma, sprawozdania, dba o stały przepływ informacji między członkami);
- pozostaje w ścisłej współpracy z radą/zarządem i partnerami;
- przygotowuje opracowane przez partnerów projekty;
- dba o prawidłowe prowadzenie dokumentacji;
- dba o stosowanie wymaganych procedur;
- odpowiada za promocję partnerstwa.

5.5. Zasoby finansowe

Partnerstwo prowadzi transparentną politykę zarządzania finansami.

Finansowanie partnerstwa zależne jest od wypracowanych środków, darowizn oraz innych, różnorodnych źródeł finansowania, z których korzysta. Odpowiedzialność merytoryczną, finansową i administracyjną precyzują umowy dotacyjne, zawarte na realizację określonych działań.

Realizowane przez partnerstwo działania wymagają określonych środków finansowych, dlatego określenie źródeł finansowania jest jedną z najważniejszych kwestii. Wynika stąd konieczność przygotowania budżetu partnerstwa z uwzględnieniem poszczególnych działań i wskazaniem źródła 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.

5.5.1 Fundusze wewnętrzne:

3. składki partnerów (wysokość składek ustalają partnerzy);
4. wkład rzeczowy partnerów;
5. dochody wypracowane w ramach partnerstwa poprzez prowadzone działania;
6. praca wolontariuszy.

5.5.2. Fundusze zewnętrzne:

- fundusze krajowe;
- fundusze unijne;
- środki pozyskiwane od sponsorów;
- środki pozyskiwane z 1% podatku (przynajmniej jeden z partnerów musi posiadać status organizacji pożytku publicznego);
- środki pozyskiwane z darowizn.

Przykładowe koszty funkcjonowania partnerstwa:

- organizacja spotkań, druk zaproszeń;
- druk broszur, czasopism, działań promocyjnych;
- przeprowadzenie badań, diagnoz, ekspertyz, ewaluacji, monitoringu;
- zatrudnienie niezbędnej kadry;
- wkład własny, niezbędny w niektórych rodzajach dofinansowania;
- szkolenia, wyjazdy studyjne, konferencje, debaty, wystawy, targi;
- materiały biurowe, naprawy sprzętu, opłaty eksploatacyjne, media.

6. EDUKACJA I PROMOCJA PARTNERSTWA

Partnerstwo jest zobowiązane stale doskonalić własną kulturę i poziom działania, zwiększać kompetencje i wiedzę, szczególnie w aspekcie przydatności w rozwiązywaniu problemów, w związku z którymi powstało. Powinno także zadbać o promowanie podejmowanych działań i osiągniętych już rezultatów. Promocja upowszechnia ideę partnerstwa oraz daje możliwość lepszego zapoznania się społeczności lokalnej z jego działalnością.

6.1. Edukacja

Edukacja partnerstwa obejmuje edukację wewnętrzną i zewnętrzną.

6.1.1. Edukacja wewnętrzna

Celem edukacji wewnętrznej jest sprawniejsze i skuteczniejsze funkcjonowanie partnerstwa poprzez stałe podnoszenie kompetencji własnych i pogłębianie wiedzy, dotyczącej problematyki społecznej. Poza edukacją własną, wskazane jest, aby partnerstwo opracowało stały program doształcania dla swoich członków, który będzie uwzględniał tematykę spotkań oraz ilość czasu poświęconego danej dziedzinie.

Edukacja wewnętrzna może być realizowana poprzez:

- szkolenia, kursy, warsztaty;
- wymianę doświadczeń;
- wizyty studyjne;
- spotkania z ekspertami zewnętrznymi;
- analizę raportów z badań społeczności lokalnej i dokumentów dotyczących możliwości i ograniczeń danego terenu; analiza wskazuje, co można zrobić na bazie posiadanego potencjału lokalnego i ukazuje obszar, w którym partnerstwo nie ma możliwości interwencji;
- stałe samokształcenie członków - zdobywanie wiadomości, umiejętności i sprawności praktycznych.

6.1.2. Edukacja zewnętrzna

Członkowie partnerstwa prowadzą stałą edukację w środowisku lokalnym, dotyczącą m.in. zapoznawania społeczności lokalnej z problematyką społeczną, mechanizmami, które powodują określone problemy społeczne, działaniem partnerstwa, kształtowaniem współodpowiedzialnej postawy obywatelskiej. Tak prowadzona edukacja wpływa korzystnie na rozwój środowiska lokalnego. Edukacja zewnętrzna ma też dodatkowy, ale bardzo ważny aspekt - działanie partnerstwa, jak każde działanie, ma swoich zwolenników i przeciwników. Dotarcie do środowisk czy osób nieprzychylnych działaniom partnerskim jest trudnym, ale zarazem jednym z najważniejszych zadań edukacji zewnętrznej, którą partnerstwo powinno podjąć.

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;
- szkolenia i warsztaty dla środowiska lokalnego;
- pracę wolontariatu związaną z edukacją społeczną (ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży);
- wydawanie broszur informacyjnych, publikacji.

6.2. Promocja

Promocja partnerstwa lokalnego polega przede wszystkim na przekazywaniu informacji o zrealizowanych przez partnerstwo zadaniach i popularyzacji podjętych przez nie działań.

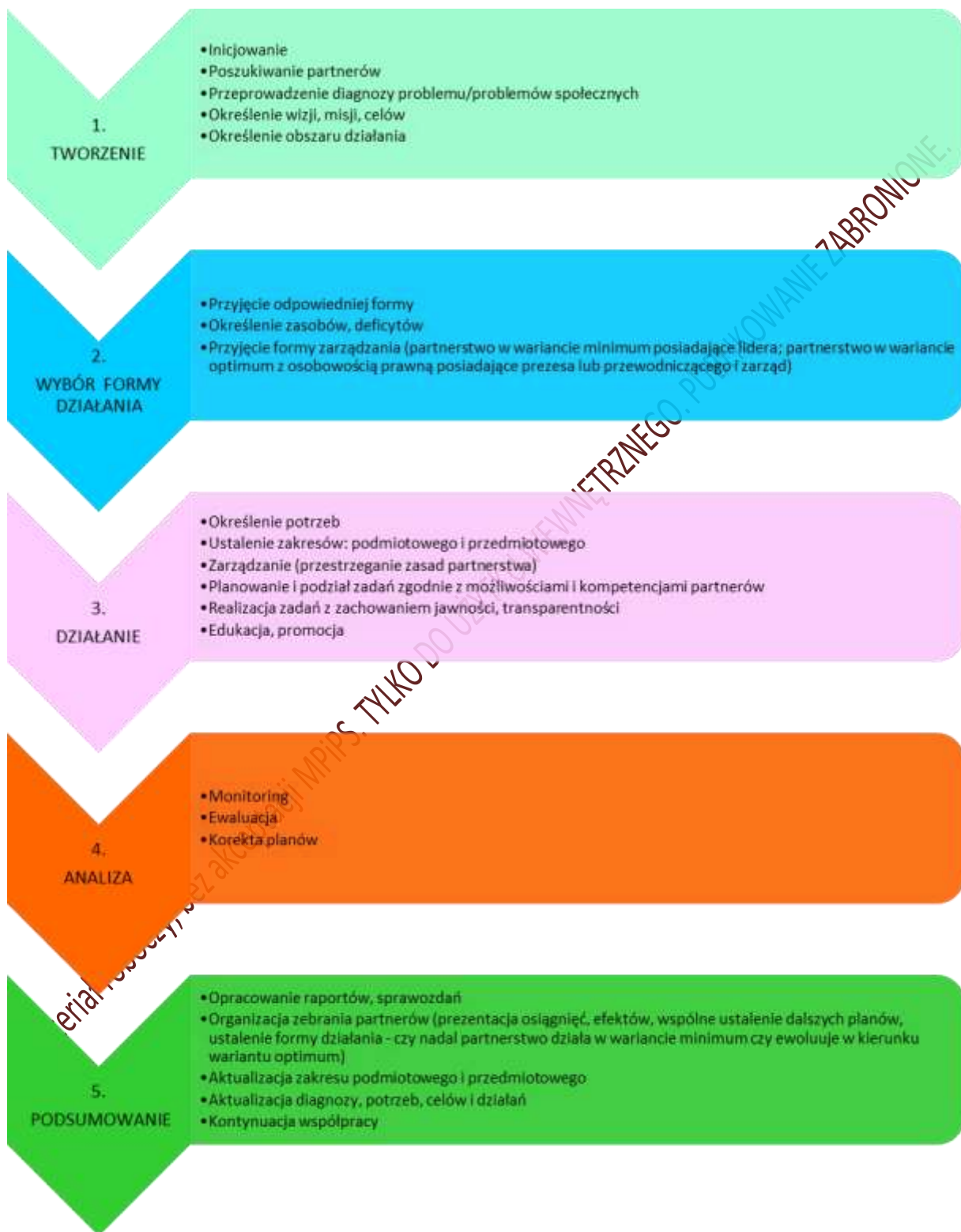
Promocja może być realizowana m.in. poprzez:

- aktywne uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej;
- tworzenie i utrzymywanie dobrego wizerunku partnerstwa, opartego na jego rzeczywistych dokonaniach, sprzyjającego dalszemu rozwojowi partnerstwa;
- informacje bieżące w mediach i w sieci internetowej (wskazana jest własna strona internetowa);
- udział w konferencjach, debatach tematycznych;
- prezentowanie dokonań i perspektyw partnerstwa w innych gminach, regionach (w kraju i za granicą);
- włączanie partnerstwa do partnerstw na innych poziomach poprzez uczestnictwo w sieciach, radach, organach, instytucjach;
- rzecznictwo prasowe;
- wydawanie broszur informacyjnych, publikacji;
- kultura organizacyjna;
- skuteczność i przejrzystość działania.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

1. Model graficzny tworzenia i funkcjonowania partnerstwa lokalnego

Opracowanie własne grupy eksperckiej ds. partnerstwa lokalnego

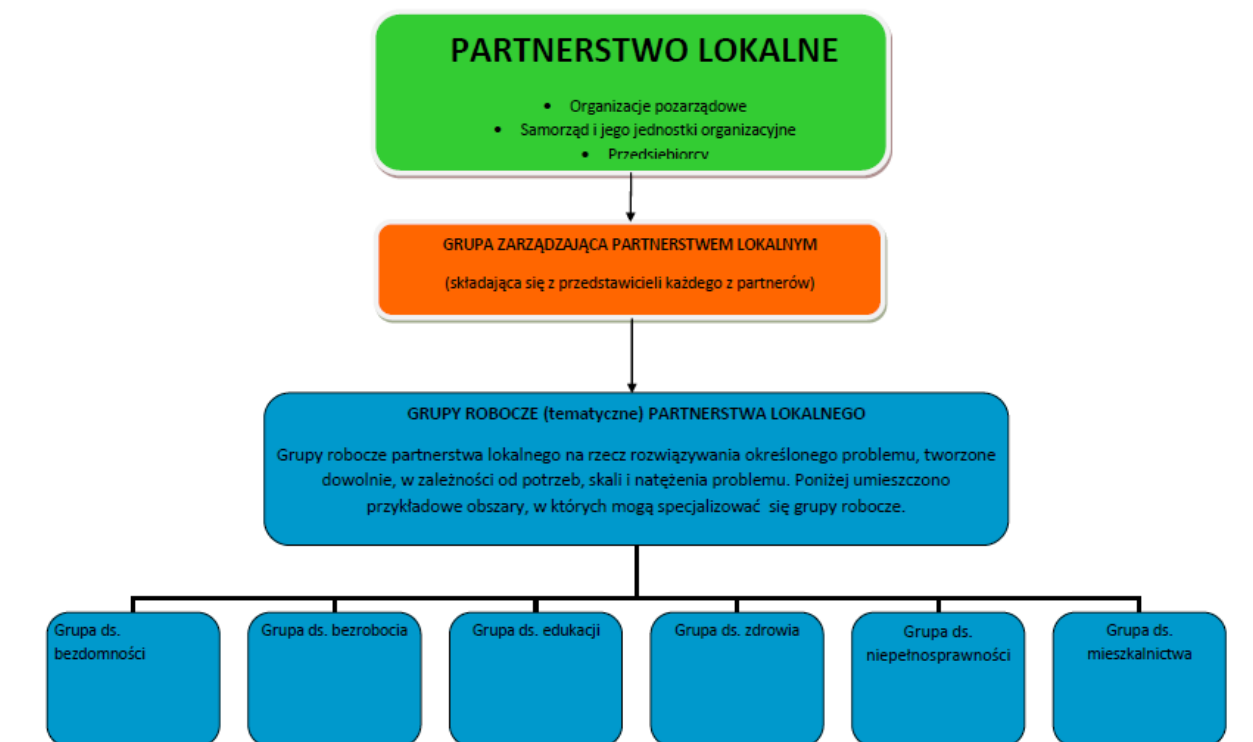


2. Model graficzny partnerstwa w małej gminie. Opracowanie własne grupy.



Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKA.

3. Model graficzny partnerstwa lokalnego w dużym mieście. Opracowanie własne grupy.



Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WE

**STANDARD
PRACY SOCJALNEJ
Z OSOBAMI BEZDOMNYMI I
ZAGROŻONYMI BEZDOMNOŚCIĄ²⁸**

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTIŃ WEWNĘTRZNYCH. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

²⁸ W odniesieniu do osób zagrożonych bezdomnością wskazano wyłącznie specyficzne działania kierowane do tej grupy osób, ponieważ pozostałe elementy postępowania metodycznego nie zawierają cech specyficznych, a elementy działania odnoszące się do innych problemów, współwystępujących z zagrożeniem bezdomnością zostały scharakteryzowane w ramach Zadania 2 projektu „Standardy w pomocy”.

MISJA

Praca socjalna skierowana do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, jest usługą społeczną zapobiegającą utracie bezpieczeństwa i stabilności mieszkaniowej a także zapewniającą wsparcie w uzyskaniu lub odzyskaniu stabilnej sytuacji mieszkaniowej danej osoby lub rodziny poprzez oddziaływanie na różne sfery życia aby rozwijać poczucie godności i odpowiedzialności, pokonywać trudności życiowe, rozwijać pełen potencjał, wywołać zmianę w sposobie funkcjonowania społecznego oraz zapobiegać dysfunkcjom w tym zakresie.

DEFINICJA

Praca socjalna zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 roku (z późn. zm.) definiowana jest jako

działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom, bez względu na posiadany dochód, we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi.

Praca socjalna jest działalnością realizowaną niezależnie od prowadzonych postępowań administracyjnych w sprawie przyznawania świadczeń.

CELE

Cel główny:

Zmniejszenie skali zagrożenia bezdomnością oraz zwiększenie poziomu integracji społecznej i samodzielności życiowej osób doświadczających bezdomności poprzez kompleksowe wsparcie, oddziaływanie i skoordynowanie usług w różnych sferach życia: mieszkaniowej, socjalo-bytowej, rodzinnej, zdrowotnej, psychologicznej, zawodowej i społecznej.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele realizacji pracy socjalnej wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na odbiorców, a bezpośrednio na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie skali i liczby osób zagrożonych bezdomnością oraz zagrożonych bezdomnością a także zredukowanie zagrożeń związanych z bezdomnością.

- Zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia a także zmniejszenie kosztów społecznych²⁹.
- Poprawa dostępu, jakości wsparcia i koordynacji usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele realizacji pracy socjalnej wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do odbiorców.

- Zmniejszenie ryzyka utraty i zwiększenie szans uzyskania bezpieczeństwa i stabilności mieszkaniowej.
- Wzrost poziomu integracji społecznej i zdolności do funkcjonowania społecznego a także zwiększenie aktywności społecznej oraz skali wyjścia z bezdomności/zagrożenia bezdomnością i uzyskiwania samodzielności życiowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Wzrost poziomu zadowolenia i satysfakcji z uzyskiwanego wsparcia.

OPIS PRACY SOCJALNEJ

W niniejszym opracowaniu przyjmuje się, że nadrzędną rolą pracy socjalnej jest:

- osiągnięcie optymalnego dla każdej osoby bezdomnej poziomu aktywności społecznej,
- wyjście z bezdomności poprzez zamieszkanie w lokalu mieszkalnym,
- uzyskanie samodzielności życiowej rozumianej jako autonomia w pełnieniu ról społecznych oraz zdolność do dokonywania wyborów życiowych i ponoszenie odpowiedzialności za nie

W przypadku osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością oznacza to:

- odbudowywanie zasobów osobistych (indywidualnych) i społecznych niezbędnych do odzyskania, uzyskania lub utrzymania mieszkania,
- przeciwdziałanie utracie zasobów osobistych (indywidualnych) i społecznych mogących spowodować utratę mieszkania,

²⁹ Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie/spoleczeństwo.

- udostępnianie zasobów społecznych i łączenie z zasobami niezbędnymi do odzyskania, uzyskania lub utrzymania mieszkania.

Należy zatem przyjąć, iż rolą pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością jest przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemów w różnych sferach życia (patrz: punkt 1.2) mogących bezpośrednio bądź pośrednio przyczynić się do utraty mieszkania lub konsekwentnie ograniczać możliwości jego uzyskania.

W treści opracowania „placówka” lub „placówka dla osób bezdomnych” rozumiana jest jako każda placówka tymczasowego zamieszkania (np. noclegownia, schronisko, również mieszkanie wspierane zespolone), natomiast pojęcie „mieszkanie wspierane” obejmuje wszelkie typy mieszkań (np. wspierane, readaptacyjne, treningowe, prowadzone w ramach metody „najpierw mieszkanie” (*housing first* itp.).

1. Zakres podmiotowy

1.1 Charakterystyka odbiorców

Pracą socjalną objęte są osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością.

Osoby bezdomne definiowane są zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 roku (z późn. zm.) jako *osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowane na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania*. W niniejszym opracowaniu za osoby bezdomne uważa się również osoby wychodzące z bezdomności przebywające w mieszkaniach wspieranych (kategorie 1 – 5 oraz 7 klasyfikacji ETHOS).

Za osoby/rodziny realnie zagrożone bezdomnością (kategorie 6, 8 – 12 klasyfikacji ETHOS) uznaje się doświadczające trudności życiowych, w wyniku których możliwa jest utrata mieszkania.

Dotyczy to szczególnie osób/rodzin:

- pozbawionych stałego dochodu (lub nie mających dochodów), lub których budżet domowy jest nadmiernie obciążony – mimo posiadanych stałych dochodów – np. z tytułu ponoszenia kosztów związanych z leczeniem i opieką nad osobą z niepełnosprawnością, posiadania zaciągniętych długów lub innych zobowiązań finansowych;

- wobec których toczy się postępowanie eksmisyjne, orzeczono eksmisję, lub którym wypowiedziano umowę najmu;
- posiadających zadłużenie czynszowe, wobec których wynajmujący planuje złożenie wniosku o eksmisję;
- zamieszkujących tymczasowo u rodziny, przyjaciół oraz zajmujących mieszkanie bez tytułu prawnego;
- niezdolnych do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego (utrzymania mieszkania) np. z powodu braku zaradności życiowej, stanu zdrowia utrudniającego właściwe funkcjonowanie itp.;
- doświadczających przemocy ze strony partnera lub innych członków rodziny;
- żyjących w lokalach niebezpiecznych i nieodpowiednich do zamieszkania;
- opuszczających placówki medyczne, opiekuńczo-wychowawcze, zakłady penitencjarne, pozbawionych właściwego wsparcia (materialnego, prawnego, społecznego, emocjonalnego) ze strony najbliższego otoczenia (rodziny, sąsiadów, współpracowników) oraz pozostających poza systemem wsparcia instytucji pomocowych.

1.2 Specyfika sytuacji życiowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

Osoby bezdomne, podobnie jak zagrożone bezdomnością, stanowią wewnętrznie zróżnicowane zbiorowości, m.in. pod względem cech demograficznych, zakresu doświadczanych problemów i sposobów radzenia sobie z nimi. Obie grupy nie stanowią jednak wyraźnie odrębnych kategorii klientów pomocy społecznej. Głównym kryterium odróżniającym je od pozostałych klientów jest brak mieszkania lub zagrożenie jego utratą. Symptomatyczne jest to, że zarówno osoby bezdomne, jak i zagrożone bezdomnością jednocześnie borykają się z wieloma trudnościami w różnych sferach życia: socjalno-bytowej, mieszkaniowej, rodzinnej, zdrowotnej, psychologicznej, zawodowej, społecznej. I tak, np.:

w sferze socjalno-bytowej jest to:

- brak stałego źródła dochodu lub niskie dochody (niewystarczające na utrzymanie mieszkania i pokrycie innych zobowiązań finansowych),
- brak środków na remonty i/lub na wynajęcie mieszkania,
- niespłacanie zobowiązań finansowych (alimentacyjnych, kredytowych i in.), co często demotywyuje dłużnika do szukania legalnej pracy lub jej kontynuowania, np. w związku z obawą o egzekucję komorniczą.

w sferze mieszkaniowej:

- brak /utrata możliwości przebywania w dotychczasowym miejscu zamieszkania,
- zamieszkiwanie bez umowy najmu,
- zamieszkiwanie w warunkach substandardowych lub/i w niebezpiecznych miejscach (np. lokale bez wygod – wody, kanalizacji itp., domy do rozbiórki, wagony kolejowe, kanały ciepłownicze),
- brak alternatywy wobec konieczności przebywania w schronisku lub noclegowni
- zagrożenie utratą mieszkania (eksmisja), głównie z powodu zadłużeń czynszowych,
- niewłaściwy odpoczynek (spanie o różnych porach, wśród osób obcych w różnych miejscach),
- niewłaściwe odżywianie (w zakresie pory, dostępności, kaloryczności, odpowiedniej temperatury i upodobań),
- trudności w utrzymaniu higieny osobistej (ograniczona dostępność do pomieszczeń umożliwiających kąpiel, do czystej odzieży).

w sferze rodzinnej:

- zaniedbania socjalizacyjne i wychowawcze skutkujące brakiem zaradności życiowej, powielaniem rodzinnych schematów korzystania z pomocy społecznej,
- doświadczenie konfliktów i przemocy w rodzinie,
- zerwanie lub brak więzi z rodziną (porzucenie rodziny, wieloletnie rozłąki w celach zarobkowych, pobyty w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, szpitalach, zakładach karnych itp.),
- trudne relacje rodzinne (po rozwodzie, po opuszczeniu zakładu karnego itp.),
- trudności opiekuńczo-wychowawcze z dziećmi.

w sferze zdrowia:

- zły stan zdrowia (w tym m. in. zaburzenia psychiczne i zachowania, choroby układu krążenia, oddechowego, choroby neurologiczne, nowotworowe, skóry, reumatologiczne, zakaźne, pasożytnicze, urazy i inne),
- niepełnosprawność, także będąca następstwem bezdomnego życia (np. amputacje kończyn/y w wyniku infekcji, odmrożeń, itp.),
- deficyty i schorzenia spowodowane zaniedbaniem fizycznym lub higienicznym (braki w uzębieniu, grzybica, wszawica itp.),
- niedożywienie,

- uzależnienie od alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych a także hazardu, gier komputerowych (czasem po kilku próbach leczenia).

w sferze psychologicznej:

- poczucie winy, lęku, wstydu, krzywdy,
- poczucie zmarnowania swojego życia,
- brak motywacji do zmiany, wiary we własne możliwości (brak gotowości do utrzymania pracy, mieszkania, nawiązania kontaktu z rodziną itp.),
- poczucie osamotnienia, bycia nierozumianym, nieakceptowanym i odrzucanym,
- utrata celu i sensu życia,
- brak poczucia bezpieczeństwa,
- utrata poczucia kontroli, sprawstwa.

w sferze zawodowej:

- brak aktywności zawodowej,
- długotrwałe bezrobocie,
- praca „na czarno” i związany z tym brak ubezpieczenia społecznego oraz ochrony prawnej,
- brak wykształcenia i kwalifikacji zawodowych lub kwalifikacje niewystarczające do podjęcia pracy,
- dezaktualizacja wiedzy oraz zanikanie nawyku pracy (poczucia obowiązku, brak nowych doświadczeń zawodowych oraz aktualizacji kwalifikacji, brak możliwości rozwoju zawodowego i satysfakcji z pracy).

w sferze społecznej:

- nieprzestrzeganie podstawowych norm społecznych i kulturowych,
- utrata zdolności lub zaniechanie wypełniania określonych ról społecznych, w różnych sferach życia: zawodowej, rodzinnej, sąsiedzkiej, kulturalnej, politycznej i in.,
- brak umiejętności społecznych: nawiązywania i podtrzymywania relacji, budowania pozytywnych związków z innymi ludźmi; rozwiązywania problemów i konfliktów interpersonalnych,
- stygmatyzacja i/lub izolacja społeczna,
- niechęć wobec innych ludzi i brak zaufania, zrywanie więzi, brak wiary w dobre intencje innych ludzi (w tym w dobre intencje pracowników instytucji pomocowych, służby zdrowia, urzędów itd.),

- wykorzenienie z miejsca i wspólnoty (zerwanie więzi z miejscem i ludźmi, utrata wsparcia i społecznych zasobów), trudność w określaniu tożsamości i przynależności (stała zmiana otoczenia, kontakty ograniczone do osób w podobnej sytuacji życiowej i pracowników instytucji pomocowych).

- brak zainteresowań i hobby.

Problemy osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością mogą także wynikać z ich sposobu korzystania z pomocy, ze szczególnego związku, w jakim pozostają z instytucjami pomocowymi oraz zasad funkcjonowania systemu pomocowego, z ograniczonego dostępu do usług lub niewłaściwego sposobu ich świadczenia. Z tych powodów, wśród problemów osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, wymienić można także:

- zależność od systemu wsparcia świadczonego przez pomoc społeczną, będącą konsekwencją m.in.:

- poczucia bezradności danej osoby, w następstwie dostrzegania braku skuteczności podejmowanych starań, na rzecz samodzielnego rozwiązania swoich problemów i/lub zaspokojenia potrzeb,

- zależności od otoczenia oraz treningu społecznego (np. oczekiwanie organizacji lub instytucji aby osoba podporządkowała się poleceniom, formom i zasadom realizacji pomocy, pozbawianie jej wpływu na decyzje dotyczące jej spraw, nieuzasadnianie sposobów działania),

- postaw pracowników instytucji pomocowych, do których zaliczyć można: nadopiekuńczość, kierowanie, wyřęczanie, zmniejszanie do minimum lub wyeliminowanie świadomego wysiłku i samodzielności osoby, zaspokajanie potrzeby władzy i siły, brak wiary w skuteczność swoich wysiłków³⁰,

- ograniczony dostęp do zasobów instytucjonalnych (publicznych i niepublicznych), jak np. służby zdrowia, rekreacji, kultury, edukacji itd., który jest spowodowany zarówno brakiem umiejętności spędzania czasu wolnego lub deficytem potrzeb wyższych, jak i brakiem środków, oraz odmową realizacji świadczeń lub niechęcią ich udzielenia przez instytucje,

- brak promocji usług i działań instytucji/organizacji w szerszym otoczeniu (osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością nie mają wiedzy na temat swoich uprawnień,

³⁰Ostrowicki P., Uzależnienie od pomocy społecznej, w: Zagrożenia ludzkiej egzystencji, red. D.M. Piekut-Brodzka, Warszawa 2001, ss. 104 – 115.

dostępności określonych usług; bywa też, że nie starają się o ich uzyskanie w poczuciu bezsilności lub nie potrafią zrobić tego skutecznie),

- brak lub utrudniony dostęp do dokumentów dotyczących sytuacji prawnej osoby (np. wyroków sądowych, wysokości zadłużenia alimentacyjnego),
- brak odpowiednich placówek oferujących pobyt czasowy dla rodzin, które utraciły dotychczasowe miejsce zamieszkania, co powoduje rozdzielenie członków rodziny, może prowadzić do pogarszania się ich stanu psycho-emocjonalnego, rozpadu łączących ich więzi, a także do wzmocnienia subiektywnego poczucia bycia bezdomnym,
- ukrywanie trudnej sytuacji przed rodziną i pracownikami instytucji pomocowych z obawy przed napiętnowaniem, rozłąką z bliskimi (np. odebraniem dzieci), co często uniemożliwia wczesną interwencję i sprzyja pogłębianiu się problemów.

Ze względu na wymienione wyżej okoliczności, osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością często doświadczają wielowymiarowej deprivacji potrzeb oraz częściej niż inni klienci pomocy społecznej:

- unikają współpracy i/lub przerywają kontakty w procesie pomagania,
- mają niską motywację do zmiany swojej sytuacji życiowej,
- samonaznaczają się, tj. postrzegają siebie jako osoby w najtrudniejszej lub beznadziejnej sytuacji życiowej, a nawet jako osoby gorsze, niepotrzebne,
- przedstawiają nieprawdziwe lub niepełne informacje na swój temat (np. z powodu wstydu, tendencji do wypierania przykrych zdarzeń, z chęci pozostania anonimowym, dla celów autoprezentacyjnych, przy jednoczesnym przekonaniu o braku możliwości zweryfikowania tych informacji),
- przerywają terapie uzależnień i „wpadają w ciągi”,
- izolują się, rozluźniają więzi rodzinne, społeczne.

Tym samym tracą zasoby osobiste, rodzinne, społeczne i instytucjonalne niezbędne do zmiany, a w tym np. poprawy swojego stanu zdrowia, zbudowania relacji z innymi ludźmi, czy wejścia na rynek pracy.

2. Zakres przedmiotowy

Praca socjalna na rzecz osób bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością jest realizowana zarówno metodą indywidualnego przypadku, pracy grupowej, jak i pracy ze społecznością

lokalną. Sięga po repertuar metodycznych działań bezpośrednich oraz pośrednich. Pomagając pracownik socjalny kieruje się uniwersalnymi zasadami pracy socjalnej.

Poniżej zostaną wskazane elementy pracy socjalnej uwzględniające specyfikę pracy socjalnej z osobami bezdomnymi, natomiast odniesienie do pracy socjalnej z osobami zagrożonymi bezdomnością przedstawia poniżej punkt 2.4.

Efektywną realizację procesu pomocowego wobec osób bezdomnych determinuje:

- zbudowanie pozytywnych relacji,
- diagnoza stanowiąca rozpoznanie sytuacji życiowej osoby połączona z zaspokojeniem niezbędnych potrzeb doraźnych (tj. działaniami interwencyjnymi),
- opracowanie i realizacja planu działań,
- systematyczny monitoring i ewaluacja.

2.1 Budowanie relacji z osobą bezdomną

Relacja pracownik socjalny – osoba bezdomna często powoduje dyskomfortową sytuację zależności oraz budzi niepewność co do możliwości wpatrywania na nią. Bywa, że otrzymanie pomocy wiąże się dla osoby bezdomnej z koniecznością ujawnienia informacji psychologicznie trudnych i przedstawiających ją w złym świetle (jako osobę bierną, leniwą, niezaradną itp.). W konsekwencji rodzi w niej poczucie lęku, że spotkanie z pracownikiem socjalnym nasili te negatywne emocje.

Stąd też, efektywną realizację pracy socjalnej z osobą bezdomną warunkuje nawiązanie i utrzymywanie z nią pozytywnych relacji w sposób trwały, na każdym etapie realizacji procesu pomocowego.

Wymogiem koniecznym budowania efektywnej relacji pomocowej jest:

- pozytywne, pozbawione uprzedzeń, nastawienie do osoby bezdomnej (nie należy: oceniać na podstawie wyglądu czy braku higieny; w sposób ostentacyjny okazywać niechęć – także w obszarze mowy niewerbalnej: mimice, gestach, postawie ciała, stworzonym dystansie interpersonalnym),
- budowanie atmosfery wzajemnego zaufania, szacunku, poszanowania godności, poczucia bezpieczeństwa, pewności, że pracownik socjalny jest szczerze zainteresowany sytuacją osoby bezdomnej, chce pomóc i działa dla jej dobra,
- odpowiednie prowadzenie rozmowy, w trakcie której należy:

- zapewnić odpowiednie warunki do rozmowy tj. spokojne, dyskretne miejsce (czasami najbardziej odpowiednie jest miejsce pobytu osoby bezdomnej)³¹,
- zapewnić osobę bezdomną o zachowaniu poufności,
- stosować narzędzia skutecznej komunikacji: parafrazowanie, odzwierciedlanie, aktywne słuchanie (zachować kontakt wzrokowy, potakiwać, nie wykonywać równocześnie innych czynności, nie przerywać wypowiedzi osoby, nie kończyć za nią zdania, itp.),
- zadawać pytania otwarte i zachęcające do swobodnego wypowiadania się (*Czy mógłby /mogłaby mi Pan/i powiedzieć coś więcej na temat ..., itp.*),
- utrzymywać kontrolę nad przebiegiem rozmowy za pomocą krótkich podsumowań,
- stosować komunikaty wyrażające szacunek do osoby i zwiększające jej poczucie sprawstwa (*Jaką decyzję Pan/i podjął/ podjęła? Co Pan/i wybiera? Czy Pan/i się zgadza? Co Pan/i myśli o tym rozwiązaniu? Czy taka pomoc Panu/i odpowiada? itp.*),
- informować, jakie będą dalsze etapy współpracy, wyjaśniać podejmowane decyzje, pytać o opinie.

Działania jak wyżej są konieczne, bowiem na każdym etapie realizacji procesu pomocowego warunkiem skutecznego budowania pozytywnych relacji z osobą bezdomną jest jej upodmiotowienie.

Podmiotowe traktowanie osoby bezdomnej w procesie pomocowym zakłada:

- umożliwienie jej dokonanie samodzielnej oceny własnej sytuacji życiowej, zdefiniowanie celów i skonstruowanie planu działania, jego realizacji i oceny (autodiagnoza),
- wspieranie, pomaganie, w zdobywaniu przez nią wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnego radzenia sobie z problemami oraz rozpoznawania swoich możliwości, zdolności, ograniczeń (*empowerment*).

W tym celu pracownik socjalny powinien:

- wskazywać możliwe sposoby działania, przekazywać informacje, dzielić się wiedzą i umiejętnościami,

³¹ Należy pamiętać, że miejsce, w którym będzie prowadzona rozmowa ma zapewniać poczucie bezpieczeństwa zarówno osobie zagrożonej bezdomnością/bezdomnej, jak i pracownikowi socjalnemu. Jeżeli jest to osoba manipulująca, roszczeniowa, zdarzało jej się grozić, bywa agresywna lub wzbudza w pracowniku socjalnym poczucie niepewności/zagrożenia - wówczas lepiej, gdy w trakcie rozmowy obecny jest inny pracownik socjalny lub inny zatrudniony w placówce specjalista (np. psycholog). Takie rozwiązanie może być czasowe, niemniej jednak wymaga poinformowania osoby, że w trakcie rozmowy będzie towarzyszył zatrudniony w Ośrodku lub placówce pracownik socjalny/psycholog, którego należy też przedstawić (nie powinien on pozostawać anonimowy).

- akceptować, szanować prawo osoby do podejmowania samodzielnych decyzji i dokonywania wyborów życiowych, ale także wskazywać na konsekwencje podejmowania lub zaniechania określonych działań, uzmysłowić odpowiedzialność za dokonywane wybory,
 - wzmacniać i motywować osobę do działania,
 - maksymalizować aktywność osoby, wspierać jej samodzielne działania (co często wymaga demonstrowania, asystowania, trenowania i znacznie wydłuża proces pomocowy. Jest jednak konieczne, bowiem stanowi niezbędny element w procesie nabywania przez osobę nowych umiejętności i wzmacniania jego samosteregowość),
 - unikać nadopiekuńczości i wyręczania osoby w realizacji zadań, które jest ona w stanie sama wykonać (np. w pisaniu pism, załatwianiu formalności urzędowych itd.),
 - dostrzegać i doceniać każdy wysiłek, jaki osoba wkłada w osiągnięcie zamierzonego celu (jak np. punktualność, systematyczny udział w zajęciach, utrzymanie czystości),
 - szanować i uwzględniać opinię osoby,
 - motywować osobę do przyjmowania różnych form pomocy, ale także uwzględnić jego indywidualne oczekiwania co do zakresu i formy pomocy,
- dbać o atmosferę porozumienia i współpracy pozbawioną przymusu czy presji. Zachowanie relacji podmiotowej wymaga także umiejętności dostosowania działań do bieżącej sytuacji osoby bezdomnej, obejmującej m.in. zmieniające się postawy osoby, cele komunikacji, zdobywane informacje, efekty wcześniejszych działań.
- Działania pracownika socjalnego mające budowanie pozytywnej i upodmiotowienie osoby bezdomnej traktować należy jako podstawowy warunek kontynuowania współpracy.

2.2 Diagnoza i działania interwencyjne wobec osób bezdomnych

Efektywną realizację procesu pomocowego determinuje kompleksowe rozpoznanie sytuacji osoby bezdomnej, czyli diagnoza. Proces ten polega na zebraniu informacji na temat sytuacji osoby zgłaszającej się po pomoc, ich analizie i ocenie.

Przebieg procesu diagnostycznego obejmować może:

- wstępne rozpoznanie sytuacji i problemów z jakimi boryka się osoba bezdomna (diagnoza wstępna),
- pogłębione rozpoznanie jej funkcjonowania w różnych sferach życia (diagnoza pogłębiona).

Diagnoza wstępna rozpoczyna się już w trakcie pierwszego spotkania z osobą bezdomną i najczęściej odbywa się w następujących okolicznościach:

- w miejscu pobytu osoby, np. po zgłoszeniu telefonicznym,
- w szpitalu, po zgłoszeniu personelu medycznego,
- po zgłoszeniu z Izby Wytrzeźwień lub innej, pełniącej podobne zadania instytucji,
- w Ośrodku Pomocy Społecznej lub placówce, gdzie osoba bezdomna zgłasza się osobiście, albo w asyście streetworkerów, Straży Miejskiej, Policji lub innych służb.

Spotkanie to należy rozpocząć od swobodnej rozmowy (inicjując tym samym także proces budowania pozytywnych relacji).

W trakcie pierwszego spotkania należy ustalić czy sytuacja osoby bezdomnej wymaga podjęcia w sposób natychmiastowy działań o charakterze doraźnym, mających na celu zabezpieczenie jej podstawowych potrzeb życiowych.

Rozpoznanie wstępne wymaga zebrania podstawowych informacji wskazujących na:

- zakres występujących trudności,
- przyczyny trudnej sytuacji,
- dotychczas wykorzystywane sposoby radzenia sobie z trudnościami,
- możliwości samodzielnego rozwiązania trudności lub zaradzenia im,
- potrzeby i oczekiwania w zakresie form pomocy.

Pytania szczegółowe ułatwiające zebranie informacji to np.:

- Co – zdaniem danej osoby – jest problemem? Jakie występują trudności? Rozwiązanie jakich problemów jest najważniejsze? Kogo dotyczą problemy (w przypadku rodziny)? Jakie potrzeby nie są zaspokojone?
- Co się stało, że doszło do powstania tej sytuacji / tego problemu? Kto (lub co) jest odpowiedzialny za jej powstanie?
- Jaka jest reakcja danej osoby na przedstawioną trudność? (Jakie budzi emocje, czy podjęto jakieś działania, żeby ją rozwiązać? Jakie działania podjęto? Jaki był ich rezultat? Dlaczego wcześniejsze działania nie pomogły rozwiązać problemu?) Czy dostrzega on możliwości rozwiązania sytuacji/ przeciwdziałania trudnościom? Jakie widzi rozwiązania? Kiedy (w jakich okolicznościach?) zapadła decyzja o zgłoszeniu się o pomoc?
- Jakie dotychczas dana osoba podejmowała działania?
- Jakie są prośby/ oczekiwania? Jaka pomoc i od kogo?

Jeżeli w ocenie pracownika socjalnego, sytuacja osoby bezdomnej stanowi sytuację zagrażającą jej życiu i zdrowiu, wtedy rozpoznanie wstępne ogranicza on do ustalenia występujących trudności, potrzeb i jej oczekiwań, i w pierwszej kolejności podejmuje działania interwencyjne (tj. działania o charakterze doraźnym mające na celu ochronę życia i zabezpieczenia jej podstawowych potrzeb).

Przykładowe działania jakie należy podjąć w ramach interwencji to:

- wskazać, zaproponować (zapewnić) bezpieczne miejsce pobytu osobie, która nie może zapewnić sobie schronienia własnym staraniem (w szczególności: przebywa w miejscu niemieszkalnym w warunkach zagrażających jej życiu lub w miejscu publicznym, nieprzeznaczonym do zamieszkania jak np. dworzec, park, ulica),
- zapewnić możliwość spożycia przynajmniej jednego ciepłego posiłku dziennie (w przypadku braku kuchni społecznych np. poprzez zorganizowanie obiadu np. ze stołówki szkolnej i miejsca do jego spożycia, np. w budynku OPS),
- zapewnić możliwość utrzymania higieny osobistej (w przypadku braku łaźni np. poprzez udostępnienie prysznica w którymś z gminnych budynków),
- zapewnić niezbędne odpowiednie do panujących warunków atmosferycznych obuwie i odzież - zapewnić pomoc psychologa/terapeuty,
- zapewnić możliwość zaopatrzenia ran, opiekę lekarską, niezbędne leki, a osobie która pozostaje w warunkach szpitalnych, np. pomóc uzyskać dokumenty potwierdzające jej uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej czy też odtworzyć podstawowe, niezbędne dokumenty itp.

Należy wyraźnie podkreślić, że wskazane powyżej przykłady działań interwencyjnych dotyczą najczęściej spotykanych sytuacji (tym samym ich katalog nie jest zamknięty). Optymalnym rezultatem działań interwencyjnych jest zapewnienie osobie bezdomnej miejsca w placówce udzielającej schronienia lub w mieszkaniu wspieranym.

Sytuacja odmowy przyjęcia przez osobę bezdomną pomocy w formie schronienia nie może stanowić podstawy do zignorowania innych jej potrzeb, ani też nie wyklucza podjęcia działań z zakresu integracji. Jeżeli pracownik socjalny utrzymuje z osobą bezdomną stały i regularny kontakt, miejsce jej pobytu jest stałe (możliwe do zlokalizowania), a dana osoba wyraża zgodę na współpracę, pracownik może rozpocząć działania zmierzające do integracji, nawet jeżeli osoba bezdomna nie wyraziła zgody na przyjęcie jakiegokolwiek formy pomocy doraźnej.

Czynności, jakie podejmuje pracownik socjalny w zakresie wstępnej diagnozy i działań interwencyjnych powinny zostać udokumentowane (przykładowy wzór narzędzia: „Diagnoza – wstępne rozpoznanie sytuacji osoby” w aneksie, część I).

Diagnoza wstępna może wykazać, że osoba bezdomna potrzebuje wyłącznie wsparcia informacyjnego lub pomocy w obszarze interwencji i na tym etapie postępowanie pomocowe zostaje zakończone.

Jeżeli jednak osoba bezdomna deklaruje chęć dalszego korzystania z pomocy, pracownik socjalny pogłębia rozpoznanie jej sytuacji życiowej posługując się technikami takimi jak: rozmowa, wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji, konsultacje ze specjalistami.

Najważniejsze elementy procesu diagnozy pogłębionej stanowią :

- autodiagnoza, czyli ocena sytuacji życiowej dokonana samodzielnie przez osobę bezdomną,
- zorganizowanie współpracy ze specjalistami (np. prawnik, psycholog, doradca finansowy itp.), którzy w miarę potrzeb uzupełniają diagnozę poszczególnych sfer życiowych osoby. Współpraca ze specjalistami może mieć charakter bezpośredniego kontaktu i wymiany informacji, ale też analizy przedstawianych przez nich opinii, wniosków. Nawiązanie trwałej współpracy ze specjalistami warunkuje ich udział w procesie planowania i realizacji działań.

W razie potrzeby przeprowadza także wywiad z członkami rodziny zamieszkującymi oddzielnie lub z innymi osobami z otoczenia danej osoby objętej pracą socjalną oraz z pracownikami instytucji i organizacji społecznych jak np. Policja, organizacje pozarządowe. Działania te podejmuje wyłącznie w porozumieniu i za zgodą/wiedzą osoby – kierując się zasadą poufności, tzn. nie ujawniania informacji wrażliwych na jej temat (przekazuje informacje wyłącznie dotyczące sytuacji mieszkaniowej, nie odnosi się do kwestii jego chorób, sytuacji na rynku pracy itp.).

W wyniku podejmowanych czynności diagnostycznych pracownik opracowuje diagnozę pogłębioną, która stanowi charakterystykę funkcjonowania osoby bezdomnej w różnych sferach życia wraz z określeniem możliwości dokonania w nich zmian.

Przykładowe zagadnienia charakteryzujące poszczególne sfery³², które należy ustalić to:

w sferze socjalno-bytowej:

³² Podział na sfery życiowe jest zbliżony do podziału zastosowanego w kwestionariuszu wywiadu środowiskowego, należy jednak mieć na uwadze, że w kontekście planowanych zmian ten druk będzie wypełniany wyłącznie przez pracownika zajmującego się postępowaniem administracyjnym związanym z wypłacaniem świadczeń.

- poziom ekonomicznej niezależności danej osoby oraz zabezpieczenie w żywność, odzież, lekarstwa, środki czystości,
- wysokość środków finansowych, w tym zasiłków,
- zakres, formy i źródła otrzymywanej lub otrzymanej pomocy, w tym pomocy od organizacji pozarządowych,
- sytuacja prawna danej osoby: karalność, zadłużenia alimentacyjne, zadłużenia mieszkaniowe, wyroki skazujące, długi itp.,

w sferze rodzinnej:

- czy jest osobą samotną czy ma rodzinę, (należy zapisać podane przez niego nazwiska i imiona członków rodziny, ich miejsce zamieszkania oraz dane kontaktowe),
- forma i częstotliwość kontaktu z najbliższą rodziną lub jego brak,
- czy posiada dzieci, prawa rodzicielskie itp. (w przypadku wychowywania dzieci podać, gdzie dzieci uczęszczają do szkoły, czy występują problemy opiekuńczo-wychowawcze)
- inne osoby ważne (przyjaciele, znajomi), które są dla osoby wsparciem;

w sferze mieszkaniowej:

- aktualne miejsce zamieszkania/ pobytu (od kiedy?),
- warunki zamieszkania /pobytu (rodzaj mieszkania, ogrzewanie, woda i kanalizacja, wyposażenie, miejsce do spania itp.),
- ostatnie miejsca pobytu (od kiedy do kiedy?), ostatnie miejsce stałego zameldowania (do kiedy?), przyczyny wymeldowania lub opuszczenia dotychczasowych lokali mieszkalnych, fakt złożenia lub możliwość złożenia wniosku o lokal socjalny,
- tytuł prawny do lokalu (czy posiada?) oraz źródło problemów, a także wszystkie dochody i wydatki aby wykorzystać zasoby osoby lub rodziny w celu wyjścia z trudnej sytuacji;

w sferze zdrowotnej:

- stan zdrowia fizycznego (opinie i zaświadczenia lekarskie, deklarowany rodzaj schorzenia, przebieg leczenia, rodzaj przyjmowanych leków),
- orzeczenie o niepełnosprawności (jaki stopień? na jaki okres wydane? z jakiego powodu?) lub deklarowane ograniczenia sprawności,
- poziom dbałości o ogólną higienę osobistą oraz stan zdrowia i kondycję fizyczną w zależności od wieku, warunków życia i wskazań lekarskich oraz ewentualne przeciwwskazania do podjęcia aktywności zawodowej;

- problemy wymagające wsparcia psychologicznego i terapeutycznego (np. ze względu na uzależnienie od środków psychoaktywnych, współuzależnienia, doświadczanie przemocy, choroby psychiczne);

w sferze psychologicznej:

- poziom samooceny,
- sposób reagowania na kryzysy i problemy,
- poziom umiejętności interpersonalnych,
- sposób postrzegania odpowiedzialności za pojawienie się własnej bezdomności i wyjścia z niej,
- psychologiczne konsekwencje (długotrwałej) bezdomności,

w sferze zawodowej:

- wykształcenie,
- staż pracy,
- zainteresowania,
- nawyk pracy (umiejętności otrzymania i utrzymania zatrudnienia, odnalezienia się na rynku pracy),
- poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych,
- dotychczasowe doświadczenie,
- zadłużenie lub zobowiązania finansowe (np. alimentacyjne) zniechęcające do podjęcia legalnej pracy;
- gotowość do podjęcia pracy;

w sferze społecznej:

- poziom zintegrowania i identyfikowania się z innymi ludźmi,
- poczucie przynależności do grup społecznych,
- przejmowanie zachowań społecznie aprobowanych lub ich nie przejawianie,
- podejmowane aktywności w wymiarze społecznym i obywatelskim (jak np. udział w wyborach, członkostwo w grupach formalnych, nieformalnych, zdolność do relacji ze współmieszkańcami itp.),
- umiejętności i preferowane formy spędzania wolnego czasu,
- zaangażowanie w działalność na rzecz placówki/społeczności lokalnej.

Diagnoza pogłębiona powinna uwzględniać również analizę:

- uprawnień, możliwości oraz ograniczeń osoby bezdomnej, w szczególności poziom motywacji do zmiany własnego położenia życiowego oraz tego, jak widzi swoją rolę w rozwiązaniu trudnej sytuacji,

- zasobów (osobistych, rodzinnych, instytucjonalnych i in.) umożliwiających i/lub ułatwiających zmianę sytuacji oraz barier środowiskowych, które będą stanowić przeszkodę w dokonaniu zmian w sytuacji osoby bezdomnej.

Etap diagnozy pogłębionej kończy analiza uzyskanych informacji i ich ocena (przykładowy wzór narzędzia „Diagnoza położenia życiowego osoby” w aneksie, część II), na podstawie której pracownik socjalny przystępuje do kolejnego etapu realizacji procesu pomocowego tj. opracowania planu pracy.

2.3. Plan pracy i rodzaje działań kierowanych do osób bezdomnych

Planowanie pracy socjalnej (tworzenie planu i jego realizacja) to usystematyzowany, kompleksowy i spójny, zindywidualizowany proces wspierania osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w celu uzyskania przez nią optymalnej samodzielności, ustalany przez pracownika socjalnego wspólnie z osobą bezdomną.

Plan pracy służy precyzyjnemu sformułowaniu:

- celów ogólnych i szczegółowych prowadzących do zmiany,
- oczekiwanych rezultatów,
- rodzaju działań i środków, które pozwolą na osiągnięcie zamierzonych zmian,
- terminu realizacji planu.

Przystępując do budowania planu pracy i pakietu usług pracownik socjalny powinien:

- posiadać jak najpełniejszą wiedzę na temat dostępnych zasobów będących zarówno w dyspozycji zatrudniającej go placówki OPS lub organizacji pozarządowej), jak i innych instytucji i organizacji działających w społeczności lokalnej (podstawą takiej wiedzy może być mapa zasobów środowiska lokalnego skonstruowana w ramach pracy metodą środowiskową, (patrz: Zadanie 3 oraz standard Partnerstwo Lokalne, Zadanie 4),

- wykorzystywać instrumenty wskazane w obowiązujących przepisach prawnych³³ oraz zasoby gminnego lub lokalnego systemu wsparcia osób bezdomnych,
- w szczególności wykorzystywać usługi rekomendowane w modelu GSWB,

³³ Należy mieć na uwadze obowiązujące ustawodawstwo, na dzień formułowania standardu są to m. in. Ustawa o pomocy społecznej wskazująca na kontrakt socjalny, IPWzB, indywidualny program zatrudnienia socjalnego

- dostosować podejmowane działania i oferowane usługi do zdiagnozowanych problemów

- włączyć zespół specjalistów; w jego skład, w zależności od potrzeb, mogą wejść osoby z najbliższego otoczenia osoby - inni członkowie rodziny, osoby zaprzyjaźnione, a także kadra placówki lub organizacji, przedstawiciele społeczności lokalnej, specjaliści poradnictwa specjalistycznego (psycholog, prawnik, terapeuta, kurator, itd.) (*szczegółowe informacje na temat współpracy pracownika socjalnego ze specjalistami w punkcie 3.2*)

Rekomendowanym instrumentem w pracy z osobami bezdomnymi jest **Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności (IPWzB)** (obligatoryjny wzór IPWzB w aneksie, część III).

IPWzB może zostać opracowywany i realizowany przez pracownika socjalnego OPS albo pracownika socjalnego zatrudnionego w innej instytucji lub organizacji zapewniającej schronienie lub wsparcie osobom bezdomnym, z każdą osobą bezdomną, wyrażającą oczekiwanie uzyskania pomocy i zmiany swojej sytuacji życiowej.

W przypadku konieczności objęcia pomocą w formie bezpieczeństwa zdrowotnego pracownik socjalny współpracuje z właściwym miejscowo OPS.

Osoba bezdomna może być objęta w tym samym czasie tylko jednym IPWzB.

W ramach IPWzB pracownik socjalny (oraz specjaliści – jeśli zostali zaangażowani) wspólnie z daną osobą wyznaczają cele, adekwatne do zdiagnozowanych problemów w poszczególnych sferach, wraz z przewidywanymi efektami oczekiwanych zmian. Następnie ustalane są priorytety w realizacji celów. Kolejność ta uzależniona jest od hierarchii ważności i pilności problemów stwierdzonych na etapie diagnozy i wskazanych przez daną osobę. W dalszej kolejności układany jest harmonogram działań dla poszczególnych celów tj. co zostanie zrealizowane, w jaki sposób, jakie zasoby zostaną wykorzystane, i w jakim okresie.

W trakcie całego procesu wspólnego ustalania IPWzB pracownik socjalny:

wspomaga, ukierunkowuje, udziela wsparcia w procesie rozwiązywania problemu,
- pomaga w formułowaniu celów (doprecyzowaniu ich) i ustaleniu ich hierarchii, (cele formułuje dana osoba),

- pomaga ustalić listę różnych propozycji/sposobów rozwiązania danego problemu i dokonać wyboru tej najbardziej odpowiedniej (pracownik socjalny powinien być moderatorem naprowadzającym na optymalne rozwiązania),

- organizuje pakiet usług społecznych.

W IPWzB mogą zostać zapisane inne ustalenia dotyczące realizacji programu np. sposób komunikacji, zakres odpowiedzialności itp.

Uzgodniony Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności podpisany jest przez osobę bezdomną, pracownika socjalnego oraz specjalistów, członków rodziny/inne osoby zaangażowane w realizację programu. Ustalany jest również termin i miejsce oceny IPWzB. W razie potrzeby osoba bezdomna może zostać objęta ubezpieczeniem zdrowotnym i wtedy IPWzB musi być zatwierdzony przez kierownika OPS. Ważne jest, aby pracownik socjalny wcześniej zweryfikował, czy osoba podpisująca ustalenia rozumie na czym będą polegały podejmowane przez nią działania, czy dysponuje odpowiednimi środkami pozwalającymi na ich realizację oraz czy jest gotowa brać za nie odpowiedzialność.

Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności jest jedynym rekomendowanym narzędziem do współpracy z osobami bezdomnymi, obejmuje wszystkie sfery życiowe i jest adekwatny w każdej sytuacji życiowej doświadczanej przez osobę bezdomną, zatem jako narzędzie planowania a także formę umowy należy stosować IPWzB a nie kontrakt socjalny (obecnie oba te narzędzia są stosowane zamiennie, a nawet – jednocześnie, rozwiązaniem jest rekomendowanie jednego narzędzia).

W sytuacjach, kiedy osoba bezdomna odmawia podjęcia współpracy, a jej zachowanie budzi wątpliwości co do zdolności w pełni świadomego podejmowania przez nią decyzji, w szczególności z uwagi na :

- stan psychofizyczny, w szczególności zaburzenia psychiczne, pozostawanie w ciągu alkoholowym lub permanentne pozostawanie pod wpływem innych substancji psychoaktywnych,
- wysoki stopień wykluczenia społecznego i głęboką deprivację potrzeb,
- na sytuację kryzysową,

pracownik socjalny opracowuje **plan pracy na rzecz osoby bezdomnej** (wskazane jest aby plan był opracowywany ze specjalistami tj. prawnik, lekarz, psycholog, policjant, strażnik miejski, streetworkerzy itp.), w którym:

- koncentruje się na zapewnieniu jej niezbędnych potrzeb życiowych i warunków odpowiadających godności człowieka,
- motywuje do podejmowania aktywności (w zakresie możliwym do realizacji przez daną osobę) na rzecz zmiany swojej sytuacji życiowej (*szczegółowe informacje na temat budowania motywacji w podręczniku do standardu pracy socjalnej*).

Na tym etapie pracy z osobą bezdomną możliwe jest podejmowanie ustnych zobowiązań krótkoterminowych (choć w miarę możliwości należy dążyć do uzyskania pisemnych np. w formie zobowiązania do wykonania zadania) dotyczących podjęcia przez osobę bezdomną konkretnych działań w kierunku zmiany sytuacji życiowej.

Pracownik socjalny oraz zaangażowani do pomocy specjaliści muszą zwracać uwagę na poszanowanie godności osoby bezdomnej. Dlatego dopiero po wyczerpaniu innych działań i stwierdzeniu ich nieskuteczności, jako ostateczność można wykorzystać wskazaną przez ustawodawcę możliwość złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie, przymusowe leczenie psychiatryczne, przymusowe leczenie uzależnień lub skierowanie do DPS bez zgody. W przypadku pracowników socjalnych zatrudnionych w placówkach dla osób bezdomnych, pracownik socjalny ściśle współpracuje w tym zakresie z właściwym miejscowo OPS. Ponadto musi pamiętać, że jest zobowiązany do informowania osoby o działaniach podejmowanych na jej rzecz również w sytuacjach, gdy niektóre z tych działań podejmowane są wbrew woli osoby bezdomnej.

Opracowany plan pracy, powinien zawierać: cele, działania prawnika socjalnego oraz specjalistów i termin realizacji. Plan podpisuje pracownik socjalny a także zaangażowani w proces pomocowy specjaliści. Do opracowania planu pracy można wykorzystać odpowiednio zmodyfikowany druk IPWzB.³⁴ Jeśli osoba objęta wsparciem w którymś momencie wyrazi wolę nawiązania współpracy, to przygotowany plan pracy może być podstawą do opracowania i zawarcia Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności (podpisania ustaleń przez wszystkie strony po wprowadzeniu ewentualnej korekty ustaleń).

2.3.1. Cele działania

Określony w planie pracy cel działania oznacza stan pożądany, do osiągnięcia którego dąży osoba bezdomna, zakładając jego długo- lub krótkoterminową realizację. Cel powinien być sformułowany prostym językiem, osiągalny, mierzalny, istotny, określony w czasie (zasada S.M.A.R.T.³⁵).

W planie pracy należy wskazać zarówno cel główny (ogólny) wytyczający kierunek działań pomocowych oraz przyporządkowane mu cele szczegółowe.

Z uwagi na złożoność i zarazem wielowymiarowość problemów doświadczanych przez osoby bezdomne, w tym ograniczeń, deficytów i dysfunkcji (zarówno fizycznych, jak i

³⁴ np. poprzez zmianę nazwy i usunięcie zbędnych kolumn.

³⁵ Specific – jasno określony; Mesasurable - mierzalny ; Appropriate - odpowiedni; Realistic - realistyczny; Timebound - określony w czasie (patrz: Chludziński M., Przybylski W., Jak skutecznie napisać projekt socjalny?, Warszawa 2004. s. 20).

psychicznych, szczególnie u osób długotrwale bezdomnych, osób bezdomnych z niepełnosprawnością, chorujących psychicznie, uzależnionych), które uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie, podporządkowane celowi głównemu cele szczegółowe powinny:

- być określane w odniesieniu do przyczyn trudnej sytuacji, ograniczeń osoby, indywidualizowanych potrzeb i oczekiwań osoby,
- odnosić się do stwierdzonych na etapie diagnozy, możliwych do uzyskania zmian,
- być uwarunkowane ogólną kondycją życiową danej osoby i wynikającymi z niej potrzebami,
- być zorientowane na uzupełnienie zasobów o takie, których brak uniemożliwia osiągnięcie przez osobę pełnej samodzielności,
- uwzględniać poziom:
 - interwencyjny (tj. zabezpieczać podstawowe potrzeby),
 - integracyjny (tj. prowadzić do usamodzielnienia i pełnej integracji społecznej, a także umiejętności funkcjonowania w nowym środowisku, np. w DPS),
 - prewencyjny (tj. zapobiegać: utracie domu, destabilizacji różnych sfer życia, pogłębianiu się problemów).

Cel główny stanowi uzyskanie optymalnej dla każdej osoby bezdomnej samodzielności życiowej. Cel ten realizowany jest poprzez::

- uzyskanie optymalnych i stabilnych warunków socjalno-bytowych:
- formalno-prawne uregulowanie sytuacji mieszkaniowej (np. powrót do dawnego miejsca zamieszkania, uzyskanie samodzielnego mieszkania, zamieszkanie w placówce całodobowego pobytu),
- podtrzymanie lub odbudowanie więzi rodzinnych (sąsiedzkich),
- wyrównanie deficytów w zakresie stanu zdrowia,
- podniesienie aktywności zawodowej,
- odzyskanie dobrostanu psychicznego,- utrzymanie, odzyskanie lub nabycie umiejętności funkcjonowania /pełnienia ról społecznych.

2.3.2 Działania i usługi.

Realizacja planu pracy z osobami bezdomnymi:

- zakłada wykorzystanie wszystkich dostępnych usług i świadczeń,

- może następować poprzez bezpośrednią lub pośrednią pracę z osobą bezdomną w oparciu o następujące rodzaje działań:

- wyjaśnianie,
- wspieranie,
- informowanie,
- edukacja, działania wychowawcze,
- perswazja, porada, konfrontacja,
- nadzorowanie - narzucanie wymagań i ograniczeń,
- mediowanie,
- organizacja poradnictwa i usług specjalistycznych,
- organizowanie udziału w grupach wsparcia, grupach samopomocowych,
- poszerzanie oferty pomocowej,
- rzecznictwo,
- asystowanie /towarzyszenie.

Pracownik dokumentuje realizowane przez siebie działania w formie notatek służbowych lub w karcie pracy socjalnej, w której opisuje podejmowane przez siebie działania i informacje, jakie uzyskuje podczas kolejnych spotkań z daną osobą o jej sytuacji i uzyskanych rezultatach. (przykładowy wzór narzędzia „Karta pracy socjalnej” w aneksie, część IV).

Przykładowy dobór działań wraz z pakietem usług uwzględniających funkcjonowanie osoby bezdomnej w różnych sferach życia, może stanowić:

w sferze socjalno-bytowej:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w uzyskaniu odpowiednich świadczeń (emerytura, renta, alimenty, świadczenia rodzinne, pielęgnacyjne, dodatek mieszkaniowy; zasiłki z pomocy społecznej),
- pomoc w sprawach urzędowych (np. pomoc w wyrobieniu dokumentów, zawarcia umowy z wierzycielami, ustaleniu świadczenia rentowego, zamiany mieszkania itp.),
- zapewnienie pomocy prawnika i mediatora,
- pomoc w zakresie zmiany swojego wyglądu; wizerunku,
- pomoc w uporządkowaniu spraw związanych z zadłużeniem, w tym redagowaniu pism (szczególnie przy zadłużeniu mieszkaniowym, wynikającym z zaciągniętych kredytów, alimentacyjnym itp.),

przykładowy pakiet usług:

- trening gospodarowania własnym budżetem,

- trening prowadzenia gospodarstwa domowego,
- doradztwo finansowe,
- trening czystości wokół siebie oraz higieny osobistej,
- trening kulinarny.

w sferze rodzinnej:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w odbudowywaniu więzi i kontaktów rodzinnych (np. motywowanie do regularnego płacenia alimentów, wspólnego, aktywnego spędzania wolnego czasu z dziećmi i rodziną, itp.),
- pomoc w zdobyciu wiedzy i kształtowanie umiejętności wykorzystywania zasobów środowiska lokalnego (instytucje, organizacje, urzędy etc.),
- pomoc w prawidłowej realizacji funkcji wychowawczej i socjalizacyjnej (np. skierowanie do świetlicy socjoterapeutycznej, motywowanie do korzystania z przedszkoli),
- pomoc w zakresie nierozdzielania rodzin/związków partnerskich zamieszkujących lub kierowanych do placówek,

przykładowy pakiet usług:

- warsztaty kompetencji rodzicielskich,
- warsztaty socjoterapeutyczne,
- psychoterapia,
- terapia uzależnień, DDM, DDRR.

w sferze mieszkaniowej:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w wypełnieniu i złożeniu wniosku o przydział lokalu z zasobów gminy oraz terminowe aktualizowanie wniosku,
- informowanie gminy o wszelkich zmianach sytuacji mogących przyspieszyć przydział lokalu (np. zmiana sytuacji dochodowej, zmiana miejsca pobytu),
- pomoc w zgromadzeniu dokumentów potwierdzających spełnianie warunków niezbędnych do umieszczenia w mieszkaniu wspieranym (lub chronionym w przypadku niepełnosprawności, choroby (niepełnosprawność, choroba) i złożeniu wniosku o skierowanie do mieszkania wspieranego lub chronionego,
- pomoc w realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia (opracowanego wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, zatwierdzonego przez kierownika

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie – dotyczy wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych i pieczy zastępczej),

- pomoc w zgromadzeniu niezbędnej dokumentacji i złożeniu wniosku o skierowanie do DPS,

- pomoc w zorganizowaniu i wykonaniu niezbędnych prac remontowych w zajmowanym przez daną osobę lokalu,

przykładowy pakiet usług:

- mieszkania wspierane,

- mieszkania chronione dla osób chorujących psychicznie,

- mediacje rodzinne,

- placówki dla osób bezdomnych tj..

- noclegownie,

- schroniska,

- schroniska profilowane.

w sferze zdrowia:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w uzyskaniu potwierdzenia prawa do ubezpieczenia zdrowotnego,

- pomoc w przeprowadzeniu diagnostyki i leczenia (w razie potrzeby zorganizowanie transportu i opiekuna),

- monitorowanie przebiegu procesu leczenia (informowanie o możliwościach zapisania się do lekarza rodzinnego w najbliższej placówce organizowanie kontaktu z np. pielęgniarką środowiskową, pielęgniarką opieki długoterminowej, lekarza specjalisty, realizacja recept motywowanie do systematycznego leczenia itp.),

- pomoc w podjęciu działań umożliwiających realizację zaleceń lekarskich,

- pomoc w podjęciu i kontynuowaniu terapii leczenia uzależnień (umożliwienie dojazdu poprzez np. zakup biletu, zorganizowanie dostępu do zbiegów sanitarno-higienicznych, zorganizowanie niezbędnej odzieży, bielizny, itp.), monitorowanie procesu trzeźwienia, monitorowanie udziału w grupach samopomocowych, rozmowy motywujące, poinformowanie o konsekwencjach przerywania trzeźwości,

- profilaktyka zdrowotna: pomoc w zakresie zdobycia wiedzy na temat zdrowego stylu życia; zachowań prozdrowotnych (monitorowanie stanu higieny, stanu zdrowia; wsparcia w zakresie uzyskania środków czystości, czystej odzieży, bielizny i dostępu do zabiegów higienicznych),

- pomoc dla osób spełniających warunki w uzyskaniu skierowania i miejsca np. w WTZ, ŚDS, MDDP, DPS,

- pomoc w podjęciu działań umożliwiających korzystanie z usług NFZ, PFRON,

przykładowy pakiet usług:

- indywidualna lub grupowa terapia uzależnień,

- terapeuta i/lub psycholog,

- grupy wsparcia (AA, grupy samopomocowe, osób trzeźwych wzajemnie się wspierających, itp.),

- trening higieny osobistej,

- usługi opiekuńcze.

w sferze psychologicznej:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w odbudowaniu poczucia własnej wartości, akceptacji siebie,

- pomoc w rozwijaniu mocnych stron,

przykładowy pakiet usług:

- konsultacje psychologiczne,

- warsztaty/ treningi kompetencji interpersonalnych w celu nabycia i/ lub doskonalenia umiejętności:

- warsztaty/treningi aktywnego radzenia sobie ze zmianą.

w sferze zawodowej:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w zakresie zdobycia wiedzy na temat sposobów poszukiwania pracy (np. udzielenie informacji o zakresie działań, adresach urzędów pracy, agencjach zatrudnienia i innych usługach rynku pracy; wyjaśnianie sposobów poszukiwania pracy)

- pomoc w zarejestrowaniu się w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy,

- pomoc w rozpoczęciu/ukończeniu edukacji szkolnej,

- pomoc w zdobyciu wiedzy na temat praw pracowników i pełnienia roli zawodowej,

- pomoc w zakresie przygotowania dokumentów aplikacyjnych i/lub skierowanie na warsztaty -poszukiwania pracy,

przykładowy pakiet usług:

- doradztwo zawodowe,

- kursy zawodowe,
- wsparcie trenera pracy,
- grupy wsparcia dla osób poszukujących pracy,
- warsztaty poszukiwania pracy,
- wsparcie asystenta,
- zatrudnienie wspierane,
- prace społecznie użyteczne,
- roboty publiczne,
- wsparcie brokera edukacyjnego,
- staż w miejscu pracy,
- szkolenia, kursy,
- korzystanie z oferty CIS i/lub KIS.

w sferze społecznej:

przykładowe działania pracownika:

- pomoc w kształtowaniu/ rozwijaniu umiejętności i kompetencji społecznych i obywatelskich (np. udział w wyborach, angażowanie się w inicjatywy na rzecz rozwoju lokalnej społeczności, w przypadku osób przebywających długotrwale w schroniskach (niepełnosprawnych, schorowanych, w starszym wieku) podjęcie próby włączenia ich w różne formy aktywności na rzecz np. ŚDS, DDPS, itp.),
- pomoc w zdobyciu wiedzy i umiejętności aktywnego spędzania czasu wolnego czasu (np. zachęcanie do podejmowania działań w ramach wolontariatu; rozwoju zainteresowań, i hobby wymagających współdziałania z innymi osobami; podejmowania aktywności sportowej, uczestnictwa w zajęciach instytucji kultury, itp.),
- pomoc w kształtowaniu umiejętności wykorzystywania różnych form wsparcia w środowisku lokalnym,

przykładowy pakiet usług:

- treningi/ warsztaty kompetencji społecznych,
- grupy wsparcia (socjalizacyjne, samopomocowe, rekreacyjne),
- koła zainteresowań,
- anonimowe grupy wsparcia (AA, AN itp.),
- uczestnictwo w życiu wspólnot religijnych,
- zajęcia sportowe.

2.3.3 Rezultaty pracy socjalnej

Rezultatami realizacji pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych powinny być: poprawa ogólnej sytuacji życiowej danej osoby lub rodziny oraz poprawa jej/ich funkcjonowania w społeczeństwie. Rezultaty każdorazowo powinny być oceniane na podstawie indywidualnej sytuacji danej osoby i indywidualnych zmian, które dokonały się w określonym czasie na skutek podjętych działań. Przykładowe rezultaty można wskazać z uwzględnieniem różnych poziomów oddziaływania (interwencja, integracja, prewencja), ponadto rezultaty w ramach integracji można wskazać w podziale na poszczególne sfery życiowe.

Rezultat stanowi sytuacja, w której na skutek podjętej pracy socjalnej sytuacja osoby bezdomnej ulega poprawie, i tak np. dana osoba

PO INTERWENCJI:

- ma dokumenty (wyrobitony dokument tożsamości),
- ma zapewnione wyżywienie / posiłki (nie jest głodny),
- ma gdzie bezpiecznie przebywać,
- ma gdzie się umyć,
- ma zapewnioną odzież,
- ma dostęp do opieki medycznej (może się leczyć, skorzystać z bezpłatnej pomocy medycznej np. przychodni),
- ma zapewnione leki,
- uzyskała wsparcie w kryzysie – psychologiczne, prawne, socjalne itp.

W RAMACH INTEGRACJI:

W sferze socjalno-bytowej:

- korzysta ze świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego (alimentacyjne, emerytalno-rentowe, z funduszu pracy, świadczeń rodzinnych i pielęgnacyjnych, z pomocy społecznej),
- uzyskała ugodę, rozłożenie na raty, umorzenie długu lub odsetek (także częściowe), dofinansowanie, ulgę,
- ma dokumenty osobiste (świadczenia pracy, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności),
- wie, jak oszczędzać (i oszczędza),
- ma opracowany plan likwidacji zadłużenia,
- ma uregulowaną sytuację prawną,
- umie przygotować sobie posiłki,
- umie racjonalnie gospodarować budżetem domowym,

- reguluje zobowiązania finansowe np. alimentacyjne.

W sferze rodzinnej:

- posiada kompetencje opiekuńczo –wychowawcze,
- odnowiła kontakty z rodziną lub pracuje nad tym,
- rozwiązała konflikt z rodziną,
- wywiązuje się ze zobowiązań wobec rodziny,
- dziecko w sytuacji bezdomności ma zapewnioną właściwą pomoc.

W sferze mieszkaniowej:

- uzyskała mieszkanie docelowe np. socjalne,
- zakwalifikowała się na listę osób oczekujących na przydział lokalu z zasobów gminy,
- dokonała zamiany mieszkania,
- wynajęła mieszkanie / pokój na wolnym rynku,
- uzyskała mieszkanie wspierane,
- zamieszkała i zaadaptowała się do warunków domu pomocy społecznej,
- podniosła standard zajmowanego lokalu.

W sferze zdrowia:

- posiada uprawnienia do świadczeń,
- posiada orzeczenie o niepełnosprawności,
- jest trzeźwa (podjęła terapię / ukończyła terapię leczenia uzależnień),
- podjęła leczenie odwykowe w zakładzie zamkniętym,
- rodzina podjęła terapię dla współuzależnionych,
- podjęła systematyczne leczenie,
- została skierowany do DPS, hospicjum,
- ma nawyk systematycznego dbania o higienę,
- ma wiedzę na temat zdrowego odżywiania i stylu życia (poziom minimalnie wystarczający),
- korzysta z usług opiekuńczych, lub innych usług specjalistycznych,
- uzyskała pomoc w formie opieki pielęgniarstwa środowiskowego i opieki pielęgniarstwa długoterminowego,
- uzyskała miejsce w WTZ, ŚDS, MDDP,
- korzysta z usług gwarantowanych przez NFZ, PFRON,
- zna i stosuje zasady samoopieki i pielęgnacji,
- została przyjęty do szpitala psychiatrycznego.

W sferze psychologicznej:

- posiada umiejętności komunikowania się,
- jest asertywna,
- kieruje własnym życiem (wyznacza cele, poszukuje rozwiązania, wdraża je),
- radzi sobie ze stresem,
- kontroluje agresję i negatywne emocje,
- unika konfliktów/rozwiązuje lub podejmuje próby rozwiązywania konfliktów,
- ma poczucie własnej wartości,
- podjęła, ukończyła warsztaty kompetencji społecznych,
- uczestniczy w grupie wsparcia,
- podjęła, ukończyła psychoterapię,
- podjęła spotkania z psychologiem.

W sferze zawodowej:

- podjęła pracę:
 - w ramach umowy o pracę (w pełnym / niepełnym wymiarze godzin),
 - dorywczą,
 - w ramach zatrudnienia wspieranego,
 - w ramach prac społecznie użytecznych,
- umie znaleźć pracę (zna sposoby poszukiwania pracy, potrafi napisać dokumenty aplikacyjne: życiorys, podanie),
- wie, co umie (zna swoje kwalifikacje i potrafi je zaprezentować),
- ma nowe (bardziej aktualne, adekwatne) kompetencje na rynku pracy,
- zna instytucje rynku pracy,
- podjęła / kontynuuje / ukończyła naukę,
- podjęła / kontynuuje / ukończyła kurs, szkolenie,
- ma umiejętności / nawyki dobrego pracownika,
- uczestniczy w zajęciach KIS lub/i CIS,
- zarejestrowała się w PUP (nabyła status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy),
- jest członkiem spółdzielni socjalnej,
- współpracuje z doradcą zawodowym.

W sferze społecznej:

- angażuje się na rzecz placówki w czasie pobytu,
- uczestniczy w życiu kulturalnym, sportowym w placówce i poza placówką,

- stosuje się do regulaminu placówki,
- przestrzega norm społecznych,
- rozwinęła swoje zainteresowania, hobby,
- uczestniczy w grupie wsparcia, w społecznościach.

W RAMACH PREWENCJI:

Rezultaty odnoszą się do działań kierowanych wyłącznie do osób zagrożonych bezdomnością i zostały wskazane w punkcie dedykowanym tej grupie.

2.3.4 Ocena realizowanych działań

Elementem niezbędnym dla prawidłowej realizacji pracy socjalnej jest jej ocena, realizowana poprzez monitoring i ewaluację, które umożliwiają skuteczną pomiar rezultatów realizowanych działań, analizę działań nieskutecznych, sprzyjają konstruktywnemu wyciągnięciu wniosków oraz planowaniu działań korygujących i dalszych działań z osobą.

Dokonując oceny okresowej IPWzB (przykładowy wzór narzędzia „Ocena Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności” w aneksie część V) pracownik dokonuje podsumowania działań zapisanych w dokumencie oceny IPWzB, i ustala:

- Czy zadania zostały wykonane w terminie? (Jeśli nie to dlaczego?)
- Jakie są skutki zrealizowanych działań?
- Czy udało się osiągnąć zamierzone cele?
- Jakie przeszkody, trudności wystąpiły w trakcie realizacji działań?
- Co zmieniło się w sytuacji osoby bezdomnej w konsekwencji zrealizowanych działań?
- Jak kształtuje się sytuacja osoby bezdomnej aktualnie? Czy nadal wymaga wsparcia? (Jeśli tak, to w jakim zakresie?)
- Czy i jakie działania należy podjąć dalej?

Ocena okresowa pracy socjalnej z osobą bezdomną kończy się podsumowaniem wskazującym, czy:

- bez wprowadzenia zmian należy kontynuować realizację IPWzB;
- zakończyć realizację IPWzB;
- wprowadzić zmiany IPWzB (jeśli tak, to w jakim zakresie).

W sytuacji zakończenia realizacji programu, sporządzane jest podsumowanie, które powinno być oceną skuteczności i efektywności realizowanego wsparcia.

Opis ewaluacji pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością znajduje się w części poświęconej ewaluacji standardów.

2.4 Plan pracy i działania kierowane do osób zagrożonych bezdomnością (zapobieganie bezdomności)

Zagrożenie bezdomnością jest sytuacją słabo identyfikowalną. Często osoby doświadczające trudności mieszkaniowych nie identyfikują ich z sytuacją potencjalnego zagrożenia bezdomnością i w konsekwencji koniecznością zamieszkania wraz z rodziną w placówce dla osób bezdomnych. Zagrożenie bezdomnością nie jest także zagrożeniem ujmowanym w kategorii problemów społecznych, z którymi może spotkać się pracownik socjalny.

Ze względu na daleko idące konsekwencje wynikające z utraty domu/mieszkania, doświadczania wykluczenia spowodowanego m.in. koniecznością opuszczenia dotychczasowego środowiska zamieszkania, działania na rzecz osób, rodzin i grup zagrożonych bezdomnością powinny uprzedzać zjawiska, które prowadzą do opuszczenia bądź utraty domu i do utrwalenia tej sytuacji.

Każdy pracownik socjalny powinien realizować prewencję bezdomności uwzględniając kwestię bezpieczeństwa mieszkaniowego już na etapie diagnozy inicjującej pracę socjalną z osobami, rodzinami lub grupami problemowymi, identyfikując sytuacje stanowiące potencjalne zagrożenie utratą mieszkania i udzielając wsparcia w ich rozwiązaniu³⁶.

Przeciwdziałanie bezdomności wymaga także wzmożonych działań służących tworzeniu warunków ułatwiających sprawny przepływ informacji i kompetencji pomiędzy różnymi podmiotami działającymi w gminie na rzecz osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, a przez to tworzenie warunków umożliwiających wczesną interwencję.

Celem ogólnym pracy socjalnej realizowanej z osobami/rodzinami zagrożonymi bezdomnością powinno być uzyskanie stabilnej sytuacji mieszkaniowej, natomiast cele szczegółowe (i rezultaty) powinny obejmować przede wszystkim:

- utrzymanie dotychczasowego mieszkania,
- poprawę warunków mieszkaniowych,
- zapewnienie bezpieczeństwa mieszkaniowego.

Przykładowe działania, które może podjąć pracownik socjalny w sytuacji zagrożenia bezdomnością to:

³⁶Proces postępowania metodycznego jest analogiczny do postępowania metodycznego względem innych grup problemowych i jest szczególnie opracowany w ramach Zadania 2 projektu „Standardy w pomocy”.

- ustalenie głównego problemu osoby ze szczególnym uwzględnieniem kwestii będącej główną przyczyną utraty lokalu (lub takiego zagrożenia);
- przeanalizowanie ewentualnych zasobów mających wpływ na zmianę trudnej sytuacji;
- nawiązanie kontaktu z administracją budynku, spółdzielnią mieszkaniową (należy sprawdzić możliwość negocjacji z właścicielem budynku i rozłożenia zadłużenia na raty itp.);
- pomoc w sprawach urzędowych (pomoc w redagowaniu pism np. w sprawie spłaty zadłużenia w ratach, umorzenia odsetek, zamiany mieszkania itp.);
- pomoc w uzyskaniu dodatku mieszkaniowego;
- analiza informacji o trybie i zasadach ubiegania się o lokal z zasobów gminy; współpraca z urzędem gminy UM w zakresie złożenia wniosku o lokal socjalny;
- pomoc w poszukiwaniu innego lokalu w sytuacji nieuniknionej eksmisji, w tym w zamianie mieszkania na mniejsze, wynajęciu mieszkania/pokoju na wolnym rynku, rozeznanie możliwości i konsekwencji umieszczenia w placówce dla bezdomnych lub mieszkaniu wspieranym, pomoc w sytuacji opuszczenia placówki medycznej, penitencjarnej i opiekuńczo-wychowawczej;
- zapewnienie specjalistycznego wsparcia rodzinie doświadczającej przemocy;
- pomoc postpenitencjarna kierowana do osób opuszczających zakłady karne;
- włączenie w proces wsparcia specjalistów – psycholog, prawnik, terapeuta, doradca finansowy itp.;
- monitorowanie ponoszenia kosztów opłat mieszkaniowych przez klientów OPS³⁷;
- monitorowanie wysokości zadłużeń mieszkaniowych, alimentacyjnych przez klientów OPS.

W przypadku osób zagrożonych bezdomnością pracownik socjalny może zastosować kontrakt socjalny³⁸ (jako plan pracy zawarty w formie umowy współpracy).

Rezultaty w działaniach kierowanych do osób zagrożonych bezdomnością to sytuacje, w których na skutek podjętej pracy socjalnej poprawia się sytuacja danej osoby zagrożonej bezdomnością, na przykład dana osoba:

- utrzymała mieszkanie zagrożone eksmisją,
- ma stabilną, bezpieczną sytuację mieszkaniową,

³⁷ Optymalną sytuacją byłoby monitorowanie i wczesne interweniowanie w odniesieniu do wszystkich osób doświadczających trudności życiowych, niemniej niniejszy standard jest kierowany do pracowników socjalnych, zatem instytucjonalnie to OPS jest właściwy jako podmiot zatrudniający i organizujący pracę socjalną.

³⁸ Kontrakt socjalny lub – jeśli obecnie obowiązujące zasady stosowania KS ulegną zmianie i np. będą stosowane wyłącznie w postępowaniu administracyjnym – to innego rodzaju umowę współpracy

- ma dokąd się udać po opuszczeniu placówki medycznej, penitencjarnej, opiekuńczo-wychowawczej,
- rozwiązała problemy natury prawnej,
- rozwiązała problemy generujące przemoc w rodzinie lub stanowiące ich konsekwencję,
- w sytuacji opuszczania placówki penitencjarnej: ma perspektywę bezpiecznego mieszkania (także w placówce dla osób bezdomnych, przy zapewnieniu dalszej pracy socjalnej),
- zapanowała nad sytuacją finansową związaną z zadłużeniem mieszkaniowym (korzysta z własnych zasobów, zawarła porozumienie z wierzycielami, wstrzymała jej naliczanie odsetek, podpisano ugodę realną do realizacji),
- przestała się zadłużać, spłaca zadłużenie, racjonalnie wydatkuje pieniądze,
- terminowo reguluje wydatki mieszkaniowe,
- uzyskała dodatek mieszkaniowy,
- ma stabilną sytuację zawodową,
- ma stabilną sytuację rodzinną,
- uzyskuje dochody,
- ma poczucie kontroli nad własnym życiem,
- współpracuje z pracownikiem socjalnym (oraz w razie potrzeby innymi specjalistami).

3. Organizacja pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością

3.1 Zasady ogólne dla organizatora pracy socjalnej

Szczegółowe zasady organizacji pracy socjalnej zostały opracowane w ramach Zadania 2 projektu „Standardy w pomocy”³⁹ i odnoszą się do pracy socjalnej w ogóle, więc mają zastosowanie także w odniesieniu do pracy socjalnej na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Zadanie 2 określa model instytucji, który skupia się na tych aspektach funkcjonowania instytucji, które są istotne z punktu widzenia sposobu realizacji usług o określonym standardzie.⁴⁰ W modelu instytucji wskazuje się różne możliwości realizacji pracy socjalnej: poprzez wykorzystanie własnych zasobów personalnych (np. pracowników socjalnych OPS), udostępnianie usług OPS w ramach systemowej współpracy z innymi podmiotami publicznymi (np. PUP), zlecenie usług podmiotom niepublicznym,

³⁹ Por. Model realizacji usług o określonym standardzie w gminie, Zadanie 2, projekt „Standardy w pomocy”

⁴⁰ ibidem

wykonywanie usług w partnerstwie (publiczno-publicznym pomiędzy różnymi gminami, publiczno-niepublicznym z organizacjami pozarządowymi, publiczno-prywatnym), oraz przy wykorzystaniu innych możliwości prawnych (np. związane z aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych czy realizacja pracy socjalnej w ramach projektów dofinansowanych ze środków UE).

Ponadto, organizowanie pracy socjalnej (zarządzanie organizacją lub instytucją realizującą pracę socjalną) obejmuje w odniesieniu do pomocy udzielanej osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością obowiązek podjęcia interwencji – działanie w sytuacji przyjęcia informacji (zgłoszenia) o tym, że ktoś jest zagrożony bezdomnością lub utracił dotychczasowe miejsce zamieszkania.

W zakresie wsparcia interwencyjnego oraz pomocowego niezwykle ważne są następujące kwestie:

- każda gmina powinna mieć opracowany plan działania pomocowego, w tym wypracowaną procedurę postępowania na wypadek konieczności udzielenia pomocy doraźnej w formie zapewnienia schronienia (sytuację optymalną stanowi taka, w której każda gmina dysponuje wyspecjalizowaną placówką świadczącą pomoc interwencyjną lub ma zorganizowane miejsca noclegowe),
- fakt, że problem bezdomności nigdy dotychczas w danej gminie nie występował, nie może być powodem braku oferty pomocowej w tym zakresie. Gminna strategia rozwiązywania problemów społecznych powinna uwzględniać możliwość wystąpienia takiego problemu i wskazywać możliwości jego rozwiązania,
- schronienie powinno być udzielane w gminie dotychczasowego miejsca zamieszkania danej osoby – w celu zabezpieczenia osób lub rodzin bezdomnych przed wykorzeniem z miejsca, utratą systemu wsparcia społecznego i utratą poczucia bycia potrzebnym i ważnym. Jako niepożądana powinno się uznać praktykę „delegowania” problemów (kierowania osoby bezdomnej) do ośrodków znajdujących się w innych gminach,⁴¹
- podejmowanie przez gminę wszelkich starań zapewniających przygotowanie optymalnej oferty pomocy interwencyjnej np. w noclegowniach, schroniskach. W przypadku działań interwencyjnych brak tego typu placówki na terenie danej gminy obliguje do wypracowania

⁴¹ Istotnym zagadnieniem w kwestii udzielenia pomocy osobom bezdomnym jest właściwość miejscowa. Art. 101 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej wskazuje, że gminą właściwą do udzielenia świadczeń z pomocy społecznej osobie bezdomnej jest gmina ostatniego zameldowania tej osoby na pobyt stały. Jednak kolejny ustęp tego artykułu mówi, że m.in. w przypadkach szczególnie uzasadnionych sytuacją osobistą osoby ubiegającej się o świadczenie czy w sprawach niecierpiących zwłoki, właściwą miejscowo jest gmina miejsca pobytu osoby ubiegającej się o świadczenie. Należy założyć, że każda sytuacja pozbawienia schronienia i warunków bezpiecznej egzystencji (jak ciepły posiłek i odzież), których brak może prowadzić do zagrożenia życia, a także sytuacja braku uprawnień do świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia zdrowia, spełnia warunki, o których mowa w art. 101 ust. 3 ustawy.

innego sposobu postępowania w takich przypadkach (interwencyjnie na czas zorganizowania na terenie gminy lokalu zastępczego może to być np. możliwość natychmiastowego schronienia w placówce znajdującej się poza terenem danej gminy).

- w średnich i dużych gminach (pow. 50 tys. mieszkańców) powinny zostać utworzone sekcje lub zespoły ds. osób bezdomnych lub zostać wyznaczeni i przeszkoleni pracownicy zajmujący się wyłącznie osobami bezdomnymi;

- w placówkach dla osób bezdomnych powinna być świadczona praca socjalna przez pracownika socjalnego zatrudnionego w placówce lub oddelegowanego z OPS, oraz zgodnie z rekomendacjami zawartymi w standardzie mieszkalnictwa;

- lobbowanie na rzecz tworzenia systemu wsparcia ludzi bezdomnych opartego na mieszkalnictwie, np. w zakresie przeznaczania min. jednego lub dwóch mieszkań w gminie na potrzeby interwencji kryzysowej (czasowego zabezpieczenia mieszkańca osobie, która utraciła mieszkanie) i procesu wychodzenia z bezdomności. Mogą to być np. lokale czasowo wynajmowane w internatach, jeżeli utrzymanie pustych mieszkań byłoby zbyt drogie dla gminy (co wymaga zabezpieczenia środków w budżecie gminy na ten cel).

- prowadzenie edukacji i udostępnianie wiedzy z obszaru problemów bezdomności, ukierunkowane na destygmatyzację osób bezdomnych, prewencję bezdomności, obniżanie poczucia niepewności innych specjalistów w kontakcie z osobami bezdomnymi poprzez przekazywanie wiedzy na temat złożoności problemu, budowania relacji, sposobów interwencji, przeciwdziałania bezdomności itp. (organizowanie debat w urzędach gminnych, ośrodkach zdrowia, pogadanki w szkołach, opracowywanie materiałów szkoleniowych, ulotek informacyjnych itp.).

- opracowanie trybu postępowania w sytuacji zagrożenia utraty domu oraz bezdomności, który powinien określać zasady i sposób:

monitorowania sytuacji mieszkaniowej mieszkańców rejonu, w którym pracownik socjalny pracuje,

- monitorowania sytuacji osób bezdomnych i miejsc ich pobytu,

- systematycznego weryfikowania wiedzy nt. sytuacji mieszkaniowej i miejsc pobytu osób bezdomnych,

- nawiązywania kontaktu z osobami żyjącymi w trudnych warunkach mieszkaniowych, zagrożonych utratą lokalu, bezdomnymi: okazywanie zainteresowania, przekazywanie wiedzy nt. możliwości i dostępności

usług/świadczeń, poradnictwo, zachęcanie do podjęcia współpracy; poradnictwo on-line i telefoniczne (także anonimowe),

- przekazywania wiedzy innym profesjonalistom i mieszkańcom nt. prowadzonej działalności, dostępności usług (numery telefonów, adresy placówek, e-mail, formy kontaktu, osoby do kontaktu).

Uwzględniając specyfikę bezdomności oraz mając na względzie fakt, że praca socjalna na rzecz tej grupy odbiorców nie jest regulowana odrębnymi wytycznymi, oraz dla zagwarantowania optymalnej realizacji działań pomocowych kierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością rekomenduje się aby:

- liczba osób lub rodzin (środowisk) przypadających na jednego pracownika nie przekraczała 50 osób / rodzin (środowisk) średnio w ciągu roku;

- zostały zapewnione odpowiednie środki na pokrycie kosztów działań pomocowych kierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością (wskazano pracownika/pracowników odpowiedzialnych za działania wobec osób bezdomnych oraz budżet uwzględniający koszt zatrudnienia pracowników socjalnych i specjalistów adekwatnie do liczby osób bezdomnych oraz skali zagrożenia bezdomnością, tj. liczby mieszkańców z problemami mieszkaniowymi);

- gmina /OPS monitorowały kwestie zadłużeń osób i rodzin objętych pomocą społeczną, nawiązując w tym celu współpracę ze spółdzielniami, Zarządami Gospodarowania Nieruchomościami ZGN, wspólnotami mieszkaniowymi, właścicielami mieszkań, którzy będą przekazywać informacje osobom zadłużonym o możliwości skorzystania z pomocy OPS. Jednocześnie powinny być prowadzone działania informacyjne (kampanie społeczne, wrzucanie ulotek do skrzynek pocztowych, informowanie społeczeństwa o zagrożeniach wynikających z zadłużania się i możliwościach uzyskania pomocy).

3.2 Współpraca specjalistów

Z uwagi na wielowymiarowość problemów doświadczanych przez osoby bezdomne efektywna realizacja pracy socjalnej (w tym dokonanie diagnozy i realizacja IPWzB) zakłada konieczność współpracy pracownika socjalnego z pracownikami innych placówek i instytucji świadczących usługi społeczne, służby zdrowia, instytucji edukacyjnych i wychowawczych, a także związkami wyznaniowymi i kościołami, organizacjami pozarządowymi, przedsiębiorstwami komercyjnymi i zakładami pracy oraz innymi organizacjami działającymi

na jego terenie. Współpraca z pracownikami innych podmiotów zaangażowanych w organizację pomocy powinna być koordynowana przez pracownika socjalnego.

Przykładowy zakres współpracy z wybranymi instytucjami, organizacjami i ich podmiotami:

- *Ośrodki Pomocy Społecznej (w przypadku pracowników socjalnych zatrudnionych w innych podmiotach):* zapewnienie schronienia, posiłku i niezbędnej odzieży, uzyskanie dokumentów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń z opieki zdrowotnej, udzielenie pomocy finansowej (stałej, okresowej i celowej), biletu kredytowanego, sprawianie pogrzebu, kierowanie do DPS, usług opiekuńczych;
- *Ośrodki Pomocy Społecznej (lub inne jednostki gminy):* przyznawanie takich świadczeń jak zasiłki rodzinne, pielęgnacyjne, świadczenie z funduszu alimentacyjnego, stypendiów szkolnych, dodatków mieszkaniowych;
- *Urzędy Miasta / Gminy / Dzielnicy:*
 - wydziały spraw obywatelskich / USC - wydawanie dokumentów (np. akty zgonu, urodzenia, ślubu i inne; uzyskiwanie danych z ewidencji ludności, pomoc w wyrobieniu dowodu osobistego),
 - wydziały mieszkalnictwa - wszelkie sprawy z uzyskaniem czy utrzymaniem mieszkania z zasobów gminy, eksmisje, zamiany;
- *Urzędy Pracy:* aktywizacja zawodowa osoby;
- *Centra Pomocy Rodzinie:* poradnictwo specjalistyczne, świadczenia pieniężne pozostające w dyspozycji PCPR; pomoc finansowa na usamodzielnienie lub na kontynuację nauki;
- *Jednostki systemu ochrony zdrowia:* sprawy dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej osób bezdomnych, działań terapeutycznych, w tym terapii uzależnień;
- *Placówki oświatowe, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne:* sprawy szkolno – wychowawcze związane z edukacją dzieci i młodzieży przebywającej w placówkach z bezdomnymi rodzicami oraz osób zagrożonych bezdomnością;
- *ZUS i KRUS:* pomoc w uzyskaniu rent i emerytur dla osób uprawnionych;
- *Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności:* pomoc w uzyskaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i uprawnień dla osób niepełnosprawnych;
- *Policja, Straż Miejska, Straż Graniczna:* zapewnienie bezpieczeństwa osobom bezdomnym w placówkach i w miejscach niemieszkalnych, szczególnie w okresie zimowym;

- *Institucje wymiaru sprawiedliwości*: zaangażowanie kuratorów sądowych, zapewnienie schronienia osobom opuszczającym zakłady karne;
- *Organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe*: uzyskanie schronienia, żywności, odzieży, leków, pomocy rzeczowej i usługowej, terapeutycznej oraz wszystkich innych działań, które nie mogą być w dostatecznym stopniu i czasie zabezpieczone przez inne podmioty;
- *Banki, instytucje finansowe i biznesowe*: przekazywanie darowizn, w tym środków finansowych oraz indywidualne wsparcie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością ubiegających się o redukcję i / lub udogodnienie spłaty zadłużenia;
- *Institucje kulturalne, organizacje sportowe i rekreacyjne*: aktywizacja społeczna np. możliwość udziału osób bezdomnych w imprezach i wydarzeniach o charakterze kulturalnym, sportowym i rekreacyjnym;
- *Ośrodki badawcze, uniwersyteckie*: wsparcie merytoryczne i szkoleniowe, dostęp do praktykantów i wolontariuszy (studentów pracy socjalnej, psychologii, pedagogiki, prawa, medycyny itd.);
- *Domy Pomocy Społecznej*: współpraca w sprawach zabezpieczenia potrzeb mieszkaniowych osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością i niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania w środowisku; a także współpraca w kwestii przygotowania osób do zamieszkania w Domu, monitorowanie sytuacji danego mieszkańca w okresie adaptacji do warunków DPS i wspieranie personelu;
- *Szpitala i inne placówki opieki medycznej, placówki opiekuńczo-wychowawcze, penitencjarne, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne, ośrodki resocjalizacyjne całodobowego pobytu*: monitorowanie sytuacji osób, które opuszczają te placówki, współpraca z personelem i interwencja w sytuacji zagrożenia bezdomnością,
- *Administratorzy zasobów mieszkaniowych (spółdzielnie mieszkaniowe, zakłady gospodarstwa nieruchomości, etc.)*: przekazywanie Ośrodkom Pomocy Społecznej informacji o najemcach / lokatorach zalegających z opłatami czynszowymi w okresie poprzedzającym podjęcie działań eksmisyjnych i umożliwiającym zapobieżenie eksmisji, a także w zakresie przekazywania lokatorom informacji o możliwości korzystania z pomocy OPS w przypadku doświadczania trudności życiowych.

3.3 Warunki pracy

Odpowiednie warunki lokalowe oraz dostęp pracownika socjalnego do niezbędnych narzędzi pracy stanowią istotne warunki efektywnej realizacji i organizacji pracy socjalnej. W tym zakresie, pracownikowi socjalnemu należy zapewnić⁴²:

- 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;
- 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);
- środki higieniczne i antyseptyczne zapobiegające negatywnym konsekwencjom zdrowotnym ekspozycji zawodowej (ochrona i dezynfekcja rąk itp.);
- wsparcie specjalistów i odpowiednich służb mundurowych;
- pomieszczenie do pracy z osobą zapewniające poczucie prywatności (także w formie pomieszczeń rotacyjnych, z których można korzystać w uzasadnionych przypadkach). W przypadku małych ośrodków zapewnienie osobnego pomieszczenia może oznaczać potrzebę odpowiedniej organizacji pracy pracowników socjalnych (np. zmianowe korzystanie z tego samego miejsca pracy)
- higienę pracy, w tym szczególnie wsparcie ze strony specjalistów (terapeuty) oraz stałą superwizję, (w formie grupowej i indywidualnej, min. 1 raz w miesiącu lub na prośbę pracownika częściej) ukierunkowanej na wsparcie emocjonalne, rozwój umiejętności, zmianę postaw.

3.4 Kwalifikacje pracowników socjalnych

Osoba wykonująca pracę socjalną na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością powinna posiadać wymagane przepisami prawa wykształcenie kierunkowe – uprawniające do wykonywania zawodu pracownika socjalnego. Ze względu na złożoność sytuacji osób bezdomnych (w tym trudności w komunikacji z osobą oraz diagnozowaniu problemów) pracownik socjalny bezpośrednio pracujący z osobami bezdomnymi powinien mieć co

⁴² Opr. m. in. na podst. Standardu Pracy Socjalnej Magdaleny Marszałkowskiej

najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pracownika socjalnego, doświadczenie w pracy w środowisku lokalnym,.

Ponadto pracownika socjalnego realizującego pracę socjalną z osobą bezdomną charakteryzować powinna:

- wrażliwość i otwartość na potrzeby innych,
- chęć niesienia pomocy,
- aktywna postawa w poszukiwaniu rozwiązań (nie powielanie działań nieskutecznych),
- umiejętności komunikacyjne służące nawiązywaniu i podtrzymaniu relacji z osobą i współpracownikami,
- skuteczna komunikacja z przedstawicielami instytucji lokalnych i władzy lokalnej, mediami,
- umiejętne stosowanie zasad i metod pracy socjalne,
- stałe rozwijanie własnych kompetencji zawodowych,
- wysokie morale, przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
- stałe aktualizowanie wiedzy dotyczącej problematyki osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, w tym także informacji na temat skali i problemów osób bezdomnych w gminie, sytuacji lokalowej w gminie procedur, wymaganej dokumentacji np. w zakresie odroczenia spłaty zaległości czynszowych, przyznania lokalu z zasobów gminnych.

3.5 Dokumentacja pracy socjalnej

Działania podejmowane przez pracownika socjalnego w trakcie realizacji pracy socjalnej wymagają pisemnej dokumentacji. W aneksie do standardu pracy specjalnej zostały zaprezentowane przykładowe i obligatoryjne wzory dokumentacji.

Ponadto, pracownik socjalny adekwatnie do skali i zakresu realizowanych działań, może wykorzystywać inne sposoby ich dokumentowania w formie np.: opisów sposobów prowadzenia działań, kwestionariuszy ankiet, list współpracowników, kart pracy osoby, danych kontaktowych, notatek służbowych z przeprowadzonych interwencji itp.

Zaangażowani specjaliści powinni odnotowywać działania na swoich kartach pracy, których kopie lub skrócone opisy powinny być załącznikiem dokumentacji osoby korzystającej z pomocy.

Aneks do standardu pracy socjalnej – wzory narzędzi pracy socjalnej

Realizując pracę socjalną pracownik socjalny obligatoryjnie powinien dokumentować etapy diagnozy (wstępnej i pogłębionej), opracowania planu pracy / Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności, realizację wykonywanej pracy oraz jej ocenę. Pracownik socjalny może wykorzystywać (i odpowiednio do potrzeb modyfikować, z wyłączeniem formularza IWPzB i oceny IPWzB) następujące rodzaje dokumentów:

Część I – „Wstępne rozpoznanie sytuacji osoby”: opis wstępnych informacji o zdiagnozowanym problemie przez osobę.

Część II – „Diagnoza położenia życiowego osoby ”: opis sytuacji osoby w poszczególnych sferach, wraz z określeniem możliwości zmian sytuacji i oczekiwanych zmian w sytuacji życiowej.

Część III – „Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności”, wykorzystywany także jako Plan pracy, który jest tworzony:

a) z daną osobą i wtedy opis działań jest planem pracy a jednocześnie ma charakter umowy współpracy pomiędzy osobą a pracownikiem socjalnym i/lub specjalistami;

b) na rzecz osoby (w przypadku niemożności podjęcia współpracy) i wtedy opis działań ma zastosowanie jako plan pracy pracownika socjalnego i/lub specjalistów.

Część IV – „Karta pracy socjalnej” stanowiąca skrócony opis podejmowanych przez pracownika socjalnego działań oraz osiągniętych rezultatów pracy socjalnej.

Część V – „Ocena Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności”: służy systematycznej ewaluacji realizowanych działań poprzez ich analizę i ocenę.

WAŻNE: Pracownik socjalny powinien obligatoryjnie wykorzystać wzór IPWzB i oceny IPWzB, a pozostałe formularze może modyfikować dostosowując je do swojego warsztatu pracy, przy czym modyfikacja nie może polegać na rezygnacji z wybranych części ale na skorygowaniu ich treści lub rozszerzeniu zakresu dokumentacji. Informacje zapisane kursywą stanowią jedynie wskazówki do wypełniania dokumentów i powinny zostać usunięte w sytuacji korzystania ze wzoru.

CZEŚĆ I

WSTĘPNE ROZPOZNANIE SYTUACJI OSOBY	
Data zgłoszenia się osoby	
1. Dane osobowe	
Imię i nazwisko	
PESEL	WIEK
Miejsce aktualnego pobytu	
Miejsce ostatniego zameldowania	
Telefon	
2. Opis sytuacji	
2.1 Ogólne informacje o osobie	
2.2 Kluczowe trudności (problemy) zgłaszane przez osobę	
2.3 Przyczyny trudnej sytuacji osoby / rodziny i ich źródła	
2.4 Rodzaj podejmowanych przez osobę / rodzinę działań w zakresie rozwiązywania zgłaszanych trudności (problemów)	
3. Potrzeby zgłaszane przez osobę, w tym rodzaj oczekiwanej pomocy	
4. Stanowisko osoby odnośnie możliwości samodzielnego zaradzenia lub rozwiązania zgłaszanych trudności	
5. Opis działań podjętych w odpowiedzi na zgłoszone potrzeby (szczególnie w ramach prowadzonej interwencji)	
..... Data i podpis pracownika socjalnego	..... Data i podpis osoby / przedstawiciela rodziny

CZĘŚĆ II

DIAGNOZA POŁOŻENIA ŻYCIOWEGO OSOBY	
Imię i nazwisko	
Data sporządzenia dokumentu	
1. Analiza sytuacji osoby bezdomnej z uwzględnieniem sfer funkcjonowania osoby	
<p>1.1 Sfera socjalno – bytowa <i>Należy uwzględnić poziom ekonomicznej niezależności danej osoby oraz zabezpieczenie w żywność, odzież, lekarstwa, środki czystości, ustalić wysokość środków finansowych, w tym zasiłków, zakres, formy i źródła otrzymywanej lub otrzymanej pomocy, w tym pomocy od organizacji pozarządowych. Należy uwzględnić sytuację prawną danej osoby – karalność w przeszłości, aktualne, wyroki skazujące i inne np. alimentacyjne, bankowe, czynszowe, itp.</i></p>	
<p>1.2 Sfera rodzinna <i>Należy ustalić czy osoba jest samotna czy ma rodzinę, można zapisać podane przez niego nazwiska i imiona członków rodziny, ich miejsce zamieszkania oraz dane kontaktowe, należy określić formę i częstotliwość kontaktu danej osoby z najbliższą rodziną lub jego brak, czy ma dzieci, prawa rodzicielskie itp. W przypadku wychowywania dzieci podać, gdzie dzieci uczęszczają do szkoły, czy występują problemy opiekuńczo – wychowawcze. Należy określić inne osoby ważne (przyjaciół, znajomych), którzy są dla osoby/ rodziny wsparcie. Należy ustalić, jaki ma stosunek do rodziny i oczekiwania- czy ma zamiar kontaktować się z rodziną, co stoi na przeszkodzie w kontaktach z bliskimi, z kim chciałby się spotykać? I dlaczego tego nie robi?, itp.</i></p>	
<p>1.3 Sfera mieszkaniowa <i>Należy uwzględnić aktualne miejsce pobytu (od kiedy?), określić warunki zamieszkania/pobytu (dach nad głową, ogrzewanie, wyposażenie, miejsce do spania itp.) Należy opisać ostatnie miejsca pobytu (od kiedy do kiedy?), ostatnie miejsce stałego zameldowania (do kiedy?), przyczyny wymeldowania lub opuszczenia dotychczasowych lokali mieszkalnych, fakt złożenia lub możliwość złożenia wniosku o lokal socjalny. W przypadku osób zagrożonych bezdomnością należy ustalić tytuł prawny do lokalu, itp.</i></p>	
<p>1.4 Sfera zdrowotna <i>Należy uwzględnić stan zdrowia fizycznego i psychicznego danej osoby (rodzaj schorzenia, przebieg leczenia, rodzaj przyjmowanych leków), stopień niepełnosprawności (na jaki okres wydane? z jakiego powodu?), czy występują ograniczenia sprawności, poziom dbałości o ogólną higienę osobistą oraz stan zdrowia i kondycję fizyczną w zależności od wieku, warunków życia i wskazań lekarskich oraz ewentualne przeciwwskazania do podjęcia aktywności zawodowej. Ponadto należy ustalić czy osoba korzystała z leczenia odwykowego, kiedy, gdzie ile razy? Jaki ma stosunek do podjęcia działań czy chce się leczyć, czy wymaga motywacji do wprowadzenia zmiany? itp.</i></p>	
<p>1.5 Sfera psychologiczna <i>Należy uwzględnić poczucie psychicznego dobrostanu danej osoby, poziom samooceny, poziom motywacji, 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 (długotrwałe) bezdomności. Należy określić problemy danej osoby wymagające wsparcia psychologicznego i terapeutycznego (np. ze względu na uzależnienie od środków psychoaktywnych, współuzależnienia, doświadczanie przemocy, choroby psychiczne), itp.</i></p>	
<p>1.6 Sfera zawodowa <i>Należy uwzględnić funkcjonowanie danej osoby w kontekście zawodowym w tym: wykształcenie, staż pracy,</i></p>	

<p><i>zainteresowania, nawyk pracy (umiejętności otrzymania i utrzymania zatrudnienia, odnalezienia się na rynku pracy), poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych, dotychczasowe doświadczenie, posiadane umiejętności i gotowości do podjęcia pracy. Czy ma motywację do podjęcia dalszego kształcenia, zdobywania kwalifikacji, podjęcia pracy? Jeśli nie to dlaczego? Czy posiada dokumenty takie jak np. świadectwa pracy (ważne w staraniach o emeryturę czy rentę), świadectwa szkoły, certyfikaty kwalifikacyjne (dla osób poszukujących zatrudnienia lub motywowanych do podjęcia kształcenia). itp.</i></p>	
<p>1.7 Sfera społeczna <i>Należy uwzględnić społeczne funkcjonowanie osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością, jak długo trwa bezdomność, jaki ma charakter (czy osoba przebywała głównie w placówkach, czy też w lokalach niemieszkalnych) Poziom zintegrowania i identyfikowania się z innymi ludźmi, poczucie przynależności do grup społecznych, przejawianie zachowań społecznie aprobowanych lub nie przejawianie takich zachowań (sposób funkcjonowania osoby w placówce), podejmowane aktywności w wymiarze społecznym i obywatelskim (udział w wyborach, członkostwo w grupach formalnych, nieformalnych, zdolność do relacji ze współmieszkańcami), umiejętności i preferowane formy spędzania wolnego czasu, zaangażowanie w działalność na rzecz placówki/ społeczności lokalnej, itp.</i></p>	
<p>2. Zasoby i możliwości osoby <i>Należy uwzględnić wszystkie zidentyfikowane zasoby własne osoby oraz możliwości mając na uwadze, że będą stanowiły podstawę tworzenia IPWzB odwołując się do analizy sytuacji danej osoby z uwzględnieniem powyższych sfer. Np.: możliwość odnowienia kontaktu z rodziną, chęć i możliwość podjęcia zatrudnienia/ chęć podniesienia kwalifikacji zawodowych, koleżeństwo, dobre stosunki ze współmieszkańcami, uczestnictwo w grupach samopomocy, posiadane umiejętności i zainteresowania itp.</i></p>	
<p>3. Ograniczenia i brak możliwości zaradzenia lub rozwiązania zgłaszanych trudności <i>Należy uwzględnić wszystkie zidentyfikowane ograniczenia mogące utrudniać realizację procesu pomocowego, a także brak możliwości zaradzenia lub rozwiązania zidentyfikowanych problemów osoby. Np. brak wsparcia rodziny, funkcjonowanie stereotypów, bariery architektoniczne placówki (niedostosowanie do potrzeb osób o ograniczonej sprawności fizycznej), długi czas oczekiwania na mieszkanie socjalne, niewystarczająca liczba mieszkań wspieranych oraz placówek dla osób starszych, chorych i zniedołężniałych, mała dostępność wynajmu lokali na wolnym rynku (wysokie ceny, brak małych mieszkań, trudności na rynku pracy (brak ofert dla osób z niskimi kwalifikacjami zawodowymi) itp.</i></p>	
<p>Data i podpis pracownika socjalnego / i specjalisty*</p>	
<p>Data i podpis osoby</p>	
<p>Załączniki do formularza diagnozy stanowią mogą: Dokumenty okazane przez osobę, która zgłosiła się o pomoc; Opinie specjalistów; Notatki z wizji lokalnej w miejscu pobytu Notatki z rozmowy z innymi członkami rodziny/przedstawicielami społeczności lokalnej *nie potrzebne skreślić</p>	

CZEŚĆ III

INDYWIDUALNY PROGRAM WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI			
Opracowany w dniu			
Zawarty na okres od .. do ..			
Miejsce zawarcia			
1. Strony programu			
Imię i nazwisko osoby			
Imię i nazwisko pracownika socjalnego			
Imię i nazwisko specjalisty/ członka rodziny / innej osoby zaangażowanej w działania pomocowe			
2. Cele programu			
	Nazwa celu wraz z opisem przewidywanych efektów	CZAS REALIZACJI	Hierarchia celów*
CEL GŁÓWNY	..... .....	..... .....
Cele szczegółowe w zakresie poszczególnych sfer:			
SFERA SOCJALNO – BYTOWA	..........	..........	.....
SFERA RODZINNA	..........	..........	.....
SFERA MIESZKANIOWA	..........	..........	.....
SFERA ZDROWOTNA	..........	..........	.....
SFERA PSYCHOLOGICZNA	..........	..........	.....
SFERA ZAWODOWA	..........	..........	.....
SFERA SPOŁECZNA	..........	..........	.....
Harmonogram działań:			
L.P	Działania Pracownika socjalnego	Działania specjalisty	Działania osoby / członków rodziny **
Cel 1	Co zostanie zrealizowane? W jaki sposób?	Co zostanie zrealizowane? W jaki sposób?	Co zostanie zrealizowane? W jaki sposób?
.....	Jakie zasoby zostaną wykorzystane?	Jakie zasoby zostaną wykorzystane?	Jakie zasoby zostaną wykorzystane?
...	W jakim okresie?	W jakim okresie?	W jakim okresie?

Cel 2	j.w.	j.w.	j.w.
Cel 3	j.w.	j.w.	j.w.
Cel 4	j.w.	j.w.	j.w.
Termin Oceny IPWB wyznaczono na:		Data, godzina, miejsce	
<p>4. Ustalenia</p> <p><i>W ramach Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności każda ze stron zobowiązuje się do: realizowania ustalonych wspólnie działań, informowania o ewentualnych trudnościach w realizacji poszczególnych zadań, przestrzegania ustalonych form współpracy i terminów spotkań, program może zostać zmieniony za zgodą stron lub na podstawie dokonanej oceny. Kolejne zmiany będą stanowiły załącznik do pierwszego programu.</i></p>			
Inne:			
Data i podpisy	Pracownika socjalnego	Specjalista /specjaliści	Osoba/ członkowie rodziny lub inna osoba zaangażowana w program
5. Ubezpieczenie zdrowotne (wypełniane tylko wtedy, gdy osoba będzie objęta ubezpieczeniem zdrowotnym)			
Okres ubezpieczenia			
Data i podpis pracownika socjalnego			
Data i podpis kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej			

* Należy określić hierarchię priorytetów – wskazać kolejność osiągania celów.

** w sytuacji wyboru planu pracy pracownika socjalnego i/ lub specjalistów w działaniach danej osoby zapisać powody, dlaczego nie współpracowała ona w zakresie realizacji IPWB

CZEŚĆ IV

(wypełnia pracownik socjalny)

Karta pracy socjalnej	
Imię i nazwisko osoby objętej pracą socjalną:	
Imię i nazwisko pracownika:	
Data	Opis zrealizowanych w danym okresie działań oraz uzyskanych rezultatów
	<i>Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.</i>

CZEŚĆ V

Ocena Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności	
Ocena numer	
Data dokonania oceny	
Osoby uczestniczące w ocenie	
OCENA REALIZACJI IPWB	
<p><i>Opis zadań wykonanych przez daną osobę i pracowników, czy wykonano w terminie, jeśli nie to dlaczego, jakie są skutki działań, czy udało się osiągnąć zamierzone cele, jakie wystąpiły przeszkody, trudności, co zmieniło się w sytuacji osoby w konsekwencji zrealizowanych działań, jaka jest sytuacja osoby obecnie – czy nadal wymaga wsparcia, jeśli tak: w jakim zakresie. Opisuując zmianę sytuacji osoby należy podać także źródło informacji (np. zaświadczenie z instytucji, opinia specjalisty lub innej osoby zaangażowanej w proces pomocowy, samoocena osoby itp.)</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO, SPECJALISTÓW I OSOBY	
<p><i>Wnioski osoby w zakresie jego osiągnięć oraz zadań, których nie udało mu się zrealizować, wnioski innych osób zaangażowanych w proces pomocowy, podsumowująca opinia pracownika o realizacji IPWB wraz z rekomendacją dalszych działań</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Na podstawie powyższych wniosków strony zadecydowały*:

W dalszym ciągu realizować Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności – bez zmian

Zakończyć Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności

Zmienić Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności i w następującym zakresie: (tu wymienić zakres zmian lub załączyć aktualny harmonogram).

**STANDARDY
MIESZKALNICTWA
I POMOCY DORAŻNEJ**

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

WPROWADZENIE

Modele wdrażania wsparcia w obszarze mieszkalnictwa, zakwaterowania i pomocy doraźnej

Działanie różnych typów placówek i mieszkalnictwa wspieranego dla osób bezdomnych mających na celu zapewnienie zakwaterowania, schronienia, interwencyjnego pobytu i udzielania pomocy doraźnej jest integralnym elementem systemu pomocy osobom bezdomnym. Aby system poprawnie działał należy na wstępie przeprowadzić diagnozę występowania tego zjawiska w gminie. W standardzie zaproponowano trzy możliwe do wykorzystania modele, które przedstawiają możliwość łączenia usług w zakresie schronienia, zakwaterowania i zapewniania mieszkań osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością. Na terenie jednej gminy istnieje możliwość korzystania zarówno z modelu mieszkaniowego, palety, jak i drabinkowego. W Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności proponuje się, jako rozwiązanie optymalne, tworzenie lokalnego systemu rozwiązywania problemu bezdomności opartego na modelu palety ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju modelu mieszkaniowego.

MODEL PALETY - indywidualne podejście do problemu bezdomności

Model palety jest jednym z możliwych rozwiązań w zakresie tworzenia i wdrażania systemu pomocy osobom bezdomnym. W odróżnieniu od najbardziej powszechnego w Polsce modelu drabinkowego na organizatorze systemu pomocy nie ciąży konieczność powoływania wszystkich rodzajów placówek (ogrzewalnia, noclegownia, schronisko, mieszkania wspierane), co jest szczególnie trudne w przypadku małej skali problemu (małe gminy).

W ofercie skierowanej do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością powinny być dostępne takie usługi, które są niezbędne dla skutecznego rozwiązywania problemu bezdomności w danej gminie. Mowa tutaj o usługach, które są zadaniem obowiązkowym gminy, a więc przede wszystkim tych z zakresu mieszkalnictwa i pomocy doraźnej. Inne niezbędne w procesie pomagania usługi specjalistyczne mogą być organizowane w ramach ogólnie dostępnych usług społecznych. Ponieważ jednak odnoszą się one do obszarów opisanych w innych standardach nie będą przedmiotem rozważania w tym miejscu. Oczywiście organizowanie tego rodzaju systemu musi być poprzedzone przygotowaniem stosownej diagnozy dotyczącej problemu bezdomności na danym terenie, która pozwoli na przygotowanie adekwatnej oferty zapewnienia schronienia dopasowanej do lokalnej

specyfikacji, powołując placówki i mieszkania wspierane o profilu odpowiadającym na lokalne problemy.

Model palety może z jednej strony w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb lokalnych wdrażać model schodkowy z drugiej strony rozwiązania mieszkaniowe np. programy “najpierw mieszkanie”. W modelu palety zakłada się, że osoby doświadczające bezdomności oraz bezdomnością zagrożone mogą w zależności od swoich potrzeb zgłosić się bezpośrednio po pomoc w zakresie, jakiego potrzebują. Klient jest w tym wypadku podmiotem procesu pomagania i to indywidualnie dla niego są wybierane usługi z obszaru mieszkalnictwa i pomocy doraźnej z palety usług dostępnych na danym terenie (w gminie). Dowolne jest łączenie ze sobą usług zapewniających schronienie z usługami zapewniającymi wsparcie w innych obszarach (opisane w pozostałych standardach). Na wybór odpowiedniej placówki duży wpływ ma sama osoba bezdomna a pobyt w niej jest ograniczony z jednej strony regulaminem placówki, z drugiej możliwościami klienta. Należy również podkreślić, że w każdym przypadku stawiane są wymagania wobec osób (różne zależnie od profilu placówki), które chcą skorzystać z pomocy. Dotyczy to między innymi motywacji i aktywności na rzecz zmiany swojej sytuacji życiowej. Nie oznacza to jednak spełnienia wymagań formalnych, szczególnie w przypadku pomocy interwencyjnej (np. okazania dokumentu o ukończonej terapii) a jedynie stosownej deklaracji popartej w kolejnych etapach podejmowanymi działaniami czy po prostu dostosowania się do określonych zasad. W placówce niskoprogowej np. może przebywać osoba pod wpływem alkoholu i/lub środków psychoaktywnych, ale będąc już w placówce musi zachować abstynencję. W modelu tym wyraźnie podkreśla się wagę zróżnicowania pomocy ze względu na indywidualne potrzeby osób. Plan pomocy ustalany jest w oparciu o paletę dostępnych usług, wybierając dowolnie te usługi, które dają największe szanse na poprawę sytuacji osoby bezdomnej. Przykładowa paleta usług zapewniających schronienie i pomoc doraźną zaprezentowana została na poniższej grafice.



Przykładem zastosowania modelu palety może być gmina, w której diagnoza pokazała brak jakichkolwiek zasobów w postaci placówek dla osób bezdomnych (wszystkie osoby bezdomne umieszczone dotychczas w placówkach z terenu gmin ościennych). Specyfika bezdomności natomiast ukazuje osoby bezdomne, w 25% jako osoby o niskiej aktywności, niechętnie współpracujące z instytucjami pomocowymi i niepodejmujące aktywności na rzecz zmiany swojej sytuacji. Pozostałe 75% osób bezdomnych w mniejszym lub większym stopniu podejmuje różnego rodzaju działania tym samym ich szanse na wyjście z bezdomności określane są, jako średnie i duże. W tym wypadku gmina może zorganizować placówkę interwencyjną i ogrzewalnię dla pierwszej grupy odbiorców doraźnie korzystających z tego rodzaju usługi. W przypadku pozostałej grupy obowiązek zapewnienia schronienia mógłby być realizowany w mieszkaniach wspieranych zarówno zespolonych, jak i rozproszonych. Osoby te zostają objęte stosownym wsparciem pracownika socjalnego, asystenta a w razie konieczności także innych specjalistów. Pobyt w mieszkaniu w przeciwieństwie do założeń modelu drabinkowego nie musi być z jednej strony, poprzedzony pracą na poziomie noclegowni i schroniska, a z drugiej, przedsięwzięciem do samodzielnego mieszkania. W tym wypadku pobyt w mieszkaniu może zastępować wszystkie te etapy jednocześnie.

MODEL DRABINKOWY

W krajach europejskich model ten bardzo często nazywany jest staircase of transition – model schodkowy, drabinkowy. Zakłada on proces przejścia pewnej drogi przez osobę bezdomną, która zwieńczona zostaje stałym mieszkaniem i pełną samodzielnością. Szerzej ujmując można powiedzieć, że metoda ma charakter równomierny i ciągły, rozciągnięty w czasie (niniejsze podejście nazywane jest także linearnym). Żeby 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 musi przejść i skutecznie zakończyć terapię odwykową (narkotyki, alkohol) i mieć dłuższy okres trzeźwości (dotyczy to osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych). W metodzie tej w pierwszym rzędzie rozwiązywane są problemy powiązane z szeroko rozumianym wykluczeniem społecznym (zdrowotne, psychiczne, społeczne, zawodowe czy socjalne), w ostatniej kolejności zaś problemy mieszkaniowe. To, co charakterystyczne dla modelu drabinkowy jest pewnego rodzaju procesem (re)integracji osoby bezdomnej, który zakłada zinstytucjonalizowane wsparcie w postaci szeregu różnorodnych instytucji (szczeble drabiny). Instytucje te w postaci różnorodnych placówek dopasowywane są do bieżących potrzeb i problemów osoby bezdomnej, a także do poziomu współpracy, woli i motywacji wyjścia z bezdomności. W założeniach model ten ma wspierać i nagradzać starania osób bezdomnych ukierunkowane na wyjście z bezdomności (wspieranie się po szczeblach), a także motywować osoby z różnorodnymi problemami, np. uzależnieniami do ich rozwiązywania.

Wskazówki:

Gminy niedysponujące placówkami / usługami na wszystkich szczeblach zapewnienia schronienia osobom bezdomnym lub zagrożonym bezdomnością mogą zastosować następujące rozwiązania:

- współpraca pomiędzy kilkoma gminami – gminy znajdujące się w bliskiej odległości od siebie mogą budować system współpracy między sobą w oparciu o metodę drabinkową polegający na tworzeniu wybranych usług w poszczególnych gminach np. w jednej z nich powstaje noclegownia, w innej schronisko, a w kolejnej schronisko profilowane bądź inna usługa. Osoby potrzebujące pomocy korzystają z usług najpierw w jednej, a następnie w kolejnej placówce usytuowanej w innej gminie;

- gminy, które mają niewystarczające środki lub nie ma potrzeby, aby tworzyć na ich terenie wszystkie placówki ze standardu mieszkalnictwa, system drabinkowy mogą oprzeć na usługach, które są dostępne w danej gminie np. noclegownia – schronisko – usamodzielnienie lub schronisko – mieszkania wspierane - usamodzielnienie.

MODEL MIESZKANIOWY

Jednym z modeli tworzenia systemu rozwiązywania problemu bezdomności jest model mieszkaniowy (housing led) wspierany i promowany obecnie przez Komisję Europejską i organizacje europejskie zajmujące się bezdomnością, w tym FEANTSA (Europejska Federacja Krajowych Organizacji Pracujących z Ludźmi Bezdomnymi). Model mieszkaniowy w zamyśle zmierzający do zlikwidowania bezdomności (ending homelessness), polega na priorytetowym potraktowaniu i oparciu systemu rozwiązywania problemu bezdomności na mieszkaniach i szerokim wsparciu świadczonym w mieszkaniach. W podejściu tym proponuje się odchodzenie od wsparcia instytucjonalnego w placówkach tj. noclegownie i schroniska, na rzecz wsparcia w środowisku czyli w mieszkaniach. Model mieszkaniowy silnie powiązany jest z pojęciem deinstytucjonalizacji, które zakłada, że skuteczniej i efektywniej wsparcie może być świadczone w lokalnej społeczności niż w wyspecjalizowanych instytucjach, w których często mamy do czynienia z procesem instytucjonalizacji. Deinstytucjonalizacja dotyczy nie tylko problematyki bezdomności, ale i innych problemów społecznych tj. opieka nad dziećmi, wsparcie osób starszych, niepełnosprawnych, zaburzonych psychicznie. Model mieszkaniowy powstał w opozycji do modelu drabinkowego, który zakłada że ostatnim celem procesu reintegracji jest stabilne mieszkanie a ludzie bezdomni szczególnie z kompleksowymi potrzebami wsparcia powinni przechodzić przez różne etapy tymczasowego zakwaterowania (noclegownia, schronisko) zanim będą „gotowi mieszkaniowo” do zamieszkania we własnym domu.

Termin „Housing Led” i zagadnienie przewodniej roli mieszkalnictwa w rozwiązywaniu problemu bezdomności w szerszym kontekście pojawiło się po raz pierwszy podczas Europejskiej Konferencji Konsensusu poświęconej bezdomności w 2010 roku w Brukseli. Jury konferencji po jej realizacji konferencji, ogłaszając konsensus europejskie w tym zakresie, na kluczowe pytanie nr.3 „Czy polityka oparta na mieszkalnictwie jest podejściem najbardziej efektywnym i skutecznym w zapobieganiu i zwalczaniu bezdomności” odpowiedziało „Jury wzywa do przejścia i zmiany korzystania ze schronisk i zakwaterowania przejściowego jako dominującego rozwiązania problemu bezdomności na

rzecz podejścia opartego o mieszkalnictwo. Oznacza to zwiększenie dostępu do stałego zamieszkania i zwiększenie zdolności zarówno do zapobiegania bezdomności i zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobom w ich domach, zgodnie z ich potrzebami.”

W dniu 14 września 2011 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję wzywającą do stworzenia europejskiej strategii zwalczania bezdomności w UE. Jednym z najważniejszych postulatów jest „położenie szczególnego nacisku na rozwiązania oparte na mieszkalnictwie, traktowanych jako społeczna innowacja w ramach Europejskiej Platformy przeciw Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu, w celu wzmocnienia opartej na dowodach efektywnej kombinacji mieszkań i wsparcia osób bezdomnych”.

W lutym 2013 roku Komisja Europejska wezwała państwa członkowskie do wyznaczenia priorytetów w zakresie inwestycji społecznych oraz do zmodernizowania swoich systemów pomocy społecznej. W tym celu Komisja Europejska opracowała Social Investment Package – Pakiet Inwestycji Społecznych, zawierający między innymi dokument roboczy służb Komisji UE dotyczący przeciwdziałania problemowi bezdomności, w którym wyjaśnia się sytuację bezdomności w Unii Europejskiej i możliwe strategie rozwiązań. Dokument rekomenduje dokładne działania do podjęcia na poziomie krajowym, aby skutecznie rozwiązywać problem bezdomności z wykorzystaniem dostępnych środków europejskich. Jedną z rekomendacji jest zwalczanie bezdomności poprzez rozwiązania oparte na mieszkalnictwie.

„Termin „housing led” obejmuje budowanie polityki rozwiązywania problemu bezdomności, opartej przede wszystkim na:

- dostępie do stałych mieszkań w możliwie jak najszybszym czasie dla osób bezdomnych;
- ukierunkowaniu na prewencję w przypadku osób zagrożonych bezdomnością
- zapewnieniu usług wspierających zorientowanych na potrzeby osób dawniej bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością. Takie wsparcie obejmuje utrzymanie najmu, integrację społeczną, zatrudnienie, zdrowie i zapewnienie odpowiedniego zachowywania się w mieszkaniu, zamiast ponownego zamieszkania. Wsparcie jest zapewniane w środowisku a nie w otoczeniu instytucjonalnym.

Polityka oparta na mieszkalnictwie dąży do normalizacji warunków życia osób bezdomnych i szybkiego oraz trwałego zakończenia sytuacji bezdomności. Stanowi to znaczące odejście od

modelu „drabinkowego” odpowiadającego na problem bezdomności, który jest dominującym podejściem w kontekście większości UE.”

Model mieszkaniowy to wszystkie działania podejmowane na rzecz osób bezdomnych, które kończą ich bezdomność poprzez otrzymanie mieszkania i zapewnienie w nim wsparcia. Kluczowym w tym podejściu jest natychmiastowe zapewnienie osobie bezdomnej właściwego zakwaterowania, wraz z potrzebnym wsparciem oraz z zagwarantowaną możliwością przedłużania okresu najmu. Housing Led to wsparcie i profilaktyka bezdomności, przed i po wynajęciu mieszkania. Podstawowym celem jest takie wsparcie jednostek i rodzin, by przeprowadziły się z lokali interwencyjnych do własnych bądź, wynajmowanych mieszkań i zapewnienie im pomocy w ich utrzymaniu. Skupiać się tu należy na efektywnej interwencji tam, gdzie występuje bezdomność, oraz tam, gdzie ryzyko jej wystąpienia jest duże w najbliższej przyszłości.

Model mieszkaniowy innowacyjnie walczy z ubóstwem i społecznym wykluczeniem. Zapewnia on stałe, nieprzekraczające możliwości finansowych jednostek rozwiązania mieszkaniowe, jako odpowiedź na bezdomność. Osiągnięciem tego modelu jest wspieranie ludzi w długotrwałym zamieszkiwaniu w tym samym miejscu, co pozwala na włączenie ich do społeczeństwa.

Jednym z głównych przykładów modelu mieszkaniowego jest metoda Najpierw Mieszkanie (Housing First), która zakłada zapewnienie stałego mieszkania i szerokiego wsparcia osobom długotrwale bezdomnym z zaburzeniami psychicznymi bez konieczności zachowania trzeźwości czy uczestnictwa w terapii. Innym przykładem szerszego zastosowania modelu mieszkaniowego jest podejście „natychmiastowe ponowne zamieszkanie” (Rapid Re-housing), zakłada ono także zapewnienie stałego mieszkania wszystkim grupom osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Wsparcie jednak w tej metodzie świadczone jest krócej i nie tak kompleksowo i wszechstronnie jak w metodzie najpierw mieszkanie.

METODA NAJPIERW MIESZKANIE

Metoda Najpierw Mieszkanie, jest relatywnie nową i innowacyjną propozycją w systemie usług społecznych świadczonych ludziom bezdomnym. Stanowi alternatywę wobec obecnego systemu różnego rodzaju instytucji/placówek tymczasowych oraz dotychczas stosowanych metod. Polega na tym, że zamiast przechodzenia osoby bezdomnej przez różnego rodzaju „etapy/poziomy” zakwaterowania w systemie

drabinkowym/schodkowym/hierarchizacji, który przybliży do stałego i niezależnego mieszkania, osobę bezdomną lub rodzinę natychmiast umieszcza się bezpośrednio w ich własnym mieszkaniu. Metoda Najpierw Mieszkanie jest podejściem zorientowanym na rozwiązanie problemu bezdomności skupionym na natychmiastowym dostarczeniu ludziom bezdomnym mieszkania i zagwarantowania w nim wsparcia w postaci różnych usług, z których klienci mogą, ale nie muszą skorzystać.

Podejście Najpierw Mieszkanie oparte jest na koncepcji zakładającej, że w przypadku osób lub rodzin bezdomnych, pierwszą i najważniejszą potrzebą jest uzyskanie własnego, stabilnego mieszkania, a inne problemy mogą być rozwiązywane już po jego uzyskaniu. Czyli w pierwszym rzędzie rozwiązuje się problem bezdomności, a następnie problem wykluczenia społecznego.

Wśród najważniejszych założeń metody Najpierw Mieszkanie należy wymienić:

Brak wymagań gotowości mieszkaniowej

Metoda kierowana jest do ludzi chronicznie doświadczających bezdomności. Mogą to być jednocześnie osoby zaburzone psychicznie i uzależnione od substancji psychoaktywnych. Nie ma wymogu, aby uczestnicy programów Najpierw Mieszkanie byli „gotowi mieszkaniowo”, tzn. rokowali na utrzymanie mieszkania. Rozwiązanie kierowane jest z definicji do najbardziej wykluczonej i zagrożonej grupy osób bezdomnych, generujących najwyższe koszty ekonomiczne dla systemu polityki społecznej.

Możliwość wyboru

Kluczowym elementem programu jest zapewnienie usług w oparciu o filozofię kierowania przez klienta. Założeniem jest położenie szczególnego nacisku na możliwość wyboru, jako centralnego elementu metody Najpierw Mieszkanie. Uczestnicy mogą wybrać rodzaj, częstotliwość i sekwencję wsparcia. Samodzielnie mogą wybrać dzielnicę i sąsiedztwo, meble i inne przedmioty gospodarstwa domowego.

Redukcja szkód

Program zapewnia natychmiastowy dostęp do stałego mieszkania ludziom bezdomnym przebywającym na ulicy lub z placówek interwencyjnego zakwaterowania, bez obowiązku uczestnictwa w terapii lub utrzymywania trzeźwości. Skupia się na redukowaniu szkód (harm reduction). Ograniczenie ma na celu zmniejszenie ryzyka i szkodliwych skutków związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zachowań ryzykownych dla jednostki, społeczności i społeczeństwa, jako całości, bez konieczności abstynencji. W metodzie, oznacza to, że absolutna trzeźwość nie jest wymagana. Uczestnicy programu są zachęceni do

podjęcia leczenia chorób czy zaburzeń psychicznych, terapii alkoholowej lub narkotykowej, nie jest to jednak warunkiem koniecznym do otrzymania mieszkania oraz wsparcia.

Zindywidualizowane usługi wsparcia

W mieszkaniu udzielane jest szerokie wsparcie specjalistów m.in. pracownika socjalnego, specjalistów terapii uzależnień, pielęgniarki, lekarza, psychiatry, specjalistów ds. zatrudnienia. Wsparcie dostępne jest 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu. Korzystanie z usług jest dobrowolne, choć uczestnicy programu są do tego zachęceni. Jedynym warunkiem uczestnictwa w programie jest przyjęcie pracownika socjalnego lub innego specjalisty raz w tygodniu. W ramach usług świadczona jest m.in. pomoc w gospodarowaniu budżetem aby, czynsz i inne rachunki były opłacane w zależności od złożoności potrzeb klienta wsparcie realizowane jest przez dedykowaną grupę wewnętrznych specjalistów lub zespół złożony z indywidualnych wspierających pracowników współpracujących ze specjalistami zewnętrznymi i ogólnie dostępnymi w środowisku. Kluczem filozofii mieszkanie najpierw jest to, że ludzie mają dostęp do usług pomocowych, których potrzebują, jeżeli zechcą.

Integracja społeczna

Mieszkania zapewnione w programie są rozproszone i indywidualne. Odpowiednie rozproszenie mieszkań a także indywidualny ich charakter podyktowany jest wyborem klientów, a także by zapewnić, że ludzie chorzy psychicznie i uzależnieni integrują się ze społecznością. Uczestnicy programów powinni zamieszkiwać w nie więcej niż 15% lokali w danym budynku.

Mieszkania mogą pochodzić zarówno z zasobów gminnych jak i od najemców prywatnych. Uczestnicy płacą 30% swoich dochodów na wynajem i utrzymanie mieszkania, resztę opłaca program.

Mieszkania są zapewnione na podstawie standardowej umowy wynajmu bez określonego limitu czasu najmu, usługi społeczne świadczone są tak długo jak jest to potrzebne. Mieszkanie i usługi społeczne świadczone są oddzielnie, tak by w przypadku utraty mieszkania z powodu naruszenia warunków najmu, wsparcie było dalej świadczone.

Podsumowując jest to metoda oparta na przekonaniu, że mieszkanie jest bardziej podstawowym prawem ludzkim niż czymś, na co ludzie bezdomni zaburzeni psychicznie i uzależnieni muszą zapracować albo udowodnić, że zasługują poprzez uczestnictwo w leczeniu. Oparty jest także na wierze, że ludzie, którzy doświadczają bezdomności i posiadają problemy psychiatryczne są w stanie definiować własne cele życiowe. Fundamentalną zasadą

jest to, że klienci powinni mieć wybór w zakresie mieszkania i usług, które otrzymują, z kolei usługi powinny być nastawione na wsparcie zdrowienia i integrację społeczną.

METODA WSPÓLNOTOWA

Metoda wspólnotowa jest skierowana do osób, rodzin bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Metoda może być realizowana na poziomie schronisk, schronisk profilowanych i mieszkań wspieranych zespolonych. Główne założenia pracy opierają się na nauce samopomocowym zakładając jednocześnie dużą autonomiczność, niezależność i samowystarczalność placówek często rozszerzających swoje struktury o podmioty ekonomii społecznej.

Metoda zakłada pracę nad rozwojem duchowym, moralnym, społecznym i zawodowym osób korzystających z tego rodzaju wsparcia w oparciu o ideę pomocy wzajemnej oraz życia w społeczności i pełnienia w niej ról określonych przez grupę.

Osoby korzystające z usług placówek prowadzonych w tym nurcie uczestniczą w tworzeniu, budowaniu i realizacji wspólnych celów poprzez zgodę na pełnienie określonych ról i funkcji w społeczności placówki, dążenia do wyznaczonych celów, realizacji zadań, dbania o wspólne dobro, kierowanie się określonymi wartościami i zasadami takimi jak: praca na rzecz wspólnoty (społeczności), solidaryzm i pomoc innym w potrzebie, utrzymanie trzeźwości, współpraca z lokalną społecznością, edukacja.

Metoda wspólnotowa w zależności od rodzaju proponowanej formy usługi (schronisko, schronisko profilowane czy mieszkanie wspierane zespolone) zakłada dla osób korzystających z tego rodzaju wsparcia pobyt tymczasowy lub długoterminowy dostosowany do potrzeb, możliwości i umiejętności osób potrzebujących pomocy. Oferuje także swoim podopiecznym możliwość skorzystania z szeregu usług w zakresie:

- pracy socjalnej dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu pracy socjalnej);
- dostępu do 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 samo zatrudnienie (szczegółowe informacje w materiale dotyczącym standardu edukacji i zatrudnienia).

Placówki pracujące metodą wspólnotową mogą zatrudniać osoby wykwalifikowane do pracy z osobami bezdomnymi. Wskazane jest, aby pracownicy merytoryczni tworzyli z podopiecznymi jedną społeczność, aby skutecznie realizować założony program. Kadra zależna jest od charakteru placówki oraz potrzeb jej mieszkańców.

Zakładanymi rezultatami udziału w programach realizowanych metodą wspólnotową jest przygotowanie osób z nich korzystających do wzięcia odpowiedzialności za siebie, swoje życie oraz grupę (społeczność), w której funkcjonują lub będą w przyszłości funkcjonować. Placówki prowadzone metodą wspólnotową mogą funkcjonować zarówno w modelu drabinkowym, jak i palety.

MISJA

Mieszkalnictwo i pomoc doraźna to obszar usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zapobiegających, zmniejszających skutki a także umożliwiających wyjście z bezdomności, zapewniających schronienie, zakwaterowanie i zamieszkanie w systemie instytucjonalnym lub pozainstytucjonalnym a także pozwalających na zaspokojenie potrzeb bytowych z pełnym poszanowaniem godności i możliwości samostanowienia.

CELE

Cel główny:

Zwiększenie poziomu zabezpieczenia przed bezdomnością osób zagrożonych oraz ochrony zdrowia i życia, zabezpieczenia podstawowych potrzeb a także możliwości i szans na uzyskanie samodzielności życiowej osób doświadczających bezdomności.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele w obszarze mieszkalnictwa i pomocy doraźnej z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby, a bezpośrednio na system polityki społecznej.

- Wzmocnienie i zwiększenie powszechności wykorzystywania instrumentów prewencji bezdomności.
- Wzrost dostępności, jakości a także skrócenie czasu, w którym konieczna byłaby realizacja usług interwencyjnych, w tym usług niskoprogowych.

- Zwiększenie znaczenia i skali wsparcia w mieszkaniach wspieranych realizowanego w środowisku oraz zwiększenie integracyjnej roli i funkcji placówek dla osób bezdomnych.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele w obszarze mieszkalnictwa i pomoc doraźna z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób.

- Zwiększenie szans uzyskania bezpieczeństwa i stabilności mieszkaniowej osób zagrożonych bezdomnością.
- Zmniejszenie wykluczenia społecznego, dalszej marginalizacji i izolacji osób bezdomnych.
- Zmniejszenie deficytów i zwiększenie poziomu integracji społecznej osób bezdomnych.

Usługi z obszaru mieszkalnictwa i pomocy doraźnej opasowano w standardzie wymaganym i rekomendowanym.

Standard wymagany to zestaw warunków niezbędnych do prawidłowego wdrożenia i realizacji usługi; zakłada się, że będzie on określony przepisami prawa.

Standard rekomendowany to zestaw warunków, prowadzących do osiągnięcia najlepszych możliwych efektów wdrożenia i realizacji usługi. W krótkim wymiarze czasowym najprawdopodobniej koszty realizacji mogą być wyższe, ale w dłuższej perspektywie powinny przynieść oszczędności. Jest formą dobrowolną.

Standardy mieszkalnictwa przedstawiają wymogi dotyczące poszczególnych usług. Przy ich wdrażaniu zaplanowany będzie **okres przejściowy** na dostosowanie istniejących rozwiązań do wymaganych i rekomendowanych.

W istniejących placówkach, w których jest to możliwe należy dostosować infrastrukturę budowlaną do potrzeb osób niepełnosprawnych, zaś nowe obiekty muszą być budowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W standardach jest mowa o wymogach w zakresie bezpieczeństwa – rozumie się przez to wymagania dotyczące obiektów budowlanych w zakresach wymienionych w art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. a-d ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2010 r. Nr 242, poz. 1623, z późn. zm.);

1. OGRZEWAŁNIA

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
1.1. Definicja usługi Ogrzewalnia – placówka dla osób bezdomnych zapewniająca pomoc w postaci interwencyjnego miejsca w warunkach zapobiegających wychłodzeniu organizmu i zapewniających bezpieczeństwo.	
1.2. Cel usługi 1.2.1. Cel główny Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub pozostających bez dachu nad głową. 1.2.2. Cele szczegółowe: <ul style="list-style-type: none">– Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych interwencyjnym pobytem i informacją.– Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych.– Zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.	
1.3. Zakres usługi 1.3.1. Odbiorca usługi Osoby bezdomne (bez dachu nad głową) na co dzień żyjące w przestrzeni publicznej, miejscach niemieszkalnych, oraz pozbawione miejsca w innej placówce dla osób bezdomnych, wymagające pomocy (interwencyjnie, doraźnie) w zakresie zapewnienia schronienia oraz ochrony zdrowia i życia, szczególnie w sytuacji obniżonej temperatury powietrza. Osoby powinny być zdolne do samoobsługi, a ich stan nie może zagrażać im samym oraz pozostałym osobom przebywającym w placówce. Konieczność przyjmowania osób pod wpływem alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych w sytuacji spełnienia powyższych warunków. Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 1, 2, 11	
1.3.2. Krótki opis usługi Ogrzewalnia jest placówką zapewniającą doraźnie możliwość ogrzania się osobom tego pozbawionym w porze wieczorowo – nocnej, szczególnie w okresie jesienno – zimowym (możliwe jest również całoroczne funkcjonowanie placówki). Ponadto placówka zapewnia kompleksową informację na temat dostępnych form pomocy dla osób bezdomnych oraz ściśle	

współpracuje z instytucjami działającymi na rzecz osób bezdomnych, w szczególności z OPS-ami.

Uwaga: Ogrzewalnia nie może być formą ustawowego obowiązku zapewnienia schronienia przez gminę ostatniego miejsca zameldowania.

1.3.3. Usytuowanie placówki

Ogrzewalnia powinna znajdować się w miejscu dobrze skomunikowanym

Ogrzewalnia powinna znajdować się w centrum miasta, miejscu dobrze skomunikowanym, do którego dostęp możliwy jest przez całą dobę (komunikacja nocna, itp.)

1.4. Organizacja usługi

1.4.1. Procedury i sposoby postępowania

- brak konieczności posiadania skierowania (z OPS czy innych instytucji);
- przeprowadzenie wywiadu i oględzin osoby bezdomnej pod kątem ewentualnych zagrożeń związanych z przyjęciem do placówki (nietrzeźwość, choroby zakaźne, urazy zagrażające zdrowiu i życiu, itp.);
- zapoznanie się z treścią regulaminu oraz pisemne zobowiązanie do jego przestrzegania (w uzasadnionych przypadkach możliwość odstąpienia od pisemnego zobowiązania);
- przyjęcie do placówki (wpis do rejestru);
- działanie na rzecz poprawy aktualnego stanu osoby (w zależności od sytuacji: konsultacja lekarska, kąpiel, odwyszawianie, wymiana odzieży, podanie ciepłego napoju lub posiłku, itp.);
- przekazanie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych.

1.4.2. Dokumentacja

- regulamin placówki;
- rejestr klientów;
- dziennik raportów.

1.4.3. Superwizja

Kadra ogrzewalni powinna być objęta systematyczną superwizją realizowaną przez zewnętrznego specjalistę.

<p>1.5. Zasoby</p> <p>1.5.1. Realizator usługi</p> <p>Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.</p>	
<p>1.5.2. Personalne</p>	
<p>Koordinator/kierownik: osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki (realizację usługi); wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem</p>	<p>Koordinator/kierownik: osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki (realizację usługi); wykształcenie wyższe</p>
<p>Opiekun: Wykształcenie średnie poparte odpowiednimi szkoleniami* lub doświadczeniem, predyspozycje do pracy z osobami bezdomnymi. Obowiązkowy kurs pierwszej pomocy przedmedycznej. Liczba opiekunów zatrudnionych w placówce musi być dostosowana do sposobu funkcjonowania ogrzewalni, także w okresie urlopowym (opiekun zawsze w godzinach funkcjonowania placówki). Dopuszcza się pełnienie dyżurów przez jednego opiekuna na 40 osób bezdomnych</p> <p>*minimum 16 godzin szkoleniowych w tematyce: definicja bezdomności, przyczyny bezdomności, oferta pomocowa w gminie, uzależnienie od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych, zajęcia praktyczne w placówce dla bezdomnych</p>	<p>Opiekun: Rekomendowane wykształcenie wyższe kierunkowe; Zakłada się pełnienie dyżurów przez jednego opiekuna na 30 osób bezdomnych;</p>

1.5.3. Materialne

Maksymalnie 50 osób w placówce (25 w jednym pomieszczeniu). Każda osoba przebywająca w ogrzewalni ma zapewnione miejsce siedzące (krzesło o łatwo zmywalnej powierzchni). Minimum 2 m² powierzchni dla 1 osoby. Toaleta: minimum 1 urządzenie natryskowe (umożliwiające odswadzianie) dla 30 osób, 1 miskę ustępową dla 25 osób, 1 umywalkę dla 25 osób; w przypadku placówek koedukacyjnych konieczne rozwiązanie zapewniające intymność i poszanowanie godności osoby; stały dostęp do bieżącej ciepłej i zimnej wody (przynajmniej) w określonych godzinach. Biuro opiekuna (dyżurka) z telefonem oraz apteczką, wyposażone w miejsce do przechowywania dokumentacji. Miejsce do przechowywania odzieży niezbędnej dla skutecznego odswadziania osób. Temperatura minimalna 18 stopni Celsjusza dla wszystkich pomieszczeń, w których przebywają osoby. Obiekt spełnia wymogi w zakresie bezpieczeństwa.

Toaleta: minimum 1 urządzenie natryskowe (umożliwiające odswadzianie) dla 20 osób, 1 miskę ustępową dla 15 osób, 1 umywalkę dla 15 osób; w przypadku placówek koedukacyjnych konieczne rozwiązanie zapewniające intymność i poszanowanie godności osoby; stały dostęp do bieżącej ciepłej wody
Biuro opiekuna (dyżurka) z telefonem oraz apteczką, wyposażone w miejsce do przechowywania dokumentacji. Zalecane osobne wyjście w celu umożliwienia ewentualnej ewakuacji opiekuna
Magazyn odzieżowy zapewniający odpowiednią odzież dla osób korzystających z ogrzewalni

1.5.4. Instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);
- urzędy pracy;
- organizacje pozarządowe;
- Kościoły i związki wyznaniowe;
- służby mundurowe, straż miejska;

- podmioty ochrony zdrowia;
- inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

2. NOCLEGOWNIA

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>2.1. Definicja usługi</p> <p>Noclegownia – placówka dla osób bezdomnych zapewniająca tymczasową pomoc w postaci schronienia (miejsca noclegowego) oraz pakietu usług ukierunkowanych na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności, uzyskanie samodzielności życiowej.</p>	
<p>2.2. Cel usługi</p> <p>2.2.1. Cel główny:</p> <p>Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub pozostających bez schronienia.</p> <p>2.2.2. Cele szczegółowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych noclegiem i wsparciem. – Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych. – Poprawa jakości życia oraz wzbudzenie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych. 	
<p>2.3. Zakres usługi</p> <p>2.3.1. Odbiorca usługi</p>	
<p>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. Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 1, 2, 8, 11.</p>	<p>Zaleca się umożliwienie pobytu także osobom pod wpływem alkoholu i/lub innych środków psychoaktywnych (szczególnie w okresie jesienno – zimowym). Pobyt w noclegowni nie powinien być warunkowany posiadaniem skierowania.</p>
<p>2.3.2. Krótki opis usługi</p> <p>Noclegownia zapewnia tymczasowe schronienie w postaci noclegu oraz możliwość spożycia 1 gorącego posiłku. Noclegownia jest otwarta w godzinach wieczorowo – nocnych a w szczególnych wypadkach czas jej funkcjonowania może zostać wydłużony (np. w okresie znacznie obniżonych temperatur). Noclegownia zapewnia kompleksową informację na temat dostępnych form pomocy dla osób bezdomnych oraz ściśle współpracuje z instytucjami</p>	

działającymi na rzecz osób bezdomnych, w szczególności z OPS-ami. Ponadto w placówce realizowana jest praca socjalna nakierowana na rozwiązanie podstawowych potrzeb związanych z uregulowaniem sytuacji osobistej osoby bezdomnej.

Uwaga: W przypadku, gdy na terenie gminy, nie ma innej placówki interwencyjnej wskazane jest wprowadzanie rozwiązań niskoprogowych związanych z przyjmowaniem także osób pod wpływem alkoholu i/lub środków psychoaktywnych.

2.3.3. Usytuowanie placówki

Noclegownia powinna znajdować się w miejscu dobrze skomunikowanym.

Noclegownia powinna znajdować się w centrum miasta, miejscu dobrze skomunikowanym, do którego dostęp możliwy jest przez całą dobę (komunikacja nocna, itp.).

2.4. Organizacja usługi

2.4.1. Procedury i sposoby postępowania

- decyzja o przyjęciu do noclegowni powinna być podejmowana bezpośrednio w placówce;
- przeprowadzenie wywiadu i oględzin osoby bezdomnej pod kątem ewentualnych zagrożeń związanych z przyjęciem do placówki (nietrzeźwość, choroby zakaźne, urazy zagrażające zdrowiu i życiu, itp.);
- zapoznanie się z treścią regulaminu oraz pisemne zobowiązanie do jego przestrzegania (w uzasadnionych przypadkach możliwość odstąpienia od pisemnego zobowiązania);
- przyjęcie do placówki (wypełnienie karty mieszkańca oraz wpisanie na listę mieszkańców);
- działanie na rzecz poprawy aktualnego stanu osoby (konsultacja lekarska, kąpiel, odwyszawianie, wymiana odzieży, podanie ciepłego napoju lub posiłku, itp.);
- przygotowanie krótkiej diagnozy wstępnej sytuacji i potrzeb klienta;

Podjęcie dalszych działań zgodnie z ustaleniami diagnozy, w szczególności:

- zapewnienie noclegu, możliwości spożycia posiłku, itd.;
- zapewnienie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych a w razie potrzeby pomoc w zorganizowaniu takiej pomocy;
- stworzenie warunków umożliwiających osobom bezdomnym dbanie o higienę

<p>osobistą i stan zdrowia;</p> <ul style="list-style-type: none"> – pomoc w uzyskaniu podstawowych dokumentów osobistych oraz niezbędnych świadczeń dzięki realizowanej w placówce pracy socjalnej. 	
<p>2.4.2. Dokumentacja</p> <ul style="list-style-type: none"> – regulamin placówki; – rejestr mieszkańców; – karta mieszkańca; – dziennik raportów. 	
<p>2.4.3. Superwizja</p> <p>Kadra ogrzewalni powinna być objęta systematyczną superwizją realizowaną przez zewnętrznego specjalistę.</p>	
<p>2.5. Zasoby</p> <p>2.5.1. Realizator usługi</p> <p>Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.</p>	
<p>2.5.2. Personalne</p>	
<p>Kierownik:</p> <p>Osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki, wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób włączonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem.</p> <p>Opiekun:</p> <p>Liczba opiekunów zatrudnionych w placówce musi być dostosowana do sposobu funkcjonowania noclegowni, także w okresie urlopowym (opiekun zawsze w godzinach funkcjonowania placówki). Zakłada się pełnienie dyżurów przez jednego opiekuna na 50 osób bezdomnych, wykształcenie średnie poparte doświadczeniem,</p>	<p>Kierownik:</p> <p>Osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki, wykształcenie wyższe.</p> <p>Opiekun:</p> <p>Wykształcenie wyższe z zakresu nauk społecznych; na dyżurze zakłada się jednego opiekuna na 40 osób bezdomnych.</p> <p>Pielęgniarka/ratownik medyczny:</p> <p>Posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania zawodu, dyżury w zależności od potrzeb (zalecane minimum 1 raz w tygodniu przez 2 godziny), forma zatrudnienia dowolna. Zalecane zatrudnianie lub umożliwienie dostępu do</p>

<p>predyspozycje do pracy z osobami bezdomnymi (np. pracownicy socjalni z dyplomem szkoły policealnej), obowiązkowe szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.</p> <p>Pracownik socjalny: Szczegółowe wytyczne w Ustawie o Pomocy Społecznej oraz w standardzie pracy socjalnej.</p>	<p>innych specjalistów w zależności od potrzeb.</p>
<p>Osoby zatrudnione w placówce powinny tworzyć spójny zespół (zespół zadaniowy) skutecznie realizujący określone usługi na rzecz osób bezdomnych.</p>	
<p>2.5.3. Materialne</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - sale maksymalnie 15 osobowe; - powierzchnia mieszkalna 3m²/os. przy łóżkach pojedynczych oraz 2 m²/os. przy łóżkach piętrowych; - wielkość placówki – maksymalnie dla 80 osób; w przypadku placówek nowopowstałych 60 osób.; - sale mieszkalne ze swobodnym dostępem do łóżka (materac, koc, pościel), wyposażone w szafkę nocną (lub inną szafkę osobistą), okno w każdym pomieszczeniu; - toalety – 1 urządzenie natryskowe dla 20 osób (możliwość odwyszawiania), 1 miskę ustępową dla 10 kobiet, 1 miskę ustępową i 1 umywalkę dla 20 mężczyzn, 1 umywalkę dla 15 osób, zapewniony stały dostęp do bieżącej wody w tym ciepłej w wyznaczonych godzinach. - biuro opiekuna – (dyżurka) wyposażone w telefon, apteczkę oraz miejsce (szafę) 	<ul style="list-style-type: none"> - sale maksymalnie 10 osobowe; - wielkość placówki – maksymalnie dla 60 osób; - toalety – zapewniony stały dostęp do ciepłej wody; - magazyn odzieżowy zapewniający niezbędną odzież dla osób potrzebujących tego rodzaju pomocy; - miejsce i sprzęt umożliwiające pranie i suszenie rzeczy osobistych.

przeznaczoną do przechowywania dokumentacji osób przebywających w placówce, niezbędne zaplecze socjalne;

- osobne magazyny dla rzeczy brudnych i czystych zgodnie z wymogami sanitarnymi;
- depozyt na rzeczy osobiste osób skreślanych z listy mieszkańców. Zasady przechowywania i likwidacji depozytów zawarte w regulaminie placówki.
- magazyn środków chemicznych (środki czystości i higieny) lub odpowiednie miejsce przeznaczone na ten cel;
- minimalna temperatura w pomieszczeniach, w których przebywają osoby musi być wyższa niż 18 stopnie Celsjusza;
- noclegownia zapewnia 1 gorący posiłek, przy czym forma jego dostarczenia jest dowolna;
- w przypadku dystrybucji posiłków na miejscu w placówce niezbędna jest kuchnia lub pomieszczenie do wydawania posiłków spełniająca stosowne przepisy sanitarne;
- sala do spotkań indywidualnych (np. z pracownikiem socjalnym);
- spełnia wszystkie wymogi w zakresie bezpieczeństwa.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

2.5.4. Instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);
- urzędy pracy;
- organizacje pozarządowe;
- Kościoły i związki wyznaniowe;
- służby mundurowe, straż miejska;
- podmioty ochrony zdrowia;
- inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

3. SCHRONISKO DLA OSÓB BEZDOMNYCH

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
3.1. Definicja usługi Schronisko dla osób bezdomnych – placówka zapewniająca osobom bezdomnym całodobowe, tymczasowe schronienie w warunkach mieszkalnych, oferująca pakiet usług ukierunkowanych na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności, uzyskanie samodzielności życiowej.	
3.2. Cel usługi 3.2.1. Cel główny Zwiększenie liczby osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności i uzyskujących samodzielność życiową. 3.2.2. Cele szczegółowe <ul style="list-style-type: none">– Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych schronieniem i kompleksowym wsparciem.– Poprawa jakości życia i wzrost motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.– Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.	
3.3. Zakres usługi 3.3.1. Odbiorca usługi Osoby bezdomne realizujące PWB w zakresie wychodzenia z sytuacji bezdomności. Uwaga: Rodziny z dziećmi mogą przebywać jedynie w schronisku profilowanym. Grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 3, 4, 5, 6.	
3.3.2. Krótki opis usługi Schronisko dla osób bezdomnych zapewnia całodobowy pobyt osobom skierowanym przez odpowiedni OPS. Działalność placówki prowadzona jest na podstawie regulaminu schroniska. W schronisku realizowana jest praca socjalna. Osoba bezdomna może przebywać w schronisku 12 miesięcy z możliwością przedłużenia tego okresu w uzasadnionych przypadkach. Schronisko dla osób bezdomnych może być prowadzone metodą wspólnotową. Konieczne jest opracowanie przez podmiot prowadzący placówkę procedury interwencyjnego przyjmowania osób do schroniska	

3.3.3. Usytuowanie placówki

Dobrze skomunikowane miejsce na terenie gminy.

3.4. Organizacja usługi

3.4.1. Procedury i sposoby postępowania:

- sprawdzenie skierowania, faktycznej bezdomności;
- zapoznanie z regulaminem placówki;
- zaopatrzenie higieniczne;
- zapewnienie miejsca do spania;
- zapewnienie możliwości spożycia trzech posiłków dziennie, w tym jednego ciepłego;
- zapewnienie odzieży na zmianę;
- prowadzenie pracy socjalnej we współpracy z OPS-em;
- prowadzenie działań w zakresie aktywizacji społecznej (szczegółowe informacje w standardzie zatrudnienia i edukacji);
- umożliwienie dostępu do odpowiedniej pomocy medycznej, psychologicznej, terapeutycznej i prawnej;
- wskazanie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- zaopatrzenie medyczne; (szczegółowe informacje w standardzie zdrowia).

3.4.2. Dokumentacja

- regulamin placówki;
- rejestr mieszkańców;
- karta mieszkańca;
- dziennik raportów

3.4.3. Superwizja

W schronisku dla osób bezdomnych prowadzona jest systematyczna superwizja zespołu pracowników.

3.5. Zasoby

3.5.1. Realizator usługi

Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.

3.5.2. Personalne

<p>Kierownik placówki:</p> <p>Wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.</p> <p>Opiekun:</p> <p>Wykształcenie średnie poparte, co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym.</p> <p>Podmiot prowadzący placówkę zobowiązany jest organizować kursy podnoszące kwalifikacje opiekunów w zakresie pracy z osobami bezdomnymi, co najmniej raz na dwa lata. Obowiązkowy kurs pierwszej pomocy przedmedycznej.</p> <p>Liczba zatrudnionych opiekunów musi zapewniać obecność jednego podczas jednej zmiany na 50 osób bezdomnych przebywających w placówce.</p> <p>W przypadku usługi realizowania usługi metodą wspólnotową, funkcję wspierającą i samokontrolującą pełni społeczność mieszkańców.</p> <p>Pracownik socjalny zatrudniony w placówce lub oddelegowany z odpowiedniego OPS-u.</p> <p>Wymiar czasu pracy: ustalony według współczynnika jeden etat na 50 osób.</p> <p>Szczególne wytyczne w Ustawie o Pomocy Społecznej oraz w standardzie pracy socjalnej.</p> <p>*minimum 16 godzin szkoleniowych w tematyce: definicja bezdomności, przyczyny bezdomności, oferta pomocowa w gminie, uzależnienie od alkoholu i/lub</p>	<p>Kierownik:</p> <p>Wykształcenie wyższe.</p> <p>Opiekun:</p> <p>Wykształcenie wyższe kierunkowe z zakresu nauk społecznych lub średnie kierunkowe (np. praca socjalna, terapia uzależnień itp.).</p> <p>Doradca zawodowy:</p> <p>Zatrudniony w placówce lub wskazany w instytucji zewnętrznej</p> <p>Psycholog jw.</p> <p>Terapeuta uzależnień jw.</p> <p>Psychiatra jw.</p> <p>Pielęgniarka jw.</p> <p>Lekarz internista jw.</p> <p>Prawnik w.</p> <p>Wskazane jest zatrudnienie kierowników placówek oraz opiekunów w ramach umowy o pracę;</p>
---	---

substancji psychoaktywnych, zajęcia praktyczne w placówce dla bezdomnych	
Opisana powyżej kadra tworzy zespół zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w placówce. Zespół spotyka się nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu. Organizacja pracy zespołu należy do obowiązków kierownika placówki.	
3.5.3. Materialne	
<ul style="list-style-type: none"> - wielkość placówki: maksymalnie na 80 osób; - sypialnie dla maksymalnie 10 osób; - minimum 4m² powierzchni pokoju na osobę; - każde pomieszczenie mieszkalne z oknem, zapewnione piętrowe łóżko z kocem i poduszką lub pościelą, wyposażone w szafkę nocną (lub inną szafę osobistą); - 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); - dyżurka (pomieszczenie opiekunów) z dostępem do telefonu oraz apteczką; - osobna toaleta dla pracowników; - zapewnione pomieszczenie do przechowywania dokumentacji placówki; - co najmniej jeden pokój spotkań indywidualnych; - jadalnia zapewniająca możliwość spożywania posiłków przez mieszkańców placówki, w co najwyżej dwóch turach, może również pełnić rolę świetlicy i sali spotkań 	<ul style="list-style-type: none"> - wielkość placówki: maksymalnie na 50 osób; - sypialnie dla maksymalnie 5 osób; - każde pomieszczenie z oknem, zapewnione pojedyncze łóżko z pościelą; - co najmniej dwa pokoje spotkań indywidualnych; - miejsce spotkań indywidualnych i modlitwy.

<p>grupowych;</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuchnia i magazyny żywności zorganizowane zgodnie z odpowiednimi przepisami. Możliwe zorganizowanie wyżywienia na zasadzie cateringu; - pokój tymczasowej opieki: osobne pomieszczenie dla chorych wyposażone w leżankę, toaletę i umywalkę, o powierzchniach łatwo zmywalnych lub w sąsiedztwie węzła sanitarnego; - pralnia: osobne pomieszczenie wyposażone w pralki (co najmniej jedna pralka na 20 osób w placówce, lub maszyna pralnicza) umożliwienie suszenia wypranej odzieży; - depozyt na podstawowe rzeczy osób opuszczających placówkę, termin przechowywania rzeczy określony w regulaminie placówki; - osobne magazyny dla rzeczy brudnych i czystych zgodne z wymogami sanitarnymi - magazyn środków chemicznych; - pomieszczenia mieszkalne i biurowe powinny zapewniać temperaturę otoczenia nie niższą niż 18 stopnie Celsjusza; - placówka spełniać winna wymogi odpowiednich przepisów prawa budowlanego, przepisów bezpieczeństwa pożarowego, przepisów związanych z przechowywaniem i przygotowaniem żywności; 	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.5;">Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.</p>
<p>3.5.4. Instytucjonalne</p>	
<p>Współpraca przy realizacji usługi:</p>	

- gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);
- urzędy pracy;
- DPS – y;
- organizacje pozarządowe;
- Kościoły i związki wyznaniowe;
- służby mundurowe, straż miejska;
- podmioty ochrony zdrowia;
- inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

4. SCHRONISKO PROFILOWANE DLA OSÓB BEZDOMNYCH

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>4.1. Definicja usługi</p> <p>Schronisko profilowane dla osób bezdomnych – placówka umożliwiająca osobom bezdomnym całodobowe, tymczasowe schronienie w warunkach mieszkalnych, oferujące pakiet usług ukierunkowanych na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności, uzyskanie samodzielności życiowej, dostosowany do grupy odbiorców zgodnej z profilem działania. W zależności od profilu: schronisko dla kobiet i dzieci, mężczyzn z dziećmi, rodzin z dziećmi, osób starszych itp. Profil uwzględniony jest w nazwie placówki.</p>	
<p>4.2. Cel usługi</p> <p>4.2.1. Cel główny</p> <p>Zwiększenie liczby osób bezdomnych aktywnych społecznie wychodzących z bezdomności i uzyskujących samodzielność życiową.</p> <p>4.2.2. Cele szczegółowe</p> <ul style="list-style-type: none">– Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych profilowanym schronieniem i kompleksowym wsparciem.– Poprawa jakości życia i wzrost motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.– Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.	

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

4.3. Zakres usługi

4.3.1. Odbiorca usługi:

W zależności od profilu:

- osoby starsze;
- matki z dziećmi, ojcowie z dziećmi, rodziny z dziećmi;
- osoby chore, zdolne do samoobsługi;
- osoby uzależnione;
- inne profile.

Uwaga 1: Pobyt w schronisku profilowanym osób z dziećmi może być jedynie tymczasowy i traktowany, jako przejściowa forma wsparcia przed przyznaniem lokalu socjalnego bądź przeniesienia do mieszkania wspieranego.

Uwaga 2: Rekomendujemy nie rozdzielanie pełnych rodzin.

Grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 3, 4, 5, 6, 7.

4.3.2. Krótki opis usługi

Schronisko dla osób bezdomnych zapewnia całodobowy pobyt osobom skierowanym przez odpowiedni OPS. Działalność placówki prowadzona jest na podstawie regulaminu schroniska. W schronisku realizowana jest praca socjalna oraz wsparcie specjalistyczne odpowiednie do profilu placówki.

Osoba bezdomna może przebywać w schronisku 12 miesięcy z możliwością przedłużenia tego okresu w uzasadnionych przypadkach. W przypadku osób starszych i chorych możliwy pobyt długoterminowy, ale nie docelowy.

Schronisko dla osób bezdomnych może być prowadzone metodą wspólnotową.

Wskazane jest, aby placówka wyposażona była w defibrylator zewnętrzny.

Konieczne jest opracowanie przez podmiot prowadzący placówkę procedury interwencyjnego przyjmowania osób do schroniska.

4.3.3. Usytuowanie placówki

Dobrze skomunikowane miejsce na terenie gminy.

4.4. Organizacja usługi

4.4.1. Procedury i sposoby postępowania:

- sprawdzenie skierowania z OPS, faktycznej bezdomności;
- zapoznanie z regulaminem placówki;
- zaopatrzenie higieniczne;

- zapewnienie miejsca do spania;
- zapewnienie możliwości spożycia trzech posiłków dziennie, w tym jednego ciepłego;
- zapewnienie odzieży na zmianę;
- prowadzenie pracy socjalnej we współpracy z OPS-em;
- umożliwienie dostępu do odpowiedniej pomocy medycznej, psychologicznej terapeutycznej i prawnej;
- wskazanie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych;

W zależności od profilu schroniska:

- zaopatrzenie medyczne;
- prowadzenie działań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej;
- prowadzenie oświaty w zakresie umiejętności wychowawczych;
- prowadzenie działalności kulturalnej w placówce oraz poza nią;
- prowadzenie pracy psychoterapeutycznej;
- prowadzenie pracy pedagogicznej.

4.4.2. Dokumentacja

- regulamin placówki;
- rejestr mieszkańców;
- karta mieszkańca;
- dziennik raportów.

4.4.3. Superwizja

W schronisku dla osób bezdomnych prowadzona jest systematyczna superwizja zespołu pracowników, w tym również personelu administracyjnego.

4.5. Zasoby

4.5.1. Realizator usługi

Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.

4.5.2. Personalne

Kierownik placówki:

Wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób

Kierownik placówki:

Wykształcenie wyższe.

Opiekun:

zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Podmiot realizujący usługę zobowiązany jest organizować kursy podnoszące kwalifikacje opiekunów w zakresie pracy z osobami bezdomnymi, co najmniej raz na dwa lata*.

Obowiązkowy kurs pierwszej pomocy przedmedycznej. W przypadku schroniska dla osób starszych, schorowanych przeszkolenie w udzielaniu pomocy opiekuńczo – pielęgnacyjnej. Liczba zatrudnionych osób powinna zapewniać obecność podczas jednej zmiany, co najmniej jednego opiekuna oraz jednego specjalisty (w zależności od profilu placówki) na 50 osób bezdomnych przebywających w placówce.

W przypadku realizowania usługi metodą wspólnotową, funkcję wspierającą i samokontrolującą pełni społeczność mieszkańców.

Pracownik socjalny:
Zatrudniony w placówce lub odelegowany z odpowiedniego OPS-u. Wzrost czasu pracy: ustalony według współczynnika jeden etat na 50 osób. Szczegółowe informacje w Ustawie o Pomocy Społecznej oraz w standardzie pracy socjalnej.

Doradca zawodowy:
Zatrudniony w placówce lub wskazany w instytucji zewnętrznej. Szczegółowe informacje w standardzie edukacji i zatrudnienia

Psycholog, terapeuta uzależnień jw.

Psychiatra, pielęgniarka, lekarz internista jw.

Wykształcenie wyższe kierunkowe z zakresu nauk społecznych lub średnie kierunkowe (np. praca socjalna, terapia uzależnień itp.).

Materiał objęty, bez recepty, MDPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

<p>Prawnik, pedagog jw. Położna lub pielęgniarka środowiskowa jw. Powyższa kadra musi zostać dobrana pod kątem profilu schroniska. Wskazane jest zatrudnienie kierowników placówek oraz opiekunów w ramach umowy o pracę; *minimum 16 godzin szkoleniowych w tematyce: definicja bezdomności, przyczyny bezdomności, oferta pomocowa w gminie, uzależnienie od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych, zajęcia praktyczne w placówce dla bezdomnych</p>	
<p>Opisana powyżej kadra tworzy zespół o zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w placówce. Zespół spotyka się nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu. Organizacja pracy zespołu należy do obowiązków kierownika placówki.</p>	
<p>4.5.3. Materialne</p> <ul style="list-style-type: none"> – wielkość placówki: maksymalnie na 50 osób; – sypialnie dla maksymalnie 5 osób. W przypadku rodzica z wieloma dziećmi możliwe więcej osób w pokoju (jedna rodzina); – każde pomieszczenie mieszkalne z oknem, zapewnione pojedyncze łóżko z poduszką lub pościelą, wyposażone w szafkę nocną (lub inną szafę osobistą); – W przypadku dzieci dopuszczalne łóżka piętrowe; – 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); – dyżurka (pomieszczenie opiekunów) z dostępem do telefonu oraz apteczka; – osobna toaleta dla pracowników; – zapewnione pomieszczenie do przechowywania dokumentacji placówki; – pokój spotkań indywidualnych, – co najmniej jeden; – w przypadku schroniska dla osób z dziećmi: pokój zabaw dla dzieci, pokój do odrabiania lekcji; 	

- jadalnia zapewniająca możliwość spożywania posiłków przez mieszkańców placówki, w co najwyżej dwóch turach, może również pełnić rolę świetlicy i sali spotkań grupowych;
- kuchnia i magazyny odzieży zorganizowane zgodnie z odpowiednimi przepisami. Możliwe zorganizowanie wyżywienia na zasadzie cateringu.
- pokój tymczasowej opieki: osobne pomieszczenie dla chorych wyposażone w leżankę, toaletę i umywalkę, o powierzchniach łatwo zmywalnych lub w sąsiedztwie węzła sanitarnego;
- pralnia: osobne pomieszczenie wyposażone w pralki (co najmniej jedna pralka na 20 osób w placówce) lub maszyny pralnicze; umożliwienie suszenia wypranej odzieży;
- depozyt na podstawowe rzeczy osób opuszczających placówkę, termin przechowywania rzeczy określony w regulaminie placówki;
- osobne magazyny dla rzeczy brudnych i czystych zgodnie z wymogami sanitarnymi
- magazyn środków chemicznych.

Pomieszczenia mieszkalne i biurowe powinny zapewnić temperaturę otoczenia nie niższą niż 18 stopni Celsjusza.

Rekomenduje się na terenie placówki utworzenie miejsca zabaw dla dzieci (plac zabaw) w przypadku, jeśli nie ma ogólnodostępnego miejsca w otoczeniu placówki.

Rekomenduje się utworzenie miejsca wspólnych spotkań i modlitwy.

Placówka spełniać winna wymagania odpowiednich przepisów prawa budowlanego

4.5.4. Instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);
- urzędy pracy;
- OPS – y;
- organizacje pozarządowe;
- Kościoły i związki wyznaniowe;
- służby mundurowe, straż miejska;
- podmioty ochrony zdrowia;
- inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.

5. MIESZKANIA WSPIERANE ZESPOLONE

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
5.1. Definicja usługi <p>Mieszkanie wspierane zespolone, to placówka realizująca usługę skierowaną do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, w której znajduje się zespół mieszkań wspieranych w postaci lokali mieszkalnych lub pomieszczeń mieszkalnych (z dostępem do pomieszczeń pomocniczych). Mieszkania wspierane zespolone umożliwiają czasowy, w wyjątkowych sytuacjach stały, całodobowy pobyt, z jednoczesnym zapewnieniem specjalistycznego wsparcia w zakresie integracji społecznej obejmującego pakiet usług ukierunkowanych na rozwijanie i wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności, uzyskanie samodzielności życiowej.</p>	
5.2. Cel usługi 5.2.1. Cel główny <p>Zwiększenie liczby osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności/zagrożenia bezdomnością i uzyskujących samodzielność życiową.</p> 5.2.2. Cele szczegółowe <ul style="list-style-type: none">– Zwiększenie liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objętych usługą mieszkania wspieranego i kompleksowym wsparciem.– Poprawa jakości życia i wzrost i/lub utrzymanie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.– Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.	
5.3. Zakres usługi 5.3.1. Odbiorca usługi <ul style="list-style-type: none">– usługa w obszarze prewencji przeznaczona jest dla osób (rodzin) zagrożonych bezdomnością, objętych kompleksowym wsparciem w mieszkaniu ukierunkowanym na jego utrzymanie oraz dla osób (rodzin) zagrożonych bezdomnością – zadaniem w tym przypadku jest zabezpieczenie schronienia na czas kryzysu i udzielenie odpowiedniego wsparcia w podtrzymaniu lub odzyskaniu samodzielności;– usługa w obszarze integracji przeznaczona jest dla osób (rodzin) bezdomnych, zmotywowanych do zmian w życiu, oczekujących na przydział mieszkania lub dążących do usamodzielnienia; osób zdiagnozowanych, realizujących indywidualny	

program wychodzenia z bezdomności.

Grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 3, 4, 5, 6, 7.

5.3.2. Krótki opis usługi

Mieszkanie wspierane zespolone – 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.

W obszarze integracji mieszkania wspierane zespolone mogą być prowadzone metodą wspólnotową.

Usługa może być realizowana zarówno w modelu drabinkowym, jak i palety, w sytuacjach, gdy gmina nie dysponuje lub nie ma zapotrzebowania na inne usługi (np. schronisko, noclegownia) mieszkania wspierane mogą być pojedynczą niezależną usługą.

Odpłatność za usługę w przypadku realizacji zadania zleconego gminy ustala kierownik OPS. W przypadku prowadzenia placówki przez organizację pozarządową bez udziału odpłatność ustala podmiot prowadzący.

Warunki kwalifikacji do usługi oraz jej przedłużenie na czas nieokreślony, ustala zespół zadaniowy realizujący usługę.

5.3.3. Usytuowanie placówki

Dobrze skomunikowane miejsce na terenie gminy.

Niewskazane jest grupowanie placówek tego typu w jednym miejscu.

5.4. Organizacja usługi

5.4.1. Procedury i sposoby postępowania:

- kwalifikacja klienta odbywa się na podstawie akceptacji zespołu rekrutującego;
- praca socjalna oraz realizacja indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności monitorowana przez pracownika socjalnego;
- udzielenie zakwaterowania na czas określony (maksymalnie na 3 lata) lub nieokreślony, ale nie docelowy;

5.4.2. Dokumentacja

- regulamin placówki;
- karta mieszkańca;
- IPWB.

<p>5.4.3. Superwizja</p> <p>Kadra merytoryczna realizująca program mieszkań wspieranych zespolonych powinna uczestniczyć w systematycznych spotkaniach superwizyjnych.</p>	
<p>5.5.Zasoby</p>	
<p>5.5.1. Realizator usługi</p> <p>Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.</p>	
<p>5.5.2. Personalne</p> <p>Osoby realizujące usługę powinny tworzyć spójny zespół posiadający odpowiednie kompetencje do skutecznej realizacji usługi.</p>	
<p>Kadra wspierająca osoby bezdomne w mieszkaniach zespolonych:</p> <p>Kierownik lub koordynator:</p> <p>Wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym</p> <p>Pracownik socjalny:</p> <p>Zatrudniony w placówce realizującej usługę lub oddelegowany z odpowiedniego OPS-u (szczegółowe informacje w Ustawie o Pomocy Społecznej i standardzie pracy socjalnej) Pracownik socjalny:</p> <p>Szczegółowe wytyczne w Ustawie o Pomocy Społecznej oraz w standardzie pracy socjalnej. Inne osoby wspierające, np. asystent rodziny</p>	<p>Kierownik lub koordynator:</p> <p>Wykształcenie wyższe.</p> <p>Inne osoby wspierające, np. opiekunka do dzieci (w mieszkaniach wspieranych dla rodzin).</p> <p>Usługi dodatkowe uzależnione od indywidualnych potrzeb:</p> <p>pielęgniarka środowiskowa, doradca zawodowy, terapeuta, lekarz (specjalizacja według potrzeb), kurator sądowy.</p>
<p>Opisana powyżej kadra tworzy zespół zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w placówce. Zespół spotyka się nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu. Organizacja pracy zespołu należy do obowiązków kierownika lub koordynatora placówki.</p>	
<p>5.5.3. Materialne</p>	

- placówka o małej liczbie mieszkań w budynku (w przypadku realizacji mieszkań wspieranych o charakterze chronionym możliwe jest zamieszkiwanie większej liczby osób);
- mieszkanie lub pokój dla 1–2 osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5 m²/os. a w przypadku osób niepełnosprawnych 10 m²/os. (zgodnie z ogólnie przyjętymi przepisami), (w przypadku wdrażania mieszkań wspieranych o charakterze chronionym minimum to 12 m²/os.), 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 lub wannę, umywalkę (w mieszkaniu lub budynku);
- pralnia – jedna pralka na maksymalnie na 10 mieszkańców oraz możliwość suszenia odzieży (w przypadku braku pralni dopuszcza się pralkę w każdym mieszkaniu);
- minimalna temperatura 18°C dla pomieszczeń mieszkalnych;
- kuchnie wyposażone w sprzęt AGD do samodzielnego przygotowywania posiłków;
- posiłki mieszkańcy przygotowują we własnym zakresie;
- sala spotkań grupowych (niekoniecznie, jeśli są to usługi na zewnątrz);
- placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów, jakim powinny odpowiadać lokale mieszkalne.

5.5.4. Instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);
- urzędy pracy;
- DPS – y;
- organizacje pozarządowe;
- Kościoły i związki wyznaniowe;
- służby mundurowe, straż miejska;
- podmioty ochrony zdrowia;
- inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.

6. MIESZKANIA WSPIERANE ROZPROSZONE

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>6.1. Definicja usługi</p> <p>Mieszkanie wspierane rozproszone to usługa skierowana do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zapewniająca lokal mieszkalny lub pomieszczenie mieszkalne (z dostępem do pomieszczeń pomocniczych). Mieszkanie wspierane rozproszone umożliwiają czasowy lub stały, całodobowy pobyt, z jednoczesnym zapewnieniem specjalistycznego wsparcia w zakresie integracji społecznej obejmującego pakiet usług ukierunkowanych na rozwijanie i wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności, uzyskanie samodzielności życiowej.</p>	
<p>6.2. Cel usługi</p> <p>6.2.1. Cel główny</p> <p>Zwiększenie liczby osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności/zagrożenia bezdomnością i uzyskujących samodzielność życiową.</p> <p>6.2.2. Cele szczegółowe</p> <ul style="list-style-type: none">– Zwiększenie liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objętych usługą mieszkania wspieranego i kompleksowym wsparciem.– Poprawa jakości życia i wzrost i/lub utrzymanie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.– Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.	

6.3. Zakres usługi

6.3.1. Odbiorca usługi

- usługa w obszarze prewencji przeznaczona jest dla osób (rodzin) zagrożonych bezdomnością, objętych kompleksowym wsparciem w mieszkaniu ukierunkowanym na jego utrzymanie oraz dla osób (rodzin) zagrożonych bezdomnością – zadaniem w tym przypadku jest zabezpieczenie schronienia na czas kryzysu i udzielenie odpowiedniego wsparcia w podtrzymaniu lub odzyskaniu samodzielności;
- usługa w obszarze integracji przeznaczona jest dla osób (rodzin) bezdomnych zmotywowanych do zmian w życiu, oczekujących na przydział mieszkania lub dążących do usamodzielnienia; osób zdiagnozowanych, realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności oraz dla osób bezdomnych;
- usługa w przypadku realizowania jej metodą Najpierw Mieszkanie przeznaczona dla najbardziej wykluczonej i zagrożonej grupy osób bezdomnych;
- usługa w przypadku realizowania modelu mieszkaniowego przeznaczona dla wszystkich osób bezdomnych.

Grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11.

6.3.2. Krótki opis usługi

Mieszkania rozproszone – niezależne, osadzone w środowisku pojedyncze mieszkania wspierane (np. wynajmowane/dzierżawione na wolnym rynku od prywatnych osób przez podmiot prowadzący. Mogą także stanowić własność podmiotu prowadzącego lub gminy) z zachowaniem zewnętrznej funkcji wspierającej. Umożliwiają całonocny pobyt na czas określony lub nieokreślony. Zapewniają warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Przygotowują osoby potrzebujące pomocy do prowadzenia samodzielnego życia w środowisku społeczności lokalnej.

Odpłatność za usługę w przypadku realizacji zadania zleconego gminy ustala kierownik OPS. W przypadku realizacji usługi przez organizację pozarządową bez udziału gminy odpłatność ustala podmiot prowadzący.

Aby zachować element niezależności i integracji ze środowiskiem lokalnym należy przyjąć, aby ilość mieszkań wspieranych rozproszonych w budynku/bloku mieszkalnym nie przekraczała jego 20%.

Usługa może być realizowana zarówno w modelu drabinkowym jak i palety, w sytuacjach, gdy gmina nie dysponuje lub nie ma zapotrzebowania na inne usługi (np. schronisko,

<p>noclegownia) mieszkania wspierane mogą być pojedynczą niezależną usługą.</p> <p>Mieszkania wspierane rozproszone mogą być prowadzone metodą Najpierw Mieszkanie.</p>
<p>6.3.3. Usytuowanie placówki</p> <p>Lokalizacja w zależności od możliwości realizatorów usługi. W przypadku realizowania usługi metodą Najpierw Mieszkanie odbiorca może samodzielnie wybrać dzielnicę i sąsiedztwo zamieszkania.</p> <p>Niewskazane jest grupowanie mieszkań tego typu w jednym miejscu.</p>
<p>6.4. Organizacja usługi</p> <p>6.4.1. Procedury i sposoby postępowania</p> <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacja klienta do mieszkania odbywa się na podstawie akceptacji zespołu rekrutującego; – praca socjalna oraz możliwość realizacji IPWzB monitorowanego przez pracownika socjalnego; – udzielenie zakwaterowania na czas określony dla osób i rodzin potrzebujących czasowego wsparcia (np. czas na trening umiejętności społecznych); – w przypadku realizowania usługi metodą Najpierw Mieszkanie: <ul style="list-style-type: none"> - mieszkania są zapewnione na podstawie standardowej umowy wynajmu bez określonego limitu czasu najmu (może być na czas nieokreślony) - usługi społeczne świadczone są tak długo jak jest to potrzebne; - mieszkanie i usługi społeczne świadczone są oddzielnie, tak by w przypadku utraty mieszkania z powodu naruszenia warunków najmu, wsparcie było dalej świadczone, tak by zapobiec ponownej bezdomności; - jedynym warunkiem jest przyjęcie pracownika socjalnego lub innego specjalisty oferującego wachlarz usług, z których klienci mogą, ale nie muszą skorzystać, - klienci mogą w tym wypadku wybrać rodzaj i częstotliwość wsparcia.
<p>6.4.2. Dokumentacja</p> <p>umowa najmu lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy.</p>
<p>6.4.3. Superwizja</p> <p>Kadra merytoryczna realizująca program mieszkań wspieranych rozproszonych powinna uczestniczyć w systematycznych spotkaniach superwizyjnych.</p>

6.5. Zasoby

6.5.1. Realizator usługi

Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.

6.5.2. Personalne

Osoby realizujące usługę powinny tworzyć spójny zespół posiadający odpowiednie kompetencje do skutecznej realizacji usługi.

Kadra wspierająca osoby bezdomne w mieszkaniach rozproszonych:
Kierownik lub koordynator
Wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.
Pracownik socjalny
Zatrudniony w organizacji realizującej usługę lub oddelegowany z odpowiedniego OPS-u (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej i Ustawie o Pomocy Społecznej)
Inne osoby wspierające, np. asystent

Kadra wspierająca osoby bezdomne w mieszkaniach rozproszonych:
Kierownik lub koordynator
Wykształcenie wyższe.
Inne osoby wspierające, np. opiekunka do dzieci (w mieszkaniach wspieranych dla rodzin)
Usługi dodatkowe uzależnione od indywidualnych potrzeb:
pielęgniarka środowiskowa, doradca zawodowy, terapeuta, lekarz (specjalizacja według potrzeb), kurator sądowy.

Opisana powyżej kadra tworzy zespół zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w mieszkaniach.

Rekomenduje się prowadzenie przez pracownika socjalnego IPWzB za wyraźną zgodą osoby bezdomnej.

W przypadku realizowania usługi metodą Najpierw Mieszkanie zakłada się, że w mieszkaniu udzielane jest szerokie wsparcie specjalistów m.in. pracownika socjalnego, terapeuty uzależnień, pielęgniarki, lekarza, psychiatry, specjalistów ds. zatrudnienia. Wsparcie dostępne jest 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu.

W zależności od złożoności potrzeb klienta wsparcie realizowane jest przez grupę wewnętrznych specjalistów (najbardziej wymagający klienci) lub zespół złożony z indywidualnych wspierających pracowników współpracujących ze specjalistami

zewnątrznymi i ogólnodostępnymi w środowisku (mniej wymagający klienci).	
6.5.3. Materialne	
<ul style="list-style-type: none"> - samodzielne mieszkanie dla 1 lub więcej osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności; - zamknięte na klucz, który jest w posiadaniu osoby korzystającej z mieszkania; - dopuszcza się przyjmowanie osób z własnymi meblami; - zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody; - łazienka – wyposażona w WC, prysznic lub wannę, umywalkę (w mieszkaniu lub budynku); - posiłki mieszkańcy przygotowują we własnym zakresie. <p>Mieszkanie powinno spełniać wymogi odpowiednich przepisów, jakim powinny odpowiadać lokale mieszkalne.</p>	<p>Samodzielne mieszkanie lub pokój dla 1–2 osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5 m²/os. (w przypadku pokoju).</p> <p>Kuchnie wyposażone w sprzęt AGD do samodzielnego przygotowywania posiłków.</p>
6.5.4. Instytucjonalne	
<p>Współpraca przy realizacji usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego); – urzędy pracy; – OPS – y; – organizacje pozarządowe; – Kościoły i związki wyznaniowe; – służby mundurowe, straż miejska; – podmioty ochrony zdrowia; – inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi. 	

7. CENTRUM DZIENNEGO WSPARCIA

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>7.1. Definicja usługi</p> <p>Centrum Dziennego Wsparcia (CDW) - placówka oferująca wachlarz usług pomocy doraźnej dla osób wykluczonych społecznie w tym osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.</p>	
<p>7.2. Cel usługi</p> <p>7.2.1. Cel główny</p> <p>Zwiększenie aktywności społecznej osób bezdomnych oraz zminimalizowanie negatywnych konsekwencji wynikających z bezdomności.</p> <p>7.2.2. Cele szczegółowe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych - Zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych. - Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych kompleksowym wsparciem. 	
<p>7.3. Zakres usługi</p> <p>7.3.1. Odbiorca usługi</p> <p>Usługa skierowana do osób i rodzin żyjących w przestrzeni publicznej, żyjących w warunkach substandardowych, ubogich, w tym osób zagrożonych bezdomnością, bezdomnych, wychodzących z bezdomności, usamodzielnionych.</p> <p>Grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategorii 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.</p>	
<p>7.3.2. Krótki opis usługi</p> <p>CDW to miejsce integrowania różnego rodzaju usług, np.: świetlicy, punktu informacyjno – konsultacyjnego, kuchenki, łazienki, pralni, punktu wydawania odzieży, punktu wydawania żywności.</p> <p>Systematyczne diagnozy lokalne w gminie mają na celu określenie problemu bezdomności na terenie tej gminy oraz dostosowania odpowiednich usług z zakresu pomocy doraźnej w Centrum Dziennego Wsparcia lub jakiejś określonej usługi wsparcia doraźnego;</p> <p>Centrum to dwie i więcej usług w jednym miejscu, w tym jedna z nich z obszaru pomocy niematerialnej (świetlica, czy PIK). Łączenie usług pomocy doraźnej w jednym miejscu obniża koszty realizacji tego zadania; PIK lub świetlica może pełnić miejsce dyżurowania streetworkerów; Przy realizowaniu różnych usług, zakłada się możliwość korzystania z tych samych pomieszczeń w innych godzinach; Centrum Dziennego Wsparcia może być</p>	

prowadzone komplementarnie w ramach różnych zadań przez kilka instytucji;
Wskazane jest zatrudnienie pracownika socjalnego bądź współpraca z OPS w ramach rozwiązywania problemów społecznych w tym bezdomności; Obiekt spełniający przepisy prawa budowlanego, ppoż., HACCP (jeśli jest zbiorowe żywienie).

7.3.3. Usytuowanie placówki

Lokalizacja Centrum Dziennego Wsparcia: w łatwo dostępnym miejscu, otwarte całorocznie w ściśle określonych terminach (określone dni i godziny otwarcia, informacje umieszczone na widocznym miejscu przy wejściu).

7.4. Organizacja usługi

7.4.1. Procedury i sposoby postępowania

- przyjęcie klienta nieodpłatnie w ciągu dnia;
- kwestię skierowania do poszczególnych usług w ramach CDW reguluje organizacja prowadząca;
- zapewnienie pomocy psychologa, pedagoga, lekarza, pielęgniarki, prawnika, pracownika socjalnego lub/i innych specjalistów na podstawie diagnozy potrzeb w danej gminie bądź na danym terenie;
- praca socjalna za sprawą oddelegowanego pracownika z OPS-u lub zatrudnionego przez realizatora usługi (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej);
- udzielanie informacji dotyczących pomocy doraźnej i długofalowej;
- poradnictwo indywidualne, telefoniczne, e-mailowe;
- dostęp do prasy, telewizji;
- wydawanie żywności i/lub gorących posiłków osobom i rodzinom potrzebującym takiego wsparcia (sprawdzenie kwalifikowalności klienta na podstawie oświadczenia bądź skierowania; proponuje się, aby określiła to jednostka prowadząca CDW);
- w szatni świadczenie usług z zakresu zachowania higieny osobistej;
- wydanie/wymianę odzieży;
- zapewnienie możliwości przebrania się.

7.4.2. Dokumentacja

Lista dokumentów możliwa do wykorzystania ze względu na różnorodność usług, które mogą być realizowane w danym CDW:

- regulamin placówki;
- rejestr klientów;
- dziennik raportów;
- rejestr osób korzystających i udzielonego wsparcia;
- rejestr darowizn i zakupionych artykułów spożywczych;
- rejestr osób korzystających z usług bezpłatnych lub częściowo płatnych.

7.5. Zasoby

7.5.1. Realizator usługi

Podmioty uprawnione na podstawie odpowiednich przepisów Ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, a w szczególności: gminy, organizacje pozarządowe, organizacje kościelne.

7.5.2. Personalne

- nie określa się liczby zatrudnionych osób – personel powinien zapewnić sprawne funkcjonowanie Centrum;
- przynajmniej jeden pracownik przeszkolony z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej i przeszkolenie w udzielaniu pomocy opiekuńczo – pielęgnacyjnej;
- kierownik/koordynator odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie od strony technicznej i merytorycznej; wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem etat, wymiar godzin w zależności od potrzeb;
- propozycje pracowników: prawnik/radca prawny, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, lekarz psychiatra, terapeuta, trener pracy, doradca finansowy, inni wg zapotrzebowania;
- personel zatrudniony w jadalni lub przy wydawaniu żywności musi posiadać aktualne badania lekarskie dopuszczające do kontaktu z żywnością;
- wolontariusze.

7.5.3. Materialne

- nie określa się ilości pomieszczeń w Centrum Dziennego Wsparcia – zakłada się, że ilość ich, ma zapewnić sprawne realizowanie usług;
- w pomieszczeniach do konsultacji powinna być odpowiednia liczba miejsc siedzących zapewniająca komfort osobom korzystającym;
- zaplecze sanitarne dla klientów zapewniające stały dostęp do bieżącej zimnej i ciepłej wody;
- osobne zaplecze sanitarne dla personelu zapewniające stały dostęp do bieżącej zimnej i ciepłej wody;
- w przypadku jadalni zapewnienie miejsca siedzącego przy stole, wieszaki na wierzchnią odzież;
- defibrylator zewnętrzny w łatwo dostępnym miejscu.

7.5.5. Instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS, Wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego),
- urzędy pracy,
- DPS – y,
- organizacje pozarządowe,
- Kościoły i związki wyznaniowe,
- służby mundurowe; straż miejska,
- podmioty ochrony zdrowia,
- inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi
- banki żywności;
- spółdzielnie socjalne;
- przewoźnicy (PKP, metro itp.).

KOSZTY

Przedstawione poniżej koszty (w podziale przedmiotowym na bezpośrednie i pośrednie) stanowią wskazówkę dla planujących tworzenie placówek, bądź usług na rzecz osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością. Zestaw ten został skonstruowany tak, aby można było dokonać wyboru odpowiednich grup kosztów w zależności od rodzaju placówki lub usługi. Jednocześnie należy traktować go, jako katalog otwarty, niewyczerpujący wszystkich możliwości.

Koszty bezpośrednie:

Zatrudnienie personelu

Koszty utrzymania placówki/lokalu, w tym czynsz oraz koszty mediów

Wyżywienie mieszkańców (jeśli dotyczy)

Zakup środków higienicznych, chemicznych itp. (jeśli dotyczy)

Realizacja projektów aktywizacyjnych w zakresie społecznym i zawodowym (jeśli dotyczy)

Realizacja projektów terapeutycznych (jeśli dotyczy)

Realizacja projektów kulturalnych (jeśli dotyczy)

Realizacja innych projektów w zależności od profilu placówki

Koszty pośrednie:

Zatrudnienie personelu administracyjnego

Zakup wyposażenia placówki/lokalu

Zakup materiałów eksploatacyjnych (w zakresie wyposażenia placówki/lokalu, np.: żarówki, uszczelki i inne materiały zużywalne)

Zakup materiałów piśmiennych i eksploatacyjnych

DOKUMENTY W PLACÓWKACH

W opisie usług podano spis dokumentów wewnętrznych możliwych do wykorzystania przy tworzeniu placówek. Poniżej szerzej wyjaśniono zasady ich stosowania:

Regulamin Placówki:

Dokument określający zasady działania danej placówki, prawa i obowiązki osób korzystających z usługi, strukturę organizacyjną i inne w razie potrzeby.

Niezbędny we wszystkich rodzajach placówek.

Rejestr klientów:

Rodzaj listy na której zapisane są osoby, które przynajmniej 1 raz skorzystały z danej usługi. W razie potrzeby w rejestrze tym zapisany jest unikalny numer klienta, który koreluje z pozostałą dokumentacją (karty mieszkańca, rejestr usług, itp.) Umożliwia szybkie odnalezienie osoby oraz jej „historii“ w danej placówce.

Niezbędny w placówkach (mieszkania wspierane nie są traktowane jako placówki)

Dziennik Raportów:

Rodzaj dziennika wypełniany najczęściej przez opiekuna, w którym wpisywane są wszystkie wydarzenia dotyczące funkcjonowanie placówki konieczne dla zachowania ciągłości pracy niezależnie od tego który z pracowników jest akurat w placówce. Niezbędny w placówkach zamieszkania (z wyjątkiem mieszkań) oraz Centrum Dziennego Wsparcia w szczególności w sytuacji zmianowego systemu pracy.

Karta Mieszkańca:

Indywidualna karta osoby korzystającej z danej usługi zapewniającej schronienie. Zawiera podstawowe dane osobowe oraz inne niezbędne w zależności od poziomu pracy z klientem w danym miejscu (np. Sytuację zdrowotną czy zawodową). Dokument ten powinien być aktualizowany wraz z zachodzącymi zmianami.

Niezbędny w placówkach zapewniających schronienie. Także w przypadku mieszkania zespolonego, które specyfiką działania przypomina placówkę o mniejszej liczbie mieszkańców.

Rejestr usług:

Dokument określający rodzaj świadczonych w placówce usług z oznaczeniem ilości osób korzystających z danej usługi. W szczególnych wypadkach będzie to lista imienna w sytuacji gdy określona usługa wymaga rozliczenia (np. Wydawanie żywności PEAD). Możliwe jest prowadzenie kilku tego rodzaju rejestrów np. Dla potrzeb różnych instytucji.

Niezbędny w placówkach pomocy doraźnej oraz placówkach interwencyjnych. W pozostałych placówkach część z tych usług znajdzie się w karcie mieszkańca oraz innych dokumentach.

STANDARDY ZDROWIA

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

Misja

Zdrowie to obszar usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością zwiększających dostępność i jakość wsparcia zdrowotnego oraz świadczeń zdrowotnych tak aby osoby bezdomne i nią zagrożone doświadczały pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu umożliwiającego prowadzenie życia społecznego i ekonomicznego.

Wprowadzenie

Standardy Zdrowia nie przewidują tworzenia specjalistycznych placówek dla osób bezdomnych w zakresie ochrony zdrowia, a wskazują na możliwości korzystania z usług medycznych w ich miejscu pobytu. Osoby bezdomne posiadające ubezpieczenie zdrowotne mają jednakowe, takie jak pozostali obywatele RP, prawa do uzyskania świadczenia zdrowotnego ze środków publicznych. Standardy Zdrowia wynikają z obecnie obowiązujących aktów prawnych szczegółowo określających rodzaje usług medycznych i sposób ich realizacji oraz proponuje nowe rozwiązania w tym zakresie.

Opracowując standardy zdrowia w ramach modelu GSWB przyjęto powszechnie akceptowaną i przytaczaną definicję zdrowia zgodną z modelem biopsychospołecznym – holistycznym, która mówi, że zdrowie oznacza stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Definiowane jest w kategoriach wartości pozytywnej i jednocześnie jako środek do osiągnięcia lepszej jakości życia. Zdrowie jest zatem zasobem, a nie celem życia. Wyrazem zdrowia jest umiejętność pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami (przypis). Jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na zdrowie jest styl życia, oznaczający zespół zachowań, których cechą jest ich codzienność i powtarzalność – dotyczy on m.in.: wzorów konsumpcji, pracy, spędzania czasu wolnego i aktywności spędzania czasu z rodziną oraz znajomymi, relaksu, czynności związanych ze sposobem odżywiania i umiejętności radzenia sobie ze stresem (przypis).

Poniższe standardy zwracają uwagę na konieczność dostrzegania problemów w zakresie zdrowia psychicznego, które jest fundamentalnym dobrem każdego człowieka. Chronią je przepisy prawa krajowego, poczynając od Konstytucji przez Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak również przepisy prawa międzynarodowego zawarte w Helsińskiej Deklaracji o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy, Europejskim Pakcie na Rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego.

Według definicji WHO zdrowie psychiczne jest stanem dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty (przypis).

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 roku pt. „Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja” (przypis) podkreśla powszechny charakter zaburzeń neuropsychiatrycznych, które dotyczą co czwartego człowieka i konieczność wdrożenia nowego modelu opieki środowiskowej, która opiera się na usłudze świadczonej blisko domu, skoordynowanej pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się opieką psychiatryczną, pomocą socjalną, edukacją i instytucjami rynku pracy.

Rozumiejąc ochronę zdrowia psychicznego jako „świadome, odwołujące się do istniejącej wiedzy, odpowiedzialne zobowiązanie każdego obywatela do godnego traktowania drugiej osoby z poszanowaniem jego różnic indywidualnych i kulturowych” (przypis preambuła – koalicja zdr. psych) wskazane jest podejmowanie działań systemowych obejmujących współpracę z władzami samorządowymi, autoritetami lokalnymi, profesjonalistami w dziedzinie zdrowia, edukacji, rynku pracy i pomocy społecznej, organizacji pozarządowych, przedstawicielami mediów, instytucji naukowych w celu stworzenia partnerstwa na rzecz środowiskowego modelu wsparcia.

Standardy Zdrowia uwzględniają również elementy promocji zdrowia rozumiane jako proces, który umożliwia jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia służącymi jego poprawie oraz sprzyjającymi rozwijaniu zdrowego stylu życia. Proces ten sprzyja również kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych osobniczych czynników prowadzących do zdrowia (Karski, 2009 s. 9). Obecnie ten jednolity proces działań składa się z trzech ściśle powiązanych ze sobą elementów, a mianowicie: edukacji zdrowotnej, zapobiegania chorobom i ochrony zdrowia. Podstawowym elementem promocji zdrowia jest natomiast edukacja zdrowotna, która ma dostarczać informacji i wiedzy oraz wyznaczać działania na rzecz zdrowia, przekonywać oraz wpływać na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej (Karski, 2008, s. 16).

W edukacji zdrowotnej wyróżnić można trzy zasadnicze podejścia: promocyjne, profilaktyczne, terapeutyczne, które zostały wykorzystane w opracowaniu standardu.

Standardy Zdrowia ujmujące w sposób holistyczny potrzeby człowieka, zawierają usługi służące umacnianiu i przywracaniu zdrowia, które zostały powiązane z permanentnie realizowaną promocją i edukacją zdrowotną.

Cele

Cel główny:

Poprawa stanu zdrowia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w ujęciu holistycznym obejmującym obszar biologiczny, psychiczny i społeczny, w konsekwencji prowadząca do skuteczniejszego zapobiegania bezdomności i uzyskiwania samodzielności życiowej.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele w obszarze zdrowia z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby, a bezpośrednie na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie dysproporcji i wyrównanie dostępu do usług zdrowotnych między grupą osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością a pozostałymi grupami społecznymi.
- Wzrost jakości usług zdrowotnych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością i zmniejszenie kosztów leczenia.
- Wzmocnienie współpracy podmiotów ochrony zdrowia z podmiotami pomocy i integracji społecznej.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele w obszarze zdrowia z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób.

- Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Zredukowanie zachowań ryzykowanych i zminimalizowanie szkód oraz zwiększenie świadomości w zakresie profilaktyki zdrowotnej a także wzbudzenie motywacji do dbałości o zdrowie.

Poprawa jakości życia w sferze zdrowotnej oraz zwiększenie poziomu korzystania z usług zdrowotnych.

EDUKACJA ZDROWOTNA

Edukacja Zdrowotna w standardach zdrowia jest istotnym wyzwaniem, które należy bezwzględnie podjąć w odniesieniu do osób bezdomnych ze względu na zagrożenia zdrowia i życia tej grupy społeczeństwa. Dobry stan zdrowia to niezbędny element sprzyjający wychodzeniu z bezdomności. Tylko człowiek w dobrej kondycji biopsychospołecznej posiada motywację i możliwości do podejmowania aktywności zmierzających do zmiany swojej sytuacji. Celem działań z zakresu edukacji zdrowotnej jest nie tylko dostarczanie wiedzy, ale i kształtowanie postaw oraz zachowań prozdrowotnych wobec siebie i innych.

Edukacja zdrowotna realizowana wobec grup marginalizowanych uważana jest za jedno z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego. Znaczna jej część wpisuje się w system niezawodowego kształcenia dorosłych, który stanowi jeden z filarów modelu uczenia się przez całe życie.

Poniżej przedstawiono szczegółowo działania skierowane do osób bezdomnych, które przyczynią się do pogłębienia wiedzy oraz umacniania postaw prozdrowotnych w tej grupie osób.

I. Definicja i opis usługi

Edukacja zdrowotna to, oprócz profilaktyki i organizacji ochrony zdrowia, zasadniczy element promocji zdrowia. Służy ona poszerzaniu wiedzy, umiejętności, sposobu myślenia i zmianie mentalności, a także kształtowaniu konstruktywnego nastawienia do zdrowia własnego, rodziny i społeczeństwa. Powinna być ona rozumiana jako wyraz świadomego i dobrowolnego działania, mającego prowadzić do stworzenia warunków umożliwiających uczenie zachowań sprzyjających zdrowiu lub modyfikowanie dotychczasowych zachowań.

Istotą edukacji zdrowotnej tkwi w motywowaniu jednostki do monitorowania i kontrolowania własnego zdrowia, służącemu umacnianiu i doskonaleniu (poprawie) swojej sytuacji zdrowotnej. Realizować ją zatem należy nie tylko w grupie osób zdrowych prezentujących właściwe lub niewłaściwe zachowania zdrowotne (tzw. edukacja zdrowotna promocyjna vs profilaktyczna), ale również wobec osób chorych (tzw. edukacja zdrowotna terapeutyczna), która umożliwi im uzyskanie jak najlepszej jakości życia. Osoby bezdomne w zdecydowanej większości wykazują negatywne zachowania zdrowotne, które prowadzić mogą do pogorszenia ich stanu zdrowia, pogłębiania się istniejących już chorób, a nawet do przedwczesnej śmierci. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest między innymi brak właściwego

dostępu do edukacji zdrowotnej oraz brak chęci do podejmowania konstruktywnych działań na rzecz zdrowia własnego i osób z najbliższego otoczenia. Wprowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej w grupie osób bezdomnych (zdrowych i chorych) i zagrożonych bezdomnością zwiększy zarówno zakres wiedzy o zachowaniach zdrowotnych, jaki dostarczy lub poszerzy umiejętności służące umacnianiu zdrowia/ Pozytywnie jednocześnie wpłynie na zmianę nastawienia do zdrowia własnego i innych. Efektem realizacji edukacji zdrowotnej w grupie osób bezdomnych będzie zmiana zachowań zdrowotnych z anty zdrowotnych na prozdrowotne, poprawa stanu zdrowia osób chorych oraz podniesienie ich jakości życia.

II. Cele usługi

Cel główny:

Wzrost zachowań prozdrowotnych dbania o własne i innych zdrowie wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie wiedzy dotyczącej możliwości dbania o zdrowie własne i innych.
- Wzmocnienie motywacji wewnętrznej w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych.
- Zwiększenie kompetencji w dbałości o własne zdrowie i wzmocnienie postaw sprzyjających zdrowiu.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

Odbiorca usługi: osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością wyrażające gotowość do współpracy (PolETHOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13).

Przedmiotowy

Podjęcie działań w ścisłej współpracy z osobą bezdomną i zagrożoną bezdomnością ukierunkowanych na dostarczanie wiedzy prozdrowotnej, rozbudzanie osobistego potencjału oraz poczucia wpływu na własną sytuację zdrowotną, które umożliwiają wzmocnianie zachowań służących zachowaniu lub poprawie własnego zdrowia.

Przestrzenny

Usługa ta realizowana jest w każdym środowisku przebywania osób bezdomnych i

zagrożonych bezdomnością, jednak jej zakres oraz metodyka są zawsze uzależnione od możliwości lokalowych, czy wiedzy i kompetencji osób będących aktualnie w bezpośrednim kontakcie z zainteresowanymi.

IV. Organizacja usługi

- stworzenie warunków do nawiązywania i budowania kontaktu opartego na zaufaniu i zrozumieniu, który umożliwia realizowanie skutecznej edukacji zdrowotnej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością posiadających niskie kompetencje w sferze zachowań prozdrowotnych,
- wstępna diagnoza dotycząca aktualnych zachowań zdrowotnych lub problemów zdrowotnych u osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością (przestrzeganie zasady indywidualizacji edukacji zdrowotnej),
- planowanie zakresu edukacji zdrowotnej, metod, doboru realizatorów w zależności od potrzeb, miejsca świadczenia oraz napotykanym przeszkód związanych ze specyficzną sytuacją (np. w przypadku osób będących w sytuacji życiowej 1.1, 11.1, 11.2, 11.3 edukacja zdrowotna będzie realizowana przez streetworkerów stosownie do indywidualnych potrzeb m.in. poprzez pomaganie w uzyskaniu dostępu do koniecznych świadczeń zdrowotnych, udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej, przekazanie informacji koniecznych dla poprawy i umacniania zdrowia, poinformowanie i zachęcanie do zmiany miejsca pobytu korzystniejszego dla zdrowia, a przypadku braku akceptacji stosowna pomoc w miejscu przebywania osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością),
- skuteczna realizacja edukacji zdrowotnej osób dorosłych z grup zmarginalizowanych w placówkach z wykorzystaniem właściwych technik komunikacji i różnorodnych metod, np.
- uczestnictwo w zajęciach i warsztatach edukacyjnych w zakresie zdrowia, budowania relacji interpersonalnych,
- tworzenie warunków w miejscu przebywania osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością umożliwiających zachowanie zdrowia, które będą sprzyjały nabywaniu lub odzyskaniu umiejętności zachowań prozdrowotnych (np. aktywność fizyczna, utrzymanie higieny osobistej i otoczenia, przygotowywanie posiłków itp.),
- uczestnictwo w grupach wsparcia, treningach umiejętności,
- rozbudzenie chęci do uczestnictwa w różnych formach aktywności społecznej, w tym do korzystania z ofert placówek ochrony zdrowia, uczelni medycznych (np. festiwale nauki, wydarzenia sportowe, pikniki tematyczne o zdrowiu itp.),

- praca na rzecz placówki,
- włączanie w życie lokalnych społeczności,
- zindywidualizowane wsparcie pracownika placówki (wariant konieczny) i edukatorów zdrowia tj. pracowników POZ (podstawowa opieka zdrowotna), studentów kierunków medycznych, wolontariuszy (wariant rekomendowany).

Edukacja zdrowotna jest oddziaływaniem pozostającym w ścisłym związku z aktywizacją społeczną opisaną w standardzie „Zatrudnienie i edukacja”.

Współpraca przy realizacji usługi

Realizatorzy współpracują z władzami samorządowymi, placówkami ochrony zdrowia danego środowiska lokalnego, instytucjami pomocy społecznej, instytucjami edukacyjnymi, organizacjami pozarządowymi, klubami hobbystycznymi, sportowymi itp.

Dokumentacja usługi

W przypadku realizacji usługi przez pracownika socjalnego, pracownika placówki, streetworerów (wariant konieczny), nie ma potrzeby tworzenia specjalnej dokumentacji. W sytuacji kiedy edukacja zdrowotna jest realizowana przez np. edukatorów zdrowia, pracowników ochrony zdrowia (pielęgniarki, położne, ratowników medycznych, rehabilitantów), studentów kierunków medycznych, (wariant rekomendowany) powinno się prowadzić następującą dokumentację:

- wywiad zdrowotny,
- dziennik zajęć i aktywności mieszkańca (program zajęć i warsztatów),
- listy obecności,
- notatki potwierdzające pracę specjalistów i wolontariuszy.

V. Zasoby

Personalne

Bezpośredni realizatorzy usługi:

- pracownik socjalny,
- pracownik placówki,
- streetworerzy (wariant konieczny),
- edukatorzy zdrowia (absolwenci kierunku studiów – Zdrowie Publiczne),
- pracownicy ochrony zdrowia (pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, rehabilitanci),

Wspomagający realizatorzy usługi:

- studenci kierunków medycznych pracujący pod opieką opiekuna specjalisty
- osoby posiadające wykształcenie medyczne (wariant rekomendowany).

Usługa może być realizowana w ramach różnych form zatrudnienia oraz może być świadczona nieodpłatnie przez wolontariuszy. Realizatorów wspierają placówki edukacyjne, kluby, organizacje pozarządowe działające w środowisku lokalnym oraz osoby fizyczne.

Materialne

Usługa ta może być realizowana przy zapewnieniu minimum warunków lokalowych, pomieszczeń mieszkalnych, sal, w których możliwa jest działalność edukacyjna i warsztatowa lub bezpośrednio w miejscu aktualnego przebywania osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością. Jeśli jest ona realizowana w placówkach wskazane jest także wyposażenie pomieszczeń w stosowny sprzęt ułatwiający edukację. Edukacja zdrowotna ze względu na różnorodność form może być również realizowana poza placówką (patrz: Organizacja usługi).

Finansowe

Koszty bezpośrednie:

- materiały dydaktyczno- informacyjne

Koszty pośrednie:

- środki finansowe niezbędne na wynagrodzenia specjalistów,
- koszty zakupu i/lub pozyskania materiałów i sprzętu.

Instytucjonalne

- jednostki samorządu terytorialnego,
- organizacje pozarządowe,
- placówki oświatowe,
- Narodowy Fundusz Zdrowia.

Możliwości finansowania działań

- środki jednostek samorządu terytorialnego,
- programy Unii Europejskiej,
- Ministerstwo Zdrowia,
- dotacje celowe z innych źródeł krajowych i/lub zagranicznych,
- środki własne organizacji.

UZYSKANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Obszar uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w standardach zdrowia jest niezwykle ważnym aspektem, który należy podjąć zarówno w stosunku do osób bezdomnych, jak i osób zagrożonych bezdomnością. Osoby bezdomne przed rozpoczęciem drogi wychodzenia z bezdomności muszą uregulować swoją sytuację zdrowotną. Wizyta u lekarza często staje się pierwszym krokiem powrotu do społeczeństwa. Poniżej przedstawiono możliwości uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych.

I. Definicja i opis usługi

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każda osoba przebywająca na terenie RP posiada prawo do opieki medycznej udzielanej w oparciu o ubezpieczenie zdrowotne.

W sytuacji gdy niezbędna jest ambulatoryjna opieka medyczna czy hospitalizacja, konieczne jest zastosowanie rozwiązania mającego na celu szybkie i skuteczne udzielenie pomocy osobie bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością, który zapewnia podmiotowi leczniczemu jednocześnie możliwość uzyskania zwrotu kosztów usługi. Obowiązek w tym zakresie nakładany jest na władze publiczne. Rozwiązania systemowe obejmują różne możliwości uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności dla poniżej wymienionych adresatów:

- osób bezdomnych objętych indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności (art.49 ust.8, ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej);
- osób realizujących kontrakt socjalny (art. 66 ust. 1 pkt 30 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 108 ust. 3 ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej);
- osób objętych indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego (art 50 ust 2 t. 50 ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy);
- osób pobierających zasiłek celowy przeznaczony na pokrycie kosztów związanych z leczeniem (art.17 ust.1 pkt.7 ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej);
- osób, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego i są zdolne do podjęcia pracy, które mogą się zarejestrować w Powiatowym Urzędzie Pracy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

- kombatantów i osób represjonowanych nie podlegających ubezpieczeniom społecznym w RP lub nie pobierające emerytury lub renty (art. 66 ust 1 pkt 31 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust 1 pkt 31a ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- osób pobierających zasiłek stały z pomocy społecznej nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (art. 66 ust 1 pkt 26 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- osób pobierających specjalny zasiłek opiekuńczy, świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych (art. 66 ust 1 pkt 28 i 28 a ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- osób, wobec których została wydana decyzja wójta/burmistrza/prezydenta miasta, gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy potwierdzająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przez okres 90 dni;
- osób pobierających stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych (art. 66 ust 1 pkt 24a ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- osób pobierających emeryturę, rentę, zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne (art. 66 ust 1 pkt 25 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
- osób zatrudnionych w formie obejmującej opłacanie składki zdrowotnej przez pracodawcę.

II. Cel usługi

Cel główny:

Wzrost liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością posiadających uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie wiedzy i umiejętności korzystania z procedur i mechanizmów zapewniających prawo do świadczeń zdrowotnych.
- Wzrost liczby osób bezdomnych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym.

- Zwiększenie liczby osób, wobec których potwierdzono prawo do świadczeń zdrowotnych.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

Osoby nieubezpieczone, zagrożone bezdomnością oraz bezdomne (Pol-ETHOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Przedmiotowy

Aby uzyskać dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osoba bezdomna i zagrożona bezdomnością musi posiadać potwierdzenie prawa dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić, że starania o jego uzyskanie są obowiązkowym i koniecznym działaniem pracowników całego systemu pomocy społecznej. W przypadku, gdy osoba bezdomna jest zdrowa i może podjąć pracę należy doprowadzić do jej zarejestrowania w PUP. W sytuacji, gdy osoba nie jest w stanie ze względu na stan zdrowia podjąć pracy, niezbędne jest uruchomienie innych możliwych form dostępu do świadczeń zdrowotnych wymienionych w punkcie: Definicja i opis usługi. W przypadku, kiedy jest to niemożliwe ze względu na szczególnie trudną sytuację zdrowotną, koniecznym jest złożenie przez nią wniosku o objęcie prawem do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez 90 dni. Formalną procedurę należy rozpocząć niezwłocznie. Pracownik socjalny lub inny pracownik placówki ochrony zdrowia (rejestratorka, pielęgniarka) w momencie przyjęcia pacjenta informuje go o możliwości uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez 90 dni i udostępnia odpowiedni formularz wniosku. Tego samego dnia lub w dniu następnym w miejscu przebywania osoby bezdomnej powinien zostać przeprowadzony wywiad środowiskowy. Z powodu znacznej migracji tej grupy osób i braku możliwości powrotu do ostatniego miejsca zameldowania na pobyt stały, proponowanym rozwiązaniem, w przypadku pojawienia się choroby, jest przeprowadzenie wywiadu przez miejscowego pracownika socjalnego na terenie aktualnego pobytu osoby bezdomnej. Potwierdzenie prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wydaje decyzją administracyjną wójt/burmistrz/prezydent w miejscu ostatniego zameldowania na pobyt stały. Działanie takie usprawni proces ubezpieczania osób bezdomnych i pozwoli na bardziej równomierne rozłożenie kosztów pomiędzy ośrodkami.

Należy podkreślić, że prawo do świadczeń refundowanych uzyskuje osoba bezdomna lub zagrożona bezdomnością od dnia złożenia wniosku. Bezpośrednim realizatorem usług medycznych są podmioty stacjonarne np. szpitale i ambulatoryjne np. przychodnie, poradnie.

Osoby nieubezpieczone bezdomne i zagrożone bezdomnością, które nie przebywają w placówkach, często nie mają wiedzy o możliwości uzyskania świadczenia. Informacje te przekazywane są przez:

- pracowników placówek dla osób bezdomnych,
- pracowników punktów pomocy doraźnej,
- pracowników socjalnych pracujących w szpitalach,
- pracowników ochrony zdrowia (powinny być udzielane w miejscu świadczenia usługi zdrowotnej przez rejestratorów czy pielęgniarki- konieczne jest podniesienie wiedzy w tym zakresie wśród pracowników przedsiębiorstw medycznych),
- streetworkerów (patrz: standard streetworking).

Przestrzenny

- placówki ochrony zdrowia,
- ośrodki pomocy społecznej,
- placówki dla osób bezdomnych.

IV. Organizacja usługi

Procedury postępowania. Wyróżnia się wiele możliwych form pozyskania ubezpieczenia zdrowotnego przez osobę bezdomną lub zagrożoną bezdomnością. W sytuacji, gdy nie zachodzi konieczność objęcia natychmiastową opieką medyczną (stany zagrożenia życia), osoba nieubezpieczona w procesie uzyskiwania ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z wyżej opisanym wachlarzem możliwości (patrz pkt. Definicja i opis usługi) powinna zostać objęta pomocą pracownika socjalnego OPS, placówki dla osób bezdomnych bądź placówki ochrony zdrowia. Mnogość tych form wynika z możliwości skorzystania z ustaw: o pomocy społecznej, o zatrudnieniu socjalnym, o instytucjach rynku pracy, o świadczeniach rodzinnych oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Stacjonarna opieka medyczna (hospitalizacja)

Przyjęcie pacjenta nieubezpieczonego w trybie nagłym możliwe jest w sytuacji, gdy istnieją ku temu wskazania medyczne. Wówczas dane osoby bezdomnej lub zagrożonej

bezdomnością zostają zgłoszone pracownikowi socjalnemu szpitala, który informuje chorego o możliwości uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez okres 90 dni. Jednocześnie należy przekazać osobie korzystającej ze świadczenia do wypełnienia druk wniosku, w którym prosi ona o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego i objęcie ją pomocą w zakresie uzyskania takiego prawa. Tego samego dnia lub w dniu następnym przeprowadzany jest przez pracownika socjalnego na terenie szpitala wywiad środowiskowy. Pozwoli to na objęcie pacjenta kompleksową pomocą, za którą szpital uzyska zwrot kosztów z NFZ.

W sytuacjach, gdy konieczna jest pilna hospitalizacja, a nie ma możliwości potwierdzenia posiadania przez osobę bezdomną lub zagrożoną bezdomnością ubezpieczenia, konieczna jest pilna interwencja pracownika socjalnego zatrudnionego przez szpital. Wszczęte postępowanie mające na celu ustalenie personaliów obejmuje między innymi skontaktowanie się z ośrodkiem pomocy.

Dotyczy to następujących przypadków:

- pacjent bez logicznego kontaktu (brak jest także kontaktu z rodziną),
- pacjent nieprzytomny,
- pacjent nie posiadający dokumentów potwierdzających tożsamość, społecznej i rejonową komendą policji.

W sytuacji kiedy pracownik socjalny nie ma możliwości ustalenia personaliów osoby wyżej wskazanej, niezwłocznie należy zawiadomić Policję.

Ambulatoryjna pomoc medyczna

Nie każdy stan pogorszenia zdrowia wymaga hospitalizacji lub wizyty w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Wiele chorób może i powinno być leczonych ambulatoryjnie, w poradniach POZ i specjalistycznych.

W przypadku osób bezdomnych nieubezpieczonych usługa ta będzie realizowana, po uprzednim uzyskaniu prawa do świadczeń zdrowotnych bądź ubezpieczenia zdrowotnego.

W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością, każdy pracownik placówki ambulatoryjnej (rejestratorka, pielęgniarka, kierownik) ma obowiązek wszczęcia procedury uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić konieczność zwiększenia świadomości obowiązujących przepisów wśród pracowników podmiotów medycznych, zwłaszcza przychodni. Osoba bezdomna lub zagrożona bezdomnością

nieubezpieczona powinna zostać poinformowana o konieczności złożenia podpisanego wniosku o przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Kolejnym etapem jest poinformowanie o konkretnym przypadku przez pracownika przychodni pracownika socjalnego z najbliższego Ośrodka Pomocy Społecznej.

W sytuacji, gdy osoba bezdomna jest w stanie uniemożliwiającym przeprowadzenie dalszej procedury (nie współpracuje z powodu zaburzeń psychicznych, nie wskazuje miejsca pobytu, stale je zmienia, a jednocześnie wymaga pilnej pomocy ambulatoryjnej (zapalenie płuc, choroby zakaźne, odmrożenie itp.), udzielenie natychmiastowej pomocy medycznej należy uważać za pierwszy i niezbędny krok na drodze wychodzenia z bezdomności.

Dokumentacja

Realizacja usługi powinna być potwierdzona następującymi dokumentami:

- wniosek osoby bezdomnej na podstawie którego przeprowadzony jest wywiad
- środowiskowy -decyzje administracyjne potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych lub ubezpieczenie.

V. Zasoby

Personalne

- pracownik socjalny,
- pracownicy placówek dla osób bezdomnych,
- pracownik w rejestracji placówki ochrony zdrowia,
- pracownik socjalny szpitala.

Podmioty realizujące usługę

- Ośrodki Pomocy Społecznej,
- podmioty medyczne (przychodnie, szpitale),
- placówki dla osób bezdomnych,
- Ministerstwo Zdrowia.

Finansowe

Koszty bezpośrednie:

- koszty składki na ubezpieczenie zdrowotne.

OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU KRYZYSÓW PSYCHICZNYCH

Ochrona zdrowia psychicznego jest szczególnie ważna wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, które w procesie wykluczenia były i są narażone na wysoki poziom stresu, wysoki i długotrwały poziom lęku oraz wykazują objawy zaburzeń psychicznych. Dlatego pracownicy placówek dla osób bezdomnych oraz instytucji realizujących zadania z obszaru pomocy społecznej powinni posiadać umiejętności i wiedzę o systemie wsparcia z zakresu funkcjonowania społecznego, psychologicznego, zdrowotnego, zawodowego i socjalnego tych osób. Działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego adresowane do osób bezdomnych wymagają współpracy z przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych, jednostkami pomocy społecznej, edukacji i rynku pracy, które należy zidentyfikować na swoim terenie.

Jednym z podstawowych działań w ramach usługi jest motywowanie osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi do podejmowania leczenia oraz rehabilitacji, aktywizacji społecznej i zawodowej. Usługa definiuje skuteczne i adekwatne formy pomocy obejmujące współpracę różnych jednostek, które pozwalają zapewnić osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi możliwość powrotu do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pomaganie w pokonywaniu trudności związanych z wychodzeniem z bezdomności oraz zapobieganie wchodzeniu w krąg bezdomności.

I. Definicja i opis usługi

Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych to działania umożliwiający przeciwdziałanie marginalizacji społecznej osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi oraz jednocześnie przedstawiają skuteczne rozwiązania polegające na rozwijaniu psychiatrii środowiskowej zapobiegającej rozwijaniu się zjawiska bezdomności wśród osób chorych psychicznie.

Ochrona zdrowia psychicznego osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością oraz podejmowanie stosownych działań wobec osób z zaburzeniami dotyczy chorych psychicznie, upośledzonych umysłowo, wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w

środowisku rodzinnym lub społecznym. Diagnozy zaburzeń psychicznych dokonuje się według Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-IV lub Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10). Osoby chore psychicznie mają problem ze spostrzeganiem czasu, organizacją pracy, wywiązywaniem się ze zobowiązań i systematycznym wysiłkiem. Dlatego łatwo tracą pracę lub przerywają edukację. Często też tracą bliskie relacje z rodziną i przyjaciółmi – są samotni, po rozwodzie lub w separacji. Pozostają często długotrwale bezrobotni, co prowadzi do ubóstwa, utraty mieszkania i wykluczenia społecznego.

W związku z powyższym obserwuje się konieczność uruchamiania skoordynowanej współpracy instytucji działających w obszarze pomocy społecznej z elementami systemu ochrony zdrowia. Hospitalizację uznaje się w tym ujęciu za ostateczność. Nowoczesnym i skutecznym rozwiązaniem jest zastosowanie modelu psychiatrii środowiskowej, czyli zintegrowanej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku, która uwzględnia współdziałanie instytucji wsparcia społecznego i aktywizacji zawodowej. Centra Zdrowia Psychicznego powoływane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego są jednymi z najbardziej perspektywicznych sposobów wykorzystania modelu psychiatrii środowiskowej na rzecz osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością. W założeniu Centra Zdrowia Psychicznego obejmować powinno 5 zespołów: poradniowy, dzienny, środowiskowy, kryzysowy, szpitalny. Obecnie jeszcze nie funkcjonują wszystkie elementy systemu i najczęściej partnerami Centrów są tylko NZOZ - dawne poradnie zdrowia psychicznego, indywidualne praktyki lekarskie psychiatrów oraz psychiatryczne oddziały szpitalne lub szpitale psychiatryczne. Proponowane w Usłudze rozwijanie modelu psychiatrii środowiskowej pozwoli objąć opieką osoby z zaburzeniami, które nie chcą się diagnozować i nie wyrażają zgody na leczenie w szpitalu. Zastosowane rozwiązanie będzie przeciwdziałało zjawisku bezdomności, albowiem osoby z zaburzeniami psychicznymi narażone na bezdomność nie pozostaną poza systemem wsparcia.

Tym, co podnosi skuteczność działań skierowanych do osób bezdomnych jest bez wątpienia odpowiednio pod względem merytorycznym i proceduralnym przygotowana kadra zatrudniona w placówkach. W odpowiedzi na tę potrzebę usługa określa procedury postępowania w sytuacjach, które są szczególnie trudne z perspektywy osób zajmujących się pomocą osobom bezdomnym w placówkach. Związane są one z leczeniem osób z „podwójną diagnozą”, pracą z osobami z zaburzeniami psychicznymi, a przede wszystkim z koniecznością podejmowania interwencji w sytuacji zagrożenia życia i silnego kryzysu.

Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy osoba zagraża swojemu zdrowiu i życiu oraz otoczeniu i nie chce podjąć kontaktu z psychiatrą. Odnosi się również do przypadków osób wykazujących zachowania depresyjne, zachowania lub tendencje samobójcze, które konfrontują pracowników placówki z koniecznością rozpoznawania i identyfikowania sygnałów świadczących o ryzyku popełnienia samobójstwa. Przywołane sytuacje wymagają nawiązywania i rozwijania współpracy prowadzącej do uzyskania pomocy dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zakresu psychiatrii, konieczności towarzyszenia im podczas leczenia oraz rehabilitacji po hospitalizacji.

II. Cel usługi:

Cel główny:

Poprawa zdrowia psychicznego osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie ich marginalizacji społecznej w myśl idei „zdrowienia” (*recovery*) i „umacniania” (*empowerment*) prowadzących do wyrównania szans osób psychicznie chorych na powrót do aktywnego i adekwatnego do możliwości funkcjonowania w społeczeństwie.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie motywacji i skali podejmowania leczenia, rehabilitacji, aktywizacji społecznej i zawodowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi.
- Wzrost dostępności i jakości leczenia a także wzmocnienie i zwiększenie potencjału czynników zewnętrznych (placówek, środowiska lokalnego) i wewnętrznych (zasoby wewnętrzne osób) diagnozujących i zabezpieczających przed pogłębianiem się kryzysów psychicznych i sprzyjających powrotowi do zdrowia. Poprawa diagnozowania wczesnych sygnałów zaburzeń psychicznych, pozwalająca na powstrzymanie ich rozwoju oraz ograniczenie skutków zdrowotnych i społecznych (wczesna interwencja) oraz zmniejszenie skutków przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby, a także zminimalizowanie wtórnych uszkodzeń związanych z przebytą chorobą.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

Osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością (Pol-ETHOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13), w tym osoby chore psychicznie, upośledzone umysłowo, wykazujące inne zaburzenia czynności psychicznych,

Przedmiotowy

- współpraca instytucjonalna pozwalająca skoordynować udzielanie wsparcia medycznego, socjalnego, rehabilitacyjnego i terapeutycznego podejmowanego w zależności od rodzaju i fazy rozwoju zaburzenia psychicznego osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością,
- działania skierowane na umacnianie i rozwijanie zasobów i możliwości osób bezdomnych z zaburzeniami psychicznymi lub zagrożonych bezdomnością,
- działania skierowane na podniesienie wiedzy i umiejętności pracowników placówek dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zakresu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi adekwatnie do ich potrzeb.

Przestrzenny

- w przypadku placówek dla osób bezdomnych - miejsce zapewniające poufność (pokój spotkań indywidualnych),
- w przypadku osób zagrożonych - miejsce ich pobytu,
- wyspecjalizowane placówki ochrony zdrowia.

IV. Organizacja usługi

Procedury postępowania podnoszące skuteczność działania w trudnych sytuacjach.

1. Skuteczne doprowadzenie do diagnozy i leczenia osoby, która zagraża swojemu zdrowiu i życiu oraz otoczenia, a nie chce podjąć kontaktu z psychiatrą.

W przypadku wystąpienia sytuacji nagłej, interwencję może podjąć każdy lekarz – także lekarz pogotowia czy podstawowej opieki zdrowotnej. Regulują to stosowane przepisy

Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

Art. 21. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

1. Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu

psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku art. 18 ma zastosowanie.

2. Konieczność przeprowadzenia badania, o którym mowa w ust. 1, stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody.

3. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

4. Lekarz, który przeprowadził badanie psychiatryczne określone w ust. 1, odnotowuje tę czynność w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 10

2. Skuteczna pomoc w przypadku leczenia osób z „podwójną diagnozą”, czyli w sytuacji występowania równoznacznych zaburzeń psychicznych, z których jedno stanowi nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol lub narkotyki), drugie to choroba psychiczna. „Podwójna diagnoza” nie ma odpowiednika swojego w Kwalifikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, ani w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. W konsekwencji współwystępowanie zaburzeń często utrudnia osobie chorej otrzymanie adekwatnej pomocy obejmującej skorelowaną pracę nad wychodzeniem z uzależnienia i leczenie zaburzeń psychicznych.

W przypadku uzależnienia od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych w pierwszej kolejności wymagana jest terapia uzależnień, w uzasadnionych przypadkach poprzedzona detoksykacją, z równoległym podjęciem regularnego leczenia psychiatrycznego.

W przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych trudno ustalić czy pierwotnie wystąpiło zaburzenie psychiczne, czy jest ono efektem nadużywania substancji psychoaktywnych. Pacjenci z „podwójną diagnozą” wymagają dualistycznego leczenia, łączącego leczenie psychiatryczne i nadużywanie określonej substancji.

Wobec powyższego konieczne jest poszerzenie oferty placówek systemu opieki zdrowotnej łączących usługi z zakresu zdrowia psychicznego z leczeniem nadużywania

substancji psychoaktywnych, z programem terapeutycznym zawierającym zakres medyczny, rehabilitacji i socjalizacji. W Polsce jest niewiele takich ośrodków listę można znaleźć na stronach Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.kbpn.gov.pl>.

3. Postępowanie w sytuacji ostrego kryzysu wobec osoby, która zagraża swojemu życiu i zdrowiu oraz otoczenia.

W tym przypadku konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. Skuteczność może zapewnić zadbanie o wywiad. Osoba wzywająca Pogotowie Ratunkowe powinna szczegółowo opisać zdarzenie i prosić lekarza (ratownika medycznego) pogotowia o sporządzenie szczegółowej informacji dla lekarza Izby Przyjęć szpitala psychiatrycznego. Można też towarzyszyć pogotowiu (własnym środkiem transportu) i wywiadu udzielić bezpośrednio lekarzowi dyżurnemu na izbie. Można także skorzystać z kontaktu telefonicznego, ale jest to mniej skuteczne, gdyż w tej sytuacji lekarz nie ma możliwości weryfikacji tożsamości dzwoniącego.

W takiej sytuacji istnieje możliwość przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby, która nie wyraża zgody na leczenie na podstawie:

Art. 23. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

- 1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.*
- 2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa.*
- 3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.*
- 4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.*
- 5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.*

4. Możliwości nawiązywania współpracy w celu uzyskania pomocy dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zakresu psychiatrii – oczekiwania po stronie ochrony zdrowia.

Współpraca oparta powinna być na znajomości placówek ochrony zdrowia na konkretnym terenie. Wskazaniem jest, aby w partnerstwie lokalnym nie zabrakło ich jako podmiotu współodpowiadającego za możliwości udzielenia wsparcia w tym zakresie. Dlatego dobrym zwyczajem jest pisemna prośba do Poradni Zdrowia Psychicznego o wizytę w środowisku domowym osoby zagrożonej bezdomnością lub w placówce dla osób bezdomnych, ze szczegółowym i konkretnym opisem zachowań pacjenta, a następnie w razie konieczności wspólne ustalenie terminu interwencji.

W tym przypadku należy ocenić czy skuteczniejsze i szybsze będzie zastosowanie art. 29 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czyli hospitalizacja bez zgody w trybie wnioskowym, czy złożenie dokumentów do sądu bez orzeczenia lekarza psychiatrii, zgodnie z ust. 3 art. 30 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Należy pamiętać, że i tak sąd każdorazowo powołuje swego biegłego i na tej podstawie orzeka, więc to powielenie czynności w przypadku komplikacji wydłuża procedurę postępowania leczniczego.

Art. 30. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatrii szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.

2. W przypadku niezłożenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu.

4. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.

5. Towarzyszenie osobie z zaburzeniami w leczeniu, rehabilitacji po hospitalizacji.

Należy poszukiwać możliwości wsparcia działań zawartych w programie terapii ustalonym przez lekarza lub zespół leczenia środowiskowego poprzez:

- kontynuowanie farmakoterapii, jeżeli jest konieczna, oraz wspieranie jej psychoedukacją dotyczącą działania leków,
- umacnianie współpracy międzysektorowej podczas przebiegu procesu leczenia i rehabilitacji (m.in. poprzez umawianie, przypinanie, towarzyszenie w wizytach – im są częstsze, tym skuteczniejsze jest ich oddziaływanie)
- wspieranie wychodzenia z izolacji, z nastawieniem na rozwiązywanie wspólnego problemów,
- planowanie dalszej drogi rehabilitacji społecznej, zawodowej,
- pomaganie w odbudowie więzi międzyludzkich i odnajdywaniu swojego miejsca we wspólnocie.

6. Towarzyszenie osobie wykazującej zachowania depresyjne, samobójcze.

Analiza zdrowia psychicznego osób w placówkach dla osób bezdomnych jest warunkiem koniecznym do udzielenia im adekwatnego wsparcia przy współpracy z placówkami ochrony zdrowia i pomocą społeczną.

Należy pamiętać, że u pacjentów chorych somatycznie duże nasilenie dolegliwości zwiększa motywację do postępowania zgodnie z zaleceniami lekarza. U pacjentów psychotycznych nasilenie objawów i złe przystosowanie społeczne prowadzi do przerywania terapii. Są oni więc bardziej zagrożeni hospitalizacją (Prot-Herczyńska, 1997 s. 115). W psychiatrii problem ten rozpatrywany jest głównie w odniesieniu do pacjentów psychotycznych chorujących przewlekłe lub z częstymi nawrotami, a tym samym ze wskazaniami do długotrwałej farmakoterapii. Grupę odmawiającą podjęcia terapii stanowią osoby przewlekłe psychotyczne, niekrytyczne wobec objawów choroby, nie godzący się na przyjmowanie leków w żadnej postaci (Prot-Herczyńska, 1997 s.115-116).

Konieczne jest dostrzeżenie wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objawów wskazujących na depresję, zagrożenie samobójstwem, pamiętając, że szczególnie narażone na samobójstwo są osoby o dużym natężeniu poczucia winy, beznadziei, o niskiej samoocenie, z wysokim poziomem lęku, osoby, które mają za sobą próby samobójcze, w wieku powyżej 45 r. życia, mężczyźni najczęściej rozwiedzeni lub owdowiali, doskwiera im samotność, zła sytuacja materialna, utrata pracy, doświadczają utraty bliskich.

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, problemem zdrowia publicznego, które wymaga uruchomienia wieloaspektowego procesu zapobiegania. Sukces zaś zależy od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębiania świadomości społecznej. Obecnie dominują utrwalone błędne przekonania i niezrozumienie zjawiska śmierci samobójczej, które powodują, że społeczeństwo wytwarza szereg mitów usprawiedliwiających obojętność, ignorancję, a czasem nawet wrogość.

Procedury postępowania w przypadku pojawienia się sygnałów świadczących o ryzyku popełnienia samobójstwa:

- nawiązanie kontaktu,
- zachowanie szczególnej ostrożności i rozwagi,
- zapewnienie spokojnego, odizolowanego, zabezpieczonego przed niepotrzebną ingerencją miejsca,
- rozmowa na temat zaistniałej sytuacji (ważne by pytania były taktowne, wyważone, dostosowane do stopnia otwartości i osobowości osoby),
- podczas rozmowy nie należy prowadzić notatek, nie podejmować innych czynności np. nie odbierać telefonów,
- nie należy oceniać ani nie usprawiedliwiać postępowania nawet, gdy rozmówca tego oczekuje,
- jeżeli osoba podejmująca interwencję czuje się wytrącona z równowagi, zmęczona czy niepewna, powinna wskazać inną osobę, która udzieli pomocy (np. psychiatrę, psychologa, terapeutę).

Schemat rozwiązywania sytuacji trudnych:

- analiza sytuacji trudnej – m.in. sytuacje, w których występują objawy wskazujące na zaburzenie psychiczne ich natężenie, szkodliwość,
- określenie problemu – m.in. czy zaburzenie wymaga diagnozy, leczenia, czy zmian organizacyjnych w placówce,
- szukanie różnych możliwych rozwiązań – m.in. interwencja medyczna natychmiastowa, uruchomienie oddziaływań wewnątrz placówki,
- ocena rozwiązań – analiza mocnych i słabych stron danego rozwiązania z uwzględnieniem holistycznego podejścia do osoby i zabezpieczeniem funkcjonowania placówki,
- wybór najlepszego rozwiązania,
- sposób realizacji wybranego rozwiązania, np. dopilnowanie sporządzenia wywiadu dla

lekarza z Psychiatrycznej Izby Przyjęć.

Sposoby postępowania w sytuacjach trudnych:

- jeżeli osoba nie akceptuje konieczności zmiany np. konieczności diagnozy psychiatrycznej, należy pracować nad motywacją pozwalającą uruchomić potrzebę zmiany,
- jeżeli osoba nie jest otwarta na kontakt z osobą udzielającą pomocy należy konsekwentnie wracać do kontaktu w celu określenia pożądanej zmiany,
- należy wspólnie dokonywać przeglądu alternatywnych dróg postępowania i celów oraz wyznaczenie działań aby je uzyskać,
- należy wspierać wysiłki w celu dokonania zmiany (np. pomoc w dotarciu do psychiatry, psychologa, w konsekwentnym przyjmowaniu leków),
- należy wspierać działania utrwalające nowe zachowania, działania, aktywności.

Warunkiem dobrego funkcjonowania osoby z zaburzeniem psychicznym jest dbałość o wzrost odporności psychicznej realizowanej poprzez:

A. wzrost odporności fizycznej (wg. międzynarodowego Projektu HELPS) poprzez:

1. prawidłowe odżywianie
2. aktywność ruchowa
3. ograniczenie palenia tytoniu
4. ograniczenie nadużywania alkoholu
5. higiena jamy ustnej

B. rozwój zdolności do postrzegania sytuacji kryzysowych jako wyzwania i wprowadzenia zmiany, a nie zagrożenia z którym sobie nie można poradzić,

C. posiadanie sieci oparcia społecznego w najbliższym otoczeniu społecznym, zawodowym,

D. możliwość korzystania z odpowiedniego wsparcia zewnętrznego: medycznego, socjalnego itp.,

E. poszukiwanie znaczącego dla siebie zaangażowania, hobby,

F. uczenie ustawiczne.

Dokumentacja

- notatki z rozmów indywidualnych,
- protokoły ze spotkań zespołu pracowników placówki, grup roboczych powołanych w celu rozwiązania danej sprawy,
- dokumentacja dotycząca współpracy z poszczególnymi placówkami ochrony zdrowia.

V. Zasoby

Szkolenia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Personalne

Realizatorzy usługi:

- opiekunowie, asystenci,
- pracownicy ochrony zdrowia (m.in. psycholodzy, lekarze),
- terapeuci zajęciowi,
- terapeuci środowiskowi,
- studenci kierunków medycznych,
- stażyści,
- wolontariusze – posiadający konieczną wiedzę z zakresu zdrowia psychicznego oraz możliwość szkolenia w tym zakresie, a także dostęp do supervizji.

Podmioty realizujące usługę

Placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Materialne

Realizacja usługi nie wymaga nakładów materialnych. Należy jedynie zapewnić pokój spotkań indywidualnych. Pomieszczenie i jego wyposażenie powinno gwarantować intymność, przyjazną atmosferę i komfort relacji.

Finansowe

Koszty bezpośrednie:

- zatrudnienie/przeszkolenie personelu.

Koszty pośrednie:

- zapewnienie odpowiednich pomieszczeń,
- kampania promocyjna, materiały i wyposażenie.

Potencjalne źródła finansowania:

- środki jednostek samorządu terytorialnego,
- środki własne organizacji pozarządowej,
- dotacje celowe z innych źródeł krajowych i zagranicznych.

Instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

Partnerzy kluczowi:

- podmioty ochrony zdrowia – Poradnie Zdrowia Psychicznego, Szpitale, Oddziały Dienne, Ambulatoria,
- podmioty pomocy społecznej – Ośrodki Pomocy Społecznej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Interwencji Kryzysowej, Środowiskowe Domy Samopomocy, Kluby Samopomocy,
- podmioty edukacji – Zakłady Doskonalenia Zawodowego, Ochotnicze Hufce Pracy, szkoły, uczelnie,
- podmioty rynku pracy – warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, Powiatowe Urzędy Pracy, Centra Integracji Społecznej, podmioty ekonomii społecznej.
- rodzina.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

OPIEKA PALIATYWNA (HOSPICYJNA)

Opieka paliatywna (hospicyjna) jest szczególną formą pomocy skierowaną do chorego w stanie terminalnym. Leczenie paliatywne nastawione jest na łagodzenie dolegliwości oraz towarzyszenie osobie umierającej. Jego celem jest nie tylko uśmierzenie bólu fizycznego ale i psychicznego. Osoby bezdomne w stanach terminalnych podobnie jak i inni pacjenci mają prawo korzystania ze stacjonarnych hospicjów, jak również z ambulatoryjnej i domowej opieki paliatywnej.

I. Definicja i opis usługi

W ostatnich latach widoczny jest znaczący przyrost liczby niepełnosprawnych bezdomnych i osób starszych niezdolnych do samodzielności życiowej (Stenka, 2011 s. 215-216). Prowadzi to do wzrostu zapotrzebowania na usługi świadczone przez wyspecjalizowane placówki, które są w stanie zapewnić adekwatną pomoc i opiekę.

Opieka paliatywna (hospicyjna) wg WHO jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Dotyczy przede wszystkim osób z chorobami nowotworowymi, w schyłkowych etapach degeneracyjnych chorób neurologicznych oraz AIDS. Opieką otaczani są zarówno chorzy, jak i ich rodziny oraz bliscy. Obejmuje ona zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych oraz wspomaganie rodzin chorych w czasie trwania choroby, jak i radzeniu sobie ze stratą bliskiej osoby.

Opieka paliatywna (hospicyjna) jest specjalistycznym świadczeniem medycznym realizowanym w trzech wariantach: stacjonarnym, domowym oraz ambulatoryjnym. Hospicja domowe są samodzielnymi placówkami, w których mogą przebywać osoby z medycznymi wskazaniami, jednocześnie posiadające prawo do świadczeń zdrowotnych (także osoby bezdomne) lub korzystające z usługi na drodze komercyjnej.

Osoba bezdomna przebywająca w placówce całodobowego zakwaterowania może korzystać na jej terenie z hospicyjnej opieki domowej. Usługa ta jest realizowana przez zewnętrzny zespół hospicyjny i jest należycie wystandaryzowana.

Standard w obszarze opieki paliatywnej (hospicyjnej) definiuje, kto jest adresatem tej usługi oraz jakie warunki kadrowe i lokalowe muszą być spełnione, aby mogła być realizowana na terenie placówki zbiorowego zakwaterowania.

II. Cel usługi

Cel główny:

Zwiększenie dostępności i skali korzystania przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, chorujące na nie poddające się leczeniu przyczynowemu i postępujące choroby, wszechstronnej i całościowej opieki paliatywnej.

Cele szczegółowe:

- Zlikwidowanie lub zmniejszenie bólu oraz nasilenia objawów somatycznych.
- Zmniejszenie dyskomfortu psychicznego.
- Poprawa jakości wsparcia i zwiększenie wiedzy pracowników pomocy społecznej z zakresu pomocy osobom w terminalnej fazie choroby.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

Osoby bezdomne przebywające w placówkach i wymagające opieki paliatywnej (hospicyjnej) (Pol-ETHOS: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13).

Przedmiotowy

Warunki konieczne do spełnienia w celu zakwalifikowania do opieki paliatywnej (hospicyjnej) obejmują:

- skierowanie do hospicjum wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zawierającego rozpoznanie terminalnej fazy choroby oraz informacji o braku możliwości dalszego leczenia przyczynowego,

- pisemna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego na objęcie opieką hospicyjną.

Dla właściwej realizacji opieki paliatywnej w warunkach hospicjum domowego na terenie placówki dla osób bezdomnych wskazane jest zastosowanie poniższych elementów:

- pacjenci i opiekunowie powinni być poinformowani o dostępnych numerach kontaktowych zespołu hospicjum, aby mieli możliwość odbywania konsultacji telefonicznych i w razie zaistnienia takiej potrzeby – wezwania lekarza lub pielęgniarki do placówki,
- personel hospicjum powinien przestrzegać zasady pisemnego dokumentowania przekazywanych podczas wizyt zaleceń dotyczących postępowania z chorym, leczenia i ewentualnego przeniesienia do hospicjum stacjonarnego,

- poza zespołem hospicyjnym świadczenia lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i opiekuńcze w miejscu pobytu powinny być realizowane w pewnym zakresie przy udziale personelu placówki i współmieszkańców (samopomoc),
- zespół hospicyjny ma za zadanie edukować chorego i opiekującą się nim osobę (edukacja terapeutyczna).

Przestrzenny

W placówkach dla osób bezdomnych (np. schroniska specjalistyczne) wskazane jest wygospodarowanie sal 1-3 osobowych, w których byłyby zakwaterowane osoby chore. Jest to podyktowane koniecznością zapewnienia spokoju, a także podstawowej intymności dla chorego, koniecznej przy wykonywaniu toalety oraz niektórych zabiegów medycznych czy rehabilitacyjnych.

Należy również zadbać o dostosowanie choć jednego węzła sanitarnego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dotyczy to głównie poszerzenia drzwi i przebudowy prysznica (zlikwidowanie brodzika i zainstalowanie krzeselka i uchwyty na ścianie, co umożliwi skorzystanie z prysznica osobie na wózku inwalidzkim), a także zamontowania uchwytów w toalecie.

W placówkach świadczących usługi potrzebne są także udogodnienia pozwalające na przemieszczanie się osób niepełnosprawnych między piętrami (winda, podjazdy i podnośniki dla wózków).

IV. Organizacja usługi

Opieka paliatywna (hospicyjna) może mieć jedną z trzech form:

- opieka ambulatoryjna, sprawowana w poradniach medycyny paliatywnej, w tym w poradni leczenia bólu, a także w innych poradniach specjalistycznych (np. chirurgicznej, neurologicznej itd.)
- opieka domowa, którą otacza się chorych przebywających w placówkach dla osób bezdomnych, gdzie są oni pielęgnowani przez zespoły domowej opieki paliatywnej (hospicjum domowe),
- opieka stacjonarna (oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne) realizowana w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej (hospicyjnej).

Tylko dwa pierwsze warianty dotyczą osób przebywających w całodobowych ośrodkach zakwaterowania. Niekiedy możliwe jest zastosowanie przez pewien czas opieki

ambulatoryjnej, opartej na wizytach pacjenta we właściwych poradniach, także w stosunku do pacjentów spoza całodobowych ośrodków zakwaterowania.

Zespół opieki paliatywnej (hospicjum domowego) odbywa wizyty w terminie indywidualnie ustalonym przez lekarza hospicjum. Lekarz odwiedza chorego w zależności od potrzeb, lecz nie mniej niż 2 razy w miesiącu, pielęgniarka – w zależności od potrzeb, lecz nie mniej niż 2 razy w tygodniu, a pozostali członkowie zespołu – w zależności od potrzeb pacjenta. Personel opieki paliatywnej (hospicjum domowego) może codziennie udzielać porad przez telefon, ale w razie potrzeby gotów jest do złożenia wizyty w domu chorego. Obliguje to świadczeniodawcę do zorganizowania zespołu interwencyjnego składającego się z lekarza i pielęgniarki, który dysponuje samochodem osobowym z gwarantowaną gotowością użytkowania.

Procedura uzyskania usługi

Przyjęcie chorych do poradni medycyny paliatywnej oraz pod opiekę zespołu domowej opieki paliatywnej (hospicyjnej) odbywa się w oparciu o rozpoznanie u chorych okresu terminalnego choroby, niepoddającej się leczeniu przyczynowemu. Skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego musi zawierać wpis o braku możliwości leczenia przyczynowego choroby. Do hospicjum domowego, oprócz lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, w sytuacjach uzasadnionych względami medycznymi, pacjenci mogą być zgłaszani przez:

- innych pracowników opieki zdrowotnej,
- rodzinę chorego,
- pracowników placówek dla osób bezdomnych,
- same osoby zainteresowane,
- inne osoby

Warunkiem koniecznym do spełnienia jest posiadanie przez pacjenta prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Pacjent lub jego opiekun prawny musi wyrazić zgodę na proponowane postępowanie i umieszczenie pod opieką hospicjum (zarówno domowego, jak i stacjonarnego).

Każdy zgłoszony chory w terminalnej fazie choroby musi być objęty opieką lub należy mu wskazać inny, właściwy ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania zakład opieki zdrowotnej. Każde zgłoszenie chorego musi być odnotowane w dokumentacji prowadzonej przez hospicjum/oddział medycyny paliatywnej.

W uzasadnionych przypadkach chory może być kierowany na leczenie szpitalne. Lekarz kierujący zobowiązany jest wskazać choremu szpitale, w których może być kontynuowane leczenie. Konieczność leczenia szpitalnego, lekarz hospicjum uzasadnia w treści skierowania i w dokumentacji chorego.

Dokumentacja

Właściwie prowadzona dokumentacja jest konieczna do prawidłowej współpracy z zespołem hospicyjnym. Ułatwia także komunikację między pracującymi w różnych godzinach członkami zespołu placówki dla bezdomnych. Dokumentacja obejmuje:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- zeszyt raportów, w którym należy odnotowywać zmiany stanu ogólnego pacjenta i pojawienie się nowych lub nasilenie istniejących już objawów, a także zastosowane leki i wykonane zabiegi.

V. Zasoby

Personalne

W realizacji domowej opieki paliatywnej na terenie placówki dla osób bezdomnych opiekunów biorą udział:

- pracownicy placówki (np. pielęgniarka, opiekun medyczny, psycholog),
- wolontariusze,
- współmieszkańcy, którzy przejmują obowiązki pełnione zazwyczaj przez bezpośrednie otoczenie chorego (w przypadku osób nie bezdomnych najczęściej jest to rodzina).
- zewnętrzny zespół opieki paliatywnej.

Materialne

Do realizacji usługi opieki paliatywnej/hospicyjnej w placówkach dla osób bezdomnych niezbędne jest zapewnienie pacjentom warunków lokalowych, możliwości realizacji zaleceń dietetycznych oraz szeroko rozumianego wsparcia, w tym:

- udostępnienie pokoju umożliwiającego wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych oraz przeprowadzania rozmów, spożywania posiłków.
- zapewnienie w placówce w ramach usługi dostępu do środków medycznych takich jak: materace przeciwoleżynowe, wózki inwalidzkie, chodziki, kule. Wszystkie te elementy są dostępne bezpłatnie w sklepach medycznych po wypełnieniu przez lekarza właściwego

formularza dla danego pacjenta.

W przypadku osób korzystających z usług rehabilitacyjnych konieczne może okazać się zakupienie niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego.

Finansowe

Koszty ponoszone przez placówki pomocy dla bezdomnych obejmują:

- wyżywienie (koszty leczenia dietetycznego),
- koszty osobowe i obsługi,
- wyżywienie (koszty leczenia dietetycznego),
- koszty dostosowania pomieszczeń placówki do realizacji usługi,
- koszty materiałów i wyposażenia,
- naprawa i konserwacja sprzętu specjalistycznego,
- dezynfekcja, deratyzacja, dezynsekcja.

Instytucjonalne

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) (zaopatrzenie chorych w sprzęt rehabilitacyjny, pomocniczy),
- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (refundacja sprzętu rehabilitacyjnego, pomocniczego),
- Ośrodki Pomocy Społecznej (pomoc osobom chorym i ich rodzinom w finansowaniu zakupu leków),
- Organizacje Pozarządowe (organizowanie zbiórek publicznych, wolontariat na rzecz hospicjów i pacjentów przewlekle chorych),
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- placówki ochrony zdrowia,
- kościoły i związki wyznaniowe.

TERAPIA ORAZ PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ

Obszar profilaktyki i terapii uzależnień w standardach zdrowia jest niezwykle ważnym aspektem nie tylko w procesie wychodzenia z bezdomności, ale również w sytuacji udzielania pomocy osobom zagrożonym bezdomnością. Na tle innych osób uzależnionych, osoby bezdomne charakteryzują się niższym ogólnym poziomem kondycji psychicznej, co powoduje, iż często wykazują one niższy poziom motywacji i energii skierowanej na własny rozwój. Dlatego standardy te odwołują się do doświadczeń zdobytych w trakcie realizacji tych programów, które wskazują na rozwiązania optymalizujące skuteczność procesów terapeutycznych i działań profilaktycznych.

Podstawowym celem niniejszej standaryzacji jest ułatwienie organizacjom, placówkom podnoszenia jakości oferowanych usług poprzez kompleksową opiekę, zarówno psychologiczną, medyczną, jak i prawną. W materiale zaprezentowano szczegółowe wskazówki pomocy osobom bezdomnym oraz zagrożonym bezdomnością z perspektywy profilaktyki i terapii uzależnień, redukcji szkód oraz post-rehabilitacji.

I. Opis usługi

Terapia oraz profilaktyka uzależnień osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością polega na podejmowaniu kompleksowych działań przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów począwszy od diagnozy zaburzeń, poprzez realizację programów psychoterapeutycznych i indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych, po działania konsultacyjno-koordynacyjne i przygotowania planu postępowania po zakończeniu terapii. Osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, które są uzależnione, wymagają uruchomienia w nich potrzeby i gotowości do zmiany jako niezbędnego warunku rozpoczęcia procesu leczenia. Najbardziej przydatną techniką w kontakcie z osobą uzależnioną jest wywiad motywujący, który opiera się na wzmacnianiu poczucia odpowiedzialności za zmianę. Wymaga to od pracowników socjalnych, pracowników placówek dla osób zagrożonych i osób bezdomnych umiejętności prowadzenia wywiadu motywującego w oparciu o odpowiednie założenia. Motywowanie do zmiany to proces oparty o aktywne słuchanie, odwoływanie się do ważnych celów i wartości oraz identyfikowanie i mobilizowanie wewnętrznych zasobów.

Podjęcie przez osoby zmotywowane do zmiany terapii uzależnień polega na zaangażowaniu autentycznych wysiłków i korzystaniu z oferty różnych oddziaływań

terapeutycznych, w zależności od potrzeb i możliwości. Skuteczność działań wymaga ścisłej współpracy pomiędzy placówkami realizującymi programy postrehabilitacyjne, a także pomiędzy poradniami kierującymi na leczenie stacjonarne, ośrodkami terapii uzależnień, ośrodkami zdrowia i pomocy społecznej, wspólnotami AA/NA oraz osobami zajmującymi się redukcją szkód. Działania z zakresu terapii obejmują równoległą pracę nad wychodzeniem z uzależnienia i bezdomności w oparciu o niejednorodną (składającą się nie tylko z osób bezdomnych) grupy terapeutyczne (Woronowicz, 2009 s. 345-349).

II. Cel usługi

Cel główny:

Poprawa jakości życia umożliwiająca, w zależności od zastosowanych form oddziaływań, osiągnięcie zmiany postaw i zachowań wśród osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe:

- Wzrost wiedzy i świadomości na temat uzależnień, biopsychospołecznych skutków używania substancji psychoaktywnych oraz możliwości szukania i zdobycia pomocy w tym zakresie oraz wzrost liczby osób poddających się terapii uzależnień.
- Zwiększenie liczby zmian postaw i systemu zachowań poprzez uczestniczenie w programie terapeutycznym, adekwatnym do potrzeb, możliwości i oczekiwań danej osoby oraz utrzymanie i wzmocnienie efektów osiągniętych w wyniku wyżej wymienionych oddziaływań terapeutycznych.
- Zmniejszenie zachowań ryzykownych oraz zminimalizowanie szkód i zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i podejmowaniem innych zachowań ryzykownych w tym prowadzących do rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą iniekcji oraz kontaktów seksualnych.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

W ramach stacjonarnego długo- i krótkoterminowego oraz dziennego i ambulatoryjnego programu terapii leczenia uzależnień (Pol- ETHOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13):

- osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, uzależnione od substancji psychoaktywnych (z wyłączeniem kofeiny i nikotyny) bądź osoby uczestniczące w programach substytucyjnych

oraz podejmujące inne zachowania ryzykowne o charakterze kompulsywnym.

Zachowania kompulsywne związane są z zaburzeniem nawyków i popędów (impulsów).

Przejawiają się w utracie kontroli nad swoim zachowaniem i powtarzaniu pewnych czynności (np. robienie zakupów, uprawianie hazardu), pomimo odczuwania negatywnych ich skutków.

W ramach ambulatoryjnej terapii uzależnień:

- osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, uzależnione/używające szkodliwie substancji psychoaktywnych lub podejmujące inne zachowania ryzykowne o charakterze kompulsywnym oraz osoby uczestniczące w programach substytucyjnych i postrehabilitacyjnych.

W ramach redukcji szkód:

- osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością uzależnione od substancji psychoaktywnych lub używające ich w sposób szkodliwy,
- osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością podejmujące inne zachowania ryzykowne o charakterze kompulsywnym.

W ramach profilaktyki uzależnień:

- pracownicy placówek dla osób bezdomnych oraz osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, przebywające w placówkach.

Przestrzenny

Standardowym działaniem jest prowadzenie terapii uzależnień poza placówkami dla osób bezdomnych. Niemniej jednak istnieje możliwość zatrudnienia wewnątrz placówki specjalisty terapii uzależnień i prowadzenie działań terapeutycznych na terenie placówki. W sytuacji, gdy placówka nie ma możliwości zatrudnienia specjalistów, konieczne jest nawiązanie stałej współpracy ze specjalistycznymi placówkami posiadającymi kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Formy oddziaływania w zakresie terapii oraz profilaktyki uzależnień dzielimy na dwa główne nurty:

1. Oddziaływania terapeutyczne prowadzone poza placówkami dla osób bezdomnych:

- stacjonarny długoterminowy program terapii uzależnień,
- stacjonarny krótkoterminowy program terapii uzależnień,
- dzienny program terapii uzależnień,
- ambulatoryjna terapia uzależnień.

2. Inne oddziaływania podejmowane w obszarze terapii i profilaktyki uzależnień realizowane przez instytucje świadczące usługi dla osób bezdomnych w placówkach oraz poza placówkami, a także inne instytucje wyspecjalizowane:

- redukcja szkód,
- profilaktyka uzależnień – uniwersalna, selektywna, wskazująca,
- postrehabilitacja,
- wsparcie psychospołeczne (ruchy samopomocowe, kluby abstynenta, stowarzyszenia trzeźwościowe).

W przypadku terapii uzależnień działania powinny być świadczone w specjalistycznych placówkach zajmujących się terapią uzależnień. Umożliwia to tworzenie niejednorodnych grup, złożonych nie tylko z osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Działania powinny być realizowane w systemie całodobowym, dziennym i ambulatoryjnym. Czas trwania zakresu świadczonych usług zależy od specyfiki danej placówki i potrzeb osoby korzystającej z usługi.

W sytuacji, gdy placówka dla osób bezdomnych zatrudnia specjalistę terapii uzależnień oraz posiada specjalne pomieszczenie przeznaczone do prowadzenia terapii grupowych, następujące działania mogą również być realizowane na miejscu (terapia indywidualna oraz grupowa, grupy samopomocowe).

W przypadku redukcji szkód usługa świadczona jest:

- poza placówkami, tj. „na ulicy” w miejscach przebywania osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością,
- przez placówki realizujące programy z zakresu redukcji szkód w postaci grupowych i/lub indywidualnych spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz spotkań indywidualnych,
- przez dzienne ośrodki terapii uzależnień prowadzące programy substytucyjne.

W przypadku profilaktyki uzależnień usługa świadczona jest:

- przez placówki zajmujące się pomocą osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością, realizowana w postaci serii grupowych spotkań informacyjno – edukacyjnych oraz spotkań indywidualnych adresowanych do realizatorów i organizatorów.

IV. Organizacja usługi

Procedury postępowania:

Efektywna terapia uzależnień wymaga współpracy pomiędzy zespołem prowadzącym diagnozę i leczenie a zespołem realizującym z uzależnioną osobą indywidualny

Program Wychodzenia z Bezdumności lub w przypadku osób uzależnionych zagrożonych bezdumnością – Kontrakt socjalny.

Korzystanie z usług poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień nie wymaga uprzedniego skierowania od lekarza. Gdy zaistnieje taka potrzeba, skierowanie do podjęcia terapii stacjonarnej wystawia lekarz pierwszego kontaktu bądź lekarz psychiatra poradni.

Od pierwszego kroku do terapii:

- diagnoza uzależnienia (na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10),
- diagnoza problemów wynikających z faktu bycia osobą bezdumną,
- stworzenie indywidualnego planu terapii uzależnień,
- realizacja indywidualnego planu terapii uzależnień poprzez uczestnictwo w następujących formach wsparcia – społeczności terapeutycznej, terapii grupowej, terapii indywidualnej, ergoterapii, terapii zajęciowej, zajęciach psychoedukacyjnych z zakresu wiedzy na temat uzależnień, zajęciach integracyjnych rozwijających umiejętności konstruktywnego spędzania czasu wolnego,
- realizacja programu wychodzenia z bezdumności poprzez uczestnictwo w zajęciach psychoedukacyjnych z zakresu deficytów związanych z bezdumnością, uczestnictwo w terapii indywidualnej, ergoterapii, terapii zajęciowej, integracji,
- konsultacje lekarskie (psychiatryczne i inne).

Procedury terapii indywidualnej ujęte są w standardach pracy określonych w rozporządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dostosowane do potrzeb i możliwości osób korzystających z usługi.

Redukcja szkód w zależności od misji oraz założeń statutowych organizacji realizującej tę usługę może zawierać:

- realizację działań polegających na nieodpłatnej wymianie lub rozdawaniu sprzętu iniekcyjnego osobom bezdumnym zażywającym środki psychoaktywne dożylnie
- leczenie substytucyjne,
- dostęp do pokoi iniekcyjnych,
- testowanie składu narkotyków,
- informację, edukację, komunikację, docieranie do środowisk (streetworking),,
- rozpowszechnianie edukacyjnych ulotek informacyjnych,
- rozdawnictwo prezerwatyw,
- interwencje w postaci konsultacji indywidualnych, służących motywowaniu do zmiany zachowań w celu zminimalizowania szkód wynikających z uzależnienia od substancji

psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych,

- motywowanie do podjęcia leczenia.

Profilaktyczne formy pracy z osobami bezdomnymi muszą zawierać następujące działania:

- zajęcia informacyjno-edukacyjne,

- zajęcia informacyjno-edukacyjne na temat form i możliwości uzyskania pomocy w zakresie uzależnień,

- interwencja w postaci konsultacji indywidualnych służących motywacji do podjęcia terapii w zakresie uzależnień.

Sposoby postępowania

Terapia uzależnień:

- stworzenie indywidualnego programu terapeutycznego obejmującego pracę nad uzależnieniem oraz nad wychodzeniem z bezdomności, a następnie przejście pełnego procesu terapeutycznego,

- zdobycie wiedzy na temat uzależnienia przewidzianej w programie terapii, a także wiedzy i umiejętności związanych z zapobieganiem nawrotom, uczestnictwo w zajęciach oferowanych w programie terapeutycznym,

- uczestnictwo w programie postrehabilitacyjnym. W przypadku ukończenia stacjonarnych lub dziennych programów realizowanych przez specjalistyczną placówkę, podejmowanie dalszej terapii podtrzymującej np. ambulatoryjnej terapii grupowej lub indywidualnej, uczestniczenie w grupach samopomocowych (np. AA, NA),

- kontynuowanie procesu wychodzenia z bezdomności,

- samodzielne funkcjonowanie bez potrzeby wsparcia terapeutycznego w obszarze uzależnień.

Redukcja Szkód:

- 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 przez odbiorców działania, potrzebujących dostępnych i adekwatnych form terapii,

- zainicjowanie procesu wychodzenia z bezdomności.

Profilaktyka:

- uzyskanie przez osoby bezdomne przebywające w placówkach rzetelnej wiedzy na temat

tego, czym jest uzależnienie

i jakie są konsekwencje szkodliwego nadużywania substancji psychoaktywnych oraz możliwości uzyskania pomocy,

- podjęcie terapii w zakresie uzależnienia przez osoby uczestniczące w programach profilaktycznych, które tej terapii wymagają.

Dokumentacja

Działania takie jak terapia stacjonarna długo- i krótkoterminowa oraz dzienna i ambulatoryjna powinny być dokumentowane w następujący sposób:

- 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 (kontrakt zawarty pomiędzy osobą uzależnioną a specjalistami z placówki leczenia uzależnień i osób bezdomnych) uwzględniający zasady obowiązujące w danej placówce terapeutycznej.

Redukcja Szkód:

- program zajęć informacyjno-edukacyjnych,
- raport końcowy uwzględniający liczbę i przebieg zajęć oraz odbyte sesje indywidualne.

W raporcie należy uwzględnić dokładną liczbę wszystkich podjętych oddziaływań, jak również liczbę osób biorących w nich udział, temat danego oddziaływania i ewentualnie rozdane materiały.

Profilaktyka uzależnień:

- program zajęć informacyjno-edukacyjnych,
- lista uczestników,
- raport końcowy uwzględniający przebieg zajęć oraz odbyte sesje indywidualne.

V. Zasoby

Personalne

- podmioty samorządowe,
- organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe,
- podmioty lecznicze,

- wspólnoty AA/NA,
- Ośrodki Pomocy Społecznej.

Materialne

Pomieszczenia do realizacji spotkań terapeutycznych indywidualnych i grupowych oraz ich wyposażenie (patrz: Standard Mieszkalnictwo i Pomoc Doraźna).

Finansowe

Placówki prowadzące programy z zakresu terapii i profilaktyki uzależnień finansowane są z NFZ, budżetu państwa lub też z dotacji samorządowych (urzędy gminy, urzędy wojewódzkie).

Koszty bezpośrednie:

Stawki określone są na podstawie rekomendacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i obejmują zatrudnienie w placówce:

- lekarza psychiatry,
- lekarza internisty,
- specjalisty terapii uzależnień,
- psychologa.

Koszty pośrednie:

- koszty osobowe administracji i obsługi,
- płace personelu administracyjnego,
- wyżywienie,
- koszty materiałów i wyposażenia (w tym środków trwałych),
- zakup artykułów biurowych.

Institutionalne

- podmioty medyczne oferujące współpracę z lekarzem psychiatrą, internistą, terapeutą i psychologiem
- placówki posiadające kontrakt z NFZ

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA

Trwająca od kilkunastu lat reforma systemu opieki zdrowotnej w Polsce zaowocowała restrukturyzacją świadczeń szpitalnych. Efektem jest brak możliwości hospitalizacji osób obłożnie i przewlekle chorych, wymagających jedynie wzmożonej, profesjonalnej pielęgnacji i dziennej opieki. W związku z tym pojawia się duże zapotrzebowanie na różne formy opieki długoterminowej realizowanej w domu chorego.

Osoby bezdomne, podobnie jak osoby w podeszłym wieku z powodu złożoności problemów zdrowotnych, psychicznych, społecznych i ekonomicznych ograniczających ich samodzielne funkcjonowanie są wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej. Pomoc społecznej, aby zapewnić wsparcie i opiekę adekwatną do potrzeb.

Poniżej przedstawiono aktualnie funkcjonujący system pomocy osobie chorej niekwalifikującej się do hospitalizacji, a ze względu na stan zdrowia wymagającej fachowej pomocy w procesie zdrowienia.

I. Definicja i opis usługi

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – to dzienna opieka ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja obłożnie i przewlekle chorych.

Usługa ta realizowana jest wobec osób bezdomnych, które ze względu na stan zdrowia wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej realizowanej w warunkach domowych we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

II. Cel usługi

Cel główny:

Zmniejszenie lub likwidacja dolegliwości psychosomatycznych oraz zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego chorym przebywającym w placówkach dla osób bezdomnych, niekwalifikującym się do leczenia szpitalnego, z deficytami w samoopiece i samopielęgnacji.

Cele szczegółowe:

- Poprawa dostępu do świadczeń w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym, zwiększenie poziomu przygotowania chorego i osób z jego otoczenia do samoopieki i samopielęgnacji oraz radzenia sobie z niepełnosprawnością.
- Zwiększenie dostępu do leczenia farmakologicznego i żywienia dostosowanego do

stanu zdrowia chorego.

- Wzrost jakości realizacji zadań opiekuńczo–pielęgniacyjnych oraz zwiększenie zakresu oferowanego wsparcia osobom tego wymagającym.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

Osoby bezdomne (Pol-ETHOS: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13) wymagające pielęgniarstwa i usługi długoterminowej w okresie zdrowienia.

Przedmiotowy

Zapotrzebowanie na opiekę domową długoterminową składa się u lekarza POZ, który ocenia zakres usług.

Opieka domowa długoterminowa jest realizowana przez pielęgniarkę będącą pracownikiem POZ. Powinna być świadczona we wszystkie dni tygodnia łącznie z dniami ustawowo wolnymi od pracy (w medycznie uzasadnionych przypadkach).

Zadaniem opieki domowej długoterminowej jest zapobieganie powikłaniom, stanom zapalnym, zakażeniom, odleżynom, deformacjom, zmierzanie 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 zastrzeżeń choroby.

Przestrzenny

Usługa świadczona jest w miejscu pobytu osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością.

IV. Organizacja usługi

Procedury postępowania

Tryb kierowania chorego do pielęgniarstwa i opieki długoterminowej domowej jest uwarunkowany posiadaniem skierowania upoważniającego do objęcia wyżej wymienioną usługą. Procedura dotyczy wszystkich ubezpieczonych pacjentów. Skierowanie wydawane jest przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Za realizację usługi odpowiada bezpośrednio pielęgniarka długoterminowa, natomiast świadczeniobiorca lub osoba sprawująca opiekę gwarantują środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne środki wynikające z zaleceń lekarskich.

Zadaniem pielęgniarki środowiskowej jest zapewnienie świadczeń w środowisku

domowym (w przypadku osoby bezdomnej w placówce zapewniającej całodobowe zakwaterowanie) pacjentom obłożnie chorym, przygotowanie chorego i osób z jego otoczenia do samoopieki i samopielęgnacji oraz radzenia sobie z niepełnosprawnością. Zadaniem zespołu placówki jest natomiast monitorowanie przebiegu całego procesu opieki długoterminowej począwszy od rozpoznania potrzeb chorego przez organizację usługi.

Sposoby postępowania

Zakres i charakter profesjonalnej usługi świadczonej przez pielęgniarkę zależy przede wszystkim od rodzaju objawów i dolegliwości oraz stopnia ograniczeń osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Do najczęstszych czynności należą: wykonywanie opatrunków, pielęgnacja przetoki, pomoc w żywieniu i nawadnianiu pacjenta, edukacja i promocja zdrowia służące nabywaniu umiejętności pielęgnacji i samoobsługi, świadczenia higieniczno – pielęgnacyjne zapewniające działania przeciwoleźynowe. Istotnym elementem profesjonalnej pielęgnacji jest również udzielanie wsparcia emocjonalnego. Zadania organizatora świadczenia są komplementarne wobec usług świadczonych przez pielęgniarkę. Ich celem jest tworzenie warunków umożliwiających realizowanie czynności pielęgniarzkich oraz zbudowanie takiej współpracy i podziału obowiązków, które pozwolą na zapewnienie jak najlepszej pomocy osobie przebywającej w placówce, również pod nieobecność pielęgniarki. Pracownicy dostarczając osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością pomocy w radzeniu sobie ze swoimi ograniczeniami i dolegliwościami, stają się również ważnym dla nich źródłem wsparcia psychologicznego.

Rodzaj i kolejność czynności

- zgłoszenie potrzeby świadczenia usługi do lekarza POZ,
- przygotowanie warunków zewnętrznych i pacjenta do uczestnictwa w zabiegach.

Dokumentacja

Placówka powinna prowadzić dokumentację niezbędną podczas konsultacji medycznych.

Dotyczy ona:

- wizyt pielęgniarzkich,
- wizyt rehabilitacyjnych,
- zaleceń pielęgniarzkich,
- kart obserwacyjnych (w dokumentacji powinny znajdować się informacje z obserwacji

chorego, w szczególności dotyczące nowych zachowań czy też symptomów, które mogłyby świadczyć o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta albo o nowej dolegliwości).

V. Zasoby

Personalne

Niezbędnym warunkiem do realizacji usługi pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest współpraca zespołu placówki, w której przebywa chory z pielęgniarką środowiskową bezpośrednio realizującą usługę.

Zatem głównym realizatorem usługi jest pielęgniarka, współpracująca z:

- lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- rehabilitantem;
- personelem placówki dla osób bezdomnych,
- wolontariuszami,
- stażystami,
- studentami kierunków medycznych,
- współmieszkańcami.

Podmioty realizujące usługę

- indywidualna praktyka pielęgniarska
- przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych.

Materialne

Placówki dla osób bezdomnych powinny spełniać warunki sanitarne wyszczególnione w standardzie mieszkalnictwo i pomoc doraźna.

Finansowe

- koszty zatrudnienia (opiekunowie, asystenci osób niepełnosprawnych),
- wyżywienie uwzględniające diety osób niepełnosprawnych
- zakup niezbędnego sprzętu medycznego bądź rehabilitacyjnego (sprzęt może być refundowany przez NFZ bądź PFRON)

Instytucjonalne

- Podstawowa Opieka Zdrowotna

- Uczelnie medyczne
- Centrum wolontariatu
- Organizacje pozarządowe
- PFRON
- PUP
- PCPR

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

OPIEKA ZDROWOTNA SKIEROWANA DO OSÓB BEZDOMNYCH WYMAGAJĄCYCH USŁUG LECZNICZYCH, OPIEKUŃCZO- PIELĘGNACYJNYCH I REHABILITACYJNYCH

Standard ten dotyczy osób bezdomnych przewlekle chorych, które nie wymagają hospitalizacji, oczekują na miejsce w specjalistycznych ośrodkach opiekuńczo – leczniczych, a ich stan zdrowia wymaga interwencji wykwalifikowanego zespołu. Obszar ten jest kolejnym, po usłudze opieki pielęgniarskiej długoterminowej, etapem w świadczeniu dziennych, czasowych usług specjalistycznych.

I. Definicja i opis usługi

Usługa określa zakres kompleksowych działań służących uzyskaniu poprawy stanu zdrowia i usprawnieniu funkcjonowania osoby bezdomnej przebywającej w placówce lub zatrzymanie procesu pogarszania się jej stanu zdrowia.

Usługa lecznicza – polega na stałej współpracy personelu z lekarzem oraz zapewnieniu konsultacji specjalistycznych, badań diagnostycznych, leczenia dietetycznego, wizyt domowych lekarza pierwszego kontaktu w placówce, zapewnieniu niezbędnych leków, pomocy w zaopatrzeniu w materiały opatrunkowe i drobny sprzęt medyczny. Placówka może zatrudnić lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarzy specjalistów (np. w ramach indywidualnych praktyk lekarskich). Jednak najczęstszą praktyką jest korzystanie z opieki lekarza pierwszego kontaktu w przychodni, w której pacjent złoży deklarację wyboru lekarza i pielęgniarki środowiskowej.

Usługa opiekuńczo – pielęgnacyjna – realizowana jest w sytuacji, kiedy w placówkach dla osób bezdomnych znajdują się osoby chore, starsze, niepełnosprawne, wymagające niejednokrotnie interwencji pielęgniarskiej. Usługa rehabilitacyjna - ma na celu utrzymanie sprawności fizycznej mieszkańców, mobilizację do jak najdłuższej samodzielności w życiu codziennym, poprawę sprawności ruchowej w przypadku stanów cięższych. Usługa może być realizowana przez rehabilitanta w ramach kontraktów z NFZ lub wynikających z indywidualnej praktyki rehabilitacyjnej. Miejscem realizacji poza placówką dla osób bezdomnych może być ośrodek zewnętrzny. W tym przypadku konieczne jest skierowanie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Osoba kierowana na rehabilitację musi posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne. Należy liczyć się z koniecznością dowożenia osób bezdomnych na zabiegi.

Terapia zajęciowa – jest jedną z form aktywizacji osób bezdomnych. Jej zadaniem jest uaktywnienie osoby bezdomnej przez wykonywanie określonych czynności mających często również charakter usprawniania psychicznego i fizycznego. Terapia zajęciowa służyć może także preorientacji zawodowej. Stanowi ona oddzielną formę rehabilitacji. Oddziałuje ona zarówno na sprawność fizyczną, jak i psychiczną.

Wsparcie psychologa – to oddziaływanie psychologiczne realizowane w formie zajęć grupowych, indywidualnych. Obejmuje również diagnozę psychologiczną, opracowanie i realizację indywidualnego planu terapeutycznego, zajęć psychoedukacyjnych i treningów podnoszących umiejętności społeczne uczestników. Psycholog wydaje również opinie o osobach bezdomnych i zagrożonych bezdomnością dla potrzeb orzecznictwa oraz w celu kompletowania dokumentacji do DPS. Psycholog współpracuje z pracownikiem socjalnym i kadrą opiekuńczą w celu jak najsprawniejszej realizacji planu pomocowego

Wsparcie psychiatry – to umożliwienie osobom bezdomnym kontaktu z lekarzem psychiatrą, w celu diagnozy stanu zdrowia psychicznego lub pomocy w kontynuacji leczenia.

Umożliwienie osobom bezdomnym korzystania ze specjalistycznej pomocy w wyspecjalizowanych placówkach lub zakup usług w ramach indywidualnych praktyk lekarskich.

Osoby bezdomne: starsze, chore i niepełnosprawne mają ograniczony dostęp do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i/lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), a część z nich mimo swojej niepełnosprawności nie kwalifikuje się do nich. Jedną z zasadniczych przyczyn jest proces kwalifikowania pacjentów do w/w zakładów w oparciu o skalę Barthel. Pacjent przyjmowany do tego typu placówek musi spełniać warunki zawarte w punktacji od 0 do 40, która określa stan jego zdrowia i sprawności. W tym przypadku koszt opieki w placówkach pokrywany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Część osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, które osiągają powyżej 40 pkt. w skali Barthel nie może zostać przyjęta, mimo swojej choroby i niepełnosprawności. Miejscem ich pobytu staje się zatem placówka dla osób bezdomnych, w której często nie zapewnia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych. Funkcjonujące placówki dla osób bezdomnych różnicowane pod względem infrastruktury, wyposażenia oraz zasobów kadrowych nie są w stanie zapewnić opieki wielu osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym.

II. Cel usługi

Cel główny:

Poprawa sytuacji zdrowotnej i samopoczucia oraz zwiększenie poziomu przygotowania chorej osoby bezdomnej i jej otoczenia do samoobsługi.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie dostępności i poziomu korzystania z opieki i pielęgnacji, leczenia, konsultacji specjalistycznych i rehabilitacji.
- Zmniejszenie pogłębiania się chorób i dysfunkcji a także dyskomfortu psychicznego.
- Poprawa monitorowania procesu leczenia i podwyższenie jakości opieki i pielęgnacji, leczenia, konsultacji specjalistycznych i rehabilitacji.

III. Zakres usługi

Podmiotowy

Osoby bezdomne przebywające w placówkach dla osób bezdomnych (Pol-ETHOS: 3, 4, 5, 7), wymagające usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych

Przedmiotowy

W ramach usługi realizowane jest wsparcie w zapewnieniu dostępu do:

- usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- rehabilitacji ruchowej,
- leczenia,
- opieki psychologa/psychiatry,
- terapii zajęciowej,
- opieki społecznej.

Przestrzenny

Usługi są świadczone w placówkach dla osób bezdomnych, do momentu poprawy stanu zdrowia podopiecznego.

IV. Organizacja usługi

Organizacja tej usługi polega na różnorodności usług, przedstawionych w Definicji i opisie usługi:

- zgłoszenie osoby bezdomnej do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu uzyskania skierowania na realizację usług przedstawionych w definicji,
- umożliwienie realizacji poszczególnych usług w placówce dla osób bezdomnych poprzez stworzenie właściwych warunków,
- podjęcie współpracy organizatora usługi z realizatorem zadania,

Dokumentacja

- zeszyt wizyt specjalistów świadczących usługi,
- zeszyt zaleceń,
- własne karty obserwacyjne,

V. Zasoby

Personalne

Organizatorem usługi jest kierownik placówki dla osób bezdomnych.

Realizatorami usługi są:

- pielęgniarka,
- psycholog,
- rehabilitant,
- lekarze specjaliści,
- terapeuci,

Podmioty realizujące usługę

Placówki świadczące pomoc dla osób bezdomnych, w których przebywają czasowo osoby, które ze względu na stan zdrowia wymagają usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych oraz psychologicznych.

Usługa realizowana przez zespół leczniczy, opiekuńczo-pielęgnacyjny, rehabilitacyjny, psychologa, terapeutę zajęciowego.

Materialne

Placówka jest zobowiązana przygotować pomieszczenia zgodnie z potrzebami realizatora usługi (standard mieszkalnictwo i pomoc doraźna).

Finansowe

- zakup środków czystości i higieny,

- zakup podstawowych leków i materiałów medycznych,
- zakup usług utylizacyjnych odpadów medycznych,
- koszty osobowe administracji i obsługi placówki dla osób bezdomnych,
- wyżywienie,
- koszty materiałów i wyposażenia,
- naprawa i konserwacja sprzętu specjalistycznego,
- dezynfekcja, deratyzacja, dezynsekcja.

Potencjalne źródła finansowania:

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- Jednostki Samorządu Terytorialnego,
- Ośrodki Pomocy Społecznej,
- środki własne organizacji pozarządowej,
- partycypacja osoby bezdomnej w kosztach.

Instytucjonalne

W celu zapewnienia optymalnych warunków realizacji usług placówka dla osób bezdomnych powinna współpracować z:

- Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie,
- Ośrodkami Pomocy Społecznej,
- powiatowymi zespołami ds. orzekania o niepełnosprawności,
- sądami,
- prokuraturą,
- organizacjami pozarządowymi,
- placówkami ochrony zdrowia,
- kościołami,
- wolontariuszami,
- punktami konsultacyjnymi,
- grupami samopomocy,
- placówkami oświatowymi.

STANDARDY ZATRUDNIENIA I EDUKACJI

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

Wprowadzenie – misja standardów

Zatrudnienie i Edukacja to obszar usług społecznych, niezbędnych by zapewnić osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością dostęp do edukacji, pracy, aktywności społecznej i możliwości rozwoju osobistego, dzięki czemu mogą oni korzystać z pełni praw obywatelskich, społecznych, gospodarczych i kulturalnych. Misja bezpośrednio nawiązuje do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela, szczególnie artykułów: 23, 26 i 29, które stanowią: „każdy człowiek ma prawo do pracy (...)” „każdy człowiek ma prawo do nauki (...)” oraz „każda jednostka ma obowiązki wobec wspólnoty, bo tylko w niej możliwy jest swobodny i pełny rozwój osobowości.”

Standardy „Zatrudnienie i Edukacja” obejmuje cztery rodzaje usług:

- Aktywizację społeczną
- Edukację
- Aktywizację zawodową
- Zatrudnienie subsydiowane

Cele

Cel główny:

Uzyskanie przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością samodzielności życiowej poprzez podwyższenie aktywności i kompetencji społecznych oraz wiedzy ogólnej, kwalifikacji i umiejętności zawodowych, a także podjęcie i utrzymanie zatrudnienia.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele w obszarze zatrudnienia i edukacji z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby, a bezpośrednie na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie skali bierności zawodowej i bezrobocia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Wzrost dostępności i jakości usług zatrudnienia i edukacji ukierunkowanych na aktywizację społeczną i zawodową

- Zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia a także zmniejszenie kosztów społecznych⁴³.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele w obszarze zatrudnienia i edukacji z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób.

- Wzrost umiejętności społecznych i ogólnej aktywności społecznej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w różnych obszarach.
- Wzrost poziomu umiejętności, wykształcenia i kwalifikacji zawodowych wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Zwiększenie poziomu aktywności zawodowej i podejmowania i utrzymania zatrudnienia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Stosowanie usług Standardów „Zatrudnienie i Edukacja” powinno być skorelowane z usługami Standardu „Praca Socjalna”, co zwiększy szanse korzystnych zmian w aktywności społecznej i zawodowej osób objętych wsparciem. Usługi Standardów „Zatrudnienie i Edukacja” skierowane są do wszystkich osób wymienionych w Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS tj. poz. 1 do poz.13.

⁴³ Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie/spoleczeństwo.

1. USŁUGA „AKTYWIZACJA SPOŁECZNA”

1.1. Definicja usługi

Usługa „Aktywizacja społeczna” to różnorodne formy wsparcia, stosowane w celu zmiany postaw, zwiększenia gotowości do pełnienia ról społecznych i zintegrowania ze społeczeństwem przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością. Skorzystanie z usługi umożliwi tym osobom aktywność społeczną na optymalnym, w stosunku do ich możliwości poziomie.

1.2. Cel usługi

Cel główny:

Zwiększenie możliwości osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością pełnej partycypacji w życiu społecznym, w tym również integracji ze środowiskiem lokalnym.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie świadomości, motywacji i potrzeby podejmowania aktywności społecznej oraz odpowiedzialności wobec wspólnoty i empatii w stosunku do jej członków.
- Podwyższenie kompetencji i aktywności społecznej w sferach m.in. relacji, edukacji, kultury, rodziny, społeczności, sportu, rekreacji.
- Wzrost akceptacji powszechnych wartości i przestrzegania norm moralnych i obyczajowych.

1.3. Zakres usługi

1.3.1. Podmioty

Odbiorcami usługi są osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością niezależnie od miejsca przebywania/zamieszkania i gotowości do współpracy. Propozycje skorzystanie z usługi „Aktywizacja społeczna” przedstawiają osobom bezdomnym lub zagrożonym bezdomnością:

- 1) pracownicy placówek, w których przebywają osoby bezdomne,
- 2) pracownicy i specjalistów zatrudnionych w ośrodkach pomocy społecznej,
- 3) pracownicy innych instytucji i podmiotów statutowo zajmujących się problematyką pomocy społecznej, reintegracji społecznej i zawodowej oraz przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu.

1.3.2. Przedmiotowy

Usługa polega na podjęciu - w uzgodnieniu z osobą bezdomną lub zagrożoną bezdomnością - działań ukierunkowanych na wzrost jej aktywności społecznej, rozbudzenie potencjału, woli decydowania o sobie i chęci uczestniczenia w życiu społecznym. Skorzystanie z tej usługi powinno skutkować podejmowaniem innych działań przewidzianych w Standardach „Zatrudnienie i Edukacja”.

Efektom wprowadzenia usługi „Aktywizacja społeczna” osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością, którzy są w wieku produkcyjnym, a stan ich zdrowia pozwala na podjęcie pracy - jest uzyskanie przez nie gotowości do korzystania z usług aktywizacji zawodowej, a także wsparcia w podjęciu i utrzymaniu zatrudnienia.

1.3.3. Przestrzenny

Usługa ta realizowana jest na terenie gminy (w placówkach i poza nimi), w której przebywają/zamieszkują osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością.

1.4. Sposób realizacji usługi

1.4.1. Usługa „Aktywizacja społeczna” jest realizowana indywidualnie lub grupowo.

Powinna być przeprowadzana w sposób planowy z uwzględnieniem zasobów i deficytów danej osoby.

Usługa jest realizowana poprzez:

1) Przeprowadzenie autodiagnozy:

Autodiagnoza to inaczej samoopis, analiza siebie i motywów swojego postępowania, cech charakteru itp. Celem wprowadzenia autodiagnozy do usług z zakresu aktywizacji społecznej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest podwyższenie samoświadomości, utwierdzenie w podmiotowości, odpowiedzialności i możliwości wpływu na zmianę własnej sytuacji życiowej. Istotne jest także nawiązanie partnerskiej relacji między pomagającym (pracownikiem socjalnym, asystentem osoby bezdomnej czy psychologiem) a osobą korzystającą z pomocy. U osób wykluczonych społecznie dostęp do treści samowiedzy może być z wielu powodów utrudniony np. z powodu uboższego zasobu słów, trudności z uogólnianiem, niedostatecznego wglądu w siebie, braku treningu. Tradycyjne metody opisu siebie są więc w tym przypadku niewystarczające.

Dlatego też autodiagnoza powinna być przeprowadzona za pomocą specjalnego narzędzia, tzw. **Kart Autodiagnozy**. Dziesięć kart ilustruje dwa bieguny pięciu podstawowych cechy

osobowości. Podczas swobodnej rozmowy specjalista pracujący z daną osobą przedstawia jej karty prosząc o odpowiedź, które z nich najlepiej ją charakteryzują. Na jednej stronie kart (awersie) znajduje się zabawny rysunek sugerujący, że przedstawiony na nim człowiek ma szczególnie rozwiniętą jedną z cech osobowości przedstawionych w tzw. Wielkiej Piątce: neurotyczność - vs stałość emocjonalna, ekstrawersję - vs introwersja, otwartość na doświadczenie - vs. konserwatyzm, ugodowość - vs antagonizm, sumienność - vs nieukierunkowanie. Wybór ten stanowi przyczynek do rozmowy na temat tego, jak diagnozowana osoba ocenia siebie, z czego wynika, że te cechy są tak mocno manifestowane w jej zachowaniu itp. Pomocne mogą być przymiotniki dopełniające opis podstawowych cech znajdujący się na odwrocie kart (rewersie).

Karty należy traktować jedynie jako wstęp, zachętę do pogłębionej refleksji nad sobą. Autodiagnozę można wprowadzać na każdym etapie aktywizacji jednak zaleca się aby poprzedzała ona diagnozę psychologiczną i zawodową.

2) Naukę, trening i praktyczne prowadzenie gospodarstwa domowego w mieszkaniu wspieranym:

Działania zmierzające do nabycia lub odzyskania umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego, w szczególności odnośnie: terminowego regulowania opłat za czynsz i media, utrzymania czystości i higieny osobistej, przygotowywania posiłków itp. (szerzej o mieszkaniach wspieranym w standardach „Mieszkalnictwa i pomocy doraźnej”);

3) Uczestnictwo w grupach wsparcia:

Grupy wsparcia to regularne spotkania (średnio raz w tygodniu) animowane przez specjalistę (pracownika socjalnego, psychologa lub asystenta osoby bezdomnej) przeprowadzane w Ośrodku Pomocy Społecznej, placówkach dla osób bezdomnych a także innych instytucjach i podmiotach, które uczestniczą w świadczeniu usługi „Aktywizacja społeczna”. Uczestnicy grup dzielą się doświadczeniem, udzielają sobie wsparcia i wyrabiają nawyk wzajemnej, solidarnościowej pomocy. Dzięki temu zwiększa się ich aktywność społeczna i gotowość do podejmowania nowych ról życiowych.

4) Uczestnictwo w warsztatach edukacyjnych, integracyjnych i aktywizacji społecznej:

Grupowe zajęcia prowadzone przez specjalistów mające na celu przekazanie osobom objętym usługą „Aktywizacja społeczna” wiedzy i umiejętności z różnych dziedzin. Forma warsztatowa zapewnia aktywne uczestnictwo, a przez to również lepsze przyswajanie prezentowanych treści jak również budowanie wzajemnego zaufania. Proponowany zakres tematyczny warsztatów to np.:

- a) umiejętności psychologiczne (komunikacja, asertywność, normy życia społecznego, rozwiązywanie konfliktów etc.),
- b) wiedza z zakresu zdrowia i przestrzegania zasad higieny osobistej (w tym: problematyka seksualności, chorób cywilizacyjnych itp., patrz: Standardy „Zdrowie”),
- c) ogólna wiedza obywatelska o prawach i obowiązkach, zasadach organizacji państwa, wspólnot lokalnych itp.

Zajęcia te mają także na celu rozwijanie zainteresowań, uczestnictwo w życiu kulturalnym i sportowym.

5) Prace na rzecz placówki/domu/ wspólnoty:

Ta forma usługi „Aktywizacja społeczna” polega na wykonywaniu niezbędnych, codziennych prac w miejscu zamieszkania i powinna być stosowana przede wszystkim wobec osób bezdomnych przebywających w placówkach. Dbanie o czystość pomieszczeń, troska o teren wokół ośrodka, udział w przygotowaniu posiłków, pranie ubrań itp. ma na celu rozwinięcie poczucia odpowiedzialności, społecznej solidarności i troski o dobro wspólne. To także przygotowanie do odpowiedzialności za mieszkanie wspierane i przygotowanie do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, jak również nauka współpracy. Nie bez znaczenia jest aspekt edukacyjny tej formy aktywizacji: wskazanie wartości pracy i kosztów codziennego utrzymania.

6) Organizowanie społeczności:

Organizowanie społeczności dotyczy takich działań jak np. spotkania społeczności, planowanie dnia, podział obowiązków, które włączają osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością w zarządzanie i wspólne podejmowanie decyzji. Tego rodzaju działania są ukierunkowane na wyznaczanie wśród osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością poczucia wspólnoty, przynależności, budowania więzi społecznych, wzbudzania potrzeby utożsamiania się z uznawanymi przez społeczność wartościami i normami, nawiązywania relacji koleżeńskich i przyjacielskich. Tę formę wsparcia należy uwzględniać również w aktywizacji starszych osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, dla których podtrzymywanie pozytywnych relacji międzyludzkich jest istotnym warunkiem zdrowia psychofizycznego.

7) Pobudzanie społecznej aktywności

Ta forma usługi połączona jest z niektórymi poprzednimi, a szczególnie grupami wsparcia i pracami na rzecz placówki (quasi-wolontariat). Działania zmierzają do wzbudzenia w grupach osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością gotowości do aktywnego -

adekwatnego do własnych potrzeb i osobowościowych predyspozycji - włączania się w życie lokalnych społeczności. To również inicjowanie działań, których uczestnikami, bądź odbiorcami są inni członkowie społeczności (np. zorganizowanie grupy teatralnej). Społeczna aktywność powinna dotyczyć także angażowania się w opracowanie i realizację projektów skierowanych do grupy, z którą utożsamia się dana osoba.

8) Udział w wolontariacie

Ważnym elementem usługi „Aktywizacji społeczna” jest udział w wolontariacie. Świadczenie pracy w formie wolontariatu przez osoby bezdomne wpływa na zmianę ich negatywnego zazwyczaj wizerunku w lokalnym społeczeństwie. Działania te wpisują się w szeroko pojętą edukację obywatelską (np. opieka nad starszymi, nad osobami niepełnosprawnymi itp.). Świadczenie pracy w formie wolontariatu na rzecz społeczności lokalnej, innych grup osób zagrożonych wykluczeniem społecznym rozwija wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością społeczną wrażliwość, poczucie obywatelskości i daje poczucie życiowego sprawstwa.

8) Trening ekonomiczny

To forma usługi „Aktywizacja społeczna”, którą obligatoryjnie stosuje się wobec wszystkich osób, objętych usługą Standardów. Stosowanie jej jest gwarantem samodzielności ekonomicznej. Treningi ekonomiczne to rodzaj zajęć grupowych lub indywidualnych polegających na rozwijaniu wiedzy i umiejętności ekonomicznych, szczególnie w zakresie prowadzenia własnego gospodarstwa domowego. Scenariusz zajęć z zakresu treningu ekonomicznego obejmuje podstawowe zagadnienia z wiedzy ekonomicznej (np. pojęcie budżetu, rozliczeń przychodów i rozchodów, wydatków stałych i zmiennych etc.). W trakcie zajęć konieczne jest przekazanie podstawowych informacji na temat zarządzania finansami, prawa konsumenckiego, zasad udzielania kredytów i pożyczek, podpisywania umów z bankami, sprzedawcami usług itp., racjonalne gospodarowanie energią elektryczną, wodą itp. Trening ekonomiczny indywidualny lub grupowy przeprowadzany jest przez specjalistów. Monitorowanie nabywania umiejętności prowadzone jest przez pracownika socjalnego lub asystenta osoby bezdomne.

9) Socjalne doradztwo finansowe

Socjalne doradztwo finansowe to specyficzna forma w usłudze „Aktywizacja społeczna”. Jej zastosowanie jest konieczne wobec osób zagrożonych bezdomnością z tytułu zadłużeń finansowych (szczególnie czynszowych, kredytowych i pożyczkowych). Usługę świadczy doradca finansowy, którego zatrudnia ośrodek pomocy społecznej lub organizacja

pozarządowa. Doradca finansowy współpracuje z pracownikiem socjalnym, który – może, w zależności od sytuacji - uzgadniać z osobą korzystającą ze wsparcia możliwość dostępu do niezbędnych dokumentów np. umowy najmu, umów kredytowych itp. Celem jest weryfikacja rzeczywistej sytuacji finansowej opisywanej przez daną osobę oraz ułatwienie zredukowania jej obciążeń finansowych. Wskazaniem jest, aby edukacyjnie stosować tę formę wobec pozostałych osób bezdomnych, szczególnie podczas pierwszych miesięcy zatrudnienia.

10) Edukacja w zakresie możliwości skorzystania z doradztwa psychologicznego, prawnego, mediacyjnego, wsparcia innych specjalistów w tym podjęcia leczenia bądź terapii

Ta formy usługi „Aktywizacja społeczna” polega na wskazaniu przez pracownika socjalnego bądź asystenta osoby bezdomnej na możliwość skorzystania przez osobę bezdomną bądź zagrożoną bezdomnością ze specjalistycznej pomocy. Dzięki temu (poza możliwością rozwiązania zgłaszanych problemów) nabywa ona umiejętności korzystania z pomocy specjalistów, szukania rozwiązań i oparcia w innych oraz konstruktywnego radzenia sobie z trudnościami.

1.4.2. Współpraca przy realizacji usługi

Realizatorzy usługi współpracują z przedstawicielami władz samorządowych, instytucji i ośrodków aktywności społecznej danego środowiska lokalnego, a przede wszystkim z instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy, podmiotami zatrudnienia socjalnego, ekonomii społecznej, instytucjami kulturalnymi, edukacyjnymi, klubami hobbyistycznymi, sportowymi oraz wszystkimi instytucjami i firmami, których pomoc jest w tym zakresie konieczna.

1.4.3. Dokumentacja usługi

Dokumentacja usługi zależy od jej rodzaju i w niektórych przypadkach, gdy dotyczy np. udziału w imprezie masowej może być ograniczona do potwierdzenia na liście obecności, czy np. uwadze w dzienniku pracy specjalistów wspierających tę osobę.

W innych przypadkach może być przygotowywana na podstawie informacji zawartych w takich materiałach jak: wywiad środowiskowy, indywidualny program wychodzenia z bezdomności, indywidualny program zatrudnienia socjalnego, dokumentacja wywiadów i testów psychologicznych, programów zajęć warsztatowych, kart mieszkańca, dzienników

zajęć itd. Korzystanie z tych materiałów przez specjalistów realizujących usługę aktywizacji społecznej odbywa się zgodnie z zasadami dostępności do nich (np. klauzule dostępności w przypadku diagnoz psychologicznych).

1.5. Zasoby

Osobowe:

Usługa „Aktywizacja społeczna” z uwagi na różnorodność form i sposobów realizacji powinna być koordynowana przez pracownika socjalnego, asystenta osoby bezdomnej bądź inną osobę upoważnioną przez kierownika wdrażającego usługę.

Usługę może realizować:

- 1) pracownik socjalny (wariant konieczny, bez asystenta osoby bezdomnej – 1 pracownik /nie więcej niż 10 osób (środowisk rozumianych jako np. rodziny bezdomne lub rodziny zagrożone bezdomnością), wariant rekomendowany z asystentem osoby bezdomnej – 1 pracownik / nie więcej niż 20 osób (środowisk rozumianych jako np. rodziny bezdomne lub zagrożone bezdomnością), plus wsparcie asystenta osoby bezdomnej wobec wymagających takiego wsparcia
- 2) asystent osoby bezdomnej (1 asystent / nie więcej niż 10 środowisk);
- 3) specjaliści w placówkach/domach/wspólnotach dla osób bezdomnych;
- 4) inni specjaliści w OPS;
- 5) specjaliści w placówkach wsparcia (ośrodki terapii uzależnień, ŚDS);
- 6) specjaliści w organizacjach pozarządowych, podmiotach zatrudnienia socjalnego.

Kwalifikacje wymienionych osób wynikają z przepisów odpowiednich ustaw. Zadanie może być realizowane również przez wolontariuszy. Pracę wszystkich zaangażowanych w realizację usług osób wspiera superwizor.

1.5.2. Materialne

W usłudze „Aktywizacja Społeczna” wiele form wsparcia może odbywać się bez zaplecza bądź z minimalnym zapleczem materialnym (zasobami). W zależności od potrzeb, wszystkie zasoby materialne i przestrzenie gminy powinny być udostępniane realizatorom usługi nieodpłatnie, co wynika ze Standardu „Partnerstwo Lokalne”.

1.5.3. Finansowe

Środki finansowe niezbędne do realizacji usługi „Aktywizacja Społeczna” pokrywa samorząd

terytorialny (gminny i powiatowy). W kosztach mogą partycypować podmioty społeczne, gospodarcze oraz społeczność lokalna.

1.5.4. Instytucjonalne

Ośrodki pomocy społecznej i placówki dla osób bezdomnych oraz wszystkie inne placówki publiczne na terenie gminy w zależności od potrzeb.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

2. USŁUGA „EDUKACJA”

2.1. Definicja usługi

Usługa „Edukacja” polega na zapewnieniu osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością odpowiednich warunków zdobywania wiedzy ogólnej i specjalistycznej, pozwalającej na wyrównanie ich szans życiowych i zawodowych. Usługa ta obejmuje:

- 1) edukację formalną, rozumianą jako kształcenie w ramach realizowanych przez szkoły, uczelnie i inne podmioty programów, które prowadzą do uzyskania świadectwa (certyfikatu, dyplomu, zaświadczenia) uprawniającego do legitymowania się wiedzą, kwalifikacjami i umiejętnościami potwierdzonymi w tym dokumencie;
- 2) edukację nieformalną, rozumianą jako kształcenie odbywające się poza głównym systemem edukacji i zwykle nie prowadzącą do uzyskania sformalizowanych świadectw.

Edukacja zarówno formalna jak i nieformalna ukierunkowana jest na zdobywanie i pogłębianie wiedzy, również tej umożliwiającej podjęcie zatrudnienia i utrzymania się na rynku pracy.

2.2. Cel usługi

Cel główny:

Zmniejszenie dysproporcji w wykształceniu, umiejętnościach i kwalifikacjach ogólnych i zawodowych między grupą osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością a pozostałymi grupami społecznymi.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie poziomu wiedzy ogólnej a także wykształcenia, umiejętności i kwalifikacji zawodowych osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Wzrost adekwatności wykształcenia, umiejętności i kwalifikacji do potrzeb rynku pracy a także dopasowania do indywidualnych predyspozycji i oczekiwań.
- Zwiększenie wiedzy i umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w społeczeństwie, korzystania z praw i włączania się w życie lokalnych społeczności.

2.3. Zakres usługi

2.3.1. Podmiotowy

Odbiorcami usługi są osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością, zmotywowane do

podjęcia edukacji, które chcą uzyskać większą samodzielność życiową i lepiej funkcjonować społecznie i zawodowo.

2.3.2 Przedmiotowy

Usługa polega na zdobyciu przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością odpowiedniej wiedzy i kwalifikacji, niezbędnych do rozwoju osobistego, podjęcia zatrudnienia i uzyskania samodzielności życiowej.

2.3.2. Przestrzenny

Edukacja formalna jest realizowana w instytucjach systemu edukacyjno - oświatowego. W zależności od potrzeb i możliwości osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością odbywa się na następujących poziomach: podstawowy, gimnazjalny, ponadgimnazjalny (zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcące i profilowane, technika, szkoły policealne, szkoły specjalne), oraz wyższy. W edukacji nieformalnej wykorzystuje się instytucje spoza powszechnego systemu oświaty takie jak np.: centra integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, Uniwersytety III Wieku, centra kształcenia ustawicznego.

2.4. Sposób realizacji usługi

Usługa edukacji formalnej i nieformalnej jest realizowana indywidualnie lub grupowo. Skorzystanie przez osobę bezdomną lub zagrożoną bezdomnością z różnych form edukacji może poprzedzać diagnoza jej aspiracji życiowych, rozpoznanie predyspozycji edukacyjnych (w tym zawodowych) oraz opracowanie planu kształcenia.

Usługa „Edukacja” powinna być monitorowana przez pracownika socjalnego, asystenta osoby bezdomnej lub innego pracownika odpowiedzialnego za wdrażanie tej usługi. Podjęcie edukacji zawodowej powinien poprzedzać wywiad z doradcą zawodowym, co zwiększy trafność wyboru tego kształcenia.

2.4.1. Edukacja może być realizowana w:

- szkołach różnych szczebli oraz centrach kształcenia ustawicznego
- placówkach pobytowych oraz na kursach i szkoleniach organizowanych poza nimi,
- instytucjach reintegracji społecznej i zawodowej (centra integracji społecznej),
- warsztatach terapii zajęciowej oraz uniwersytetach trzeciego wieku.

Osobom kontynuującym naukę mogą być przyznawane stypendia – podstawa prawna: art. 55 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674z późn. zm.)

2.4.2. Współpraca przy realizacji usługi

Realizatorzy usługi współpracują ze szkołami, placówkami organizującymi kursy i szkolenia, instytucjami reintegracji społecznej i zawodowej, warsztatami terapii zawodowej, uniwersytetami trzeciego wieku itp.

Zakres współpracy jest uzależniony od rodzaju edukacji (formalna / nieformalna), zapisów dokonanych w indywidualnych programach (IPWzB, IPZS, IPD), a także od zdiagnozowanych potrzeb osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością, korzystających z instytucjonalnej pomocy i wsparcia.

2.4.3. Dokumentacja usługi

Dokumentacja usługi odnosi się wyłącznie do edukacji formalnej i obejmuje świadectwa i certyfikaty zatwierdzone ustawowo.

2.5. Zasoby

2.5.1. Osobowe

W przypadku edukacji formalnej usługę realizują specjaliści systemu pomocy społecznej, rynku pracy, powszechnego systemu edukacji i oświaty. Zajęcia edukacji nieformalnej prowadzone są przez osoby dysponujące wiedzą z danych dziedzin kształcenia.

2.5.2. Materialne

Usługa może być realizowana pod warunkiem zapewnienia sal edukacyjnych i warsztatowych oraz ich wyposażenia w odpowiedni sprzęt techniczny, pomoce dydaktyczne, materiały naukowe.

2.5.3. Finansowe

Środki finansowe niezbędne do realizacji usługi „Edukacja” są zagwarantowane w ramach powszechnego systemu edukacji i oświaty.

Ponadto, w źródłach finansowania usługi „Edukacja” uwzględnić należy środki będące w dyspozycji instytucji i podmiotów specjalizujących się w pomocy i wsparciu osób

bezdomnych, a pozyskiwane z budżetu państwa oraz budżetów samorządów terytorialnych. Pracownik socjalny, asystent osoby bezdomnej lub inny pracownik odpowiedzialny za wdrażanie usługi wspiera osobę bezdomną bądź zagrożoną bezdomnością w pozyskiwaniu środków finansowych należnych na podstawie ustawy o pomocy społecznej – np. zasiłku celowego na pokrycie kosztów dojazdu do miejsca edukacji.

2.5.4. Instytucjonalne

Instytucje świadczące usługę „Edukacja” to: jednostki organizacyjne powszechnego systemu edukacji i oświaty (szkoły, uczelnie, centra kształcenia ustawicznego), rynku pracy, pomocy społecznej, a także instytucje i podmioty integracji społecznej (centra integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywizacji zawodowej) oraz instytucje szkoleniowe w myśl przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Do zasobów instytucjonalnych usługi zaliczyć należy także wszystkie instytucje i podmioty posiadające status: publicznego centrum kształcenia ustawicznego, publicznego ośrodka doskonalenia i doskonalenia zawodowego oraz publicznego kształcenia praktycznego.

3. USŁUGA „AKTYWIZACJA ZAWODOWA”

3.1. Definicja usługi

Aktywizacja zawodowa polega na przygotowaniu osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością do podjęcia zatrudnienia i jego utrzymania, bez względu na formę tego zatrudnienia. To zapewnienie warunków do zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych, przygotowania do wykonywania zawodu (praktyka, staż) oraz nawiązania kontaktu z potencjalnym pracodawcą.

3.2. Cel usługi

Cel główny:

Zwiększenie aktywności zawodowej i szans na uzyskanie zatrudnienia i jego utrzymanie.

Cele szczegółowe:

- Wzmocnienie umiejętności poszukiwania i utrzymania zatrudnienia a także kontaktu z pracodawcami.
- Wzrost kompetencji zawodowych i ogólnych niezbędnych do pełnienia roli pracownika lub pracodawcy.

- Zwiększenie praktyki i doświadczenia zawodowego, uzyskanie nawyku pracy i realizacji obowiązków zawodowych.

3.3. Zakres usługi

3.3.1. Podmiotowy

Odbiorcami usługi są osoby, które uczestniczyły w działaniach wpisanych do usługi „Aktywizacja społeczna”, ewentualnie usługi „Edukacja”, odpowiednio przygotowane i wyrażające chęć do skorzystania z usługi „Aktywizacja zawodowej” a także późniejszego podjęcia zatrudnienia (wskazane jest dysponowanie odpowiednią opinią specjalisty, np. realizującego usługi aktywizacji społecznej, bądź pracownika socjalnego).

3.3.2. Przedmiotowy

Usługa polega na zastosowaniu szerokiego wachlarza oddziaływań mających na celu uzyskanie przez osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością gotowości do podjęcia zatrudnienia. Realizacja tej usługi zakłada ścisłą współpracę i skoordynowanie działań urzędów pracy, ośrodków pomocy społecznej i organizacji pozarządowych na rzecz odbiorcy usługi. Inicjatorem współpracy jest ten podmiot, który podjął się udzielania pomocy i wsparcia osobie bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością.

Uwzględnia się także zapewnienie odpowiednich warunków do prawidłowego funkcjonowania w środowisku pracy (kontaktów z pracodawcą, innymi pracownikami oraz przedsiębiorstwem jako instytucją).

3.3.3. Przestrzenny

Usługa jest realizowana w placówkach lub instytucjach statutowo zajmującej się aktywizacją zawodową, właściwych dla miejsca pobytu osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością. Instytucje te powinny podejmować działania w ścisłej współpracy także z innymi lokalnymi przedsiębiorstwami.

3.4. Sposób realizacji usługi

Realizacja usługi powinna być poprzedzona diagnozą specjalistów wdrażających inne standardy, wskazującą na to, czy sytuacja życiowa osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością pozwala na podjęcie aktywizacji zawodowej. Osoba ta powinna być na tyle uspołeczniona aby podjąć aktywność zapewniającą przyszłe zatrudnienie.

W ramach usługi „Aktywizacja zawodowa” przewidziane są następujące działania :

- 1) rejestracja w PUP w celu uzyskania statusu osoby bezrobotnej bądź poszukującej pracy (w przypadku skorzystania z instrumentów rynku pracy);
- 2) cykliczne, inicjowane przez pracownika socjalnego z udziałem doradcy zawodowego spotkania w urzędzie pracy (nie rzadziej niż 1 raz w miesiącu),
- 3) przydzielenie danej osobie trenera pracy (wariant rekomendowany) lub asystenta osoby bezdomnej (wariant konieczny),
- 4) skierowanie do udziału w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej finansowanych ze środków Funduszu Pracy, EFS, programach rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, finansowanych przez PFRON i inne fundusze,
- 5) skierowanie do zajęć organizowanych przez kluby pracy, a także Kluby integracji społecznej,
- 6) skierowanie do indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego w ramach zajęć w centrum integracji społecznej,
- 7) udział w takich formach aktywizacji zawodowej jak: poradnictwo zawodowe, przygotowanie zawodowe dorosłych,
- 8) udział w stażach organizowanych przez urzędy pracy i inne podmioty,
- 9) odbywanie praktyk zawodowych.

W grupie dostępnych instrumentów rynku pracy, możliwych do wykorzystania w ramach usługi „Aktywizacja zawodowa”, wskazane jest zastosowanie następujących form:

- **Dodatek aktywizacyjny** – podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, oraz 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, z późn. zm.);

- **Finansowanie kosztów zorganizowanego przejazdu bezrobotnych i poszukujących pracy, w związku z udziałem tych osób w targach pracy i giełdach pracy organizowanych przez wojewódzki urząd pracy w ramach pośrednictwa pracy** – podstawa prawna: art. 48 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.);

- **Prace społecznie użyteczne** – podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 23a, art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 155, poz. 921);

- **Przygotowanie zawodowe dorosłych** – podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt. 29a i 29b, art. 53 a – m, art. 54, art. 61 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2009r. w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych (Dz. U. z 2009 r. Nr 61, poz.502);

- **Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem** – podstawa prawna: art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.);

- **Staż** - instrument rynku pracy – podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 34 i 35, art. 53, art. 54, art. 61 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160), oraz 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, z późn. zm.).

Wykorzystanie wyżej wymienionych instrumentów rynku pracy w przypadku osób bezdomnych wymaga zaangażowania asystenta osoby bezdomnej lub trenera pracy, którzy będą wykonywali funkcje monitorujące uczestnictwo osób w tych formach aktywizacji zawodowej, będą łącznikami pomiędzy daną osobą a pracodawcą.

3.5. Współpraca przy realizacji usługi

Realizacja usługi „Aktywizacja zawodowa” wymaga współpracy ich organizatora z podmiotami i instytucjami działającymi w obszarze przeciwdziałania bezrobociu. Wybór partnerów uzależniony jest od indywidualnych potrzeb osoby bezdomnej lub osoby

zagrożonej bezdomnością. Współpraca powinna być potwierdzona pisemnym porozumieniem z podmiotami realizującymi usługę.

3.6 Dokumentacja usługi:

Dokumentacja usługi jest przygotowywana na podstawie informacji i danych zawartych w takich materiałach jak: wywiad środowiskowy, indywidualny program wychodzenia z bezdomności, indywidualny program zatrudnienia socjalnego, dokumentacja wywiadów i testów psychologicznych, programów zajęć warsztatowych, kart mieszkańca, dzienników zajęć, list obecności itd. W dostępnej dokumentacji należy uwzględnić także: karty czasu pracy doradców, pośredników pracy oraz trenerów pracy i liderów klubów. Korzystanie z tych materiałów przez specjalistów realizujących usługę aktywizacji zawodowej odbywa się zgodnie z zasadami dostępności do nich (np. klauzule dostępności w przypadku diagnoz psychologicznych).

3.7 Zasoby

3.7.1 Osobowe:

- 1) pracownik socjalny,
- 2) doradca zawodowy,
- 3) pośrednik pracy,
- 4) asystent osoby bezdomnej (wariant minimalny bez trenera pracy – 1 asystent osoby bezdomnej / nie więcej niż 5 osób bezdomnych, wariant optymalny z trenerem pracy – 1 trener /nie więcej niż 10 osób bezdomnych),
- 5) trener pracy (1 trener/nie więcej niż 10 osób bezdomnych),
- 6) kadra podmiotów zatrudnienia socjalnego (KIS, CIS),
- 7) przedsiębiorcy i ich kadra.

Kwalifikacje powyższych osób wynikają z przepisów odpowiednich ustaw. W przypadku realizacji projektów finansowanych ze środków Funduszu Pracy, EFS, programów rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, finansowanych przez PFRON i inne fundusze - kwalifikacje zasobów osobowych są zgodne z wymogami realizacji tych projektów.

3.7.2 Materialne

Usługa może być realizowana pod warunkiem zapewnienia przez instytucje świadczące

usługę „Aktywizacja zawodowa” dostępu do warsztatów, sal i pomieszczeń wyposażonych w odpowiedni sprzęt techniczny.

3.7.3 Finansowe

Środki finansowe na realizację usługi „Aktywizacja zawodowa” gwarantowane są w Funduszu Pracy, a także innych źródłach organizowania różnych form aktywizacji zawodowej (np. w projektach EFS). Ponadto, uwzględnić należy możliwości systemu pomocy społecznej w zakresie przyznawania świadczeń pieniężnych związanych z aktywizacją społeczną i zawodową.

3.7.4 Instytucjonalne

Usługa „Aktywizacji zawodowej” jest umiejscowiona przede wszystkim w instytucjach statutowo zajmujących się problematyką przeciwdziałania bezrobociu np.: publiczne i niepubliczne służby zatrudnienia, centra i kluby integracji społecznej, spółdzielnie socjalne, przedsiębiorstwa non - profit.

W grupie zasobów instytucjonalnych ważną rolę odgrywają lokalni przedsiębiorcy. Usługa „Aktywizacji zawodowej” może być także realizowana przez placówki pobytu osób bezdomnych prowadzone przez organizacje pozarządowe na zlecenie publicznych służb zatrudnienia.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UZYSKANIA WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

4. USŁUGA „ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE”

4.1. Definicja usługi

Usługa polega na umożliwieniu, osobie bezdomnej bądź zagrożonej bezdomnością, podjęcia zatrudnienia z wykorzystaniem zewnętrznych środków na jego częściowe lub całkowite pokrycie. Pozwalają one na zawarcie odpowiednich umów pomiędzy osobą bezdomną lub zagrożoną bezdomnością a pracodawcą, które gwarantują wykonywanie pracy, pełnienie roli pracownika lub uruchomienie własnej działalności gospodarczej.

4.2. Cel usługi

Cel główny:

Zwiększenie zatrudnienia i skali jego utrzymania w grupie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe:

- Ustabilizowanie i poprawienie sytuacji dochodowej i zmniejszenie zależności od świadczeń społecznych.
- Zwiększenie doświadczenia zawodowego oraz umiejętności zawodowych i ogólnych niezbędnych do pełnienia roli pracownika lub pracodawcy.
- Wzrost świadomości i zmiana postaw pracodawców wobec osób wykluczonych społecznie.

4.3. Zakres usługi

4.3.1. Podmiotowy

Odbiorcą usługi jest osoba bezdomna lub zagrożona bezdomnością, odpowiednio przygotowana i zaktywizowana do podjęcia zatrudnienia. Odbiorcą usługi jest także osoba bezdomna lub zagrożona bezdomnością nie posiadająca statusu „osoby bezrobotnej”, wobec której będą prowadzone działania zmierzające do jej zatrudnienia.

4.3.2. Przedmiotowy

Zakres przedmiotowy usługi obejmuje przede wszystkim takie działania, które wykorzystują aktualnie obowiązujące instrumenty rynku pracy, które związane są z zatrudnieniem (w tym także zatrudnieniem subsydiowanym) a także takie formy zachęty dla pracodawców, które zaowocują zatrudnieniem przez nich osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością.

W zakresie przedmiotowym usługi wyróżnia się także kontekst instytucjonalny, wyrażany współpracą i porozumieniami pomiędzy instytucjami pomocy społecznej, publicznymi służbami zatrudnienia, organizacjami pozarządowymi a pracodawcami.

4.3.3. Przestrzenny

Zakres przestrzenny obejmuje przede wszystkim terytorium administracyjne odpowiadające podziałowi kompetencji pomiędzy jednostkami organizacyjnymi samorządu terytorialnego, gminnego i powiatowego co do problematyki subsydiowanego zatrudnienia, a także terytorium działania danego pracodawcy.

Zakres przestrzenny usługi to także rodzaje instytucji i podmiotów występujących podczas realizacji usługi, a mianowicie: przedsiębiorstwa otwartego rynku pracy, przedsiębiorstwa sektora ekonomii społecznej, instytucje administracji publicznej, oraz organizacje III sektora.

4.4. Sposób realizacji usługi:

4.4.1. Wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, które posiadają odpowiednie umiejętności społeczne i kwalifikacje zawodowe stosuje się następujące instrumenty rynku pracy:

- **refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą, szkołę niepubliczną a także refundacja producentowi rolnemu kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego** – podstawa prawna: art. 46 ust. 1 pkt. z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. poz. 457);
- **Prace interwencyjne – organizowane przez publiczne służby zatrudnienia we współpracy z lokalnymi przedsiębiorcami** - (podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 26, art.51, art. 56, art. 59, art. 59 a, art. 61 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r. , poz. 674 z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 7 stycznia 2009 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz

jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2009 r. Nr 5, poz. 25);

- **Przyznanie bezrobotnemu/absolwentowi centrum integracji społecznej środków na podjęcie działalności gospodarczej, na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej** – podstawa prawna: art. 46 ust. 1 pkt 2, art. 46 ust. 1b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie przyznawania środków na podjęcie działalności na zasadach określonych dla spółdzielni socjalnych (Dz. U. poz. 456);
- **Roboty publiczne – organizowane na terenie gminy przez publiczne służby zatrudnienia i przedsiębiorstwa** – podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt. 32, art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 7 stycznia 2009 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz .U. z 2009 r. Nr 5, poz. 25);
- **Refundacja kosztów poniesionych z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego** – podstawa prawna: art. 47 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.), oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 7 stycznia 2009 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2009 r. Nr 5, poz. 25);
- **Zwrot kosztów przejazdu i zakwaterowania** – podstawa prawna art. 45 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.).

4.4.2. Wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością posiadających oraz nieposiadających status osoby bezrobotnej uzyskanie zatrudnienia może nastąpić w wyniku **bezpośredniego udziału podmiotów ekonomii społecznej, w tym szczególnie takich jak**

np. spółdzielnie socjalne lub przedsiębiorstwa społeczne, spółki non - profit. Z uwagi na kompetencje spółdzielni socjalnych w zakresie wykonywania zadań publicznych (art. 4 ust. 1 pkt.2 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie) skorzystanie z usług spółdzielni socjalnych może zmierzać do trwałego zatrudnienia. Nie zaleca się stosowania usługi prowadzącej do samodzielnego zakładania spółdzielni socjalnych przez osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością bez wcześniejszego skorzystania z usług centrów i klubów integracji społecznej.

4.4.3. W ramach Standardów „Zatrudnienie i Edukacja” wykorzystuje się także taką formę jak **„Zatrudnienie wspierane”**, która jest drugim etapem indywidualnych programów zatrudnienia socjalnego stosowanych wobec uczestników zajęć w centrach integracji społecznej. Forma ta polega na skierowaniu osoby, która ukończyła Centrum Integracji Społecznej do pracy w CIS, pracodawcy lub pracodawcy będącego przedsiębiorcą. W tym ostatnim przypadku mają zastosowanie także przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.). Udzielana przedsiębiorcom pomoc publiczna na zatrudnienie wspierane stanowi pomoc de minimis w rozumieniu rozporządzenia Komisji Wspólnot Europejskich nr 1998/2006 z dnia 15.12.2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 379 z 28.12.2006, str.5). Pracodawcy w ramach zatrudnienia wspieranego w okresie 12 miesięcy refunduje się koszty zatrudnienia osoby w wysokości:

- 100% zasiłku dla bezrobotnych wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne, w pierwszych 3 miesiącach;
- 80% zasiłku dla bezrobotnych wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne w 3 kolejnych miesiącach;
- 60% zasiłku dla bezrobotnych wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne w następnych 6 miesiącach.

4.4.4. W ramach Standardów „Zatrudnienie i Edukacja” można zastosować nową, niekonwencjonalną ścieżkę postępowania instytucjonalnego. Ta ścieżka to **Wspierane miejsce pracy osoby bezdomnej – trójstronny kontrakt**”. Oznacza to wprowadzenie umowy (kontraktu) pomiędzy: pracodawcą – PUP – OPS lub NGO, polegającego na zagwarantowaniu miejsca pracy z jednoczesnym refundowaniem dla pracodawcy ze środków

Funduszu Pracy 100% kosztów wynagrodzenia w wysokości minimalnej płacy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. Kontrakt trójstronny polega na uzgodnieniu pomiędzy pracodawcą – PUP – OPS lub NGO warunków wykonywania usługi tj. sposobu jej sfinansowania, terminów oraz warunków zatrudnienia. Zobowiązaniem po stronie pracodawcy byłoby utworzenie refundowanego miejsca pracy i przyjęcie osoby do pracy, a także zapewnienie trenerowi pracy możliwości stałego kontaktu z osobą oraz z pracodawcą w okresie zatrudnienia. W porozumieniu określony byłby także tryb monitorowania jakości świadczonej przez osobę bezdomną pracy. Kontrakt trójstronny w wariantach optymalnym zawierany byłby na okres nie krótszy niż 12 miesięcy, w wariantach rekomendowanym do 36 miesięcy, przy gwarantowaniu w tym czasie refundacji kosztów w wysokości minimalnej płacy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

4.5. Współpraca

Realizacja usługi „Zatrudnienie subsydiowane” wymaga współpracy przewidzianej przepisami prawa, w tym szczególnie w zakresie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawy o zatrudnieniu socjalnym a także ustawy o spółdzielniach socjalnych oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. W ramach współpracy instytucjonalnej konieczne jest występowanie takich reprezentantów jak: ośrodek pomocy społecznej, powiatowy urząd pracy, organizacja pozarządowa, podmiot zatrudnienia socjalnego a także lokalni pracodawcy. W ramach tej współpracy obowiązkowym partnerem jest instytucja w której znajduje się Fundusz Pracy, tj. starosta.

4.5. Dokumentacja usługi

W skład dokumentacji usługi wchodzi wszystkie wymagane przepisami dokumenty a także Indywidualny Plan Wychodzenia z Bezdomności, Indywidualny Program Zatrudnienia Socjalnego oraz dokumenty prowadzone przez trenera pracy/asystenta osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością.

5. Zasoby

5.3. Osobowe

- 1) trener pracy / asystent osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością;
- 2) kadra instytucji współpracujących przy realizacji określonych ścieżek postępowania (np. PUP – OPS lub NGO);

- 3) pracodawca (osoba wyznaczona do kontaktów z trenerem pracy/asystentem osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością).

5.4. Materialne

Zasoby będące w dyspozycji pracodawcy, uzależnione od specyfiki miejsca pracy, a także zasoby instytucji współpracujących.

5.5. Finansowe

Środki finansowe niezbędne na organizację usługi „Zatrudnienie subsydiowane” są gwarantowane przez Fundusz Pracy oraz wspomagane innymi środkami zagwarantowanymi w porozumieniach o współpracy instytucjonalnej.

5.6. Instytucjonalne

Przedsiębiorstwa otwartego rynku pracy, przedsiębiorstwa sektora ES, podmioty administracji publicznej, organizacje pozarządowe, PUP, OPS.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

STANDARD STREETWORKINGU

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

1. Tytuł usługi

1.1. Misja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych

Streetworking w środowisku osób bezdomnych jest usługą społeczną, która tworzy pomost pomiędzy osobą bezdomną a społeczeństwem, pozwalającym osobie bezdomnej przywrócić możliwość pełnienia ról społecznych oraz odtworzyć dobrostan psychiczny, społeczny i bytowy poprzez docieranie do osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych oraz pracę z nimi, wykorzystującą ich zasoby i potencjał środowiska lokalnego, podejmowaną w kierunku pozytywnych zmian, rozumianych jako chęć zmiany sposobu życia.

1.2. Definicja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych

Streetworking w środowisku osób bezdomnych to metoda pracy prowadzona przez odpowiednio przygotowanych i przeszkolonych pracowników z osobą bezdomną pozostającą poza systemem pomocy instytucjonalnej lub przebywającą w miejscach niemieszkalnych, odbywająca się w jej środowisku, na akceptowanych obustronnie zasadach, w jej tempie i w oparciu o wspólnie wypracowany plan (Dębska-Cenian A., Olech P., red., 2008, s. 73).

2. Cele usługi

PERSPEKTYWA ORGANIZATORA ⁴⁴	PERSPEKTYWA REALIZATORA ⁴⁵
Cele systemowe	Cele jednostkowe

Cel główny:

Wzmocnienie i poprawa skuteczności systemu wsparcia oraz zmniejszenie wykluczenia społecznego, dalszej marginalizacji i izolacji osób przebywających w miejscach niemieszkalnych.

⁴⁴ Perspektywa Organizatora – ta część materiału przeznaczona jest dla gmin lub innych instytucji, które w gminie będą odpowiedzialne za organizację usługi.

⁴⁵ Perspektywa Realizatora – ta część materiału przeznaczona jest dla podmiotów realizujących usługę i zespołu streetworkerskiego.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele realizacji streetworkingu wśród osób bezdomnych z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby bezdomne, a bezpośrednie na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie skali bezdomności ulicznej (liczby osób bezdomnych przebywających na ulicy i w innych miejscach niemieszkalnych).
- Wzmocnienie i uzupełnienie systemu wsparcia osób bezdomnych oraz zmniejszenie kosztów społecznych⁴⁶.
- Zwiększenie poziomu monitorowania i zmniejszenie zagrożeń występujących w środowisku osób bezdomnych.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele realizacji streetworkingu wśród osób bezdomnych z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych,.

- Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych.
- Poprawa jakości życia oraz wzbudzenie motywacji do zmiany sposobu życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych
- Zredukowanie zachowań ryzykownych i zminimalizowanie szkód oraz zwiększenie świadomości w zakresie profilaktyki innych zjawisk współwystępujących z bezdomnością.

3. Zakres usługi

3.1. Podmiotowy

Streetworking w środowisku osób bezdomnych swym oddziaływaniem obejmuje osoby pozostające poza systemem pomocy instytucjonalnej i/ lub przebywające w miejscach niespełniających kryteriów lokalu mieszkalnego (szczegółową kategoryzację zamieszcza pkt Zakres przestrzenny) .

⁴⁶ Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie /społeczeństwo.

System pomocy instytucjonalnej rozumiany jest jako system wsparcia budowany wokół problematyki bezdomności oparty o sieć różnego rodzaju miejsc, placówek i instytucji zabezpieczających zakwaterowanie, w tym zakwaterowanie w warunkach zbiorowych (noclegownie, schroniska, mieszkalnictwo wspierane), oraz pomoc doraźną w zakresie zapewnienia dachu nad głową (ogrzewalnie). Korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego tożsame jest z dostępem do szerokiego wachlarza świadczeń rozpoczynającego się od informacji i poradnictwa.

3.2. Przedmiotowy

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 osoby/odbiorcy i pracy w nim przez odpowiednio wyszkolone osoby, tzw. streetworkerów, i bezpośrednim kontakcie z osobą w jej środowisku.

Obszary pracy streetworkera:

- Badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych, czyli zapoznanie się i uzyskanie informacji o środowisku osób bezdomnych.
- Obecność, monitoring, czyli samodzielne wejście w środowisko przebywania osób bezdomnych, z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności wcześniej zdobytych.
- Nawiązanie kontaktu z osobą bezdomną i próba nawiązania relacji.
- Budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie i realizacja planu zmian, poznawanie potrzeb oraz deficytów osób bezdomnych.
- Zakończenie relacji, czyli wygaszenie kontaktu z osobą bezdomną.
- Interwencja, czyli działania w celu ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych.
- Redukcja szkód, czyli działania mające na celu zminimalizowanie negatywnych skutków ryzykownych i szkodliwych zachowań



3.3. Przestrzenny

Streetworker pracuje z osobami bezdomnymi przebywającymi w przestrzeni publicznej. O możliwych miejscach przebywania osób bezdomnych informuje nas typologia ETHOS:

- bez dachu nad głową: kanały, dworce, parki, zsypy, śmietniki, klatki schodowe i inne miejsca niemieszkalne (ETHOS 1.1)
- zamieszkujące w nietrwałych, niekonwencjonalnych konstrukcjach: altanki, mobilne domy, baraki, kontenery (ETHOS 11.1, 11.2, 11.3)

Oprócz ww. miejsc należy pamiętać o obszarach dziennej aktywności osób bezdomnych np. markety, centra handlowe-galerie, sklepy, złomowiska, lotniska, dworce, metro, centra miast-skupiska ludzi, parkingi, przystanki i wiaty autobusowe, plaże.

4. Organizacja usługi

PERSPEKTYWA ORGANIZATORA	PERSPEKTYWA REALIZATORA
	1. OBSZARY PRACY
2. DOKUMENTACJA USŁUGI	
<ul style="list-style-type: none"> - Sprawozdania/raporty zawierające ilościowe i jakościowe informacje na temat wdrażanej usługi w aspekcie finansowym i rzeczowym. 	<ul style="list-style-type: none"> - karta kontaktu - plan pracy - sprawozdanie z realizacji zadań - rejestr osób bezdomnych - rejonizacja pracy - notatki służbowe
Mapy miejsc niemieszkalnych	
3. WARUNKI REALIZACJI	
<ul style="list-style-type: none"> - Okres w jakim świadczy się usługę streetworkingu - Superwizja 	<ul style="list-style-type: none"> - Czas pracy streetworkera - Pory, w jakich usługa streetworkingu może być świadczona - Czas świadczenia usługi
Szkolenie streetworkerów	

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.

4.1. Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych. Podejmowane działania.

Mimo pozornej etapowości działań trzeba pamiętać, że streetworking to pewnego rodzaju proces, w którym mogą zachodzić wszystkie wymienione poniżej 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. 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.

4.1.1. 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 biedny, ubogie dzielnice, ogródki działkowe gdyż w takich rejonach, streetworkerzy pracujący z osobami bezdomnymi będą intensyfikować swoje działania.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie badania środowiska:

Rozeznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów.

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.

Należy zwrócić uwagę, że np. na nowo powstałych osiedlach, osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością będą raczej zbierały surowce wtórne (złom, makulaturę) aniżeli przebywały na klatkach schodowych, piwnicach, czy zsypach (ponieważ te są zwykle objęte monitoringiem, dostęp do nich ograniczany jest domofonem). Zintensyfikowane działania powinny być nakierowane na centralne dzielnice miast (duża rotacja osób, żebractwo), dzielnice skrajnej biedy (pustostany, osoby śpiące na klatkach), jak również na osiedla tzw.: „blokowiska” (klatki, zsypy na śmieci, piwnice) oraz osiedla na których występują ogródki działkowe,

- Zebranie istniejących map miejsc niemieszkalnych⁴⁷/informacji o miejscach pobytu osób bezdomnych od ewentualnych koalicjantów

Wiele służb prowadzi własną dokumentację z której można skorzystać.

- Ustalenie i/lub opracowanie jednolitych dla wszystkich koalicjantów wytycznych dotyczących zbierania danych do mapy miejsc niemieszkalnych

Ustalenie jednolitych wytycznych może w przyszłości posłużyć do stworzenia jednej zintegrowanej mapy z której korzystają wszyscy.

- Opracowanie wstępnej mapy miejsc przebywania osób bezdomnych na danym terenie, wytypowanie miejsc najbardziej zagrożonych,
- Monitorowanie środowiska pod kątem występowania miejsc niemieszkalnych,
- Poszukiwanie i identyfikowanie osób bezdomnych w miejscach niemieszkalnych,
- Zapoznanie się z rolą, zakresem obowiązków i możliwościami organizacji oraz instytucji działających na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności i łagodzenia jego skutków – nawiązanie współpracy
- Dokumentowanie podejmowanych działań.

4.1.2. Obecność w środowisku i jego monitorowanie

Poprzez obecność w terenie należy rozumieć, że streetworkerzy zaczynają pojawiać się regularnie w miejscach przebywania osób bezdomnych. Cyklicznie monitorują miejsca niemieszkalne w celu systematycznej obserwacji środowiska, zaznaczenia swojej obecności w terenie, aktualizacji mapy miejsc niemieszkalnych.

⁴⁷ Czym jest mapa miejsc niemieszkalnych patrz pkt 2 Dokumentacja usługi

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie obecności/monitorowania środowiska:

- regularny, systematyczny i cykliczny monitoring miejsc niemieszkalnych określonych na etapie badania środowiska,
- uzupełnianie bieżącej dokumentacji w tym mapy miejsc niemieszkalnych,
- identyfikowanie nowych miejsc niemieszkalnych,
- działania edukacyjno-informacyjne skierowane do lokalnej społeczności
- realizacja postanowień partnerstwa/koalicji na rzecz pomocy osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole) – aktywny udział w partnerstwie.

4.1.3. Nawiązanie kontaktu.

Nawiązanie kontaktu jest kluczowe dla dalszej pracy z osobą bezdomną. Należy dokładnie wytłumaczyć osobie bezdomnej kim się jest i dlaczego znaleźliśmy się w danym miejscu. Osoby bezdomne często deklarują, że mają złe doświadczenia związane z kontaktami z instytucjami szeroko pojętej pomocy społecznej, więc streetworker może mieć z tego powodu utrudniony początek relacji. Streetworker nawiązuje kontakt z osobą bezdomną w celu zorientowania się czego potrzebuje napotkana osoba. Być może będzie to tylko przekazanie informacji, początkowe budowanie relacji a może konieczność interwencji na zjawiska kryzysowe.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie nawiązania kontaktu:

- przedstawienie się i próba nawiązania rozmowy z osobą bezdomną
- wysłuchanie historii i rozmowa na temat potrzeb osoby bezdomnej
- informowanie o możliwościach uzyskania pomocy
- dokumentowanie podejmowanych działań, w tym po kontakcie wypełnienie karty kontaktu, która będzie uzupełniana po każdym kolejnym kontakcie.

4.1.4. Budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie i realizacja planu działań.

Warto zaznaczyć, że budowanie relacji z osobami bezdomnymi przebywającymi w miejscach niemieszkalnych, jest długotrwałym procesem, na którego efekty niejednokrotnie trzeba czekać kilka miesięcy, a nawet lat. O pogłębionej relacji nawiązującej się pomiędzy streetworkerem a osobą bezdomną można mówić kiedy sama osoba bezdomna otworzy się na

pomagacza, po czym wspólnie przystąpią do tworzenia planu zmian. Należy zauważyć, że proces reintegracji społecznej nie rozpocznie się po jednorazowym spotkaniu. 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 – osoba bezdomna i streetworker. Dzięki takiej obustronnej współpracy możliwe będzie 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 czy obalanie stereotypów, którymi posługują się osoby bezdomne na temat pomocy społecznej i pomagaczy. Nawet jeżeli nie uda się nawiązać relacji to streetworker ma obowiązek podtrzymania kontaktu z osobą bezdomną przebywającą w miejscach niemieszkalnych.

Specyfika pracy z osobami bezdomnymi w miejscach niemieszkalnych zakłada także możliwość pracy pogłębionej, opartej o wspólnie omówiony, obustronnie zaakceptowany plan, którego celem jest poprawa sytuacji osobistej danej osoby bezdomnej. Tworzenie tego planu, jak i jego realizacja, opierać się powinny na pełnej ich akceptacji przez osobę bezdomną, oraz uwzględniać jej zasoby, możliwości i czas, jaki jest jej potrzebny na podjęcie działań w kierunku zmiany. Zakres planowanych działań powinien być adekwatny do rzeczywistych potrzeb osoby i zawierać może takie elementy, jak uregulowanie spraw formalnych (wyrobienie dokumentów osobistych, dokonanie rejestracji w urzędach), zdrowotnych (wizyty u lekarza i towarzyszenie w drodze do), jak i zakładających włączenie osoby w systemowe oddziaływanie pomocy społecznej (wizyta u pracownika socjalnego, decyzja o zmianie miejsca przebywania z miejsca niemieszkalnego na placówkę zakwaterowania).

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie budowania i utrwalania relacji:

- cykliczne odwiedziny osób przebywających w miejscach niemieszkalnych
- udzielanie informacji na temat możliwości pomocy osobom bezdomnym przebywającym w miejscach niemieszkalnych,
- rozmowy wsparcia w chwilach kryzysu,
- motywowanie osób bezdomnych do zmiany stylu życia,
- pomoc w zabezpieczeniu bieżących potrzeb;

- szukanie konkretnych rozwiązań pod kątem indywidualnej sytuacji osoby bezdomnej,
- towarzyszenie osobom bezdomnym w dotarciu do adekwatnych dla ich sytuacji placówek pomocy i instytucji
- asystowanie i/lub pośredniczenie osobie bezdomnej przy załatwianiu ważnych dla niej spraw;
- skierowanie do placówki odpowiedniego typu (jeżeli streetworker jest odpowiedzialny za udzielanie skierowań)
- dokumentowanie przeprowadzonych działań.

4.1.5. 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 osoby bezdomnej lęk, obawa, stres itp. są naturalnym elementem pracy z osobą bezdomną. Niemniej jednak zakończenie relacji powinno być procesem świadomym, do którego streetworker powinien przygotować osobę bezdomną. Celem pracy w czasie zakończenia relacji jest przekazanie (w sposób płynny i w miarę możliwości bezstresowy dla osoby), kontaktu do kolejnych instytucji, adekwatnych do obecnej sytuacji osoby bezdomnej.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera na zakończenie relacji:

- rozmowa wsparcia,
- rozmowa informacyjna,
- towarzyszenie i asystowanie osobie bezdomnej do miejsc noclegowych lub innych instytucji adekwatnych w sytuacji danej osoby bezdomnej,
- wspieranie w nowej sytuacji i stopniowe wygaszanie kontaktu

4.1.6. 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.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie interwencji:

- udzielenie pierwszej pomocy,
- wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej,
- pozostanie w miejscu zdarzenia do momentu przybycia odpowiednich służb i przekazanie im informacji,
- towarzyszenie w interwencji.

4.1.7. Redukcja szkód

Streetworker może podejmować działania, których celem jest minimalizacja rozmaitych szkód i zagrożeń związanych z istnieniem problemów społecznych. W przypadku osób bezdomnych problemem społecznym w pierwszej kolejności jest brak domu, a następnie zapobieganie pochodnym patologiom. Redukcja szkód skupia się na ograniczaniu negatywnych konsekwencji szkodliwych zachowań, w przypadku osób bezdomnych przebywających na ulicy, będą to negatywne konsekwencje uzależnienia, zaniedbania higienicznego, złych nawyków żywieniowych, długotrwałego przebywania z złych warunkach atmosferycznych, ryzykownych zachowań seksualnych. W redukcji szkód chodzi o pokazywanie, informowanie, pomaganie a nie wyręczanie. Filozofia redukcji szkód wskazuje, że brak reakcji w tym zakresie wywołuje szkody na kilku płaszczyznach, nie tylko dla samej osoby (zarówno negatywne skutki zdrowotne i psychiczne) ale także szkody społeczne.

W polskim myśleniu i lecznictwie redukcja szkód jest pojęciem bardzo okrojonym i marginalnym. Głównie dotyczy ona uzależnień od środków psychoaktywnych

Stale, nawet najbardziej intensywne kontakty z osobami bezdomnymi żyjącymi w miejscach niekwalifikowanych mogą latami nie przynosić efektu w postaci chęci danej osoby do zmiany swojej aktualnej sytuacji życiowej. Nie znaczy to jednak, że opracowanie, wdrożenie i realizacja jakiegoś planu nie jest możliwe. Warto ten czas poświęcić na zdiagnozowanie, jakie zachowania ryzykowne związane z sytuacją bezdomności podejmuje osoba, oraz przedsięwziąć działania zmierzające do redukcji ich skutków – redukcje szkód. Idee redukcji szkód w pracy streetworkera realizowane są w sposób ciągły i mają charakter spontaniczny: zdiagnozowanie sytuacji wymagającej podjęcia takich działań wiąże się z niemal natychmiastowym (często podświadomym) podejmowaniem działań streetworkerskich zmierzających do zminimalizowania szkód wywołanych tzw. zachowaniem ryzykownym. Na

poziomie podstawowym są nimi informacje i wiedza z zakresu potencjalnych zachowań i ich konsekwencji. Redukcje szkód przyjmować też mogą formę szczegółowych programów nakierowanych na oddziaływanie na jedno, lub kilka zdiagnozowanych w pracy ryzyk, które uznać można za szczególnie niebezpieczne, lub których skala jest duża (dotyczy więcej niż pojedynczych osób bezdomnych). Programy redukcji szkód, jako działanie szersze od codziennej praktyki, wzbogacone zostają o pogłębione akcje/kampanie edukacyjne, wsparcie innych specjalistów, czy adekwatne do zdefiniowanych zachowań narzędzia materialne w postaci przedmiotów, przyborów, a nawet kompleksowych pakietów. Wsparcie specjalistów pozwala także na programowanie obejmujące działania skierowane na oddziaływanie na zachowania ryzykowne inne, niż właściwe tylko dla bezdomności, lub same programy mogą być wysoce szczegółowe, kompleksowe i rozbudowane. Przykładowy zakres takich specjalistycznych programów redukcji szkód znajduje się w standardzie zdrowia (usługa terapia uzależnień). Pamiętać jednak trzeba, że głównymi realizatorami tych programów nie są streetworkerzy pracujący w środowisku osób bezdomnych, ale dodatkowo włączenie do streetworkerskich zespołów specjaliści (terapeuci uzależnień, edukatorzy seksualni) i to oni (a nie streetworkerzy) są odpowiedzialnymi za ich realizację.

Programowanie i realizacja działań z zakresu redukcji szkód wymaga od streetworkera głębokiego poszanowania woli osoby do stylu życia, który można określić degradującym. Jednocześnie rola streetworkera sprowadza się do działań mających głównie zapobiegać, lub niwelować, odraczać w czasie skutki autodestrukcyjnych zachowań. W samym działaniu zmierzającym do możliwie długiego podtrzymania kondycji psychofizycznej ukryty jest bardzo ważny cel dla streetworkera – to dawanie osobie bezdomnej dodatkowego czasu na dojście do momentu decyzji o zmianie stylu życia, skorzystania z oferty pomocowej, jaką nieustannie streetworker proponuje.

Działania podejmowane przez streetworkera w redukcji szkód:

- rozpoznanie zachowań wymagających działań redukujących;
- edukacja i informacja w zakresie konsekwencji zachowań ryzykownych i możliwości ich zapobiegania;
- tworzenie planów działań z zakresu redukcji szkód
- przekazywanie ulotek i materiałów informacyjnych zawierających konsekwencje zachowań ryzykownych;
- motywowanie do zmiany stylu życia;

- dostarczanie narzędzi materialnych zawartych w „pakiecie”⁴⁸ adekwatnych do zidentyfikowanego zagrożenia (część praktyczna standardu tabela nr...)

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

⁴⁸ Streetworkerzy po rozpoznaniu potrzeb osób bezdomnych mogą dostarczyć im konkretne rzeczy (pyt. 17 w części praktycznej standardu). Z zaproponowanego katalogu mogą wybrać poszczególne przedmioty, które będą tworzyły tzw. „pakiet”. Pakiet jest rekomendowany lecz nie niezbędny.

Tabela nr ... Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych–cele, zadania dokumenty

Obszary pracy streetworkera	Działania	Metody i techniki realizacji działań	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"> – Rozeznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów. – Ustanowienie hierarchii ważności dzielnic miasta w którym pracować będą streetworkerzy z osobami bezdomnymi. – Zebranie istniejących map miejsc niemieszkalnych od ewentualnych koalicjantów – ustalenie i/lub opracowanie jednolitych dla wszystkich koalicjantów wytycznych dotyczących zbierania danych do mapy miejsc niemieszkalnych – opracowanie wstępnej mapy miejsc przebywania osób bezdomnych na danym terenie, wytypowanie miejsc najbardziej zagrożonych, – monitorowanie środowiska pod kątem występowania miejsc niemieszkalnych, – poszukiwanie i identyfikowanie osób bezdomnych w miejscach niemieszkalnych, – Zapoznanie się z rolą, zakresem obowiązków i możliwościami organizacji oraz instytucji działających na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności i łagodzenia jego skutków – nawiązanie współpracy – dokumentowanie podejmowanych działań. 	<ul style="list-style-type: none"> - analiza istniejących dokumentów - spotkania zespołu, - spotkania i rozmowy z koalicjantami 	<ul style="list-style-type: none"> - narzędzia techniczne (narzędzia i materiały biurowe, telefon, Internet), - mapa miasta, - mapa miejsc niemieszkalnych, - lokalne diagnozy , - istniejące bazy danych o osobach bezdomnych
<p>Obecność, monitoring, czyli wejście w środowisko przebywania osób</p>	<ul style="list-style-type: none"> – regularny, systematyczny i cykliczny monitoring miejsc niemieszkalnych określonych na etapie badania środowiska, – uzupełnianie bieżącej dokumentacji w tym mapy miejsc niemieszkalnych, – realizacja postanowień partnerstwa/koalicji na rzecz pomocy 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie, - obserwacja, - wspólne patrole ze służbami miejskimi, - kampanie informacyjne , 	<ul style="list-style-type: none"> - Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie, - Odpowiednia do pory roku odzież i obuwie,

<p>bezdomych, z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności wcześniej zdobytych.</p>	<p>osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole) – aktywny udział w partnerstwie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - działania edukacyjno-informacyjne skierowane do lokalnej społeczności 	<p>- spotkania ze społecznością lokalną</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plecak, - Latarka, - Apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe), Telefon komórkowy Ulotki, plakaty i informatory, Materiały biurowe(notes, długopis) Identyfikatory karta kontaktu, - mapa miejsc niemieszkalnych
<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 - wysłuchanie historii i rozmowa na temat potrzeb osoby bezdomnej - informowanie o możliwościach uzyskania pomocy - dokumentowanie podejmowanych działań, w tym po kontakcie wypełnienie karty kontaktu, która będzie uzupełniana po każdym kolejnym kontakcie. 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie, - rozmowa motywacyjna, - rozmowa informacyjna, 	<ul style="list-style-type: none"> - - Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie, - Odpowiednia do pory roku odzież i obuwie, - Plecak, - Latarka, - Apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe), Telefon komórkowy Ulotki, plakaty i informatory, Materiały biurowe(notes, długopis) Identyfikatory karta kontaktu, - mapa miejsc niemieszkalnych

			<ul style="list-style-type: none"> - baza koalicjantów, - mapa miejsc niemieszkalnych,
<p>Budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie i realizacja planu zmian, poznawania potrzeb i deficytów osób bezdomnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - cykliczne odwiedziny osób przebywających w miejscach niemieszkalnych - przedstawianie oferty pomocy adekwatnej do bieżącej sytuacji osoby bezdomnej - rozmowy wsparcia w chwilach kryzysu, - motywowanie osób bezdomnych do zmiany stylu życia, - pomoc w zabezpieczeniu bieżących potrzeb; - szukanie konkretnych rozwiązań pod kątem indywidualnej sytuacji osoby bezdomnej, - towarzyszenie osobom bezdomnym w dotarciu do adekwatnych dla ich sytuacji placówek pomocy - asystowanie i/lub pośredniczenie osobie bezdomnej przy załatwianiu ważnych dla niej spraw; - skierowanie do placówki odpowiedniego typu (jeżeli streetworker jest odpowiedzialny za udzielanie skierowań) - dokumentowanie przeprowadzonych działań. 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie, - rozmowa motywacyjna, - rozmowa informacyjna, - rozmowa wspierająca, - towarzyszenie osobie bezdomnej, - asystowanie osobie bezdomnej 	<ul style="list-style-type: none"> Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie, - Odpowiednia do pory roku odzież i obuwie, - Plecak, - Latarka, - Apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe), Telefon komórkowy Ulotki, plakaty i informatory, Materiały biurowe(notes, długopis) Identyfikatory karta kontaktu, - mapa miejsc niemieszkalnych nych, - baza koalicjantów,,
<p>Zakończenie relacji, czyli praca z osobą w kierunku zmiany stylu życia wygaszenie kontaktu z osobą bezdomną.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rozmowa wsparcia, - rozmowa informacyjna - towarzyszenie/asystowanie osobie bezdomnej do miejsc noclegowych lub innych instytucji adekwatnych w sytuacji danej osoby bezdomnej, - wspieranie w nowej sytuacji i stopniowe wygaszanie kontaktu 	<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"> Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie, - Odpowiednia do pory roku odzież i obuwie, - Plecak, - Latarka, - Apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe),

			Telefon komórkowy Ulotki, plakaty i informatory, Materiały biurowe (notes, długopis) Identyfikatory karta kontaktu, - mapa miejsc niemieszkalnych, - baza koalicjantów,
Interwencja, czyli działania w celu ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych.	<ul style="list-style-type: none"> - udzielenie pierwszej pomocy, - wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej, 	<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,
Redukcje szkód Czyli minimalizacja skutków zachowań ryzykownych związanych z bezdomnością	<ul style="list-style-type: none"> - rozpoznanie zachowań wymagających działań redukujących; - edukacja i informacja w zakresie konsekwencji zachowań ryzykownych i możliwości ich zapobiegania; - motywowanie do zmiany stylu życia; - tworzenie planów działań z zakresu redukcji szkód - dostarczanie narzędzi materialnych zawartych w „pakiecie” 	<ul style="list-style-type: none"> - praca w terenie; - wywiad; - spotkania zespołu; - rozmowa informacyjna; - rozmowa edukacyjna; - rozmowa wspierająca; 	<ul style="list-style-type: none"> - telefony komórkowe, - apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe), - karta kontaktu, - ulotki, - plecaki, - baza koalicjantów, - mapa miejsc niemieszkalnych - pakiet

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

4.2. Dokumentacja usługi

W przypadku gdy streetworking wśród osób bezdomnych realizowany jest jako zadanie projektowe, zlecone lub w wyniku przetargu, organizator lub zleceniodawca usługi może wymagać od realizatora usługi przygotowania dodatkowej dokumentacji. Głównym celem opracowania takiej dokumentacji jest nadzór nad właściwym wykonaniem usługi oraz zweryfikowanie czy realizacja usługi następuje zgodnie z planem. Kontrola ta najczęściej obejmuje kontrolę bieżącą, czyli ocenę skuteczności poszczególnych działań oraz sposobu realizacji pracy oraz kontrolę końcową – sprawdzenie czy wytyczone cele zostały zrealizowane.

Najczęściej wymagane dokumenty:

- sprawozdania/raporty zawierające ilościowe i jakościowe informacje na temat wdrażanej usługi w aspekcie finansowym i rzeczowym

Streetworking jako metoda pracy jest bardzo elastyczna, jak również dynamiczna, co powinno być uwzględnione podczas tworzenia dokumentacji pracy. Dokumenty powinny być 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.

Celem tworzenia dokumentacji pracy streetworkera jest:

- zarządzanie i koordynowanie pracy,
- utrzymanie ciągłości i systematyki pracy;
- monitorowanie pracy streetworkera;
- monitorowanie sytuacji osoby bezdomnej;
- umożliwienie przygotowania odpowiednich sprawozdań.

Tworzenie dokumentacji streetworkera powinno składać się z następujących elementów:

- karta kontaktu- dokument zawierający **podstawowe** dane osoby bezdomnej;
- mapa miejsc niemieszkalnych- baza miejsc niemieszkalnych, zawierająca informacje o przebywających tam osobach bezdomnych;
- plan pracy- planowany rozkład dyżurów streetworkerów;
- sprawozdanie z realizacji dyżurów

Sprawozdanie z realizacji dyżurów może przybierać różne formy i powinno być dostosowane do potrzeb zespołu.

- rejestr osób- alfabetyczny spis osób bezdomnych;
- rejonizacja pracy - dokument porządkujący pracę w poszczególnych rejonach oraz systematyzujący cykliczność odwiedzin osób bezdomnych w terenie;
- notatki służbowe- notatki tworzone przy okazji patroli ze służbami gminnymi i ze zdarzeń nadzwyczajnych.

dokumenty	
wymagane	rekomendowane
<ul style="list-style-type: none"> - karta kontaktu, - mapa miejsc niemieszkalnych - plan pracy - sprawozdanie z realizacji dyżurów 	<ul style="list-style-type: none"> - Rejestr osób bezdomnych, - Rejonizacja pracy - Notatki służbowe,

Mapy miejsc niemieszkalnych

Mapa miejsc niemieszkalnych jest jednym z najważniejszych narzędzi pracy streetworkera pracującego wśród osób bezdomnych, a jednocześnie niezwykle istotnym dokumentem dla organizatorów usługi streetworkingu, dzięki któremu możliwe jest:

- poznanie skali zjawiska bezdomności poza instytucjonalnej;
- 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 zamarznięć osób bezdomnych przebywających z dala od skupisk ludzkich (centrów miast, osiedli itp.).
- efektywna współpraca z innymi służbami działającymi na rzecz pomocy osobom bezdomnym,
- koordynacja działań skierowanych do osób w bezdomności ulicznej;
- utrzymanie ciągłości pracy w terenie.

Mapa miejsc niemieszkalnych spełnia swoje funkcje pod warunkiem, że jest ona na aktualizowana (zaznaczane są nowe miejsca, jak i oznaczane te, które w danym momencie są nieaktywne). Aktualizacja mapy miejsc niemieszkalnych w przypadku realizatora ma charakter ciągły i jest związana z pracą w terenie streetworkerów, na poziomie organizatora aktualizacja powinna być sporządzana przynajmniej raz w miesiącu.

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 kolejowy, altanka śmietnikowa, piwnica, zsyp na śmieci, bunkier, schron, park, itp.)
- 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.

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);

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. Umożliwia również koordynację działań wszystkich organizacji, instytucji i służb działających na rzecz osób bezdomnych.

4.3. Warunki realizacji usługi

Gminy, które mają status miasta na prawach powiatu oraz miasta powyżej 50 tys. zobowiązane są do prowadzenia streetworkingu, w oparciu o zakontraktowane środki finansowe. Warunki realizacji usługi będą uwarunkowane wynikami diagnozy lokalnej. Wymagane jest aby streetworking był realizowany przez zespół streetworkerski (więcej o zespole i jego składzie znajduje się w zasobach osobowych), wymóg ten dotyczy wszystkich realizujących usługę streetworkingu (nie tylko gmin, które zobowiązane są do realizacji usługi ustawowo).

4.3.1. Okres w jakim świadczy się usługę streetworkingu

Przy określaniu okresu, w którym będzie świadczona usługa streetworkingu wśród osób bezdomnych, decyzja musi być poprzedzona diagnozą środowiska osób przebywających w miejscach niemieszkalnych i wynikać z rzeczywistych, lokalnych uwarunkowań problematyki bezdomności. Okres świadczenia usługi jest uzależniony od czasu występowania zjawiska bezdomności ulicznej. Ze względu na charakter gminy problem bezdomności ulicznej może w niej istnieć w różnych okresach czasu: całorocznie (np. gminy duże), sezonowo (gminy atrakcyjne turystycznie – kurorty, uzdrowiska itp.), lub incydentalnie (np. w towarzystwie dużych kilkudniowych imprez masowych). Przyjmując za punkt odniesienia taką specyfikę ulicznej bezdomności wyodrębnić można odpowiadające im formy organizacji streetworkingu:

➤ Całoroczny:

Nieodzowny w gminach dużych, z rozbudowanym systemem pomocy społecznej. Wielkość gminy, czy jej poziom ekonomiczno-gospodarczy nie są jednak jedynymi czynnikami przyciągającymi ludzi bezdomnych przez cały kalendarzowy rok. Ze stałymi skupiskami ludzi bezdomnych żyjących w przestrzeni publicznej spotkać się można także w niewielkich miejscowościach, ale posiadających np. duże placówki penitencjarne. W takich gminach streetworking prowadzony całorocznie wydaje się jedynym możliwym do zastosowania wariantem, gwarantującym stałe monitorowanie sytuacji populacji ludzi bezdomnych. W przypadku realizacji streetworkingu przez cały rok rekomendowane jest zatrudnienie streetworkerów na umowę o pracę, 7 dni w tygodniu (sugerowany równoważny czas pracy), w godzinach dziennych (praca w systemie zmianowym)

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.

➤ Sezonowy:

Wariant możliwy do zastosowania jako pewnego rodzaju stały element systemu, ale wdrażany jedynie w pewnych okresach roku, związanych np. z wzmożeniem ruchu turystycznego, Zakładając, że atrakcyjność dla ludzi bezdomnych pewnych gmin ogranicza się np. do okresów wakacyjnych, to w tych właśnie okresach aktywność gmin powinna być także ukierunkowana na wsparcie ludzi, którzy w danym okresie będą w niej przebywać w warunkach dla nich samych niebezpiecznych. Należy jednak pamiętać, że ta forma ma jedynie wymiar doraźny i nie daje możliwości osiągnięcia tych rezultatów, jakie tkwią w potencjale streetworkingu realizowanego całorocznie (budowania relacji i stymulowania procesu zmiany), a tym samym wdrożona jedynie w gminach, w których poza danym sezonem bezdomność uliczna nie istnieje, lub ma wymiar marginalny. Nie oznacza to jednak, że nieliczne osoby bezdomne pozostające w przestrzeni ulicznej poza sezonem mogą zostać pozostawione bez wsparcia.

➤ Akcyjny:

Akcyjny charakter ulicznej bezdomności związany może być ze szczególnymi wydarzeniami na terenie gminy. Wyróżnić tu głównie można cykliczne, wielodniowe imprezy wpisane na stałe w kalendarz gminnych wydarzeń (np. festiwale, jarmarki itp), jak i jednorazowych, ale o wyjątkowym charakterze (np. wielodniowe zawody sportowe rangi międzynarodowej – mistrzostwa świata, Europy itp.). Charakter takiej bezdomności jest podobny do bezdomności sezonowej, ale trwa zdecydowanie krócej.

Zaznaczyć tu trzeba, że akcyjny wymiar streetworkingu nie powinien być wiązany np. z okresami zimowymi – niekorzystna aura nie przyciąga ludzi bezdomnych. Jeśli w okresie zimowym zidentyfikowane zostają osoby bezdomne oznacza to, że najprawdopodobniej przebywają tam one przez cały rok, tym samym ich wsparcie nie może się ograniczać tylko do okresu zimowego.

4.3.2. Czas pracy i forma zatrudnienia streetworkera

Podobnie jak przy określaniu okresu świadczenia usługi decyzja, o wyborze systemu czasu pracy oraz formy zatrudnienia, musi zostać poprzedzona diagnozą środowiska osób przebywających w miejscach niemieszkalnych i wynikać z rzeczywistych, lokalnych uwarunkowań problematyki bezdomności. Formę rekomendowaną formą zatrudnienia należy uznać umowę o pracę w wymiarze 1/1 etatu. Pracodawca rozważyć powinien jeden z trzech wariantów systemu czasu pracy:

- podstawowy;
- równoważny;
- zadaniowy.

Żaden z powyższych systemów czasu pracy, mimo dość powszechnej opinii, nie przewiduje pracy w wymiarze ponad przyjętą normę (średnio 40 godzin tygodniowo).

4.3.3. Pory, w jakich usługa streetworkingu może być świadczona

Praca streetworkera może być realizowana w dni powszednie jak również w weekendy i dni świąteczne. 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.

- Praca w godzinach nocnych:

Praca w godzinach nocnych choć nie daje możliwości pełnej diagnozy środowiska może być szczególnie wskazana w miejscach do których na noc wracają osoby bezdomne, a z którymi kontakt w ciągu dnia jest niemożliwy. Ze względu na bezpieczeństwo pracy rekomenduje się aby nocne patrole były realizowane wspólnie ze służbami mundurowymi.

4.3.4. 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

Monitoring miejsc niemieszkalnych odbywa się do czasu:

- przebywania/obecności w nich osób bezdomnych - regularne monitorowanie sytuacji osób przebywających w miejscu niemieszkalnym;
- opuszczenia przez osoby bezdomne zdiagnozowanego miejsca – regularnie, ale z mniejszą częstotliwością (monitorowanie miejsca niemieszkalnego, sprawdzanie, czy nie powróciły tam osoby bezdomne);
- likwidacji miejsca niemieszkalnego (zburzenie pustostanu, spalenie działki, itp.). standard rekomendowany Do tej kategorii nie zaliczają się sytuacje związane z utrudnieniem dostępu do miejsca niemieszkalnego (np. zamurowanie, czy zabicie okien).

4.3.5. Szkolenie streetworkerów

W przypadku kandydatów na streetworkerów, w procesie rekrutacji i selekcji, większe znaczenie mają predyspozycje osobowościowe niż konkretne wykształcenie, dlatego niezmiernie ważną kwestią jest odpowiednie przygotowanie merytoryczne do pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych. Indywidualne cechy kandydata bardzo pomagają, ale nie wystarczają, aby efektywnie i skutecznie pracować w marginalizowanych społecznie środowiskach. **Praca streetworkera, aby przynosiła efekty, musi być poparta szczegółową 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 40 godzin dydaktycznych (w tym warsztatów / ćwiczeń) i obejmować następujące zagadnienia:

Plan nauczania określający nazwę zajęć edukacyjnych

L.P	Moduł	Liczba godzin
1	Bezdomność i wykluczenie społeczne	6
2	System pomocy osobom bezdomnym	2
3	Metodyka pracy metodą streetworkingu wśród osób bezdomnych	16
4	Komunikacja w pracy streetworkera	5
5	Współpraca ze służbami i innymi podmiotami	4
6	Zachowania bezpieczne w terenie	3
7	Praktyczne aspekty pracy metodą streetworkingu z osobami bezdomnymi	2
8	Podstawy etyczne pracy streetworkera	2

Z uwagi na fakt, że praca streetworkerów 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.

Dodatkowe, rekomendowane szkolenia:

- Systematyczny kurs pierwszej pomocy,
- Systematyczny kurs samoobrony,
- Kurs profilaktyki uzależnień,
- Trening zachowań asertywnych,
- Kurs komunikacji Interpersonalnej

4.3.6. Superwizja.

Superwizja jest coraz powszechniej stosowanym narzędziem służącym do 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. Celem superwizji jest pomoc streetworkerom w przyjrzeniu się własnym doświadczeniom w pracy z osobą bezdomną, ewentualnym przeszkodom, w tym kontakcie leżącym zarówno po stronie samego streetworkera jak i osoby bezdomnej, jak również zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług, a także zapobieganie wypaleniu zawodowemu. Efektem tej analizy będzie uzyskanie nowej, szerszej perspektywy widzenia danego problemu, dającej możliwość dokonania trafniejszej diagnozy i przyjęcia lepszych strategii w wykonywanej pracy.

superwizor to osoba niepracująca w danym zespole/organizacji, a konsultująca zespół

5. Zasoby (określenie kwalifikacji, czasu, ilości osób bezdomnych, lokal, wyposażenie, budżet)

5.1. Personalne

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, się wymagane jest prowadzenie takiej pracy w zespole. W skład zespołu realizującego streetworking wchodzi:

- **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** 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

Zespół realizujący streetworking w danej gminie powinien spotykać się systematycznie, w celu omówienia bieżących problemów, zaplanowania pracy, uzupełnienia dokumentacji, omówienie trudnych przypadków czy wymiany informacji w ramach koalicji. Spotkania zespołu powinny odbywać się przynajmniej raz w tygodniu. Streetworkerzy przede wszystkim pracują z osobami bezdomnymi, w swojej pracy powinni także znaleźć czas na wypełnienie dokumentacji. Wypełnianie karty kontaktu z osobą bezdomną w terenie jest trudne a czasami nawet niemożliwe, dlatego niezbędne jest aby streetworkerzy również posiadali swoje miejsce pracy w biurze gdzie będą mogli swobodnie uzupełniać wszelkie dokumenty.

Kwalifikacje streetworkerów

Streetworking może być realizowany w trzech nurtach:

- **samopomocowym**, nurt, oparty na pracy osób, które doświadczyły wykluczenia (w odniesieniu do streetworkingu – doświadczyły sytuacji bez dachu nad głową). Nurt ten zwany bywa też neofickim
- **zawodowym**, nurt zawodowy, oparty na pracy osóbo wysokich kwalifikacjach formalnych związanych przede wszystkim z wykształceniem z zakresie nauk społecznych lub w zawodzie pracownika socjalnego;
- **mieszanych**, oparty na pracy minimum dwuosobowych zespołów, w których jeden streetworker odpowiada nurtowi samopomocowemu, a drugi zawodowemu

W przypadku nurtu samopomocowego przede wszystkim zwraca się uwagę na doświadczenie bezdomności i kompetencje psychospołeczne, a w dalszej kolejności

konkretne wykształcenie formalne. Rekomendujemy jednak uzupełnienie wykształcenia do poziomu wykształcenia średniego.

Poniższe tabele przedstawiają profil kandydata na streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych na które składają się kwalifikacje formalne czyli wykształcenie i wiedza specjalistyczna oraz doświadczenie kandydata a także kwalifikacje psychospołeczne czyli cechy osobowościowe oraz postawa osobista.

Kwalifikacje formalne streetworkera bezdomności

	Wymagane	Rekomendowane
Wykształcenie	Brak wymagań (nurt samopomocowy) Pomaturalne (nurt zawodowy)	średnie(nurt samopomocowy) Wyższe w zakresie nauk Społecznych (nurt zawodowy) –
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 40 godzin szkoleniowych, kurs pierwszej pomocy, szkolenie BHP	Kursy doskonalące warsztat pracy streetworkera, np. kurs komunikacji interpersonalnej, warsztaty asertywności, kurs profilaktyki uzależnień
Obsługa komputera (programy, poziom)	Tak, poziom podstawowy	Umiejętność wykorzystania programów komputerowych umożliwiających opracowanie dokumentacji, sprawozdawczości, prezentacji
Prawo jazdy	Nie	Tak

W przypadku osób mających własne doświadczenia z uzależnieniem wymogiem koniecznym powonien być ukończony program własnej terapii. W przypadku osób, które w przeszłości doświadczyły bezdomności wymogiem koniecznym, jest ukończony proces reintegracji społecznej, rozumiany jako osiągnięcie samodzielności życiowej. Wskazane jest, by osoba taka przed podjęciem pracy na stanowisku streetworkera po osiągnięciu samodzielności przez minimum 2 lata pracowała w zawodzie niezwiązanym z pomocą społeczną.

Kwalifikacje psychospołeczne –streetworkera bezdomności

Cechy osobowościowe i postawa osobista	
Kompetencja	Opis
Otwartość na innych	Streetworker jest osobą otwartą na innych i empatyczną: potrafi przekazywać szczere, prawdziwe i autentyczne komunikaty, pokazywać zainteresowanie odczuciami osób bezdomnych, a także posiada gotowość do akceptowania i zrozumienia reakcji innego człowieka
Odporność na stres i wytrzymałość	Streetworker jest osobą odporną na stres. W trudnych sytuacjach nie wycofuje się, stawia im czoło. Ma dobry stan zdrowia. Jest sprawny fizycznie i wytrzymały psychicznie. Nie ma oporów przed kontaktem z ludźmi skrajnie zaniedbanymi (o nieprzyjemnym zapachu, odstręczającym wyglądzie). Jest w stanie pracować nawet w niesprzyjających warunkach (np. przy złej pogodzie). Nie zraża się niepowodzeniami, konsekwentnie dąży do wyznaczonych celów. Kontroluje swoje emocje i potrafi konstruktywnie rozwiązywać problemy z nimi związane.
Dojrzałość emocjonalna	Streetworker jest osobą dojrzałą i odpowiedzialną. Potrafi zachować odpowiedni dystans do sytuacji. Jest empatyczny, ale potrafi również postawić granicę w sytuacji zagrożenia.
Sumiennność 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. Inicjatywę w poszukiwaniu miejsc przebywania osób bezdomnych podejmuje. Przejawia mające na celu niesienie im pomocy i wsparcia.
Umiejętności interpersonalne	
Umiejętność nawiązywania kontaktu i budowania relacji	Streetworker potrafi nawiązać kontakt z osobą bezdomną. Jest w stanie dopasować sposób i styl wypowiedzi do odbiorcy. Nie wywyższa się. Buduje długotrwałe relacje oparte na dobrej współpracy. Streetworker potrafi słuchać, zadaje trafne pytania, umiejętnie odczytuje potrzeby osób bezdomnych. Potrafi uszanować decyzje i opinie odmienne od własnych, nawet gdy mogą one według wszelkiego prawdopodobieństwa przynieść szkodę tej osobie. Jest asertywny.
Umiejętność rozwiązywania problemów i podejmowania racjonalnych	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.

decyzji	
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.

5.2. Materialne

Narzędzia materialne

Narzędzia pracy streetworekra	
Wymagane	rekomendowane
<ul style="list-style-type: none"> - Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie, - Odpowiednia do pory roku odzież i obuwie, - Plecak, - Latarka, - Apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe), - Telefon komórkowy - Ulotki, plakaty i informatory, - Materiały biurowe (notes, długopis) - Identyfikatory 	<ul style="list-style-type: none"> - Termos, - Koce lub folia ratunkowa, - Ciepły napój, - Inne przedmioty i rzeczy służące redukcji szkód („pakiet”) - Wielofunkcyjny scyzoryk - Odstraszacz psów/ gaz pieprzowy

5.3. Niematerialne

Narzędzia niematerialne:

- superwizja
- sieć koalicjantów
- wsparcie terytoryczne
- monitorowanie i nadzór
- szkolenia

5.4. Instytucjonalne

Podmioty realizujące usługę

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

Partnerzy kluczowi

- służby mundurowe (policja, Straż Miejska, Straż Graniczna, Straż Ochrony Kolei itd.)

- jednostki pomocy społecznej (ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie)
- organizacje pozarządowe (świadczące wsparcie z obszarów szeroko pojętego wykluczenia społecznego)
- ochrona zdrowia (przychodnie, szpitale, oddziały ratunkowe, pogotowie ratunkowe, oddziały detoksykacyjne, poradnie i ośrodki terapii uzależnień, hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze).

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, centra zarządzania kryzysowego, przedsiębiorstwa dystrybucji energii cieplnej, izby wytrzeźwień i inne podmioty realizujące ich zadania, skupy surowców wtórnych, firmy prywatne, członkowie lokalnej społeczności i osoby prywatne
- organizacje pozarządowe działające w obszarze polityki społecznej.

5.4. Zasoby finansowe potrzebne do realizacji usług streetworkingu.

Organizator usługi streetworkingu planuje i zabezpiecza niezbędne zasoby finansowe na jej realizację. Zasoby finansowe potrzebne do realizacji usługi można oszacować na podstawie kosztów bezpośrednich i pośrednich.

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

wynagrodzenie członków zespołu realizującego streetworking (koordynator, streetworkerzy);

- wynagrodzenie osób wspierających zespół realizujący streetworkerking (np. wynagrodzenie superwizora czy pielęgniarce, psychologa, którzy mogą brać udział w patrolach razem ze streetworkerami),
- koszty wyposażenia stanowisk pracy wyżej wymienionych osób (ww. personelu) m.in. meble, komputer wraz z oprogramowaniem itp.;

- koszty narzędzi pracy;
- koszty działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją usługi (np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych);
- koszty zabezpieczenia prawidłowej realizacji usługi;
- koszt szkolenia i podnoszenia kwalifikacji realizatora usługi,
- koszty rekrutacji i selekcji,
- koszty materiałów biurowych wykorzystywanych przez streetworkerów,
- koszty monitoringu, ewaluacji;
- inne – o ile są bezpośrednio związane z realizacją usługi.

Koszty pośrednie, tj. koszty związane z bieżącym funkcjonowaniem jednostki nadzorującej realizację usługi.

- wynagrodzenie personelu obsługowego tj. obsługa kadrowa, finansowa, prawna, sekretariat, kancelaria itp.)
- wynagrodzenie obsługi księgowej, w tym koszty biura rachunkowego
- koszty utrzymania powierzchni biurowych (czynsz, najem, opłaty administracyjne) związanych z obsługą administracyjną, opłaty za energię elektryczną, ciepłą i gazową, za wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków w zakresie związanym z obsługą administracyjną
- koszty usług pocztowych, telefonicznych, telegraficznych, teleksowych, internetowych, kurierskich związanych z obsługą administracyjną: koszty usług powielania dokumentów związanych z obsługą administracyjną
- koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną
- koszty ubezpieczeń cywilnych i majątkowych
- koszty sprzątania pomieszczeń (w tym środki do utrzymania czystości oraz dezynsekcję, dezynfekcję, deratyzację itp.
- koszty archiwizacji dokumentacji
- koszt amortyzacji sprzętu i wartości niematerialnych.

EWALUACJA I MONITORING MODELU GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

Joanna Dąbrowska, Maciej Dębski, Barbara Goryńska-Bittner, Sławomir Mandes, Marcin J. Sochocki, Aneta Wiącek, we współpracy z grupami eksperckimi do spraw: partnerstw lokalnych, pracy socjalnej, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zdrowia, zatrudnienia i edukacji, streetworkingu.

red.

Łukasz Browarczyk

Wprowadzenie

Konglomerat wystandaryzowanych usług dla ludzi bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jaki składa się na Model GSWB oraz standardy wymaga podczas wdrażania wiele uwagi. Szczególnie, przy wyborze usług, które będą tworzyć lokalne modelowe rozwiązania, a są odpowiedzią na problemy określone w diagnozie. Równie istotne jest nieustające sprawdzania jakości wdrażanych rozwiązań, ocena ich skuteczności i sensowności. Dlatego też, zagadnienie ewaluacji i monitoringu w Modelu GSWB zajmuje odrębne miejsce, jako narzędzie oglądu, kontroli i oceny rzetelności wprowadzonych usług. **Zaproponowane w niniejszym dokumencie podejście do ewaluacji, przykładowe rozwiązania, aby mogły być rzetelnie stosowane wymagają harmonijnego odniesienia do rezultatów diagnozy identyfikującej skalę lokalnych problemów oraz gminnych strategii i programów, w których powinny być określone kryteria sukcesu.** Współgranie tych trzech rodzajów dokumentów (diagnozy lokalnej, gminnych strategii, programów), pozwoli dobierać usługi adekwatnie do lokalnych problemów, następnie efektywnie je oceniać i na podstawie rezultatów ewaluacji modyfikować stosowane rozwiązania, tak aby zawsze stanowiły odpowiedź na rzeczywiste problemy.

Podstawowe pojęcia i terminy

Cele ewaluacji, definicje, podziały

Przyjmujemy, że **ewaluacja to** „ocena wartości (jakości) jakiegoś obiektu lub (projektowanego, wdrażanego albo zakończonego) procesu (np. programu profilaktycznego, edukacyjnego, terapeutycznego)”⁴⁹. Ważnym wymiarem ewaluacji jest jej demokratyczny charakter. To oznacza, że jest ona nastawiona „(...) na uwzględnienie różnych interesów i punktów widzenia uczestniczących w niej stron zgodnie z ich własną definicją i interpretacją. Ewaluator jest w tym przypadku nie tyle osobą formułującą oceny, ile pośrednikiem w wymianie informacji, przekonań i doświadczeń, i to w sposób, który nie pozbawia nikogo kontroli nad ich użyciem i interpretacją”⁵⁰. Na każdym etapie procesu ewaluacji należy – w

⁴⁹ M. J. Sochocki, *Liderzy – realizatorzy – beneficjenci. Prezentacja wyników badań ewaluacyjnych „Szkoły dla rodziców i wychowawców” (edycja wrzesień-grudzień 2007)*, „Zeszyty Metodyczne”, nr 3, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2008, s. 67.

⁵⁰ L. Korporowicz (opr.), *Słownik ważniejszych pojęć*, w: L. Korporowicz (red.), *Ewaluacja w edukacji*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1997, s. 278.

miarę możliwości – spełnić wymóg partycypacji w tym procesie wszystkich kluczowych grup (np. bezpośrednich i pośrednich adresatów, przedstawiciele organizacji i instytucji zajmujących się bezdomnością, członków lokalnej społeczności i władz, sponsorów itp.). Jednym z wyrazów ewaluacji demokratycznej jest triangulacja – „zabieg metodologiczny polegający na „oświetlaniu” przedmiotu badań z możliwie różnych stron i uwzględnianiu odmiennych punktów widzenia w celu ich wzajemnej weryfikacji, dopełnienia, relatywizacji, ale i dookreślenia”⁵¹. Wielość uwzględnianych perspektyw może odnosić się nie tylko – jak to wspomniano powyżej – do angażowania w proces ewaluacji przedstawiciele różnych grup interesów, ale także do różnych perspektyw teoretycznych (triangulacja teoretyczna) i metodologicznych (zróznicowanie jakościowych i ilościowych metod oraz technik badawczych)⁵².

W niniejszym opracowaniu zastosowano trójpodział na: **ewaluację procesu** (zwaną też monitoringiem), **ewaluację formatywną**⁵³ i **ewaluację konkluzywną**⁵⁴. Rozróżnienie to odnosi się do funkcji (celów, zadań) jaki spełniać ma ewaluacja. „**Ewaluacja procesu** jest najbardziej elementarną formą oceny podejmowanych działań. Jej przedmiotem jest właśnie proces wdrażania projektu. W polu zainteresowania są (zaplanowane i niezaplanowane) działania mające związek z realizacją projektu podejmowane przez jego twórców, wykonawców i odbiorców oraz informacje o osobach zaangażowanych w projekt”⁵⁵. **Ewaluacja formatywna** „(formative evaluation) – jej celem jest optymalizacja ewaluowanego programu – podniesienie jakości, doskonalenie, wybór rozwiązań ocenianych za najwłaściwsze”⁵⁶. **Ewaluacja konkluzywna** „(summative evaluation) – koncentruje się na analizie rezultatów lub skutków programu poprzez wykrycie wszystkich znajdujących się w polu analizy konsekwencji o planowanym i nie planowanym charakterze. Wnioski z tych

⁵¹ Tamże, s. 280.

⁵² M. Sochocki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 86.

⁵³ Ewaluacja, której założeniem jest wsparcie uczestników programu tzn. : menedżerów i decydentów, aby pomóc im ulepszać ich decyzje i działania. Stosuje się ją głównie w interwencjach publicznych podczas ich wdrażania (ewaluacja bieżąca, okresowa). Skupia się głównie na procedurach wdrażania programu oraz ich skuteczności i trafności (OECD: Ocena zmierzająca do poprawy wydajności, przeprowadzana głównie podczas fazy wdrażania projektu lub programu) (www.ewaluacja.gov.pl/slownik/Strony/slownik_ewaluacja_formatywna.aspx, 25.11.2013).

⁵⁴ Ewaluacja przeprowadzana po wdrożeniu programu w celu oceny jego rezultatów i wpływów, sprawdzenie w jakim stopniu osiągnął cele, i czy był korzystny dla wszystkich grup i osób, którym miał przynieść korzyść (OECD: Studia/badania przeprowadzone na końcu interwencji lub fazy interwencji celem określenia zakresu w jakim wyprodukowany został wynik. Ewaluacja konkluzywna ma za zadanie dostarczyć informacji o wartości programu) (www.ewaluacja.gov.pl/slownik/Strony/slownik_ewaluacja_konkluzywna.aspx, 25.11.2013).

⁵⁵ M. J. Sochocki, *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*, „Trzeci Sektor”, nr 7, 2006, s. 90–91. Por też. K. Okulicz-Kozaryn, A. Borucka, *Opracowywanie i ewaluacja programów promocji zdrowia psychicznego na przykładzie programu wczesnej profilaktyki alkoholowej*, w: A. Sito, M. Berkowska (red.), *Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia. Teoria i Praktyka*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 4, 2000, suplement 1, s. 181.

⁵⁶ M. J. Sochocki, *Ewaluacja jako...*, wyd. cyt., s. 91.

analiz w postaci konkluzji uzupełnione są często rekomendacjami dotyczącymi przyszłych programów lub decyzji⁵⁷.

Monitoring (zwany też ewaluacją procesu) oznacza weryfikację zrealizowanych działań i przyjętych założeń – sprawdzenie czy i w jakim zakresie działania zostały zrealizowane zgodnie z harmonogramem i czy przyczyniły się do zakładanych zmian (tj. osiągnięcia celów). Badanie to wymaga bieżącej rejestracji podejmowanych działań i osiąganych efektów. Może być prowadzone w formie analizy dokumentów w oparciu o przygotowany kwestionariusz monitorujący realizację określonego działania. Kwestionariusz taki może być „kopią” harmonogramu planowanych działań, w którym do każdego z działań zostaną postawione pytania:

- czy dane działanie przyczyniło się/było pomocne w osiągnięciu założonych celów?
- czy w trakcie realizacji działania nastąpiły zmiany lub pojawiły się nieprzewidziane okoliczności? Jakież?
- jakie czynniki mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowości dalszej realizacji zaplanowanego przedsięwzięcia / działania?

Monitoring prowadzony w taki sposób pozwala określić, czy realizacja planu działania przebiega zgodnie z założeniami (jeśli nie – można odpowiednio wcześniej zapobiec negatywnym skutkom, poprzez skorygowanie przebiegu usługi: 1) pozostawiając działania efektywne, 2) rezygnując z działań nie przynoszących spodziewanych rezultatów, 3) wprowadzając nowe, bardziej efektywne działania/rozwiązania). Monitoring powinien być prowadzony co najmniej raz na dwa miesiące, jednak przy rozbudowanym i wielozadaniowym przedsięwzięciu wskazane jest, by był realizowany częściej. Efektywność działania całego zespołu pracowników wzrasta, jeżeli problemy pojawiające się w trakcie realizacji działania i możliwe sposoby ich rozwiązania omawiane są w ramach zebrań lub grupowych superwizji.

Kolejnym, ważnym rozróżnieniem odnoszącym się do ewaluacji (i triangulacji) jest podział na ewaluację wewnętrzną i zewnętrzną. Z pierwszą mamy do czynienia wówczas, gdy w proces ewaluacji włączają się osoby zaangażowane w tworzenie i/lub wdrażanie ocenianych działań. Ewaluacja zewnętrzna oznacza zaangażowanie w ewaluację osób spoza grona twórców i realizatorów ocenianego projektu. Najbardziej efektywne jest tworzenie zespołów składających się z ewaluatorów wewnętrznych i zewnętrznych, z ważnym

⁵⁷ L. Korporowicz (opr.), wyd. cyt., s. 279.

zastrzeżeniem, że jeśli nie zachodzą szczególne okoliczności, to – w przypadku ewaluacji formatywnej i konkluzywnej - etap gromadzenia danych (np. przeprowadzania badań ankietowych, prowadzenia wywiadów kwestionariuszowych) powinien być zastrzeżony dla ewaluatorów zewnętrznych.

Ewaluacja i monitoring służą weryfikowaniu stopnia osiągnięcia założonych celów z punktu widzenia przyjętych kryteriów. Różnica pomiędzy nimi polega na tym, że monitoring służy do weryfikowania realizacji założonych celów krótkoterminowych. Na przykład, sprawdzana jest liczba szkoleń, liczba biorących w nim osób, ich satysfakcja z uczestnictwa w szkoleniu, itd. Dlatego monitoring jest prowadzony na bieżąco, wraz z realizowanymi działaniami. Ewaluacja natomiast koncentruje się na weryfikowaniu czy są osiągnięte cele długoterminowe. Na przykład, czy szkolenia w zakresie edukacji zawodowej prowadzą do zdobycia i utrzymania pracy przez osoby bezdomne.

Związek ewaluacji i monitoringu jest bardzo ścisły. W obu przypadkach możemy wykorzystywać podobne narzędzia i szukać odpowiedzi na zbliżone pytania. Prowadząc ewaluację wykorzystuje się dane zebrane w czasie monitoringu. W celu precyzyjnego rozróżnienia monitoringu i ewaluacji należy jasno określić cele krótko i długoterminowe oraz opracować precyzyjny harmonogram.

Zgodnie z przyjętymi standardami ewaluacja i monitoring powinny być przeprowadzane w oparciu o następujące kryteria:

- Adekwatność – rozumiana jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: *czy zakres usług Standardu (podmiotowy, przedmiotowy i przestrzenny) jest prawidłowy i wystarczający wobec diagnozowanych potrzeb i możliwości osoby bezdomnej/zagrożonej bezdomnością oraz Modelu GSWB realizowanego przez PL.*
- Efektywność – rozumiana jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: *czy zaangażowane zasoby, określone w poszczególnych usługach Standardu (osobowe, materialne, finansowe oraz instytucjonalne) są wystarczające dla uzyskania zmiany sytuacji osoby bezdomnej/ zagrożonej bezdomnością oraz Modelu GSWB realizowanego przez PL.*
- Skuteczność – rozumiana jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: *czy sposób realizacji, określony dla poszczególnych usług Standardu (narzędzia oddziaływania, udział w zajęciach, współpraca specjalistów itp.) jest określony jako minimalnie wystarczający dla gwarantowania uzyskania niezależności osoby bezdomnej/ zagrożonej bezdomnością od systemu pomocy społecznej*
- Trwałość – rozumiana jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: *czy realizowane działania przyniosą efekty, które będą trwałe i w długim horyzoncie czasowym przyniosą wymierne*

efekty dla osoby bezdomnej/ zagrożonej bezdomnością od systemu pomocy społecznej oraz Modelu GSWB realizowanego przez PL.

Jednym z kluczowych elementów procesu ewaluacji jest sformułowanie wskaźników, są to „mierniki służące do oceny skuteczności programu lub realizacji działań programu”⁵⁸. Wskaźniki mogą odnosić się m.in. do monitoringu (ewaluacja procesu) i odpowiadać na pytanie – ‘czy/w jakim zakresie podjęto zaplanowane działania?’ lub rezultatów (ewaluacja formatywna i konkluzyjna) – ‘czy/w jakim zakresie osiągnięto zakładane efekty?’. Jak widać, zdefiniowanie wskaźników bezpośrednio odnosi się do tego, co zostanie uznane za sukces lub porażkę w realizacji projektu. Zgodnie z wymogami ewaluacji demokratycznej, nie powinny one mieć arbitralnego charakteru lecz należy je – w procesie triangulacji – formułować i przyjmować z uwzględnieniem partycypacji różnych zainteresowanych stron.

Przygotowując wskaźniki należy pamiętać aby były różnorodne, to znaczy odnosiły się do różnych aspektów prowadzonych działań. Wyróżnić można następujące grupy wskaźników: 1) wkładu, mierzące nakłady finansowe, rzeczowe i ludzkie; 2) produktu, mierzące ilość poszczególnych działań; 3) rezultatu, mierzące bezpośrednie (następujące bezpośrednio po usłudze) efekty; 4) wpływu, mierzące długoterminowe efekty. Wskazane jest utrzymywanie liczby wskaźników na rozsądnym poziomie, tak aby uniknąć nadmiernej biurokracji.

Przygotowując system wskaźników monitorujący stopień realizacji usług należy pamiętać o zasadzie, która mówi, że powinny one spełniać pięć kryteriów: 1) być konkretne; 2) mierzalne; 3) akceptowane (przez osoby, które będą je zbierały); 4) istotne dla partnerstwa (każdego podmiotu w partnerstwie, jak i dla gminy) z punktu celów, które realizuje; 5) z jasno wskazanymi momentami, kiedy należy dokonywać pomiaru.

Miejsce ewaluacji w procesie wdrażania Modelu GSWB

Na Model GSWB składa się szereg wystandaryzowanych usług społecznych pogrupowanych w sześciu obszarach (partnerstwa lokalnego, pracy socjalnej, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zdrowia, zatrudnienia i edukacji oraz streetworkingu). Warunkiem

⁵⁸ Słownik terminów opracowany w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii – A. Radońska, K. Bonisławska, K. Jarmołowska, K. Okulicz-Kozaryn, D. Macander, A. Borkowska, J. Terlikowska, R. Frączek, M. J. Sochocki, System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010, s. 28.

harmonijnego wdrażania opracowanych standardów jest zawiązanie i funkcjonowanie partnerstwa. To wskazuje na szczególną rolę tego obszaru podlegającego standaryzacji. Standard partnerstwa lokalnego ma wyjątkowe znaczenie, porządkuje zasady wielostronnej (między sferami publiczną, biznesową i społeczną) współpracy mającej na celu rozwiązywanie problemów społecznych (w przypadku Modelu GSWB – rozwiązywania problemu bezdomności i zagrożenia nią). Poza tym określa warunki możliwości wdrożenia Modelu do lokalnej (gminnej) polityki społecznej.

Standard partnerstwa lokalnego wskazuje m.in. następujący cel: przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemów społecznych w sferze prewencji, interwencji i integracji. Jest to zbieżne z celami jakie są przyjęte w Modelu GSWB. Zbieżność celów wpływa na to, że w ewaluacji obszaru partnerstwa lokalnego można w równoprawny sposób stosować (przyjąć?) dwie ścieżki ewaluacji – 1) oceniać stopień realizacji celu poprzez właściwe wdrażanie wystandaryzowanych usług lub 2) oceniać na poziomie samego standardu (mierzyć czy partnerstwo funkcjonuje zgodnie z wystandaryzowanymi zasadami). W tym standardzie istnieje konieczność rozróżnienia dwóch poziomów oceny: 1) ewaluacji i monitorowania na poziomie poszczególnych standardów; 2) ewaluacji i monitorowania na poziomie Modelu GSWB.

Pierwszy stopień. Ewaluacja i monitoring standardów. Powinny określić na ile działania podejmowane w poszczególnych wystandaryzowanych obszarach usług są zgodne z zapisami standardów i przynoszą rezultaty zgodnie z oczekiwaniami wyznaczonymi w dokumentach strategicznych, a określonymi na podstawie diagnozy.

Drugi stopień. Ewaluacja i monitoring Modelu GSWB. Powinny określić czy poprzez realizację standardów w przyjętej przez partnerstwo konfiguracji realizowane są cele stawiane w Modelu, czyli rozwiązywany jest problem bezdomności i zagrożenia nią na poziomie gminy w obszarach prewencji, interwencji i integracji.

Cele modelu i ich operacjonalizacja

Opracowanie to adresowane jest do szerokiego grona odbiorców – osób zaangażowanych w realizację opisanych w modelu celów. Dlatego zrezygnowano z odniesień teoretycznych dotyczących metodologii ewaluacji, ograniczając się do określenia wskaźników, które będą miały zastosowanie we wszystkich bez wyjątku partnerstwach.

Kierownictwo i nadzór nad procesem ewaluacji modelu powinny mieć osoby posiadające odpowiednie kompetencje z zakresu stosowanych nauk społecznych (szczególnie metodologii badań). Dopuszcza się ocenianie wdrażanych rozwiązań przez partnerstwo (autoewaluację), ale jako rozwiązanie rekomendowane proponujemy zlecenie ewaluowania skuteczności podejmowanych działań zewnętrznym podmiotom, tak aby zwiększyć szanse na dokonanie zbiektywizowanej, profesjonalnej oceny działań podejmowanych przez partnerstwo.

Celem ewaluacji modelu jest weryfikacja czy założone w modelu cele są osiągnięte przez partnerstwo. Przyjęto następujące cele modelu:

- rozwiązywanie problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością
- zmniejszenie skali zagrożenia bezdomnością oraz zahamowanie wzrostu liczby osób pierwszy lub kolejny raz doświadczających bezdomności
- zredukowanie zagrożeń zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i/lub publicznych
- zwiększenie poziomu integracji społecznej, skali wychodzenia z bezdomności i uzyskiwania samodzielności życiowej osób bezdomnych.

Przygotowując ewaluację należy w pierwszej kolejności postawić pytania badawcze, (na które ma ona dostarczyć odpowiedzi), następnie do poszczególnych pytań, jeśli to możliwe, powinny być określone wskaźniki.

Cele ewaluacji modelu powinny być dopasowane do potrzeb i możliwości każdego z partnerstw wdrażających proponowane rozwiązania. Dlatego **krokami poprzedzającymi wdrożenie modelu, a następnie jego ewaluację są przeprowadzenie diagnozy (określającej skalę problemu bezdomności i zagrożenia nią w partnerstwie), opracowanie strategii i programów, które wyznaczą sposoby rozwiązywania zidentyfikowanych problemów (i określą miary sukcesu). Wyniki diagnozy i zapisy strategii, programów będą stanowiły punkty wyjścia do opracowania pytań badawczych i określenia bazowej wartości wskaźników.**

Tabela nr 1. Cele, pytania badawcze, przykładowe wskaźniki dla Modelu GSWB

Cel Modelu	Przykładowe wspólne pytania badawcze dla PREWENCJI, INTERWENCJI i INTEGRACJI pytania badawcze		Przykładowe wskaźniki (wartości w nawiasach oznaczają wartość docelową wskaźnika; treść po średniku oznacza źródło danych)
Rozwiązywanie problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością		Ile osób objęto pomocą? Ile osób się usamodzielniało? Ile osób otrzymało mieszkania społeczne? Ile osób podjęło zatrudnienie? Ile osób zostało objętych pracą socjalną? Ile osób korzystało z zaawansowanych rozwiązań mieszkaniowych?	Liczba osób bezdomnych objętych wsparciem (100% gminnej populacji; Ocena zasobów). Liczba osób zagrożonych bezdomnością objętych wsparciem (100% gminnej populacji; Ocena zasobów). Liczba osób bezdomnych, które wróciły do rodziny. (5% z osób objętych wsparciem w ciągu roku; Ocena zasobów). Liczba osób bezdomnych, które przeszły do samodzielnego zamieszkania. (15% z osób objętych wsparciem w ciągu roku; Ocena zasobów). Liczba osób, która otrzymała lokal socjalny lub komunalny. (5% z osób objętych wsparciem w ciągu roku; Ocena zasobów). Liczba osób, która korzysta z zaawansowanych rozwiązań mieszkaniowych – mieszkania wspierane, housing first (25% z osób objętych

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WNIĘTEJ PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

			<p>wsparcium w ciągu roku; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych, które podjęły zatrudnienie (w oparciu o umowę o pracę, umowę cywilnoprawną). (50% z osób objętych wsparciem w ciągu roku; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób zagrożonych bezdomnością, które podjęły zatrudnienie (50% z osób objętych wsparciem w ciągu roku; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objętych wsparciem pracownika socjalnego. (90% z osób objętych wsparciem w ciągu roku; Ocena zasobów).</p>
<p>PREWENCJA</p> <p>zmniejszenie skali zagrożenia bezdomnością oraz zahamowanie wzrostu liczby osób pierwszy lub kolejny raz doświadczających bezdomności</p>	<p>Jak przebiega współpraca pomiędzy instytucjami w zakresie interwencji?</p> <p>W jaki sposób są koordynowane działania?</p> <p>Jak zorganizowany jest przepływ informacji?</p> <p>Czy zdolność reagowania na nowe problemy i wyłapywania nowych zjawisk – wrażliwość systemu na potrzeby?</p>	<p>Czy zostało zawiązane partnerstwo na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności oraz zagrożeń?</p> <p>Czy gmina posiada aktualną diagnozę lokalną?</p> <p>Czy partnerstwo opracowało strategię i programy kierunkujące i systematyzujące jego zamierzenia?</p> <p>Czy partnerstwo wdraża strategię i programy?</p>	<p>Odsetek gmin, które przyjęły plan rozwoju mieszkalnictwa (100% gmin; ocena zasobów).</p> <p>Odsetek mieszkań społecznych oddanych do użytku w TBS-ach (Oszacowane w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</p> <p>Odsetek mieszkań społecznych oddanych do użytku (Oszacowane w ramach krajowego programu rozwoju</p>

	<p>Jakie są zaangażowane zasoby?</p> <p>Jak przebiega „zarządzanie kryzysowe” – zdolność reagowania na kryzysowe sytuacje?</p> <p>Jaki jest zakres diagnozowania deficytów osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością?</p>	<p>Czy prowadzony jest zgodnie z wymogami monitoring i ewaluacja podejmowanych działań?</p> <p>Czy programowo są aktualizowane strategie i programy?</p> <p>Czy zmniejszyła się skala zagrożenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eksmisją? - żyjących w niezależnym (niepewnym) mieszkaniu? - zagrożonych przemocą? - żyjących w tymczasowych lub niekonwencjonalnych lub nietrwałych konstrukcjach (strukturach)? - mieszkających w lokalach substandardowych? - mieszkających w warunkach przeludnienia (zagęszczenia mieszkaniowego)? <p>Jaka jest skala powrotu do bezdomności?</p> <p>Czy istnieją programy gospodarowania mieszkaniem społecznymi?</p> <p>Czy monitorowana jest skala zadłużeń?</p> <p>Czy monitorowana jest skala eksmisji?</p> <p>Czy prowadzone są programy</p>	<p>mieszkalnictwa społecznego; GUS).</p> <p>Odsłonek najemców mieszkań komunalnych opuszczających mieszkania komunalne z powodu przekroczenie kryterium dochodowego (5% rocznie; ocena zasobów).</p> <p>Liczba mieszkań komunalnych na 100 tys. mieszkańców (Oszacowane w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</p> <p>Liczba mieszkań społecznych na 100 tys. Mieszkańców (Oszacowane w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</p> <p>Toczące się postępowania eksmisyjne (w danym roku)</p> <p>w tym z powodu zadłużenia (Spadek o 20% w stosunku do roku 2013; ocena zasobów).</p> <p>Zasądzone eksmisje (w danym roku roku)</p> <p>W tym z powodu zadłużenia (Spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; Ocena zasobów).</p> <p>Wykonane eksmisje (w danym roku)</p> <p>W tym z powodu zadłużenia (Spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; Ocena</p>
--	--	--	--

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

		<p>przeciwdziałania wchodzeniu w bezdomność?</p> <p>Czy prowadzone są programy obejmowania wsparciem osoby opuszczające zakłady karne, domy dziecka itp.?</p> <p>Czy prowadzone są programy redukcji zadłużeń?</p>	<p>zasobów.</p> <p>Odsetek zagrożonych kredytów mieszkaniowych (Spadek o 30% w stosunku do roku 2013; KNF).</p> <p>Odsetek osób zalegających z czynszami w mieszkaniach (Spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; GUS).</p> <p>Kwota zaległości osób zalegających z czynszami w mieszkaniach (Spadek o 20% w stosunku do 2013 roku; GUS).</p> <p>Odsetek osób opuszczających placówki zakłady penitencjarne, placówki resocjalizacyjne, formy pieczy zastępczej, placówki ochrony zdrowia objętych programami przygotowującymi do wyjścia z instytucji (60%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób opuszczających zakłady karne objętych pracą socjalną na 6 miesięcy przed opuszczeniem zakładu karnego (70%; dane służby więziennej).</p> <p>Odsetek gmin, które wdrożyły programy redukcji zadłużenia (70% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób/rodzin objętych programami redukcji zadłużenia (;Ocena zasobów).</p>
--	--	--	--

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

		<p>Średni czas oczekiwania na mieszkanie komunalne (2 lata;).</p> <p>Liczba osób zamieszkujących przeludnione mieszkania (;GUS).</p> <p>Liczba osób zamieszkujących substandardowe mieszkania (; GUS).</p> <p>Liczba osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością przebywających w Zakładach Penitencjarnych (SW i MPiPS).</p> <p>Liczba osób bezdomnych przebywających w placówkach ochrony zdrowia (Szpitale, ZOL, ZPO inne).</p> <p>Liczba mieszkań społecznych (komunalne, spółdzielcze najem, TBS, wspierane) (Oszacowane w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</p> <p>Stosunek procentowy mieszkań społecznych do ogółu mieszkań – wartość docelowa (15 %) obecnie ok 13 %; GUS).</p> <p>Liczba osób krótkotrwale doświadczających bezdomności – do roku (MPiPS).</p> <p>Liczba osób, które po raz pierwszy w danym roku stały się bezdomne (Spadek</p>
--	--	--

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

			<p>40% w stosunku do 2013 roku; MPiPS).</p> <p>Odsetek osób, które po raz kolejny stały się bezdomne w danym roku (Spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; MPiPS).</p> <p>Zmniejszenie poczucia zagrożenia bezdomnością mieszkańców Polski (Wzrost o 50% w stosunku do 2013 roku; Eurobarometr).</p> <p>Odsetek osób eksmitowanych do placówek dla osób bezdomnych (Zmniejszenie o 30% w stosunku do roku 2013; Ocena zasobów).</p>
<p>INTERWENCJA</p> <p>zredukowanie zagrożeń zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i/lub publicznych</p>		<p>Czy nastąpiła poprawa zdrowia (lub utrzymanie zdrowia na dotychczasowym poziomie) osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i publicznych?</p> <p>Czy nastąpiła poprawa jakości życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i publicznych? Jakość życia należy dookreślić, można ją rozumieć w odniesieniu do sfery biologicznej, psychicznej i społecznej.</p> <p>Jak jest zakres i skala interwencji w zakresie sfer: socjalno-bytowej,</p>	<p>Odsetek gmin, posiadających aktualną mapę bezdomności (100% gmin; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba streetworkerów w gminach powyżej 50 tys. mieszkańców (2 streetworkerów na 50 tys. Mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin, w których pracują streetworkerzy (100% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin posiadających usługi niskoprogramowego zakwaterowania dla osób bezdomnych (100% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin posiadających usługi</p>

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

		<p>mieszkańcowej, rodzinnej, psychologicznej, zdrowotnej, zawodowej i społecznej osób bezdomnych?</p> <p>Czy monitorowane są miejsca niemieszkalne, w których mogą przebywać osoby bezdomne?</p> <p>Czy prowadzone są usługi niskoprogowe dla osób bezdomnych?</p> <p>Jaka jest skala bezdomności?</p> <p>Jaka jest skala wchodzenia w bezdomność?</p> <p>Ile osób bezdomnych posiada ubezpieczenie zdrowotne?</p> <p>Czy odnotowuje się zgony osób bezdomnych z powodu wyziębienia organizmu?</p>	<p>doraźnego wsparcia (100% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób potrafiących pokierować osoby bezdomne do miejsc pomocy (70%; Omnibus na poziomie Polski).</p> <p>Dynamika osób bezdomnych, które poniosły śmierć w wyniku wychłodzenia lub przegrzania (latem) (Spadek o 20% w stosunku do roku 2013; ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych poniżej roku (ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin do 50 tys. mieszkańców posiadających minimum jedną ogrzewalnię dla bezdomnych (20%; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych przebywających w placówkach ochrony zdrowia (;Szpitale, ZOL, ZPO inne).</p> <p>Liczba osób bezdomnych przebywających/mieszkających na ulicy/miejscach niemieszkalnych/przestrzeni publicznej (Spadek o 50% w stosunku do roku 2013; ocena zasobów).</p> <p>Dynamika liczby przestępstw na osobach bezdomnych zgłoszona/deklarowana</p>
--	--	--	--

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE!

			<p>(Spadek o 20 procent w stosunku do roku 2018; Dane Policji, dane panelowe).</p> <p>Odsetek jednostek samorządu terytorialnego posiadających na stronie www wyczerpującą informację o pomocy osobom bezdomnym (100%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób, które stały się bezdomne w danym roku (Ocena zasobów, MPIPS).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych, które wyszły z bezdomności w miejscu jej powstania (20%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych posiadających ubezpieczenie zdrowotne (60%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek podmiotów publicznych i niepublicznych podmiotów zajmujących się osobami bezdomnymi które wymieniają się informacjami (100%; Ocena zasobów).</p>
<p>INTEGRACJA</p> <p>zwiększenie poziomu integracji społecznej, skali wychodzenia z bezdomności i uzyskiwania samodzielności życiowej osób bezdomnych</p>		<p>Czy zmniejsza się liczba osób bezdomnych?</p> <p>Czy zwiększyła się liczba osób bezdomnych, w przypadku których miało miejsce ustabilizowanie sytuacji mieszkaniowej i uzyskaniu własnej</p>	<p>Odsetek osób objętych indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności (40%; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób, które trwale wyszły z bezdomności w wyniku objęcia indywidualnym programem wychodzenia z</p>

Materiał roboczy, bez akceptacji MPIPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABOWIĄZANE

		<p>przestrzeni życiowej, którą można nazwać domem?</p> <p>Liczba osób, u których odbudowano, zwiększono zdolność do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych</p> <p>Liczba osób o zmniejszonych (zlikwidowanych?) deficytach w poszczególnych sferach – i tu te sfery: mieszkaniowa, zdrowotna, społeczna itd.</p> <p>Czy skrócił się czas przebywania w bezdomności?</p> <p>Jaka jest skala zawierania indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności?</p> <p>Jaka jest skuteczność indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności?</p> <p>Czy zmienia się średni czas pozostawania osobą bezdomną?</p> <p>Jaka jest liczba placówek dla osób bezdomnych?</p> <p>Jakie rozwiązania dla osób bezdomnych dominują w gminie?</p> <p>Ile osób bezdomnych usamodzielniało się</p>	<p>bezdomności (Ocena zasobów).</p> <p>Liczba gmin powyżej 50 tys. mieszkańców, które zakontraktowały kompleksowy Program wychodzenia z bezdomności (100%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin posiadających mieszkania chronione lub wspierane (70%; Ocena zasobów).</p> <p>Średni czas pozostawania osoby bezdomnej w schronisku (30% w stosunku do roku 2013; Ocena zasobów).</p> <p>Średni czas pozostawania w mieszkaniu wspieranym (Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych objętych wsparciem CIS (Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych objętych wsparciem CIS, które w wyniku tego wsparcia uzyskały pracę (Ocena zasobów).</p> <p>Liczba uczestników programu „Najpierw mieszkanie” (Wartość zostanie oszacowana na podstawie projektu pilotażowego; Ocena zasobów).</p> <p>Średni czas pozostawania bezdomnym (Skrócenie o 50% w stosunku do roku 2013; Ocena zasobów).</p>
--	--	---	--

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE!

		<p>w ciągu roku?</p> <p>Jakie są rodzaje usamodzielnień?</p> <p>Ile osób podjęło zatrudnienie?</p> <p>Jak kształtuje się skala bezrobocia wśród osób bezdomnych?</p>	<p>Odsetek osób bezdomnych przebywających w placówkach gwarantujących zakwaterowanie uczestniczących w treningu społecznym (50%;).</p> <p>Dynamika/Liczba osób, które opuściły mieszkania komunalne i społeczne w wyniku trwałej poprawy sytuacji finansowej (Wartość docelowa oszacowana przez KOBiWM; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych uczestniczących w program aktywnej integracji (50% bezdomnych; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób długotrwale bezdomnych (Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych poniżej 1 roku (Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek schronisk dla bezdomnych posiadających ofertę dostosowaną do różnych grup osób bezdomnych (70%; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych zatrudnionych w przedsiębiorstwach społecznych (2000; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych objętych pracą socjalną (70%; Ocena zasobów).</p>
--	--	--	---

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

			<p>Odsetek placówek działających zgodnie ze standardem GSWzB (100%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek ośrodków w których są dostępne usługi aktywizacyjne i trening umiejętności społecznych (100%; Ocena zasobów).</p> <p>Liczba osób bezdomnych które ukończyły kursy i szkolenia zawodowe (Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek osób bezdomnych uczestniczących w lokalnych działaniach aktywizacyjnych (30%; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin na prawach powiatu w których realizowany jest program Najpierw mieszkanie (40%; Ocena zasobów).</p> <p>Dynamika osób bezdomnych podejmujących aktywność zawodową (Zwiększenie o 30% w stosunku do 2013 roku; Ocena zasobów).</p> <p>Odsetek gmin na prawach powiatu posiadających wypracowane założenia deinstytucjonalizacji pomocy osobom bezdomnym (100%).</p>
--	--	--	---

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE

Realizacja ewaluacji i monitoringu

Ewaluacja i monitoring są prowadzone za pomocą różnorodnych narzędzi badawczych, w szczególności: kwestionariuszy (ankiet), wywiadów pogłębionych i grupowych oraz danych zastanych⁵⁹. Każde z narzędzie badawczych ma swoje wady i zalety. Należy zatem dążyć do różnicowania stosowanych metod, tak aby źródła danych także były zróżnicowane, dzięki czemu można weryfikować zebrane wyniki.

Tabela nr 2. Propozycje ewaluacji projektów realizowanych z grupami docelowymi

Cele (zadania) ewaluacji	Rodzaj gromadzonych danych	Procedura ewaluacyjna / metoda badawcza	Technika/narzędzie
Zebranie danych socjodemograficznych i psychospołecznych adresatów, które będą istotne z uwagi na cele (charakter) podejmowanej interwencji (ewaluacja procesu).	Wiek, płeć, okres przebywania w bezdomności, stan zdrowia (somatycznego, psychicznego), typ bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ⁶⁰ , liczba dzieci, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, źródła dochodów, informacje związane z obszarem problemowym, do którego odnosi się projekt (uzależnienia, używanie substancji psychoaktywnych, przemoc, inne dysfunkcje psychospołeczne).	Badanie socjodemograficzne, diagnoza psychospołeczna adresatów.	Jednorazowy wywiad kwestionariuszowy.
Sprawdzenie czy i w jakim	Kompetencje	Diagnoza kompetencji	Ankieta, test wiedzy i

⁵⁹ Wyczerpujące omówienie tych i innych metod ewaluacji i monitoringu można znaleźć w podręczniku „Teoria i praktyka ewaluacji interwencji publicznych. Podręcznik akademicki” red. K. Olejniczak, M. Kozak, B. Ledzion, Warszawa 2008 dostępne http://www.academia.edu/3408651/Metody_jakosciowe_w_ewaluacji (02.09.13).

⁶⁰ W tym punkcie można posłużyć się typologią wypracowaną przez European Federation of National Associations Working with the Homeless FEANTSA (Europejską Federację Narodowych Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych) lub jej polską adaptacją prezentowaną w Modelu GSWB. Można też sięgnąć do: A. Pindral, *Definicje i typologie bezdomności*, w: M. Dębski (red.), *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty – diagnoza Zespołu Badawczego*, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011.

stopniu kompetencji realizatorów są zgodne z założeniami (ewaluacja procesu).	realizatorów dotyczące: – wykształcenia formalnego (w tym udział w różnych formach doskonalenia zawodowego); – doświadczenia w realizacji podobnych projektów; – specyficznych umiejętności i wiedzy związanych z prowadzeniem danego projektu (np. umiejętności pracy z grupą, wiedza z zakresu tematyki podejmowanej w projekcie).	realizatorów.	umiejętności, analiza materiałów zastanych (dokumentów, np. dyplomów, zaświadczeń o ukończonych kursach, rekomendacji).
Sprawdzenie czy i w jakim zakresie adresaci zostali objęci projektem (ewaluacja procesu).	Udział uczestników w poszczególnych formach aktywności zrealizowanych w projekcie	Monitorowanie frekwencji na poszczególnych zajęciach.	Arkusze frekwencji.
Sprawdzenie czy i w jakim zakresie zostały zrealizowane poszczególne elementy projektu zgodnie z założeniami (ewaluacja procesu).	Formy, czas trwania i układ ⁶¹ oraz harmonogram realizacji poszczególnych elementów projektu wdrożonych przez realizatorów.	Monitorowanie wdrażania poszczególnych elementów projektu przez realizatorów.	Arkusze sprawozdania
Sprawdzenie sposobu wykorzystania materiałów (ewaluacja procesu).	Rodzaj i liczba materiałów dystrybuowanych wśród grupy docelowej.	Monitorowanie wdrażania poszczególnych elementów projektu przez realizatorów.	Arkusze sprawozdania
Sprawdzenie warunków organizacyjno-technicznych wdrażania projektu	Subiektywna ocena warunków lokalowych (np. sale wykładowe, sale	Ewaluacja <i>ex post</i> w grupie adresatów.	Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad

⁶¹ Chodzi o to czy poszczególne elementy projektu realizowane były w ustalonej kolejności.

(ewaluacja procesu i/lub formatywna).	do warsztatów), jakości obsługi, wyżywienia, noclegów itp.		pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy.
Ocena jakości realizacji projektu dokonywana z perspektywy adresatów (ewaluacja procesu i/lub formatywna i/lub konkluzyjna).	Subiektywna ocena kompetencji kadry i sposobu realizacji projektu (np. przygotowanie do zajęć, wiedza, zaangażowanie w prowadzenie, komunikatywność).	Ewaluacja <i>ex post</i> w grupie adresatów.	Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy.
Zebranie (ewentualnych) propozycji modyfikacji projektu (ewaluacja formatywna).	Informacje na temat mocnych i słabych stron projektu dotyczących strony merytorycznej i organizacyjno-technicznej w odniesieniu do propozycji (pomysłów, postulatów) jego poprawy.	Ewaluacja <i>ex post</i> w grupie adresatów oraz kluczowych informatorów.	Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy, panel ekspercki, recenzja, superwizja.
Ocena merytoryczna projektu dokonywana z perspektywy adresatów (ewaluacja formatywna i/lub konkluzyjna).	Subiektywna ocena przydatności poszczególnych elementów projektu ze względu na poszerzenie lub utrwalenie wiedzy i/lub umiejętności.	Ewaluacja <i>ex post</i> w grupie adresatów.	Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy.
Sprawdzenie czy udział w projekcie wiązał się ze spodziewaną zmianą w zakresie wiedzy i/lub umiejętności adresatów w perspektywie krótko- i długoterminowej (ewaluacja formatywna i/lub konkluzyjna).	Wiedza i umiejętności, których zmiana była celem interwencji.	1) Schemat z dwukrotnym pomiarem w tej samej grupie adresatów: pretest (przed rozpoczęciem ewaluowanego projektu) i post test (po jego zakończeniu). 2) Schemat szeregowych czasowych: kilkukrotne pomiary przed rozpoczęciem projektu i	1–4) Test wiedzy i umiejętności (ocena zobiektywizowana). 5) Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy – ocena subiektywna (dokonywana przez odbiorców).

		<p>po jego zakończeniu wśród adresatów.</p> <p>3) Schemat pretest – post test z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</p> <p>4) Schemat pretest – post test 1 – posttest 2 (i ewentualnie kolejne) z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</p> <p>5) Ewaluacja <i>ex post</i>.</p>	
<p>Sprawdzenie czy udział w projekcie wiązał się ze spodziewaną zmianą postaw adresatów (ewaluacja formatywna i/lub konkluzywna).</p>	<p>Postawy adresatów, których modyfikacja była celem interwencji.</p>	<p>1) Schemat z dwukrotnym pomiarem w tej samej grupie adresatów: pretest (przed rozpoczęciem ewaluowanego projektu) i post test (po jego zakończeniu).</p> <p>2) Schemat szeregowych czasowych: kilkukrotne pomiary przed rozpoczęciem projektu i po jego zakończeniu wśród adresatów.</p> <p>3) Schemat pretest – post test z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na</p>	<p>1–4) Test (deklarowanych) postaw (ocena zobiektywizowana).</p> <p>5) Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy – ocena subiektywna (dokonywana przez odbiorców).</p> <p>5) Arkusz obserwacji (wielokrotnej).</p>

		<p>oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</p> <p>4) Schemat pretest – post test 1 – post test 2 (i ewentualnie kolejne) z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</p> <p>5) Ewaluacja <i>ex post</i>.</p>	
<p>Sprawdzenie czy udział w projekcie wiązał się ze spodziewaną zmianą dotyczącą zachowań adresatów w perspektywie krótko- i długoterminowej (ewaluacja formatywna i/lub konkluzyjna).</p>	<p>Zachowania, których zmiana była celem interwencji.</p>	<p>1) Schemat z dwukrotnym pomiarem w tej samej grupie adresatów: pretest (przed rozpoczęciem ewaluowanego projektu) i post test (po jego zakończeniu).</p> <p>2) Schemat szeregowych czasowych: kilkukrotne pomiary przed rozpoczęciem projektu i po jego zakończeniu wśród adresatów.</p> <p>3) Schemat pretest – post test z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</p> <p>4) Schemat pretest – post test 1 – post test 2 (i ewentualnie kolejne) z (losowym) podziałem na</p>	<p>1–4) Ankieta na temat (deklarowanych) zachowań (ocena zobiektywizowana).</p> <p>5) Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy – ocena subiektywna (dokonywana przez odbiorców).</p> <p>5) Arkusz obserwacji (wielokrotnej).</p>

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

		grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji). 5) Ewaluacja <i>ex post</i> .	
--	--	--	--

Przykłady najczęściej stosowanych metod jakościowych i ilościowych w badaniach ewaluacyjnych

W praktyce badawczej ewaluacji stosuje się, w zależności od postawionych celów ewaluacji, odpowiednie metody, czy to jakościowe czy ilościowe. Często też przyjmuje się podejście mieszane połączone z triangulacją uzyskanych danych. Wybór stosowania metod jakościowych bądź ilościowych zależy od potrzeb badawczych.

Użycie metod jakościowych jest zalecane, gdy jesteśmy zainteresowani odpowiedzią na pytanie: jakie znaczenie przypisują swoim zachowaniom, jaki styl życia preferują osoby w określonym kontekście kulturowym czy instytucjonalnym, aby dzięki tej znajomości nie tylko lepiej zrozumieć ich „świat”, ale także móc wypracować odpowiednie działania czy to interwencyjne czy integracyjne. I tak w przypadku osób bezdomnych może okazać się ważne, ustalenie jak się one same definiują, jakie cele życiowe i wartości mają dla nich centralne znaczenie i czy podjęte działania ze strony instytucji i służb socjalnych są przez nich akceptowane.

Użycie metod ilościowych pozwala na odpowiedź: ile czy jak często ma miejsce badane zjawisko. Centralną cechą badań ewaluacyjnych używających metod ilościowych jest możliwość dokonania pomiaru stopnia osiągnięcia przyjętych celów. Przy pomocy metod ilościowych możemy ustalić np. ilość dokonanych interwencji na rzecz bezdomnych, ilość bezdomnych uczestniczących indywidualnych programach pomocy w danej gminie, jak często korzystano z noclegowni czy usług medycznych, jakie najczęściej występują problemy w dotarciu z pomocą do bezdomnych.

W przypadku metod jakościowych używanych w badaniach ewaluacyjnych, wymienia się „pogłębiony wywiad indywidualny” (tzw. IDI), grupy fokusowe (FGI), badania dokumentów (desk-research), jeżeli poddane są analizie jakościowej. W przypadku metod ilościowych stosowane są wywiady, ankiety (w oparciu o wystandaryzowane

kwestionariusze), dane statystyczne, ale także różnego rodzaju skale dla pomiaru uzyskiwanych efektów przez dany program czy projekt.

Ewaluacja poszczególnych standardów. Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji

Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji

Przedstawiona niżej tabela zawiera wybrane (przykładowe) cele ewaluacji według kryteriów: adekwatności, efektywności, skuteczności, trwałości i rezultatów. W zależności od zaprogramowanych przez Partnerstwo działań, odpowiednich dla realizacji celu, dla którego się ono zawiązało (np. ograniczenia/likwidacji zjawiska lokalnej bezdomności), winno ono opracować zestaw pytań odpowiedni dla realizowanych działań, własnych zasobów oraz specyfiki danej społeczności lokalnej. Sposób przeprowadzenia ewaluacji i monitoringu (kiedy, z kim i jakimi narzędziami) zależał będzie od jasno określonych przez Partnerstwo celów, które wskażą kierunek i zakres pytań ewaluacyjnych.

Uwzględniając zaprezentowane w standardzie pracy socjalnej etapy metodycznego postępowania, prowadzona ewaluacja powinna być realizowana okresowo (ocena realizacji działań) i na zakończenie realizacji programu (ocena końcowa).

W ramach ewaluacji okresowej obejmującej ocenę realizacji pracy socjalnej (np. przy wykorzystaniu Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności - IPWzB) pracownik dokonuje oceny działań zapisanych w dokumencie oceny IPWzB, wykonanych przez klienta i pracowników, ustala:

- czy zadania wykonano w terminie? (jeśli nie to dlaczego),
- jakie są skutki działań?
- czy udaje się osiągnąć zamierzone cele?
- jakie wystąpiły przeszkody, trudności?
- co zmieniło się w sytuacji Klienta w konsekwencji zrealizowanych działań?
- jaka jest sytuacja Klienta obecnie? czy nadal wymaga wsparcia? (jeśli tak: w jakim zakresie?)
- co robić dalej?

Podczas ewaluacji końcowej należy określić:

- co zmieniło się w kondycji klienta?
- czy udzielone wsparcie było dla klienta pomocne i przyczyniło się do rozwiązaniu jego problemów?
- czy klient otrzymał pomoc jakiej oczekiwał?
- które działanie /forma wsparcia okazała się najskuteczniejsza, a która najmniej skuteczna?
- czy potrzebne jest dalsze wsparcie pomocowe dla klienta, jeśli tak to w jakim zakresie?

Tabela nr 3. Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji dla poszczególnych standardów

Usługa Kryterium	Pytania badawcze
Partnerstwo lokalne	
REALIZACJA WIZJI SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ	
Adekwatność	Czy wybrane zmiany w społeczności lokalnej odpowiadają jej potrzebom: rozwojowym, podniesienia spójności społecznej i jakości życia? Czy przyjęta misja PL jest adekwatna do przyjętej wizji?
Efektywność	Czy zasoby osobowe pozwalają na efektywną realizację przyjętej wizji? Czy zasoby materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację przyjętej wizji?
Skuteczność	Czy przyjęte instrumenty realizacji wizji przyniosą przewidziane zmiany w społeczności lokalnej?
Trwałość	Czy przyjęte instrumenty realizacji wizji przyniosą przewidziane zmiany w społeczności lokalnej?
Rezultat	Przemiany społeczności lokalnej odpowiadające przyjętej wizji przez PL
MISJA: POTRZEBA POWSTANIA I ZAMIERZONE CELE PL	
Adekwatność	Czy powstanie PL odpowiada na potrzeby społeczności lokalnej w tym osób bezdomnych? Czy przyjęte cele odpowiada na potrzeby społeczności lokalnej w tym osób bezdomnych?
Efektywność	Czy zasoby osobowe pozwalają na efektywną realizację przyjętej misji Czy zasoby materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację przyjętej misji?
Skuteczność	Czy przyjęta misja przynosi akceptację i wsparcie ze strony strategicznych aktorów środowiska lokalnego?
Trwałość	Czy uzyskana akceptacja i wsparcie dla PL jest trwałe?
Rezultat	Uzyskanie trwałej akceptacji i wsparcia w środowisku lokalnym

ZAKRES PODMIOTOWY PL	
Adekwatność	Czy biorące udział organizacje i instytucje w PL są istotne z punktu widzenia przyjętych celów?
Efektywność	Jakie jest minimum a jakie maksimum zakresu podmiotowego PL dla osiągnięcia przyjętych celów?
Skuteczność	W jaki stopniu zakres podmiotowy PL umożliwia realizację przyjętych celów?
Trwałość	Czy udział w realizacji celów PL ma trwały charakter?
Rezultat	Powstanie trwałego i skutecznie działającego PL
ZAKRES PRZEDMIOTOWY PL	
Adekwatność	Czy podjęte analizy, badania i opracowania sporządzonych na potrzeby opracowania strategii działań w zakresie prewencji, integracji i interwencji odpowiadają potrzebom działania PL?
Efektywność	Jakie jest minimum a jakie maksimum zakresu przedmiotowego PL dla osiągnięcia przyjętych celów i działań?
Skuteczność	W jakim stopniu podjęte analizy, badania i opracowania sporządzonych na potrzeby opracowania strategii działań w zakresie prewencji, integracji i interwencji przyczyniają się do realizacji przyjętych celów i działań?
Trwałość	Czy podejmowanie analiz, badań i opracowań ma stały charakter?
Rezultat	Stałe podejmowanie analiz, badań na rzecz planowania i realizowania działań w zakresie prewencji, interwencji i integracji.
ORGANIZACJA: ANALIZA PROBLEMÓW, ZASOBÓW I OTOCZENIA	
Adekwatność	Czy podjęte działania w zakresie edukacji wewnętrznej, zewnętrznej i promocji odpowiadają potrzebom działania PL?
Efektywność	Jakie jest minimum a jakie maksimum podjętych działań w zakresie edukacji wewnętrznej, zewnętrznej i promocji PL dla osiągnięcia przyjętych celów i działań? Czy zasoby materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację przyjętej wizji?
Skuteczność	W jakim stopniu podjęte działania w zakresie edukacji wewnętrznej, zewnętrznej i promocji przyczyniają się do realizacji przyjętych celów i działań PL?
Trwałość	Czy podejmowanie działania w zakresie edukacji wewnętrznej, zewnętrznej i promocji ma stały charakter?
Rezultat	Stałe podejmowanie działania w zakresie edukacji wewnętrznej, zewnętrznej i promocji
Praca socjalna	
BUDOWANIE RELACJI Z OSOBĄ BEZDOMNĄ	
Adekwatność	Czy działania podjęte w ramach budowania relacji z daną osobą były adekwatne do sytuacji oraz możliwości potrzeb danej osoby?
Efektywność	Czy wykorzystane zasoby osobowe, materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację określonych zadań?
Skuteczność	Czy podjęte działania pozwoliły nawiązać współpracę z daną osobą?
Trwałość	<i>nie dotyczy</i>

Rezultat	Nawiązanie takiej relacji z OB., która umożliwi podjęcie pogłębionej pracy socjalnej.
DIAGNOZA I DZIAŁANIA INTERWENCYJNE WOBEC OSÓB BEZDOMNYCH	
Adekwatność	Czy dokonano diagnozy adekwatnej do sytuacji? Czy podjęto konieczne działania interwencyjne? Jeśli tak – jakie?
Efektywność	Czy podejmowane działania interwencyjne były racjonalne? Czy na realizację działań przeznaczono dostępne zasoby? (czy wykorzystano wszelkie dostępne zasoby?) Czy wykorzystane zasoby osobowe, materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację określonych zadań?
Skuteczność	Czy wskazane zagadnienia umożliwiają skonstruowanie planu pomocy ukierunkowanego na poprawę kondycji życiowej danej osoby?
Trwałość	<i>nie dotyczy</i>
Rezultat	Dokonanie diagnozy, która pozwoli ukierunkować plan działania oraz w razie potrzeby dokonanie działań interwencyjnych.
OPRACOWANIE I WDROŻENIE PLANU PRACY (IPWZB)	
Adekwatność	Czy planowane działania były adekwatne do potrzeb i możliwości OB. obejmowanych wsparciem? Czy świadczone usługi umożliwiły zwiększenie kompetencji społecznych niezbędnych do funkcjonowania OB. zgodnie z przyjętymi normami społecznymi? Czy działania w ramach usługi odpowiadały wcześniej przygotowanej autodiagnozie?
Efektywność	Czy wykorzystano wszelkie potrzebne i dostępne zasoby dla zrealizowania działań pomocowych? Czy wykorzystanie zaplanowanych zasobów przyniosło zamierzone rezultaty? Które z wykorzystanych narzędzi / usług / działań były najbardziej efektywne?
Skuteczność	Czy planowane / zrealizowane usługi przyczyniły się do poprawy kondycji życiowej OB.? W jaki sposób / w jakim zakresie nastąpiła zmiana? Jakie instytucje (specjaliści) zostali włączeni w proces pomocowy? Które z podjętych działań okazały się być najbardziej skuteczne? Czy któregoś z działań wskazanych w diagnozie nie udało się zrealizować? Jeśli tak – jakie były tego przyczyny? Co zrealizowano zamiast rekomendowanego działania?
Trwałość	Czy poprawa kondycji życiowej danej osoby jest trwała, możliwa do oceny w długiej perspektywie czasowej? Czy udzielone wsparcie okazało się przydatne dla poprawy kondycji życiowej danej osoby?
Rezultat	Zaplanowanie i zrealizowanie działań, które przyczynią się do poprawy kondycji życiowej OB.
ZAPOBIEGANIE BEZDOMNOŚCI	
Adekwatność	Czy podjęte działania odpowiadają potrzebom danej osoby? Czy podjęte działania wynikają z danej sytuacji?
Efektywność	Czy wykorzystane zasoby osobowe, materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację określonych zadań?
Skuteczność	Czy dzięki zrealizowanym działaniom OB. utrzymała zagrożone mieszkanie lub uzyskała

	stabilność mieszkaniową?
Trwałość	Czy uzyskano trwałą poprawę sytuacji mieszkaniowej danej osoby? (możliwą do zmierzenia w długim okresie)
Rezultat	Zapobieżenie utracie mieszkania lub poprawa kondycji mieszkaniowej danej osoby.
ORGANIZACJA PRACY SOCJALNEJ	
Adekwatność	Czy zaangażowano interesariuszy działań pomocowych odpowiednio do potrzeb i możliwości? Czy zakres współpracy instytucjonalnej był odpowiedni do wymogów sytuacji?
Efektywność	Czy zapewniono pracowników socjalnych w liczbie wystarczającej do właściwej realizacji pracy socjalnej? (czy pracownicy socjalni nie byli nadmiernie obciążeni pracą?) Czy zapewniono odpowiednie warunki (lokalowe, czasowe, techniczne, rzeczowe etc.) dla racjonalnej realizacji pracy socjalnej?
Skuteczność	Które z podjętych działań okazały się być najbardziej skuteczne?
Trwałość	Czy realizowana w ramach pracy socjalnej współpraca ma charakter trwały?
Rezultat	Zbudowanie sieci współpracy interesariuszy podejmujących działania ukierunkowane na rozwiązywanie trudności życiowych osób bezdomnych i poprawy ich sytuacji życiowej.
OCENA REZULTATÓW PRACY SOCJALNEJ	
Adekwatność	Czy podjęte działania okazały się być adekwatne do potrzeb klienta? czy przyczyniły się do poprawy jego sytuacji? w jakim zakresie?
Efektywność	Czy podjęte działania były kosztowne, wymagające wysiłku, względem osiągniętych rezultatów? czy warto było je realizować?
Skuteczność	Czy podjęte działania przyczyniły się do osiągnięcia zakładanych celów? w jakim zakresie?
Trwałość	Czy zrealizowane działania przyniosły trwały skutek? czy przyczyniły się do stałej zmiany? jeśli tak, to w jakim zakresie zmiana jest trwała?
Użyteczność	Czy podjęte działania i ich skutki są faktycznie przydatne dla klienta? w jakim zakresie?
Mieszkalnictwo i pomoc doraźna	
OGRZEWALNIA	
Adekwatność	Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych?
Efektywność	Czy realizacja usługi przyczyniła się do rozwiązania zdiagnozowanych problemów? Czy zasoby osobowe wymagane zgodnie ze Standardem są wystarczające w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?
Skuteczność	Czy zakładane cele zostały zrealizowane? W jakim stopniu zakładane cele zostały zrealizowane? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb i przyczyniły się do rozwiązania problemów osób bezdomnych?
Rezultat	Zapewnienie schronienia. Zapewnienie ochrony przed utratą zdrowia oraz życia przez osoby bezdomne.
NOCLEGOWNIA	

Adekwatność	<p>Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom?</p> <p>Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych?</p>
Efektywność	<p>Czy zasoby personalne, materialne, finansowe i instytucjonalne są właściwe z punktu widzenia potrzeb osób bezdomnych?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?</p>
Skuteczność	<p>Czy zakładane cele zostały zrealizowane?</p> <p>W jakim stopniu zakładane cele zostały zrealizowane?</p> <p>Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb?</p>
Trwałość	<p>Zapewnienie schronienia.</p> <p>Zapewnienie pomocy interwencyjnej w nagłych przypadkach.</p> <p>Poprawa poziomu higieny i stanu zdrowia osób bezdomnych.</p> <p>Zapewnienie odpowiednich warunków do prowadzenia pracy socjalnej.</p> <p>Zmotywowanie osób bezdomnych do zmiany swojej sytuacji życiowej.</p>
Rezultat	<p>Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom?</p> <p>Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych?</p>
SCHRONISKO/SCHRONISKO PROFILOWANE	
Adekwatność	<p>Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom?</p> <p>Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych?</p> <p>Czy warunki lokalowe są zgodne ze Standardem i odpowiednie, aby prowadzić pracę socjalną oraz aktywizację społeczną i zawodową?</p> <p>Czy skład zespołu realizujący usługę jest na tyle optymalny, że umożliwia realizację zidentyfikowanych problemów osób bezdomnych?</p>
Efektywność	<p>Czy zasoby personalne, materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację usługi?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?</p>
Skuteczność	<p>Czy zakładane cele zostały osiągnięte?</p> <p>W jakim stopniu zakładane cele zostały zrealizowane?</p> <p>Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb?</p> <p>W jakim stopniu poszczególni realizatorzy usługi wpłynęli na osiągnięcie celu?</p> <p>Jakie problemy napotkano podczas realizacji usługi?</p> <p>Czy zwiększenie kompetencji zawodowych i społecznych osób bezdomnych przyczyniło się do uzyskania przez nich samodzielności życiowej?</p>
Trwałość	<p>Czy realizacja usługi przyczyniła się do usamodzielnienia się osób bezdomnych i trwałego wyjścia z bezdomności?</p> <p>Czy efekty działań są trwałe/długookresowe?</p>

Rezultat	<p>Uzyskanie przez osobę bezdomną tymczasowego schronienia.</p> <p>Zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych do prowadzenia pracy socjalnej oraz aktywizacji społecznej i zawodowej.</p> <p>Uzyskanie samodzielności życiowej i wyjście z bezdomności.</p>
MIESZKANIE WSPIERANE ZESPOLONE/MIESZKANIE WSPIERANE ROZPROSZONE	
Adekwatność	<p>Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom?</p> <p>Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością?</p> <p>Czy warunki lokalowe są zgodne ze Standardem i odpowiednie, aby prowadzić pracę socjalną oraz aktywizację społeczną i zawodową?</p> <p>Czy skład zespołu realizujący usługę jest na tyle optymalny, że umożliwia realizację zidentyfikowanych problemów osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością?</p>
Efektywność	<p>Czy poszczególni realizatorzy usługi wykonują zadania zgodnie z ich rolą i kompetencjami?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?</p>
Skuteczność	<p>Czy zakładane cele zostały osiągnięte?</p> <p>W jakim stopniu zakładane cele zostały zrealizowane?</p> <p>Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb?</p> <p>W jakim stopniu poszczególni realizatorzy usługi wpłynęli na osiągnięcie celu?</p> <p>Jakie problemy napotkano w trakcie realizacji usługi?</p> <p>Czy zwiększenie kompetencji zawodowych i społecznych osób bezdomnych przyczyniło się do uzyskania przez nich samodzielności życiowej?</p>
Trwałość	<p>Czy realizacja usługi przyczyniła się do usamodzielnienia się osób bezdomnych i trwałego wyjścia z bezdomności?</p> <p>Czy efekty działań są trwałe/długookresowe?</p>
Rezultat	<p>Powstanie mieszkań wspieranych dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.</p> <p>Praca socjalna z osobą bezdomną/zagrożoną bezdomnością.</p> <p>Zapewnienie wsparcia specjalistów i terapeutów.</p> <p>Poprawa funkcjonowania osób bezdomnych w warunkach względnej samodzielności.</p> <p>Wychodzenie z bezdomności oraz uzyskanie samodzielności życiowej osób bezdomnych.</p>
CENTRUM DZIENNEGO WSPARCIA	
Adekwatność	<p>Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom?</p> <p>Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością?</p>
Efektywność	<p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów?</p> <p>Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?</p>
Skuteczność	<p>Czy zakładane cele zostały osiągnięte?</p> <p>Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych</p>

	<p>potrzeb?</p> <p>Czy system zarządzania i wdrażania okazał się skuteczny?</p>
Trwałość	<p>Czy realizacja usługi przyczyniła się do rozwiązania problemów osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością?</p> <p>Czy wsparcie udzielone osobom bezdomnym/zagrożonym bezdomnością przyniesie rezultat w postaci trwałej zmiany ich sytuacji życiowej?</p>
Rezultat	<p>Zapewnienie dostępu do specjalistów osobom bezdomnym/zagrożonym bezdomnością do specjalistów.</p> <p>Dostęp do ofert pracy.</p> <p>Zaspokojenie potrzeb żywieniowych osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.</p> <p>Dostęp do bezpłatnej żywności.</p> <p>Uzyskanie przez osoby ubogie, w tym zagrożone bezdomnością i bezdomne odzieży odpowiedniej do panujących warunków atmosferycznych.</p> <p>Zapewnienie dostępu do zabiegów higienicznych.</p>
Zdrowie	
EDUKACJA ZDROWOTNA	
Adekwatność	<p>Czy poziom motywacji adresatów do udziału w programach edukacyjnych był odpowiedni?</p> <p>Czy oddziaływania edukacyjne były zgodne z potrzebami adresatów?</p> <p>Czy oddziaływania edukacyjne były dostosowane do kompetencji adresatów?</p>
Efektywność	<p>Czy kompetencje zawodowe kadry placówki są wystarczające dla osiągnięcia zaplanowanych efektów poprzez realizację poszczególnych rodzajów szkoleń?</p>
Skuteczność	<p>Czy przyjęte rozwiązania metodyczne dotyczące oddziaływań edukacyjnych wiązały się z oczekiwaną zmianą dotyczącą poprawy kompetencji adresatów.</p>
Trwałość	<p>Czy uzyskano oczekiwaną zmianę postaw zdrowotnych przełożyło się na zmianę w postaci modyfikacji zachowań dotyczących codziennej dbałości o higienę?</p>
Rezultat	<p>Czy uzyskano spodziewaną zmianę w zakresie wiedzy adresatów dotyczącej zasad kształtowania właściwych relacji interpersonalnych?</p> <p>Czy uzyskano spodziewaną zmianę dotyczącą umiejętności adresatów z zakresu kształtowania właściwych relacji interpersonalnych?</p>
UZYSKANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
Adekwatność	<p>Czy z usługi uzyskania potwierdzenia prawa dostępu do realizacji świadczeń zdrowotnych korzystają wszyscy zainteresowani?</p>
Efektywność	<p>Czy w placówkach ochrony zdrowia jest wystarczająca liczba pracowników poinformowanych o procedurach postępowania w przypadku przyjmowania pacjenta bez ubezpieczenia?</p>
Skuteczność	<p>Czy system wymiany informacji pomiędzy kluczowymi instytucjami zapewnia wszystkim osobom bezdomnym możliwość niezwłocznego uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?</p>
Trwałość	<p>Czy realizacja działań informacyjnych i edukacyjnych doprowadziła do modyfikacji lokalnego systemu ochrony zdrowia, polegającej na zapewnieniu osobom bezdomnym dostępu do placówek</p>

	medycznych w takim samym zakresie jak w przypadku innych obywateli?
Rezultat	Czy nastąpiła poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych osób bezdomnych?
OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU KRYZYSÓW PSYCHICZNYCH	
Adekwatność	Czy wszystkim osobom bezdomnym z zaburzeniami psychicznymi stworzono warunki do rozwijania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu? Czy wszyscy pracownicy placówek mieli zapewnioną możliwość udziału w oddziaływaniach edukacyjnych z zakresu wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi?
Efektywność	Czy kadra placówek posiada odpowiednie umiejętności dotyczące wyodrębniania specyficznych problemów osób bezdomnych z zaburzeniami psychicznymi? Czy wystarczająca jest liczba pracowników, którzy znają procedury postępowania z zakresu rehabilitacji osób bezdomnych po hospitalizacji?
Skuteczność	Czy wykorzystywane w trakcie działań edukacyjnych materiały informacyjne przyczyniły się do zmiany postaw kadry placówek polegającej na wzroście tolerancji dla odmiennych zachowań osób dotkniętych chorobą psychiczną.
Trwałość	Czy wprowadzone zmiany dotyczące zasad pracy z osobami bezdomnymi z zaburzeniami psychicznymi przyczyniły się do spodziewanej modyfikacji całego systemu oddziaływań realizowanych w placówce.
Rezultat	Czy uzyskano zakładaną poprawę umiejętności osób bezdomnym w zakresie konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach stresowych? Czy poprawiły się umiejętności kadry placówki z zakresu udzielania wsparcia osobom bezdomnym z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z ich potrzebami?
OPIEKA PALIATYWNA (HOSPICYJNA)	
Adekwatność	Czy wszystkie osoby bezdomne chore na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby mają dostęp do opieki świadczonej w hospicjach stacjonarnych lub oddziałach medycyny paliatywnej? Czy schroniska dla osób bezdomnych, w razie potrzeby, zapewniają opiekę paliatywną (hospicyjną) będącą etapem przejściowym podczas oczekiwania na miejsce w hospicjach stacjonarnych lub oddziałach medycyny paliatywnej?
Efektywność	Czy schroniska dla osób bezdomnych oferujące opiekę paliatywną dysponują odpowiednimi pomieszczeniami umożliwiającymi wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych?
Skuteczność	Czy sposób rekrutacji opiekunów z ramienia placówki świadczącej usługę paliatywną pozwala na wyłonienie osób o najlepszych kwalifikacjach?
Trwałość	Czy w ramach świadczenia usługi, przyjęto procedury prowadzenia współpracy interdyscyplinarnej?
Rezultat	Czy osiągnięto zmianę dotyczącą jakości życia osób bezdomnych chorych na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby polegającą na: <ul style="list-style-type: none"> • zapobieganiu bólowi i innym objawom somatycznym, • uśmierzaniu i łagodzeniu cierpień psychicznych,

	<ul style="list-style-type: none"> zapewnieniu opieki pielęgnacyjnej?
PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁGOTERMINOWA DOMOWA	
Adekwatność	Czy usługa świadczona jest wobec wszystkich osób obłożnie i przewlekle chorych, przebywających w schroniskach dla osób bezdomnych, które ze względu na stan zdrowia wymagają systematycznej opieki?
Efektywność	Czy pracownicy placówek dla osób bezdomnych posiadają odpowiednie kompetencje, aby realizować zalecenia pielęgniarek?
Skuteczność	Czy system szkoleń dla pracowników placówek w dostatecznym stopniu przygotowuje ich do realizacji zaleceń pielęgniarek?
Trwałość	Czy stworzono warunki dla zapewnienia realizacji opieki domowej długoterminowej we wszystkie dni tygodnia (łącznie z dniami ustawowo wolnymi od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach)?
Rezultat	<p>Czy nastąpiła poprawa jakości życia osób bezdomnych polegająca na:</p> <ul style="list-style-type: none"> zapobieganiu a) powikłaniom, b) stanom zapalnym, c) zakażeniom, d) odleżynom, e) deformacjom, uśmierzaniu bólu, aktywizacji chorych poprzez stosowanie rehabilitacji ciągłej, kompleksowej, zapewnieniu bezpieczeństwa poprzez monitorowanie stanu pacjenta pod kątem niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego i zaostrzeń choroby?
TERAPIA ORAZ PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ	
Adekwatność	<p>Czy oddziaływania edukacyjne z zakresu profilaktyki uzależnień zostały sprofilowane zgodnie z potrzebami wszystkich grup docelowych?</p> <p>Czy oferta wymiany igieł i strzykawek trafiła do wszystkich osób bezdomnych przyjmujących narkotyki w postaci iniekcji?</p>
Efektywność	<p>Czy placówki posiadają odpowiednią liczbę ulotek do prowadzenia kampanii informacyjnej w wyznaczonym czasie?</p> <p>Czy zasoby kadrowe placówki pozwalają na prowadzenie działań z zakresu profilaktyki uzależnień?</p>
Skuteczność	<p>Czy udział w zajęciach informacyjno-edukacyjnych na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych przyczynił się do poprawy poziomu wiedzy osób bezdomnych na tematy poruszane w trakcie zajęć.</p> <p>Czy stworzenie indywidualnego programu terapeutycznego (obejmującego pracę nad uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz nad wychodzeniem z bezdomności), przyczyniło się do przejścia przez osobę bezdomną pełnego procesu terapeutycznego?</p>
Trwałość	Czy udział w indywidualnym programie terapeutycznym doprowadził do samodzielnego funkcjonowania osoby bezdomnej, bez potrzeby wsparcia terapeutycznego w obszarze uzależnień?
Rezultat	<p>Czy nastąpiła poprawa wiedzy osób bezdomnych na temat:</p> <ul style="list-style-type: none"> definiowania uzależnień od substancji psychoaktywnych,

	<ul style="list-style-type: none"> • konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, • możliwości uzyskania pomocy? <p>Czy nastąpił wzrost liczby osób bezdomnych podejmujących terapię w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych?</p>
OPIEKA ZDROWOTNA SKIEROWANA DO OSÓB BEZDOMNYCH – WYMAGAJĄCYCH USŁUG LECZNICZYCH, OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNYCH I REHABILITACYJNYCH	
Adekwatność	Czy wszystkie osoby bezdomne przebywające w placówkach dla osób bezdomnych, wymagające usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych zostały objęte usługą?
Efektywność	Czy schroniska prowadzące działania z zakresu usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych posiadają sprzęt koniecznego do świadczenia tych usług?
Skuteczność	Czy wsparcie psychologa realizowane w formie zajęć grupowych, przyczynia się do pomocy chorym w redukcji stresu związanego z chorobą?
Trwałość	Czy przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji przyczyniło się do readaptacji społecznej?
Rezultat	Czy nastąpiła poprawa jakości życia osób bezdomnych polegająca na: <ul style="list-style-type: none"> • zapobieganiu powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i/lub unieruchomienia, • usprawnianiu chorych?
Zatrudnienie i edukacja	
AKTYWIZACJA SPOŁECZNEJ	
Adekwatność	Czy świadczone usługi umożliwiły zwiększenie kompetencji społecznych niezbędnych do funkcjonowania OB. zgodnie z przyjętymi normami społecznymi? Czy świadczone usługi spowodowały rozbudzenie w OB świadomości osobistej, potrzeby i chęci podejmowania aktywności? Czy aktywizacja społeczna była prowadzona zgodnie z potrzebami i możliwościami OB.?
Efektywność	Czy zasoby osobowe stosowane w wariantcie minimalnym są efektywnym rozwiązaniem wobec zdiagnozowanych potrzeb i możliwości OB, czy też konieczne jest zastosowanie wariantu optymalnego dla uzyskania pozytywnych zmian postaw osób bezdomnych?, Czy zasoby materialne, finansowe i instytucjonalne wymagają modyfikacji w Standardzie, czy są określone właściwie z punktu widzenia uzyskania pozytywnych zmian postaw OB?
Skuteczność	Czy sformułowany sposób realizacji usługi Standardu zmusza do uzyskania pozytywnych zmian postaw OB, czy raczej wymaga dalszych modyfikacji? Czy narzędzia usługi takie jak autodiagnoza oraz trening ekonomiczny są skutecznymi wobec uzależnienia OB od systemu świadczeń pomocy społecznej oraz różnych form ich wsparcia?
Trwałość	Czy nabyte przez OB. kompetencje są przez nich wykorzystywane w życiu codziennym? Czy rozbudzona chęć aktywności społecznej jest trwała?
Rezultat	Stwierdzenie, że określona w Standardzie usługa „Aktywizacji społecznej” pozwala uzyskać oczekiwane rezultaty, takie jak: (1) zwiększenie kompetencji społecznych niezbędnych do funkcjonowania zgodnie z przyjętymi normami, (2) rozbudzenie w osobie świadomości osobistej, potrzeby i chęci podejmowania aktywności.

AKTYWIZACJA ZAWODOWA	
Adekwatność	<p>Czy usługi służące aktywizacji zawodowej były dopasowane do potrzeb i możliwości OB.?</p> <p>Czy działania w ramach usługi były skoordynowane instytucjonalnie?</p> <p>Czy działania w ramach usługi odpowiadały wcześniej przygotowanej autodiagnozie?</p>
Efektywność	<p>Czy określony w usłudze katalog zasobów osobowych był wystarczający do przeprowadzenia aktywizacji zawodowej OB?</p> <p>Czy określony w usłudze katalog zasobów osobowych był wystarczający do uzyskania przez OB samodzielności życiowej?</p> <p>Jak szeroki był zasób instytucjonalny z punktu widzenia uruchomienia usługi aktywizacji zawodowej?</p> <p>Czy usługa aktywizacji zawodowej mogłaby być prowadzona przez odpowiedni zasób instytucjonalny czy wymaga występowania funkcji trenera pracy OB?</p>
Skuteczność	<p>Czy zwiększono kompetencje zawodowe OB. w stopniu wystarczających do podjęcia zatrudnienia?</p> <p>Czy zwiększenie kompetencji zawodowych OB. przyczyniło się do uzyskania przez nich samodzielności życiowej?</p> <p>Czy aktywizacja zawodowa może być oparta na jednym instrumencie rynku pracy, czy też zależna jest o zastosowania palety tych instrumentów, a więc wymaga znacznie większego czasu niż prowadzona do osób bezrobotnych?</p>
Trwałość	<p>Czy zwiększono kompetencje zawodowe OB. w stopniu wystarczających do utrzymania w długim okresie czasu zatrudnienia?</p> <p>Czy zwiększenie kompetencji zawodowych OB. przyczyniło się do uzyskania przez nich na trwałe samodzielności życiowej?</p>
Rezultat	<p>Stwierdzenie, że określona w Standardzie usługa „Aktywizacji zawodowej” pozwala uzyskać oczekiwane rezultaty, takie jak zwiększenie: (1) kompetencji zawodowych niezbędnych do uzyskania zatrudnienia i ewentualnie jego utrzymania, (2) możliwości do uzyskania samodzielności życiowej, w tym szczególnie samodzielności ekonomicznej.</p>
EDUKACJA	
Adekwatność	<p>Czy działania służące wyposażeniu OB. w kwalifikacje zawodowe są dopasowane do ich potrzeb i możliwości?</p> <p>Czy działania służące edukacji ogólnej służącej do funkcjonowania OB. w społeczeństwie są dopasowane do ich potrzeb i możliwości?</p> <p>Czy usługa ta może być realizowana tylko wobec osób bezdomnych zmotywowanych do zdobywania wiedzy, oraz gotowych do uzyskania samodzielności życiowej?</p>
Efektywność	<p>Czy efektywność usługi zależy od współpracy wielu specjalistów, czy też odpowiednio sprecyzowanego kierunku kształcenia opartego na autodiagnozie osoby bezdomnej i określeniu jej możliwości korzystania w form edukacji?</p>
	<p>Czy metody edukacji zbiorowej (grupowej) gwarantują uzyskiwanie efektów edukacyjnych przez osoby bezdomne, czy też proces ten musi być bardziej zindywidualizowany?</p>

Skuteczność	<p>Czy OB. posiadają kwalifikacje zawodowe umożliwiające im podjęcie pracy?</p> <p>Czy cele edukacji zawodowej i ogólnorozwojowej można uzyskać w sposób nieobligatoryjny, to znaczy nie poparty treściami zawartymi w IPWB, kontrakcie socjalnym, czy IPZS?</p>
Trwałość	<p>Czy OB. posiadają kwalifikacje zawodowe umożliwiające im utrzymanie w długim okresie czasu pracy?</p> <p>Czy OB. posiadają wykształcenie ogólne umożliwiające im funkcjonowanie w społeczeństwie?</p>
Rezultat	<p>Stwierdzenie, że określona w Standardzie usługa „Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa” pozwala uzyskać oczekiwane rezultaty, takie jak: (1) uzyskanie kwalifikacji zawodowych, (2) uzyskanie wiedzy ogólnej niezbędnej do funkcjonowania w społeczeństwie</p>
ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE	
Adekwatność	<p>Czy wspierane miejsca pracy są adekwatne do potrzeb i możliwości OB.?</p>
Efektywność	<p>Jaki jest koszt stworzenia i utrzymania wspieranego miejsca pracy OB.?</p> <p>Czy zaangażowane zasoby w utworzenie wspieranego miejsca pracy są racjonalne?</p>
Skuteczność	<p>Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy OB. na niezależność się od świadczeń pomocy społecznej?</p> <p>Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy OB. zdobyła źródło dochodu?</p> <p>Czy zastosowanie kilku usług Standardu podnosi szanse osób bezdomnych na zachowanie zatrudnienia po zakończeniu okresu trwania usługi „Wspierane miejsce pracy osoby bezdomnej”?,</p> <p>Czy pozyskanie wspieranego miejsca pracy dla osoby bezdomnej winno koncentrować się na szerokiej gamie przedsiębiorców, czy też być zawężone do rynku pracy tworzonego przez podmioty ekonomii społecznej?</p> <p>Czy wystarczającą formą dla korzystania z tej usługi jest trójstronny kontrakt oraz przygotowanie osoby bezdomnej w ramach pakietu innych usług tego Standardu, czy też konieczne jest zapewnienie funkcjonowania osoby bezdomnej z trenerem pracy aż do ewentualnego trwałego zatrudnienia?</p>
Trwałość	<p>Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy OB. zdobyła stałe źródło dochodu?</p> <p>Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy OB. na stałe niezależność się od świadczeń pomocy społecznej?</p> <p>Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy OB. na stałe uzyskała pełną samodzielność życiową?</p>
Rezultat	<p>Stwierdzenie, że określona w Standardzie usługa „Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa” pozwala uzyskać oczekiwane rezultaty, takie jak: (1) zdobycie miejsca pracy dla osoby bezdomnej, (2) zdobycie stałego źródła dochodów przez osobę bezdomną, (3) uniezależnienie się od świadczeń pomocy społecznej, (4) uzyskanie pełnej samodzielności życiowej oraz ewentualne trwałe zatrudnienie.</p>
Streetworking	
ŚWIADCZENIE STREETWORKINGU PERSPEKTYWA ORGANIZATORA	
Adekwatność	<p>Czy świadczona usługa streetworkingu była adekwatna do potrzeb gminy w zakresie wspierania osób bezdomnych przebywających na ulicy?</p>

Efektywność	Jaki jest koszt prowadzenia streetworkingu w gminie? Czy zaangażowane zasoby w realizację streetworkingu są racjonalne?
Skuteczność	Czy dzięki prowadzonemu streetworkingowi zmniejszyła się liczba osób bezdomnych przebywająca w przestrzeni ulicy? Czy środki finansowe, osobowe założone na realizację streetworkingu są wystarczające? Czy organizator usługi w sposób odpowiedni zapewnił streetworkerom dostęp do niezbędnej wiedzy i szkoleń? Czy organizator usługi zabezpieczył środki finansowe na realizację streetworkingu w postaci zapisów w oficjalnych dokumentach gminy? Czy organizator usługi w sposób odpowiedni wykorzystał dane streetworkerów w procesie zarządzania mapą miejsc niemieszkalnych
Trwałość	Czy organizator usługi zabezpieczył funkcjonowanie streetworkingu w postaci zapisów w oficjalnych dokumentach gminy? Czy organizator usługi zabezpieczył środki finansowe na kontynuację streetworkingu?
Rezultat	Stwierdzenie, że usługa streetworkingu doprowadziła do: zmniejszenia liczby osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy; doprowadziła do odbycia szkoleń przez streetworkerów, do zaplanowania działań streetworkerskich w oficjalnych dokumentach gminy, do powstania i zarządzania zintegrowaną mapą miejsc przebywania osób bezdomnych w miejscach niemieszkalnych
ŚWIADCZENIE STREETWORKINGU PERSPEKTYWA REALIZATORA	
Adekwatność	Czy świadczona usługa streetworkingu była adekwatna do potrzeb gminy w zakresie wspierania osób bezdomnych przebywających na ulicy
Efektywność	Czy środków finansowych związanych z realizacją streetworkingu jest wystarczająca ilość? Czy liczba streetworkerów pracujących w gminie jest wystarczająca i zgodna z bieżącymi za potrzebami i skalą zjawiska bezdomności?
Skuteczność	Czy dzięki prowadzonemu streetworkingowi zmniejszyła się liczba osób bezdomnych przebywająca w przestrzeni ulicy? Czy dzięki prowadzonemu streetworkingowi polepszyła się sytuacja życiowa osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy? Czy środki finansowe, osobowe założone na realizację streetworkingu są wystarczające? Czy realizator usługi w sposób odpowiedni zabezpieczył niezbędne narzędzia pracy streetworkera (materialne oraz niematerialne)? Czy realizator usługi realizuje streetworking w koalicji, przy udziale partnerstwa lokalnego? Czy realizator usługi w sposób odpowiedni aktualizuje mapę miejsc niemieszkalnych oraz informuje o jej aktualizacji innych członków partnerstwa lokalnego? Czy realizator usługi streetworkingu zapewnił odpowiednią liczbę streetworkerów? Czy realizator usługi streetworkingu świadczy streetworking zgodnie z zapisami standardu?
Trwałość	Czy realizator usługi streetworkingu zatrudnił streetworkerów na umowę o pracę?
Rezultat	Stwierdzenie, że usługa streetworkingu doprowadziła do: zmniejszenia liczby osób bezdomnych

przebywających w przestrzeni ulicy; doprowadziła do zmiany aktywnych oraz nieaktywnych miejsc przebywania osób bezdomnych w przestrzeni ulicy, do zmniejszenia się liczby osób bezdomnych oraz liczby środowisk w miejscach niemieszkalnych, aktualizacji map miejsc niemieszkalnych, zaangażowania się innych instytucji w rozwiązywanie problemu bezdomności ulicznej, wzrostu liczby kontaktów rokujących pozytywnie, wzrostu poziomu życia osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy,

Przykładowe wskaźniki ewaluacji i monitorowania dla poszczególnych standardów

Elementem pomocnym przy dokonywaniu oceny długookresowej (zestawianiu ocen krótkookresowych, porównywaniu dynamiki zmian w czasie itp.) są wskaźniki – czyli takie dane, które świadczą o zrealizowaniu (lub niezrealizowaniu) danego działania lub obrazują jego zakres (ewaluacja ma na celu sprawdzenie, czy zostały osiągnięte zamierzone efekty, które zostały określone w formie wskaźników skuteczności: realizacji i oddziaływania). Wskaźniki oddziaływania odnoszą się do przyjętych w planie celów, natomiast wskaźniki realizacji – zaplanowanych działań (kto, co i jak robi, przy użyciu jakich środków, kiedy, gdzie). Opracowany system wskaźników służy weryfikacji skuteczności podejmowanych działań, czy zrealizowano to co zamierzono, a także czy przyczyniło się to do osiągnięcia przewidywanych efektów.

Podane poniżej wskaźniki mają charakter przykładowy⁶². Przygotowując wskaźniki należy pamiętać aby były różnorodne, to znaczy odnosiły się do różnych aspektów prowadzonych działań. Wyróżnić można następujące grupy wskaźników: 1) wkładu, czyli mierzące nakłady finansowe, rzeczowe i ludzkie; 2) produktu, czyli mierzące ilość poszczególnych działań; 3) rezultatu, czyli mierzące bezpośrednio (następujące bezpośrednio po usłudze) efekty; 4) wpływu, czyli mierzące długoterminowe efekty. Wskazane jest utrzymywanie liczby wskaźników na rozsądnym poziomie, tak aby uniknąć nadmiernej biurokracji.

Przygotowując system wskaźników monitorujący stopień realizacji usług należy pamiętać o zasadzie, która mówi, że powinny one spełniać pięć kryteriów: 1) być konkretne; 2) mierzalne; 3) akceptowalne (przez osoby, które będą je zbierały); 4) istotne dla partnerstwa

⁶² Szczegółowy opis wymogów związanych z tworzeniem systemu wskaźników można znaleźć „Przewodnik po metodach ewaluacji: Wskaźniki monitoringu i ewaluacji Dokument roboczy nr 2” w www.ewaluacja.gov.pl/ewaluacja_wstep/Documents/wskazniki170707.pdf (dostępne 02.09.13)

(jednostki samorządowej) z punktu celów, które realizuje; 5) z jasno wskazanymi momentami, kiedy należy dokonywać pomiaru.

Poniżej znajdują się uporządkowane cele dla poszczególnych standaryzowanych obszarów jak i dla konkretnych usług, po wymienieniu których znajdują się listy przykładowych wskaźników monitorowania. Listy nie są wyczerpujące ani obligatoryjne, a stanowią pomoc (można je stosować) i wskazówkę do partnerstw jak w oparciu o cele poszczególnych wystandaryzowanych usług konstruować wskaźniki.

Partnerstwo lokalne

Cel główny:

Rozwój i wzmocnienie lokalnego systemu rozwiązywania problemów społecznych w tym zapobiegania, interweniowania i wychodzenia z bezdomności w kierunku zmniejszenia ryzyka bezdomności oraz zmniejszenia jej skali.

Cele szczegółowe w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności:

- Poprawa i rozwój systemu prewencji bezdomności.
- Wzmocnienie i usprawnienie systemu interwencji, ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych.
- Wzmocnienie i rozwój systemu integracji społecznej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Rozwój diagnozowania i mierzenia zjawiska bezdomności i zagrożenia bezdomnością.
- Podniesienie jakości tworzenia i wdrażania, poprawa koordynacji i zarządzania polityki społecznej na poziomie lokalnym oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie bezdomności i zagrożenia nią.

przykładowe wskaźniki:

- Liczba organizacji biorących udział w PL.
- Liczba kluczowych organizacji pozostających poza Partnerstwem (*wskaźniki produktu*).
- Liczba nowych członków w ciągu określonego okresu (rok, 2 lata, 3 lata) (*wskaźnik rezultatu*).
- Liczba analiz, badań i opracowań sporządzonych na potrzeby opracowania strategii działań w zakresie prewencji, integracji i interwencji;
- Liczba wspólnie realizowanych przedsięwzięć w zakresie prewencji, interwencji i integracji.

- Liczba rejestrów osób bezdomnych (gminnych baz danych)
- Odsetek objęcia bezdomnych rejestrem
- Procent osób bezdomnych pozytywnie oceniających oferowane wsparcie
- Odsetek osób akceptujących działania na rzecz osób bezdomnych (80%; Omnibus)
- Odsetek osób bezdomnych zadowolonych z otrzymywanego wsparcia (70%; Ocena zasobów).
- Liczba sprawozdań z monitoringu wykonania programu (3 w ciągu roku).
- Liczba osób, z podmiotów zajmujących się kwestiami bezdomnościowymi i wykluczeniem mieszkaniowym, biorących udział w podnoszeniu kwalifikacji i kompetencji (30% rocznie; Ocena zasobów).
- Działający system zapobiegania procesowi utraty mieszkania;
- Liczba spotkań z ludnością dotyczących problemu bezdomności i sposobom rozwiązywania tego problemu;
- Liczba spotkań z młodzieżą dot. Problemów bezdomności;
- Liczba spotkań z przedstawicielami lokalnych mediów dot. Problemu bezdomności i sposobom rozwiązywania tego problemu (*wskaźniki produktu*);
- Zmniejszenie się liczby osób zagrożonych eksmisją w ciągu roku;
- Wzrost społecznego zrozumienia dla sytuacji osób bezdomnych w środowisku lokalnym;
- Wzrost liczby młodych ludzi biorących udział w akcjach pomocy bezdomnym;
- Wzrost liczby rzetelnych informacji rzetelnie informujących o problemach bezdomności w środowisku lokalnym (*wskaźniki rezultatu*).
- Liczba spotkań interdyscyplinarnego zespołu dla monitorowania sytuacji bezdomności – ilość spotkań zespołu dla monitorowania;
- Liczba lokalnych uroczystości, imprez zorganizowanych przez PL , których biorą udział osoby bezdomne;
- Liczba osób liczba ofert placówek kulturalnych, sportowych, w których biorą udział osoby bezdomne;
- Liczba realizowanych wspólnie z osobami bezdomnymi przedsięwzięć
- Wzrost liczby osób bezdomnych, które się usamodzielnily w ciągu roku
- Liczba diagnoz, analiz, badań dot. Problemów społecznych i opracowań na ten temat sporządzonych na potrzeby działania PL
- Liczba szkoleń, kursów, warsztatów dla przedstawicieli PL;
- Liczba wizyt studyjnych;
- Liczba poznanych dobrych praktyk
- Liczba spotkań z ekspertami zewnętrznymi (*wskaźniki produktu*).
- Liczba szkolonych przez PL wolontariuszy;

- Liczba szkoleń i warsztatów dla środowisk lokalnych;
- Liczba broszur informacyjnych ulotek na temat PL wydrukowanych w roku (*wskaźniki produktu*).
- Liczba broszur ulotek na temat PL rozpowszechnionych na danym terenie działalności PL w roku
- Liczba konferencji, w których są promowane PL;
- Liczba konferencji prasowych PL (*wskaźniki produktu*).

Praca socjalna

Cel główny:

Zmniejszenie skali zagrożenia bezdomnością oraz zwiększenie poziomu integracji społecznej i samodzielności życiowej osób doświadczających bezdomności poprzez kompleksowe wsparcie, oddziaływanie i skoordynowanie usług w różnych sferach życia: mieszkaniowej, socjalno-bytowej, rodzinnej, zdrowotnej, psychologicznej, zawodowej i społecznej.

Cele szczegółowe systemowe:

pracy socjalnej wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na odbiorców, a bezpośrednie na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie skali i liczby osób zagrożonych bezdomnością oraz zagrożonych bezdomnością a także zredukowanie zagrożeń związanych z bezdomnością.
- Zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia a także zmniejszenie kosztów społecznych⁶³.
- Poprawa dostępu, jakości wsparcia i koordynacji usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele realizacji pracy socjalnej wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do odbiorców.

⁶³ Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie/spoleczeństwo.

- Zmniejszenie ryzyka utraty i zwiększenie szans uzyskania bezpieczeństwa i stabilności mieszkaniowej.
- Wzrost poziomu integracji społecznej i zdolności do funkcjonowania społecznego a także zwiększenie aktywności społecznej oraz skali wyjścia z bezdomności/zagrożenia bezdomnością i uzyskiwania samodzielności życiowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Wzrost poziomu zadowolenia i satysfakcji z uzyskiwanego wsparcia.

Przykładowe wskaźniki

W perspektywie organizatora pracy socjalnej:

- Liczba osób bezdomnych objętych pracą socjalną (90% populacji osób bezdomnych z obszaru gminy; ocena zasobów).
- Liczba osób zagrożonych bezdomnością, które zostały objęte wsparciem ukierunkowanym na zapobieganie bezdomności (90% populacji osób zagrożonych bezdomnością z obszaru gminy; ocena zasobów).
- Liczba osób bezdomnych, które usamodzielnily się na skutek zrealizowanej pracy socjalnej (20% w skali roku w stosunku do gminnej populacji ludzi bezdomnych, ocena zasobów).
- Liczba „umów współpracy” (IWPzB etc.) zawartych z osobami bezdomnymi podejmującymi współpracę w ramach pracy socjalnej.
- Liczba zerwanych „umów współpracy” w stosunku do zawartych „umów” z osobami bezdomnymi lub zagrożonymi bezdomnością.
- Liczba osób objętych Indywidualnym Programem Wychodzenia z Bezdomności (IPWB).
- Liczba osób objętych Kontraktem Socjalnym.
- Liczba osób objętych asystenturą.
- Liczba osób, którym odtworzono dokumenty (w tym dowód osobisty).
- Liczba przyjętych w PZON wniosków o uzyskanie prawnego statusu osoby niepełnosprawnej.
- Liczba osób umieszczonych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym lub Hospicjum.
- Liczba osób umieszczonych w Domu Pomocy Społecznej.

W perspektywie realizatora pracy socjalnej:

- Liczba i zakres zrealizowanych działań w stosunku do liczby i zakresu działań rekomendowanych w diagnozie przeprowadzonej w ramach podjętej pracy socjalnej oraz w porównaniu w określonej perspektywie czasowej.
- Poziom oceny kondycji życiowej osoby objętej wsparciem obejmujący różne sfery aktywności życiowej (socjalno-bytowej, rodzinnej, mieszkaniowej, psychologicznej, zawodowej, społecznej) porównywane w określonych odstępach czasowych.
- Liczba zrealizowanych celów w ramach zawartych „umów współpracy” w stosunku do liczby założonych celów w tych umowach.

Autoewaluacja, czyli samoocena zawierająca refleksję nad wszelkimi skutkami realizowanych działań, dokonywana jest 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 -specjalistów wykonujących określonego rodzaju działanie (zespół interdyscyplinarny);
- podmiot organizujący działania pomocowe (kadre kierowniczą instytucji – o ile jest bezpośrednio zaangażowana w organizowanie i realizację pracy socjalnej);
- osobę objętą programem.

Mieszkalnictwo i pomoc doraźna

Cel główny:

Zwiększenie poziomu zabezpieczenia przed bezdomnością osób zagrożonych oraz ochrony zdrowia i życia, zabezpieczenia podstawowych potrzeb a także możliwości i szans na uzyskanie samodzielności życiowej osób doświadczających bezdomności.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele w obszarze mieszkalnictwa i pomocy doraźnej z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby, a bezpośrednio na system polityki społecznej.

- Wzmocnienie i zwiększenie powszechności wykorzystywania instrumentów prewencji bezdomności.
- Wzrost dostępności, jakości a także skrócenie czasu, w którym konieczna byłaby realizacja usług interwencyjnych, w tym usług niskoprogowych.
- Zwiększenie znaczenia i skali wsparcia w mieszkaniach wspieranych realizowanego w środowisku oraz zwiększenie integracyjnej roli i funkcji placówek dla osób bezdomnych.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele w obszarze mieszkalnictwa i pomoc doraźna z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób.

- Zwiększenie szans uzyskania bezpieczeństwa i stabilności mieszkaniowej osób zagrożonych bezdomnością.
- Zmniejszenie wykluczenia społecznego, dalszej marginalizacji i izolacji osób bezdomnych.
- Zmniejszenie deficytów i zwiększenie poziomu integracji społecznej osób bezdomnych.

Ogrzewalnia

Cel główny:

Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub pozostających bez dachu nad głową.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych interwencyjnym pobylem i informacją.
 - Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych.
 - Zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.

Noclegownia

Cel główny:

Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub pozostających bez schronienia.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych noclegiem i wsparciem.
- Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych.
- Poprawa jakości życia oraz wzbudzenie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.

Schronisko

Cel główny:

Zwiększenie liczby osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności i uzyskujących samodzielność życiową.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych schronieniem i kompleksowym wsparciem.
- Poprawa jakości życia i wzrost motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.
- Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.

Schronisko profilowane

Cel główny:

Zwiększenie liczby osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności i uzyskujących samodzielność życiową.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych profilowanym schronieniem i kompleksowym wsparciem.
- Poprawa jakości życia i wzrost motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.

- Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.

Mieszkania wspierane zespolone

Cel główny:

Zwiększenie liczby osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności/zagrożenia bezdomnością i uzyskujących samodzielność życiową.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objętych usługą mieszkania wspieranego i kompleksowym wsparciem.
- Poprawa jakości życia i wzrost i/lub utrzymanie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.

Mieszkanie wspierane rozproszone

Cel główny:

Zwiększenie liczby osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności/zagrożenia bezdomnością i uzyskujących samodzielność życiową.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objętych usługą mieszkania wspieranego i kompleksowym wsparciem.
- Poprawa jakości życia i wzrost i/lub utrzymanie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.

Centrum Dziennego Wsparcia

Cel główny:

Zwiększenie aktywności społecznej osób bezdomnych oraz zminimalizowanie negatywnych konsekwencji wynikających z bezdomności.

Cele szczegółowe:

- Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych.
- Zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.

Zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych kompleksowym wsparciem.

Przykładowe wskaźniki

Ogrzewalnia

- liczba udostępnionych miejsc;
- liczba osób, które skorzystały z usługi;
- liczba miesięcy w roku, w których działa ogrzewalnia (wartość minimum 6; wartość optymalna 12 miesięcy).

Noclegownia

- liczba udostępnionych miejsc;
- liczba osób, które skorzystały z usługi;
- średni czas korzystania z usługi;
- liczba miesięcy w roku, w których działa ogrzewalnia (wartość minimum 6; wartość optymalna 12 miesięcy).
- liczba specjalistów – pracownik socjalny, psycholog, dyżurujących w placówce

Schronisko dla osób bezdomnych/schronisko profilowane

- liczba udostępnionych miejsc;
- liczba osób, które skorzystały z usługi;
- średni czas przebywania w schronisku;
- liczba osób bezdomnych, które się usamodzielnily
- liczba osób, które opuściły placówkę w wyniku naruszania regulaminu w ciągu ostatniego roku (wartość docelowa 5%, ocena zasobów).

Mieszkanie wspierane zespolone/ mieszkanie wspierane rozproszone

- liczba udostępnionych miejsc;
- liczba osób, które skorzystały z usługi;
- liczba rodzin, które skorzystały z usługi;

- średni czas przebywania w mieszkaniu

Centrum Dziennego Wsparcia

- liczba osób, którzy skorzystały z usługi (świetlicy, punktu informacyjno-konsultacyjnego, punktu wydawania żywności, punktu wydawania odzieży, jadłodajni, łaźni);
- liczba osób bezdomnych, które skorzystały z usługi;
- liczba osób zagrożonych bezdomnością, które skorzystały z usługi;
- liczba udostępnionych miejsc w świetlicy;
- liczba usług oferowanych w centrum dziennego wsparcia
- liczba specjalistów pracujących w centrum dziennego wsparcia

Zdrowie

Cel główny:

Poprawa stanu zdrowia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w ujęciu holistycznym obejmującym obszar biologiczny, psychiczny i społeczny, w konsekwencji prowadząca do skuteczniejszego zapobiegania bezdomności i uzyskiwania samodzielności życiowej.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele w obszarze zdrowia z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby, a bezpośrednie na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie dysproporcji i wyrównanie dostępu do usług zdrowotnych między grupą osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością a pozostałymi grupami społecznymi.
- Wzrost jakości usług zdrowotnych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością i zmniejszenie kosztów leczenia.
- Wzmocnienie współpracy podmiotów ochrony zdrowia z podmiotami pomocy i integracji społecznej.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele w obszarze zdrowia z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób.

- Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Zredukowanie zachowań ryzykownych i zminimalizowanie szkód oraz zwiększenie świadomości w zakresie profilaktyki zdrowotnej a także wzbudzenie motywacji do dbałości o zdrowie.
- Poprawa jakości życia w sferze zdrowotnej oraz zwiększenie poziomu korzystania z usług zdrowotnych.

Edukacja zdrowotna

Cel główny:

Wzrost zachowań prozdrowotnych dbania o własne i innych zdrowie wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie wiedzy dotyczącej możliwości dbania o zdrowie własne i innych.
- Wzmocnienie motywacji wewnętrznej w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych.
- Zwiększenie kompetencji w dbałości o własne zdrowie i wzmocnienie postaw sprzyjających zdrowiu.

Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych

Cel główny:

Wzrost liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością posiadających uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie wiedzy i umiejętności korzystania z procedur i mechanizmów zapewniających prawo do świadczeń zdrowotnych.
- Wzrost liczby osób bezdomnych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym.
- Zwiększenie liczby osób, wobec których potwierdzono prawo do świadczeń zdrowotnych.

Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych

Cel główny:

Poprawa zdrowia psychicznego osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie ich marginalizacji społecznej w myśl idei „zdrowienia” (*recovery*) i „umacniania” (*empowerment*) prowadzących do wyrównania szans osób psychicznie chorych na powrót do aktywnego i adekwatnego do możliwości funkcjonowania w społeczeństwie.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie motywacji i skali podejmowania leczenia, rehabilitacji, aktywizacji społecznej i zawodowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi.
- Wzrost dostępu i jakości leczenia a także wzmocnienie i zwiększenie potencjału czynników zewnętrznych (placówek, środowiska lokalnego) i wewnętrznych (zasoby wewnętrzne osób) diagnozujących i zabezpieczających przed pogłębianiem się kryzysów psychicznych i sprzyjających powrotowi do zdrowia.
- Poprawa diagnozowania wczesnych sygnałów zaburzeń psychicznych, pozwalająca na powstrzymanie ich rozwoju oraz ograniczenie skutków zdrowotnych i społecznych (wczesna interwencja) oraz zmniejszenie skutków przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby, a także zminimalizowanie wtórnych uszkodzeń związanych z przebytą chorobą.

Opieka paliatywna (hospicyjna)

Cel główny:

Zwiększenie dostępności i skali korzystania przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, chorujące na nie poddające się leczeniu przyczynowemu i postępujące choroby, wszechstronnej i całościowej opieki paliatywnej.

Cele szczegółowe:

- Zlikwidowanie lub zmniejszenie bólu oraz nasilenia objawów somatycznych.
- Zmniejszenie dyskomfortu psychicznego.
- Poprawa jakości wsparcia i zwiększenie wiedzy pracowników pomocy społecznej z zakresu pomocy osobom w terminalnej fazie choroby.

Terapia oraz profilaktyka uzależnień

Cel główny:

Poprawa jakości życia umożliwiająca, w zależności od zastosowanych form oddziaływań, osiągnięcie zmiany postaw i zachowań wśród osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe:

- Wzrost wiedzy i świadomości na temat uzależnień, biopsycho-społecznych skutków używania substancji psychoaktywnych oraz możliwości szukania i zdobycia pomocy w tym zakresie oraz wzrost liczby osób poddających się terapii uzależnień.
- Zwiększenie liczby zmian postaw i systemu zachowań poprzez uczestniczenie w programie terapeutycznym adekwatnym do potrzeb, możliwości i oczekiwań danej osoby oraz utrzymanie i wzmocnienie efektów osiągniętych w wyniku wyżej wymienionych oddziaływań terapeutycznych.
- Zmniejszenie zachowań ryzykownych oraz minimalizowanie szkód i zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i podejmowaniem innych zachowań ryzykownych w tym prowadzących do rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą iniekcji oraz kontaktów seksualnych.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Cel główny:

Zmniejszenie lub likwidacja dolegliwości psychosomatycznych oraz zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego chorym przebywającym w placówkach dla osób bezdomnych, nie kwalifikującym się do leczenia szpitalnego, z deficytami w samoopiece i samopielęgnacji.

Cele szczegółowe:

- Poprawa dostępu do świadczeń w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym, zwiększenie poziomu przygotowania chorego i osób z jego otoczenia do samoopieki i samopielęgnacji oraz radzenia sobie z niepełnosprawnością.
- Zwiększenie dostępu do leczenia farmakologicznego i żywienia dostosowanego do stanu zdrowia chorego.
- Wzrost jakości realizacji zadań opiekuńczo–pielęgnacyjnych oraz zwiększenie zakresu oferowanego wsparcia osobom tego wymagającym.

Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych

Cel główny:

Poprawa sytuacji zdrowotnej i samopoczucia oraz zwiększenie poziomu przygotowania chorej osoby bezdomnej i jej otoczenia do samoobsługi.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie dostępności i poziomu korzystania z opieki i pielęgnacji, leczenia, konsultacji specjalistycznych i rehabilitacji.
- Zmniejszenie pogłębiania się chorób i dysfunkcji a także dyskomfortu psychicznego.
- Poprawa monitorowania procesu leczenia i podwyższenie jakości opieki i pielęgnacji, leczenia, konsultacji specjalistycznych i rehabilitacji.

Przykładowe wskaźniki:

- Liczba osób bezdomnych, które ukończyły zajęcia edukacyjne z zakresu kształtowania umiejętności interpersonalnych w stosunku do ogólnej liczby osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w takich zajęciach w ciągu roku.
- Liczba osób bezdomnych, które uczestniczyły w grupach wsparcia w stosunku do ogólnej liczby osób, w przypadku których zdiagnozowano (zarekomendowano) potrzebę udziału w takich grupach w ciągu roku.
- Liczba osób bezdomnych, które uzyskały potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych, w przypadku których stwierdzono potrzebę uzyskania takiego potwierdzenia w ciągu roku.
- Liczba osób bezdomnych posiadających ubezpieczenie zdrowotne (wartość docelowa 100%; ocena zasobów).
- Liczba osób, którym zapewniono pielęgniarstwą opiekę długoterminową domową, realizowaną w placówce dla osób bezdomnych w stosunku do liczby osób przebywających w placówce wymagających takiej opieki, w ciągu roku.
- Liczba osób bezdomnych przebywających w placówce, którym zapewniono dostęp do rehabilitacji ruchowej w stosunku do liczby osób przebywających w placówce wymagających zapewnienia dostępu do takiej usługi w ciągu roku.
- Liczba osób korzystających z usługi opiekuńczo-pielęgnacyjnej.
- Liczba osób objętych wsparciem psychologa lub lekarza psychiatry.

- Liczba osób bezdomnych zażywających środki psychoaktywne dożylnie, które miały zapewniony stały dostęp do nieodpłatnego sprzętu iniekcyjnego, w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych wymagających zapewnienia dostępu do takiej usługi w ciągu roku.
- Liczba osób, które podjęły terapię uzależnień.
- Liczba osób, które zakończyły terapię uzależnień.
- Liczba klientów placówki, które uczestniczyły w zajęciach informacyjno-edukacyjnych na temat form i możliwości uzyskania pomocy w zakresie uzależnień, w stosunku do liczby klientów placówki, w przypadku których zdiagnozowano potrzebę udziału w takich zajęciach, w ciągu roku.

Zatrudnienie i edukacja

Cel główny:

Uzyskanie przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością samodzielności życiowej poprzez podwyższenie aktywności i kompetencji społecznych oraz wiedzy ogólnej, kwalifikacji i umiejętności zawodowych, a także podjęcie i utrzymanie zatrudnienia.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele w obszarze zatrudnienia i edukacji z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby, a bezpośrednie na system polityki społecznej.

- Wzmocnienie i zwiększenie powszechności wykorzystywania instrumentów prewencji bezdomności. Zmniejszenie skali bierności zawodowej i bezrobocia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Wzrost dostępności i jakości usług zatrudnienia i edukacji ukierunkowanych na aktywizację społeczną i zawodową
- Zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia a także zmniejszenie kosztów społecznych⁶⁴.

⁶⁴ Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie/społeczeństwo.

Cele szczegółowe jednostkowe:

Cele w obszarze zatrudnienia i edukacji z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób.

- Wzrost umiejętności społecznych i ogólnej aktywności społecznej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w różnych obszarach.
- Wzrost poziomu umiejętności, wykształcenia i kwalifikacji zawodowych wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Zwiększenie poziomu aktywności zawodowej i podejmowania i utrzymania zatrudnienia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością

Aktywizacja społeczna

Cel główny:

Zwiększenie możliwości osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością pełnej partycypacji w życiu społecznym, w tym również integracji ze środowiskiem lokalnym.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie świadomości, motywacji i potrzeby podejmowania aktywności społecznej oraz odpowiedzialności wobec wspólnoty i empatii w stosunku do jej członków.
- Podwyższenie kompetencji i aktywności społecznej w sferach m.in. relacji, edukacji, kultury, rodziny, społeczności, sportu, rekreacji.
- Wzrost akceptacji powszechnych wartości i przestrzegania norm moralnych i obyczajowych.

Edukacja

Cel główny:

Zmniejszenie dysproporcji w wykształceniu, umiejętnościach i kwalifikacjach ogólnych i zawodowych między grupą osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością a pozostałymi grupami społecznymi.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie poziomu wiedzy ogólnej a także wykształcenia, umiejętności i kwalifikacji zawodowych osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.
- Wzrost adekwatności wykształcenia, umiejętności i kwalifikacji do potrzeb rynku pracy a także dopasowania do indywidualnych predyspozycji i oczekiwań.
- Zwiększenie wiedzy i umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w społeczeństwie, korzystania z praw i włączania się w życie lokalnych społeczności.

Aktywizacja zawodowa

Cel główny:

Zwiększenie aktywności zawodowej i szans na uzyskanie zatrudnienia i jego utrzymanie.

Cele szczegółowe:

- Wzmocnienie umiejętności poszukiwania i utrzymania zatrudnienia a także kontaktu z pracodawcami.
- Wzrost kompetencji zawodowych i ogólnych niezbędnych do pełnienia roli pracownika lub pracodawcy.
- Zwiększenie praktyki i doświadczenia zawodowego, uzyskanie nawyku pracy i realizacji obowiązków zawodowych.

Zatrudnienie subsydiowane

Cel główny:

Zwiększenie zatrudnienia i skali jego utrzymania w grupie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Cele szczegółowe:

- Ustabilizowanie i poprawienie sytuacji dochodowej i zmniejszenie zależności od świadczeń społecznych.
- Zwiększenie doświadczenia zawodowego oraz umiejętności zawodowych i ogólnych niezbędnych do pełnienia roli pracownika lub pracodawcy.

- Wzrost świadomości i zmiana postaw pracodawców wobec osób wykluczonych społecznie.

Przykładowe wskaźniki:

aktywizacja społeczna

- liczba przeprowadzonych autodiagnoz w określonym okresie monitorowania
- liczba przeprowadzonych autodiagnoz przez Realizatora usługi (specjaliści) w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych, objętych przez tego Realizatora działaniami pomocowymi i wsparciem, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, które pozytywnie zakończyły trening ekonomiczny w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, które pozytywnie zakończyły trening ekonomiczny, jako zajęcia organizowane przez Realizatora usługi w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych, objętych przez tego Realizatora działaniami pomocowymi i wsparciem, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, które uczestniczyły w organizowanych przez Realizatora usługi zajęciach, warsztatach szkoleniowych oraz grupach wsparcia w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, które uczestniczyły w organizowanych przez Realizatora usługi zajęciach, warsztatach szkoleniowych oraz grupach wsparcia w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych, objętych przez tego Realizatora działaniami pomocowymi i wsparciem, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, które uzyskały pozytywną opinię pracownika socjalnego po zakończeniu korzystania z usługi „Aktywizacja społeczna” w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, które uzyskały pozytywną opinię pracownika socjalnego po zakończeniu korzystania z usługi „Aktywizacja społeczna” w stosunku do początkowej liczby osób objętych tą usługą, w danym roku.

aktywizacja zawodowa

- liczba osób bezdomnych, dysponujących pozytywną opinią pracownika socjalnego po zakończeniu usługi „Aktywizacji społecznej”, zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, dysponujących pozytywną opinią pracownika socjalnego po zakończeniu usługi „Aktywizacji społecznej”, zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych posiadających gotowość do zmiany, potwierdzoną opinią pracownika socjalnego, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w usłudze „Aktywizacja zawodowa”, której przydzielono

wsparcie trenera pracy w określonym okresie monitorowania

- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w usłudze „Aktywizacja zawodowa”, której przydzielono wsparcie trenera pracy w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych skierowana do zajęć w centrach integracji społecznej w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych skierowana do zajęć w centrach integracji społecznej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych korzystająca z instrumentów rynku pracy w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych korzystająca z instrumentów rynku pracy w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych skierowana do projektów EFS w zakresie usługi w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych skierowana do projektów EFS w zakresie usługi w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;

edukacja

- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w ramach usługi „Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa” w we wszystkich dostępnych formach edukacji formalnej w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w ramach usługi „Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa” w we wszystkich dostępnych formach edukacji formalnej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w różnych formach edukacji zawodowej w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w różnych formach edukacji zawodowej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w grupowych formach edukacji w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, uczestnicząca w grupowych formach edukacji organizowanych przez Realizatora usługi w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku;
- liczba osób bezdomnych, skierowana do centrów edukacji ustawicznej w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, skierowana do centrów edukacji ustawicznej w stosunku do ogólnej

liczby osób bezdomnych objętych usługą, w danym roku

zatrudnienie subsydiowane

- liczba osób bezdomnych, skierowana do pracodawców na mocy kontraktu trójstronnego w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, skierowana do pracodawców na mocy kontraktu trójstronnego (Pracodawca – PUP – OPS/NGO) w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych pomocą i wsparciem.
- liczba osób bezdomnych, skierowana na mocy kontraktu trójstronnego w określonym okresie monitorowania
- liczba osób bezdomnych, skierowana na mocy kontraktu trójstronnego (Pracodawca – PUP – OPS/NGO), którzy utrzymali miejsce pracy dłużej niż 12 miesięcy w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych skierowanych do pracodawców na mocy trójstronnych kontraktów.

Streetworking

Cel główny:

Wzmocnienie i poprawa skuteczności systemu wsparcia oraz zmniejszenie wykluczenia społecznego, dalszej marginalizacji i izolacji osób przebywających w miejscach niemieszkalnych.

Cele szczegółowe systemowe:

Cele realizacji streetworkingu wśród osób bezdomnych z perspektywy organizatora/zleceniodawcy usługi, to cele zapewniające pośrednie oddziaływanie na osoby bezdomne, a bezpośrednio na system polityki społecznej.

- Zmniejszenie skali bezdomności ulicznej (liczby osób bezdomnych przebywających na ulicy i w innych miejscach niemieszkalnych).
- Wzmocnienie i uzupełnienie systemu wsparcia osób bezdomnych oraz zmniejszenie kosztów społecznych⁶⁵.
- Zwiększenie poziomu monitorowania i zmniejszenie zagrożeń występujących w środowisku osób bezdomnych.

⁶⁵ Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie/spoleczeństwo.

Cele szczegółowe, jednostkowe:

Cele realizacji streetworkingu wśród osób bezdomnych z perspektywy realizatora/wykonawcy usługi, to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych.

- Zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych.
- Poprawa jakości życia oraz wzbudzenie motywacji do zmiany sposobu życia osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych.
- Zredukowanie zachowań ryzykownych i zminimalizowanie szkód oraz zwiększenie świadomości w zakresie profilaktyki innych zjawisk współwystępujących z bezdomnością.

Przykładowe wskaźniki:

Perspektywa organizatora usługi

- Wskaźnik „liczebnej odpowiedniości A”: stosunek liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych przypadających na parę streetworkerów w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.
- Wskaźnik „liczebnej odpowiedniości B”: stosunek liczby miejsc niemieszkalnych przypadających na parę streetworkerów w danym roku w stosunku do roku poprzedniego
- Wskaźnik szkoleń: liczba streetworkerów przeszkolonych w zakresie pracy metodą streetworkingu w stosunku do wszystkich streetworkerów
- Wskaźnik edukacji: liczba szkoleń, kursów, warsztatów branżowych, w których uczestniczyli streetworkerzy w ciągu roku
- Wskaźnik „stałości zatrudnienia”: Liczba streetworkerów zatrudnionych na umowę o pracę w stosunku do wszystkich streetworkerów
- Wskaźnik „ciągłości zatrudnienia”: liczba miesięcy w ciągu roku w jakich był prowadzony streetworking
- Wskaźnik aktywności społecznej: Liczba zgłoszeń interwencyjnych pochodzących od mieszkańców w stosunku do liczby wszystkich informacji o przebywaniu osób bezdomnych na ulicy w ciągu ostatniego roku.
- Wskaźnik aktywności instytucjonalnej: Liczba zgłoszeń interwencyjnych o osobach bezdomnych przebywających na ulicy pochodzących od innych instytucji i organizacji w stosunku do wszystkich zgłoszeń w ciągu roku

Perspektywa realizatora usługi

- Wskaźnik ilości miejsc Niemieszkalnych, pierwszy rok (lub poprzedni) pracy należy potraktować jako bazowy, w kolejnych latach jest to stosunek liczby aktywnych oraz nieaktywnych miejsc Niemieszkalnych w danym roku do liczby miejsc aktywnych oraz nieaktywnych w roku poprzednim.
- Wskaźnik ilości osób bezdomnych przebywających w miejscach Niemieszkalnych, pierwszy rok (lub poprzedni) pracy należy potraktować jako bazowy, w kolejnych latach jest to stosunek liczby osób bezdomnych w danym roku do liczby osób bezdomnych w roku poprzednim.

Komentarz – wskaźniki ilustrują zjawisko bezdomności ulicznej na przestrzeni lat i ich wyniki należy odnosić do badań socjodemograficznych lub diagnoz lokalnych odnoszących się do skali bezdomności pozainstytucjonalnej w gminie.

- Wskaźnik aktualizacji mapy miejsc Niemieszkalnych: mapa miejsc Niemieszanych powinna być aktualizowana min raz w miesiącu. Jeżeli wskaźnik < 1 obecność w środowisku jest nie dostateczna; wskaźnik > 1 satysfakcjonująca obecność w środowisku
- Wskaźnik instytucjonalnego zaangażowania: liczba wspólnych patroli z innymi służbami (mundurowe) i instytucjami w stosunku do wszystkich wyjść streetworkerskich w ciągu roku
- Wskaźnik nawiązanych kontaktów: liczba nowo wypełnionych kart kontaktu w stosunku do całościowej liczby kontaktów z osobami bezdomnymi w ciągu roku
- Wskaźnik pozytywnych rokowań: liczba kontaktów z osobami bezdomnymi w ciągu roku z którymi podjęto działania systematyczne (min 3 kontakty) w stosunku do wszystkich osób bezdomnych (albo do osób, które odmawiają wsparcia)
- Wskaźnik zmiany miejsca: liczba osób bezdomnych, która na podstawie pracy streetworkera przeniosła swoje centrum życiowe do miejsca instytucjonalnego wsparcia w stosunku do wszystkich osób bezdomnych przebywających na ulicy
- Wskaźnik poprawy jakości życia: liczba osób bezdomnych które poprawiły swoją sytuację życiową na ulicy w danym roku w stosunku do wszystkich osób przebywających na ulicy w danym roku.
- Wskaźnik interwencji: liczba interwencji podejmowanych przez streetworkerów w danym roku w stosunku do liczby interwencji w roku poprzednim.

- Wskaźnik ratowania życia i zdrowia: Liczba interwencji przedmedycznych, z udziałem służb medycznych albo bez ich udziału, które w sposób bezpośredni prowadziły do ratowania życia lub zdrowia osoby bezdomnej w stosunku do wszystkich form udzielonej pomocy przez streetworkerów
- Wskaźnik redukcji szkód: Liczba kontaktów z osobami bezdomnymi w których podejmowano działania z zakresu redukcji szkód do wszystkich kontaktów z osobami bezdomnymi
- Wskaźnik liczby programów z zakresu redukcji szkód: Liczba realizowanych programów w stosunku do liczby programów rekomendowanych do realizacji.

Materiał roboczy, bez akceptacji MPiPS. TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO. PUBLIKOWANIE ZABRONIONE.

LITERATURA CYTOWANA

- Boczoń, J., 2004. *Poradnik standaryzacji usług społecznych*. Warszawa.
- Korporowicz, L. (red.). 1997. *Ewaluacja w edukacji*. Warszawa.
- Karski, J., 2008. *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa.
- Karski, J., 2009. *Promocja zdrowia dziś. Perspektywy jej rozwoju w Europie*. Warszawa.
- Konecki, K. 2000. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa.
- Okulicz-Kozaryn, K., Borucka, A. 2000. *Opracowywanie i ewaluacja programów promocji zdrowia psychicznego na przykładzie programu wczesnej profilaktyki alkoholowej*. w: Sito, A., Berkowska, M. (red.). 2000. *Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia. Teoria i Praktyka*. „Medycyna Wieku Rozwojowego”. nr 4. suplement 1.
- Olejniczak, K. Kozak, M. Ledzion, B. red. 2008. *Teoria i praktyka ewaluacji interwencji publicznych. Podręcznik akademicki*. Warszawa.
- Pindral, A. 2011. *Definicje i typologie bezdomności*. w: Dębski, M. (red.). *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty – diagnoza*. Zespołu Badawczego. Gdańsk.
- Prot-Herczyńska, K., 1997. Jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia? [w:] tom 6, suplement 2(5).
- Radomska, A. Bonisławska, K. Jarmołowska, K. Okulicz-Kozaryn, K. Macander, D. Borkowska, A. Terlikowska, J. Frączek, R. Sochocki, M. J. 2010. *Słownik terminów opracowany w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii –S*, Warszawa.
- Sochocki, M. J.. 2006. *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*. „Trzeci Sektor”. nr 7.
- Sochocki, M. J.. 2008. *Liderzy – realizatorzy – beneficjenci. Prezentacja wyników badań ewaluacyjnych „Szkoły dla rodziców i wychowawców” (edycja wrzesień-grudzień 2007)*. „Zeszyty Metodyczne”. nr 3. Warszawa.
- Stenka, R., red., 2011. *Raport z fazy diagnozy: kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: streetworking, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja / materiał oprac. przez grupy eksperckie* Gdańsk.